

MEMORIA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Retos para el futuro de la sanidad pública en Canarias Challenges for the future of public healthcare in the Canary Islands

Autor/a: D. Adrián Suárez Delgado (79095616L)

Tutor/a: D. Ginés Guirao Pérez

Grado en ECONOMÍA
FACULTAD DE ECONOMÍA, EMPRESA Y TURISMO
Curso Académico 2017/2018

San Cristóbal de La Laguna a 6 de septiembre de 2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

1. Introducción.....	5
2. La Sanidad Pública en Canarias (ingresos y gastos).....	6
2.1. Métodos de financiación de las Comunidades Autónomas.....	6
2.2. El gasto sanitario en Canarias.....	7
2.3. Función de producción de salud.....	9
3. Enumeración y definición de los retos de la sanidad pública en Canarias.....	10
3.1. Retos para la universalidad del sistema sanitario.....	10
3.2. Retos para la financiación del sistema sanitario.....	11
3.3. Retos en la política de personal del sistema sanitario.....	12
4. La Universalización de la Sanidad Pública (el caso de Canarias).....	12
4.1. La reforma de 2012.....	13
4.2. El concepto de equidad.....	14
4.3. Propuestas de mejora del SNS para la universalidad de cara al futuro.....	16
5. La Financiación de la Sanidad Pública (el caso de Canarias).....	18
5.1. El concepto de eficiencia en sanidad.....	18
5.2. La eficiencia macroeconómica.....	19
5.3. La eficiencia microeconómica.....	21
5.4. Propuesta de mejora del SNS para su eficiencia de cara al futuro.....	22
6. Las políticas de personal de la Sanidad Pública (el caso de Canarias).....	24
6.1. Propuestas de mejora de la política de personal de cara al futuro.....	25
7. Conclusiones.....	25
8. Bibliografía.....	27
9. Anexos.....	29

INDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1. Población por Comunidades Autónomas en 2017.....	29
Gráfico 2. Distribución de la financiación autonómica (PGE) en 2017.....	29
Gráfico 3. Gasto sanitario público y gasto sanitario privado. Tasa de variación interanual (en porcentaje) España, 2011-2015.....	30
Gráfico 4. Gasto sanitario en porcentaje al PIB regional en 2016.....	30
Gráfico 5. Clasificación funcional del gasto en Canarias (Miles de euros sobre el total).....	31
Gráfico 6. Clasificación funcional del gasto en Canarias desagregado (Miles de euros sobre el total).....	31

Gráfico 7. Regresión lineal tasa de mortalidad sobre el gasto sanitario público per cápita por CC.AA. en 2016.....	32
Gráfico 8. Regresión lineal tasa de mortalidad perinatal sobre el gasto sanitario público per cápita por CC.AA. en 2016.....	32
Gráfico 9. Regresión lineal tasa de mortalidad infantil sobre el gasto sanitario público per cápita por CC.AA. en 2016.....	33
Gráfico 10. Estancia media de hospitalización por Comunidad Autónoma (días).....	33
Gráfico 11. Media anual de altas por cama por Comunidad Autónoma.....	33

INDICE DE TABLAS Y CUADROS:

Cuadro 1. Distribución relativa de las variables del modelo (2006).....	34
Cuadro 2. Gasto sanitario total, público y privado Millones de euros. España, 2011-2015.....	34
Cuadro 3. Gasto sanitario público en la Comunidad Canaria.....	34
Cuadro 4. Inaccessibilidad a distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos en 2017, en porcentajes (Nacional y en canarias).....	35
Cuadro 5. Valoración del estado de salud percibido en 2017 según grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar en porcentajes.....	35
Cuadro 6. Modalidad de la cobertura sanitaria según grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar en porcentajes (Nacional) año 2017.....	35
Cuadro 7. Población total según haya recurrido a la medicina alternativa en el último año y clases sociales basadas en la ocupación de la persona de referencia en Canarias.....	35

RESUMEN:

Desde la implantación del estado de bienestar en los países desarrollados, la sanidad pública ha sido uno de sus pilares fundamentales siendo el receptor de una gran cantidad de recursos destinados a su mantenimiento y mejora a lo largo de los años. Debido a esto, el objetivo de este trabajo será la de analizar el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España con la intención de aportar soluciones a sus carencias en sus objetivos de eficacia, eficiencia y equidad, establecidas en la Ley general de Sanidad. Más concretamente tales como la universalidad del servicio, la financiación sostenible, así como una mayor eficiencia de su personal, sin embargo, se deberán tener en cuenta problemas acuciantes en un futuro próximo con el fin de asegurar la sostenibilidad del SNS, como el envejecimiento de la población, la mayor orientación del servicio hacia el ciudadano o una mayor implicación del mismo en el mantenimiento de su propia salud.

Palabras Clave: Sistema nacional de salud (SNS), Ley general de Sanidad, Estado de bienestar.

ABSTRACT:

Since the appearance of the welfare state in the developed countries, the public healthcare has been one of its most important components, it has received many resources for its maintenance and improvement for many years. Due to this, the objective of this study will be analyze the National Health Service (NHS) in Spain and offer solutions for its issues in their objectives of efficiency, effectiveness and equity, as the general health law establishes. More specifically as universality of service, sustainable financing and more efficiency of its personal, however, should be taken in to consideration the problems of the future to ensure sustainability of the (NHS), as aging of the population, greater orientation of the service towards the citizen or a greater implication of the citizen in the maintenance of his health.

Key Words: National Health Service (NHS), General Health Law, Welfare State.

1. INTRODUCCIÓN

La idea del estado del bienestar por la cual el Estado provee de servicios a los ciudadanos en cumplimiento de sus derechos sociales surgiendo por primera vez de la mano de Otto Von Bismark en el siglo XIX. El estado de bienestar se compone de varios servicios como las pensiones, desempleo, servicios de educación y provisión de vivienda, alimentación y cuidados sanitarios, sin embargo, será en este último punto en el que se basará el presente trabajo. Así, dentro de los sistemas sanitarios podemos encontrar en primer lugar el modelo liberal en el que la salud es considerada como un bien de consumo por el cual el cliente paga directamente al suministrador del servicio y el Estado realiza una contribución ínfima en la entrega de dicho servicio. En segundo lugar, podemos encontrar el modelo socialista en el que el Estado financia la totalidad del servicio con los presupuestos generales del propio Estado ofreciendo una cobertura universal y gratuita a la totalidad de la población, no obstante, este modelo puro socialista solo se puede encontrar en los países comunistas. Y, por último, nos encontramos con el modelo mixto presente en todos los sistemas sanitarios de Europa occidental el cual combina el servicio público con el privado, sin embargo, los considerados como sistemas nacionales de salud conllevan un mayor acercamiento al modelo socialista que al liberal. A su vez, dentro de los países europeos se pueden encontrar dos tipos de modelos sanitarios, en primer lugar, se encuentra el modelo Bismark adoptado por la mayoría de los países del norte de Europa, el cual se financia a través de cuotas obligatorias pagadas por empresas y trabajadores siendo los recursos financieros dirigidos a entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan los recursos los cuales contratan hospitales, médicos de familia, etc.¹ El segundo modelo se conoce como el modelo Beveridge el cual se financia a través de impuestos por los presupuestos generales del Estado, el acceso es universal y los que suministran el servicio son empleados del Estado, aunque también se puede encontrar cierta presencia del sector privado y sería, no obstante, el propio Estado el que gestionase dicho sistema existiendo algunos copagos en el servicio, sobretodo en el servicio farmacéutico.

El sistema Beveridge surgiría en 1946 en Inglaterra (National Health Service) siendo posteriormente este sistema adoptado por los países del sur de Europa, es decir, por Italia, en 1978; Portugal, en 1979; Grecia, en 1983; y, finalmente España en 1986, con la aprobación de la Ley General de Sanidad rigiéndose por las ideas de igualdad y solidaridad. Desde su implantación, este sistema ha suscitado cierto interés en su estudio debido a que tiene un gran peso en la sociedad considerándose una inversión en el ciudadano, por lo que un buen sistema sanitario puede ser un factor de atracción de inversión y de empresas además de un componente del bienestar social, por esa razón es interesante contemplar la posibilidad de estudiar el sistema sanitario Español desde la perspectiva de Canarias haciendo énfasis en los retos que se pueden encontrar en un futuro como puede ser su equidad y universalidad. Además, también es interesante señalar la idoneidad de suficiencia de recursos en pos de poder mantener de forma sostenible a largo plazo el mencionado sistema, por lo que se abordará también la eficiencia de éste, incorporando además sus respectivos estudios analíticos para

¹ Sistemas de reembolso y copagos por parte de algunos usuarios

finalmente concretar ciertas propuestas que puedan prevenir esas dificultades en las próximas décadas.

2. La sanidad pública en Canarias (ingresos y gastos)

En este punto se compararán los recursos destinados a la Comunidad Autónoma de Canarias con el resto de comunidades de España, abordando temas como su escenario de ingresos, sus necesidades de gasto y finalmente se tendrán en cuenta rasgos como los movimientos demográficos y la relación entre los recursos sanitarios y de salud en las comunidades.

2.1. Métodos de financiación de las Comunidades Autónomas

Desde el traspaso de funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas, España sigue el modelo de un sistema descentralizado desde el punto de vista de la gestión de la función sanitaria, en el que cada comunidad decide cuanto aportar a cada una de las partidas de gasto, aunque en primer lugar surge la necesidad de aclarar de donde provienen dichos ingresos que van a ser distribuidos entre las comunidades.

La sanidad pública en España se financia a partir de las transferencias que acomete el Estado a las Comunidades Autónomas a través de los Presupuestos Generales del Estado y de los impuestos especiales que van directamente a las propias CC.AA. Estas dos vías de financiación tienen características que deben ser tenidas en cuenta, las cuales se analizarán a continuación de manera separada, así en primer lugar cabe destacar que los métodos de financiación a partir de las transferencias de los presupuestos generales se reparten siguiendo ciertos criterios entre las Comunidades Autónomas, principalmente atendiendo a las necesidades de la población y a su crecimiento en el último periodo. Esto se elabora en términos de población ajustada o unidad de necesidad, pero en última instancia lo que mayor peso tiene en la redistribución es la población total². En segundo lugar y desde el año 2009 se propone y se aprueba elevar al 50% la cesión a las Comunidades Autónomas en el IRPF y en el IVA y al 58% los impuestos especiales sobre cerveza y tabaco³ entre otros, por otra parte se crea el llamado fondo de garantía de servicios públicos fundamentales que se define como el mecanismo explícito de igualdad por el cual participan todas las Comunidades Autónomas con un porcentaje de sus recursos tributarios, (los cuales se componen del IRPF y el IVA, en los porcentajes a los que se hacía referencia anteriormente). Las comunidades participan en el fondo de garantía, con

² Ver gráfico 1. Población por Comunidades Autónomas en 2017 y gráfico 2. Distribución de la financiación autonómica (PGE) en 2017

³ Extraído de La Financiación del Gasto Sanitario en España páginas (69-70)

arreglo a un sistema de reparto que atienda a las variables que representan la unidad de necesidad, concretamente se tendrán en cuenta aspectos como: población total de cada comunidad, superficie, dispersión, insularidad, población protegida equivalente (que se distribuye en tres grupos con diferentes ponderaciones: 0-4 años, entre 5-64 años y de más de 65 años), población mayor de 65 años, y población entre 0-18 años.⁴ Por último, el fondo de suficiencia global será la diferencia positiva entre las necesidades globales de cada Comunidad Autónoma (en el que ya se han incluido los recursos adicionales) y la suma de la capacidad tributaria y la transferencia del fondo de garantía, el resultado respetara el statu quo entre las comunidades supliendo el déficit de algunas de estas con el superávit de otras.⁵

Cabe destacar que el fondo de garantía de los servicios públicos fundamentales se calcula anualmente de acuerdo con la evolución de las necesidades y de los recursos de los ciudadanos proporcionando a los mismos una mayor seguridad en el acceso a dichas prestaciones fundamentales siendo constituida la financiación de cada Comunidad Autónoma por el valor definitivo correspondiente a cada año. Los recursos conseguidos por las Comunidades Autónomas a través de estas vías se destinan a finalidades como la sanidad o la educación.

2.2. El gasto sanitario en Canarias

En este apartado se procederá al estudio del gasto público sanitario en Canarias desde el punto de vista de su eficiencia agregada. “El concepto de eficiencia depende de los objetivos del sistema sanitario y estos a su vez de la ideología que lo inspira” (Williams 1988, 1989). A este aspecto, podemos encontrar dos ideologías diferentes. En primer lugar, tenemos la ideología liberal la cual tiene como principal objetivo satisfacer los deseos de los pacientes que están dispuestos a pagar y hacerlo al menor coste posible siendo el medio por el cual se mueve el propio mercado, es decir, por la interacción de multitud de oferentes y demandantes individuales lo que nos lleva a un sistema sanitario privado⁶; en segundo lugar, la ideología igualitaria es la que tiene como objetivo maximizar las mejoras de salud de la población independientemente de su capacidad y disposición de compra al menor coste posible, siendo el medio en este caso la interacción entre demanda y oferta colectivamente determinadas, lo que da lugar a un sistema sanitario público. En el caso de nuestro país, el sistema sanitario sigue una ideología igualitaria, marcándose como objetivo -como se ha visto anteriormente- el de maximizar la salud del conjunto de la población por lo que el concepto de eficiencia hace referencia a conseguir dicho objetivo al menor coste posible debido a que si no se minimizan los costes, tal y como mantiene Culyer (1991) “se estarán utilizando recursos innecesarios o incorrectamente, pudiendo haber sido utilizados para mejorar la salud de alguien sin perjudicar la salud de otros”.

⁴ Ver Cuadro 1. Distribución relativa de las variables del modelo

⁵ Extraído libro: La Financiación del Gasto Sanitario en España, página 69-70

⁶ Extraído del Cuadro 4.2 libro: La Economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria página 176

Sin embargo, en los países que tienen cada una de las dos ideologías, nos encontramos sistemas puros de asistencia sanitaria, es decir, que en los países con ideologías liberales (el caso de EE.UU.) también podremos encontrar algunos sistemas sanitarios públicos que se constituyen en pos de garantizar unos estándares mínimos de salud para la parte de la población que no participa en el mercado privado (como Medicaid) y en los países con ideología igualitaria podremos encontrar sistemas sanitarios privados que pretendan satisfacer a aquellas personas que quieran adquirir servicios sanitarios en el mercado⁷. Según el sistema de cuentas de salud, el gasto total del sistema sanitario español, siendo éste la suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el año 2015 a 99.974 millones de Euros (71.036 millones financiados por el sector público y 28.937 millones financiados por el sector privado). Además, cabe destacar que el gasto sanitario privado a lo largo del período 2011-2015⁸ tuvo una tendencia al alza. España (período 2011-2015) ha tenido una tasa de incremento interanual positivo cada año para el sector privado, aunque, sin embargo, la tasa de crecimiento interanual del sector público, ha sido irregular no mostrando ni una tendencia positiva ni negativa, teniendo una tasa de variación interanual negativa en los dos primeros períodos y positiva en los otros dos manteniendo una tendencia al alza a lo largo de los años (período 2014-2015) hasta alcanzar una tasa de crecimiento del 6,3%.

Una vez que se ha visto el escenario nacional de la sanidad pública, es necesario hacer una profundización en el gasto en sanidad en Canarias desde una perspectiva comparada con el resto de Comunidades Autónomas, la cual se llevará a cabo analizando, en primer lugar, cuanto se gasta para seguidamente vislumbrar en que se gasta y finalmente como se gasta en la sanidad de Canarias.

En lo referente al “cuanto se gasta”⁹, el gasto sanitario en porcentaje del PIB regional puede aportar información sobre cuanto peso tiene el gasto sanitario sobre los recursos de que disponen las Comunidades Autónomas dado que la interpretación de las diferencias de los indicadores de gasto agregado por comunidades resulta compleja debido a que en ellas influyen muchos factores, tales como: necesidades sanitarias diversas, evolución histórica de la oferta, eficiencia relativa de la gestión y utilización de los recursos, diferente esfuerzo fiscal y diferente priorización presupuestaria respecto a otras políticas debido a la libertad de gestión de las comunidades, entre otros. Por lo tanto, del gasto sanitario en porcentaje del PIB regional¹⁰ (ver gráfico) podemos deducir que existen diferencias en el volumen aportado del PIB total regional a la sanidad en cada comunidad desde el 3,72 de Madrid hasta el 9,38 en Extremadura para el año 2017, un porcentaje que se ha ido incrementando a lo largo de los años en cada una de ellas. Teóricamente, se esperaría que las comunidades más prosperas como Madrid, País Vasco o Cataluña tuvieran los porcentajes más altos ya que cabría esperar pesos relativos mayores en

⁷ Véase la cuadro 2. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros. España, 2011-2015

⁸ Véase gráfico 3. Gasto sanitario público y gasto sanitario privado. Tasa de variación interanual (en porcentaje) España, 2011-2015

⁹ Criterio extraído de la revista Salud 2000: La eficiencia agregada del gasto público sanitario, páginas 8-14

¹⁰ Véase Gráfico 4. Gasto sanitario en porcentaje al PIB regional en 2016

estas regiones, dado que se confirma empíricamente que el gasto sanitario crece más que proporcionalmente a la renta pudiendo darse esto como consecuencia de los mecanismos de nivelación presupuestaria que incorpora el sistema de financiación autonómica en el que las comunidades que tienen más aportan más, haciendo posible una redistribución entre ellas.

Por otro lado, viendo el caso específico de Canarias se puede observar que su gasto oscila en 6,58 superando el total nacional -el cual ronda por el 5,51-, por lo que podemos deducir que Canarias es una de las comunidades que se encuentra en déficit y, por lo tanto, se beneficia del fondo de suficiencia global recogido en el apartado anterior, aunque tampoco hay que olvidar que también influyen otros factores como las necesidades sanitarias diferenciadas entre otras, que distinguen a las comunidades entre ellas. En este sentido, se constata que la comunidad de Canarias ha ido aumentando el gasto que se destina a la sanidad en los últimos años, una tendencia al alza que se empieza a notar a partir de las reducciones del gasto realizados a través de los recortes llevados a cabo en este sector para intentar reducir los efectos de la crisis económica de 2008¹¹, también podemos observar que además del total de financiación destinada a sanidad también aumenta su peso relativo respecto al PIB y el gasto per cápita.

Atendiendo al hecho de que la clasificación funcional del gasto responde a “en que se gasta”, se constata que la primera partida de gasto sigue siendo, con bastante diferencia, el gasto en los servicios hospitalarios y especializados¹², en el que se concentra más del 50% del total de gasto público en sanidad. Seguidamente, nos encontramos con que los gastos en farmacia son los más altos después de estos y finalmente nos encontramos con el gasto en los servicios primarios de salud dado que el resto de partidas de gasto tienen un peso residual, por lo tanto estaríamos ante un sistema que pocos dudan en calificar de hospitalocentrista, lo que implica que seguimos contrariamente a lo recomendado desde todas las instancias, debido a que una atención primaria bien dotada y organizada es capaz de resolver hasta el 90% de los casos tratados en el sistema de salud.

El “cómo se gasta” tiene que ver con la clasificación económica del gasto¹³. En 2016, las principales partidas de gasto siguen siendo el gasto de personal, consumos intermedios y conciertos, los cuales han aumentado en el período estudiado (2012-2016), dejando muy atrás el gasto en capital.

2.3. Función de producción de salud

El gasto sanitario supone inputs en la función de producción de salud, por lo tanto, si el objetivo del sistema es mejorar la salud de sus ciudadanos, tales inputs deben maximizar dicha función, sin embargo, se vuelve complicado de medir debido a que no existe un mercado que

¹¹ Véase Cuadro 3. Gasto sanitario público en la comunidad canaria

¹² Véase Gráfico 5. Clasificación funcional del gasto sanitario en Canarias. Miles de euros sobre el total

¹³ Ver gráfico 6. Clasificación funcional del gasto en Canarias

valore monetariamente los beneficios del gasto sanitario¹⁴. Por consiguiente, es necesario buscar indicadores distintos del precio que midan el output del gasto sanitario siendo los más utilizados la esperanza de vida a varias edades, las tasas de mortalidad perinatal y las tasas de mortalidad infantil, por el contrario, en los últimos tiempos ha aparecido un indicador conocido como AVAC (años de vida ajustados por calidad). Se trata de una medida con respecto a la calidad de vida que podría favorecer la toma de decisiones clínicas, teniendo en cuenta la condición inicial del paciente y los beneficios obtenidos al instaurar un determinado tratamiento, para tal fin, realizar evaluaciones diagnósticas, así como acometer una valoración de las necesidades definiendo la asignación de recursos basada en la cantidad de años ganados o perdidos. En resumen, permite la racionalización de los recursos sanitarios gestionando la efectividad de los procesos de daños en la salud, así como las prioridades de atención, determinando el costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad que sirven para el diseño de políticas en la salud, pero que tiene ciertas desventajas que se materializan en la imposibilidad de calcular procedimientos dado que su aplicabilidad está orientada a procesos de larga duración además de tener ciertos problemas de carácter ético en la priorización, designando entre otras cosas cuánto vale un año de vida para una persona.

Incluso aproximando el gasto sanitario al output existen otros factores que además de dicho gasto suponen un input en la función de producción de salud como son los factores socioeconómicos (renta, educación, vivienda...) y también factores ambientales (higiene, polución, calidad, agua, estilo de vida...) siendo estos dos factores, junto con el gasto sanitario los que suponen los inputs que dan lugar al output que sería la salud.

3. Enumeración y definición de los retos para el futuro de la sanidad pública

En este punto se plantearán de manera general cada uno de los aspectos mejorables de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre los que se hablará más meticulosamente en los puntos siguientes del presente trabajo.

3.1. Retos en la universalidad del sistema sanitario

El sistema sanitario español se ha visto reducido a una visión únicamente de gasto, por lo cual, para hablar de su mejora suele cifrarse en un crecimiento del gasto en relación al PIB, sin embargo, la realidad es más compleja, existiendo otros factores mejorables que pueden contribuir a dicho objetivo. En primer lugar y como ya hemos visto anteriormente, el sistema sanitario español se basa en una ideología igualitaria que queda plasmada en la Ley General de Sanidad de 1986, sin embargo, la universalidad que debe ser alcanzada según la nombrada ley se ha visto comprometida por la existencia de otros sistemas sanitarios con financiación pública. El sistema sanitario privado tiene un peso creciente tanto desde el punto de vista del

¹⁴ Criterio extraído del libro: La economía del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria, página 172

aseguramiento como de la provisión¹⁵ lo cual limita el contexto de actuación del SNS, como es, entre otros, el caso de la enfermedad profesional y el accidente laboral que quedan fuera del marco de actuación del sistema, y en cuanto a la financiación pública, se quedan fuera del SNS los regímenes especiales mutualistas por lo que este sistema público no es en España el asegurador universal al no cubrir tales necesidades, contradiciéndose lo recogido en la Ley General de Sanidad (LGS):

- **Artículo 3:** La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- **Artículo 12:** Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español.

Además, cabe destacar que las normas siempre han atribuido al INSS el reconocimiento del derecho del ámbito nacional a la asistencia sanitaria del SNS, por ejemplo, la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) siendo emitida por el INSS no pudiendo ser emitida por el SNS, pese a que la asistencia sanitaria se financia por impuestos y no por cotizaciones. A su vez, la universalidad se verá en el contexto canario a través de un análisis de la equidad en los puntos siguientes de este trabajo.

3.2. Retos en la financiación del sistema sanitario

El siguiente punto tratará sobre los retos que conlleva una mejora en el sistema de financiación del SNS. La sostenibilidad del sistema tiene un elemento básico en la financiación, sin embargo, no es el único factor dado que, si el sistema no responde a las expectativas de los ciudadanos, usuarios y profesionales, difícilmente podrá ser sostenible, generando que el problema de financiación pueda tener factores problemáticos más profundos que afecten a la racionalidad, solidaridad y la gobernabilidad del sistema.

Los sistemas sanitarios con ideología igualitaria en los que su financiación reposa sobre las aportaciones recolectadas obligatoriamente por los gobiernos tienen varias vías para controlar la financiación, por lo que si se desea aumentar este objetivo, esto puede conseguirse a través de una mayor presión fiscal; es decir, a través de una subida de impuestos dejando que aumente la aportación del sector privado intentando que este sustente un mayor gasto o por una mayor participación del usuario en el mantenimiento de su propia salud. Cualquiera de estas medidas supondrá un aumento en los recursos disponibles y, por ende, un aumento de la financiación –el nivel que se pretenda alcanzar-, sin embargo, en el caso español también podría ser conveniente una revisión de la financiación descentralizada de las Comunidades Autónomas para adecuarse mejor e identificar posibles mejoras que podrían ser llevadas a cabo. Por lo

¹⁵Extraído de revista AMF, aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes, páginas 504-511

tanto, las propuestas intentaran adecuarse al supuesto de sostenibilidad desde la perspectiva de la eficiencia en el presente trabajo.

3.3. Retos en la política de personal del sistema sanitario

El personal sanitario es un elemento fundamental del SNS por varias razones, en primer lugar, hay que señalar que es necesario un personal cualificado que ejecute el servicio sanitario, y en segundo lugar porque la legitimidad del servicio depende de la capacidad y actitud del personal. Seguidamente en tercer lugar, como ya hemos visto, la remuneración del personal sanitario es la mayor partida de gasto siendo además los encargados de decidir qué cantidad de recursos van a destinar a cada actividad que desempeñen teniendo un alto control de decisión sobre el gasto sanitario total. Por lo tanto, es un reto a superar el diseñar una buena política de personal ya que no sería posible un buen servicio sanitario sin una política eficiente en cuestiones de personal sanitario. La regulación actual del personal es muy rígida e impide en cierta manera la colaboración entre sectores, por lo que se hace necesario un cambio de orientación más centrado en el paciente debido a que, como ya vimos en el punto anterior, la diferencia entre el gasto en servicios hospitalarios y especializados y los servicios primarios de salud es muy grande, siendo estos últimos los que menos financiación reciben y los que pueden resolver hasta el 90% de los casos tratados en el sistema de salud. A su vez, se hace necesario estudiar la productividad que tiene el SNS para comprobar si puede darse una política de personal que contribuya a los puntos anteriores y que estimule más la productividad que en la política actual.

4. La universalización de la sanidad pública (el caso de Canarias)

La universalidad es un requisito indispensable del SNS recogido en la Ley General de Sanidad de 1986, sin embargo, varios autores ponen de manifiesto que este requisito no se alcanza en España dado que la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos cubre prácticamente a toda la población desde 1990 y se financia a través de impuestos como ya hemos visto en apartados anteriores. Pese a ello, no es un sistema de todos ni para todos los riesgos y la población cubierta nunca lo ha sido por igual ni bajo un mismo título jurídico, sino que existen una gran diversidad de normas que recogen numerosos títulos habilitantes¹⁶. Además, existen diversos modelos organizativos de la cobertura sanitaria pública, consecuencia de la diversidad de subsistemas de aseguramiento, formas de provisión y acceso a las prestaciones sanitarias financiadas públicamente según colectivos y riesgos, todas las coberturas financiadas públicamente alcanzan a casi la totalidad de la población (un 99,5% de la población aproximadamente). Sin embargo, el SNS no cubre dicha totalidad sino la mayor parte del mismo (un 95% del total de la población aproximadamente), por lo tanto el SNS no alcanza la

¹⁶ Extraído de revista AMF, aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes, páginas 504-511

universalidad prevista en la LGS siendo este un aspecto importante del mismo ya que radica en que la universalidad es la base misma del SNS y el requisito previo para avanzar en la equidad y la solidaridad del sistema, dicho esto para el caso de Canarias se verá desde la perspectiva de la equidad la universalidad del SNS debido a que uno es componente del otro quedando plasmado como se distribuye el servicio sanitario entre la población. En los siguientes puntos contenidos en este capítulo se tratará primeramente la reforma de 2012 para saber cómo se cubre a la población española con el servicio sanitario comentando la polémica que trajo consigo¹⁷, para seguidamente ver en profundidad el concepto de equidad finalizando con el análisis de algunas propuestas de mejora de cara al futuro del SNS en concepto de la universalidad.

4.1. La reforma de 2012

Antes de proceder con el estudio de la universalidad es necesario precisar sobre qué criterios la población está cubierta por el SNS. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la tarjeta sanitaria individual expedida por cada servicio de salud. Es el documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el SNS. En España son titulares de los derechos de protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del SNS, aquellas personas que tienen la condición de asegurado, dicha condición la reúnen todos aquellos que cumplan alguno de los siguientes requisitos: ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la seguridad social y en situación de alta o asimilado al alta; ser pensionista del sistema de la seguridad social; percibir cualquier otra prestación periódica, incluida la prestación y el subsidio de desempleo; haber agotado la prestación o subsidio de desempleo y figurar inscrito como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.¹⁸

Si no se cumpliera ninguno de los requisitos anteriores, las personas de nacionalidad española o de algún Estado Miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente que sería de 100.000 Euros/año. Se considerarán además beneficiarios de un asegurado siempre que residan en España el cónyuge o persona de análoga relación de afectividad, quien deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente. También tendrán esta consideración los descendientes del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad de grado igual o superior al 65%. Todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

¹⁷ Es, principalmente, la grave limitación de derechos de la población extranjera en situación irregular

¹⁸ Extraído de pdf: SNS España 2012, páginas 10-12

Los asegurados de regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la mutualidad general de funcionarios civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas pueden optar por provisión sanitaria pública (SNS) o privada. Las personas descritas en dichas mutualidades que optan por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades; si recibieran asistencia sanitaria en centros sanitarios públicos, el gasto derivado deberá ser abonado por el tercero obligado. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) comunica a las administraciones sanitarias los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin precisar para ello el consentimiento del interesado.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España pueden recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles si son casos de: urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica; asistencia de embarazo, parto y puerperio, si la persona en concreto es menor de 18 años.

Esta reforma trajo consigo cierta polémica debido a que personas que contribuyen activamente en el pago de los correspondientes impuestos los cuales son destinados al SNS entre otras cosas, tienen que cumplir otros requisitos para poder mantener el servicio como es el hecho de que no se tengan en consideración como cobertura obligatoria de la prestación sanitaria el estar encuadrado en una mutualidad de previsión social alternativa a la seguridad social, además la norma establece un límite de ingresos de 100.000 euros anuales que, de no sobrepasarse, garantizará a quienes residan legalmente en España estar cubierto por el SNS. Por lo que quedan excluidos los extranjeros sin residencia legal en España con las únicas salvedades de los supuestos especiales y la suscripción del Convenio Especial, por lo tanto, existe una grave limitación de derechos de la población extranjera en situación irregular que atenta contra la salud del inmigrante irregular y la salud pública del conjunto de la sociedad para reducir situaciones fraudulentas como el “turismo sanitario”.

4.2. EL concepto de equidad

Una vez que ya hemos admitido el enfoque igualitario que tiene la LGS que condiciona el SNS, es necesario definir la variable por la cual individuos en la misma situación serán tratados igualmente y para ello se utilizan tres puntos de vista diferenciados. En primer lugar, existe la igualdad de acceso la que se define como igualdad de oportunidades para utilizar los servicios médicos (igualdad en costes de acceso, es decir, dinero y tiempo), por lo tanto, existirá equidad de acceso cuando dos individuos afronten los mismos costes para acceder a los servicios sanitarios. No obstante, en este método existe un sesgo debido a que el acceso es una cuestión de oferta, pero el tratamiento se divide entre el lado de la oferta y de la demanda, siendo este criterio flexible lo que podría dar lugar a desigualdades en la utilización y en la salud del individuo. En segundo lugar, tenemos la igualdad de utilización la cual se basa en la equidad horizontal en la que dos individuos con igual necesidad reciben el mismo tratamiento, este es un concepto de equidad centrado en el tratamiento. En último lugar, contamos con el concepto de

equidad en salud en el que la sanidad se considera un bien intermedio por lo que este concepto no se centra en el input sino en el output, por consiguiente, se considera equidad si entre dos individuos con el mismo tratamiento tienen el mismo grado en salud, sin embargo, esto se hace complicado debido a que, como ya vimos en la función de producción de salud, existen otros factores como el medioambiental que son considerados como inputs en la producción de salud además de en el gasto sanitario, por lo que este efecto es difícilmente aislable del resto de inputs en términos de producción de salud.

En conclusión, para el estudio se tomará el concepto de igualdad de utilización o gasto, tratándose de ver si ciudadanos con igual necesidad sanitaria reciben igual gasto público en sanidad, independientemente de su capacidad de pago. Una de las vías utilizadas para probar la hipótesis de la equidad horizontal ajustada a la necesidad de los individuos (distinta de la participación de la muestra en grupos de morbilidad) ha sido sugerida por Puffer F. (1986) que basada en la estimación de un modelo de regresión múltiple con variable dependiente cualitativa para explicar la utilización sanitaria (medida por visitas al médico general). Esta aproximación tiene la capacidad de ajustar por varios indicadores y no sólo uno de ellos, además de ajustar el resto de variables influyentes (capacidad de pago, edad, sexo etc.) que han sido representadas en la siguiente fórmula:

$$G_i = \alpha + \beta Y_i + \gamma H_i + \delta Y_i H_i + \theta X_i + \mu Y_i X_i + U_i$$

En el que G, es el gasto sanitario: variable discretizada con valores 0,1,2... dependiendo de los contactos (visitas para Puffer). Y es el nivel de renta. H es el estado de salud, la variable es igual a 1 si el individuo i está enfermo. X es la variable representativa de factores demográficos, edad y sexo. U es la variable estocástica del modelo. Las variables YH y YX son variables representativas de la interacción del nivel socioeconómico con las demás, es decir relacionando el nivel de renta con el estado de salud y el nivel de renta con factores demográficos respectivamente, siendo los parámetros del modelo $\beta, \mu, \alpha, \delta, \theta, \mu$.

Dado este modelo se aplica un contraste de hipótesis para ver si existe inequidad horizontal¹⁹, si se cumple la condición de $H_0: \beta = \delta = \mu = 0$ se considera una condición necesaria pero no suficiente para aseverar que no existe inequidad horizontal y además no nos dará el grado de inequidad, pero si por alguna de las condiciones de H_0 no se cumpliera y se rechaza hablaríamos de que existe inequidad horizontal debido a que el nivel de renta está presente en la función. Desde una perspectiva nacional²⁰ (ver cuadro 4 y 5) y comparada con Canarias, podemos ver que la inaccesibilidad a distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos en 2017 es una variable presente en la función y además vemos que en Canarias existe un porcentaje ligeramente mayor que en el nacional de personas que no consiguen acceder a los servicios de atención médica y atención dental, mientras que en los servicios de

¹⁹ Criterio extraído del libro: La economía del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria, página 247

²⁰ Ver cuadro 4. Inaccesibilidad a distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos en 2017, en porcentajes (nacional y en Canarias) y cuadro 5. Valoración del estado de salud percibido en 2017 según grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar en porcentajes

medicamento recetado y atención de salud mental ocurre lo contrario. También es importante destacar la valoración del estado de salud percibido en 2017 según grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar porque nos da una idea de cómo la renta influye en el estado de salud de las personas, viéndose claramente que los sectores de la población más pudientes a nivel nacional -entre 25-64 años- tienen una mejor valoración de su salud que los grupos menos favorecidos.

Este hecho tiene cierta lógica si se plantea desde la calidad de vida, la alimentación, la vivienda y demás factores, algunos de los cuales ya se habían comentado con anterioridad y que afectaban en la función de producción de salud, por lo tanto, la variable de renta no se puede quitar de la función dando a los parámetros el valor 0 y en consecuencia rechazando H_0 pudiendo decir que existe inequidad siendo los valores de c , m y v distintos de 0. Sin embargo, es necesario comprobar las diferencias de utilización entre la sanidad pública y privada según el nivel socioeconómico, dado que también podría existir inequidad en la distribución del servicio²¹, tanto desde la perspectiva nacional como la de Canarias en donde son las clases socioeconómicas inferiores las que se benefician en mayor medida del sistema público de sanidad debido a que las clases más acomodadas prefieren una atención sanitaria de carácter privado que en comparación con las clases con menos recursos, aunque los dos contribuyan con sus impuestos al mantenimiento del sistema público de salud por lo que cabe esperar una inequidad en la distribución de gasto sanitario público en favor de las clases menos favorecidas.

En conclusión, se ha comprobado que existe una inequidad desde el punto de vista de la renta y la atención sanitaria dándose por un lado porque existe un pequeño porcentaje de inaccesibilidad a la atención sanitaria por motivos económicos y otro debido a que una categoría socioeconómica se beneficia más del sistema sanitario público que otra.

4.3. Propuestas de mejora del SNS para la universalidad de cara al futuro

En lo concerniente a las propuestas de mejora puedo mencionar que un sistema nacional de salud que se basa en la recaudación de impuestos, su accesibilidad debería estar regida por el mismo SNS y no por el sistema de la Seguridad Social, ya que si el sistema se sustenta a través de impuestos como el IRPF o el IVA y no a través de las contribuciones de la seguridad social, no deberían tener que ver la una con la otra y el acceso al SNS debería constituirse en favor de si la persona es contribuyente contando también con algunos casos especiales que nombrare a continuación. Por consiguiente y en mi opinión, los titulares del derecho a la sanidad pública deberían ser:

- Todos los residentes en España y contribuyentes fiscales en España tendrían la cobertura garantizada por el SNS (no por la seguridad social) con idénticas características a la de los ciudadanos españoles.

²¹ Ver cuadro 6. Modalidad de la cobertura sanitaria según grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar en porcentajes (Nacional) año 2017 y cuadro 7. Población total según se haya recurrido a la medicina alternativa en el último año y clases sociales basadas en la ocupación de la persona de referencia en Canarias año 2015

- Todos los ciudadanos españoles que, con independencia de su lugar de residencia, tienen idéntica cobertura garantizada por el SNS. Dicha cobertura sería exigible en el dispositivo asistencial del SNS y fuera del territorio nacional de acuerdo con lo establecido en los correspondientes convenios internacionales.

- Los transeúntes en España y residentes no contribuyentes fiscalmente tendrían la cobertura sanitaria que amparen los convenios internacionales o disposiciones específicas como la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social y no a través de un papel concreto que estipule si son residentes legales en España o no.

De esta forma, el SNS sería el único que definiría la cobertura sanitaria y que estaría garantizado para todos los ciudadanos, siendo su criterio las leyes anteriormente mencionadas y la contribución de los ciudadanos a los impuestos por el cual se financia el SNS, cuya financiación y gestión estaría en manos de las Comunidades Autónomas, con algunas pequeñas modificaciones de las cuales hablaremos en ese apartado.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que también existen diversos modelos organizativos de la cobertura sanitaria pública, consecuencia de la diversidad de subsistemas de aseguramiento, formas de provisión y acceso a las prestaciones sanitarias financiadas públicamente según colectivos y riesgos²². Esta situación no se ajusta a lo dispuesto por la Ley General de Sanidad de 1986 y cuestiona la naturaleza del SNS generando problemas de eficiencia y equidad. Es necesario agrupar todos estos subsistemas públicos de protección sanitaria al amparo de un sistema único como el SNS, donde se integrarían la asistencia sanitaria de las mutualidades de funcionarios y la de aquellos sistemas de protección que todavía perviven para otros grupos profesionales específicos. También y como ya habíamos comentado, se debería integrar la atención sanitaria derivada del accidente laboral y enfermedad profesional que persisten bajo la responsabilidad de las mutuas colaboradoras con la seguridad social, de este modo el SNS pasaría de ser un subsistema mayoritario a ser un sistema universal ya que carece de sentido que las coberturas sanitarias se basen en cotizaciones y otros pagos cuando según la LGS todos esos riesgos deben estar cubiertos a través de los pagos de impuestos, es decir, si pagas los impuestos el ciudadano debería tener total cobertura para todos los riesgos.

En definitiva, se llevará a cabo el artículo 44 de la LGS:

- Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el SNS.

En conclusión, me remito a proponer un SNS con las características de accesibilidad mencionadas en este punto adicionando una absorción del SNS de todas las prestaciones sanitarias para poder tener la característica de universalidad y no de subsistema mayoritario. Sin embargo, este hecho no implica que proponga la desaparición del sector privado, dado que

²² Extraído de revista AMF, aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes, páginas 504-511

dicho sector puede ser un buen complemento para el sector público en la medida de que pueda satisfacer a los ciudadanos que prefieran dicho servicio dando la opción de ir al servicio sanitario público o al privado en cualquier momento sin verse obligado a ir a uno u a otro. De este modo, la mayor cohesión del servicio propiciará una mejor atención que cumpla con los principios del SNS mejorando las ineficiencias de la selección de riesgos que debería asumir el SNS a consecuencia de la existencia de otras coberturas por las que prestaciones como la farmacéutica contaban con clientes mutualistas que ostentaban una doble cobertura (legal o ilegal) con el SNS. Dado que en las mutuas adoptan un conjunto de medidas con el objeto de aceptar los riesgos que ofrecen una menor peligrosidad y evitar así la cobertura de aquellos que pueden originarles un desequilibrio económico, estos casos de desequilibrio dichos pacientes serán absorbidos por el SNS con la doble cobertura, sobre los que se tiene menos control por la dualidad del servicio, generando ineficiencias.

5. La financiación de la sanidad pública (el caso de Canarias)

La financiación de la sanidad pública es un concepto ligado a los de eficiencia y sostenibilidad, teniendo que ser suficiente para que la sanidad pública se mantenga a lo largo del tiempo y para así poder conseguir su objetivo al menor coste posible. Por lo tanto, estas variables definen si la financiación es suficiente o por el contrario si es deficitaria, por lo que se comprobará este hecho para el caso de Canarias después de haber definido el concepto de eficiencia y de ver los distintos aspectos en Sanidad con el objetivo de confeccionar un conjunto de propuestas de mejora que podrían optimizar el sistema de financiación de la Sanidad Pública española y, más concretamente, la canaria.

5.1. El concepto de eficiencia en sanidad

La sanidad pública en España se halla bajo una ideología igualitaria, por lo que la disposición y capacidad de pago de los individuos pasa a un segundo plano, en donde la variable de priorización pasa a ser la necesidad sanitaria, entendiéndose por necesidad la capacidad de un paciente de beneficiarse de un determinado tratamiento suministrado por la sanidad pública²³ o lo que es lo mismo, se priorizarán aquellos tratamientos que produzcan un mayor impacto positivo en la salud (que la maximicen). Por ello, el concepto de eficiencia en sanidad pretende lograr dicho objetivo al menor coste posible y el de suficiencia el de disponer de los recursos mínimos para lograr la misma meta. Debido a que en la sanidad española podemos encontrar tanto provisión sanitaria pública como privada, es necesario desagregar el gasto sanitario entre gasto sanitario público y gasto sanitario privado para poder llevar a cabo un correcto análisis de la eficiencia del mencionado gasto sanitario. Desgraciadamente la mayoría de los indicadores no tienen en cuenta este hecho por lo que el camino más viable a seguir es considerar la evaluación de gasto total bajo un concepto igualitario de eficiencia. Algunos autores (Cluyer A.J. 1991, Brazier J. 1990, Posnett J. 1991, entre otros) con el fin de hacerlo más

²³ Extraído del libro: La economía del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria, páginas 176-177

instrumentalizable, desagregan este concepto de eficiencia en varios niveles: efectividad clínica, por el que un servicio sanitario es efectivo cuando se está demostrando, clínicamente, que produce una mejora en la salud del paciente; eficiencia técnica, consistente en lograr un determinado nivel de output clínicamente efectivo con el menor uso de inputs posible; eficiencia de gestión, consistente en producir los servicios clínicamente efectivos técnicamente eficientes, al menor coste posible, es decir, rigiéndose por medio de la eficiencia de costes; la eficiencia asignativa, la cual se logra cuando, para un supuesto dado, los recursos están asignados a aquella combinación de servicios sanitarios efectivos y producidos eficientemente desde el punto de vista técnico y de gestión que maximizan los beneficios en términos de salud, es decir, minimizan el coste de oportunidad; eficiencia agregada o social, la cual se consigue cuando la anterior combinación de servicios sanitarios se produce a una escala tal que el beneficio social, y en concreto, la valoración social del beneficio en salud de un uso adicional de recursos es igual al coste social del mismo, la producción de salud debe llevarse hasta que el beneficio marginal neto se iguale a 0. El problema principal en la eficiencia consiste en la definición y medición del output sanitario o de sus elementos y la heterogeneidad de los servicios sanitarios que complica también a este respecto el input, siendo el análisis de la relación entre ambos lo que mide la eficiencia económica. Dicho análisis será llevado a cabo desde una perspectiva de eficiencia macroeconómica o lo que es lo mismo, referida al gasto sanitario agregado y de eficiencia microeconómica centrando su estudio en el gasto hospitalario.

5.2. La eficiencia Macroeconómica

En el presente apartado se estudiará la relación entre el gasto sanitario y los beneficios obtenidos en términos de salud desde un punto de vista más macroeconómico, utilizando para ello indicadores como el gasto per cápita y la tasa de mortalidad, centrándose en una perspectiva comparada entre las diferentes Comunidades Autónomas, haciendo énfasis en la comunidad canaria y su posición con respecto a la media nacional, utilizando tales indicadores en unidades por habitante o por cada 1.000 habitantes para aislar el peso poblacional en la comparativa. No obstante, factores como la insularidad que afectan a esta relación input-output no han resultado medibles, pero se tendrán en cuenta en el momento de aportar conclusiones sobre los datos obtenidos, porque como ya vimos anteriormente es uno de los factores a tener en cuenta a la hora de desagregar la financiación entre las diferentes Comunidades Autónomas. Por otro lado, también hemos visto que el gasto sanitario es una de las principales partidas de gasto teniendo un mayor peso relativo sobre otros servicios como la vivienda o el desempleo respecto al PIB, y en consonancia con esto, en este apartado se comprobará si el gasto destinado a sanidad es eficiente en términos de producción de salud o si por el contrario podría destinarse a otra partida de gasto.

Al hacerse complicada la medición de la salud en términos de gasto debido a la ausencia de un mercado que lo haga, se han utilizado los indicadores de tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad perinatal para elaborar una regresión de cada una de ellas con el gasto sanitario público per cápita para el año 2016 debido a la disponibilidad de

datos de ese año. Por lo tanto, se trata de ver qué posición ocupa la Comunidad Canaria respecto a las demás y a la media nacional en la utilización de sus recursos para conseguir unos mayores niveles de vida, además debemos tener en cuenta que la función de producción de salud es aditiva y, por ello, el impacto de la sanidad sobre la salud es independiente del resto de factores que componen dicha función. En el primer gráfico de este apartado²⁴ se llevó a cabo una regresión lineal entre la tasa de mortalidad por cada 1.000 habitantes sobre el gasto sanitario público per cápita para el año 2016, y en primera instancia, lo que más llama la atención es el hecho de que el gasto sanitario per cápita tenga una relación positiva con la tasa de mortalidad, siendo el coeficiente de correlación de un valor de 0,57, de lo cual deducimos que un mayor gasto sanitario per cápita se traduce en un aumento de la tasa de mortalidad en las Comunidades Autónomas de las que disponemos de datos. Este hecho puede ser debido a que el gasto extra no se está utilizando de manera eficiente en términos de salud (en algunas comunidades) o porque al paciente se le satura demasiado con pruebas innecesarias que acaban teniendo un efecto negativo en la salud²⁵. Sea por cualquiera de los dos motivos, está claro que tanto el coeficiente de correlación como la función de la línea de regresión apuntan en este sentido. En este gráfico de dispersión resulta sensato pensar que las comunidades que se encuentren más cerca del punto de origen (0,0) son las más eficientes respecto al resto, porque significaría que dedican menos recursos por persona llegando a tasas de mortalidad inferiores a la media nacional. Si nos fijamos en el caso particular de Canarias, vemos que se encuentra entre las comunidades más eficientes siendo de las más cercanas al punto de origen y, por consiguiente, de las que mejor utilizan sus recursos en términos de producción de salud.

Desde una perspectiva más desagregada resulta interesante ver qué comportamiento tienen otros indicadores más específicos como la tasa de mortalidad infantil o la tasa de mortalidad perinatal²⁶, siendo medidos como defunciones por mil nacidos vivos y defunciones por mil nacidos, respectivamente. En el caso concreto de la mortalidad infantil, llama la atención comprobar que en este caso el gasto sanitario per cápita y la tasa de mortalidad infantil muestran una relación negativa, (estando en consonancia con la hipotética relación negativa entre mortalidad y gasto sanitario apoyada por parte de la evidencia de Wolfe B. 1986), viéndose apoyado este hecho por la función de regresión lineal la cual muestra una relación inversa entre ambas variables y por el coeficiente de correlación siendo su valor en este caso de -0,076, y aunque no es tan notable como el caso de la tasa de mortalidad, sí que supera los umbrales y llega a ser negativo. En el caso de Canarias, vemos que al acometer este análisis dicha comunidad se encuentra en una situación más cercana a la media nacional por lo que se hallaría en una situación intermedia entre todas las Comunidades Autónomas. Fijando la vista sobre la tasa de mortalidad perinatal, se obtiene un resultado parecido al de la tasa de mortalidad aunque

²⁴ Ver Gráfico 7. Regresión lineal tasa de mortalidad sobre el gasto sanitario público por CC.AA. en 2016

²⁵ A este síndrome se le conoce por el nombre de Iatrogenia

²⁶ Ver gráfico 8. Regresión lineal tasa de mortalidad perinatal sobre el gasto sanitario público per cápita por CC.AA. en 2016 y gráfico 9. Regresión lineal tasa de mortalidad infantil sobre el gasto sanitario público per cápita por CC.AA. en 2016

se registra una relación menos intensa que en esta última, viéndose apoyada nuevamente una relación positiva entre la tasa de mortalidad perinatal y el gasto sanitario público per cápita, tanto desde el punto de vista de la función de regresión como del coeficiente de correlación llegando este último a un valor de 0,29²⁷. En este caso, Canarias se encuentra sobre la línea de regresión, estando mejor situada colocándose nuevamente más cerca del punto de origen (0,0) que la mayoría de Comunidades Autónomas. En definitiva, Canarias se encuentra en una posición en la que es más eficiente que la mayoría de Comunidades Autónomas en términos de producción de salud a partir del gasto sanitario público, superando en cada uno de los modelos de regresión estudiados a la media nacional.

5.3. La eficiencia microeconómica

La eficiencia microeconómica consiste en producir una cesta de servicios que maximice las mejoras de salud (eficiencia asignativa) y por otro parte, el producir dicha cesta al menor coste posible (eficiencia técnica y de gestión). Para elaborar dicho estudio intentamos hacer una aproximación a la eficiencia hospitalaria viendo indicadores como la media anual de altas por cama, en pos de obtener una referencia de productividad desde una visión hospitalaria y también utilizamos la estancia media en días de un paciente en un hospital, para desde el factor tiempo comprobar por Comunidades Autónomas cuales son las que operan con una mayor fluidez desde el punto de vista de la productividad, centrando dicho estudio en la Comunidad Autónoma de Canarias, principalmente.

Para comenzar, veremos la media anual de altas por cama con la intención de fijar una referencia concreta de productividad²⁸, y, en este sentido, las unidades de este indicador se han concretado como el número de altas por Comunidad Autónoma, ofreciendo información acerca de la actividad de los hospitales. Se puede comprobar que Canarias se encuentra por debajo de la media nacional en este indicador, lo que muestra una menor productividad en términos de salud desde una visión hospitalaria, es decir, que tiene una ratio entre el número de altas anuales y el número de camas en funcionamiento menor que la media de las demás Comunidades Autónomas y, por lo tanto, la Comunidad Canaria cuenta con un menor número de altas anuales según su número de camas en funcionamiento por hospital²⁹. La estancia media es un indicador cuya unidad de medida son días y muestra la media de días que un paciente permanece en un hospital, por lo que cuantos menos días este una persona ingresada en el hospital mayor será la productividad del mismo, donde dicho indicador se halla compuesto por las diferentes comunidades según la estancia media de su conjunto de hospitales. Haciendo

²⁷ Debido a que el coeficiente de determinación R^2 no resultaba muy elevado para las funciones de regresión, se optó por calcular también el coeficiente de correlación para comprobar la relación entre las variables

²⁸ Ver gráfico 10. Estancia media de hospitalización por Comunidades autónomas (días) y gráfico 11. Media anual de altas por cama por Comunidades Autónomas

²⁹ En el caso de eficiencia microeconómica se ha tenido en cuenta también la dotación de recursos del sector privado por la ausencia de datos desagregados

énfasis en el indicador para el caso de Canarias podemos comprobar que se encuentra por encima de la media nacional, por lo que las personas atendidas en hospitales canarios están más tiempo ingresadas que en la mayoría de las Comunidades Autónomas con lo que contaría con una productividad inferior.

No obstante, y viendo conjuntamente los resultados tanto microeconómicos como macroeconómicos, se pueden sacar algunas conclusiones interesantes que han de ser tenidas en cuenta. Por lo que se ha podido vislumbrar, Canarias es una comunidad en la que la producción de salud en términos de gasto está por encima de la mayoría de Comunidades Autónomas, siendo más eficiente que las otras comunidades, pero su productividad por hospitales es menor también, si nos guiamos del indicador de estancia media y media anual de altas por cama. Dicho esto, es lógico plantear si Canarias se encuentra en una posición más eficiente en términos de producción de salud por dedicar más tiempo a cada uno de sus pacientes, es decir, que su productividad es sustituida en pos de su eficiencia.

5.4. Propuestas de mejora del SNS para su eficiencia de cara al futuro

En este punto, se comentarán las propuestas de mejora que en mi opinión mejor van a contribuir a la mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, donde las nuevas políticas para la mejora de eficiencia y eficacia del sistema deben tener como fin lograr ahorros de costes sin menoscabar la calidad y equidad del servicio. Según gestores, profesionales y expertos en la materia, el mayor ahorro potencial de recursos para el sistema se consigue a través de la mejora de los sistemas de compras para influir en el sistema de fijación de precios de los insumos sanitarios (tecnología y medicamentos); la articulación de medidas para el uso racional de los medicamentos tanto de oferta como de demanda; el desarrollo de sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias para decidir su incorporación al sistema sobre la sólida base de la evidencia científica de su eficacia; el impulso de las políticas de salud preventivas para garantizar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades evitables; el refuerzo de los medios y la capacidad resolutoria de la atención primaria y su conexión con los servicios socio-sanitarios, principalmente los dirigidos a la atención de personas dependientes³⁰. Teniendo esto en cuenta, las propuestas de mejora a este respecto van en la línea de lo expuesto anteriormente incluyendo algunas cuestiones más a tener en consideración.

Además, se ha de mencionar que el sistema descentralizado que tiene España, en la gestión y organización del sistema sanitario el cual cuenta con muchas virtudes, entre ellas la posibilidad de desarrollar enfoques más orientados al paciente y a necesidades locales, no obstante, este modelo descentralizado también plantea importantes retos para el sistema. La descentralización puede suponer una pérdida de economías de escala en ámbitos muy relevantes desde el punto de vista del control del gasto, como puede ser para garantizar la eficacia y la eficiencia de algunas políticas sanitarias, como es el caso las campañas de salud

³⁰ Criterios extraídos del libro Desarrollo Autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario, página 141

pública; la limitación provocada a los gestores sanitarios a la hora de negociar los precios de compra de tecnología, equipamientos o medicamentos o las ineficiencias provocadas por la falta de coordinación de la política de recursos humanos de la negociación colectiva. La descentralización también ha conllevado la pérdida de información y control sobre el sistema lo que afecta negativamente a la cohesión del mismo, por lo tanto, la primera propuesta de mejora sería la de plantear modificaciones en el sistema descentralizado intentando mantener sus virtudes, pero centralizando los criterios anteriores para reducir las ineficiencias.

La segunda propuesta de mejora se basa en ofrecer servicios sanitarios de una forma más centrada en los pacientes y sus necesidades, dado que con frecuencia no basta con la oferta de servicios en una única dirección basada en domicilio-atención ambulatoria o domicilio-hospital, ya que el usuario puede necesitar otro tipo de servicio como rehabilitación o atención psicológica o social, por lo tanto, la propuesta es la de incorporar un hospital de atención continuada (HAC) como alternativa institucional para la atención social y sanitaria. El HAC es un complemento para el SNS, dirigido a personas que se caracterizan por necesitar cuidados hospitalarios pero que no se encuentran en la fase aguda, para pacientes con enfermedades crónicas o terminales y personas que por su avanzada edad necesitan cuidados hospitalarios continuados. Dicha atención debe ser prestada por un equipo multidisciplinario (personal sanitario, rehabilitador y social) que actúe de manera cohesionada para poder ofrecer el mejor servicio. El HAC también debe estar coordinado con el resto de recursos existentes en la comunidad, abarcando todo tipo de funciones, desde residencial hasta un hospital de día o incluso la de atención ambulatoria debiendo ser a la vez un centro cerrado (residencial) y un centro abierto (hospital de día), con lo que el HAC puede ofrecer un servicio más centrado en las personas hospitalizadas y en sus necesidades.

La tercera propuesta tiene que ver con la clasificación funcional del gasto, ya que la atención especializada concentra la mayor parte del gasto mientras que la atención primaria recibe bastantes menos recursos económicos y esté último es el que, en última instancia, atiende a la mayoría de los pacientes, por lo que la propuesta se concretaría en integrar la atención primaria y la especializada-hospitalaria en una misma gestión o presupuesto, rompiendo así con la compartimentalización de tales niveles que separa su gestión y el presupuesto. También deberían integrarse los servicios de un proceso clínico (integrando tiempos y costes de todos los servicios prestados en el proceso como: médico general, especialista, prueba diagnóstica, nuevamente especialista y cirugía) desestimando la consideración compartimentalizada que refleja los efectos de cada servicio por separado, constituyéndose esta propuesta como un mejoraría de la eficiencia y la atención del paciente.

La última propuesta se centra, no tanto en el paciente sino en la implicación del ciudadano en el mantenimiento de su propia salud, debido a que no hay una estrategia de salud que pueda ser eficaz si no se sustenta sobre la misma la implicación del ciudadano. La base de esta información se fundamenta en que el 80% de la morbilidad es constituido por enfermedades crónicas siendo el 70% de estas enfermedades evitables, por lo que la puesta en marcha de mecanismos de participación activa del ciudadano puede ayudar a evitar su aparición.

6. Las políticas de personal de la sanidad pública

Como ya se ha comentado, el personal sanitario es el elemento fundamental del sector y en los últimos años se ha venido discutiendo por parte de los analistas del sistema, que el SNS no está del todo consolidado, por lo tanto, se encuentra en la necesidad de una nueva política de personal que sea más productiva y motivadora que resulte más eficiente que la anterior. La regulación actual es muy rígida, existiendo diferencias importantes dentro de un mismo hospital a causa de la compartimentalización que ya se ha visto, lo que afecta a que cualquier nueva actividad se efectúe con recursos adicionales para mejorar la productividad o movilizar el personal, como puede ser, por ejemplo, la necesidad de movilizar a pediatras de zonas envejecidas a otras en expansión, viéndose este hecho agravado en Canarias debido a la insularidad y al mayor coste que ello implica. Las islas no capitalinas son 5 y en todas ellas es necesario mantener una infraestructura sanitaria que dé respuesta a los problemas de salud más frecuentes, aunque conjuntamente solo supongan un 16,8% de las tarjetas sanitarias individuales³¹. A este respecto, cabe señalar que el fondo de cohesión sanitaria dispone de una dotación de recursos residual y se limita a compensar a las Comunidades Autónomas por el coste de atención de los pacientes desplazados, por lo que cierta necesidad de reforzar su utilidad como impulso de políticas comunes de cohesión para evitar así la sobreoferta en algunas zonas en pos de compensar, según la demanda, la dotación de capital entre ellas.

Por otra parte, desde la crisis económica de 2008, muchos profesionales sanitarios han optado por complementar su puesto en el SNS con la actividad privada, lo que ha supuesto, como se mencionaba con anterioridad, un aumento sustancial del sector privado en España con respecto al público, por lo que para estos profesionales cabría plantearse cuál es su verdadera actividad principal. Es decir, si son profesionales públicos que complementan su actividad con el sector privado, o por el contrario son profesionales privados que complementan su actividad con el sector público por las ventajas de estabilidad que el sector público implica. Este hecho propició que a finales del siglo XX se concretase el advenimiento de un conflicto entre el ejercicio profesional liberal y la necesidad de personal del sistema sanitario público, el cual se resolvió con la consideración del sector público como marginal, en cuanto a dedicación y productividad y en consecuencia se remuneraba de manera poco onerosa, especialmente en el caso de los hospitales. Con las características actuales de la población, las cuales marcan un rumbo hacia un envejecimiento progresivo de dicha población, tal hecho podría traducirse en un aumento de la demanda sanitaria, acentuándose una necesidad creciente de personal en los próximos años pudiendo provocar lo visto en el siglo XX. Esto podría contribuir a entrar en un circuito cerrado que provocaría cada vez más un sistema privado creciente, pudiendo llevar al SNS a perder terreno en cuanto a la provisión sanitaria se refiere.

³¹ Extraído de informe anual del sistema nacional de salud 2016, página 172

6.1. Propuestas de mejora en la política de personal de cara al futuro

La política de personal es considerada el pilar de un SNS sostenible para lo que diseñar una nueva política precisará de: primero, confianza entre las partes dándose tiempo para resolver un problema complejo; segundo, establecer claramente todos los diferentes aspectos que deben ser tratados; y tercero, el acuerdo y el compromiso, que gracias a la inteligencia y generosidad de todas las partes implicadas, se podría consensuar el cómo hacer posible un SNS mejor y sobre todo con proyección de futuro.

La primera propuesta de mejora sería la imposibilidad de desvincular las estrategias organizativas de las estrategias de personal, de modo que existiría una mayor cohesión en la línea de atención sanitaria y una nueva organización, sólo siendo posible a través de una nueva política de personal.

La segunda propuesta se centra en la estabilidad del empleo, con la introducción efectiva de incentivos a las buenas prácticas y la penalización de las inadecuadas, la flexibilidad de organización ante las necesidades cambiantes de las diferentes zonas, y la dedicación exclusiva a la actividad pública como forma habitual de desvinculación compatible con el desarrollo de otras prácticas, docentes o privadas a partir de jornadas parciales, es decir, que la vinculación habitual sea de dedicación plena, requisito necesario y obligado para puestos de responsabilidad como jefes de servicio o de alguna área concreta. Al mismo tiempo, debe facilitarse la contratación parcial sobre la base de tiempo o por tareas, con la máxima flexibilidad posible, tanto para las nuevas incorporaciones como para mantener vinculado al centro, por interés de éste o del profesional, a todos aquellos que, habiendo desarrollado su actividad en él, quieran mayor flexibilidad o compatibilización con otras actividades.

La última propuesta sería el fondo de cohesión sanitaria, el cual debería tener un mayor peso, sobretudo en Comunidades Autónomas con la característica de insularidad, y no solo como un fondo de compensación sino como un organismo coordinador de capital entre las diferentes zonas según sus necesidades, aportando flexibilidad al sector y propiciando una mejor atención dondequiera que ésta sea necesaria.

7. Conclusiones

La sanidad pública siempre ha sido un tema controvertido, debido principalmente a las discusiones manifestadas por los expertos en el sector y aunque el SNS es considerado como un buen sistema sanitario y así es percibido en gran medida tanto por los ciudadanos como por sus propios representantes, de tal manera que con frecuencia es señalado como uno de los mejores sistemas del mundo. El sistema solidario redistributivo entre comunidades vigente en España ha propiciado que algunas de las Comunidades Autónomas puedan seguir manteniendo un sistema sanitario equiparable a las demás en términos de atención y calidad, no obstante, según los datos analizados el sector privado ha aumentado su peso respecto al sistema público en los últimos años. Al analizar los datos para Canarias se puede ver que el gasto sanitario, además de haberse incrementado durante los últimos años, se inclina a favorecer a unos

sectores más que a otros, siendo los mejor dotados de recursos los servicios hospitalarios y especializados y que dentro de cada uno de estos servicios dichos recursos se destinan en su mayor parte para la remuneración del personal. Por otra parte el gasto sanitario no es el único factor que afecta a la producción de salud, existiendo otros como el medio ambiente, la vivienda o los hábitos de vida que también tienen su peso en dicha producción y que el aumento de dichos factores pueden ayudar a su maximización. En lo referente a la universalidad, según los datos, el SNS no está totalmente universalizado, al no ofrecer cobertura a determinados riesgos como el de accidente o enfermedad laboral y tampoco es totalmente equitativo, encontrándose un pequeño porcentaje de la población que no recibe cobertura por motivos económicos, no obstante el SNS consigue llegar a la mayor parte de la población. Las propuestas de mejora a este respecto se centran en que el SNS sea el único proveedor de los servicios sanitarios con la existencia de una minoría de sector privado para aquellos individuos que lo prefieran y basando su acceso según si los ciudadanos son contribuyentes en España, y si no lo son que se les atiende de acuerdo con las normas internacionales, también insto a que se lleve a cabo un estudio más meticuloso sobre el grado de inequidad existente en España. En cuanto a la financiación de Canarias se encuentra entre las Comunidades Autónomas que más eficientes son en el uso del gasto sanitario para maximizar la salud, pero se encuentra entre las menos productivas en términos de altas al año. Las conclusiones halladas en el estudio de la regresión entre la tasa de mortalidad y el gasto sanitario per cápita precisan de un estudio más meticuloso para comprobar las causas de su hipotética relación positiva. Las propuestas de mejora de la financiación se pueden resumir en diversificar los productos sanitarios ofrecidos con el fin de aumentar la calidad y el alcance de los servicios, además, de mejorar el sistema descentralizado para conseguir beneficios de las economías de escala y la de conseguir una mayor implicación del ciudadano en su salud ofreciendo herramientas como los auto-cuidados.

Por último las políticas de personal son un factor importante, debido a que el personal sanitario es la esencia del servicio y es necesario que se oriente hacia una mejor utilización de los recursos y un compromiso por parte de dichos profesionales, y que se logre una mejor asignación de los mismos en territorios que tienen características diferentes con el fin de que no permanezcan ociosos si sus servicios son requeridos en otra parte. Por su parte las propuestas de mejora para las políticas de personal van orientadas a conseguir una mejor asignación de dicho personal según los servicios a los que este especializado y a que los profesionales puedan ejercer otro tipo de actividad sin poner en riesgo su compromiso con la sanidad pública.

Bibliografía:

Consejo económico y social del principado de Asturias. (2006). *Jornadas La sanidad pública en España: Reflexiones*. Oviedo: Gráficas Summa, S.A.

A.E.S. (1991). *Evaluación económica de tecnologías sanitarias*. Barcelona: Navarra de ediciones y gráficas, S.L.

Abásolo Alessón, I. (1998). *La Economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria*. Santa Cruz de Tenerife: Litografía A. Romero, S.A.

Abásolo Alessón, I., & Gonzalez Lopez-Valcárcel, B. (2016). La eficiencia agregada del gasto público sanitario. *Salud 2.000*, 8-14.

Antelo, M., Fraga, J. M., & Reboredo, J. C. (2010). *Fundamentos de economía y gestión de la salud*. Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico campus vida.

BBVA. (Agosto de 2017). *La evolución de la financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2015*. Obtenido de La evolución de la financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2015: <https://www.bbvaresearch.com/wp-content/uploads/2017/09/Evolución-de-la-financiación-de-las-CCAA-de-régimen-comun-2002-2015.pdf>

Cabasés Hita, J. M. (2010). *La financiación del gasto sanitario en España*. Biblioteca Nueva, S.L.

Coduras Martínez, A. (2017). *La sanidad española en cifras 2016*. Obtenido de La sanidad española en cifras 2016: www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/03/LIBRO_SANIDAD_ESPAÑOLA_EN_CIFRAS_2016.pdf

Consejo económico y social. (2010). *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*. Madrid: Consejo económico y social.

Cuenca, A. (2 de Marzo de 2016). *el gasto sanitario de las comunidades autónomas y su financiación*. Obtenido de el gasto sanitario de las comunidades autónomas y su financiación: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/26136/Tax_Finance_Law_2_Cuenca.pdf?sequence=1

Gobierno de Canarias. (s.f.). *ISTAC*. Obtenido de ISTAC: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>

INE. (s.f.). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es>

Informe 01/2010 Consejo Económico y Social. (2010). *Desarrollo Autonómico, competitividad y Cohesión Social en el Sistema Sanitario*. Madrid: Consejo económico y social .

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Recursos económicos del sistema nacional de salud tablas estadísticas*. Obtenido de Recursos económicos del sistema nacional de salud tablas estadísticas:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadísticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *www.mscbs.gob.es*. Obtenido de www.mscbs.gob.es:
https://www.mscbs.gob.es/organización/sns/docs/sns2012/sns012_Español.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Principales resultados estadística de gasto sanitario público*. Obtenido de Principales resultados estadística de gasto sanitario público:
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Cuentas satélite del gasto sanitario público tablas estadísticas*. Obtenido de Cuentas satélite del gasto sanitario público tablas estadísticas:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/sisInfsanSNS/pdf/egsGastoReal.pdf>

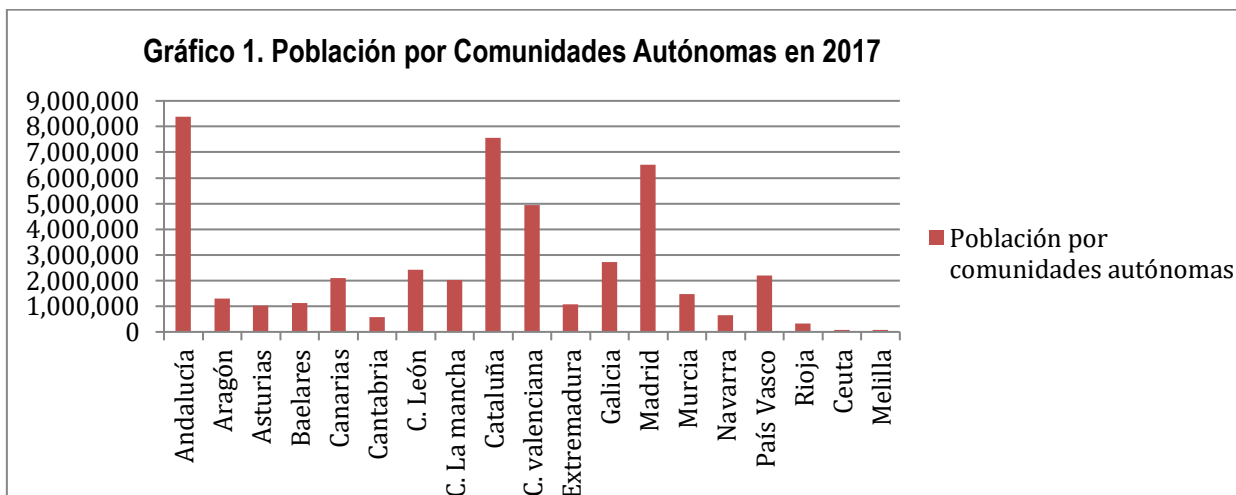
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Información estatal hospitales y camas instaladas*. Obtenido de Información estatal hospitales y camas instaladas:
<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/hospitales.do?tipo=hospcamas>

Ortiz Amezcua, E. A., & Plata Castillo, L. (2011). Análisis de la utilidad de los años de vida ajustados a calidad en la toma de decisiones costo-efectivas. *CES Salud Pública*, 218-226.

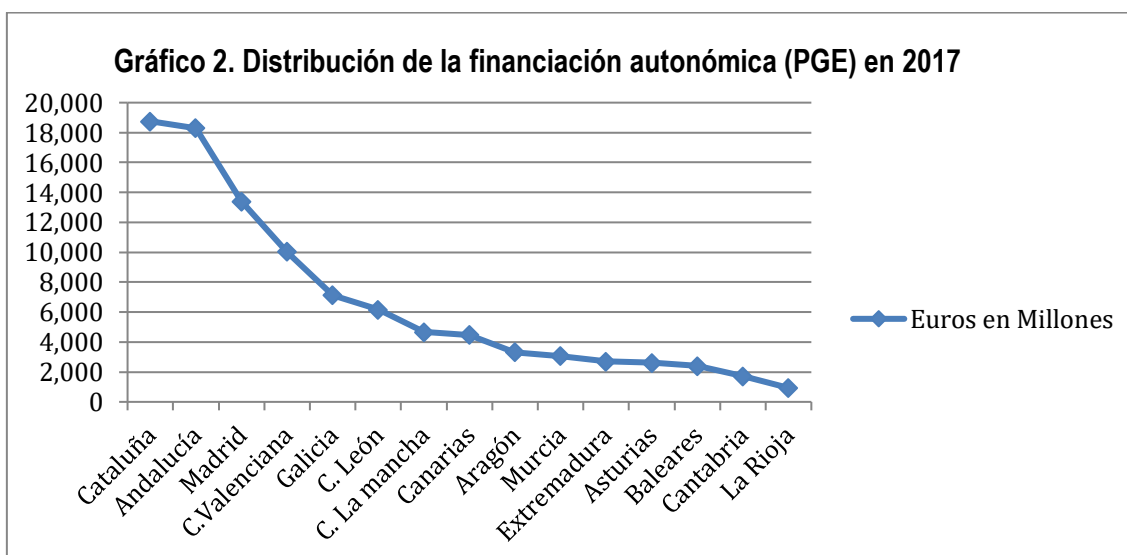
Repullo Labrador, J. R., & Oteo Ochoa, L. A. (2005). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: Ariel S.A.

Simó Miñana, J. (2015). Aseguramiento público en España, situación actual y tareas pendientes. *AMF*, 504-511.

Anexos:

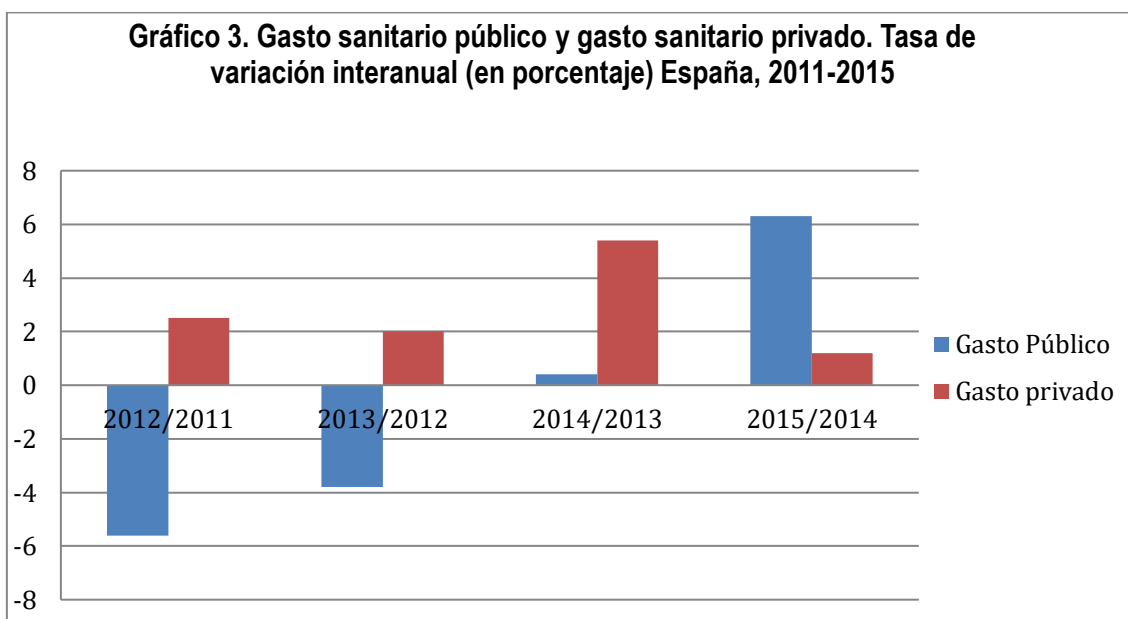


Fuente: Elaboración propia a partir del INE

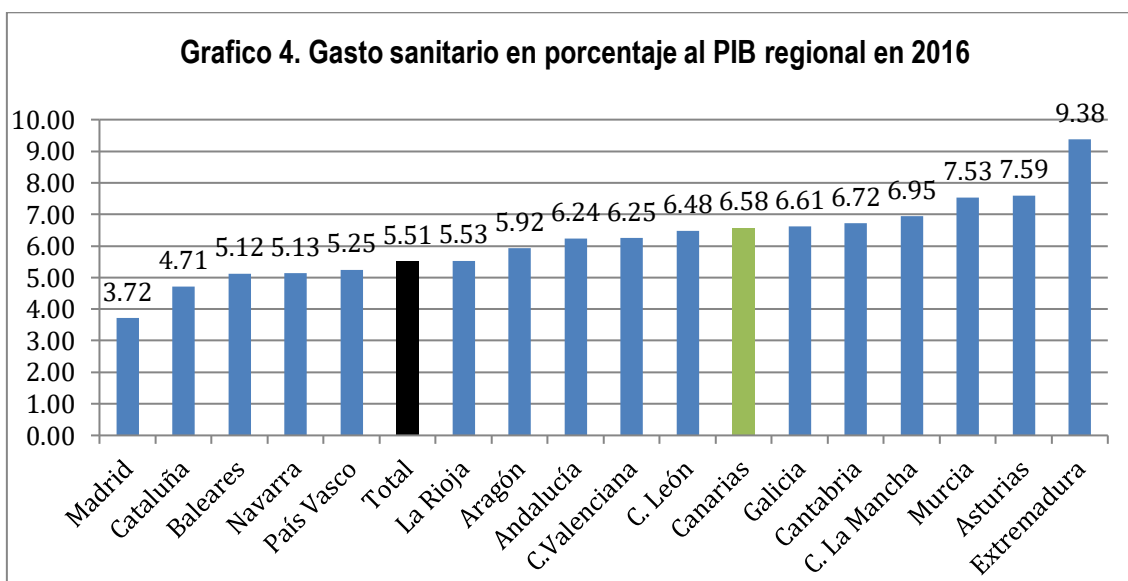


Fuente: Elaboración propia a partir de Farodevigo.es³²

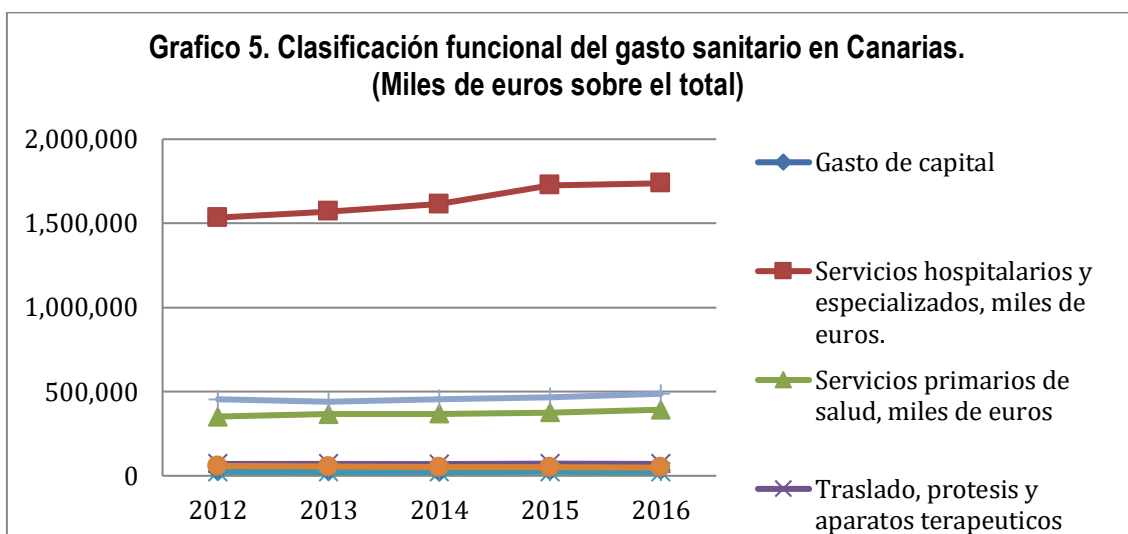
³² Datos extraídos de la página web www.farodevigo.es



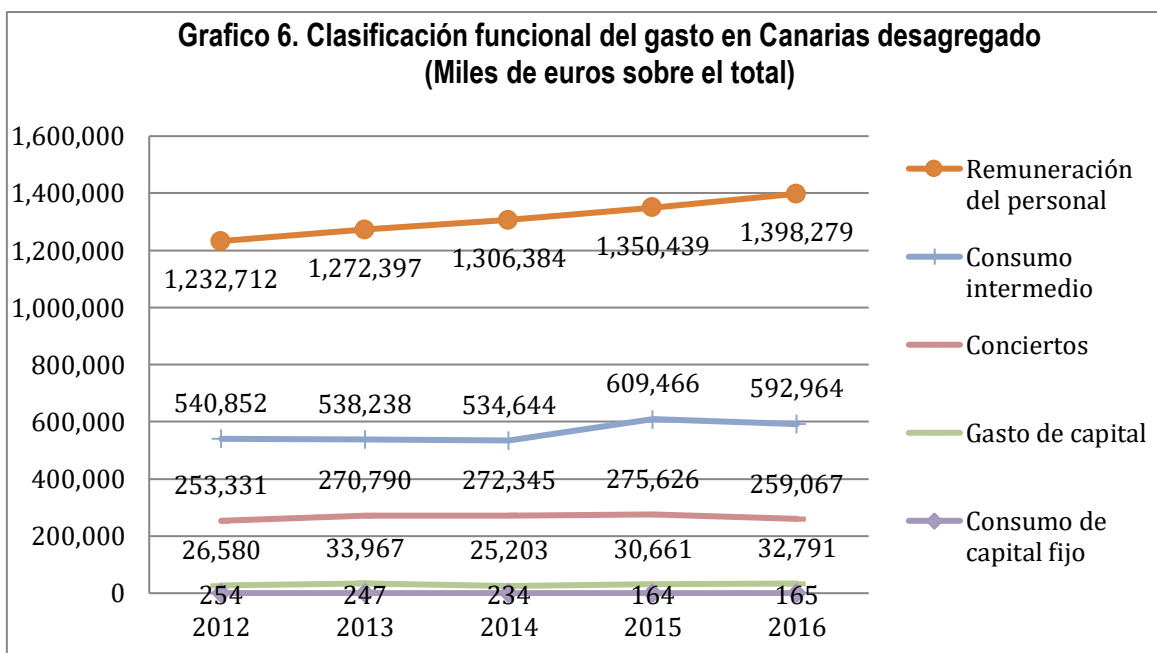
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



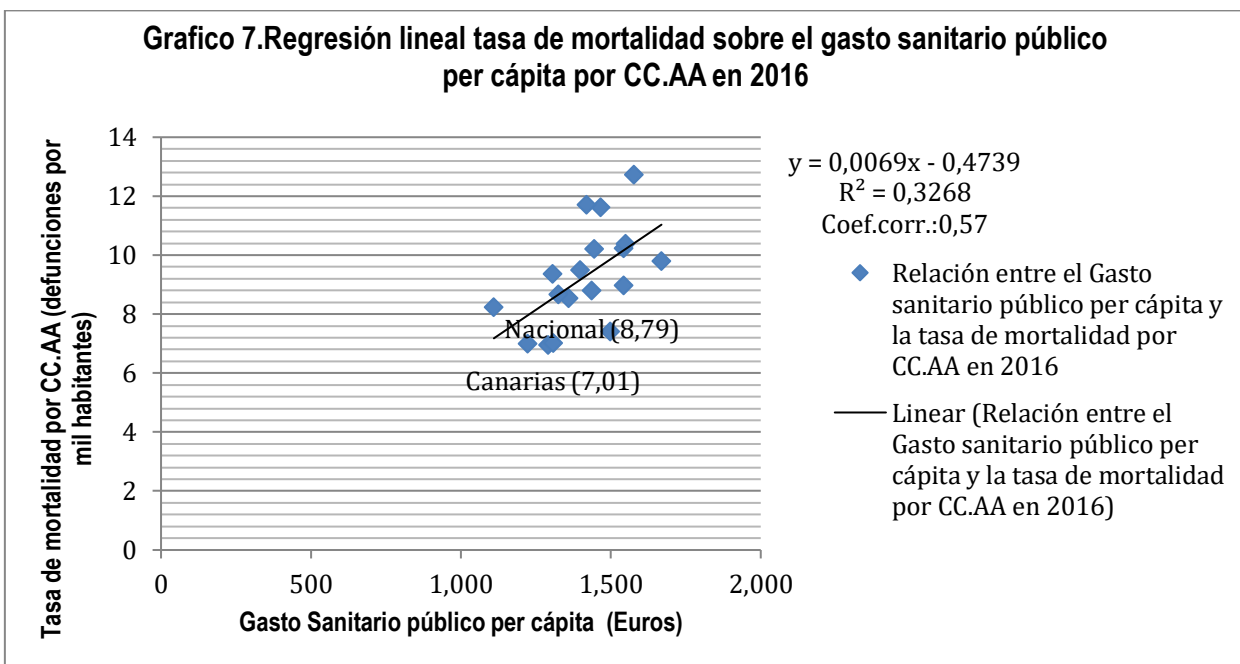
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del INE



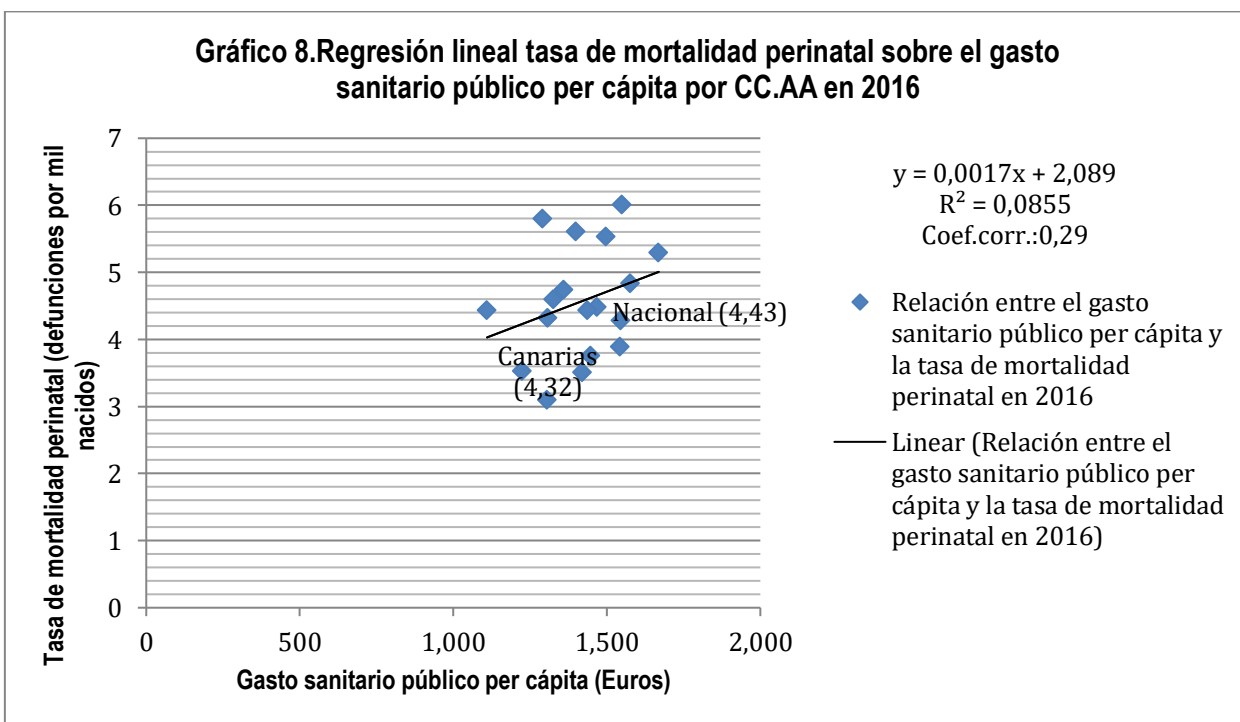
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Estadística del Gasto Sanitario Público (2016)



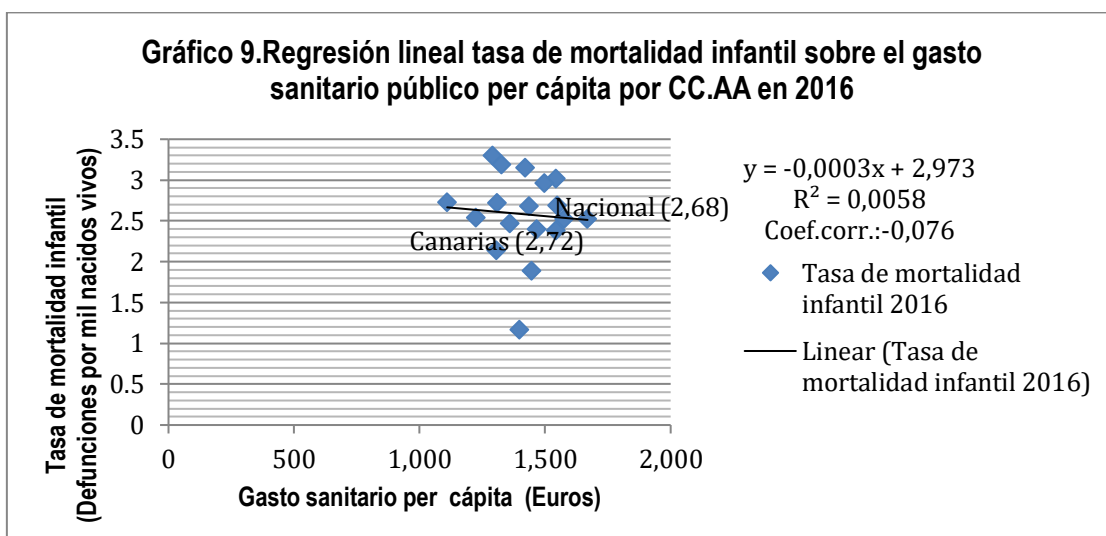
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Estadística del Gasto Sanitario Público (2016)



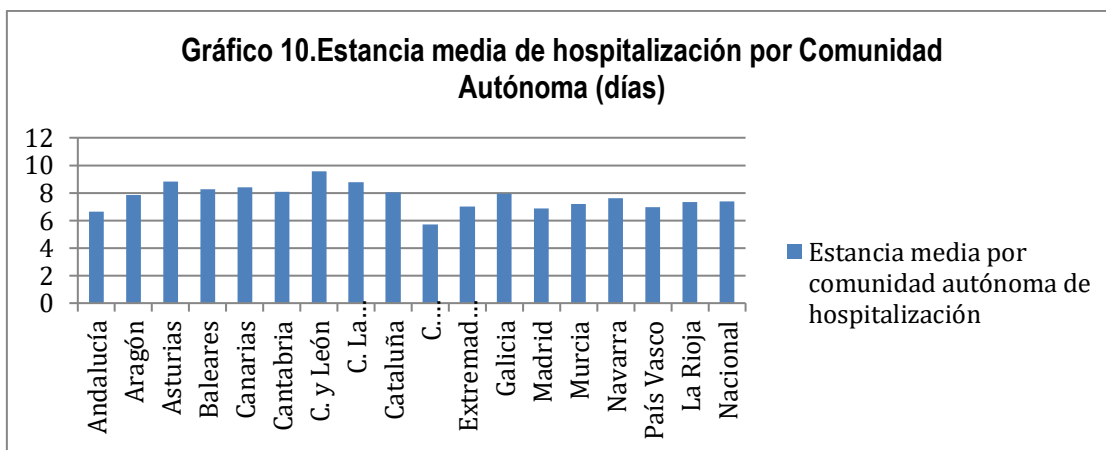
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE

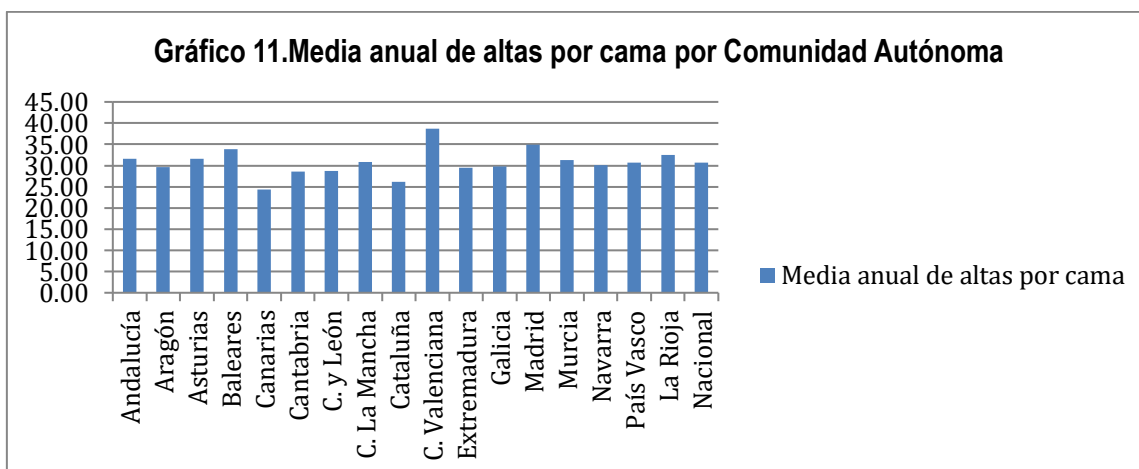


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE

(INE) (Gobierno de Canarias)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Cuadros:

Cuadro 1. Distribución relativa de las variables del modelo (2006)	Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6
CC.AA	Población	0-18	> 65	Ajustada a 3	Superficie	Insularidad
Cataluña	0,1706	0,1659	0,1686	0,1702	0,0658	0
Galicia	0,0662	0,0538	0,0853	0,0716	0,0606	0
Andalucía	0,1907	0,2183	0,1682	0,1842	0,1794	0
Asturias	0,0257	0,0183	0,0339	0,0281	0,0217	0
Cantabria	0,0136	0,0116	0,0152	0,0141	0,0109	0
La Rioja	0,0073	0,0067	0,0081	0,0075	0,0103	0
Murcia	0,0328	0,0385	0,0271	0,0312	0,0232	0
C. Valenciana	0,1149	0,1152	0,1121	0,1141	0,0476	0
Aragón	0,0305	0,0271	0,0375	0,0326	0,0977	0
C. La Mancha	0,0462	0,0247	0,0521	0,0479	0,1627	0
Canarias	0,0477	0,0507	0,0353	0,044	0,0153	0,7735
Extremadura	0,026	0,0279	0,03	0,0271	0,0853	0
Baleares	0,0239	0,0247	0,0199	0,0227	0,0102	0,2265
Madrid	0,1436	0,1421	0,1248	0,1383	0,0164	0
C. León	0,0603	0,0497	0,0818	0,0665	0,1929	0
	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro La financiación del gasto sanitario en España, páginas 72-73

Cuadro 2. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros. España, 2011-2015	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto Sanitario total	99.191	95.742	93.662	95.382	99.974
Gasto sanitario público	73.261	69.152	66.552	66.799	71.036
Gasto sanitario privado	25.930	26.590	27.110	28.583	28.937

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Estadística del Gasto Sanitario Público (2016)

Cuadro 3. Gasto Sanitario Público en la comunidad Canaria	2012	2013	2014	2015	2016
Comunidad Canaria					
Millones de Euros	2.519	2.552	2.604	2.745	2.792
Porcentaje en PIB	6,33	6,45	6,54	6,71	6,58
Per Cápita	1,189	1,205	1,237	1,307	1,329

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Estadística del Gasto Sanitario Público (2016)

Cuadro 4. Inaccessibilidad a distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos en 2017, en porcentajes (Nacional y en Canarias)	Atención Médica	Atención dental	Medicamento recetado	Atención Salud mental
Nacional	2,32%	12,40%	2,98%	1,32%
Canarias	3,75%	13,46%	2,69%	1,24%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

Cuadro 5. Valoración del estado de salud percibido en 2017 según grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar en porcentajes	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6
De 25 64 años	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Menos de 1050 euros	14,60%	49,79%	25,20%	7,87%	2,54%
De 1050 a menos de 1550	20,47%	51,45%	20,52%	5,90%	1,67%
De 1550 a menos de 2200	18,33%	56,41%	19,55%	4,50%	1,21%
De 2200 a menos de 3600	24,47%	57,77%	14,50%	2,56%	0,70%
De 3600 euros en adelante	27,93%	59,21%	11,29%	1,08%	0,49%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

Cuadro 6. Modalidad de la cobertura sanitaria según grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar en porcentajes (Nacional) año 2017	Pública exclusivamente	Privada exclusivamente
De 25 a 64 años		
Menos de 1050 euros	93,63%	0,35%
De 1050 a menos de 1550	87,82%	0,57%
De 1550 a menos de 2200	83,93%	0,64%
De 2200 a menos de 3600	74,31%	1,66%
De 3600 euros en adelante	55,55%	1,20%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

Cuadro 7. Población total según haya recurrido a la medicina alternativa en el último año y clases sociales basadas en la ocupación de la persona de referencia en Canarias. 2015.	Porcentaje
Clases	
Clase I	9,48%
Clase II	7,07%
Clase III	6,07%
Clase IV	3,12%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSTAC