

OBS Business
School

Análisis descriptivo del estado del gasto en salud en España y Latinoamérica

Juan Ignacio Barrachina

Colaborador de OBS Business School

Junio, 2021

Partners Académicos:



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

UIC
barcelona

obsbusiness.school

Autor



Juan Ignacio Barrachina

Colaborador de
OBS Business School



Juan Ignacio Barrachina es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona y Diplomado en Gestión Hospitalaria. Es profesor del Máster en Dirección y Gestión Sanitaria de OBS en las asignaturas de planificación estratégica y gestión clínica.

Además de su actividad como directivo hospitalario —fue gerente de un grupo hospitalario de más de 2 000 camas compuesto por seis hospitales, generales y psiquiátricos— ha desarrollado una amplia actividad en el mundo de la consultoría, siendo en la actualidad socio director de Ubicue Salud.

Dentro del ámbito de la consultoría, ha desarrollado proyectos en diversos países de África (Angola, Gabón o Ruanda), España y América Latina (Perú, México, Nicaragua, Honduras, Panamá, entre otros), habiendo desarrollado múltiples proyectos en ámbitos como la planificación estratégica, la mejora de la calidad asistencial y el apoyo a centros asistenciales en procesos de acreditación internacional, el diseño de indicadores y la evaluación de resultados asistenciales, la mejora de procesos, la creación de unidades de gestión clínica o el diseño de buenas prácticas en la humanización de los procesos asistenciales.

Otra de sus áreas de interés es la docencia. Ha sido profesor en diversos masters de gestión sanitaria y en la actualidad es profesor de planificación y gestión de la Facultad de enfermería de la Fundación Universitaria del Bages.

Mi agradecimiento a María B. Ortega por su inestimable ayuda en la búsqueda de bibliografía adecuada para este trabajo, así como por la revisión crítica que ha hecho, mejorando muchos de sus capítulos.



Índice

Abreviaturas	05
Capítulo 1 Introducción	
La situación en América Latina y España	06
Capítulo 2 Sistema Nacional de Salud (SNS) en España	10
Financiación	
Organización del SNS: dos niveles asistenciales	
Cartera de servicios del SNS	
Capítulo 3 Gasto en salud en España	14
Gasto privado en sanidad	
Capítulo 4 Los sistemas de salud en LAC	18
Capítulo 5 Gasto en salud en Latinoamérica	19
Capítulo 6 El impacto del Covid-19 en los sistemas de salud	23
España	
Latinoamérica	
Capítulo 7 El futuro de los sistemas de salud	26
Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de España	
La sostenibilidad de los sistemas de salud en países de LATAM	
Capítulo 8 Conclusiones	31
Referencias bibliográficas	33

Abreviaturas

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

DTP: Difteria, tétanos y tos ferina

EEE: Espacio Económico Europeo

LAC: Latinoamérica y el Caribe

LATAM: Latinoamérica

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIB: Producto Interior Bruto

SNS: Sistema Nacional de Salud

UE: Unión Europea

Capítulo 1

Introducción

- La Organización Mundial de la Salud reconoce en su constitución que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Este derecho incluye el acceso asequible a servicios de calidad y, sin embargo, 100 millones de personas viven bajo el umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios que deben asumir.

En 2016, el gasto mundial en salud ascendió a 7,5 billones de dólares americanos, casi el 10 % del PIB global. Este gasto se ha incrementado desde el año 2000 a un ritmo más rápido que el crecimiento del PIB (un 4 % vs 2,7 %). Por otro lado, a medida que el gasto en salud se va incrementando, también lo hace la proporción de este gasto que está financiado por fondos públicos (que generalmente provienen de impuestos), a la vez que disminuye el gasto de bolsillo: la media global de gasto de bolsillo pasó de representar el 56 % del gasto en salud en el 2000 al 44 % en 2016.

A pesar del incremento general del gasto público en salud y su rol determinante en la cobertura universal, este no parece ser una prioridad para muchos Estados, sobre todo los de renta baja. En estos Estados, el crecimiento económico habitualmente se ha acompañado de un incremento en el gasto público, pero no necesariamente en el área de salud pública.

Tras la crisis sanitaria del COVID-19, en un momento en que la llegada de la vacuna ha aligerado la carga de los sistemas de salud, se abre una oportunidad para revisar el estado de la asistencia sanitaria y su financiación y hacer una reflexión sobre su futuro y cómo hacerla sostenible para continuar y mejorar la cobertura sanitaria y poder garantizar el derecho a la salud de las personas.

Debido a las relaciones entre Latinoamérica y España, en el siguiente informe se realizará un análisis descriptivo del estado del gasto en salud en España y Latinoamérica. Para ello, el primer punto será presentar los perfiles generales de España y LATAM. En segundo lugar, se realizará una descripción de los sistemas de salud para introducir y explicar el gasto. En tercer lugar, se estudiará el impacto del COVID-19 en los sistemas de salud y cómo se ha afrontado: al ser un evento muy reciente, los estudios y la investigación aún son escasos, por lo que la información disponible es limitada. Por último, se hará un breve análisis de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España y de los diferentes sistemas de salud en LATAM.

1

La situación en América Latina y España

España

España tiene alrededor de 47 millones de habitantes. Actualmente, la pirámide poblacional se encuentra en estado regresivo, un problema que está empezando a afectar a muchos Estados de Europa. La tendencia poblacional estos últimos años es decreciente debido a que el número de defunciones supera al de nacimientos: en 2019, tuvieron lugar 360 000 nacimientos versus 418 000 defunciones (Ministerio de Sanidad 2020b).

A esta tendencia regresiva se le debe añadir el aumento de la esperanza de vida. España es el país de la UE con población más longeva: la esperanza de vida al nacer es de 83,4 años (European Commission 2020), aunque es mayor en mujeres que hombres. Sin embargo, de media, los ciudadanos españoles viven 72 años de vida saludables.

Uno de los retos que debe asumir el sistema de salud en España es la cronicidad. El 42 % de la población padece al menos una enfermedad crónica (Pfizer 2019) –46,9 % de las mujeres vs. un 37,8 % de los hombres. Esta proporción aumenta hasta el 70 % en la población mayor de 65 años, quienes padecen una media de cuatro enfermedades crónicas por persona (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina Interna, 2019). Con el envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas es y será un reto al que debe enfrentarse el sistema de salud en España en el futuro. En 2018, se estimó que la cronicidad supuso la principal causa de gasto sanitario en España, y ese mismo año constituyeron la causa del 80 % de las visitas a la AP y del 60 % de los ingresos hospitalarios.

La salud mental es otro de los problemas que está afectando a la población de España. En 2019, 3 de cada 10 personas presentaban algún tipo de trastorno mental; en el caso de los mayores de 65 años, eran 4 de cada 10 (Ministerio de Sanidad 2020b). En el caso de los últimos, el 39 % (European Commission 2020) presenta síntomas de depresión –diez puntos porcentuales por encima de la media de la UE.

Las principales causas de mortalidad son las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer de pulmón. Y un tercio de las de las muertes se explican por los factores de riesgo (ibid.): tabaquismo, dieta inadecuada, consumo de alcohol y poca actividad física.



Lationamérica

América Latina es una región que cuenta con más de 600 millones de habitantes. Está compuesta de diversos territorios soberanos y dependientes. A pesar de ser una región étnico-geográfica por sí misma, frecuentemente se presenta como unidad junto con el Caribe.

La esperanza de vida de la región de América Latina y el Caribe es de 77,4 años en mujeres y de 71,6 años en hombres. Es especialmente baja en Haití y Bolivia, por lo que las organizaciones internacionales están tratando de promover cambios en los sistemas de salud para que se puedan incrementar. La mortalidad infantil en menores de 5 años es de 18,6 por cada 1 000 nacidos vivos. En este caso, Bolivia y, especialmente, Haití sobresalen por las elevadas tasas de mortalidad infantil.

En promedio, el 86 % de la población de LAC tiene acceso a saneamiento básico, y el 95 % a agua potable. Muy por debajo de estas cifras se encuentran Haití (con un 35 % y 65 % respectivamente), Bolivia y Guatemala. Los niveles de tabaquismo y de consumo de alcohol se encuentran por debajo del promedio de los Estados miembros de la OCDE, así como los niveles de sobrepeso tanto en hombres como en mujeres.



A magnifying glass with a silver rim and black handle is positioned over a map of Spain. The lens is focused on the word 'ESPAÑA' on the map. The background is a blurred map showing geographical features like rivers and coastlines.

Capítulo 2

Sistema Nacional de Salud (SNS) en España

⊙ En la Constitución española de 1978 se recoge el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria para todos los ciudadanos del Estado Español. Con este objetivo se ha implementado el Sistema Nacional de Salud (SNS), un sistema de salud que se ha articulado alrededor de cinco principios:

1. Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento de uso.
2. Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
3. Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
4. Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
5. Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.6)

El SNS se compone de dos elementos: los servicios de Salud de la Administración del Estado y los servicios de Salud de las comunidades autónomas. Mayoritariamente, la salud es una competencia regional que pertenece a las comunidades autónomas. Cada una de ellas cuenta con un servicio de la salud propio –excepto en los casos de Ceuta y Melilla, que están gestionados por la Administración Central– que opera bajo los principios de *equidad, calidad y participación*.

Para garantizar la cohesión del Sistema de Salud y la equidad y los derechos sanitarios de los ciudadanos, se ha constituido el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que tiene la función de coordinar, asesorar, planificar y evaluar el SNS (Organización Territorial de Trasplantes, s.f.). Además, se encarga de la comunicación e información entre los Servicios de Salud autonómicos; y los Servicios de Salud autonómicos y el de la Administración de la Salud.



1

Financiación

El SNS ofrece una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos. Al ser una competencia autonómica, está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma, que se complementa con dos fondos adicionales: Cohesión y el Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal (Ministerio de Sanidad, s.f.).

2

Organización del SNS: dos niveles asistenciales

El SNS se configura a través de dos niveles asistenciales: la Atención Primaria (AP) y la Especializada (AE). En primer lugar, la AP se caracteriza por su accesibilidad, ya que los ciudadanos pueden acceder a ella espontáneamente a través de los centros de salud y consultorios locales, o incluso recibir visitas a domicilio. Este nivel asistencial ofrece servicios básicos, promoción de salud y prevención de enfermedades, y está dotada de recursos para resolver los problemas de salud más comunes.

Por otro lado, la AE ofrece atención a pacientes ambulatorios o ingresados en centros especializados u hospitales, que acceden a ella referidos por el personal sanitario de los centros de AP. Tal como su nombre indica, los centros de AE ofrecen atención sanitaria más especializada con cierta complejidad técnica para poder ofrecer diagnósticos y tratamientos a problemas de salud más complejos.



3

Cartera del SNS

Los servicios que ofrece el SNS se pueden clasificar principalmente en servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud. La cartera de servicios se compone de cuatro modalidades principales:

- Cartera común básica de Servicios Asistenciales del SNS
- Cartera común suplementaria de Servicios Asistenciales del SNS
- Cartera Común de Servicios Accesorios del SNS
- Cartera de servicios complementarias de las comunidades autónomas

Una parte esencial de la asistencia sanitaria y de los servicios de salud ofrecidos son las prestaciones farmacéuticas, que se incluyen dentro de la Cartera común suplementaria de servicios Asistenciales del SNS. Las prestaciones farmacéuticas se definen como “medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad, de manera que se promueva el uso racional del medicamento” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.14).

Para financiar la prestación farmacéutica, se ha implementado un sistema de copago, en el que el usuario debe hacer una aportación económica en el momento de la dispensación del medicamento. La cuantía que debe aportarse se establece en función de tres variables: renta, edad y gravedad de la enfermedad. Sin embargo, la farmacia hospitalaria —i.e. medicamentos dispensados en el ámbito hospitalario— queda exenta del sistema de copago, por lo que el usuario no debe realizar ninguna contribución.



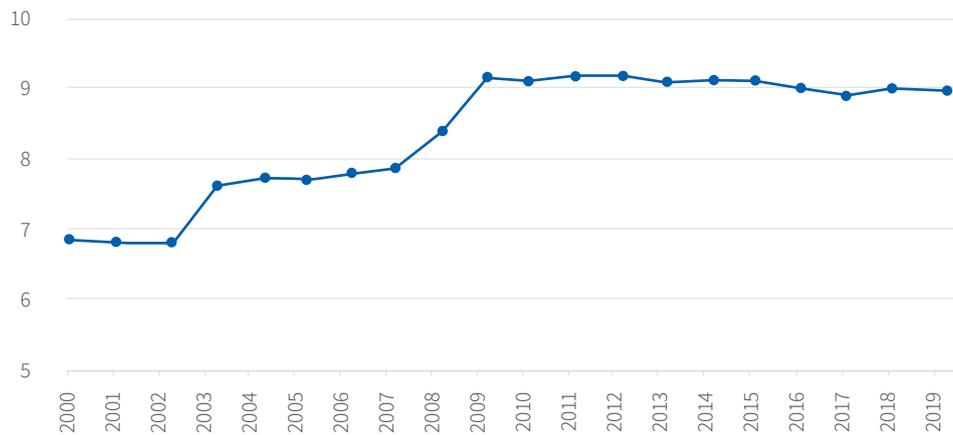


Capítulo 3

Gasto en salud en España

- Actualmente, el gasto total (público y privado) de salud en España representa el 9 % del PIB, habiendo aumentado cerca de dos puntos porcentuales en los últimos veinte años. El mayor cambio se produjo a las puertas de la recesión de 2008: entre 2007 y 2009, se produjo un incremento de 1,2 puntos porcentuales del gasto en salud respecto al PIB del país.

Gráfico 01 → GASTO EN SALUD EN ESPAÑA EN RELACIÓN CON EL PIB (% PIB)
Fuente: OCDE Health Data



En 2019, el gasto público en salud en España fue de 74 000 millones de euros. Esta cifra representa el 6,4 % del PIB. El gasto per cápita ha sido de 1 594 € por habitante. El gasto en salud ha ido oscilando durante estos últimos años, tanto en términos absolutos como relativos: desde 2015, el gasto público anual ha ido aumentando. Sin embargo, en términos de porcentaje del PIB se ha mantenido constante.

Por otro lado, el gasto privado en salud es de 31 000 millones de euros aproximadamente, cerca del 2,7 % del PIB. El gasto privado se encuentra en una situación parecida a la del gasto público: ha aumentado en términos absolutos, pero se ha mantenido en alrededor del 2,7 % desde 2014.

A pesar de destinar cerca del 9 % del PIB en total a la sanidad, el gasto en salud pública per cápita de España se sitúa por debajo de la media de la UE.

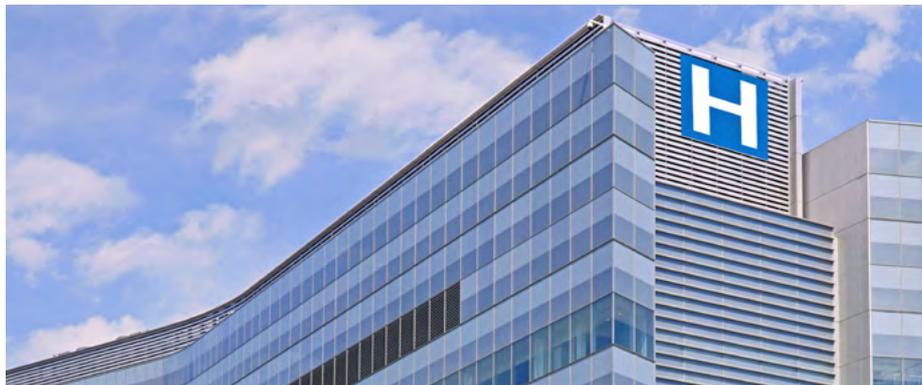
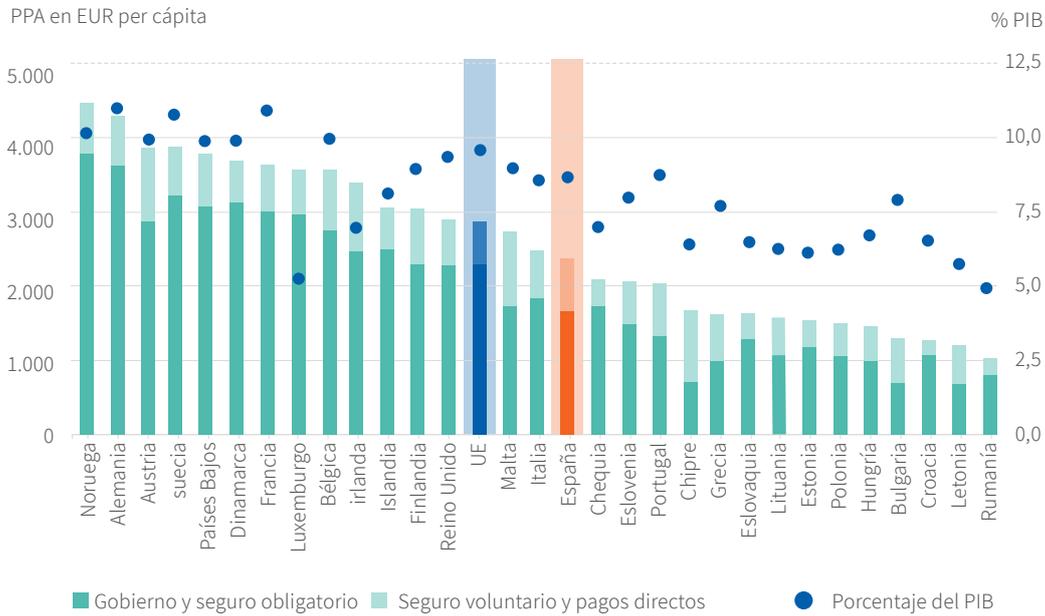


Gráfico 02

GASTO EN SALUD DE LOS PAÍSES EUROPEOS

European Commission (2019). Datos de la OCDE (2017).

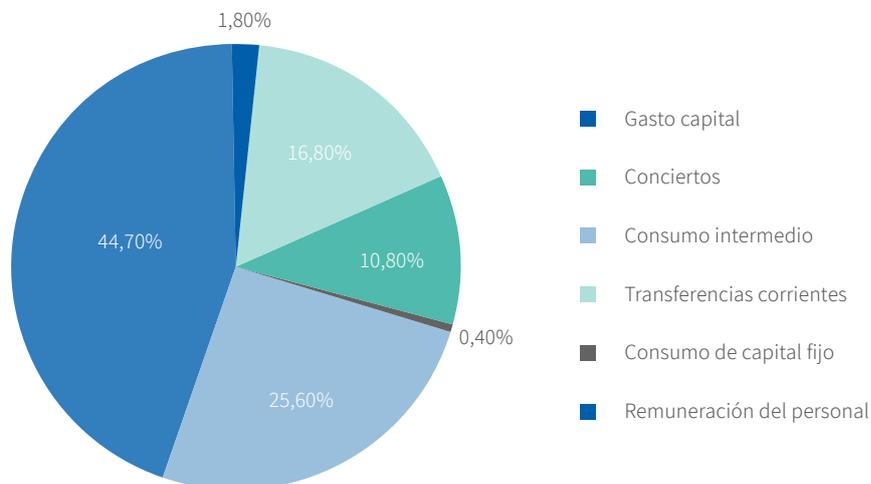


El 44,7 % del gasto se destina a la remuneración del personal. La siguiente mayor área de gasto es el consumo intermedio –sin contar los activos fijos– con un 25 %. A esta le siguen las transferencias corrientes, los conciertos –gastos en compras al sector privado–, el consumo de capital fijo y el gasto capital, que reciben en total cerca del 30 % de los recursos.

Gráfico 03

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA (%)

Fuente: Ministerio de Sanidad (2019). Estadística de Gasto Sanitario Público



La desagregación del gasto según la función de atención de la salud mostró que, en 2018, más de la mitad del gasto (56,7 %) se destinó a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Le sigue, con el 22 %, el gasto en productos médicos dispensado a pacientes ambulatorios. En tercera y cuarta posición se encuentran el gasto en servicios de atención de larga duración y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud (Rodríguez Blas 2020).

Entre 2014 y 2018, los gastos en servicios de atención de larga duración y de asistencia curativas y de rehabilitación aumentaron 0,2 y 0,1 puntos porcentuales respectivamente. Sin embargo, los gastos en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y en servicios auxiliares de atención de la salud bajaron 0,7 puntos porcentuales y 0,1 puntos porcentuales, respectivamente.

El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación se financió en un 75 % con recursos públicos. La mitad de estos recursos se destinaron a la atención hospitalaria. En 2018, la mayor parte del gasto privado fue absorbido por la atención ambulatoria. Sin embargo, la atención hospitalaria consumió la mitad de los recursos públicos. En ambos casos, público y privado, la asistencia de hospitalización de día y la asistencia domiciliaria son los que menor parte del gasto acaparan (Ministerio de Salud 2020).

El gasto total anual en productos farmacéuticos y sanitarios entre 2015 y 2020 se ha visto incrementado entre un 4 y 5 % anualmente. Este último 2020, los productos farmacéuticos y sanitarios han absorbido poco más de 26 000 millones de euros, lo que, en cifras relativas, supone alrededor del 25 % del gasto sanitario total, 8 000 millones de euros más que en 2014 (Ministerio de Hacienda 2021).

1

Gasto privado en sanidad

En España, la sanidad privada tiene un peso importante. Constituye alrededor del 30 % del gasto en salud, seis puntos porcentuales por encima de la media de la OCDE. Mientras el gasto público ha ido oscilando en términos absolutos, el gasto privado ha mantenido un crecimiento constante e ininterrumpido desde 2008.

La sanidad privada es, además, un mecanismo para liberar recursos de la salud pública. Especialmente en un contexto en el que el SNS se apoya en concertos con entidades privadas que, según se estima, suponen el 0,7 % del PIB, lo que significaría que la provisión privada llegó al 3,3 % del PIB en 2017 (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad 2020).



Capítulo 4

Los sistemas de salud en LAC

- Los sistemas de salud de los diferentes Estados y territorios que componen la región de LAC son muy dispares entre sí. Los hay con una mayor cobertura pública que otros, con divisiones territoriales distintas e instituciones diferentes. Sin embargo, es importante destacar la significativa y sistemática falta de recursos disponibles para atender las necesidades de salud de la población. Esto se traduce en una cobertura menor y de peor calidad en comparación con el promedio de la OCDE.

La OCDE y el BM han seleccionado algunos indicadores de salud para medir la calidad de la atención. Por ejemplo, las tasas de vacunación DTP3 y MCV1 de la población menor de 1 año, aunque elevada (90 %), está 5 puntos porcentuales por debajo de la media de la OCDE. En este caso, Haití y Venezuela tienen tasas de vacunación por debajo de la media de LAC. Las tasas de supervivencia en cáncer de mama, cervicouterino y de colon son menores que las de la OCDE, sobre todo en el caso del primero.



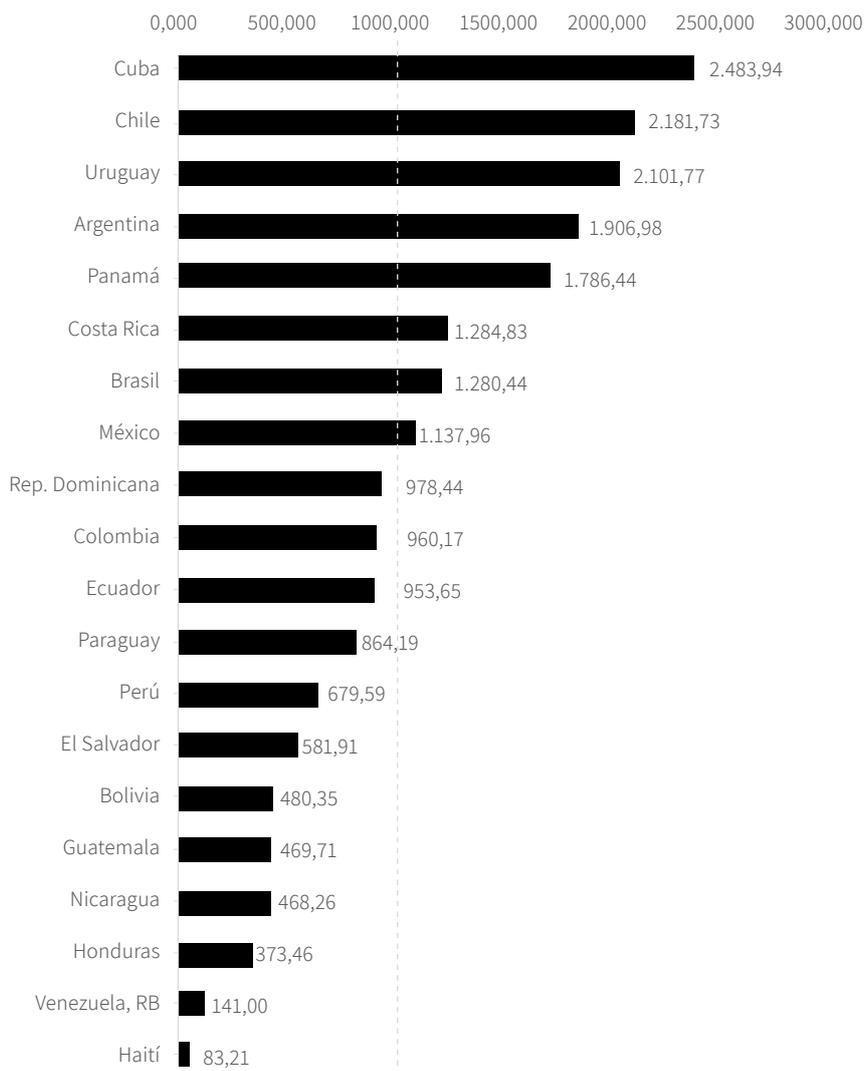
Capítulo 5

Gasto en Salud en Latinoamérica

- En LATAM se observa una tendencia de crecimiento del PIB que se asocia a un incremento paralelo del gasto en salud, aunque tal y como se observa en el Gráfico 4 (ver al final del apartado) hay una importante disparidad en el gasto en salud entre los países de Latinoamérica con relación al PIB.

Gráfico 04 → GASTO CORRIENTE EN SALUD POR CÁPITA (USD)

Fuente: OCDE y BM. Panorama Mundial de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020



Atendiendo a los datos disponibles hasta 2018, Cuba es el Estado de Latinoamérica con mayor gasto en salud, sobrepasando el 11,2 % del PIB. Le siguen Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, cuyo gasto oscila alrededor del 9 %, muy por encima del promedio de LAC (6 %). Por otro lado, Perú, México, República Dominicana y Guatemala tienen un gasto significativamente menor, alrededor del 5 % de su PIB. El caso que más llama la atención es el de Venezuela, cuyo gasto en salud es del 3,6 %.

Desde 2010, algunos de los Estados soberanos de LATAM han experimentado cambios bruscos en el gasto en salud en proporción a su PIB. El gasto de

Venezuela se redujo a casi la mitad entre 2017 y 2018. Cuba, Haití y Argentina también han experimentado oscilaciones significativas que podrían explicarse tanto por un cambio en el PIB del país como un cambio en el gasto en salud.

En 2017, el gasto promedio per cápita en la región de LAC (1 025 USD) fue cuatro veces menor al promedio de la OCDE (3 995 USD). Los países con mayor gasto en salud son Cuba, Chile, Uruguay, Argentina y Panamá. Sin embargo, el gasto en salud per cápita de todos ellos se encuentra significativamente por debajo del promedio de los Estados miembros de la OCDE.

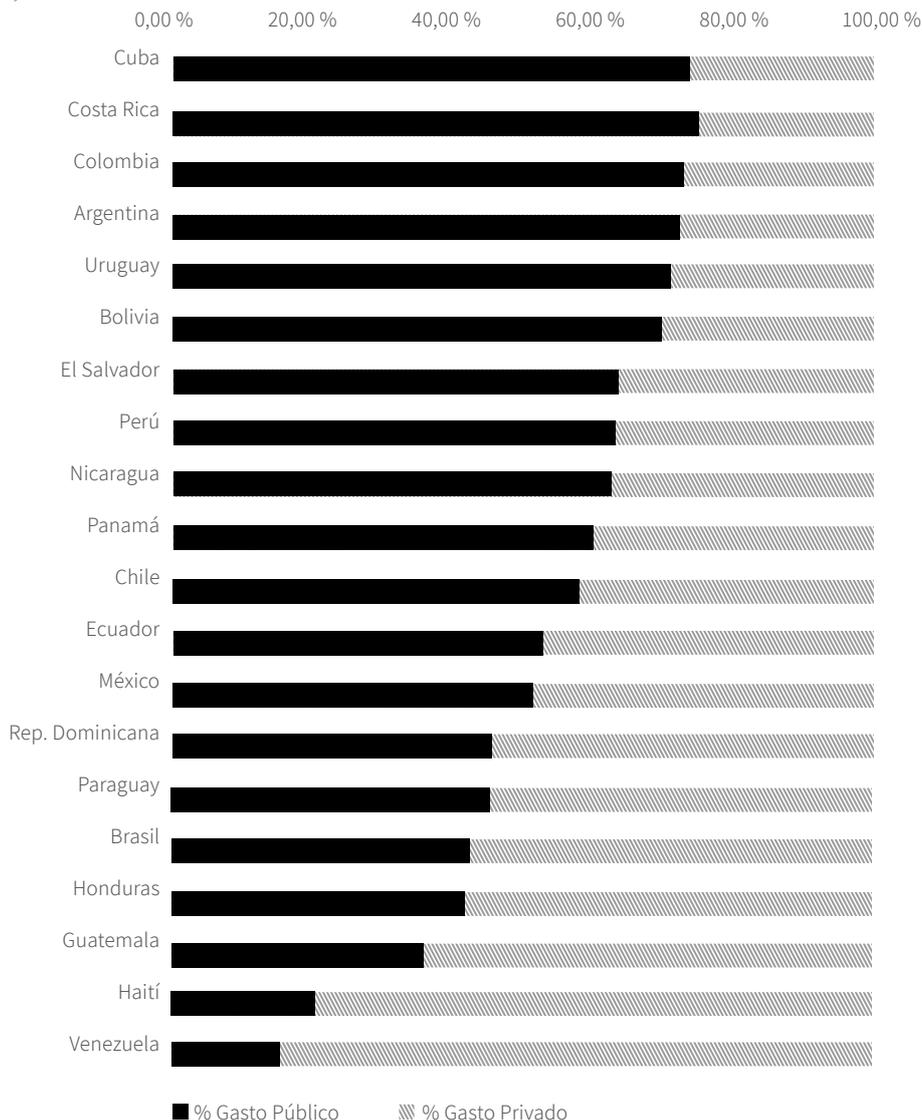
A pesar de ser el cuarto país con mayor gasto en salud en relación con el PIB del país, Brasil queda en séptima posición en lo que respecta al gasto en salud per cápita y su gasto está alrededor de 200 USD por encima del gasto promedio de LAC.

Los países con el gasto en salud per cápita más bajo en salud son Bolivia, Guatemala, Nicaragua –con niveles parecidos–, Honduras, Venezuela y, por último, Haití.

Gráfico 05 →

GASTO EN SALUD PÚBLICO Y PRIVADO (% DEL GASTO TOTAL EN SALUD)

Fuente: OCDE y BM. Panorama Mundial de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020



El gasto público en salud promedio de los Estados soberanos de LAC es de aproximadamente el 59 %, por lo que el 41 % se basa en financiación externa, pagos de bolsillo o seguros privados. En el gráfico 6 se puede ver que Cuba, Colombia, Costa Rica, Argentina y Uruguay son los cinco países con mayor proporción de gasto público. Por otro lado, hay 7 Estados soberanos de LATAM cuyo gasto público en salud no llega al 50 %, siendo Guatemala, Haití y Venezuela los tres países con mayor proporción de gasto privado. En el caso de los dos últimos, el gasto privado supera el 75 % del gasto total en salud.

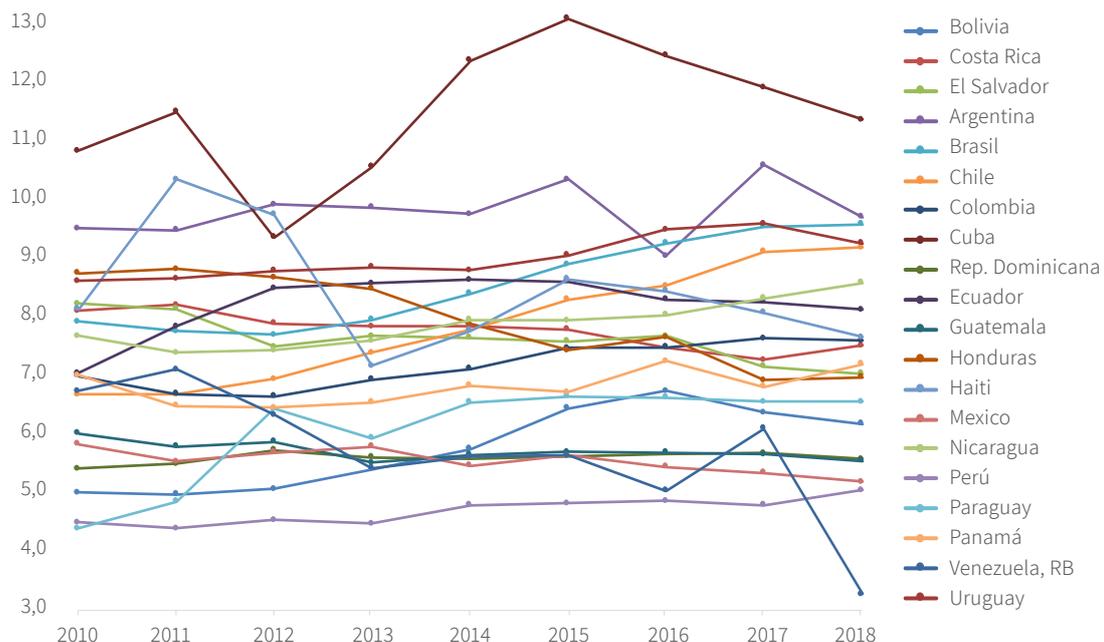
Según los datos de gasto de bolsillo del Banco Interamericano de Desarrollo, el gasto de bolsillo –i.e. pagos que deben realizar los usuarios complementarios a los seguros y la sanidad pública– es una parte importante de la financiación.

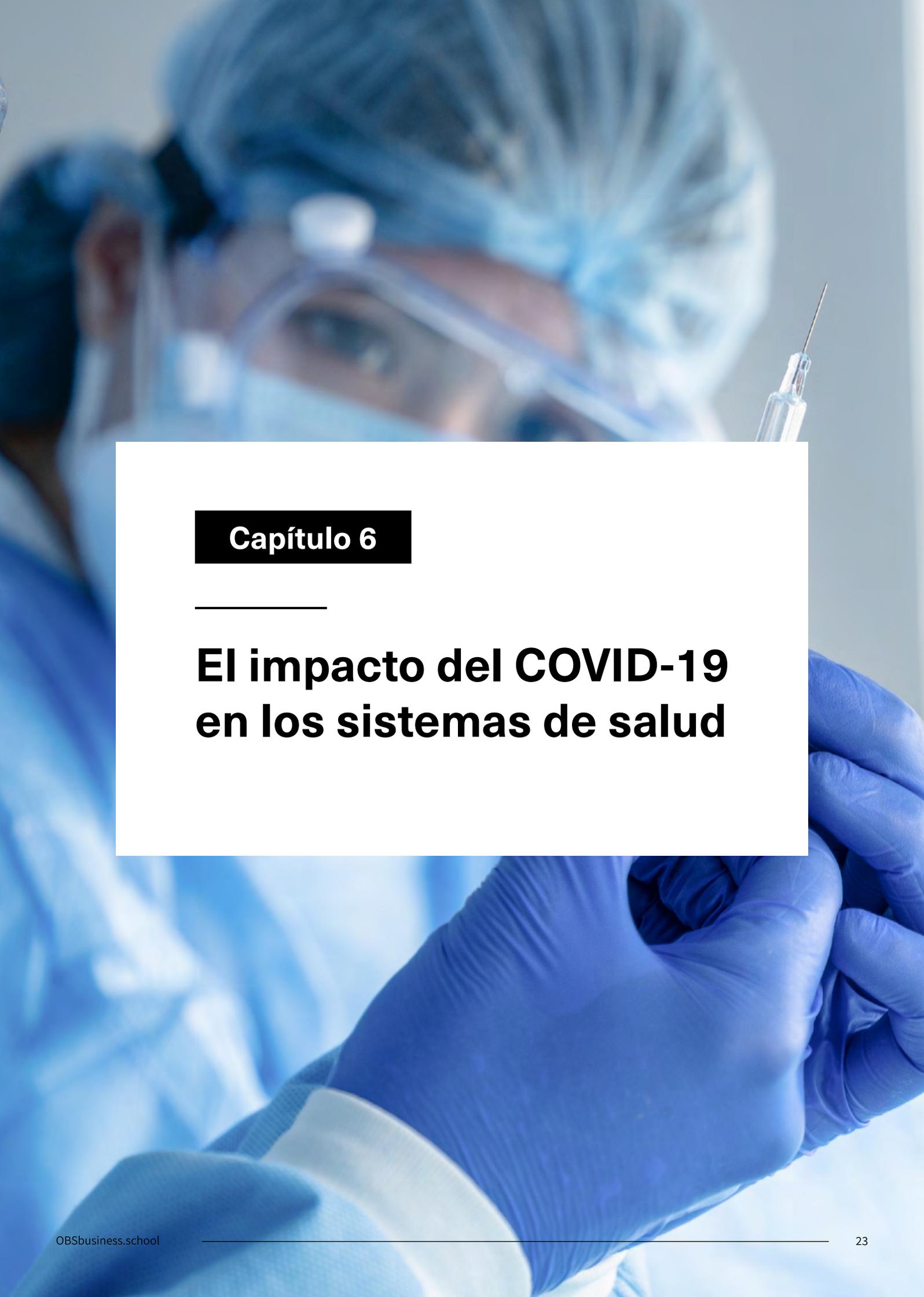
Sin embargo, también hay una gran disparidad entre los Estados. En la mayoría de los casos, se sobrepasa la media de la OCDE y 17 de los 20 países de LATAM tienen un gasto de bolsillo por encima del 20 %. Este es un problema extremadamente grave para los ciudadanos, ya que sobrepasar esa proporción suele llevar a los usuarios a realizar gastos extremos y empobrecedores en salud (Saksena et al. 2010). Son especialmente graves los casos como Venezuela, Guatemala y Paraguay, que alcanzan o sobrepasan el 50 %. Por otro lado, Cuba –con el mayor gasto en Salud de la región– es el Estado con menor gasto de bolsillo, significativamente por debajo de la media de la OCDE.

Actualmente, uno de los problemas a los que se enfrentan los Estados de LAC es que en muchos casos se ha producido un gasto en salud mayor que el crecimiento de la riqueza del país (OCDE, s.f.), por lo que se establecen unos parámetros de crecimiento insostenibles a largo plazo.

Gráfico 06 → GASTO TOTAL ANUAL EN SALUD PÚBLICA (% PIB)

Fuente: World Bank Data Bank





Capítulo 6

El impacto del COVID-19 en los sistemas de salud

1

España

Hasta mayo de 2021, España ha registrado 3,6 millones de casos de coronavirus confirmados y 79 281 defunciones. La llegada de la pandemia ha interrumpido la continuidad de la atención sanitaria debido a la absorción de recursos que ha implicado. Un claro ejemplo del impacto que ha tenido ha sido la interrupción del cuidado de pacientes crónicos. Para muchos, la llegada del COVID-19 ha dificultado el acceso a la asistencia sanitaria y a los tratamientos necesarios, por lo que ha afectado a la adherencia (Plataforma de Organizaciones de Pacientes 2020).

Uno de los problemas más graves que ha tenido España durante la pandemia ha sido la falta de personal sanitario, sobre todo de enfermería. En 2017, España contaba con 5,7 enfermeras y comadronas por cada 1 000 habitantes, muy por debajo del promedio de la OCDE (9,6) y de la UE (9,6). Sin embargo, se encuentra por encima de los promedios de médicos. Mientras la UE cuenta con 3,7 médicos por cada 1 000 habitantes y la OCDE con 2,9, España cuenta con 3,9 médicos.

En 2018, el número de camas por cada 1 000 habitantes en España, 3 por cada 1 000 habitantes, era significativamente menor que los promedios de la UE (4,6) y de la OCDE (5,1). La llegada del COVID-19 ha propiciado una importante saturación de los recursos hospitalarios y ha obligado a posponer un gran número de intervenciones quirúrgicas y de consultas ambulatorias, aumentando las listas de espera. En cuanto a los cuidados intensivos, España registró 2,4 camas de UCI por cada 1 000 habitantes en 2019, recurso que ha sufrido también una elevada saturación.

En el momento de la elaboración de este trabajo, las cifras económicas del impacto del COVID-19 en el sistema de salud no son suficientemente concluyentes.



2

Latinoamérica

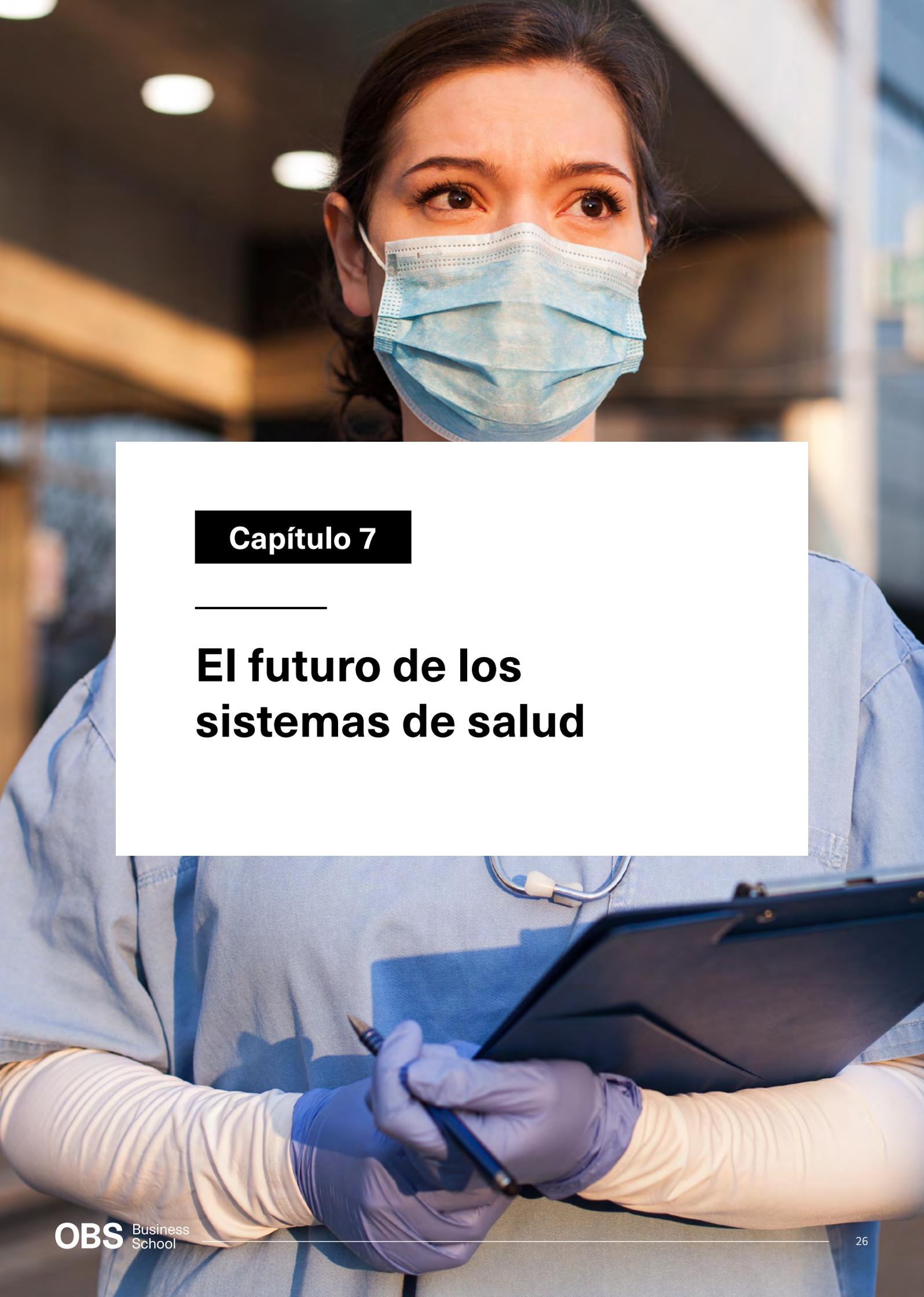
América Latina es una de las regiones más golpeadas por la pandemia: la recesión causada por la crisis sanitaria ha llegado en un momento de debilidad económica y tras años de bajo crecimiento económico (Banco Mundial 2021). Según los datos recogidos por la OMS, se han registrado más de 30 millones de casos confirmados de coronavirus y alrededor de 960 000 defunciones por coronavirus en los Estados soberanos de LATAM desde los inicios de la pandemia. En total, la tasa de mortalidad es del 3,2 %. Sin embargo, México, Ecuador y Bolivia se encuentran muy por encima: con un 9,26 %, 4,79 % y 4,04 % respectivamente. En general, los sistemas de salud de los países de LAC tienen menos recursos y capacidad que los Estados miembros de la OCDE para poder afrontar la pandemia de COVID-19. Hay tres marcadores principales que definen la capacidad de respuesta a la pandemia: el personal, el número de camas, y la capacidad de cuidados críticos (que se mide con el número de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos, equipadas con ventiladores) (OCDE y Banco Mundial, 2020).

Contar con suficiente personal sanitario capacitado es esencial para diagnosticar y dar tratamiento a los pacientes de COVID-19 y dar continuidad a la asistencia médica. La región de LAC tiene un promedio de 2 médicos por cada 1 000 habitantes. Siendo el promedio de la OCDE 3,5 médicos por cada 1 000 habitantes, los únicos Estados de LATAM que se sitúan por encima son Cuba, Argentina y Uruguay (OCDE & Banco Mundial, 2020; Banco Mundial, 2020).

El número de camas también ha supuesto un reto a la hora de afrontar los ingresos provocados por el coronavirus. El promedio de LAC es de 2,1 camas por cada 1 000 habitantes, menos de la mitad del promedio de los Estados miembros de la OCDE. Un problema que se ha acentuado por la baja ratio de camas en la UCI: 9,1 por cada 100 000 habitantes, significativamente por debajo de las 12 camas de promedio de la OCDE.

La elevada tasa de financiación de la asistencia médica a través de gasto de bolsillo implica que la pandemia ha constituido una gran carga económica que ha recaído sobre los propios usuarios. Por esa razón, algunos gobiernos han optado por liberar paquetes de ayuda pública sin precedentes (OCDE & Banco Mundial, 2020).





Capítulo 7

El futuro de los sistemas de salud

1

Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de España

El aumento de la cronicidad y el envejecimiento de la población suponen un gran reto para el futuro del Sistema Nacional de Salud de España y es necesario replantear algunos aspectos que lo componen para garantizar su supervivencia. En este caso, la sostenibilidad económica del SNS supone “la contención del gasto sanitario total en proporción a sus bases de financiación potencial, como son el conjunto de los ingresos (o gastos) públicos o el propio PIB [...] sin dejar de cubrir las necesidades sanitarias de la población” (Herce 2016, p. 29).

El problema de la insostenibilidad del sistema nace a raíz de un crecimiento del gasto en salud que no se ha visto compensado por una partida de ingresos, es decir, de un incremento de los impuestos recaudados (ya que estos son la única forma de financiación del sistema público de salud español). A rasgos generales, hay cuatro causas principales que pueden explicar el incremento del gasto público a largo plazo (Peiró et al., s.f., pp. 15-17):



- **La introducción de nuevas tecnologías sanitarias.** Aunque las nuevas tecnologías añaden un gran valor en salud, traen asociados elevados costes –cada vez mayores– no solo de adquisición son también generados por un uso inadecuado por parte de profesionales.
- **El incremento de la inflación sanitaria por encima de la inflación general.** El encarecimiento de nuevos fármacos y productos sanitarios, nuevos dispositivos, prótesis y la retribución del personal ha supuesto un crecimiento del gasto en salud en proporciones dispares al crecimiento de la riqueza del país.
- **El incremento continuado de la demanda y utilización de servicios.** El envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, la cada vez más frecuente falta de hábitos saludables y mayores exigencias y expectativas por parte de los usuarios, ha aumentado la demanda, que debe verse compensada con un incremento en la oferta de servicios de salud.
- **Las ineficiencias sistémicas en el modelo de atención sanitaria.** Ineficiencias de la infraestructura sanitaria, como la falta de integración entre los niveles asistenciales, que deben solventarse para poder reducir costes.

En las proyecciones hechas en base a los modelos de estimación de la UE y de la OCDE se estima que para 2025, el gasto en salud podría ascender a entre 97 000 y 103 000 millones de euros anuales, lo que supondría un incremento de alrededor del 30-40 % (ibid.).

Las predicciones apuntan a la necesidad de afrontar el problema de la sostenibilidad del sistema de salud. Deberá diseñarse una solución global que permita solventar algunas de las fallas de las infraestructuras. Es necesario repensar las instituciones y diseñar soluciones que puedan acabar con las ineficiencias del sistema. Muchos apuestan también por un futuro con seguros de salud privados, o por el empoderamiento del paciente para que sea más autónomo y educar a los usuarios y posibles usuarios en el uso adecuado de los recursos de la sanidad y promover los hábitos de vida saludables y de prevención de enfermedades para poder reducir la prevalencia de la cronicidad.

2

La sostenibilidad de los sistemas de salud en países de LATAM

Uno de los mayores problemas de los sistemas de salud en los países de Latinoamérica, además de la insuficiente financiación, es la ineficiencia. Esta ineficiencia aparece en muchas dimensiones del sistema: el desperdicio de insumos, duplicación de exámenes, ingresos hospitalarios innecesarios, la falta de capacidad de regulación del precio de los fármacos de algunos países de LATAM o la preferencia por fármacos de marca cuando el uso de genéricos podría reducir significativamente el gasto en medicamentos.

La falta de datos disponibles dificulta una estimación de los niveles de malgasto de los recursos de los sistemas sanitarios de LAC (OCDE & Banco Mundial 2020). Sin embargo, la evidencia apunta a que es un desperdicio muy significativo. Aunque en muchos casos la causa de este malgasto se debe a mecanismos inorgánicos, también es resultado de unas estructuras e instituciones defectuosas que generan la pérdida de recursos por su propio funcionamiento, coordinación e integración.

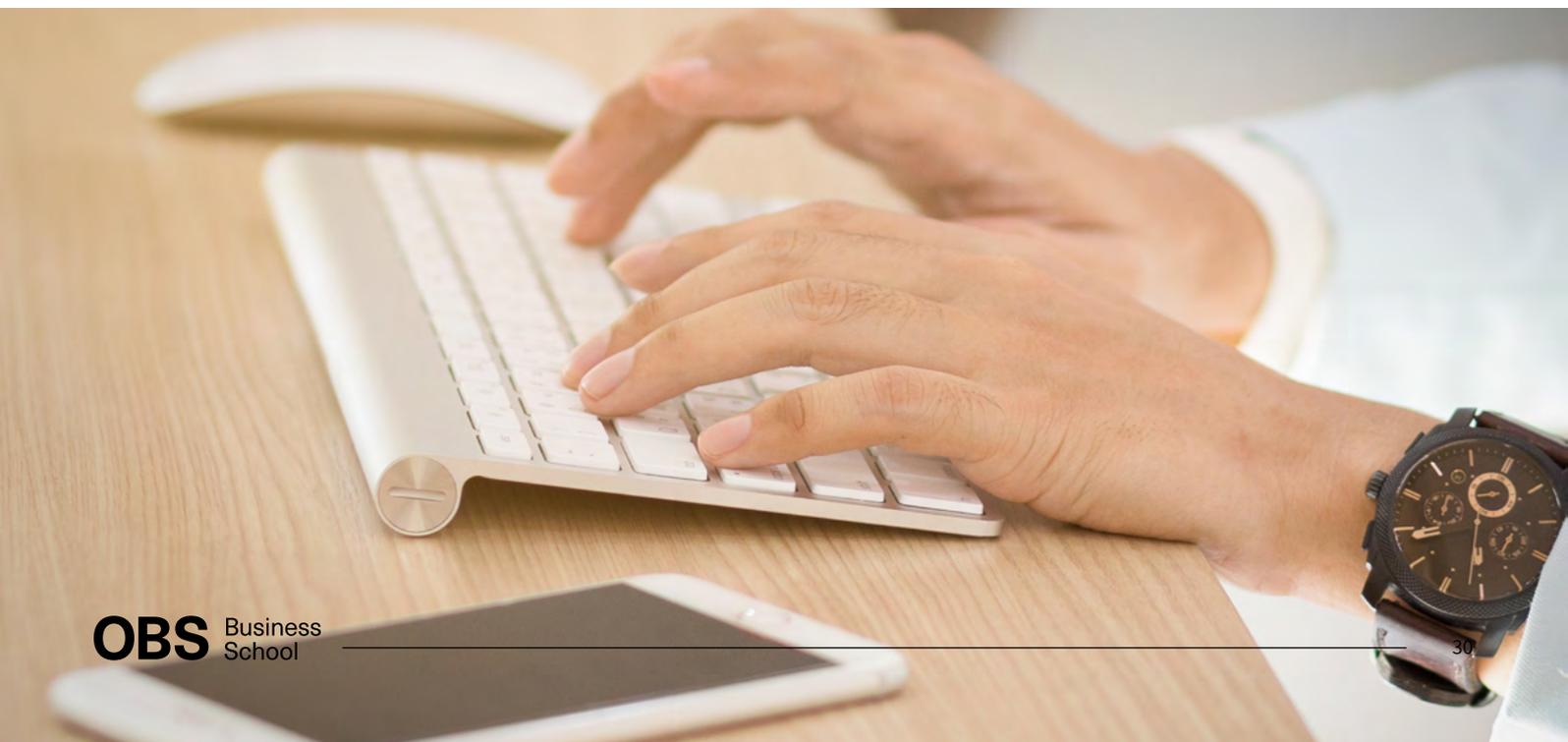
En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010) se identificaron algunas de las fuentes de ineficiencia técnica (que pueden clasificarse en dos áreas: política farmacéutica y prestación de servicios de salud) y se reconocieron factores como “la combinación inadecuada o costosa de profesionales de la salud, precios altos, baja calidad y uso irracional de medicamentos, calidad asistencial y escalas subóptimas de los servicios sanitarios, sobreutilización de productos y servicios sanitarios, y desvíos debidos a la corrupción y el fraude” (Izquierdo et al. 2018).

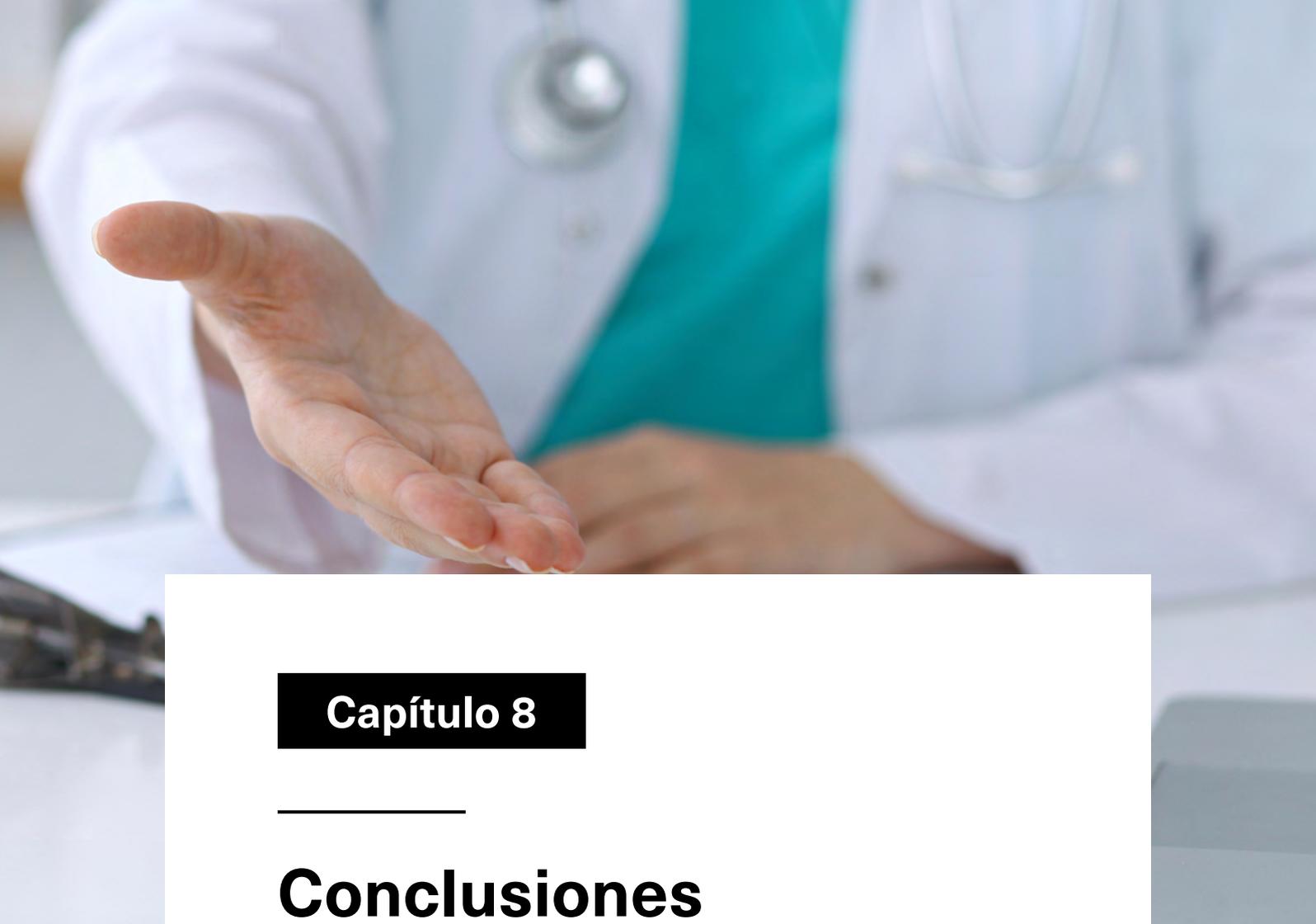


El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Pinto et al. 2018) presentó un decálogo con el propósito de mejorar la eficiencia del gasto en Salud Pública:

- 1.** Obtener claridad sobre la comprensión y la medición de la eficiencia.
- 2.** Realizar mayores esfuerzos para recoger datos y desarrollar indicadores de salud y del sistema de asistencia.
- 3.** Desarrollar una buena gobernanza para la elección de políticas costosas.
- 4.** Usar la metodología adecuada para medir la eficiencia del sistema de salud.
- 5.** Desarrollar políticas dirigidas a hacer el gasto en fármacos más eficiente.
- 6.** Regular la oferta de medicamentos.
- 7.** Realizar recomendaciones adaptadas, no estándares.
- 8.** Escoger estratégicamente y priorizar las reformas necesarias.
- 9.** Prestar mayor atención a la gestión de los servicios de salud.
- 10.** Hacer presupuestos basados en resultados como herramienta para mejorar la eficiencia del gasto.

Una mejora de la eficiencia de los sistemas de salud en LATAM supondría una mejora de los indicadores de salud sin implicar un incremento del gasto de salud. En un estudio reciente del BID (Izquierdo et al. 2018) se estimó que la esperanza de vida al nacer podría aumentar en hasta cuatro años, incluso más en Bolivia. La mortalidad infantil de menores de cinco años podría reducirse hasta diez muertes por cada 1 000 nacimientos. En cuanto al acceso a servicios especializados, una mejora de la eficiencia facilitaría el acceso a los usuarios, especialmente en la atención al parto, e incrementar la inmunización frente a la difteria, tétanos y tos ferina (DTP).





Capítulo 8

Conclusiones

- ⊗ En este informe se ha presentado un breve análisis descriptivo de las tendencias de gasto en salud en España y Latinoamérica. Por un lado, España tiene un sistema de salud público muy potente basado en los principios de universalidad y descentralización, que funciona a dos niveles asistenciales: la atención primaria y la atención especializada. Sin embargo, el gasto público en salud per cápita está por debajo de la media de la Unión Europea. Por otro lado, el gasto privado en salud asciende a alrededor de un tercio del gasto total. Contrariamente al gasto público en salud, el gasto privado lleva más de una década experimentando un crecimiento constante e ininterrumpido, por lo que está ganando cada vez más relevancia en la financiación de la atención sanitaria.

La llegada del COVID-19 ha puesto de manifiesto ciertos déficits del sistema de salud, como, por ejemplo, la ratio de personal de enfermería. El bajo número de camas y de camas de UCI ha sido un reto para afrontar el elevado flujo de pacientes ingresados por coronavirus, que ha propiciado una importante saturación de los recursos hospitalarios y ha obligado a posponer un gran número de intervenciones quirúrgicas y de consultas ambulatorias, aumentando las listas de espera.

El caso de Latinoamérica es mucho menos generalizable. La variedad de Estados y territorios que componen la región genera una gran disparidad en gasto en salud. La tendencia generalizada apunta a que el incremento en gasto en salud de cada país de LATAM va asociado a un incremento en el PIB de los Estados. Una parte importante de la financiación de los sistemas de salud en una mayoría de países latinoamericanos recae sobre el gasto privado. Países como Guatemala, Haití y Venezuela alcanzan niveles preocupantes de financiación privada, especialmente porque en muchos casos –por ejemplo, Venezuela, Guatemala y Paraguay– la financiación del gasto sanitario proviene principalmente del gasto de bolsillo. En algunos casos, el gasto de bolsillo supera las proporciones recomendadas, lo que constituye un riesgo de gastos en salud extremos y empobrecedores para los usuarios.

La falta de recursos generalizada en la región ha supuesto un reto a la hora de afrontar la pandemia del COVID-19. La zona de LAC ha sido una de las más afectadas del mundo y ha experimentado dificultades a la hora de dar respuesta a la crisis sanitaria debido al bajo número promedio de personal, de camas y de camas de UCI. Siendo el gasto de bolsillo un importante componente de la financiación de la asistencia sanitaria, la llegada del coronavirus ha supuesto una carga económica para muchos ciudadanos, por lo que muchos Estados soberanos de LATAM han optado por liberar paquetes de ayudas públicas y aligerar la carga económica de los ciudadanos.

A pesar de las diferencias que pueden verse a simple vista entre los sistemas de salud de España y LATAM, la falta de eficiencia de algunos modelos de sistema de salud y los tipos de financiación suponen un reto futuro para la cobertura sanitaria universal. Es por eso por lo que es imperativo estudiar posibles soluciones a los defectos que presentan los sistemas, hacerlos más eficientes para poder garantizar y mejorar la sostenibilidad de dichos sistemas de salud y poder proteger el derecho a la salud y a la atención de calidad de todos los ciudadanos.



Referencias bibliográficas

- 1** A.T. Kearney (2011). *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿Ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?* Disponible en: <http://www.consorci.org>
- 2** Bachelet, P. (s.f.). *Mejor gasto, mejor salud*. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://www.iadb.org>
- 3** Banco Mundial (2020). Los países de Latinoamérica y el Caribe necesitan gastar más y mejor en salud para poder enfrentar una emergencia de salud pública como el COVID-19 de manera efectiva. Disponible en: <https://www.bancomundial.org>
- 4** Banco Mundial (2021). América Latina y El Caribe: Panorama General. Disponible en: <https://www.bancomundial.org>
- 5** European Commission (2020). *State of Health in the EU España: Perfil sanitario nacional 2019*. Disponible en: <https://ec.europa.eu>
- 6** Herce, J. A. (2016). La sostenibilidad del sistema sanitario en España. *Actuarios*, (38), 28-29.
- 7** Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2020). *Sanidad Privada, Aportando Valor. Análisis de Situación 2020*. Disponible en: <https://www.fundacionidis.com>
- 8** Izquierdo, A., Pessino, C., & Vuletin, G. (Eds.) (2018). *Better spending for better lives: how Latin America and the Caribbean can do more with less* (Vol. 10). Inter-American Development Bank. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0001217-en>
- 9** Ministerio de Hacienda (2021). Indicadores sobre Gasto Farmacéutico. Disponible en: <https://www.hacienda.gob.es>
- 10** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Sistema Nacional de Salud España 2012. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es>
- 11** Ministerio de Sanidad (2020a). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019: Aspectos Destacados*. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es>
- 12** Ministerio de Sanidad (2020b). *Sanidad en Datos*. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es>
- 13** Ministerio de Sanidad (s.f.). *Financiación*. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es>

- 14** OCDE & Banco Mundial (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y Caribe*. París, Francia: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- 15** OCDE (s.f.). Gasto en Salud per Cápita y en relación con el PIB. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org>
- 16** OECD Statistics (s.f.). Health Expenditure and Financing. Disponible en: <https://stats.oecd.org>
- 17** Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe Sobre la Salud en el Mundo: La Financiación Dos Sistemas de Salud-El Camino Hacia la Cobertura Universal*. Organización Mundial de la Salud.
- 18** Organización Mundial de la Salud (2018). *Public Spending on Health: A closer look at global trends*. Suiza: World Health Organization
- 19** Organización Mundial de la Salud (s.f.). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponible en: <https://covid19.who.int>
- 20** Organización Nacional de Trasplantes (s.f.). Consejo Interterritorial. Disponible en: <http://www.ont.es>
- 21** Peiró, M.; Mena, F.X.; Longo, F.; Barrubés, J.; Roé, D.; Portella, E. (s.f.). *Funding the gap: El futuro del sistema sanitario*. ESADE. Disponible en: <https://www.esade.edu>
- 22** Pfizer para Profesionales (2019). Mapa de la Cronicidad en España. Disponible en: <https://www.pfizerpro.es>
- 23** Pinto, D.; Cafagna, G. y Álvarez, L.G. (2018). *10 Claves para que la Región pueda mejorar la eficiencia del gasto en salud*. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/>
- 24** Plataforma de Organizaciones de Pacientes (2020). *Estudio del Impacto de COVID-19 en las Personas con Enfermedad Crónica*. Disponible en: <https://www.plataformadepacientes.org>
- 25** Rodríguez Blas, M.C. (2020). *Sistema de Cuentas de Salud 2018*. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es>
- 26** Rodríguez Blas, M.C. (2021). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2019*. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es>
- 27** Saksena, P., Xu, K., Elovainio, R., & Perrot, J. (2010). Health services utilization and out-of-pocket expenditure at public and private facilities in low-income countries. *World Health Report*, 20, 20.
- 28** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina Interna (2019). *Convivimos con la Cronicidad*. Disponible en: <https://www.semfy.com>
- 29** World Bank (s.f.). Data Bank: Development Indicators. Disponible en: <https://databank.worldbank.org>

OBS Business School

School of **Business Administration & Leadership**

School of **Innovation, & Technology Management**

School of **Health Management**



De:



Planeta Formación y Universidades