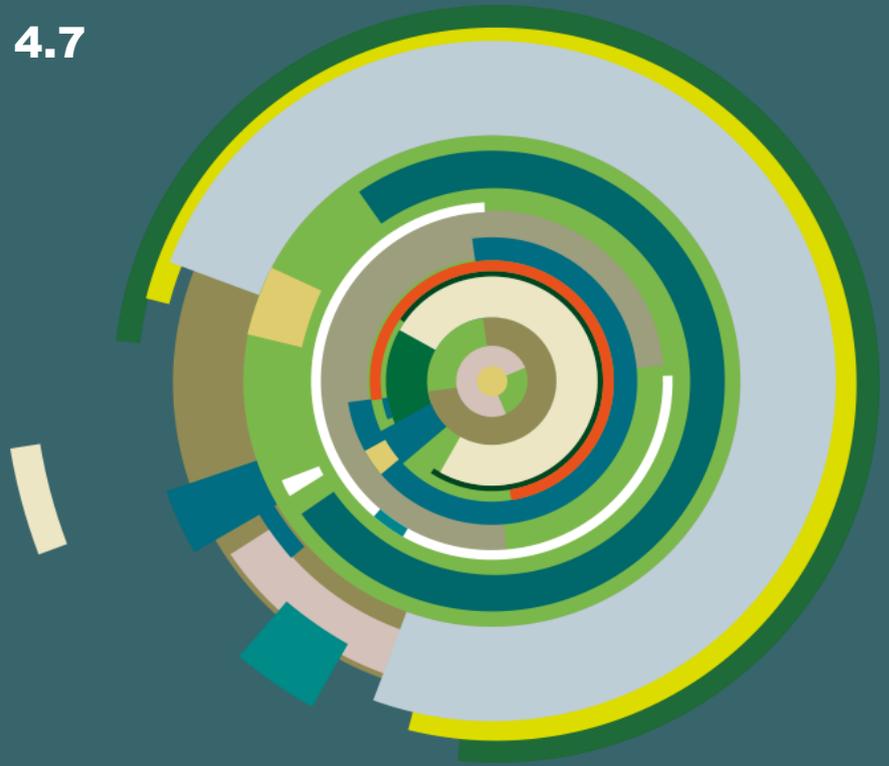


**Documento de trabajo 4.7**



# **Crisis económica y crisis de modelo en el Sistema Nacional de Salud**

**Francisco Javier Moreno Fuentes**

Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP)

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)



**FUNDACIÓN FOESSA**  
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES  
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA

## SUMARIO

### Introducción

1. Consolidación presupuestaria y sus efectos sobre el SNS
2. Incremento de los co-pagos y del aseguramiento sanitario privado
3. Deterioro de la calidad de la atención proporcionada por el SNS
4. Incremento de las desigualdades en salud
5. Retos de futuro y propuestas para un SNS sostenible
6. Referencias bibliográficas

### Introducción

La sanidad representa uno de los principales componentes del gasto social en España y es uno de los programas de protección social con mayor grado de apoyo ciudadano. Constituye uno de los pilares básicos del régimen de bienestar español y como tal está reconocido en la Constitución de 1978, que estableció la responsabilidad del Estado en la organización de un sistema para la protección de la salud de los ciudadanos. Este ámbito de política de protección social responde a una de las necesidades básicas de toda persona (hacer frente a los problemas de salud en cualquier momento de la vida y sin temor a no poder asumir el coste del tratamiento) y por ello representa uno de los principales logros de nuestra sociedad.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), creado en 1986 a partir de la Ley General de Sanidad (LGS), constituye uno de los más claros ejemplos de éxito en el desarrollo institucional de la democracia española, siendo reconocido como uno de los mejores y más coste-efectivos sistemas sanitarios del mundo (Schutte et. al., 2018; Tchouaket et al., 2012). Tal y como refleja la Tabla 1, el SNS español aparece de un modo bastante favorable al compararlo con los sistemas sanitarios de otros países desarrollados con diferentes modelos de sistemas sanitarios. En primer lugar se puede señalar muy favorablemente el rango de cobertura del sistema sanitario existente en países con modelos universalistas, entre los que se encuentra España (con una cobertura prácticamente total), en contraste con el caso de EEUU (con un 20 % de la población sin cobertura sanitaria en 2010, y todavía casi un 9% en 2016 tras la entrada en funcionamiento del conocido como *Obamacare*, hoy en peligro de desmantelamiento por la administración Trump) (Barnett y Berchick, 2017).

Tabla 1. Comparación de Indicadores Socio-sanitarios básicos al inicio y al final de la crisis

	Cobertura sanitaria %		Gasto sanitario total % PIB		Gasto público como % gasto sanitario		Gasto farmacéutico como % gasto sanitario		Consultas médicas anuales per cápita		Esperanza de vida al nacer (años)		Mortalidad infantil (1000 nac.)	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2016	2010	2016	2010	2016
<b>Alemania</b>	99,9	100	11	11,3	83,4	85	14,9	14,3	8,2	10	80,5	81,1	3,4	3,4
<b>Bélgica</b>	99	99	9,8	10	78,1	78,8	16,2	14,7	7,6	6,9	80,3	81,5	3,6	3,2
<b>Francia</b>	99,9	99,9	11,2	11,5	76,3	83	16,1	13,9	6,9	6,1	81,8	82,4*	3,6	3,7
<b>España</b>	<b>99,2</b>	<b>99,9</b>	<b>9</b>	<b>8,8</b>	<b>74,8</b>	<b>70,8</b>	<b>18,9</b>	<b>19,1</b>	<b>7,5</b>	<b>7,6</b>	<b>82,4</b>	<b>83,4</b>	<b>3,2</b>	<b>2,7</b>
<b>Italia</b>	100	100	9	8,9	78,5	74	18,2	17,7	7	6,8	82,1	83,3	3	2,8
<b>Suecia</b>	100	100	8,5	10,9	81,9	83,6	12,5	9,8	2,9	2,8	81,6	82,4	2,5	2,5
<b>Reino Unido</b>	100	100	8,5	9,6	83,4	78,7	11,6	11,4	5	-	80,6	81,2	4,2	3,8
<b>EEUU</b>	84	90,9	16,4	17,2	48,4	81,8*	12,0	12,3	3,9	4*	78,6	78,6	6,1	5,9*

Fuente: OECD health statistics database.

\*O último año disponible.

El contraste resulta aún más destacable si nos fijamos en el porcentaje total de la riqueza nacional dedicada a la sanidad en cada país (EEUU dedica casi el doble de recursos a cubrir sus necesidades sanitarias que aquellas sociedades europeas cuyos sistemas sanitarios se estructuran en torno a una lógica universalista). El coste-efectividad de los sistemas universalistas es también mayor que el de los sistemas basados en una lógica de aseguramiento social, ya que garantizan la atención sanitaria a la totalidad de su población a un coste algo inferior.

La distribución del gasto sanitario varía también claramente entre el modelo liberal<sup>1</sup> y los otros sistemas. Esos costes superiores no se traducen en una mayor intensidad en la atención médica a los pacientes (los estadounidenses se encuentran en la franja inferior en cuanto al número de consultas anuales), ni desde luego en unos mejores indicadores agregados de salud de la población (tanto la esperanza de vida al nacer, como la tasa de mortalidad infantil, presentan cifras considerablemente peores en EEUU que en las sociedades europeas).

Pese a la imagen relativamente favorable del sistema sanitario público español que puede derivarse de su comparación con el de otros países de nuestro entorno, resulta necesario señalar el negativo impacto que ha tenido la crisis económica iniciada en 2008, así como las decisiones adoptadas a raíz de la misma, sobre el SNS y cuyos efectos persisten claramente hasta la actualidad. La aplicación de una política de consolidación fiscal afectó de manera muy intensa al gasto sanitario, agravando una serie de fricciones y tensionamientos internos previamente existentes en el seno del sistema sanitario público. Estas reformas y recortes en la financiación amenazan con desvirtuar la naturaleza y el funcionamiento del sistema de modo irreversible, con el riesgo de dañarlo irremediablemente.

En las próximas secciones abordaremos una serie de dimensiones en las cuales resulta posible identificar retos clave para el futuro del SNS a la salida de la crisis si éste ha de sobrevivir como sistema sanitario público de naturaleza universal y gratuito en el momento del uso.

## 1. Consolidación presupuestaria y sus efectos sobre el SNS

El diseño de la salida de la crisis económica, iniciada con el colapso financiero internacional y agravada con el cuestionamiento de la Eurozona como zona monetaria óptima, vino esencialmente dictado por los principios ideológicos del modelo ordo-liberal germano que propugnaba la austeridad fiscal y el equilibrio de las cuentas públicas como condición necesaria, y paso previo, para la corrección de los desequilibrios macroeconómicos y la resolución de los problemas de diseño político e institucional de la Eurozona. Así, la receta de las instituciones europeas para los países de la periferia de la Eurozona más afectados por la crisis, entre ellos España, implicaba una política de estricta “consolidación fiscal” que

---

<sup>1</sup> Las administraciones sanitarias estadounidenses tan solo consiguen cubrir a una fracción de la población con un volumen de recursos superior al que los Estados europeos dedican a proveer de atención sanitaria al conjunto de sus ciudadanos.

aspiraba a corregir el déficit y reducir gradualmente la abultada deuda pública (Conde-Ruíz, et. al., 2017).

La traslación de las medidas de consolidación fiscal al ámbito sanitario implicó una radical ruptura con la tendencia al aumento del gasto sanitario que venía observándose de manera ininterrumpida durante las tres décadas precedentes, traduciéndose en una disminución del gasto sanitario público de un 14% entre 2009 y 2014 (aproximadamente unos 9.000 millones de € anuales). Como puede observarse en la Tabla 2, esto supuso una reducción del gasto sanitario público del 6,75%, al 6,08% del PIB durante ese quinquenio, bajando proporcionalmente el gasto sanitario público por habitante de 1.577 €, a 1.348€. De igual modo, el porcentaje del gasto sanitario total asumido por el Estado se redujo en casi 10 puntos.

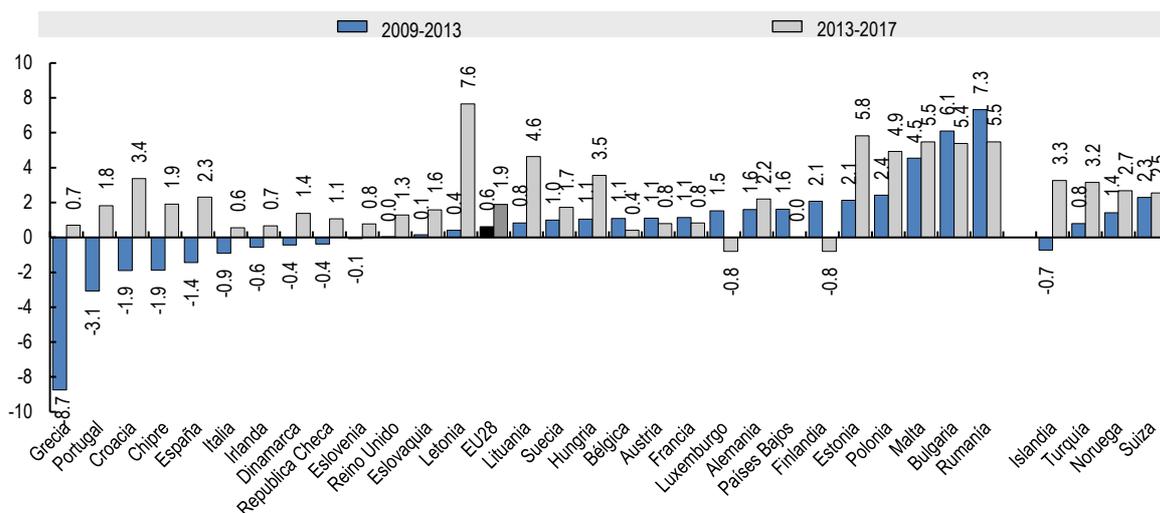
**Tabla 2. Evolución gasto sanitario público 2009-16 y previsiones hasta 2019**

Año	% Gasto Sanitario Total	% PIB	% Gasto Público Total	Gasto por habitante (€)
2009	72,9	6,75	14,3	1.568
2010	72,5	6,7	14,1	1.536
2011	69,2	6,47	13,9	1.464
2012	64,6	6,2	12,8	1.370
2013	63,1	6,12	13,3	1.349
2014	63,3	6,08	13,5	1.357
2015	66,7	6,17	13,6	1.443
2016	66	5,95	14	1.422
2017	68,4	5,89	14,3	1.474
2018	70,2	5,81	14,3	1.512
2019	72,4	5,74	14,3	1.559

Fuente: Plan de Estabilidad de Reino de España, 2015-2019.

España se convirtió en ese período en uno de los países europeos (junto con algunos de los países rescatados como Grecia, Portugal o Chipre) donde más se contrajo el gasto sanitario público.

Gráfico 1. Variación gasto sanitario público 2009-2013 y 2013-2017



Fuente: OECD, 2018.

Tras varios años de recortes, el gasto sanitario público se recuperó ligeramente en 2015 (con un aumento del presupuesto sanitario de aproximadamente 3.500 millones de €), pero el proceso de consolidación fiscal en este ámbito parece estar lejos de haber concluido, ya que la propuesta del gobierno español a la UE, plasmada en el Programa de Estabilidad 2016-2019, preveía que la partida presupuestaria correspondiente a la sanidad crezca menos que el conjunto de la economía a lo largo de los próximos años. De materializarse esa previsión, el gasto sanitario público debería continuar descendiendo como proporción del PIB hasta representar el 5,74% en 2019. Esta reducción del gasto sanitario se enmarcaba en una lógica general de reducción del gasto público total (del 44,3% del PIB en 2013, al 38,5% en 2018) y por tanto de debilitamiento de los programas del Estado de bienestar en nuestro país.

En el plano concreto de las políticas sanitarias, las recomendaciones de la Comisión Europea para España hacían referencia explícita a la necesidad de aumentar la eficiencia y el coste-efectividad del sistema sanitario mediante la racionalización del gasto farmacéutico y la mejora en la coordinación entre los diferentes niveles de atención sanitaria. Estas recomendaciones insistían también en el desarrollo de iniciativas de control del gasto farmacéutico hospitalario.

Entre el conjunto de medidas adoptadas por el gobierno central para responder a dichas recomendaciones destacan la Ley de estabilidad presupuestaria 6/2015, que entre otras medidas reforzaba el control sobre el gasto farmacéutico. De acuerdo con esta regulación las autoridades sanitarias autonómicas tenían la obligación de presentar información mensual sobre su gasto sanitario, y en particular sobre el coste de su factura farmacéutica, ante el Ministerio de Sanidad. Con objeto de lograr el cumplimiento, tanto de las medidas de control de gasto, como de los requisitos de transparencia en los datos de desempeño y gasto del SRS, el gobierno central definió esos elementos como condición necesaria para acceder a las ayudas puestas en marcha para apoyar a las CCAA a hacer frente a sus deudas con los municipios y con las organizaciones del tercer sector social. El Real Decreto

17/2014 que regula este programa estable también un límite al incremento de los gastos sanitarios, que no pueden ser superiores a la proyección de crecimiento del PIB de la economía española en el medio plazo.

El precio de aproximadamente 1.000 referencias farmacéuticas se redujo por decreto, se estableció la prioridad de los medicamentos genéricos frente a los de marca cuando estos existan,<sup>2</sup> y se eliminaron 417 referencias para afecciones menores de la lista de productos financiados por el SNS. Se reforzó el análisis de coste-efectividad para la inclusión de nuevos productos en la lista de medicamentos cubiertos por el sistema sanitario público, se mejoró la recolección de datos sobre el consumo farmacéutico y se introdujo un sistema de dispensación de dosis exactas (*monodosis*) con el objetivo de evitar la acumulación en los hogares de medicamentos no utilizados. De manera similar, el gobierno central promovió acuerdos entre el Ministerio de Sanidad y los SRS para crear una plataforma de compra centralizada destinada a la adquisición de vacunas, medicamentos y otros suministros médicos, con la expectativa de obtener mejores condiciones al hacerlo de manera colectiva. A principios de 2018, entre 7 y 11 CCAA habían participado en los diferentes procesos de compra centralizada puestos en marcha por dicha plataforma, y el gobierno estimaba que los ahorros derivados de esa medida en sus cinco años de funcionamiento alcanzaban los 200 millones de euros, con la previsión de alcanzar los 263 millones para 2019.

Intentando avanzar hacia una coordinación más estrecha entre los diferentes SRS, se aprobaron iniciativas como la definición de paquetes de beneficios básicos y complementarios incluidos en el catálogo de servicios cubiertos por el SNS, comunes para todos los SRS, y basados en evaluaciones de coste-efectividad respaldadas por evidencia científica.<sup>3</sup> Se creó la Plataforma en línea de Innovación en Salud, destinada a facilitar la recopilación, evaluación y difusión de experiencias innovadoras en el ámbito sanitario.<sup>4</sup> Se estableció también el programa de prescripción electrónica de medicamentos para el SNS,<sup>5</sup> el registro electrónico clínico individual y la base de datos electrónica de la tarjeta sanitaria del SNS.<sup>6</sup>

Se introdujeron cambios adicionales en la política de recursos humanos con un propósito similar de mejorar la coordinación entre los diferentes SRS y el Ministerio de Sanidad. Así, se creó el primer registro nacional de profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre el volumen y la cualificación de los profesionales de la salud en España. Se pretendía con ello facilitar la movilidad de los profesionales de la salud, mejorar la coordinación de las políticas de recursos humanos de los SRS, y promover la cohesión del SNS, al facilitar la circulación de información y de conocimiento entre los diferentes SRS a través de su personal. Junto con estas medidas, los cambios en la capacitación para médicos especialistas mediante el refuerzo de un conjunto común de cursos para todas las especialidades, marcaban la voluntad de reducir la compartimentación de la profesión

<sup>2</sup> El consumo de genéricos aumentó un 34% en 2011, y un 46,5% en 2013, acercándose así a la media europea.

<sup>3</sup> Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, <https://goo.gl/tFfEUb>.

<sup>4</sup> Plataforma Española de Innovación en Tecnología Sanitaria, <https://goo.gl/U2UgLP>.

<sup>5</sup> Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, <https://goo.gl/SnLzBQ>.

<sup>6</sup> Servicios de interoperabilidad del Sistema Nacional de Salud, <https://goo.gl/9x3e3a>.

médica, facilitando así la movilidad y una mejor asignación de recursos humanos dentro de los diferentes SRS. Se regularon también las condiciones bajo las cuales las enfermeras pueden recetar medicamentos, con el objetivo de facilitar un uso más eficiente de los recursos humanos en el sistema sanitario público.

Otros ámbitos tradicionalmente infra-desarrollados del sector sanitario público, como la salud mental (las tasas de suicidio y autolesiones aumentaron considerablemente desde 2011) (Fundación Salud Mental España, 2016; Alameda Palacios et al., 2014; López Bernal et al., 2013), o el tratamiento de discapacidades cognitivas, recibieron también atención reciente del gobierno en respuesta al deterioro de determinados indicadores clave. Así, en 2015, el gobierno aprobó la Estrategia Nacional para el Autismo y creó el Registro Nacional de Enfermedades Raras. En junio de 2014, el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) acordó el establecimiento de un grupo de trabajo encargado de redactar propuestas destinadas a aumentar la eficiencia, la sostenibilidad y la calidad del sistema sanitario público. En colaboración con la Autoridad Independiente para la Responsabilidad Fiscal (AIReF) y con los principales actores del sector de la salud y la sanidad, este grupo redactó un catálogo de 450 medidas para ser adoptado por las autoridades sanitarias autonómicas.

Las restricciones presupuestarias introducidas tras la crisis se materializaron en iniciativas que perseguían mejorar la relación coste-efectividad del sistema sanitario y la racionalización del gasto sanitario, medidas que podrían ser consideradas razonables y necesarias en cualquier circunstancia, y más aún en un contexto de profunda crisis como la experimentada por España en ese período. Pero más allá de esas medidas de racionalización, las iniciativas de reducción del gasto sanitario han tenido una naturaleza en gran medida indiscriminada, afectando a aspectos clave del funcionamiento del sistema como las infraestructuras y la gestión de los recursos humanos, deteriorando de manera grave el funcionamiento del SNS. Así, la inversión pública en infraestructuras sanitarias se redujo en un 37% entre 2009 y 2015, con un efecto muy negativo en el mantenimiento de las instalaciones y los equipamientos sanitarios que se vieron seriamente afectados (24% del total recorte gasto sanitario público total puede ser atribuido a este epígrafe) (BBVA-Ivie, 2017).

Este deterioro se materializó en una serie de dimensiones claramente visibles, desde la reducción del rango de cobertura del sistema sanitario público, hasta el empeoramiento de la calidad de la atención sanitaria proporcionada a los ciudadanos, aspectos que repasaremos de manera desagregada en las siguientes secciones.

## 1.1. Ruptura de la universalidad del SNS

Los graves efectos de la crisis sobre las finanzas públicas españolas fueron utilizados como argumento legitimador de una serie de significativas reformas en las políticas de protección social, incluyendo también la sanidad (del Pino y Rubio, 2013). La norma principal que reguló la transformación del sistema sanitario público fue el Real Decreto-ley 16/2012 de “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, publicado el 24 de abril de 2012. Entre otras medidas encaminadas a reducir el gasto sanitario (incremento de los copagos farmacéuticos, acotación de la cartera de servicios sanitarios prestados por los servicios

regionales de salud –SRS– de las CCAA, etc.), este RD suponía también el cuestionamiento de la propia naturaleza del SNS como sistema sanitario público de cobertura universal, al reintroducir una lógica de aseguramiento en la definición del derecho de acceso a las prestaciones del sistema. Esta reversión de la lógica universalista del sistema suponía introducir un giro de 180 grados en la tendencia general del sistema hacia la expansión de su rango de cobertura existente desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) que dio pie a la creación del SNS, en 1986.

El SNS había sido establecido, de hecho, a través de una serie de cambios legislativos de carácter incremental que expandieron la cobertura del sistema partiendo de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, hasta incluir a todas las personas residentes en el país, independientemente de su situación respecto al sistema de Seguridad Social (Real Decreto 1088/89 para la incorporación de los planes de asistencia sanitaria en el SNS), su estatus legal (Ley de Extranjería 4/2000), o su nivel de renta (Ley General de Salud Pública 33/2011). Financiado íntegramente a través de los Presupuestos Generales del Estado desde comienzos de los 2000, el SNS ha sido, por tanto, completamente independiente de la Seguridad Social en términos financieros desde hace casi dos décadas.

Un hito clave en el proceso de universalización de la elegibilidad del SNS había sido la inclusión de los inmigrantes indocumentados a través de la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (4/2000) (Moreno Fuentes, 2004). Con anterioridad a la aprobación de esta Ley, el acceso a las prestaciones sanitarias de este colectivo estaba circunscrito a los menores, las embarazadas, el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas, o aquellas personas que precisasen servicios de urgencias. El mecanismo por el cual se articuló la cobertura sanitaria de los inmigrantes indocumentados fue el empadronamiento, avanzando así en la vinculación del derecho de acceso al SNS a la condición de residencia (aunque todavía supeditado a la ausencia de recursos económicos), desconectándolo así claramente del criterio de nacionalidad.

El último paso en el proceso de universalización de la sanidad en España fue la incorporación al sistema sanitario público de los ciudadanos españoles que no cotizaban a la Seguridad Social y que disponían de rentas por encima de un determinado umbral (grupo hasta ese momento excluido de las prestaciones del SNS), tras la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública (LGSP) (33/2011) en enero de 2012. Con este paso, y 25 años después de su aprobación, la LGS alcanzaba su objetivo de convertir al SNS en un sistema de cobertura plenamente universal y basado en un criterio de residencia.

Esta universalidad duró, sin embargo, tan solo unos meses, al imponer el RD 16/2012 un vuelco en la lógica organizativa del sistema sanitario público español, regresando a una filosofía de aseguramiento radicalmente opuesta al modelo universalista impulsado por la LGS. La nueva norma establecía las categorías de “personas aseguradas” (trabajadores, jubilados, desempleados que reciben prestaciones, así como personas en busca de empleo) y “beneficiarios” (cónyuges y menores de 26 años hijos de personas “aseguradas”), como los grupos cubiertos por el SNS, abriendo con ello importantes interrogantes respecto a la legitimidad de los criterios de elegibilidad de un sistema sanitario público que excluía a ciudadanos españoles, pese a que estos hayan pagado los impuestos con los que se financia dicho sistema.

El marco narrativo principal sobre el que se construyó la justificación para este cambio radical en el modo de definir el rango de cobertura del SNS fue el de la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema en un contexto de crisis fiscal del Estado. Desde los discursos oficiales se afirmaba que nunca existió la universalidad,<sup>7</sup> se negaba que se estuviese introduciendo un cambio en el modelo, y se argumentaba que el objetivo fundamental de la reforma era evitar los “abusos” derivados de lo que se consideraba una definición poco clara y excesivamente generosa de los criterios de elegibilidad del sistema. El RD 16/2012 venía acompañado, de hecho, de una estimación de ahorros que se atribuían a la aplicación de las diferentes medidas incluidas en el mismo, aunque no se explicitaba qué cantidad de entre dichos ahorros previstos se atribuía a la exclusión sanitaria de cada uno de los colectivos que debían perder su cobertura a partir de la entrada en vigor de esta medida.

Siguiendo esa nueva normativa, tanto los desempleados mayores de 26 años que no cobrasen prestaciones, como los que no recibiesen prestaciones y abandonasen el país por más de 90 días, quedaban excluidos del sistema sanitario público, retirándoseles la tarjeta sanitaria. Sin embargo, poco tiempo después de la aprobación del RD 16/2012, estos grupos fueron reincorporados al sistema a través de un mecanismo de comprobación de medios económicos (Moreno Fuentes, 2015). Además de los dos grupos anteriores, los españoles con ingresos superiores a 100.000€ anuales que no contribuyeran al sistema de Seguridad Social (recientemente incluidos en el SNS, a través de la LGSP) se vieron afectados también por esa misma medida.<sup>8</sup> En su caso tuvieron que esperar a una sentencia del Tribunal Constitucional de julio de 2016 (STC 139/2016)<sup>9</sup> que anuló dicha exclusión para recuperar su derecho de acceso al SNS.

Además de los grupos anteriormente señalados, la nueva regulación dictaba la retirada de las tarjetas sanitarias a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años, con la excepción de las mujeres embarazadas, aquellos que padeciesen enfermedades infectocontagiosas, o que precisasen atención sanitaria de urgencias. Los ciudadanos comunitarios residentes en España fueron remitidos a la Directiva 2011/24/UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza, que regula el tratamiento de los ciudadanos de la UE en otros Estados miembros (con tarjeta sanitaria europea para tratamientos médicos imprevistos, autorización previa de la autoridad sanitaria del país de origen en caso de tratamiento planificado, o mostrando la certificación de ausencia de derecho a la asistencia sanitaria en su país de origen y carencia de medios).

Estas medidas fueron justificadas en base a un conjunto de argumentos centrados en la necesidad de frenar el “turismo sanitario” y de reducir el gasto sanitario provocado por el mismo. La construcción de esta narrativa acerca del “abuso” del SNS por parte de extranjeros se estructuraba en torno a una serie de argumentos relacionados con la cobertura del sistema en los intersticios de las categorías de nacionalidad y residencia, o sobre aspectos poco conocidos por los ciudadanos (el origen de los recursos con los que se financia el SNS), que permitieron una presentación ambigua y claramente sesgada acerca

<sup>7</sup> Declaraciones de Sagrario Pérez, directora general de Cartera de Servicios del SNS y Farmacia, recogidas por *El País* el 24-04-2012: <https://goo.gl/9xvA9c>.

<sup>8</sup> Se estimaba que unas 47.000 personas perderían el derecho de acceso al SNS por esta circunstancia: <https://goo.gl/9cCgxS>.

<sup>9</sup> <https://goo.gl/EmP7SG>.

de la estructura, finanzas y funcionamiento real del SNS, sirviendo esto para justificar la introducción de unas reformas restrictivas que modificaban sustancialmente el rango de cobertura del sistema sanitario público y, con ello, su filosofía organizativa básica.

El primero de estos argumentos era, como hemos señalado anteriormente, el que giraba en torno a la denuncia de un supuesto “turismo sanitario”, nunca cuantificado ni definido de manera clara y precisa. Bajo este concepto se incluían (de manera intercambiable y poco sistemática, en función del uso que se pretendiera hacer del mismo) diversas situaciones en las que el SNS estaría siendo utilizado por extranjeros que, teóricamente, no deberían tener acceso al mismo. En primer lugar, ciudadanos de la Unión Europea (UE) residentes durante algunas temporadas del año en España y cuyos gastos sanitarios estarían siendo asumidos por el SNS, en lugar de por los sistemas sanitarios de sus países de origen. En segundo lugar, turistas de paso por nuestro país y cuya atención sanitaria no estaría siendo facturada al sistema sanitario de su país, o por sus seguros de viaje (algo potencialmente muy relevante para un país que recibe un número tan elevado de visitantes). Finalmente, en esta categoría se incluía también a extranjeros (europeos, o de otras partes del mundo) que se empadronarían en España para recibir la atención sanitaria a la que no tendrían derecho (o que no podrían pagar) en su propio país.

Este argumento fundamentaba su legitimidad en un informe del Tribunal de Cuentas, publicado en marzo de 2012, en el que se señalaba la existencia de serios problemas en los procesos de imputación y facturación de gastos sanitarios a las autoridades sanitarias de países con los que, en principio, España tiene acuerdos para la atención recíproca de sus nacionales (todos los de la UE, más un pequeño grupo de países del resto del mundo – Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez–). De acuerdo con dicho informe, existirían significativas deficiencias en el intercambio de información entre los SRS y el INSS, así como en los procedimientos de facturación que deberían conducir a la recuperación de los costes de atención sanitaria a nacionales de esos países (Tribunal de Cuentas, 2012). Por estas circunstancias, el SNS estaría costeando el tratamiento de un buen número de extranjeros, costes que, en principio, deberían ser asumidos por los sistemas sanitarios de sus países de origen. Estos problemas, derivados de deficiencias internas en la organización y coordinación de las instituciones españolas implicadas en el ámbito sanitario (extrema dificultad para gestionar facturas que reflejen el coste real de los tratamientos proporcionados, o para recibir los pagos de los sistemas sanitarios y/o de aseguramiento extranjeros, desincentivos para realizar dichos trámites engorrosos cuando el dinero, en caso de ser abonado por el país de origen, no terminaría repercutiendo en las arcas del centro sanitario que proporcionó la atención médica, etc.), se convirtieron para los promotores del RD 16/2012, a través de un recurso discursivo, en una intolerable situación de “turismo sanitario” que dicho decreto vendría a resolver.

El segundo argumento de legitimidad de la reforma se construyó en torno a la idea de la necesidad de ajustar los mecanismos de definición de la elegibilidad del SNS a las directrices europeas que exigen a las autoridades españolas garantizar la atención sanitaria a los ciudadanos europeos residentes en España en igualdad de condiciones a los nacionales. Se trataría, con ese RD, de responder a dicho requerimiento, evitando al mismo tiempo asumir los costes del tratamiento sanitario de ciudadanos europeos que podrían facturarse a sus países de origen. La respuesta dada a dicho reto fue, por tanto, revertir la lógica de elegibilidad del SNS a la satisfacción de una condición de “aseguramiento” para el

conjunto de los residentes, al tiempo que se incluía una modificación en la regulación de la entrada, libre circulación y residencia de ciudadanos de los Estados miembros de la UE (RD 240/2007), de modo que para fijar la residencia en España durante un periodo superior a tres meses los ciudadanos europeos que no ejerzan actividad laboral en España deban disponer de un “seguro de enfermedad” que cubra sus gastos sanitarios en caso de necesidad.

A la hora de presentar a la opinión pública las razones que, según el Gobierno, hacían necesaria la modificación de los criterios de elegibilidad del SNS, el eje central de la discusión giró gradualmente hacia el caso de los inmigrantes (extracomunitarios) indocumentados y su relación con el sistema sanitario público. Así, para el portavoz adjunto del grupo popular en el Congreso de los Diputados, en declaraciones realizadas en agosto de 2012: “El servicio de salud universal no está para todo el universo y el gratis total no existe (...). La inmigración debe estar vinculada al empleo regular y los inmigrantes ilegales lo que tienen que hacer es volver a sus países de origen. España debe dejar de ser un país en el que la gente se empadrona, incluso sin residir, solo con el objetivo de acceder al servicio sanitario y a prestaciones sociales, cuando ni siquiera tienen trabajo”.<sup>10</sup> A la hora de explicar las medidas de restricción del acceso a las prestaciones del SNS, Juan Ignacio Echániz, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha afirmaba: “No hay que olvidar que la sanidad gratuita ha sido fundamental para fomentar el efecto llamada. Mucha gente ha cogido una patera porque sabía que en España tenía la asistencia sanitaria garantizada”.<sup>11</sup> La propia ministra de sanidad, Ana Mato, señalaba en la fecha de aprobación del RD 16/2012 que: “Hemos garantizado la universalidad de la sanidad para todos los españoles y, al mismo tiempo, vamos a adoptar las medidas necesarias para acabar con la utilización indebida de los servicios sanitarios por algunos extranjeros, y también con los abusos que, a veces, estos extranjeros cometen accediendo al sistema sanitario sin tener derecho a ello”.<sup>12</sup> Y avanzaba en la dirección de la respuesta dada por el Gobierno al reto en la definición del rango de cobertura del SNS al apuntar que ésta pasaba por asegurarse que la tarjeta sanitaria se dé a quienes “de verdad” viven y “trabajan como nosotros y pagan sus impuestos”.

Esta última afirmación de la ministra de Sanidad pretendía explotar el relativo desconocimiento de los ciudadanos acerca de los mecanismos de financiación del SNS, y se apoya en un argumento que es utilizado con frecuencia para deslegitimar el acceso de los inmigrantes indocumentados a las prestaciones del sistema sanitario público. Teniendo el SNS sus orígenes en el sistema sanitario de la Seguridad Social (a menudo se habla, de manera informal, de ir a la “seguridad social” cuando se acude a un centro del sistema sanitario público), los ciudadanos continúan asociando la financiación del sistema sanitario a las contribuciones al sistema de aseguramiento social (pese a que desde 1999 los presupuestos de ambas instituciones están completamente desconectados). Esta circunstancia, que tiene efectos extremadamente importantes sobre la filosofía del modelo (no debería tener derecho a acceder a sus prestaciones quien cotiza a la Seguridad Social,

<sup>10</sup> Declaraciones de Rafael Hernando, portavoz adjunto del PP en el Congreso de los Diputados, el 13-08-2012, recogidas por *El País*: <https://goo.gl/kdKr6N>.

<sup>11</sup> Declaraciones de Juan Ignacio Echániz, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, el 24-04-2012, recogidas por *El País*: <https://goo.gl/JWYrLD>.

<sup>12</sup> Declaraciones de Ana Mato, ministra de Sanidad, en rueda de prensa tras la reunión del Consejo de Ministros del 20-04-2012, recogidas por *ABC*: <https://goo.gl/cb81te>.

sino quien paga los impuestos por residir en este país – IVA, renta, etc.-, lo cual incluye a los inmigrantes indocumentados, así como a los españoles con rentas no afiliados a la Seguridad Social que fueron expulsados del sistema por esta reforma), fue utilizada por el Gobierno para legitimar una reforma que desanda los pasos dados hacia la construcción de un sistema sanitario público de naturaleza universal, gratuito en el momento del uso y financiado íntegramente con impuestos.

La utilización de argumentos como el “abuso” de recursos públicos y la necesidad de terminar con el “uso fraudulento” del sistema sanitario público, ha constituido tradicionalmente un recurso de deslegitimación y politización del acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria en países en los que dichos programas tienen una naturaleza esencialmente universalista, como es el caso del británico NHS, o en este caso el SNS español (Moreno Fuentes, 2004).

Las restricciones al acceso a las prestaciones del Estado de bienestar por parte de los inmigrantes pueden ser utilizadas como mecanismo para redefinir (a la baja) los márgenes de cobertura de los sistemas de protección social, a través de la politización del fenómeno migratorio, al asociarse la universalidad (o lo que es presentado como la excesiva generosidad de dichos programas) al supuesto uso abusivo de los mismos por parte de inmigrantes indocumentados (colectivo que gozaría de escasas simpatías entre determinados sectores de la población autóctona) (Méndez et al., 2013), como ya se habría hecho con relativo éxito en el caso de los recortes en el programa de rentas mínimas de Cataluña en el mismo contexto de crisis que nos ocupa (Arriba González de Durana y Moreno Fuentes, 2012).

Además de esto, entre las posibles motivaciones del gobierno conservador para la introducción de dicha reforma podríamos también incluir la de abrir la puerta a un modelo de aseguramiento en el ámbito sanitario que permita su gradual evolución hacia un sistema de cobertura básica, más o menos general, que deba ser complementado con esquemas de aseguramiento privados para garantizar coberturas de determinados tratamientos excluidos del catálogo de servicios e intervenciones asumidos por el sistema sanitario público (Legido-Quigley et al., 2013). Paralelamente, el reforzamiento del papel del INSS en el procedimiento de atribución del derecho de acceso al SNS constituía un instrumento recentralizador que permitía incrementar la influencia potencial del gobierno central sobre un sistema sanitario público de naturaleza esencialmente federal.

La decisión de redefinir los criterios de elegibilidad del SNS, adoptada por el Gobierno central, debía acotar el rango de cobertura de los 17 SRS que lo componen. Siguiendo las directrices del RD 16/2012, se debían cancelar formalmente unas 910.000 tarjetas sanitarias por parte de las autoridades sanitarias autonómicas. El Gobierno reconocía en el Programa Nacional de Reformas de 2013 que el 1 de septiembre de 2012 se habían retirado 873.000 tarjetas sanitarias a “extranjeros no residentes en España”, de los que se estimaba que aproximadamente medio millón eran personas que habían abandonado

previamente el país, unos 150.000 eran inmigrantes indocumentados, y el resto, ciudadanos de la UE no inscritos en la Seguridad Social española.<sup>13</sup>

La implementación del RD 16/2012 creó, en la práctica, una situación particularmente compleja, con una respuesta muy heterogénea por parte de las autoridades sanitarias regionales, aumentando significativamente los niveles de discrecionalidad administrativa ya existentes y reforzando las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria. Si bien ciertas CCAA retiraron las tarjetas sanitarias a los inmigrantes indocumentados a partir de septiembre de 2012, tal y como dictaba el gobierno central (Castilla-La Mancha), otras lo hicieron con determinadas excepciones (Madrid, Baleares, Castilla y León, Murcia y La Rioja), un tercer grupo de regiones se negó explícitamente a adoptar dicha medida (Andalucía, Asturias), mientras que un último grupo de CCAA estableció esquemas alternativos para seguir atendiendo a esas poblaciones (Aragón, País Vasco, Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia, Navarra y Valencia) (MDM, 2014).

Un elemento clave en la explicación de estos “déficits de implementación”, propios de contextos de gobernanza multi-nivel como el de nuestro SNS, es el de las “dependencias de la senda” (*path-dependencies*), inercias institucionales potenciales introducidas por los protocolos de funcionamiento y la cultura organizacional de un determinado sistema de políticas, y que puede frenar de manera sustancial las reformas en dicho ámbito. Durante casi tres décadas, el SNS español había aspirado a constituirse como sistema sanitario público de cobertura universal basado en un criterio de residencia. Pese a que persistían importantes contradicciones internas en su seno, herencia de su anterior vinculación al sistema de aseguramiento social, el sistema había avanzado de manera muy sustancial hacia una estructura y unas pautas de funcionamiento propias de naturaleza universalista. Esta tendencia expansiva en relación con el rango de cobertura del sistema introdujo obstáculos normativos y prácticos a los intentos de revertir de forma brusca las pautas de actuación del sistema sanitario público hacia un modelo de “aseguramiento”, así como a la hora de tratar de redefinir, de un modo significativamente restrictivo, el rango de cobertura de dicho sistema.

Otro aspecto relevante a la hora de dar cuenta del surgimiento de disonancias entre el propósito de la reforma y las prácticas finalmente adoptadas sobre el terreno, es la discrecionalidad burocrático-administrativa que esta reforma permite/genera, y que con frecuencia se refleja en una sustancial brecha entre los objetivos planteados y los resultados finalmente observables (Lynn et al., 2000). Particular interés presentan en este proceso los responsables de la aplicación práctica de las medidas adoptadas, entre los que destacan los denominados “funcionarios de ventanilla” (*street-level bureaucrats*), responsables del último eslabón de vertebración de las políticas públicas (Bruquetas Callejo, 2015). En el ejercicio de sus funciones, estos agentes deben aplicar las normas generales derivadas de la normativa a los casos particulares que surgen durante su interacción con los potenciales usuarios de los servicios públicos en los que desempeñan sus funciones, poseyendo en este contexto un amplio margen de discrecionalidad en el momento concreto de adoptar sus decisiones. Como respuesta a las generalmente

<sup>13</sup> Tal y como señala MDM (2014), el Ministerio de Sanidad presentó diversas cifras desde la entrada en vigor de esta medida en relación con el número de tarjetas sanitarias retiradas, sin precisar cuántas de estas correspondían, de hecho, a inmigrantes indocumentados.

complejas condiciones en que desempeñan sus tareas, estos agentes introducen otros criterios, tanto de carácter profesional como personal, en dichos procesos de toma de decisiones (Moreno Fuentes, 2004; Defensor del Pueblo, 2015). Las relativamente escasas investigaciones sobre este tema revelan que este tipo de prácticas discrecionales tienen un impacto claro sobre la forma final adoptada por las políticas (Appelbaum, 2001; Hagelund, 2010).

Más allá de la posición adoptada por las autoridades sanitarias autonómicas respecto a la redefinición de los criterios de elegibilidad del SNS establecidos por el Gobierno central, el grado de aplicación de dichas medidas sobre el terreno parece haber variado también considerablemente en el interior de cada CCAA. Así, la información disponible acerca del grado de cumplimiento de esta medida da cuenta de una situación de considerable confusión respecto a los contornos precisos del rango de elegibilidad del sistema definido por la nueva normativa, situación caracterizada, por tanto, por una significativa dispersión en las prácticas finalmente aplicadas en el punto de acceso a las prestaciones del SNS.

La indefinición derivada de la falta de claridad respecto a los criterios de acceso a los SRS tras las frecuentes divergencias entre la regulación dictada por el Gobierno central y las decisiones de las autoridades sanitarias autonómicas, parece haber ampliado el margen para la discrecionalidad administrativa previamente existente. La incertidumbre respecto a los derechos de acceso se vio agravada por la pluralidad (y opacidad) de las directrices que emanaban de los diferentes niveles organizativos de los SRS (gerencias provinciales, direcciones de área sanitaria, jefaturas de servicio, direcciones de centro, etc.). Ante este hecho, el papel de los “funcionarios de ventanilla” incrementó su centralidad en el proceso de toma de decisiones acerca de quién accede y quién queda excluido del sistema sanitario público (AI, 2013). Estas decisiones pueden además haberse visto afectadas por las percepciones y visiones de estos trabajadores acerca de la sanidad como un derecho humano universal, o por prejuicios que estigmatizasen a determinados pacientes (por su origen étnico, o nacional) como perceptores ilegítimos de las prestaciones sanitarias (Vanthuyne et. al., 2013).

Los datos recabados por las organizaciones que defienden el derecho de acceso de los inmigrantes indocumentados a las prestaciones del SNS ilustraron la existencia de una gran cantidad de casos de denegación de atención sanitaria, incluso en contextos en los que dicho acceso debería haber estado garantizado por la regulación dispuesta por las autoridades sanitarias autonómicas (menores, embarazadas, urgencias, etc.) (MDM, 2014; AI, 2013; SOS Racismo, 2013).

Como consecuencia de las fricciones entre el Gobierno central y los gobiernos autonómicos acerca de las competencias de cada uno de ellos para definir los criterios de elegibilidad de los SRS, los litigios competenciales aumentaron considerablemente, llegando en varias ocasiones hasta el Tribunal Constitucional (TC). Así, en noviembre de 2017, el TC dictaminó a favor del Gobierno central en relación a la denuncia presentada por éste ante la extensión de la atención sanitaria a los inmigrantes indocumentados por las autoridades sanitarias del País Vasco.<sup>14</sup> Un mes más tarde, el TC actuó de igual modo en relación al

<sup>14</sup> <https://goo.gl/cALAK5>.

caso de la Comunidad Valenciana.<sup>15</sup> En ambos casos el TC argumentó que los gobiernos autonómicos se habían excedido en el ejercicio de sus competencias en el ámbito sanitario al abordar una cuestión básica de definición del SNS como es el de la definición de los criterios de elegibilidad del sistema, cuestión que continúa siendo competencia exclusiva del Gobierno central.

Una serie de instituciones, tanto nacionales (Defensor del Pueblo, Tribunal de Cuentas), como internacionales (Consejo de Europa, Relator Especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos), criticaron la expulsión de los inmigrantes indocumentados del SNS, y señalaron los posibles riesgos para la salud pública derivados de no atender adecuadamente a estos pacientes a través de los canales normalizados del sistema sanitario público.

De igual modo, un buen número de organizaciones profesionales del ámbito sanitario, judicial y de defensa de los derechos humanos, mostraron su oposición a la ruptura de la lógica universalista del SNS, y a la exclusión de determinados colectivos de la cobertura del sistema, llamando a los profesionales a objetar a aquellas medidas que creasen barreras a la atención médica de determinados sectores de la población. Entre las iniciativas puestas en marcha con este fin destacaban las encaminadas a articular mecanismos de respuesta a la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados, así como los esfuerzos por documentar el impacto de dichas medidas sobre el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerables. La denuncia de la denegación de atención sanitaria (incluyendo el caso de menores, embarazadas, enfermos crónicos y personas que trataron de recurrir a las urgencias ambulatorias u hospitalarias), los casos de facturación impropia, los intentos de cobro no justificados, la exigencia de firma de compromisos de pago previos a la atención (incluso en los servicios de urgencias), y el frecuente desconocimiento de la norma por parte de los “funcionarios de ventanilla” de los centros sanitarios, fueron puestos de relieve en los informes publicados por estas organizaciones (MDM, 2014; SOS Racismo, 2013). El caso más dramático de dichas situaciones de violación del derecho a la atención sanitaria se plasmaría en la muerte de varios inmigrantes indocumentados a los que, en diferentes circunstancias, se denegó una atención médica adecuada en el momento en que se dirigieron a los servicios sanitarios (AI, 2013).

En octubre de 2012 el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) aprobó la propuesta del Gobierno de establecer “Convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria” por los cuales los residentes no “asegurados” o “beneficiarios” del SNS podrían acceder a la cartera básica de servicios del SNS, previo pago de una póliza anual (710€ para menores de 65 años, 1.864€ para los mayores de esa edad).<sup>16</sup> Con esta medida se reforzaba la lógica del aseguramiento como vía de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público, al tiempo que se establecía un mecanismo para que todos aquellos excluidos de las prestaciones del sistema a partir de la aprobación del RD 16/2012 pudieran incorporarse al mismo mediante la firma de uno de esos convenios de aseguramiento con el SNS. En octubre de 2014 el Ministerio de Sanidad implementó este esquema en Ceuta y Melilla

<sup>15</sup> <https://goo.gl/9QUqg3>.

<sup>16</sup> Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, <https://goo.gl/wRvXK6>.

(ciudades autónomas en las que ejerce las competencias sanitarias a través del INGESA), y en enero de 2016 la mayoría de los SRS habían regulado formalmente el funcionamiento de este esquema (Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid y Valencia), aunque el número de pólizas finalmente suscritas fue relativamente escaso.

En 2015, el Ministerio de Sanidad reconocía públicamente la existencia de algunos efectos secundarios indeseados derivados de la expulsión de migrantes en situación administrativa precaria del SNS, y presentó al CISNS una propuesta para una cobertura homogénea de las necesidades sanitarias de aquellos inmigrantes indocumentados que hubieran residido en una región española durante más de seis meses. Pese a esto, no se adoptaron medidas concretas, por lo que la regulación del acceso a los SRS continuó aplicándose de manera fragmentada en los diferentes sistemas sanitarios autonómicos.

En septiembre de 2017, todos los partidos de la oposición (con la excepción de “Ciudadanos”) se unieron a una plataforma de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de profesionales sanitarios para firmar un compromiso con el restablecimiento de un sistema sanitario universal en el momento en que una nueva aritmética parlamentaria lo permitiese.<sup>17</sup>

Tras la moción de censura de junio de 2018, que provocó el cambio de gobierno, las nuevas autoridades sanitarias promovieron un cambio legislativo con objeto de revertir los aspectos más controvertidos de la reforma que eliminó el carácter universalista del SNS. Así, la aprobación del Real Decreto 7/2018 de 27 de julio sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, destinado a “garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español”, pretende ser un primer paso en la dirección de blindar la universalidad a través de una Ley que pasó a ser tramitada en el Parlamento con ese objetivo.

Las organizaciones sociales que se opusieron a la reversión del SNS a una lógica de aseguramiento saludaron estas medidas, al mismo tiempo que señalan una serie de puntos débiles en el desarrollo normativo emprendido.<sup>18</sup> Ante los amplios márgenes para la discrecionalidad inherentes a un SNS tan profundamente descentralizado, dichas organizaciones solicitan mayor claridad en una serie de cuestiones relativas a la definición precisa de los requisitos de acceso, la garantía incondicional del acceso a los colectivos que según el RD 7/2018 han de recibir atención en cualquier circunstancia (menores, embarazadas, víctimas de trata, solicitantes de asilo y personas que precisen atención urgente), o la situación de los ascendientes agrupados por migrantes regularizados.

## 2. Incremento de los co-pagos y del aseguramiento sanitario privado

Los esfuerzos para reducir la factura farmacéutica puestos en marcha en España al comienzo de la crisis entroncan directamente con las tendencias observadas en la mayoría de los países desarrollados en los últimos lustros, dirigidas a aumentar gradualmente la

<sup>17</sup> Pacto político y social por un sistema nacional de salud público y universal, <https://goo.gl/DkXzqy>.

<sup>18</sup> <https://goo.gl/d7CjGS>; <https://goo.gl/4W9VnZ>.

contribución de los pacientes en la financiación del gasto sanitario a través de pagos directos, co-pagos y/o pólizas de aseguramiento privado. Esto supone una reducción de la implicación del Estado y una relativa mercantilización de este ámbito esencial de política social.

La introducción del co-pago farmacéutico para los pensionistas,<sup>19</sup> así como el aumento de los co-pagos para el resto de usuarios del SNS con ingresos superiores a 18.000€ anuales, supuso una de las medidas más controvertidas en el paquete de medidas destinadas a reducir el gasto sanitario.<sup>20</sup> Estos co-pagos, junto al resto de medidas orientadas a la reducción del gasto farmacéutico anteriormente señaladas, redujeron el número de prescripciones en casi un 6% en 2013 y el gasto farmacéutico total en casi un 16% en 2014 respecto al de 2011, con un ahorro acumulado de 46.621 millones de € entre julio de 2012 y diciembre de 2016 (MSSSI, 2017). La participación pública en el total del gasto farmacéutico disminuyó del 75,7% en 2009, al 71,5% en 2013. Pese a que esto puede considerarse un desarrollo positivo, dadas las ineficiencias existentes y el creciente volumen de recursos absorbidos por el gasto farmacéutico, las desigualdades derivadas de los co-pagos en pacientes con enfermedades crónicas, población con ingresos más bajos, o personas mayores, que pueden alterar el seguimiento de sus tratamientos farmacológicos con el consiguiente riesgo para su salud, plantean objeciones sólidas a la conveniencia de esta medida (Urbanos y Puig-Junoy, 2014; Aznar-Lou et al., 2018).

Desde inicios de enero de 2014, las autoridades sanitarias regionales debían comenzar a implementar también copagos en ciertos medicamentos dispensados durante el tratamiento hospitalario. Como un claro indicio de la complejidad de la estructura de gobernanza multinivel del SNS, tan solo Ceuta y Melilla (cuyos sistemas sanitarios continúan siendo gestionados por el gobierno central) aplicaron esta norma, y el resto de autoridades sanitarias regionales impidieron la implementación de esta medida utilizando diferentes argumentos, desde la existencia de dificultades técnicas, hasta la oposición explícita a esta política (Cantero Martínez, 2014).

Existe evidencia empírica internacional que muestra que, contrariamente a la financiación pública (que resulta moderadamente progresiva, o proporcional en la mayoría de los países europeos), la financiación sanitaria privada tiene efectos marcadamente regresivos en la mayoría de los casos, es decir, los costes recaen en mayor medida sobre los pobres y ancianos (los cuales, además, están más frecuentemente enfermos), que sobre los jóvenes y ricos (Evans, 2003). En sistemas sanitarios universalistas, la reducción de la responsabilidad del Estado y el incremento del papel del mercado en el ámbito sanitario, pueden contribuir a generar importantes desigualdades en salud entre diferentes sectores de la población.

<sup>19</sup> 10% del coste de la medicación, con un máximo de 8€ al mes para pensionistas con ingresos inferiores a 18.000€ anuales; 18€ al mes para aquellos con ingresos entre 18.000 y 100.000€ anuales; y 60€ al mes para aquellos con ingresos superiores a 100.000€ al año.

<sup>20</sup> Pasó del 40, al 50% para aquellos con ingresos entre 18.000 y 100.000€ anuales, y al 60% para aquellos con ingresos superiores a 100.000€. Los copagos para trabajadores desempleados que hayan dejado de percibir prestaciones, así como para personas percibiendo rentas de programas de garantía de ingresos, fueron eximidos de los copagos del 40% que hasta ese momento venían asumiendo.

La creciente mercantilización del ámbito sanitario en España puede ser observada en el incremento del aseguramiento sanitario privado, dinámica particularmente frecuente entre los grupos más acomodados de la población. Así, en un contexto de restricción presupuestaria en las familias, el porcentaje de personas con cobertura sanitaria privada pasó del 13,3% en 2012, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud realizada ese año, al 16,3% en 2017 en base a la última ola de dicha encuesta.

Esta tendencia hacia el aumento del aseguramiento sanitario privado se hizo más evidente en aquellas CCAA en las que los recortes sanitarios habían sido más pronunciados y con ello la percepción de deterioro de la atención sanitaria proporcionada por el sistema sanitario público, algo que se materializa de modo muy gráfico en el incremento de los tiempos de espera para ser atendido. De este modo, el porcentaje de personas con cobertura sanitaria privada en Cataluña aumentó desde el 19,5% en 2012, hasta el 25,3% en 2017. En la Comunidad de Madrid pasó de aproximadamente el 26%, hasta el 31,6% en ese mismo periodo. En comunidades como Navarra (del 4%, al 9,3%), o Asturias (del 6%, hasta el 10% en el mismo período) se produjo también un aumento significativo, aunque manteniéndose en niveles considerablemente inferiores.

El riesgo principal de esta tendencia es la dualización de la atención sanitaria (con un sistema de calidad de pago para quien pueda costearse una póliza de aseguramiento, y otro público de mínimos para la población más vulnerable), en buena medida vinculada a la pérdida de interés en un servicio sanitario público de calidad y cobertura universal entre los colectivos más acomodados de la sociedad.

### **3. Deterioro de la calidad de atención proporcionada por el SNS**

Las reformas y las restricciones presupuestarias implicaron un deterioro de la calidad de la atención brindada como consecuencia del cierre de camas hospitalarias, la reducción de la proporción de profesionales de la salud por paciente y la falta de recursos en los centros sanitarios (Petmesidou et al., 2014; Urbanos y Puig-Junoy, 2014).

Así, a la reducción de efectivos entre los profesionales sanitarios (con pérdidas de plantilla superiores al 10%), le siguió lógicamente un incremento en la carga de trabajo y un deterioro en las condiciones laborales de estos profesionales (pese a los cierres de plantas y servicios puestos en práctica por los SRS) que tuvieron un impacto muy significativo en la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos. Además de los recortes salariales sufridos por el conjunto de los empleados públicos (incluyendo a los profesionales del SNS) y la pérdida de poder adquisitivo derivada de la congelación de las retribuciones y la inflación acumulada durante ese período, las prácticas contractuales de las administraciones sanitarias (30% de temporalidad en 2015, aunque con grandes variaciones entre CCAA) llevaron a un alto grado de precariedad laboral entre los profesionales del sistema sanitario, lo cual ha incrementado los incentivos para la emigración de facultativos y profesionales de la enfermería en busca de mejores condiciones laborales y perspectivas de desarrollo profesional en otros países. El Tribunal de Justicia de la UE llegó a pronunciarse en octubre de 2016 contra la precariedad

contractual de los profesionales sanitarios españoles, señalando la necesidad de modificar las pautas de contratación en el seno del SNS.

Además del descenso generalizado en el gasto sanitario motivado por los recortes impuestos por el gobierno central, resulta posible observar una evolución diferenciada en dicho gasto a lo largo del tiempo en las diferentes CCAA. Las diferencias sustanciales en gasto sanitario entre los diferentes SRS se explican por una serie de factores que van desde la diferente composición de la demanda de servicios sanitarios en cada región (vinculada a las características socio-demográficas de la población, o a la extensión del territorio de dicha comunidad), hasta las decisiones políticas tomadas por los gobiernos autonómicos sobre cómo asignar los recursos financieros que gestionan (obtenidos a través de transferencias recibidas del gobierno central, así como de los impuestos que recaudan directamente).

Los niveles de gasto sanitario ya eran sustancialmente diferentes entre las diferentes CCAA antes de la crisis, pero las medidas de consolidación fiscal introducidas después de 2010 reforzaron esas diferencias. En 2008, la Comunidad Autónoma con el gasto sanitario per cápita más elevado (País Vasco, con 1.596 €) gastó un 42% más que la región con el gasto más bajo (la Comunidad Valenciana, con 1.211 €). Esa diferencia aumentó hasta el 60% en 2013 (1.552 € en el País Vasco, por 965 € en la Comunidad Valenciana). En 2016, y pese a la ligera mejora generalizada, esa diferencia era todavía de en torno al 50%, con un gasto sanitario medio per cápita a nivel nacional de 1.332 €, que oscilaba desde los 1.110 € en Andalucía, hasta los 1.669 € en el País Vasco (MSSSI, 2017).

Ese gradiente en el gasto sanitario autonómico se traduce, lógicamente, en una variación significativa en los recursos humanos disponibles en los diferentes SRS. Así, en 2015 había 1,86 médicos especializados por cada 100.000 habitantes en España, pero la dispersión regional oscilaba entre 2,33 en Navarra y 1,25 en Melilla. En el caso de las enfermeras de atención primaria, el promedio nacional de 0,64 ocultaba un rango que iba desde las 0,89 en Castilla y León, a 0,51 en Ceuta.

Es posible observar una dinámica similar con respecto a los recursos materiales disponibles: el promedio nacional de camas hospitalarias en 2015 (2,98 por cada 1.000 habitantes) oculta una dispersión que iba desde las 3,83 camas en Cataluña, hasta las 1,94 en Melilla. Del mismo modo, la disponibilidad de TAC por cada 100.000 habitantes oscilaba ese año entre los 2,04 en Navarra, y los 1,18 en Ceuta y Melilla, con un promedio nacional de 1,66. Estas diferencias en los recursos existentes entre los diferentes SRS se reflejan en la disponibilidad real de atención sanitaria para los pacientes en función de su región de residencia.

Como muestra el Sistema de Indicadores Clave del SNS,<sup>21</sup> en términos agregados, y pese a que ciertos indicadores de recursos humanos en el SNS mostraron una relativa mejoría entre 2008 y 2015 (el número de médicos especializados por cada 100,000 habitantes aumentó ligeramente de 1,76, a 1,86; el de enfermeras especializadas pasó de 3, a 3,2; y los dispositivos de exploración por TAC aumentaron de 1,43, a 1,66), otros indicadores se estancaron (el número de médicos de atención primaria por 1.000 pacientes se mantuvo sin

<sup>21</sup> <https://goo.gl/YBd1vj>.

cambios en 0,75) y finalmente otro tercer grupo de indicadores se deterioró durante dicho período (las camas de hospital por cada 1.000 habitantes disminuyeron de 3,22, a 2,98 en ese tiempo).

Los recortes presupuestarios, y sus implicaciones sobre los recursos humanos y materiales disponibles, fueron los principales responsables del significativo aumento de las listas de espera en el seno del SNS en los últimos años. Mientras que el tiempo de espera promedio para una intervención quirúrgica hospitalaria no urgente era de 74 días en diciembre de 2007 (con 376,000 pacientes en listas), este período aumentó hasta 89 días en diciembre de 2015 (con hasta 550,000 pacientes esperando ser tratados), escalando hasta 115 días en diciembre de 2016 (con 614,000 pacientes en espera), para reducirse gradualmente hasta 104 días (604.000 pacientes en lista) a finales de 2017, y a 93 días en junio de 2018 (584.000 pacientes en lista de espera).<sup>22</sup>

Ciertos tipos de procedimientos quirúrgicos mostraron un deterioro especialmente notable, con aumentos significativos en los tiempos de espera. Así, los pacientes pendientes de una intervención neuro-quirúrgica tuvieron que esperar un promedio de 91 días en 2007, y esta cifra aumentó hasta 161 días en 2017, habiéndose reducido a 145 días en junio de 2018. En el caso de los pacientes de traumatología, el tiempo de espera pasó de 86, a 130 días en ese mismo período, y en el caso de los tratamientos de cirugía pediátrica la espera aumentó de 79, a 118 días a finales de 2017, habiéndose reducido a 111 días en junio de 2018. Estos últimos datos reflejan la ligera mejoría en los tiempos de espera para la mayoría de intervenciones y en la práctica totalidad de SRS que se produjo a partir de 2016.

Resulta notable, de hecho, la variación en la evolución de las listas de espera entre las diferentes CCAA, reflejando el impacto diferencial de las reformas y los recortes presupuestarios en los distintos SRS, así como, por supuesto, las diferentes prioridades políticas atribuidas a la atención sanitaria por los distintos gobiernos regionales. Mientras que el tiempo promedio de espera para una intervención quirúrgica no urgente en un hospital de Rioja fue de 49 días en diciembre de 2016 (47 en junio de 2018), este período era de 182 días en Canarias (109 en junio de 2018), representando los dos extremos de una distribución en la que CCAA de gran tamaño poblacional como Madrid (55 días en diciembre de 2016, 47 en junio de 2018), Andalucía (76 días en diciembre de 2016, 78 en junio de 2018), o Cataluña (173 días en diciembre de 2016, 140 en junio de 2018), mostraban diferencias muy significativas en la calidad de la atención médica proporcionada a sus ciudadanos.

La desmotivación de los profesionales del sector de la salud se ha convertido en una seria amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario público. Las tensiones introducidas en el sistema por los severos recortes presupuestarios, las reformas, y el cambio en la lógica del modelo, han resultado también en un deterioro de la percepción pública sobre el funcionamiento del SNS,<sup>23</sup> y en una relativamente alta visibilidad de este área de política en

<sup>22</sup> Información actualizada sobre el estado de las listas de espera disponible en: <https://goo.gl/FQCUXi>.

<sup>23</sup> Entre 2010 y 2014, el Barómetro Sanitario mostró un declive sistemático en el número de entrevistados que afirmaban que el SNS funcionaba bien o razonablemente bien, desde un máximo del 73,9%, hasta un mínimo del 62,7%. Desde ese punto, la opinión ciudadana sobre el SNS

el ámbito judicial, en los medios de comunicación, así como en los ámbitos público y político (Calzada y del Pino, 2015). El deterioro de la percepción pública sobre el funcionamiento del SNS y el creciente movimiento hacia los planes de aseguramiento sanitario privados por parte de segmentos más acomodados de la población pueden representar, de hecho, la principal amenaza para su futuro.

#### 4. Incremento de las desigualdades en salud

Una serie de análisis recientes apuntan al impacto de las reformas y restricciones presupuestarias aplicadas durante la crisis sobre la salud física y mental de ciertos grupos de la población (Díaz Martínez, 2016), particularmente hombres adultos afectados por el desempleo de larga duración (Bartoll et al., 2013), o personas afectadas por desahucios (Vásquez et al., 2016).<sup>24</sup> Otros estudios han mostrado la reducción de la adherencia a los tratamientos farmacéuticos por la introducción/incremento de los co-pagos en medicamentos (Aznar-Lou et al., 2018).

Algunos indicadores de salud, fuertemente vinculados a estilos de vida (morbilidad asociada al asma, accidentes laborales y hospitalizaciones), muestran también una tendencia claramente negativa (Coduras et al., 2017), mientras que determinados ámbitos, tradicionalmente poco atendidos por el sistema sanitario público español, mostraron también un empeoramiento, dificultando su capacidad de hacer frente a un aumento significativo de las tasas de suicidio y autolesiones desde 2011 (López et al., 2013; Gili et al., 2013; Fundación Salud Mental España, 2016).<sup>25</sup>

La crisis económica también ha contribuido a una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y a una mayor presencia de factores de riesgo, como la obesidad, en los grupos más vulnerables de la población (Díaz Martínez, 2016), así como a un sesgo a favor de los ricos en los programas sanitarios de naturaleza preventiva (Carrieri y Wuebker, 2013).

Otros autores afirman que la mortalidad observada parece estar disminuyendo a un ritmo más lento de lo que se hubiera esperado en ausencia de la crisis, al tiempo que se puede también percibir un aumento de la mortalidad en invierno entre las personas de edad avanzada (Benmarhnia et al., 2014), mientras que otros estudios señalan que entre las consecuencias más extremas de la crisis se encuentra la muerte de pacientes debido a una prestación inadecuada de atención médica en el SNS (Juanmarti et al., 2018; Legido et al., 2013).

---

comenzó a mejorar de Nuevo hasta el 67,7% en 2017. Los que afirmaban que el sistema precisaba cambios sustanciales aumentaron desde el 3,51% en 2010, hasta el 6,3% en 2014 (MSSSI, 2017).

<sup>24</sup> Nueve de cada diez personas con dificultades para hacer frente al pago de su hipoteca en Barcelona sufren problemas de salud mental, en comparación con el 12% de la población de esa ciudad en general.

<sup>25</sup> Las tasas promedio de suicidio se encontraban en su nivel históricamente más bajo en 2010, 6 por cada 100.000 habitantes (10 en el caso de los hombres), pero alcanzaron un máximo de 8,25 en 2014 (13,2 para los hombres). Desde ese punto bajaron hasta 7,46 en 2016 (11,84 para hombres). Estas cifras agregadas ocultan una variación regional significativa, con una tasa de suicidio promedio más alta (11,08) en Galicia, y la tasa más baja en la ciudad autónoma de Melilla (2,45) en 2016 (Fundación Salud Mental España, 2016).

El Capítulo 3 de la presente edición del Informe FOESSA, destinado a la evolución de las situaciones de pobreza y exclusión social, incluye un texto especialmente dedicado a tratar la relación entre exclusión social y salud<sup>26</sup>, por lo que aquí no profundizaremos en la cuestión del impacto de la crisis sobre las desigualdades en salud a través de un análisis detallado de los indicadores de morbilidad y mortalidad en los diferentes grupos sociales. No podemos dejar de señalar, sin embargo, que el conjunto de los países desarrollados han experimentado un incremento de las desigualdades sociales a lo largo de los últimos lustros y que España no ha sido una excepción en esa tendencia, vinculada a la polarización de rentas provocada por los procesos de transformación económica derivados de la creciente integración de los mercados globales (OECD, 2015). La retroalimentación existente entre las desigualdades sociales y la salud ha sido ampliamente documentada, por lo que las crecientes desigualdades en el seno de las sociedades de los países desarrollados se traducirán en un deterioro futuro de las tasas de discapacidad severa, enfermedades crónicas y morbilidad auto-percibida, particularmente entre los estratos sociales más desfavorecidos.

Una de las dimensiones más relevantes y necesitadas de atención académica y política es la evolución de las desigualdades en salud entre diferentes niveles del territorio. Más allá de la escasa voluntad política para documentar y analizar de manera sistemática la evolución de las desigualdades en salud en nuestro país, varios estudios apuntan a la existencia de importantes diferencias en el estado de salud de la población en los distintos territorios. El propio equilibrio institucional del SNS dificulta la creación de un sistema homogéneo de generación de información sobre la evolución de la salud de la población, así como sobre el funcionamiento de los SRS, por lo que resulta difícil evaluar las políticas sanitarias aplicadas en las diferentes CCAA y, por supuesto, calcular su impacto sobre la equidad en salud. Pese a esa dificultad en la atribución de responsabilidades sobre las desigualdades en salud, el proceso de descentralización sanitaria ha sido señalado como responsable de la aparición de importantes diferencias territoriales en la prestación de los servicios sanitarios, aunque la descentralización tan sólo ha contribuido a reforzar y visibilizar las desigualdades previamente existentes.

## 5. Retos de futuro y propuestas para un SNS sostenible

Tiempos de crisis facilitan la introducción de reformas que pueden servir para mejorar la organización y gestión de las políticas públicas con objeto de optimizar el uso de unos recursos inevitablemente limitados. Junto con algunas medidas necesarias, encaminadas a moderar el consumo sanitario (especialmente el gasto en medicamentos), y a ordenar las prestaciones ofrecidas por los SRS, la coyuntura social relativamente favorable a las reformas fue aprovechada en 2012 por el Gobierno conservador para acometer un cambio de profundo calado en la filosofía que vertebra el sistema sanitario. La eliminación del universalismo en el SNS, así como la reintroducción de una lógica de aseguramiento elevó barreras entre los que “realmente merecían” ser atendidos por el sistema sanitario público, y los que debían quedar excluidos de las prestaciones de dicho sistema. En un contexto de *shock* colectivo generado por la profundidad y duración de la crisis económica, el Gobierno

<sup>26</sup> Sánchez Moreno, E.: “Desigualdades sociales en salud. El papel de la exclusión social en el gradiente socioeconómico en la distribución de la salud y las enfermedades.”

encontró la “ventana de oportunidad” idónea para introducir un subrepticio cambio de modelo sanitario con profundas implicaciones no suficientemente discutidas social o políticamente.

El regreso a la filosofía universalista, inherente a la propia fundación del SNS, planteada por el gobierno de Pedro Sánchez constituye una oportunidad perfecta para institucionalizar de modo permanente este sistema, clarificando el reparto de competencias y responsabilidades entre niveles de gobierno y abriendo así la puerta a una mejora de los equilibrios de “gobernanza multinivel” y de cohesión del sistema sanitario público de modo que se reduzca el margen para el desarrollo de estrategias de “evitación” o de “desvío” de la responsabilidad en la gestión entre autoridades sanitarias estatales y autonómicas.

Las medidas adoptadas en el ámbito sanitario en España desde el inicio de la crisis han implicado un elevado grado de tensionamiento de las estructuras básicas y de las pautas de funcionamiento institucional del SNS, provocando un deterioro significativo en la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos. Las implicaciones de esta situación sobre el ámbito de la salud y de la sanidad no serán tan inmediatas como las que han aparecido en otros ámbitos de política social, pero la relación entre privación material, recortes presupuestarios y salud de la población en el medio y largo plazo es clara y bien conocida (Cortès-Franch y González López-Valcarcel, 2014; Borrell et al., 2014). La literatura especializada ha acreditado profusamente los efectos perniciosos de la exclusión económica sobre el estado de salud de las personas en etapas posteriores de su ciclo vital. Levantar barreras en el acceso a los servicios sanitarios en un contexto de fuerte precarización socio-económica tan solo puede contribuir a agravar las tendencias negativas derivadas de esta difícil situación.

La salida de la crisis sitúa al sistema sanitario público en una complicada tesitura en la que se ha de hacer frente a las grandes tendencias estructurales de cambio de la sociedad española y su impacto sobre el sistema sanitario público (envejecimiento, crecimiento de las desigualdades sociales, incremento de las expectativas respecto a la salud y la sanidad, etc.). La respuesta a dichas transformaciones ha sido planteada en torno a lo que se ha venido en llamar la “Triple Meta” (mejorar la salud de la población, proporcionar mejores cuidados y reducir los costes), refiriéndose con ello a la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios hacia cuidados integrados que respondan mejor a situaciones de cronicidad al tiempo que se trata de contener los costes sanitarios. Contener la tendencia cuasi-natural al incremento del gasto sanitario (significativamente mayor que el incremento de la riqueza y de la población en el conjunto de las sociedades desarrolladas), al tiempo que se afrontan las principales repercusiones de las reformas y recortes introducidos en el SNS durante la larga década de crisis, se plantea como la compleja cuadratura del círculo que deben afrontar los gestores del sistema sanitario.

La privatización de cada vez más amplios sectores del sistema sanitario, y la redefinición de la distribución de responsabilidades financieras en este ámbito, han contribuido a poner en cuestión un sistema sanitario plenamente consolidado, con un alto grado de legitimidad social y que, además, funcionaba de un modo extremadamente coste-efectivo (particularmente si se comparan con otros sistemas que parecen inspirar las recetas de reforma y que no solo son extremadamente inequitativos, sino que son además claramente menos eficientes en su asignación de recursos). Una serie de graves problemas

potencialmente derivados de la creciente presencia de actores privados en la provisión de servicios sanitarios (captura del regulador, puertas giratorias, etc.) han emergido y se han hecho visibles en un buen número de SRS (Cataluña, Madrid, Valencia), lo cual anima a ser cautos a la hora de profundizar en ese tipo de dinámicas. De igual modo, conviene tomar en consideración los potenciales efectos regresivos del creciente papel de la financiación privada en el ámbito sanitario (efectos de los co-pagos, riesgo de dualización del sistema por la expansión del aseguramiento privado, etc.).

Dada la alta concentración del gasto sanitario en el segmento de población de edad más avanzada, las perspectivas apuntan a una creciente importancia del envejecimiento en dicho gasto (gradual modificación de las pautas de uso, demandas y necesidades a las que habrán de responder los sistemas sanitarios). Por ello, las organizaciones sanitarias internacionales aconsejan a los países desarrollados redirigir su atención desde las enfermedades agudas (episodios de enfermedad independientes, generalmente resueltos mediante la intervención de un único nivel de atención sanitaria) hacia las patologías crónicas y las discapacidades (enfermedades que requieren una gestión y atención continuadas durante largos períodos de tiempo, involucrando a varios niveles de atención sanitaria).

Los estudios sobre la posible evolución de los sistemas sanitarios apuntan también a que el ritmo de crecimiento del gasto futuro dependerá fundamentalmente de la regulación (limitación) de la inversión y el acceso a la alta tecnología médica, del desarrollo de estrategias de prevención capaces de mejorar la calidad de vida de las personas, así como de la adopción de tratamientos más coste-efectivos. En consecuencia, el previsible aumento del gasto sanitario derivado del envejecimiento podría ser abordado a partir de modificaciones por el lado de la oferta: atención primaria y comunitaria con suficientes recursos y poder de coordinación respecto a otros niveles de atención, una mayor dimensión del sector público respecto al privado, políticas de control y planificación del número de profesionales en ejercicio y de la inversión en alta tecnología y sistemas de pago basados en la capitalización y mecanismos de reembolso (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2015). No se trataría, por tanto, de incrementar los recursos totales asignados a los sistemas de protección social y sanitario, sino de adaptar su funcionamiento al crecimiento de la demanda y por tanto de los componentes de gasto, relacionados con la cronicidad y la dependencia (Bernal et al., 2011).

Un mayor grado de articulación entre la dimensión sanitaria y el ámbito de los servicios sociales podría resultar también fundamental para responder a los retos sociales planteados a las sociedades avanzadas contemporáneas (envejecimiento poblacional, incremento de las desigualdades, inmigración). Así, uno de los objetivos principales que debería abordar el sistema sanitario público es la eliminación, o cuando menos la reducción, de los obstáculos que dificultan la coordinación entre servicios sanitarios y sociales a nivel local y comunitario, tratando así de lograr una mayor integración con los servicios de atención personal, en particular en relación a colectivos dependientes (niños, ancianos, enfermos crónicos, discapacitados físicos y psíquicos).

La creación de sistemas de generación y circulación de información (elaboración de indicadores, mecanismos de intercambio de información, etc.), con la participación de los diferentes niveles gobierno, así como de los profesionales sanitarios, debería contribuir de

manera importante a mejorar la eficiencia y coste-efectividad de los sistemas sanitarios. La articulación de mecanismos que garanticen la calidad en las prestaciones del sistema a través de la potenciación de la medicina basada en la evidencia, la evaluación del desempeño por parte de agencias, profesionales e instituciones, la elaboración de guías de práctica clínica, la difusión de modelos de referencia y buenas prácticas, la evaluación de tecnologías sanitarias, la redacción de planes de calidad o la elaboración de registros (de prácticas, reacciones adversas, etc.) de utilización por el conjunto del sistema, constituyen herramientas a disposición de las autoridades sanitarias que, de ser utilizadas adecuadamente, pueden resultar de inestimable ayuda en la consecución de los objetivos planteados. La puesta en marcha de estos mecanismos debe estar basada, en cualquier caso, en el desarrollo de una cultura de investigación y evaluación de las políticas sanitarias.

Además de la preocupación por garantizar la igualdad en el acceso al sistema, las autoridades sanitarias han de avanzar hacia la equidad, identificando y luchando contra las desigualdades en salud y prestando atención a necesidades sanitarias diferenciadas, en particular cuando afectan a los segmentos más desfavorecidos de la población (salud mental, enfermedades crónicas, obesidad, etc.).

La desmotivación de los profesionales de la salud y el deterioro de la percepción pública sobre el funcionamiento del SNS, constituyen amenazas adicionales para la sostenibilidad del sistema sanitario público, al afectar a la dimensión social y política de dicha sostenibilidad. Recuperar un consenso entre partidos políticos acerca de aspectos básicos del modelo socio-sanitario a desarrollar resulta fundamental, de modo que las pautas organizativas y de funcionamiento de un SNS universalista queden garantizadas, independientemente de las evoluciones del ciclo político.

El objetivo principal de los sistemas sanitarios públicos ha de ser el de funcionar como garantes de la protección sanitaria universal y como instrumento de cohesión social y territorial. Las lógicas de mercado pueden contribuir a introducir mayor eficiencia en la gestión de unos recursos sanitarios siempre escasos, pero desde una perspectiva de complementariedad a los sistemas públicos, circunscritos al ámbito de la provisión de servicios sanitarios (y nunca de la financiación) y bajo una estricta regulación y supervisión pública.

## 6. Referencias bibliográficas

ALAMEDA-PALACIOS, J., RUIZ-RAMOS, M., y GARCÍA-ROBREDO, B. (2014): “Suicidio, prescripción de antidepresivos y desempleo en Andalucía”, *Gaceta Sanitaria*, Vol. 28, nº 4: 309-312.

AMNISTÍA INTERNACIONAL (AI) (2013): “El laberinto de la exclusión sanitaria”, Madrid: AI.  
APPELBAUM, L. (2001): “The Influence of Perceived Deservingness on Policy Decisions Regarding Aid to the Poor”, *Political Psychology*, vol. 22, n.º 3: 419-442.

ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, A. y MORENO FUENTES, F. J. (2012): “Rentas Mínimas de Inserción, inmigración y recortes”, en *Informe 2011. L'estat del racisme a Catalunya*. Barcelona: SOS Racismo.

- AZNAR-LOU, I., POTTEGÅRD, A., FERNÁNDEZ, A., PEÑARRUBIA-MARÍA, M., SERRANO-BLANCO, A., SABÉS-FIGUERA, R., GIL-GIRBAU, M., FAJÓ-PASCUAL, M., MORENO-PERAL, P., y RUBIO-VALERA, M. (2018): “Effect of copayment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study”, en *BMJ Quality & Safety*, 27(11): 878-891.
- BARNETT, J. C. y BERCHICK, E. (2017): “Current Population Reports, P60-260, Health Insurance Coverage in the United States: 2016”, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- BARTOLL, X., PALÈNCIA, L., MALMUSI, D., SUHRCKE, M., y BORRELL, C. (2013): “The evolution of mental health in Spain during the economic crisis”, en *European Journal of Public Health*, 24(3): 415-418.
- BBVA-IVIE (2017): “Inversión y capital público en educación y sanidad tras la crisis”, Esenciales BBVA-Ivие, N°22/2017.
- BENMARHIA, T., ZUNZUNEGUI, M.V., LLÁCER, A., y BÉLAND, F. (2014): “Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: research clues based on an analysis of mortality”, en *Gaceta Sanitaria*, 28: 137-141.
- BERNAL, E., CAMPILLO, C., GONZÁLEZ, B., MENEU, R., PUIG, J., REPULLO, J.R. y URBANOS, R. (2011): “La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable”, Madrid: Asociación de Economía de la Salud.
- BORRELL, C., RODRÍGUEZ-SANZ, M., BARTOLL, X., MALMUSI, D. y NOVOA, A. M. (2014): “El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español”, en *Salud Colectiva*, vol. 10 N.º 1, enero-abril: 95-98
- BRUQUETAS CALLEJO, M. (2015): “Policy and practice around educational reception in Rotterdam and Barcelona”, Amsterdam: Amsterdam U. Press/ IMISCOE.
- CALZADA, I. y DEL PINO, E. (2015): “Preferencias sobre el Estado de Bienestar y satisfacción con las políticas sociales en el Estado Autonomico (1985-2013). Situación Social de España 2015”, Madrid: CIS.
- CANTERO MARTÍNEZ, J. (2014): “A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en *Gaceta Sanitaria*, 28(5): 351–353.
- CARRIERI, V., y WUEBKER, A. (2013): “Assessing inequalities in preventive care use in Europe”, *Health Policy*, 2013, 113: 247–257.
- CODURAS MARTÍNEZ, A., y DEL LLANO SEÑARÍS, J.E. (2017): “La sanidad española en cifras 2016”, Madrid: Fundación Gaspar Casal-Círculo de Sanidad.
- COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA (2015): “Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- CONDE-RUIZ, J.I., DÍAZ, M., MARÍN, C., y RUBIO-RAMÍREZ, J. (2017): “Sanidad, Educación y Protección Social: Recortes Durante la Crisis”, Estudios sobre la Economía Española 2016/17, Madrid: Fedea.
- CORTÈS-FRANCH, I. y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2014): “Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, N.º S1: 1-6.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2015): “Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes”, Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo, Madrid.

- DEL PINO, E. y RUBIO, M. J. (ed.) (2013): “Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada”, Madrid: Tecnos.
- DÍAZ MARTÍNEZ, E. (2016): “Desigualdad social, crisis económica y salud en España”, Madrid, Fundación Alternativas
- EVANS, R. (2003): “Who gains and who loses from changes in the public-private mix?, en Alternative approaches to financing health care in Canada”, informe de la Commission on the future of health care in Canada.
- FUNDACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA (2016): “Informe Suicidios España 2016”, Madrid, 2016, <https://goo.gl/7UuFSw> .
- GILI, M., ROCA, M., BASU, S., MCKEE, M., y STUCKLER, D. (2013): “The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010”, en *European Journal of Public Health*, 23(1):103-108.
- HAGELUND, A. (2010): “Dealing with the Dilemmas: Integration at the Street-level in Norway”, *International Migration*, vol. 48, n.º 2: 79-102.
- JUANMARTI MESTRES, A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., y VALL CASTELLÓ, J. (2018): “The deadly effects of losing health insurance”, Mimeo, 2018, <https://goo.gl/t4LToB>.
- LEGIDO-QUIGLEY, H., OTERO, L., LA PARRA, D., ÁLVAREZ-DARDET, C., MARTÍN-MORENO, J.M., y MCKEE, M. (2013): “Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?”, en *British Medical Journal*, 346: 2363.
- LOPEZ BERNAL, J.A., GASPARINI, A., ARTUNDO, C.M., y MCKEE, M. (2013): “The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis”, en *European Journal of Public Health*, 23(5): 732-736.
- LYNN, L., HEINRICH, C. y HILL, C. (2000): “Studying Governance and Public Management: challenges and prospects”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 10 n.º 2: 233-261.
- MÉDICOS DEL MUNDO (MDM) (2014): “Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo”, Madrid: Médicos del Mundo.
- MÉNDEZ, M., CEBOLLA, H. y PINYOL, G. (2013): “¿Han cambiado las percepciones sobre la inmigración en España?”, Zoom Fundación Alternativas 17/2013.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (MSSSI), (2017): “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016”, Madrid: MSSSI.(2016): “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2015”, Madrid: MSSSI.
- MORENO FUENTES, F.J. (2015): “El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España”, en *Anuario de la inmigración en España 2014*, Barcelona: CIDOB.
- (2004): “Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa”, Madrid: Consejo Económico y Social.
- OECD (2018): “Health at a Glance: Europe 2018”, Paris: OECD.
- (2015): “In it together: why less inequality benefits all?”, Paris: OECD.
- PETMESIDOU, M., PAVOLINI, E., y GUILLÉN, A.M. (2014): “South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress–Regression Mix?”, en *South European Society and Politics*, Vol.19, No 3: 331-352.
- SCHUTTE, S., MARÍN ACEVEDO, P., y FLAHAULT, A. (2018): “Health systems around the world – a comparison of existing health system rankings”, en *Journal of Global Health*, 8(1), 2018.

- SOS RACISMO (2013): “Informe Anual 2013 sobre el racismo en el Estado español”, Donostia, SOS Racismo.
- TCHOUAKET, É., LAMARCHE, N., GOULET, P.A., y CONTANDRIOPOULOS, A. P. (2012): “Health care system performance of 27 OECD countries”, en *International Journal of Health Planning and Management*, 27: 104–129.
- TRIBUNAL DE CUENTAS (2012): “Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social”, Madrid: Tribunal de Cuentas.
- URBANOS GARRIDO, R., y PUIG-JUNOY, J. (2014): “Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios”, en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 28: 81–88.
- VANTHUYNE, K., MELONI, F., RUIZ-CASARES, M., ROUSSEAU, C. y RICARD-GUAY, A. (2013): “Health workers’ perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege?” en *Social Science & Medicine*, vol. 93: 78-85.
- VÁSQUEZ-VERA, H., RODRÍGUEZ-SANZ, M, PALÈNCIA, L., y BORRELL, C. (2016): “Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages”, en *Journal of Urban Health*, 93(2): 312-330.