



# EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL TRAS LA PANDEMIA

## *THE SPANISH HEALTHCARE SYSTEM AFTER THE PANDEMIC*

José María Abellán Perpiñán  
dionisos@um.es

Fernando Ignacio Sánchez Martínez  
fernando@um.es

Departamento de Economía aplicada. Universidad  
de Murcia

*Fecha recepción artículo: 04/07/2022 • Fecha aprobación artículo: 02/08/2022*

### **RESUMEN**

La pandemia de COVID-19 ha tensionado nuevamente al sistema sanitario público español, aún no recuperado de las consecuencias de la crisis de 2008. En el trasfondo a la atención prestada a la COVID persiste una larga lista de problemas estructurales que se han hecho tristemente endémicos. Este artículo los identifica, discute e impele a su resolución.

**Palabras clave:** Pandemia, COVID-19, Sanidad, Salud pública, Eficiencia, Equidad.

### **ABSTRACT**

The COVID-19 pandemic has once again put pressure on the Spanish public healthcare system, which has not yet recovered from the consequences of the 2008 crisis. In the background of the attention given to COVID, a long list of structural problems persists that have sadly become endemic. This article identifies them, discusses them, and encourages their resolution.

**Keywords:** Pandemic, COVID-19, Healthcare, Public health, Efficiency, Equity.





**José María Abellán Perpiñán.** Doctor en Ciencias Económicas y Catedrático de Economía aplicada de la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de investigación en Economía de la salud y evaluación económica de dicha universidad. Ha publicado numerosos artículos científicos, así como diversas monografías sobre la economía de la salud y del sistema sanitario, la evaluación económica de tecnologías sanitarias y la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente es Director del área de Salud y Servicios Sanitarios del Observatorio de Economía de la Conducta del Colegio de Economistas de Madrid.

**Fernando Ignacio Sánchez Martínez.** Doctor en Ciencias Económicas y Catedrático de Economía aplicada de la Universidad de Murcia. Investigador principal del Grupo de investigación en Economía de la salud y evaluación económica de dicha universidad. Ha publicado numerosos artículos científicos así como diversas monografías sobre la economía de la salud y del sistema sanitario, la evaluación económica de tecnologías sanitarias y la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente coordina el Programa de Doctorado en Economía Interuniversitario (DECIIDE), en el que participan cinco universidades públicas españolas.

## 1. INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha supuesto todo un “test de estrés” (otro más) para el sistema sanitario público español. Un sistema ya muy tensionado desde 2010, a consecuencia de los ajustes presupuestarios adoptados como respuesta a la crisis económica de 2008, aquejado además de problemas estructurales que se han convertido en endémicos, a fuer de posponer sistemáticamente su afrontamiento. En este contexto, con unos niveles de gasto sanitario aún no recuperados, unas plantillas precarizadas y unos servicios de salud pública muy disminuidos hubo de arrostrar el Sistema Nacional de Salud (SNS) la amenaza de la pandemia.

El calado y naturaleza cambiante de esta emergencia sanitaria y de salud pública ha sido tal que la valoración del éxito de los distintos sistemas sanitarios en su gestión ha ido mutando con el paso del tiempo. Países que en los compases iniciales de la pandemia parecían acertar en su estrategia de contención de la misma, se veían luego, meses después, sobrepasados, y viceversa. Por eso, más allá de la necesaria evaluación de la respuesta dada por los servicios de salud públicos a la crisis de la COVID-19 resulta imprescindible poner la mirada en esos problemas estructurales antes mencionados, cuya resolución se torna ya impostergable, a riesgo, caso de seguir procrastinando, de que el SNS pierda su identidad. Este es el objetivo primordial de este artículo: ofrecer una suerte de inventario de los grandes retos o desafíos que ha de afrontar de una vez por todas el SNS para evitar su deslegitimidad social.

Para ello, el manuscrito se estructura de la siguiente forma. Repasamos primeramente algunas cifras características del sistema sanitario español. Seguidamente mostramos las debilidades y fortalezas de este sistema, puestas de manifiesto por la pandemia, así como los problemas ocultos, escondidos tras ella, incluyendo la crónica de aquello que hemos dejado de atender por centrarnos en combatirla. Concluimos señalando los tres grandes retos que, a nuestro juicio, ha de encarar el SNS en la post-pandemia: el reto financiero, el reto de la organización y la gestión, y el reto de la incorporación de la innovación. Un epílogo cierra el artículo.



## 2. EL SISTEMA SANITARIO ANTES DE LA PANDEMIA: ALGUNAS CIFRAS

### 2.1. SISTEMAS SANITARIOS

La mayoría de países del mundo dispone de sistemas sanitarios públicos que cubren a la mayor parte de la población –existen unas pocas excepciones a esta norma entre los países más desarrollados, siendo Estados Unidos el exponente principal de tales excepciones-. Dentro de los sistemas públicos de salud es posible identificar, dos modelos: el de Seguro Social Obligatorio (SSO), también conocido como “modelo Bismarck” y el de Servicio Nacional de Salud (SNS), denominado habitualmente “modelo Beveridge”. Las diferencias entre ambos modelos van desde su propia fundamentación hasta la naturaleza de los proveedores de los servicios, pasando por su financiación.

El modelo SSO basa la cobertura de la población en el aseguramiento, se financia con cuotas o cotizaciones (trasunto de las primas de seguro privadas) y los proveedores de las prestaciones sanitarias son mayoritariamente privados, existiendo una considerable libertad de elección por parte de los usuarios (pacientes) que, por otra parte, han de hacer frente al pago de una parte de los costes de las prestaciones, bien de manera transitoria (reembolsos) o definitiva (copagos). El modelo SNS liga la cobertura -universal- a las necesidades de la población, eliminando cualquier atisbo de contributividad, por lo que su financiación procede de los ingresos generales del gobierno, esto es, de los impuestos. Los proveedores suelen ser mayoritariamente de carácter público y, aunque hay un cierto espacio para la participación de los usuarios en el coste, a través de copagos, el racionamiento de la demanda tiene lugar esencialmente mediante las listas de espera, existiendo, además, una menor libertad de elección de proveedor por parte de los pacientes.

El sistema sanitario español nació con las características del SSO, en el ámbito del sistema de Seguridad Social de nuestro país, pero, tras la Ley General de Sanidad de 1986, fue progresivamente adoptando los rasgos propios de un SNS (financiación mediante impuestos, cobertura cuasi-universal). Aunque el Real Decreto Ley 16/2012 implicó un retorno parcial al modelo SSO, al rescatar la figura del “asegurado”, estos efectos se amortiguaron en gran medida con el Real Decreto Ley 7/2018.

### 2.2. GASTO SANITARIO: INDICADORES COMPARADOS

La existencia de sistemas públicos de salud con amplia cobertura poblacional se traduce en el hecho de que la mayor parte de los recursos destinados a la atención sanitaria tiene su origen en los presupuestos públicos. No obstante, en todos los países existe una parte de los cuidados sanitarios cuya financiación recae en los pacientes o usuarios de los servicios, bien por tratarse de prestaciones no cubiertas por los sistemas públicos (por ejemplo, la salud bucodental en el caso de España, o parte de la prestación farmacéutica, en la práctica totalidad de los países), o bien porque la población opta por recibir asistencia de proveedores privados, aun cuando la prestación esté cubierta por el sistema público de salud (por ejemplo, para sortear las esperas del sector público en visitas al especialista, intervenciones de cirugía electiva o pruebas diagnósticas).



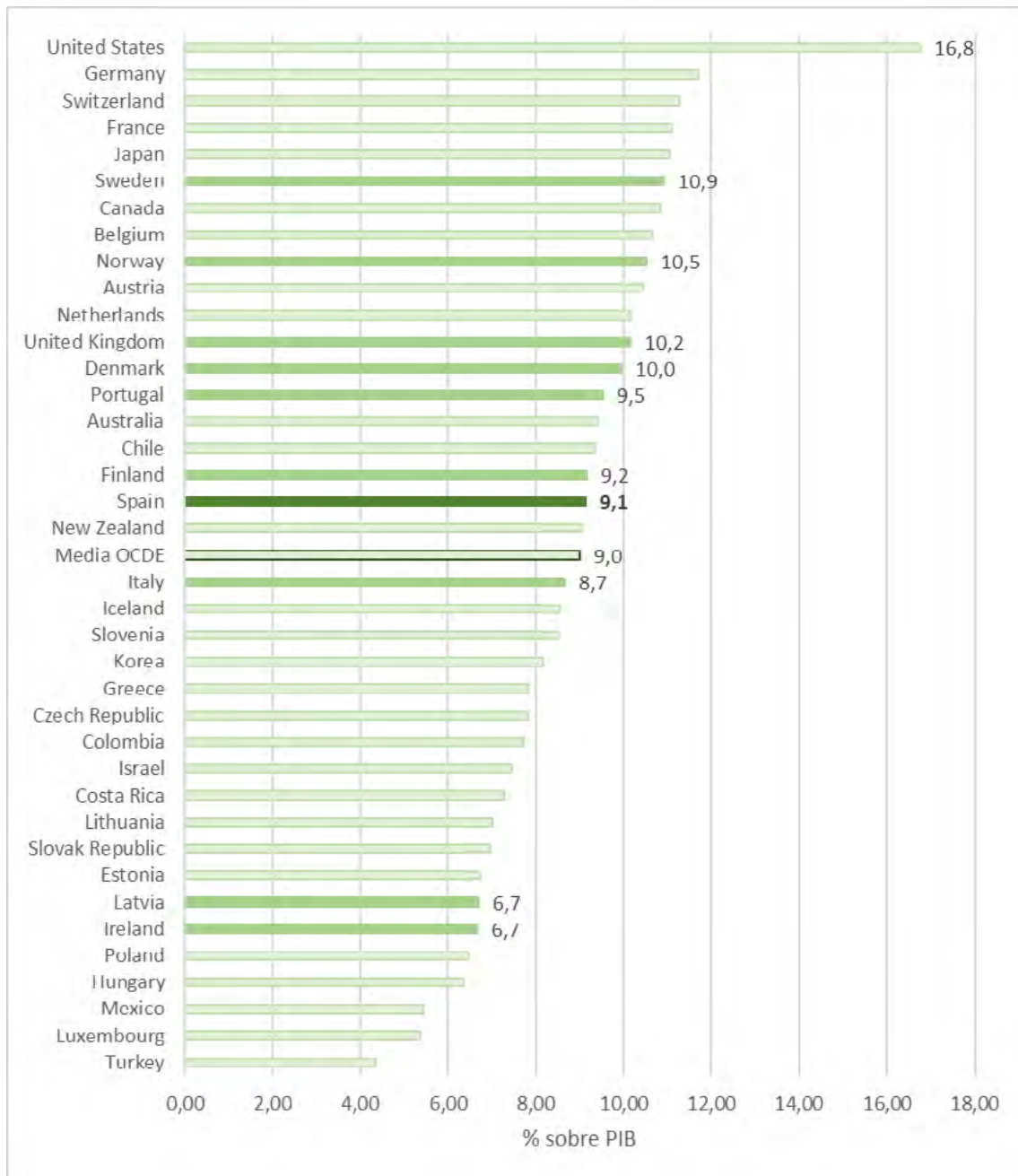
En los gráficos 1 y 2 se muestran los niveles de gasto sanitario total (público y privado) en los países de la OCDE en el año 2019, el último previo a la pandemia de la COVID-19, en porcentaje sobre el PIB de cada país y en dólares por habitante, corregidos según paridad de poder adquisitivo, respectivamente. Como puede comprobarse en dichos gráficos, el gasto en sanidad en España se situaba en 2019 muy próximo a la media de la OCDE (ligeramente por encima de la media en porcentaje del PIB: 9,1% vs. 9,0%; algo por debajo en \$PPA por habitante: 3.600\$ vs. 3.653\$). Dado que existe una relación estadística entre el nivel de gasto sanitario y la renta per cápita, se podría concluir que España gasta en sanidad, en relación con su PIB, algo más de lo que le correspondería según su nivel de renta.

Por otra parte, con el fin de llevar a cabo una comparación más homogénea, conviene confrontar las cifras de gasto de España con las de aquellos países con un modelo sanitario similar, esto es, con modelo SNS, que aparecen identificados con un color más oscuro en los gráficos. De esta comparación se deduce que los indicadores relativos de gasto sanitario en España son relativamente bajos en el contexto de los países con los que comparte modelo sanitario; están ciertamente alejados de los de Suecia, Dinamarca y Reino Unido, y algo más próximos a los de Italia y Portugal. Solo Letonia presenta niveles de gasto en sanidad claramente inferiores a los de nuestro país entre los países con un SNS –el bajo indicador de Irlanda en términos de PIB se debe al enorme valor del denominador de la ratio–.

Por lo que atañe a la evolución del gasto sanitario en España, destaca su perfil procíclico. Desde 1970 hasta 2019 el indicador de gasto sanitario total respecto al PIB aumentó 6 puntos porcentuales (4 puntos el gasto sanitario público), si bien los mayores incrementos coincidieron con los periodos de crecimiento de la economía española. El gasto sanitario por habitante creció a un ritmo medio del 4,1% en términos reales en las últimas cinco décadas. La tasa media de variación fue del 1,6% durante las fases recesivas y del 5,1% durante las fases expansivas. En lo que llevamos de siglo, el crecimiento medio anual del gasto sanitario per cápita ha sido del 2,3%, un ritmo de incremento condicionado por la intensa reducción del gasto sanitario por habitante en términos reales que tuvo lugar entre 2009 y 2013 (-2,75% de media anual).



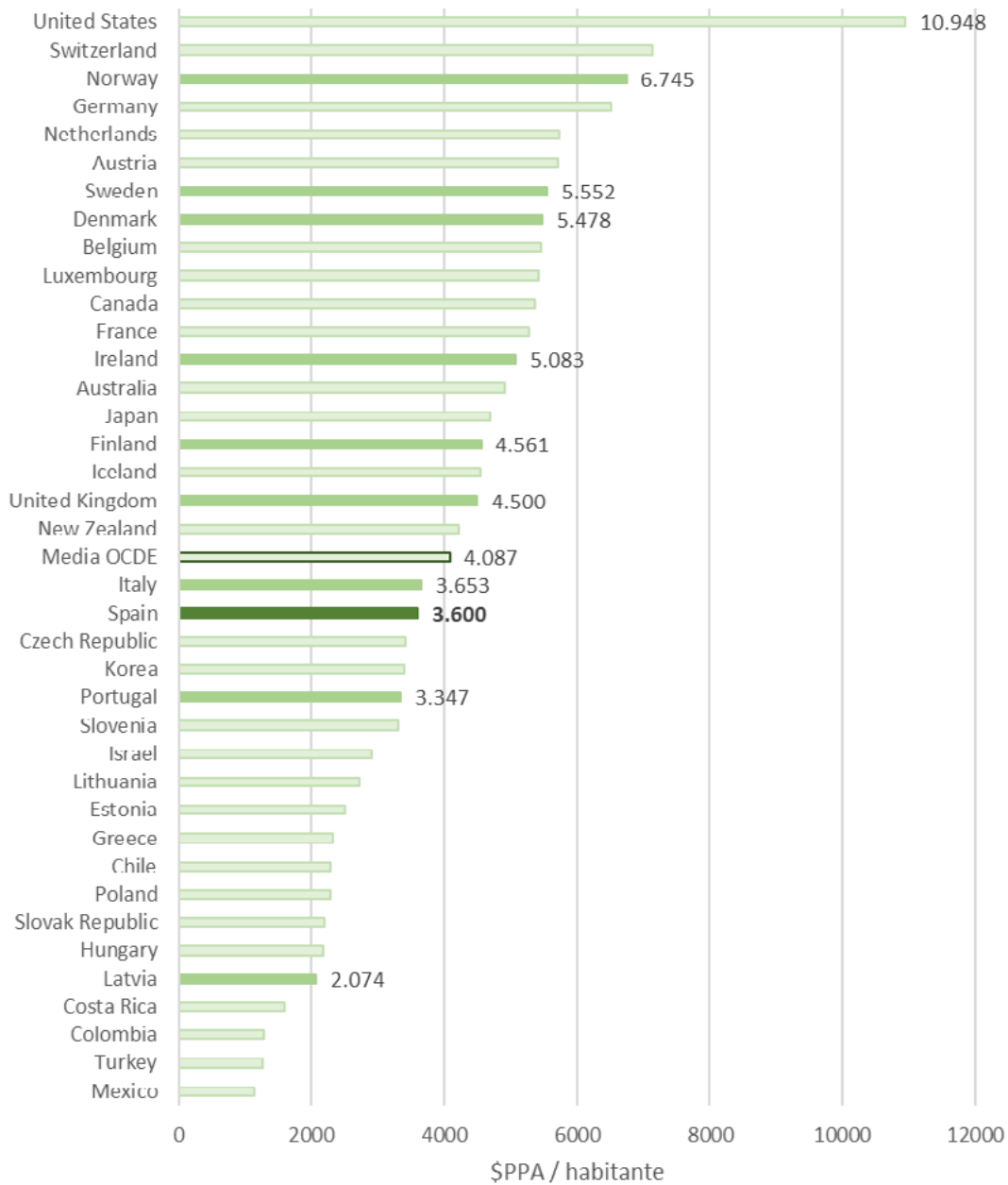
Gráfico 1. Gasto sanitario total en porcentaje del Producto Interior Bruto. 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE (<https://stats.oecd.org/>).



Gráfico 2. Gasto sanitario total en \$PPA por habitante. 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE (<https://stats.oecd.org/>).



Como se señaló más arriba, una parte significativa del gasto sanitario es financiada mediante recursos privados (primas de seguros de salud privados y “gastos de bolsillo”, fundamentalmente). A este respecto, España es, junto con Portugal, uno de los países con modelo SNS donde mayor es la proporción de gasto privado en el gasto sanitario total. En el año 2019, el gasto sanitario privado en nuestro país suponía cerca del 30% del gasto total, casi el doble de lo observado en países como Suecia (15%) o Dinamarca (17%), y también por encima de los porcentajes de financiación privada en Reino Unido (22%) o Italia (26%). Además, la participación del gasto privado en el total de gasto sanitario en España ha crecido significativamente en la última década (en 2010 era del 25,6%). No es ajeno a esto el impacto que tuvo la “Gran Recesión” sobre los presupuestos públicos en sanidad. Si, como se ha apuntado antes, el gasto por habitante en sanidad se contrajo entre 2009 y 2013, en términos reales, a un ritmo del 2,75%, el componente público de dicho gasto lo hizo a una tasa media superior al 4%.

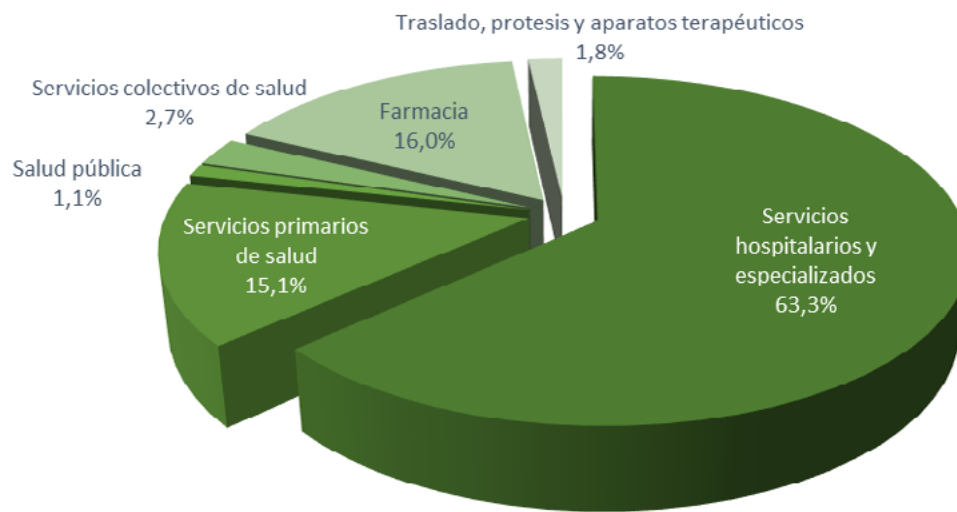
### 2.3. GASTO SANITARIO PÚBLICO: COMPOSICIÓN Y DIFERENCIAS REGIONALES

Centrándonos en la parte de gasto en sanidad financiada con fondos públicos, resulta de interés ofrecer algunos datos relativos a su composición, para lo que acudimos a la principal fuente de análisis del gasto sanitario público en nuestro país: la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Esta fuente estadística desglosa el gasto público en sanidad atendiendo a las tres perspectivas clásicas de la clasificación presupuestaria: orgánica, económica y funcional. La clasificación “orgánica” o, para ser más precisos, por subsectores de las administraciones públicas, muestra el protagonismo absoluto de las comunidades autónomas en la gestión del gasto sanitario, siendo dicho subsector responsable del 93% del gasto sanitario público en 2019. Desde la óptica de la clasificación económica del gasto, las categorías que dominan dicha clasificación son los gastos de personal (45%) y los consumos intermedios (26%). Por último, la clasificación por funciones del gasto sanitario público (Gráfico 3) revela el carácter hegemónico de los servicios hospitalarios y especializados (un 63,3% del total), en detrimento de los recursos destinados a atención primaria (15,1%). Los gastos en farmacia -productos dispensados con receta médica, pues la farmacia hospitalaria se incluye en los servicios hospitalarios y especializados- absorben un 16% del total, mientras que otras funciones tiene una participación marginal; tal es el caso de la salud pública, a la que se destina poco más del 1% del gasto sanitario público agregado. Esta preeminencia de los servicios hospitalarios y especializados lleva a que en ocasiones se achaque al sistema público de salud un excesivo “hospitalocentrismo”.

Aunque esta primera sección pretende describir la situación de la sanidad en España justo antes de la crisis de la COVID-19, no está de más adelantar que los datos referidos a 2020 muestran cambios significativos en la composición del gasto público en sanidad, como consecuencia del impacto de la pandemia. El gasto extraordinario asociado al refuerzo de los dispositivos de salud pública, así como a la adquisición de materiales y, en los últimos meses del año, a la compra de vacunas, se reflejó en un aumento del peso de los consumos intermedios en la clasificación económica (del 26% al 28%), un incremento del gasto en salud pública en relación con el gasto agregado (del 1,1% al 2,5%) en la estructura funcional, y un crecimiento de la participación de la Administración central en el conjunto de gastos (del 0,9% al 2,2%), pues fue el Estado el principal financiador del incremento sobrevenido en los recursos destinados a asistencia sanitaria a resultas de la pandemia.



Gráfico 3. Composición del gasto sanitario público por funciones de gasto. 2019.



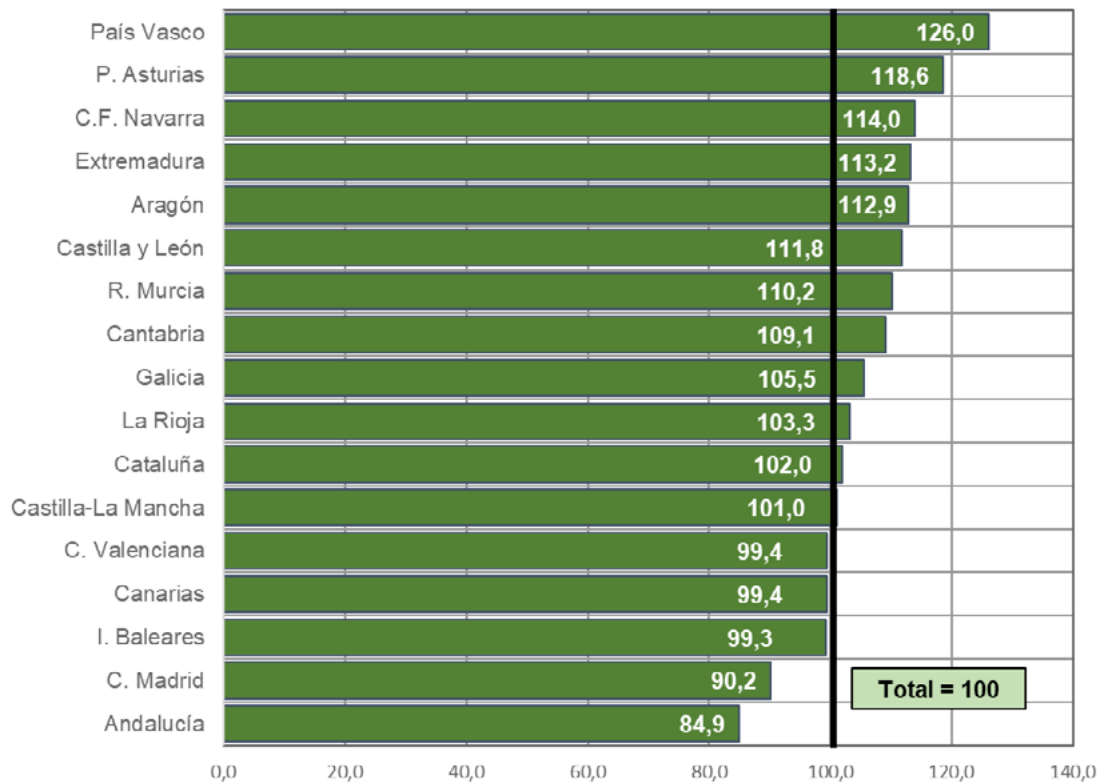
Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público 2019. (<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>).

Para concluir con este breve análisis descriptivo del gasto en sanidad en España, conviene poner el foco en las importantes desigualdades territoriales existentes, tanto en el nivel de gasto como en su composición. En términos de PIB, el gasto público en sanidad se mueve entre el 3,7% de la Comunidad de Madrid y el 8,6% de Extremadura. Tales diferencias pueden ser admisibles, en la medida en que pueden estar condicionadas por la dispar magnitud de los denominadores de los ratios, de manera que, en general, cabe esperar cifras relativas de gasto sanitario sobre el PIB más elevadas en comunidades con menor nivel de PIB per cápita. Sin embargo, la dispersión territorial también aflora en la comparación de los niveles de gasto sanitario público por habitante, como se comprueba en el Gráfico 4. El gasto sanitario público per cápita en el País Vasco supera en un 26% el valor medio de las comunidades, mientras el de Andalucía es 15 puntos porcentuales inferior al nivel agregado, de suerte que cada residente en el País Vasco recibe servicios de salud por un importe que multiplica casi por 1,5 el valor de las prestaciones sanitarias de un ciudadano de Andalucía. Estas diferencias son, en buena medida, reflejo de la disparidad existente en los recursos disponibles por parte de las comunidades para hacer frente a sus políticas de gasto, estando, pues, ligadas a las desigualdades que resultan de los distintos regímenes de financiación (foral vs. común) y a las propias del sistema de financiación de las comunidades de régimen común.





Gráfico 4. Gasto sanitario público por habitante de las Comunidades Autónomas. 2019. Índices (Total CC.AA. = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público 2019. (<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>).

También existen pautas dispares en la composición del gasto en sanidad entre comunidades. Aunque, como se ha dicho, la principal categoría de gasto, según la clasificación económica, es la de remuneraciones de personal, su peso alcanza un máximo del 54,4% en el País Vasco y un mínimo del 36,6% en Cataluña. En lo que respecta a la estructura por funciones, el gasto en servicios primarios de salud llega al 18% del total de gasto corriente en Andalucía, mientras que apenas supera el 11% en la Comunidad de Madrid.





## 3. LO QUE MOSTRÓ LA PANDEMIA Y LO QUE LA (POST)PANDEMIA ESCONDE

### 3.1. LO QUE MOSTRÓ LA PANDEMIA

El sistema sanitario público español afrontó la pandemia imbuido de un exceso de optimismo alimentado por las excelentes posiciones alcanzadas en varios ránquines internacionales. Sin ir más lejos, el seis de febrero de 2020 podía leerse en un tuit del Ministerio de Sanidad lo siguiente:

*“El Foro Económico Mundial sitúa a España como el país con la mejor Sanidad del mundo en su último informe de competitividad, de 2019”*

Sin embargo, ese privilegiado primer puesto entre una muestra de 141 países se sustentaba en un único indicador: la esperanza de vida en buena salud (o, lo que es lo mismo, la esperanza de vida libre de discapacidad). Y, como es fácil colegir, que la población española goce de muchos años de vida saludables no se debe exclusivamente (y, ni tan siquiera, principalmente) a sus servicios sanitarios, sino a otros factores tanto o más importantes como son los determinantes sociales, educativos, comportamentales, nutricionales o ambientales de la salud.

La realidad era que nuestro sistema sanitario no estaba preparado para hacer frente a una emergencia de salud pública del calibre de la pandemia de la COVID-19. La carencia de equipos de protección individual para los profesionales sanitarios y de mascarillas para la población general fue patente durante las fases iniciales de la primera ola, así como la deficiente dotación de recursos para enfermos críticos. Acaso el déficit más notable proviniese de la deficiente coordinación entre la atención médica y la social, esta última, además, muy depauperada a consecuencia de una insuficiencia financiera arrastrada desde la entrada en vigor de la Ley 39/2006, popularmente conocida como Ley de Dependencia, agravada durante los años de crisis económica, particularmente desde 2010. Baste decir a este respecto que, tal y como recogen Jiménez-Martín y Viola (2020), las muertes en residencias por COVID-19 (confirmadas mediante pruebas diagnósticas o con síntomas compatibles con la COVID) a cinco de mayo de 2020 en España fueron más de 18.000, lo que representa un 66% del total de muertes producidas por esta causa durante toda la primera ola. Tal mortandad en las instituciones residenciales no puede explicarse si no es por la fragilidad de la atención sociosanitaria provista en España. Por último, en este resumen de las debilidades del sistema (socio)sanitario ante la pandemia no puede dejar de destacarse el abandono de los servicios de salud pública, tanto presupuestaria, como institucionalmente. A este respecto, hay que celebrar que en fechas recientes (agosto de 2022) se haya aprobado el anteproyecto de ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública. La demora con que ha tenido lugar la creación de este importante ente, previsto la Ley 32/2011, General de Salud Pública, representa un déficit de buen gobierno sanitario, así como una oportunidad perdida para haber abordado de forma más eficiente la gestión de la pandemia en un estado descentralizado como el español (Abiétar et al., 2022).

No todo fueron sombras, sin embargo, en el afrontamiento de la pandemia. El sistema sanitario no estaba preparado para un envite de esta magnitud, como hemos visto, pero sí que demostró, pese a ello, una gran resiliencia y capacidad de adaptación, digna de elogio. En un contexto de total desconcierto y ausencia de protocolos y planes de contingencia durante los compases iniciales de la pandemia, tanto la atención primaria, como la hospitalaria, exhibieron una considerable capacidad de autogestión, comandadas por un liderazgo clínico muy eficaz (Abellán y Sánchez, 2021). Un sobresaliente “efecto secundario” de todo ello es que el SNS pasó a protagonizar la agenda política, revelándose como un gran activo para el país, dependiendo de su solvencia la evolución de la economía española en 2020 y 2021.



### 3.2. LO QUE LA (POST)PANDEMIA ESCONDE

En el trasfondo de la atención prestada a la COVID persiste una larga lista de problemas estructurales que se han hecho tristemente endémicos en el SNS. Así, y sin ánimo de ser exhaustivo, en relación a los recursos humanos del sistema (OECD/European Observatory on Health System and Policies, 2021), aunque la ratio de médicos por 1.000 habitantes ha logrado escalar en los últimos años hasta situarse ligeramente por encima de la media de la Unión Europea (4,4 frente a 3,9 en 2019), no ocurre así con la ratio de enfermeros, muy por debajo de la media de la UE (5,9 frente a 8,4 en 2019). Hay que lamentar, además, cómo se ha generalizado la contratación temporal en el seno del SNS, donde el 41,9% de los trabajadores sanitarios tenía un contrato temporal en 2020, frente al 28,5% en 2012. Este hecho representa un serio obstáculo para garantizar la longitudinalidad de la atención sanitaria, sobre todo en la atención primaria.

En segundo lugar, hay que señalar el deterioro experimentado por las variables de accesibilidad desde la crisis económica de 2008. Los pagos directos de los usuarios por los servicios sanitarios en España han aumentado del 19% en 2009 al 21,8% en 2019, porcentaje esté muy superior al promedio del 15,4% de la UE. Las mayores diferencias entre España y la UE se registran en la atención ambulatoria, los medicamentos (particularmente desde la reforma del copago en la prestación farmacéutica en 2012) y, sobre todo, en la atención odontológica, ya que los tratamientos y prótesis no están cubiertos por el SNS. En 2019, el 5% de la población declaró haber renunciado a atención odontológica por motivos económicos, por la distancia o por los largos tiempos de espera, y la tasa fue mucho mayor en los quintiles de renta más baja (12%) que en los de renta más alta (aproximadamente el 1%).

En relación a los resultados en salud, España se caracterizaba por poseer antes de la pandemia de COVID-19 algunas de las tasas de mortalidad evitables más bajas de la UE. No obstante, aún hay determinadas dolencias (por ejemplo, cáncer de pulmón) cuyas tasas de mortalidad continúan siendo elevadas y cercanas a la media de la UE (33 por 100.000 habitantes frente a 36 en la UE). Las tasas de mortalidad por causas tratables que no deberían haberse producido de haberse prestado una asistencia sanitaria oportuna y eficaz se encuentran también entre las más bajas de Europa y han disminuido desde 2011 (de 74 por cada 100 000 habitantes en 2011 a 65 en 2018). Estas tendencias favorables guardan relación con la baja tasa de mortalidad por cardiopatías isquémicas y con unas tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cáncer de mama igualmente bajas. Las tasas de mortalidad por algunos tipos de cáncer, como el colorrectal, son, sin embargo, más elevadas y están próximas a la media de la UE.

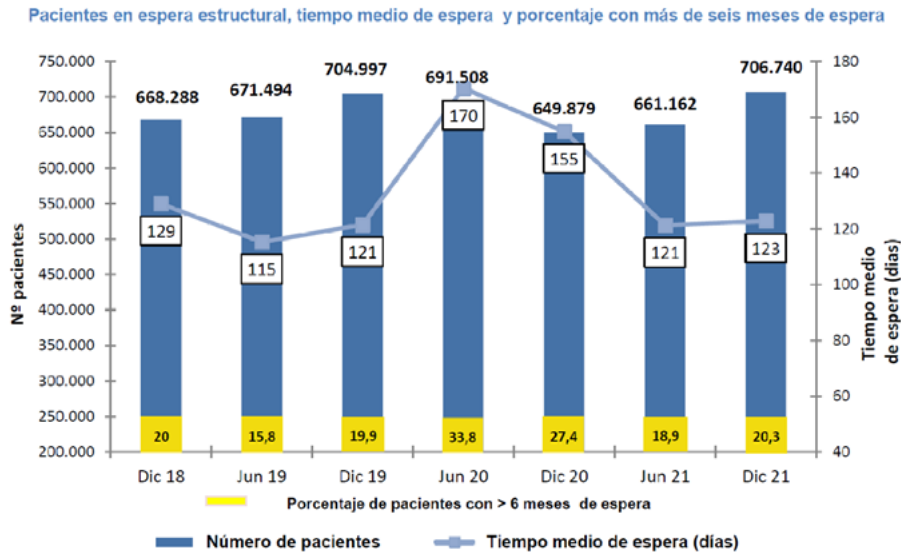
### 3.3. Y LO QUE HEMOS DEJADO DE HACER POR CENTRARNOS EN LA COVID

La crisis de la COVID-19 y las medidas de contención correspondientes limitaron el acceso a los servicios sanitarios en 2020. La encuesta Eurofound (2021), realizada en febrero y marzo de 2021, refleja que el 25% de la población española declaró haber renunciado a una prueba o tratamiento médico necesario durante los primeros 12 meses de la pandemia. Este porcentaje fue mayor que el de los países vecinos, como Francia (16%), y superior a la media de la UE (21%).

Una consecuencia paradójica de lo anterior es la evolución aparentemente positiva de las listas de espera que evidencian los gráficos 5 y 6, en los que puede observarse una disminución significativa, tanto del tiempo medio de espera como del volumen de pacientes en espera estructural, entre junio de 2020 y junio de 2021, que no se incrementa hasta diciembre de este último año. Esta evolución esconde, por un lado, una inhibición en la demanda de los usuarios (claramente visible en la lista de espera de consultas) y, por otro, una interrupción de los flujos de derivación para intervenciones de cirugía electiva, motivada por la parálisis de la actividad “no-COVID”.

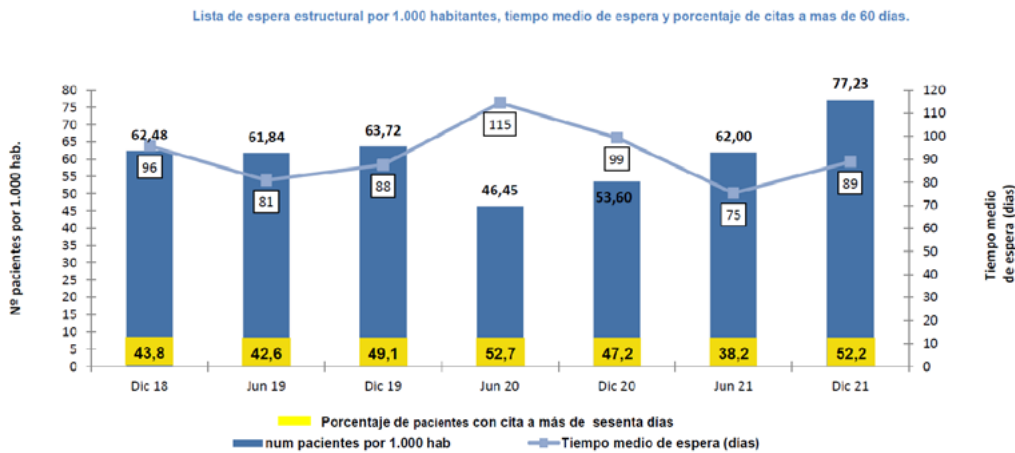


Gráfico 5. Lista de espera quirúrgica del SNS. Evolución dic. 2018 – dic- 2021.



Fuente: Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud SISLE-SNS. Situación a 31 de diciembre de 2021. ([https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS\\_PUBLICACION\\_dic21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_dic21.pdf)).

Gráfico 6. Lista de espera de consultas en el SNS. Evolución dic. 2018 – dic. 2021.



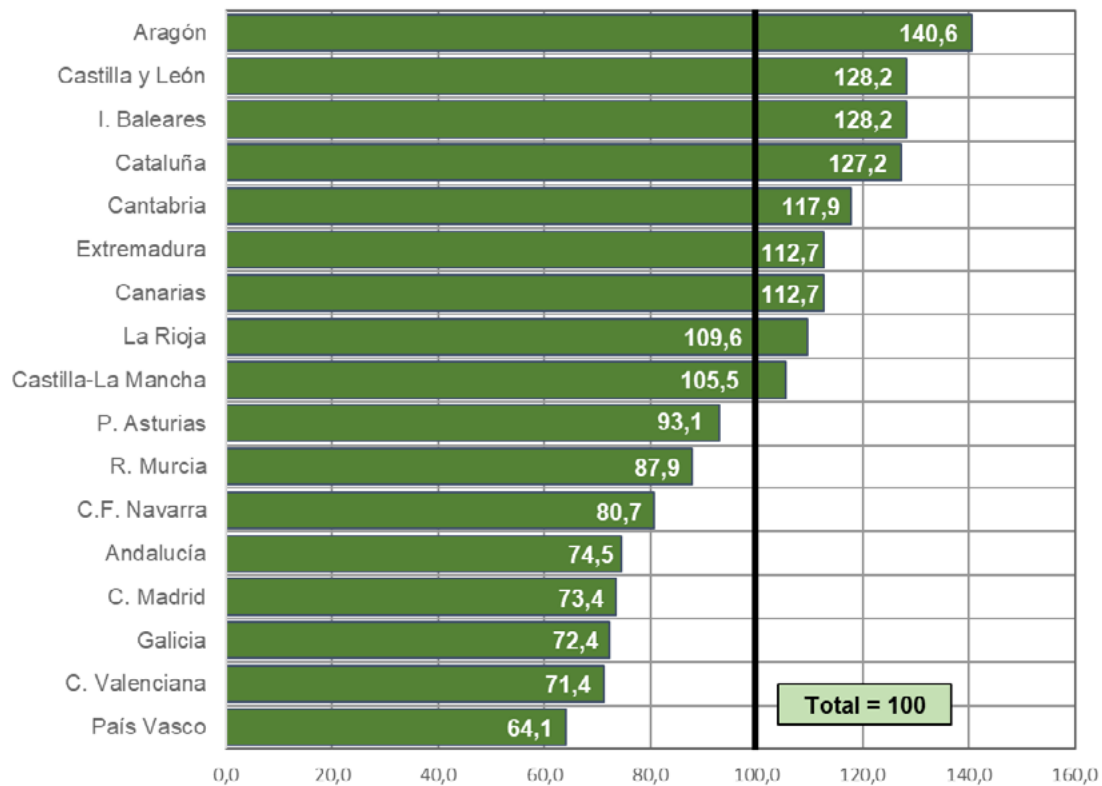
Fuente: Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud SISLE-SNS. Situación a 31 de diciembre de 2021. ([https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS\\_PUBLICACION\\_dic21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_dic21.pdf)).

Subyace a la evolución descrita la existencia de importantes diferencias territoriales en términos de accesibilidad, tal y como puede observarse en el Gráfico 7, que muestra la situación relativa de las diecisiete CC.AA. respecto al conjunto nacional en los tiempos medios de espera de varios procesos quirúrgicos seleccionados<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Los procesos seleccionados se definen por las patologías que tratan, de acuerdo al Anexo IV del Real decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud: catarata, hernia inguinal/crural, prótesis de cadera, artroscopia, varices en miembros inferiores, colecistectomía, hallux valgus, adenoamigdalectomía, hipertrofia benigna de próstata, quiste pilonidal, túnel carpiano.



Gráfico 7. Tiempos medios de espera de procesos seleccionados por comunidad autónoma. Índices (Total CC.AA. = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud SISLE-SNS. Situación a 31 de diciembre de 2021. (<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>).

Más grave aún, si cabe, es el retroceso experimentado en la detección y monitorización de diferentes patologías en distintos procesos asistenciales. Este es el caso de los programas de detección precoz del cáncer en España. Comparando los datos de marzo-junio de 2020 con los del mismo periodo del año 2019, se registró un 21% menos de casos de cáncer recientemente diagnosticado (SEOM, 2021). Asimismo (Sisó-Almirall, Kostov, Sánchez, Benavent-Àreu y González-de Paz, 2022), la detección y monitorización de enfermedades crónicas en la atención primaria cayó en torno a un 40% en 2020 (entre el 36% de la hipercolesterolemia y el 50% de la EPOC).





## 4. LOS RETOS DEL SISTEMA SANITARIO EN LA POST-PANDEMIA

### 4.1. RETO FINANCIERO

Si bien, como se constató al contrastar las cifras de gasto sanitario per cápita de España con las de otros países dotados de un sistema sanitario tipo SNS, parece que habría margen para el avance de este indicador en nuestro país, no es menos cierto que un aumento del gasto sanitario no es necesariamente bueno, *per se*. Todo depende del destino de la inversión sanitaria. En este sentido, posiblemente haya que incrementar los recursos allí donde merezca la pena, por razones de eficiencia (maximizar la salud) y de equidad (reducir las desigualdades). Hay que recordar que el envejecimiento poblacional no es el único y ni tan siquiera el principal determinante del crecimiento del gasto sanitario, siendo la expansión de la morbilidad y la influencia del cambio técnico y las prácticas médicas (Abellán, 2019; Abellán y Martínez, 2019) determinantes tanto o más importantes que aquel, de modo que lo más inteligente para apuntalar la sostenibilidad y eficiencia del sistema es concentrar dicho gasto en la financiación de aquellas intervenciones sanitarias que aportan mayor valor social (*value based health care*). Además, el previsible escenario de la hacienda pública para los próximos años es de una feroz competencia entre las diferentes partidas presupuestarias de gasto social, por mor de la presión al alza del gasto en pensiones y en cuidados de larga duración para las personas mayores dependientes en el marco del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En cualquier caso, no puede garantizarse la solvencia del sistema sanitario público sin afrontar urgentemente la reforma del sistema de financiación de las CC.AA., toda vez que son estas las principales intérpretes del gasto sanitario. Resulta indispensable mejorar la suficiencia financiera de las CC.AA. mediante la dotación de fondos específicos para financiar la innovación sanitaria y la adquisición de nuevos tratamientos, así como la reforma del Fondo de Cohesión Sanitaria para ampliar su ámbito de aplicación, garantizando la igualdad en el acceso a las nuevas terapias. La reforma del sistema de financiación autonómica debe servir también para atenuar las inequidades que se producen entre CC.AA., cambiando la fórmula de reparto de los fondos, eliminando la cláusula de respeto del *statu quo* e incorporando a las comunidades forales al mecanismo de solidaridad general.

Por último, sería también conveniente reformar los actuales copagos farmacéuticos, aumentando los umbrales de exención (como, de hecho, se ha hecho ya con ciertos colectivos desde mayo de 2020 y enero de 2021), fijar topes máximos de aportación a los trabajadores activos y vincular los copagos a la efectividad y coste-efectividad de los tratamientos.

### 4.2. RETO DE LA ORGANIZACIÓN Y LA GESTIÓN

Uno de los desafíos más acuciantes en materia de organización y gestión de los recursos del sistema sanitario público tiene que ver con el reequilibrio de la participación relativa que reciben los diferentes niveles asistenciales en el gasto sanitario. Esta necesidad se vio agudizada durante la pandemia, al desarrollar los servicios de atención primaria un papel protagónico como destacados intérpretes de la estrategia de rastreo y seguimiento de los casos confirmados de COVID. Observemos, a este respecto, que el peso de los servicios hospitalarios y especializados en el gasto sanitario público avanzó 8,4 puntos porcentuales entre 2002 y 2019, pasando de casi el 55% hasta el 63,3% del total. En paralelo, la importancia relativa del gasto de los servicios primarios en el gasto sanitario total retrocedió casi 1 punto en el mismo periodo, situándose en 2019 en un exiguo 15,1%. El salto



adelante acaecido en el gasto en servicios primarios en el año 2020, con un crecimiento del 8,2% con respecto a 2019, no ha servido para incrementar la participación relativa de los servicios primarios en el total del gasto, antes bien, pierden 0,8 puntos, retrocediendo su participación hasta el 14,3%. La razón de este retroceso obedece a que otras áreas de gasto (en particular, gastos en servicios de salud pública, gasto de capital y también el gasto en servicios hospitalarios y especializados) crecen en mucha mayor medida.

La puesta en valor de la atención primaria no pasa únicamente por su redotación presupuestaria, sino también por el impulso a un nuevo marco de relaciones laborales basado en mecanismos de contratación estables que no rompan, como ocurre en la actualidad, con la deseable longitudinalidad de la asistencia sanitaria. Hay también que ofrecer incentivos, no solo económicos, discriminando positivamente, por ejemplo, en favor de proyectos de investigación en atención primaria.

Finalmente, es el momento de recuperar y potenciar la gestión clínica, una gestión profesionalizada con autonomía de gestión y, en general, proporcionar una mayor flexibilidad en la gestión de compras y personal al sistema sanitario favoreciendo la competencia entre centros y comunidades por comparación (benchmarking).

### 4.3. RETO DE LA INCORPORACIÓN DE LA INNOVACIÓN

Entramos de lleno en la era de la medicina personalizada y de precisión. Asistimos desde hace unos años a un auténtico boom de nuevas terapias (sobre todo oncológicas) de la mano del avance de las tecnologías ómicas. En este contexto, la presión al alza sobre el crecimiento del gasto sanitario va a ser constante y las medidas de contención de costes como el control de beneficios, techos de gasto, compras centralizadas, etc. poseen un recorrido limitado. Se hace, pues, imprescindible establecer una estrategia de financiación y cobertura de nuevas prestaciones centrada en el valor (el balance coste-efectividad), y no únicamente en el coste. En este sentido sería deseable establecer una nueva arquitectura institucional para la evaluación de tecnologías sanitarias encabezada por una agencia independiente, tal y como destacados profesionales del entorno de la economía de la salud han propuesto (Oliva y Puig, 2021). Y más allá del continente importa el contenido, el cual debe responder a una política de reinversión: desinvirtiendo en tecnologías de bajo valor para reinvertir los recursos liberados en la adquisición de intervenciones que aporten un elevado valor a los pacientes.

## 5. EPÍLOGO

La extraordinaria pujanza en la evolución del gasto sanitario privado en España desde la crisis de 2008, en particular el relativo a las pólizas de aseguramiento, nos pone sobre la pista de un potencial riesgo de deslegitimación del sistema público de salud. Si la motivación que subyace al auge del fenómeno del doble aseguramiento es el deterioro de la calidad asistencial percibida por la sociedad en el ámbito público, puede llegar el momento en que la población cuestione la utilidad de financiar con sus impuestos el SNS. Así pues, la “sostenibilidad social” de la sanidad pública debería ocupar muchos de nuestros desvelos en un futuro inmediato.

La pandemia vivida ha sido más que una pandemia: ha sido una sindemia. El impacto del coronavirus no habría sido tan letal de no interactuar con una serie de enfermedades no transmisibles preexistentes





(obesidad, diabetes, hipertensión, ...) en un contexto social y ambiental caracterizado por una profunda inequidad social. En consecuencia, la mejor forma de prevenir nuevas pandemias pasa no solo por impulsar la estrategia 'One Health', actuando coordinadamente los servicios sanitarios y veterinarios allí donde pueden surgir nuevas zoonosis, sino también haciendo realidad el viejo lema de la Organización Mundial de la Salud de "Salud en todas las políticas". Combatir la pobreza y elevar el nivel educativo es la mejor forma de conjurar la amenaza de nuevas pandemias.

Los retos pendientes del SNS atañen a dimensiones inextricablemente relacionadas, de tal forma que su afrontamiento debe realizarse de manera integral, como parte de una estrategia global, y no parcial. El tiempo de los parches ha pasado.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, J. M. (2019). Esperanza de vida y sostenibilidad del sistema sanitario. *Información Comercial Española, ICE: Revista de Economía*, 908, 119-132. (<http://www.revistasice.com/index.php/ICE/article/view/6824>).
- Abellán, J. M. y Martínez, J. E. (2019). Las perspectivas demográficas y el sistema sanitario. *Ekonomiaz*, 96, 124-139. (<https://www.euskadi.eus/web01-a2reveko/es/k86aEkonomiazWar/ekonomiaz/abrirArticulo?idpubl=92&registro=11>).
- Abellán, J.M. y Sánchez FI. (2020). Salud y sanidad: en la línea de fuego. En J. L. García Delgado JL (dir.). *La economía española y la pandemia* (p. 45-54). Madrid: Thomson Reuters-Civitas.
- Abiétar, D. G., Beltrán, J. L., García, A. M., García-Armesto, S., Gutiérrez-Ibarlueza, I., Segura-Benedicto, A., Franco, M. y Hernández-Aguado, I. (2022). La Agencia Estatal de Salud Pública: una oportunidad para el sistema de Salud Pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 36(3), 265-269. (<https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911121003423>).
- Eurofound (2021). Living, working and COVID-19 survey, third round (February-March 2021). (<https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19>).
- Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2020). *La asistencia residencial en España y COVID-19. Estudios sobre la Economía Española – 2020/20*. FEDEA. (<http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2020-20.pdf>).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). España: Perfil sanitario nacional 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. (<https://www.oecd.org/health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2021-3d1c2ed2-es.htm>).
- Oliva, J. y Puig, J. (2021). Hacia una Autoridad Independiente de Evaluación de Intervenciones Sanitarias y Políticas de Salud. *Working Paper Series n.º 9*, UPF: Barcelona School of Management. ([http://jaumepuigjunoy.cat/wp-content/uploads/2021/02/working\\_paper\\_9\\_-\\_juan\\_oliva\\_jaume\\_puig.pdf](http://jaumepuigjunoy.cat/wp-content/uploads/2021/02/working_paper_9_-_juan_oliva_jaume_puig.pdf)).
- SEOM (2021). Las cifras del cáncer en España. 2021. ([https://seom.org/images/Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espnaha\\_2021.pdf](https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf)).
- Sisó-Almirall A, Kostov B, Sánchez E, Benavent-Àreu J, González-de Paz L. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on Primary Health Care Disease Incidence Rates: 2017 to 2020. *Annals of Family Medicine*, 20(1), 63-68. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34561213/>).



