



3/ Diciembre 2017

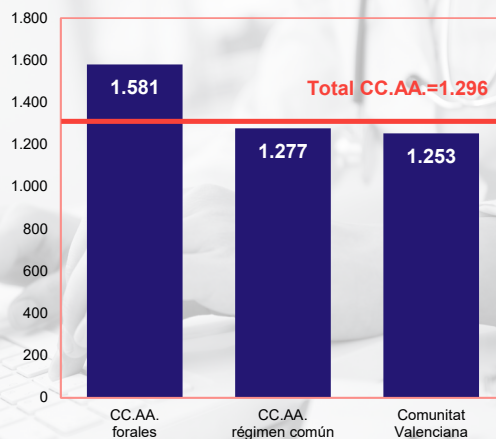
SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES: SANIDAD

La infrafinanciación de la Comunitat agrava los problemas de sostenibilidad del gasto sanitario y limita el desarrollo de otros servicios públicos

El crecimiento de la población y su envejecimiento ejercen presión al alza en el gasto sanitario y plantean problemas de sostenibilidad del mismo a medio y largo plazo. La solución de los problemas de suficiencia y equidad junto con los de sostenibilidad del gasto en salud reclama reformas para mejorar la eficiencia del gasto sanitario y una revisión en profundidad del SFA, pues son las comunidades las principales administraciones encargadas de prestar estos servicios.

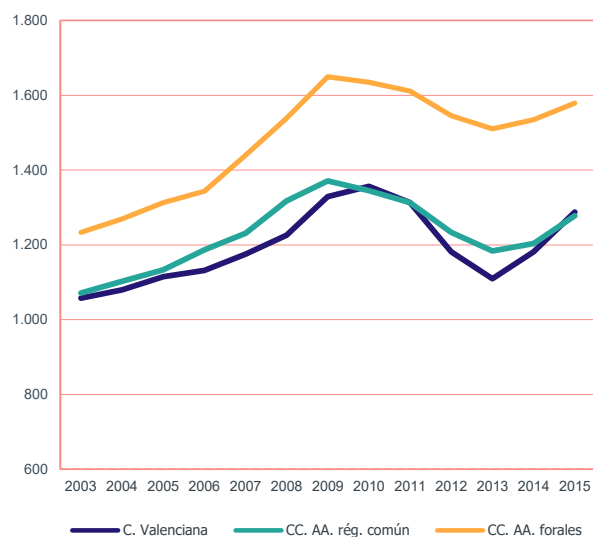
El Sistema de Financiación Autonómica (SFA) ha condicionado el despliegue de los servicios públicos fundamentales (educación, sanidad y servicios sociales) competencia de las CC. AA. La prioridad de la sanidad en los presupuestos de todas las comunidades refleja la importancia del Sistema Nacional de Salud en nuestro país, que presta servicios al conjunto de la población y requiere un volumen muy importante de recursos. Sin embargo, las sustanciales diferencias entre comunidades en gasto sanitario per cápita (**gráfico 1**), especialmente entre las de régimen común y las forales, cuestionan la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios de los ciudadanos que viven en distintos territorios.

Gráfico 1. Gasto público en sanidad por habitante. Promedio 2009-2015 (Euros por habitante)



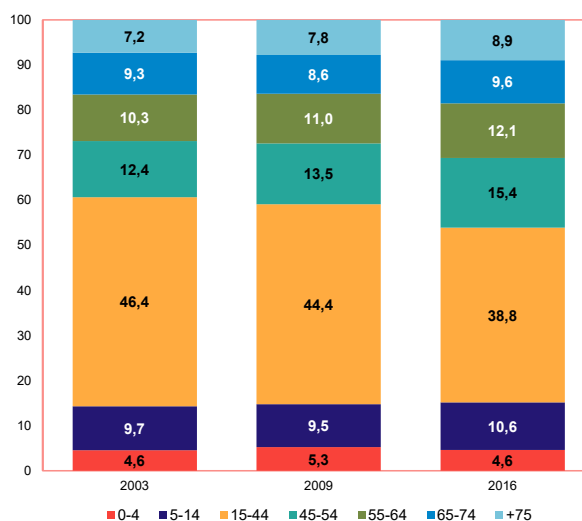
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), INE y elaboración propia.

Gráfico 2. Gasto público en sanidad por habitante. 2003-2015 (Euros de 2010 por habitante)



Fuente: MSSSI, INE y elaboración propia

Gráfico 3. Estructura de población por grupos de edad de la Comunitat Valenciana. 2003-2016 (Distribución porcentual)



Fuente: INE y elaboración propia

1. Gasto y necesidades sanitarias de la Comunitat Valenciana

El traspaso de competencias sanitarias operó a ritmos diferentes en el conjunto de comunidades hasta completarse en 2001. La Comunitat Valenciana fue la cuarta en asumir las competencias –después de Cataluña, Andalucía y País Vasco- tras la aprobación del Real Decreto 1612/1987 por el que se traspasaron a la Comunitat las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud (INSALUD).

Antes y después del traspaso de competencias, el gasto en sanidad ha seguido una tendencia creciente impulsada principalmente por el aumento demográfico y el envejecimiento de la población. En la etapa previa a la crisis, este crecimiento también respondió a factores como el aumento en las dotaciones de recursos humanos en atención primaria y especializada, cambios en la composición de las plantillas, mejoras salariales, cambios en las tecnologías sanitarias o el aumento del gasto en farmacia.

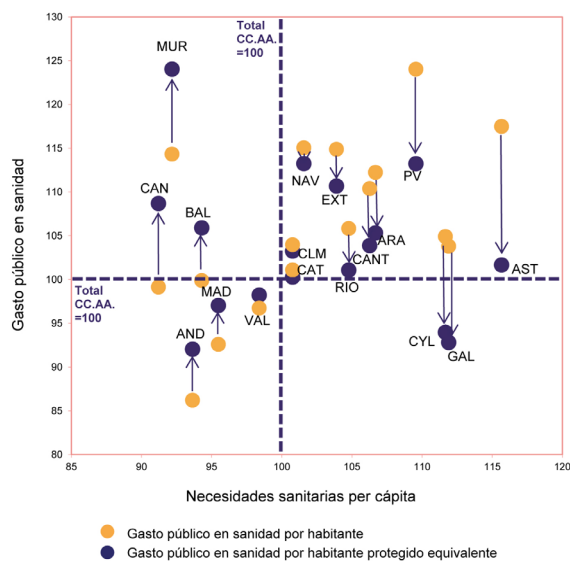
El gasto sanitario público por habitante de las CC. AA. aumentó entre 2003 y 2009 un 35% (**gráfico 2**), existiendo diferencias notables en los niveles de gasto por habitante entre las comunidades de régimen común y las forales. La crisis económica trajo consigo una caída en los ingresos de las comunidades y los posteriores ajustes afectaron a los servicios sanitarios, produciéndose reducciones salariales y de empleo, mayor temporalidad en los contratos del personal sanitario, caída de

las inversiones y aumento de los copagos. Esto amplió la brecha entre comunidades forales y comunes alcanzando los 24 puntos porcentuales (pp) en 2015. En los últimos años, el gasto público en sanidad per cápita en euros constantes de las comunidades ha recuperado la tendencia creciente y en la Comunitat Valenciana ya se sitúa en el nivel previo a la crisis.

El gasto real en sanidad por habitante de la Comunitat Valenciana se sitúa al nivel de 2008, a pesar del mayor envejecimiento de su población

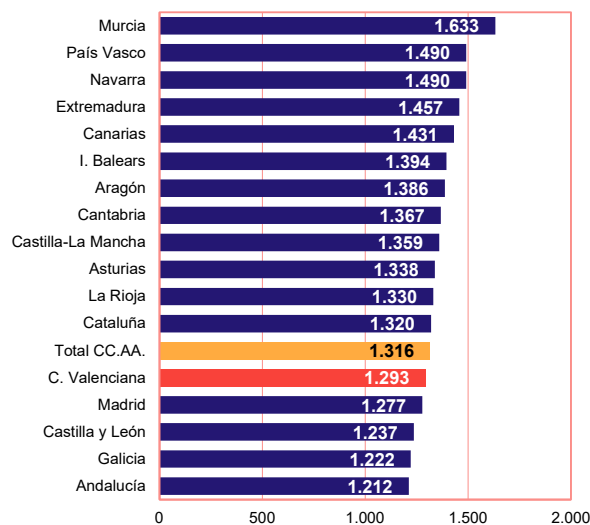
La evolución de la población y la estructura demográfica de un territorio son determinantes del nivel y la trayectoria del gasto en sanidad. Una población envejecida tiene mayores necesidades de atención sanitaria que una población joven. La población de la Comunitat Valenciana ha crecido un 11% entre 2003 y 2016 y está cada vez más envejecida (**gráfico 3**), pues la población valenciana mayor de 65 años ha pasado de representar el 16,6% de la población total en 2003 al 18,5% en 2016. Dentro de este último porcentaje, casi la mitad de la población es mayor de 75 años (9%). Las proyecciones de población señalan que el crecimiento de la población de mayor edad va a proseguir –la previsión es que la población de 65 años o más suponga el 25% de la población en 2030-, con la consiguiente presión al alza sobre el gasto sanitario y la urgente necesidad de plantear soluciones para garantizar la sostenibilidad del sistema público de salud.

Gráfico 4. Gasto público en sanidad y necesidades sanitarias. Promedio 2009-2015 (Total CC.AA. =100)



Fuente: MSSSI, MINHAFP, INE y elaboración propia

Gráfico 5. Gasto público en sanidad por habitante protegido equivalente. Promedio 2009-2015 (Euros por habitante)



Fuente: MSSSI, MINHAFP y elaboración propia

2. Gasto público en sanidad de las CC. AA.

La estructura demográfica varía notablemente entre comunidades y por esa razón el modelo de financiación utiliza como indicador de las necesidades sanitarias la población protegida equivalente. Para calcularla, la población protegida por el Sistema Nacional de Salud (SNS) se divide en siete grupos de edad y cada uno se pondera por un coeficiente que es mayor para los tramos de edad más vulnerables a los problemas de salud y, por ello, con mayores necesidades sanitarias¹.

Las diferencias de gasto sanitario entre CC. AA. son sustanciales y requieren un análisis en profundidad que explique sus causas

Las diferencias de gasto sanitario por habitante son sustanciales (40 pp) y, aunque el rango de las diferencias de gasto disminuye cuando se tienen en cuenta las distintas estructuras de edad de la población de las CC. AA. (gráfico 4), éste sigue siendo considerable (33 pp). En términos medios del periodo ya liquidado del actual modelo de financiación autonómica (2009-2015), las diferencias de gasto público por habitante protegido equivalente sitúan a Murcia a la cabeza y An-

dalucía a la cola de las CC. AA. (gráfico 5). La Comunitat Valenciana, con un gasto de 1.293 euros, se sitúa 1,8 pp por debajo de la media de las CC. AA. y a más de 13 pp por debajo de las que más gastan (Murcia y las comunidades forales).

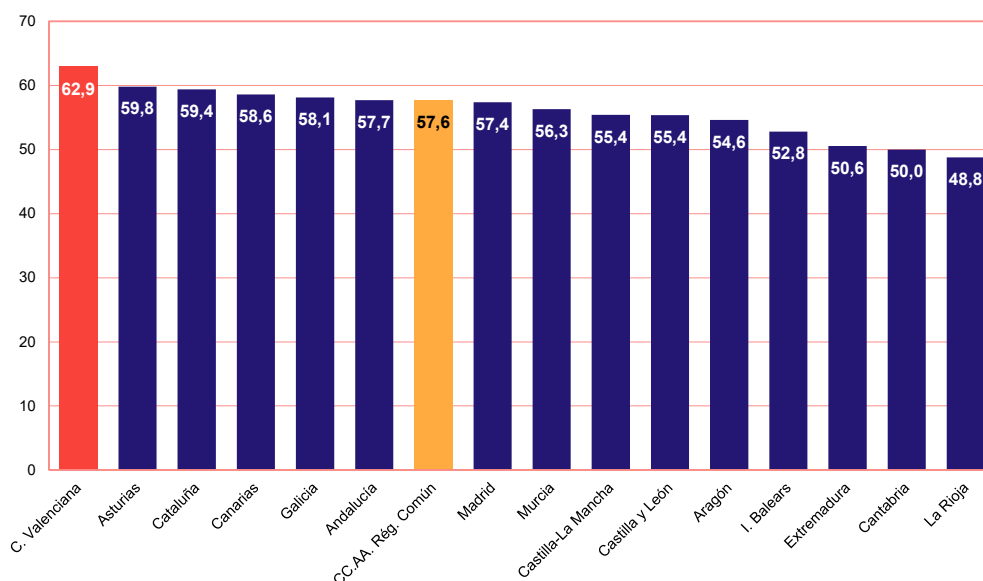
A priori, esas diferencias pueden deberse a factores, distintos de los demográficos, que inciden en la demanda - nivel de renta (cuando esta aumenta puede canalizarse mayor demanda hacia los servicios privados), preferencias de los pacientes, población desplazada en comunidades más turísticas- y a otros que influyen en los costes de los servicios -nivel de precios, geografía de la comunidad, inclusión en la cobertura pública de ciertos servicios, preferencias gubernamentales en la modalidad de gestión (pública o privada), deseconomías de escala, eficiencia en la prestación de los servicios-. Asimismo, las diferencias también pueden deberse a la distinta restricción presupuestaria de cada comunidad como consecuencia de las asimetrías derivadas de los sistemas de financiación.

3. Sistema de Financiación Autonómica y servicios sanitarios

Las CC. AA. de régimen común dedican un porcentaje muy importante de los recursos del SFA que disponen a la sanidad (57,6%). Puesto que los recursos del modelo de financiación constituyen la mayor fuente de ingre-

¹ Véase la metodología propuesta en el Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (MINHAFP 2005;2007)

Gráfico 6. Esfuerzo financiero a igual gasto por unidad de necesidad¹. Promedio 2009-2015 (porcentaje sobre el total de recursos SFA a competencias homogéneas)



¹Gasto público en sanidad del promedio de CC. AA. de régimen común por habitante protegido equivalente. Se han deducido del gasto las transferencias finalistas realizadas por la AGE a las CC. AA. para financiar servicios sanitarios.

Fuente: MSSSI, MINHAFP y elaboración propia

Los niveles de las comunidades, la mayor o menor disponibilidad de los mismos condiciona el nivel de gasto de las CC. AA. Las comunidades no gastan lo mismo pero, de hacerlo, las que disponen de menores recursos deberían dedicar un mayor porcentaje de sus ingresos a sanidad, mientras que las que disponen de más recursos podrían alcanzar el mismo objetivo con menor esfuerzo.

Para apreciar el alcance de las diferencias de ingresos, el **gráfico 6** calcula el porcentaje que cada comunidad dedicaría a sanidad, sobre el total de recursos del SFA a competencias homogéneas, para financiar un mismo nivel de gasto por habitante protegido equivalente. En este caso, las diferencias de esfuerzo no se deben a diferentes niveles de gasto por unidad de necesidad (puesto que los estamos igualando a la media) sino a los distintos niveles de ingresos. Si la Comunitat gastara igual que la media de CC. AA. de régimen común dedicaría, en términos medios del periodo 2009-2015, el 62,9% de los recursos del SFA que dispone a servicios sanitarios. Ese porcentaje es superior al de cualquier otra comunidad debido a que su financiación es la menor de todas.

Las implicaciones de la insuficiencia de recursos de la Comunitat son dos. En primer lugar, agrava los problemas de sostenibilidad que padece el sistema público sanitario ante la presión al alza en los niveles de gasto ejercida por el crecimiento poblacional, el envejecimiento y el resto de factores mencionados. Por

otro lado, debido a su mayor insuficiencia financiera, la prioridad otorgada por la sociedad y por los presupuestos públicos a los servicios sanitarios limita los recursos disponibles para otros servicios fundamentales (educación o protección social), así como para políticas de inversión y apoyo a las actividades productivas que otras comunidades realizan con mayor amplitud por disponer de mayores recursos.

La mejora en la financiación y en el control del gasto sanitario es esencial para garantizar su sostenibilidad

Para solucionar todos estos problemas el nuevo modelo de financiación deberá reconocer la insuficiencia que padecen las CC. AA. de régimen común en su conjunto y corregir la inequidad en el reparto de los recursos. Además, la valoración de las necesidades sanitarias de las comunidades debe mejorar, incorporando los colectivos ahora excluidos de la población protegida que siguen siendo atendidos por el SNS y que, pese a no ser considerados, influyen en los niveles de gasto sanitario de las CC. AA. Asimismo, los esfuerzos por mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios deberán redoblar, pues el control del gasto de unos servicios que absorben tantos recursos resulta clave para su sostenibilidad.