



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



**Health Policy Papers Collection
2023 – 2**

**La princesa del Estado de Bienestar está triste
(Sostenibilidad y cambios en el SNS)**

**Vicente Ortún
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra**

The Policy Papers Collection includes a range of articles on Health Economics and Health Policy carried out and selected by researchers from the Centre for Research in Health and Economics of the Pompeu Fabra University (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Febrero 2023

La princesa del Estado del Bienestar está triste Sostenibilidad y cambios en el SNS

Según el reciente estudio sobre confianza de la Fundación BBVA, la sanidad pública es la institución que más confianza suscita entre los españoles, seguida de la policía y el ejército. Sindicatos, redes sociales, bancos y partidos políticos ocupan las últimas posiciones. Todo un retrato de nuestra evolución en las últimas 4-5 décadas: desarrollo del Estado de Bienestar y aparición de vicios en dos instituciones claves de la transición: sindicatos y partidos políticos.

Atendiendo a las numerosas publicaciones del *Institute of Health Metrics and Evaluation*, el sistema sanitario ha colocado a España en posiciones de liderazgo mundial sin parangón en otros sectores. Matrículas de honor en una gama muy amplia de indicadores de salud, incluso entre aquellos más sensibles a la actuación de los servicios sanitarios, como son las causas de muerte innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables. *Avoidable mortality* en inglés, en la que España ocupaba la sexta posición mundial, entre todos los países con más de un millón de habitantes, tras Suiza, Suecia, Noruega, Australia y Finlandia (*Lancet* 18 mayo 2017).

Incluso la gestión de la pandemia, pese a fallos reconocidos, ha sido digna¹. Solo Noruega mejoró ligeramente su esperanza de vida al nacer durante los años 2020 y 2021. EUA perdió durante ese período más de 28 meses. En Europa, el peor registro corresponde a Bulgaria con una pérdida de 43 meses, mientras Holanda y España empatan a 7,4 meses, no lejos de los 5,7 de Alemania (*Schöley, J. et al. Life expectancy changes since COVID-19. Nat. Hum. Behav. 17 octubre 2022*).

Amartya Sen hace tres décadas ya constató la paradoja de cómo la mejora en los indicadores objetivos de estado de salud van acompañados de un empeoramiento de la percepción subjetiva de ese mismo estado de salud. Josep Taberner lo explicaba recientemente con panorámica sabiduría: “El cáncer no desaparecerá, en el 2030 la supervivencia puede ser del 70% cuando hace 25 años ese porcentaje era del 35%...Disminuiremos las enfermedades oncológicas, las curaremos, las cronificaremos.” Ciertamente las ganancias en cantidad y calidad de vida han sido muy notables pero la enfermedad no es un charco que quepa achicar. Cada sociedad tiene sus plagas y cronificar un cáncer, o superar un infarto, da tiempo para que otras enfermedades crónicas se instauren (neurodegenerativas incluso), la cadera se rompa, o proceda una cirugía de cataratas en la evolución hacia la fragilidad y, en ocasiones, la dependencia. Otro oncólogo, Ezekiel Emanuel, plantea interesantes reflexiones sobre dignidad y calidad de vida en *Why I hope to die at 75*².

¹ Resulta difícil que los opinadores no ofrezcan una imagen más catastrófica ya que incurren en el sesgo retrospectivo: Olvidan que hay que juzgar las decisiones tomadas con los datos e incertidumbre del momento. Si pudiéramos comprar y vender hoy sabiendo las cotizaciones de mañana en pocos meses seríamos las personas más ricas del mundo.

² Recuerda como William Osler calificaba a la neumonía de amiga de la vejez. Su planteo sorprende especialmente a los que no conocen psicogerítricos ni tratan personas de edades avanzadas. Particularmente, sin embargo, pronostico que Emanuel no esperará morir cuando llegue a los 75 pues,

Hace 15 años que hemos dejado escrito que España tiene un buen sistema sanitario pero con mal pronóstico. Ese pronóstico está empeorando claramente: entre 2009 y 2014 el porcentaje de financiación pública del gasto sanitario pasó del 75,4% al 70,3%³; los seguros sanitarios privados experimentan un rapidísimo crecimiento⁴. Nuestro sistema sanitario está volviendo al sistema benéfico-privado del que partimos⁵.

Huida a privada: Peligroso voto con los pies. Seguros privados: 24% población (33% en Cataluña, 40% en Barcelona ciudad) pero solo el 8% del gasto sanitario. Facturación de 900€ por asegurado.

Q1/Q5 = 8'1 para gasto sanitario privado⁶ (4 para conjunto gasto), con 29% médicos exclusivamente en privada...necesidad/disposición a pagar de los w.w.w. (*wealthy, well...but worried*).

¿Qué hacer? Primero decirlo y después ponerse de acuerdo sobre los hechos más relevantes para actuar sobre los más importantes y vulnerables sea cual sea la perspectiva ideológica (véase el número 81 de la Revista Económica de Cataluña⁷). Citamos tres hechos relevantes⁸:

1. Financiar públicamente la sanidad es la manera más eficiente de mejorar la salud de la población pues permite atender los problemas clínicos y sanitarios con criterios de necesidad, no de disposición a pagar⁹. Recordemos como en 1996 no fue nombrado el ministro en la sombra del PP Fernández Miranda, quien propugnaba una generalización del modelo MUFACE. Romay Beccaría ocupó ese puesto en clara comunión con el otro partido mayoritario acerca del carácter esencial de la financiación pública.

como dice en el artículo, las personas adaptamos nuestras expectativas a la disminución de capacidades físicas y mentales.

³ En los gráficos del final se observa tanto la citada evolución entre 2009 y 2014 (y el posterior repunte con la pandemia) como la galopada que supuso construir el Estado de Bienestar en España. En los primeros setenta, la presión fiscal española era la mitad de la de la UE-15. Llegamos prácticamente a alcanzarla. La crisis del 2008 nos diferencia de nuevo ya que la expansión del gasto fiscal se había financiado con ingresos provenientes del boom inmobiliario. Estos desaparecieron pero los gastos no: Aparece el déficit, algo que no ocurrió en la mayor parte de los países de la UE.

⁴ No es el caso de Navarra por contar con una oferta pública y privada de calidad.

⁵ Una de mis primeras experiencias profesionales a tiempo completo fue como Adjunto a Gerencia en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, entonces benéfico-privado: Urgencias inauguradas hacía poco, salas comunes, médicos voluntarios (300 pesetas/mes, esforzadas monjas, cronificaciones inadecuadas, peligro de desaparición). La gestión es hija de la necesidad. Se realizó uno de los primeros conciertos con el INP en 1972 (en 1967 lo había hecho ya la Fundación Puigvert con Esperança Martí), se contrataron médicos, se partieron salas, se construyó intensivos generales, se acordó un convenio laboral con los sindicatos (clandestinos entonces), se acogió Medicina de la UAB, se profesionalizó la enfermería... Para otro momento dejo explicar cómo se financiaron las imprescindibles inversiones a unos tipos muy favorables o cómo se trataban de manejar las visitas de las recién creadas unidades de antidisturbios.

⁶ El quintil superior de renta gasta 8,1 veces más en sanidad privada que el quintil inferior. Ciertamente no está 8,1 veces más enfermo aunque tampoco hay que descartar una mejora de bienestar derivada de un mayor confort y accesibilidad.

⁷ <https://www.coleconomistes.cat/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=1e333773-ef9d-4d24-a878-86732e3a51dd&Cod=7539f69e-b9e9-4c9f-abf5-5fe6eb1bd0a4&Idioma=ca-ES>

⁸ El propósito del Foro es el de ampliar la lista...como así se hizo.

⁹ Véanse cuadros al final.

2. No hablar 'en general'. Ciertamente la atención primaria¹⁰ ha desoído el déficit de 10.000 profesionales hace tiempo anunciado, ciertamente la gestión de sus recursos humanos resulta absolutamente inadecuada... pero existen centros de salud excelentes y otros muy mejorables.
3. La pandemia ha puesto en valor el profesionalismo y ha mostrado que la gestión importa. El reto es mantener esa agilidad fuera del estado de alarma. Falta autonomía de gestión de los centros sanitarios públicos, lo que dificulta su conveniente competencia por comparación en calidad¹¹. La sanidad pública desfallece por ser gestionada como un negociado de vados: Preocupa el 'control de la legalidad' (o su apariencia) no la eficacia gestora que hace resolutive la sanidad y, por tanto, deseable para la población votante.

Mensaje de recapitulación

Futuro: calentamiento global (no habrá bienestar humano en un planeta enfermo), 2-5 virus zoonóticos/año, escenario de guerra fría. Asusta algo. Miremos entonces al pasado y la gran mejora que ha experimentado tanto nuestro país como el mundo en las últimas décadas. Seamos dignos herederos.

Presente: Población y profesionales recuperándose de la pandemia con unos niveles de gasto sanitario récord. Nuestro SNS ha de mejorar (la sostenibilidad es simplemente ofrecer capacidad resolutive para que la población vote a las opciones favorecedoras de la financiación pública) y no lo hará a través de una 'Ley de Mejora del SNS' sino por un conjunto de acciones orientadas al bienestar común que en gran parte debemos impulsar los profesionales (como las propuestas en el Foro) lidiando con los inevitables intereses gremiales, corporativos, sindicales que ahora protagonizan los debates.

Para las acciones de mejora conviene ser consciente tanto de las peculiaridades de nuestra situación como de que participamos en un cierto caos sanitario que en estos momentos está afectando a los países desarrollados.

- *Peculiaridades*. Natalidad hundida en 1,2-1,3 desde hace cuatro décadas, tiempo en el que la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 8 años. Importante

¹⁰ La consejera, en su discurso inaugural, insistió adecuadamente en la importancia de la AP. De acuerdo: "La atención primaria es el único componente de atención de la salud en el que una mayor oferta se asocia con una mejor salud de la población y unos resultados equitativos. Por ello, la atención primaria es un bien común, cuya solidez y calidad constituye una preocupación colectiva". La frase anterior viene a ser cita casi literal del reciente informe [Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundations of Health Care](#) (The National Academy of Sciences, Engineering and Medicine, 2021). No hay que minusvalorar el descomunal déficit así como la absoluta falta de flexibilidad para negociar contratos. Sin una decidida discriminación positiva, especialmente de la MFC, la solución no será fácil.

¹¹ Competencia igualando terreno y reglas de juego. No como la de SERMAS en los últimos 12 años. Partos, consultas, intervenciones quirúrgicas -dentro del área única y con capacidad de elección- se han ido a los privados (cinco de ellos con finalidad lucrativa, Fundación Jiménez Díaz el más conocido) pues se les incentiva para atraer y a los públicos no se les penaliza por dejar marchar. También los privados han contratado a la mayoría de especialistas. González López-Valcárcel B. [Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica \(sanidad\): paso adelante y oportunidad perdida](#). Blog Nada es Gratis (24-07-2020). Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>

decrecimiento natural (o vegetativo) de la población esperado; previsión de que sea compensado con inmigración. La cualificación de esta inmigración influirá, y será influida, en como varíe la productividad. Pensiones sin estabilizador automático, en reforma 'silenciosa'¹²...posibilidad de aprender de las buenas y malas experiencias en otras comunidades autónomas...

- *Cierto caos generalizado* en los sistemas sanitarios de los países desarrollados por una oferta estancada en alguna de sus expresiones y una necesidad expresada absolutamente desbordada.
- *Oferta estancada*. Olas de infecciones respiratorias continúan obligando a cancelar intervenciones, se ha olvidado que los hospitales atendieron a millares de enfermos de Covid-19...y la primaria a millones. Recordemos que -efecto Baumol- el aumento en la densidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas por proceso señala caídas de productividad aparente¹³. Solo cuando se miden Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) resultantes de la atención sanitaria, y más si se valoran según disposición a pagar, se consigue un cuadro más risueño de aumento de productividad. En promedio, los AVACs valen lo que cuestan, compatible -eso sí- con importantes bolsas de inadecuación, tanto por sobreutilización como por infrautilización¹⁴.
- *Explosión de necesidad expresada (se le llama 'demanda')*. Urgencias desbordadas, tendencia a saturar capacidades, tal vez recuperación de la demanda no expresada durante la pandemia, olvido de que la utilización debe ser gestionada...

El futuro del SNS depende mucho de los profesionales sanitarios, particularmente de cómo se alineen los líderes clínicos. No será fácil pero abstenerse no es una opción.

¹² <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/vamos-silenciosamente-hacia-un-estado-del-bienestar-distinto-al-que-conocemos>

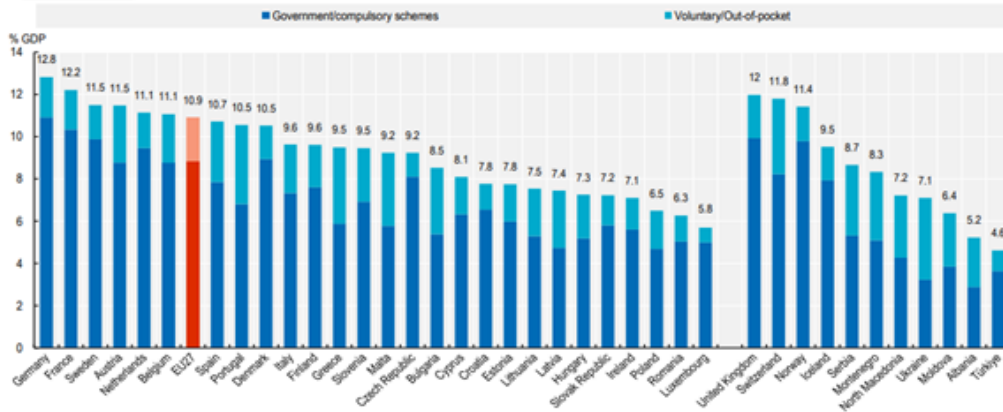
¹³ Un peluquero tradicional efectuaba casi veinte servicios a la hora, uno muy moderno -con mucha psicoestética reafirmadora de la autoestima- puede pasarse el día con un cliente. En la producción de bolígrafos, la mecanización ha conseguido grandes aumentos de unidades producidas por trabajador. Los servicios sanitarios tienen algo de peluquería. Todavía en 1971 se publicaba que era indiferente hospitalizar o tratar en casa a un IAM salvo que presentara fibrilación auricular. Desde entonces las ganancias en tratamiento y prevención de los IAM han sido espectaculares...aparecen códigos infarto y programas para fomentar la adherencia terapéutica, el control de factores de riesgo, etc. para prevenir un segundo infarto. Lo mismo ocurre con los ictus isquémicos... lo que nos lleva a la situación Tabernero-Emanuel antes mencionada.

¹⁴ Vicente Ortún y Jordi Varela. Infra y sobre utilización. ¿Inventando problemas?
<http://www.iiss.es/gcs/gestion66.pdf>

Anexo. Gráficos a continuación:



Estat de Benestar, Health Expenditure as a share of GDP (2020 or nearest year)



Note: The EU average is weighted.

Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

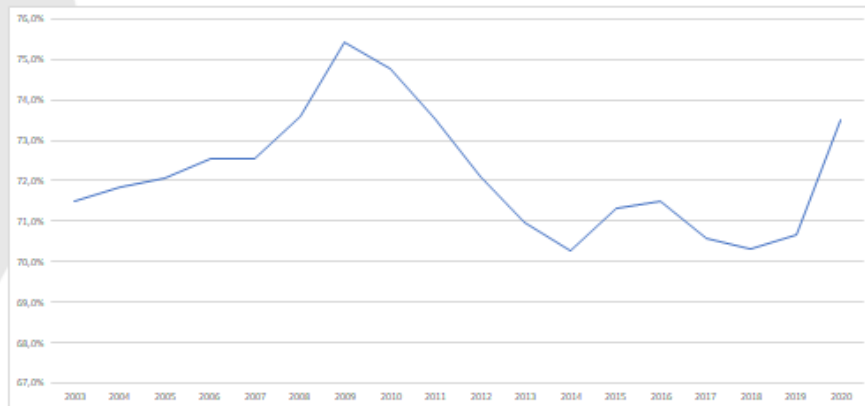
StatLink <https://stat.link/ghc7r5>



4



Estat de Benestar, Evolució del pes de la despesa sanitària pública sobre el total en el període 2003-2020 (%)



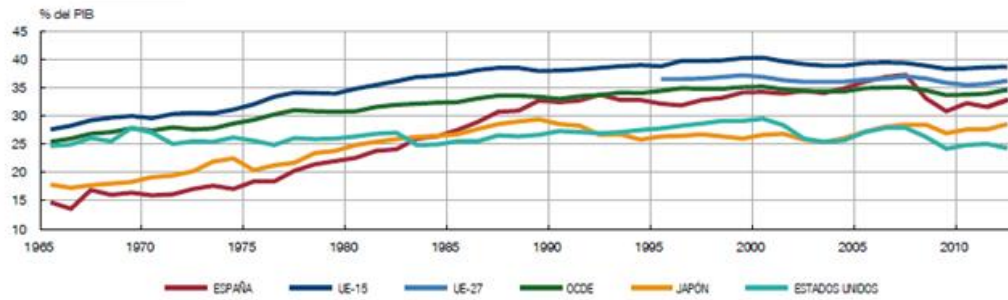
Font: Elaboració pròpia a partir del Sistema de Comptes de Salut (2022)



5



Estat de Benestar, Espanya: Ingressos impositius com % PIB



FUENTES: Eurostat (2014) y OCDE (2013).



Quines són les teràpies gèniques aprovades o de propera aprovació?

1,5m€

2,8m€

Afegir Hemgenix, Hemofilia B 3,5m€

Rare birds

Key gene therapies for rare diseases in development or approved

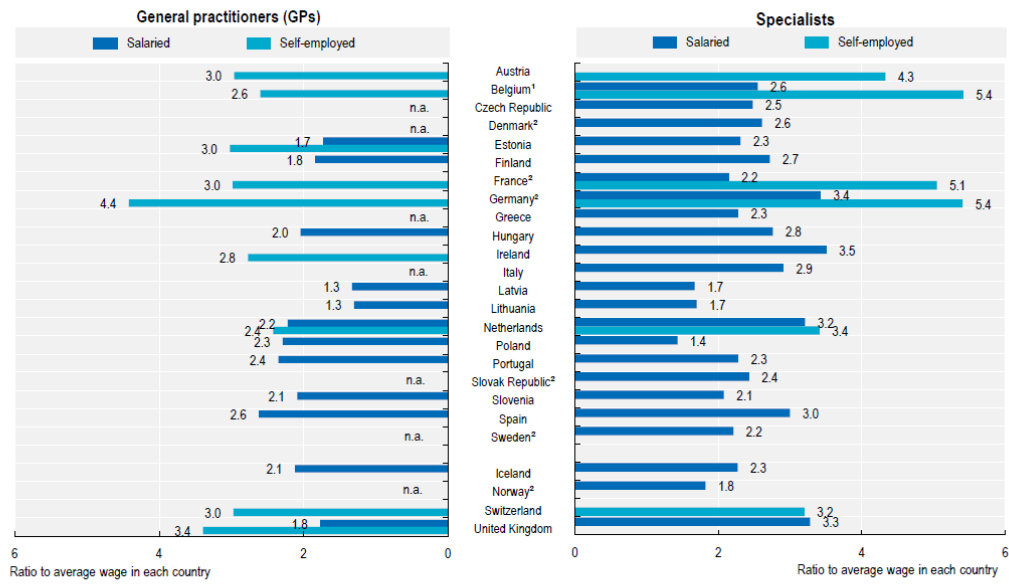
Medicines approved in any jurisdiction

Company/therapy name	Disease
BioMarin/Roctavian ●	Haemophilia a
Disease description	Blood-clotting disorder
bluebird bio/eli-cel	Cerebral adrenoleukodystrophy
Disease description	Rapid loss of neurological function. Often fatal
bluebird bio/lovo-cel	Sickle-cell disease
Disease description	Atypical haemoglobin molecules lead to painful condition with wide damage to body and organs
bluebird bio/Zynteglo* ●	Beta thalassaemia
Disease description	Blood disorder with reduced levels of working haemoglobin
CRISPR Therapeutics and Vertex Pharmaceuticals/CTX001	Sickle-cell disease
Disease description	Atypical haemoglobin molecules lead to painful condition with wide damage to body and organs
Gensight Biologics/Lumevoq	Leber hereditary optic neuropathy
Disease description	Mitochondrial genetic disease that causes irreversible and severe vision loss, leading to blindness mostly in teens and young adults

Novartis/Zolgensma ●	Spinal muscular atrophy	1,9m€
Disease description	Causes weakening muscles and can be fatal	
Orchard Therapeutics/Libmeldy ●	Metachromatic leukodystrophy	2,4m€
Disease description	A disorder which degrades the nervous system	
Orchard Therapeutics/Strimvelis ●	ADA-SCID	0,59m€
Disease description	Inability to fight infections due to lack of white blood cells	
PTC Therapeutics/Upstaza ●	AADC deficiency	3m\$
Disease description	Rare genetic disorder of nervous system, interferes with way nerve cells talk to each other	
Roche/Luxturna ●	Inherited retinal disease	0,85m€
Disease description	Eye disorder that causes vision loss or blindness	
UniQure/EtranaDez†	Haemophilia b	
Disease description	Blood-clotting disorder	
UniQure/Glybera* ●	Lipoprotein lipase deficiency	2,1m\$
Disease description	Inability to digest fats	

*Withdrawn from Europe †Approval expected in 2022
Source: The Economist
The Economist

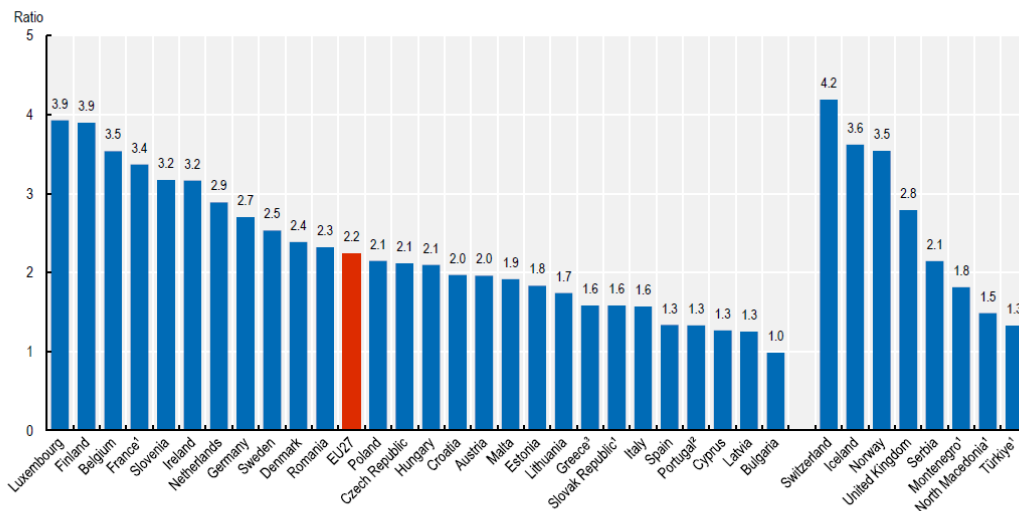
Figure 7.12. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2020 (or nearest year)



1. Practice expenses of self-employed GPs and specialists are included (resulting in an over-estimation). 2. Data for both salaried GPs and specialists are reported under salaried specialists as it is not possible to separate these two groups of doctors.
Source: OECD Health Statistics 2022.

StatLink <https://stat.link/0v1fwj>

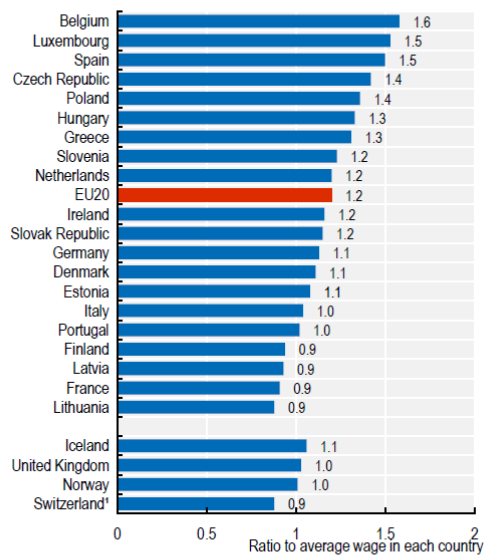
Figure 7.17. Ratio of nurses to doctors, 2020 (or nearest year)



Note: The EU average is unweighted. 1. For countries that have not provided data for practising nurses and/or practising doctors, the numbers relate to "professionally active" nurses and doctors. 2. The ratio for Portugal is underestimated (professionally active nurses / all doctors licensed to practise). 3. For Greece, the data refer to nurses and doctors employed in hospitals.
Source: OECD Health Statistics 2022, Eurostat Database.

StatLink <https://stat.link/2goj0t>

Figure 7.18. Remuneration of hospital nurses, ratio to average wage, 2020 (or nearest year)



1. The data also include "associate professional" nurses who have lower qualifications and revenues.
Source: OECD Health Statistics 2022.


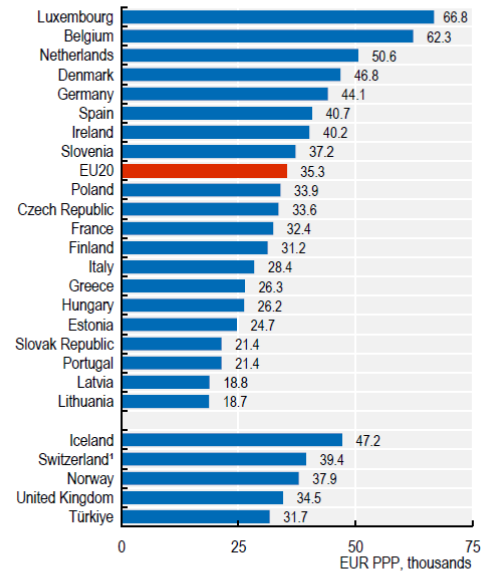

StatLink  <https://stat.link/ju7of8>

Figure 7.19. Remuneration of hospital nurses, EUR PPP, 2020 (or nearest year)



1. The data also include "associate professional" nurses who have lower qualifications and revenues.
Source: OECD Health Statistics 2022.

StatLink  <https://stat.link/l58aur>

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**Hipòtesi sobre immigració i estat del benestar**" Health Policy Papers Collection 2023-1_GL

López-Casasnovas, G; "**La Financiación de las nuevas terapias**" Health Policy Papers Collection 2022-16_GL

López-Casasnovas, G; Maynou-Pujolràs, L.; Sáez-Zafra, M; "**Health and Random Shocks: Self-Perceived Health in Spain and in Some European Countries During the Financial Crisis**" Health Policy Papers Collection 2022-15_GL_LM_MS

Castaño Riera, E; "**El Relato: VII Programa Experto en Política Sanitaria y Farmacoeconomía**" Health Policy Papers Collection 2022-14_EC

Ortún Rubio, V; "**¿Sirve el instrumental de evaluación económica convencional para la innovación actual y futura?**" Health Policy Papers Collection 2022-13_VO

Ibern Regàs, P; "**Perspectivas económicas sobre la medicina de precisión.**" Health Policy Papers Collection 2022-12_PI

Peiró Moreno, S; "**Modelos de estratificación poblacional de la cronicidad.**" Health Policy Papers Collection 2022-11_SP

López-Casasnovas, G; "**La privatización de la sanidad. Que viene el lobo.**" Health Policy Papers Collection 2022-10_GL

Serrano-Alarcón, M; Hernández-Pizarro, H; López-Casasnovas, G; Nicodemo, C; "**Effects of long-term care benefits on healthcare utilization in Catalonia**" Colección Health Policy Papers 2022-09_GL.

López-Casasnovas, G; "**Los beneficios fiscales del aseguramiento sanitario privado**" Colección Health Policy Papers 2022-08_GL

López-Casasnovas, G; "**Como veo la evolución de los tratamientos farmacológicos**" Colección Health Policy Papers 2022-07_GL.

López-Casasnovas, G; "**Petita crònica de les propostes de la comissió d'experts per a la reforma fiscal, amb especial referència final a la fiscalitat indirecta de la sanitat privada.**" Colección Health Policy Papers 2022-06_GL.

López-Casasnovas, G; "**La Subvenció pública en el món de les Arts. Teatre i economia.**" Colección Health Policy Papers 2022-05_GL.

López-Casasnovas, G; "**La economía de la salud 'en cuerpo y alma.'**" Colección Health Policy Papers 2022-04_GL.

López-Casasnovas, G; "**A political economy analysis of the Spanish Health System and its reform.**" Colección Health Policy Papers 2022-03_GL.

López-Casasnovas, G; "**Envelliment, salut i activitat econòmica i empresarial**" Colección Health Policy Papers 2022-02_GL.

López-Casasnovas, G; "**Análisis de economía política del Sistema de Salud Español**" Colección Health Policy Papers 2022-01_GL.

López-Casasnovas, G; "**Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona**" Colección Health Policy Papers 2021-18_GL.

López-Casasnovas, G; "**Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: ¿Quo vadis?**" Colección Health Policy Papers 2021-17_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

