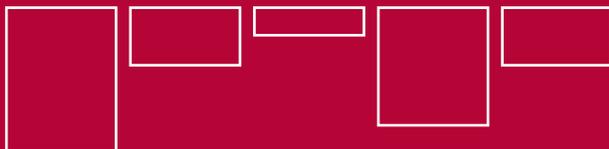


2014
mrm

5

Segunda Parte:

MEDIOS PARA LA
CALIDAD DE VIDA



E L S I S T E M A
PÚBLICO DE SALUD
E N L A R E G I Ó N D E
M U R C I A

5.1.

INTRODUCCIÓN

La salud constituye un elemento esencial del bienestar humano. La conservación y mejora del estado de salud mental y físico de los ciudadanos es el objetivo básico del sistema sanitario público. Las prestaciones de asistencia sanitaria, no siendo el único factor que contribuye a mantener y mejorar la salud de la población (también ayudan a “producir” salud los hábitos de vida, nutricionales, etc.), se reconocen, no obstante, como pieza básica del Estado de bienestar. La provisión de servicios sanitarios de calidad, su producción eficiente y la garantía de un acceso equitativo a los mismos deben ser los objetivos que guíen la organización y el funcionamiento del sistema público de salud.

Los sistemas sanitarios públicos –el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, en particular– se enfrentan en la actualidad a importantes retos que comprometen su sostenibilidad financiera (Abellán et al., 2012). En el corto plazo han de subsistir con presupuestos menguados, como consecuencia del impacto de la crisis económica sobre las finanzas públicas. Más allá de estas restricciones que, al menos en parte, cabría considerar de naturaleza coyuntural, existen factores de diversa índole que impulsan al alza el gasto sanitario y amenazan la solvencia del sistema en el medio y largo plazo. A un lado se sitúan los factores demográficos y epidemiológicos, como el progresivo envejecimiento de la pirámide poblacional y el creciente volumen de pacientes crónicos. De otro lado, los continuos avances tecnológicos en el ámbito de la salud y su concreción en innovaciones terapéuticas de elevado precio, desafían la capacidad del sistema de incorporar estas nuevas opciones en un contexto, además, de elevada incertidumbre acerca de su balance coste-efectividad.

El gasto sanitario público en España alcanzó en 2009 un valor máximo de 70.579 millones de euros (un 6,7% del PIB). En 2013 la cifra consolidada se había reducido en casi

9.000 millones de euros en términos nominales o, lo que es lo mismo, a un ritmo del 3,3% de caída anual (un 12,6% acumulado)¹. Si se atiende a las previsiones presupuestarias, en 2014 el gasto sanitario aún caería ligeramente (-0,2% para el conjunto de comunidades autónomas), para invertir su tendencia tímidamente en 2015, con un crecimiento nominal del 1,8%.

En la Región de Murcia el gasto sanitario se ha reducido a un ritmo anual del 2% entre 2009 y 2013. Siendo los gastos de personal un componente principal del gasto sanitario (en torno al 50% del total), no sorprende que esta contracción presupuestaria encuentre reflejo en la evolución de las plantillas de las instituciones del Servicio Murciano de Salud (SMS) que, entre 2011 y 2014, han perdido más de un 5% de efectivos, amén del impacto adicional que sobre los gastos de personal han tenido las medidas retributivas.

Si bien cabría asumir que parte de estos “ajustes” en el gasto en sanidad pueden haber tenido lugar mediante una mejor gestión de los recursos disponibles, esto es, sin merma de la cantidad y calidad de los servicios prestados a los usuarios del sistema, no es aventurado suponer que, en mayor o menor medida, la caída en los niveles de gasto debe de haber conllevado un deterioro de las prestaciones recibidas por los ciudadanos.

Un indicador de este presumible deterioro del sistema es la evolución de la percepción que los ciudadanos tienen de la sanidad pública. La puntuación que los usuarios dan al sistema público de salud regional en el Barómetro Sanitario ha caído en los últimos años. Son menos los

¹ Se toma como referencia la evolución de la función Salud en la clasificación funcional del gasto de las Administraciones públicas, la reducción es aún mayor: un 13,6% acumulado entre 2009 y 2013, esto es, una caída media anual del 3,6%.

que piensan que el sistema funciona bien o bastante bien y muchos más los que consideran que su funcionamiento ha empeorado en todos sus niveles. Otro indicador, éste más objetivo, es la evolución de las listas y tiempos de espera para ser atendidos por el sistema público de salud. Entre junio de 2011 y junio de 2014, la tasa de pacientes en espera quirúrgica por cada 1.000 habitantes aumentó 7,5 puntos (más del 50%); el tiempo medio de espera se duplicó y el porcentaje de pacientes con más de 6 meses de espera pasó del 2% al 22%.

Más complicado resulta poner cifras a los efectos que los "recortes" en sanidad pueden haber tenido sobre los resultados finales del sistema, esto es, sobre la salud de los ciudadanos. Cabe presumir que menos profesionales, menos medios materiales, tiempos de espera más prolongados y más barreras económicas al acceso de determinadas prestaciones (principalmente, aunque no solo, las farmacéuticas, debido a la modificación del copago), habrán tenido un impacto negativo en la cantidad y calidad de los servicios provistos y, por ende, en la capacidad del sistema sanitario para contribuir a la mejora de la salud de la población. Probablemente habrá que esperar algún tiempo para poder hacer un balance de estos daños que, sin duda, se habrán visto acrecentados por los lesivos efectos sobre la salud derivados de la caída en la renta familiar, el brutal incremento del desempleo, los problemas en el mercado de vivienda o la menor dotación presupuestaria de otras políticas de bienestar, como los servicios sociales y la atención a la dependencia.

Este capítulo pretende ser un análisis de la situación actual del sistema sanitario público en la Región de Murcia, así como de algunos de los principales indicadores que informan sobre sus resultados. Se revisará la evolución reciente de las magnitudes económicas y financieras del SMS, los recursos humanos y materiales del sistema, los datos sobre actividad y los resultados en salud, así como la satisfacción de los usuarios. Todo ello tomando como referencia las cifras del resto de servicios regionales de salud y del SNS en su conjunto, y con el fin último de

tratar de discernir el impacto de la crisis económica y financiera sobre las magnitudes e indicadores objeto de análisis.

5.2. ASPECTOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

5.2.1. ESTRUCTURA Y EVOLUCIÓN RECIENTE DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA REGIÓN

Antes de presentar y analizar las cifras de gasto sanitario público conviene hacer algunas precisiones metodológicas. En primer lugar, el estudio del gasto sanitario a escala regional puede realizarse a partir de dos fuentes: la estadística de gasto sanitario público y los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas (CC.AA.). La primera, publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, registra los recursos destinados a sanidad en términos de contabilidad nacional, siendo 2013 el último año para el que existen datos disponibles. La segunda fuente, los presupuestos autonómicos, refleja las previsiones iniciales de gasto en sanidad de las CC.AA., siendo su principal inconveniente el carácter estimativo de sus cifras y su mayor ventaja la disponibilidad de datos para ejercicios más recientes; concretamente, hasta 2015. La naturaleza provisional de las magnitudes presupuestarias se pone de manifiesto en la desviación sistemática que se observa entre dichas cifras y las contenidas en la estadística de gasto sanitario público. Esta desviación, además, es singularmente notable en el caso de la Región de Murcia, como cabe apreciar en el gráfico 5.1. En el periodo 2007-

TABLA 5.1.
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA,
EL TOTAL DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EL CONJUNTO DE LAS ADMINISTRACIONES
PÚBLICAS EN ESPAÑA. 2002-2013

	REGIÓN DE MURCIA ^(*)		CC.AA. ^(*)		ESPAÑA	
	Miles de euros	% PIB	Miles de euros	% PIB	Miles de euros	% PIB
2002	1.007.853	5,42	34.552.342	4,63	38.563.045	5,15
2003	1.153.836	5,70	38.561.129	4,82	42.956.889	5,35
2004	1.284.085	5,90	41.742.699	4,86	46.348.681	5,38
2005	1.425.846	5,97	45.692.842	4,93	50.586.839	5,44
2006	1.566.506	6,04	50.336.961	5,01	55.683.290	5,52
2007	1.755.530	6,27	54.649.813	5,07	60.310.152	5,58
2008	2.132.190	7,32	60.964.895	5,48	66.857.644	5,99
2009	2.258.270	8,12	64.387.423	5,99	70.579.416	6,54
2010	2.240.581	8,01	63.717.618	5,92	69.417.368	6,42
2011	2.265.509	8,26	62.592.734	5,84	68.049.972	6,33
2012	2.110.545	7,82	59.094.464	5,62	64.152.775	6,08
2013	2.086.493	7,76	56.745.748	5,43	61.709.827	5,88

(*) Aportación al gasto público en sanidad total consolidado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Centro Regional de Estadística de la CARM e INE.

TABLA 5.2.
PRESUPUESTOS INICIALES PARA SANIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
LA REGIÓN DE MURCIA Y DEL TOTAL DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2007-2015
(Miles de euros)

	REGIÓN DE MURCIA	Total CC.AA.
2007	1.571.200	52.328.839
2008	1.765.535	56.518.611
2009	1.853.664	58.909.680
2010	1.984.828	59.767.615
2011	2.023.453	57.360.289
2012	1.803.524	56.491.330
2013	1.567.002	53.164.176
2014	1.623.243	53.052.299
2015	1.648.424	54.016.366

Fuente: Ministerio de Sanidad y Centro Regional de Estadística de la CARM.

2012 el gasto sanitario en Murcia es, según lo años, entre un 10% y un 20% superior a los créditos inicialmente presupuestados. Para el conjunto de CC.AA. dicha desviación alcanza un mínimo del 4% y un máximo del 9%. En el año 2013 se observa una discrepancia muy superior a la media del periodo 2007-2012 (que es de un 16%), de suerte que la aportación de la Región de Murcia al gasto sanitario público consolidado supera en más de un 33% a la cifra consignada en

los presupuestos iniciales. Este desfase cabe atribuirlo, al menos en parte, al hecho de que el SMS, como otros servicios de salud autonómicos con importantes déficit de gestión, liquidó en 2013 gastos de ejercicios anteriores gracias a la inyección de recursos que supuso el Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) y el Fondo para la Financiación del Pago a Proveedores, que ha permitido hacer frente a las facturas "guardadas en el cajón" (Pérez García, 2015).

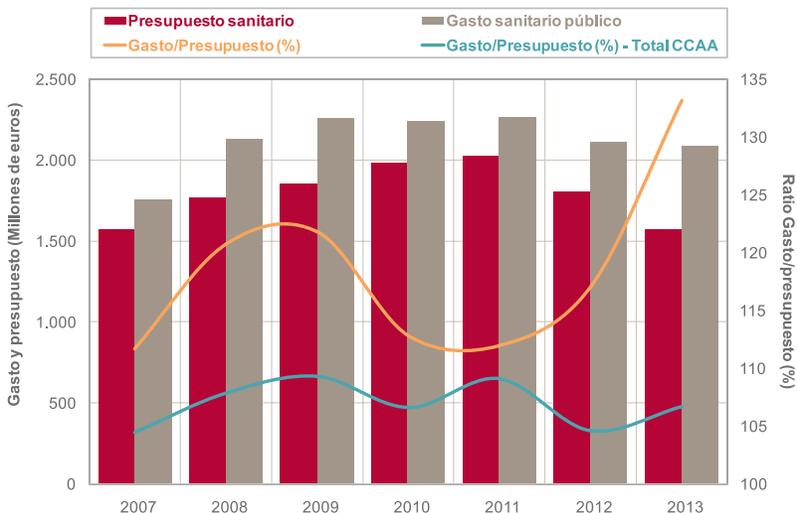
La segunda matización que resulta preciso realizar tiene que ver con el ámbito institucional de las magnitudes económicas analizadas y, a resultados de ello, con su ámbito subjetivo. Con independencia de la fuente escogida (estadística de gasto sanitario público o presupuestos sanitarios), el sujeto de análisis es la comunidad autónoma. Esto implica que quedan al margen los gastos públicos en salud realizados por el resto de agentes, a saber, la administración central, las corporaciones locales y las mutualidades de funcionarios. Si bien la pérdida de información no es muy grande (el gasto de las CC.AA. representa algo más del 90% de todo el gasto sanitario público), el carácter restringido del concepto de gasto sanitario utilizado se ha de tener en cuenta, por ejemplo, a la hora de construir e interpretar indicadores per cápita que, en rigor, deberían tomar como referencia solo la población protegida por el Sistema Nacional de Salud (el SMS en el caso de la Región de Murcia), excluyendo a los mutualistas (funcionarios) que reciben sus prestaciones a través de entidades privadas de aseguramiento. Del mismo modo, a los efectos del análisis com-

parado de las cifras regionales con las del conjunto del Estado, la referencia habrá de ser el agregado de las CC.AA. (tanto en lo que respecta a las magnitudes económicas como a las poblacionales), obviando en este caso las cifras de los territorios de Ceuta y Melilla, en los que las competencias de sanidad continúan siendo desarrolladas por la administración central a través del Ingesa.

El gasto sanitario público (GSP) en la Región de Murcia, definido en los términos del párrafo precedente, ascendió en 2013 –último año disponible en las Estadísticas publicadas por el Ministerio de Sanidad– a 2.086,5 millones de euros. Esta cifra representa un 3,68% del gasto sanitario realizado por el conjunto de Comunidades autónomas (CC.AA.) y un porcentaje algo menor (3,38%) del gasto sanitario público total en España en dicho año, que se cifró en 61.709,8 millones de euros.

En relación con el PIB, el GSP en la Región representaba en 2013 un 7,76%, medio punto porcentual menos que en 2011, cuando el indicador alcanzó un máximo del 8,26% del PIB. El valor correspondiente al total de CC.AA. fue del 5,43% en 2013; más

GRÁFICO 5.1.
GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRESUPUESTO SANITARIO EN LA REGIÓN DE MURCIA. 2007-2013



Fuente: Ministerio de Sanidad y Centro Regional de Estadística de la CARM.

GRÁFICO 5.2.
GASTO SANITARIO PÚBLICO EN PORCENTAJE SOBRE EL PIB. 2002-2015 (*)



(*) Cifras de 2014 proyectadas a partir de la evolución de los presupuestos iniciales. Cifras de 2015 estimadas a partir de la evolución de los presupuestos iniciales en sanidad y las previsiones de crecimiento del PIB del gobierno.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Centro Regional de Estadística de la CARM e INE.

de 2 puntos inferior al dato de la Región y casi seis décimas de PIB menos que el máximo registrado en 2009.

Al comienzo del periodo de crisis económica que se abrió en 2008, el colapso de la actividad productiva y su reflejo en las cifras de PIB regional y nacional, unidos a la inercia al alza del gasto sanitario, motivaron un incremento en la ratio GSP/PIB, particularmente acusado en el caso de la Región de Murcia, donde el indicador aumentó dos puntos entre 2007 (6,27%) y 2011 (8,26%). Las políticas de consolidación presupuestaria puestas en marcha desde 2010 se tradujeron en recortes en los programas de gasto público, incluidos los destinados a salud. Si bien su efecto se hizo notar pronto en el conjunto de las CC.AA. (el indicador de GSP en porcentaje del PIB muestra una tendencia decreciente a partir de 2009), en Murcia no se invirtió la tendencia evolutiva del indicador hasta 2012. Considerando las magnitudes contenidas en los presupuestos sanitarios, el GSP mantendría su peso en el PIB (ver línea de puntos en el gráfico 5.2), siendo posible estimar, con todas las caute-

las, para este último año una cifra del 7,8% para la Región de Murcia y del 5,45% para el total de CC.AA.².

El GSP en Murcia creció a una tasa anual media del 12,2% en el periodo 2002-2009, frente al ritmo anual del 9,3% registrado en el conjunto de CC.AA. Entre 2009 y 2013, la variación media en el gasto fue del -2,0% en la región y del -3,1% en el total de servicios regionales de salud. También en términos reales, una vez descontado el efecto de la inflación, el GSP creció en la comunidad de Murcia a mayor ritmo que en el conjunto del Estado durante la fase expansiva (casi 3 puntos más de media anual entre 2002 y 2009) y se ha contraído

² Conviene advertir de que, al basarse la proyección del indicador en la evolución de los presupuestos a partir de 2013, las estimaciones de 2014 y 2015 asumen que la desviación del gasto definitivo sobre los presupuestos será la misma en 2014 y 2015 que la registrada en 2013. Habida cuenta de que en este último año el grado de ejecución presupuestaria fue anormalmente elevado (en particular, en la Región de Murcia), las estimaciones probablemente estén sesgadas al alza y la ratio gasto/PIB en 2014 y 2015 resulte inferior a la proyectada en el gráfico.

menos que en el total de CC.AA. en el periodo 2009-2013 (-5,4% frente a -6,7% de variación acumulada en el cuatrienio).

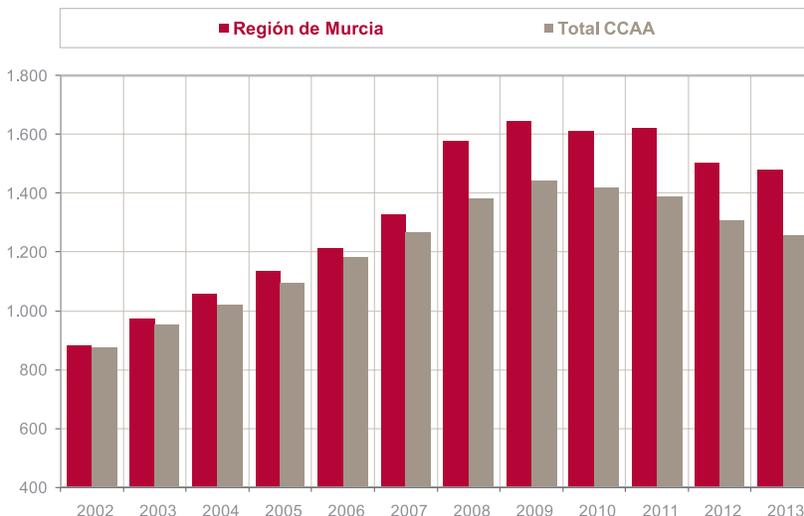
En términos per cápita (tomando como referencia, no el total de la población, sino solo la población protegida por el SNS), la cifra de GSP en Murcia superó en 2013 un 17% la media nacional (unos 220 euros más por habitante). Este diferencial ha aumentado considerablemente desde comienzos del presente siglo, por cuanto en 2002 los valores per cápita eran prácticamente coincidentes (880 frente a 875 euros per cápita en Murcia y el conjunto de CC.AA., respectivamente).

Recientemente, la Fundación BBVA, en colaboración con el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie), ha publicado un informe sobre la evolución del gasto en servicios públicos fundamentales y su distribución territorial (Pérez García, 2015). Aunque las cifras no son exactamente iguales a las mostradas en el gráfico 5.3, por basarse en distintas fuentes, las conclusiones de dicho informe coinciden en señalar que el gasto per cápita en salud en la Región de

Murcia supera la media de comunidades. Concretamente, según la citada publicación, la administración regional murciana destinó a salud en 2013 un 10% más de recursos per cápita que el conjunto de CC.AA., solo por detrás de cinco comunidades del norte de España (Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra y Aragón) y de Extremadura.

Por lo que atañe a la composición del GSP en la Región de Murcia, dos son las principales clasificaciones que aportan información al respecto. En primer lugar, la clasificación económica permite conocer la distribución de los créditos de gasto atendiendo a su naturaleza. En 2013, el 98% del total correspondió a gastos corrientes, siendo los gastos de personal la categoría más importante en términos cuantitativos (47%), seguida de los créditos destinados a consumos intermedios (25%), categoría que recoge las compras de bienes y servicios corrientes necesarios para el funcionamiento ordinario de los servicios de salud. Las transferencias corrientes representan un 17% del gasto agregado y se corresponden en su mayor parte con el coste de la pres-

GRÁFICO 5.3.
GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA
(Euros/Población protegida) 2002-2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, Centro Regional de Estadística de la CARM e INE.

TABLA 5.3.
CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA. 2002-2013. (Miles de euros)

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Consumo de capital fijo	Conciertos	Transferencias corrientes	Gasto de capital	TOTAL ^(*)
2002	428.326	176.301	22.106	73.110	249.414	60.172	1.009.428
2003	489.201	191.303	24.302	85.210	282.057	83.657	1.155.730
2004	532.991	247.799	26.660	96.983	310.041	71.647	1.286.121
2005	601.300	278.641	30.610	110.160	348.750	63.903	1.433.364
2006	664.778	314.073	33.967	122.022	373.973	66.630	1.575.441
2007	771.655	357.372	34.443	125.906	408.715	57.439	1.755.530
2008	961.326	459.460	38.616	169.488	445.972	63.735	2.138.597
2009	1.072.238	457.738	61.301	159.786	457.405	54.768	2.263.236
2010	1.070.818	466.990	33.759	161.417	466.867	42.930	2.242.782
2011	1.070.979	521.268	38.025	162.621	424.481	50.958	2.268.331
2012	991.395	513.256	43.706	152.113	371.416	40.282	2.112.168
2013	986.231	528.268	49.761	135.811	351.982	35.382	2.087.436

(*) Gasto consolidado del subsector (comunidad autónoma). Difiere de la cifra de la tabla 5.1 porque no se han deducido las transferencias intersectoriales.

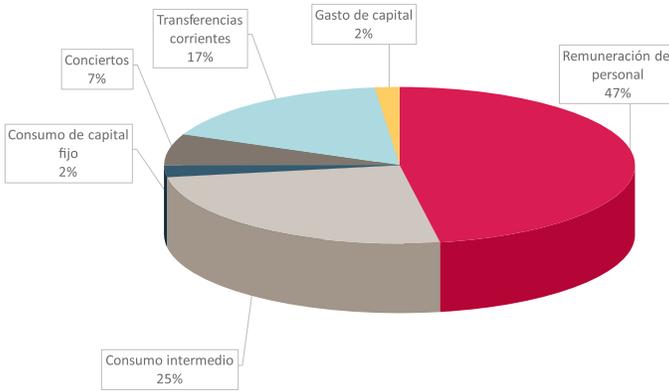
Fuente: Ministerio de Sanidad y Centro Regional de Estadística de la CARM.

tación farmacéutica (medicamentos con receta dispensados en oficinas de farmacia). Los recursos destinados a conciertos con el sector sanitario privado suponen un 7%, mientras que el resto de gastos (consumo de capital fijo y gastos de capital) aportan algo menos del 5% conjuntamente al gasto en sanidad de la comunidad autónoma.

Esta estructura del gasto por categorías de la clasificación económica difiere algo de la observada para el conjunto del SNS, donde el gasto en conciertos tiene un peso mayor y los gastos en personal y consumos intermedios absorben cuotas algo menores. No obstante, las cifras agregadas están sesgadas por la peculiar composición del gasto en Cataluña, cuyo servicio de salud tiene una organización y un funcionamiento marcadamente distintos a los del resto de servicios regionales. En el CatSalut existe una gran diversidad de fórmulas de provisión de la asistencia sanitaria, que se refleja en un porcentaje muy elevado de gasto destinado a conciertos (un 25% del total). Teniendo en cuenta esto, se puede afirmar que la composición por categorías del gasto sanitario en Murcia se asimila a la mediana de los diecisiete servicios regionales de salud.

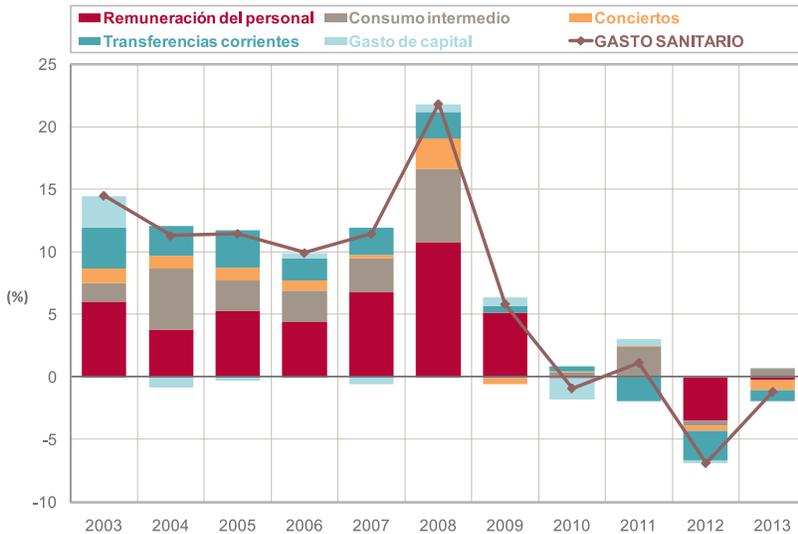
En el gráfico 5.5 se muestra el comportamiento de las distintas categorías de gasto en las dos etapas en que cabe dividir el periodo de análisis, por lo que atañe a la dinámica del gasto en sanidad en la Región. Así, durante el periodo 2002-2009, el gasto aumenta impulsado por las remuneraciones al personal (tasa media anual acumulada del 14%) y los consumos intermedios (media de crecimiento del 15%). El resto de categorías también creció a ritmos notables: un 12% el gasto destinado a conciertos y un 9% el materializado en transferencias corrientes (principalmente, gasto en farmacia no hospitalaria). El mayor peso de los gastos en personal hace que esta categoría contribuya a explicar más del 50% del crecimiento total acumulado del gasto sanitario en dicho periodo. En el cuatrienio que va desde 2009 hasta 2013, dominado por las políticas de consolidación presupuestaria, es el capítulo de transferencias corrientes el que más contribuye a la caída del gasto (-4,7 puntos). Las transferencias que, como se ha dicho, recogen básicamente el gasto en medicamentos expedidos mediante receta, experimentaron una reducción acumulada del 23,0% en el periodo (un 6,3% de caída

GRÁFICO 5.4.
CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA REGIÓN DE MURCIA. 2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, Centro Regional de Estadística de la CARM.

GRÁFICO 5.5.
CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA REGIÓN DE MURCIA (TASA ANUAL DE VARIACIÓN EN %) Y CONTRIBUCIÓN DE LAS DISTINTAS CATEGORÍAS DE GASTO, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA. 2002-2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, Centro Regional de Estadística de la CARM.

anual en media). Los gastos de capital se redujeron más de un 35% entre 2009 y 2013, si bien su contribución a la reducción del gasto total es menor por ser inferior su peso relativo. La otra categoría que experimentó

una reducción significativa fue la partida destinada a conciertos, que cayó un 15% en el cuatrienio contribuyendo con más de un punto porcentual a la variación negativa del gasto agregado. Las remuneraciones al

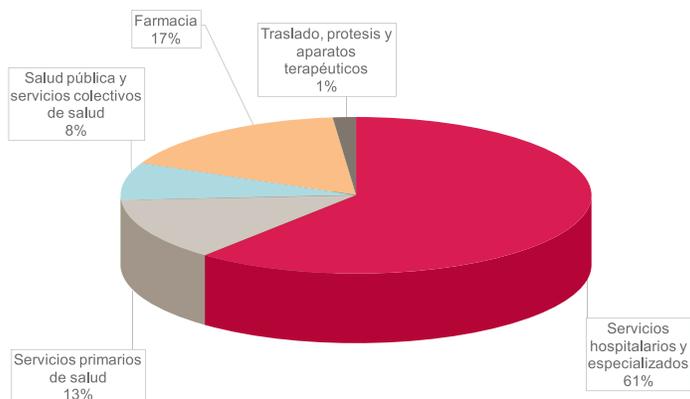
TABLA 5.4.
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA LA REGIÓN DE MURCIA. 2002-2013 (Miles de euros)

	Servicios hospitalarios y especializados	Servicios primarios de salud	Servicios de salud pública	Servicios colectivos de salud	Farmacia	Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	TOTAL ^(*)
2002	529.837	134.267	16.356	15.659	239.992	12.768	948.878
2003	593.390	149.384	18.900	18.817	275.186	15.403	1.071.080
2004	677.854	158.464	22.405	31.212	304.258	19.344	1.213.537
2005	776.576	172.688	22.127	40.027	330.627	21.017	1.363.062
2006	866.310	192.705	23.617	44.115	358.423	21.280	1.506.449
2007	1.012.607	185.662	25.832	58.336	383.839	31.815	1.698.091
2008	1.282.801	246.811	31.219	65.069	421.523	24.309	2.071.732
2009	1.348.146	270.090	27.977	87.679	442.205	31.160	2.207.255
2010	1.332.975	280.240	27.722	73.754	451.324	32.237	2.198.251
2011	1.364.194	290.240	30.147	84.216	413.181	33.799	2.215.778
2012	1.285.927	280.877	22.119	86.334	360.487	34.520	2.070.264
2013	1.253.066	264.915	33.411	124.999	342.144	32.576	2.051.110

(*) Gastos corrientes del subsector. Difiere de la cifra de la tabla 5.3 en el importe de los gastos de capital.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Centro Regional de Estadística de la CARM.

GRÁFICO 5.6.
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (*)
EN LA REGIÓN DE MURCIA. 2013



(*) Solo gastos corrientes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Centro Regional de Estadística de la CARM.

personal, que en 2009 aún habían crecido un 11,5% en términos nominales, se mantuvieron congeladas en 2010 y 2011 para reducirse en 2012 un 7,4% y apenas medio punto en 2013. En el conjunto del periodo

2009-2013 su contribución a la variación nominal del gasto fue de -3,8 puntos, mientras que el consumo intermedio fue la única categoría que contribuyó positivamente (+3,1 puntos).

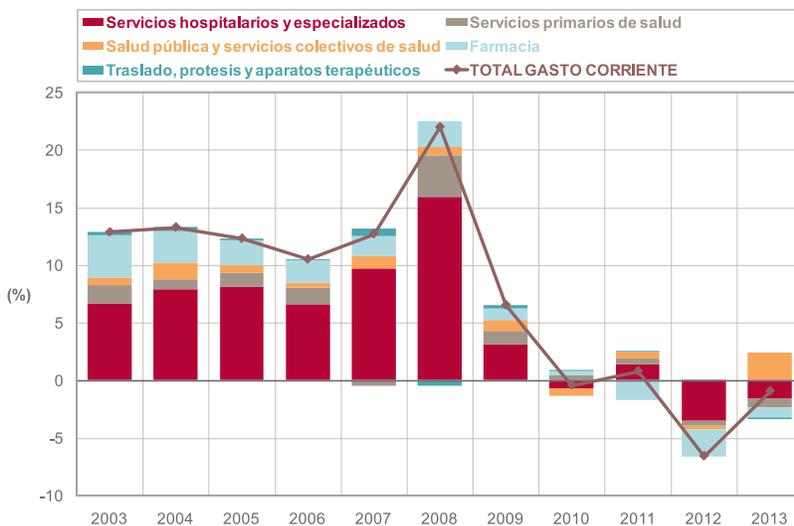
La clasificación funcional del gasto informa sobre el destino de los recursos asignados a asistencia sanitaria, distinguiendo entre servicios especializados y hospitalarios, servicios primarios de salud, salud pública, servicios colectivos de salud, farmacia y otros consumos (traslados, prótesis y aparatos terapéuticos). La clasificación así presentada se limita a los gastos corrientes, toda vez que el gasto de capital (del que ya se dio cuenta en el análisis según naturaleza económica) no aparece desglosado por funciones en la estadística de gasto público.

En 2013, los servicios hospitalarios y especializados absorbieron más del 61% del total de gasto sanitario corriente en la Región, mientras que a la asistencia primaria se destinó un 13% de los recursos. Por encima de los servicios primarios se situó el gasto en farmacia (un 17% del total) y bastante más lejos quedaron los servicios de salud pública y colectivos (8% conjuntamente) y el coste de los traslados, prótesis y aparatos terapéuticos (1,5%). Si se compara esta es-

tructura del gasto sanitario con la existente en el resto de servicios regionales de salud, se comprueba que el patrón de gasto en Murcia se corresponde con el patrón "mediano" de las 17 comunidades autónomas, de tal manera que el reparto por funciones en la región es prácticamente idéntico al observado a escala nacional.

Si se reproduce el análisis de la dinámica del gasto sanitario que antes se realizó sobre su estructura económica, considerando ahora la clasificación funcional (gráfico 5.7), se comprueba cómo durante el periodo 2002-2009 el gasto en servicios hospitalarios explica, en promedio, dos terceras partes del crecimiento total del gasto corriente en sanidad en la Región, siendo, con una tasa media anual del 14%, uno de los componentes más dinámicos del gasto (solo por detrás del destinado a servicios de salud pública y servicios colectivos). En este periodo de bonanza económica, el gasto en servicios primarios de salud creció a un ritmo inferior al del agregado (un 10,5% de media en términos nominales), siendo

GRÁFICO 5.7.
CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (*) EN LA REGIÓN DE MURCIA (TASA ANUAL DE VARIACIÓN EN %) Y CONTRIBUCIÓN DE LAS DISTINTAS FUNCIONES DE GASTO. 2002-2013



(*) Solo gastos corrientes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Centro Regional de Estadística de la CARM.

su contribución al crecimiento total únicamente del 11% (1,5 puntos de media cada año). Fue mayor la aportación al crecimiento del gasto en farmacia, que creció a un ritmo anual del 9% en estos siete años.

Precisamente el gasto en farmacia es el que más contribuye a la contención del gasto sanitario en el periodo posterior a 2009. Los recursos destinados a la prestación farmacéutica se redujeron entre dicho año y 2013 en un 22,6% (-6,2% de variación media anual). En los servicios de atención especializada la caída acumulada fue del 7% y del 2% en atención primaria. Por el contrario, se registró un incremento nominal, más alto en el caso de los servicios de salud pública y colectivos (cuyo gasto, solo en 2013, aumentó un 46%), y algo menos en traslados, prótesis y aparatos terapéuticos (4,5% acumulado en el cuatrienio).

5.2.2. CAMBIOS EN LA FINANCIACIÓN DE LAS PRESTACIONES: MODIFICACIONES DEL COPAGO Y SUS EFECTOS

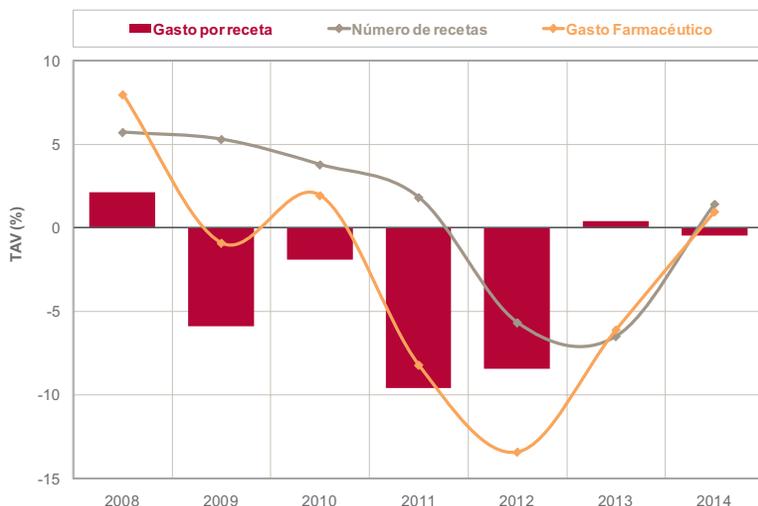
El sistema público de salud español inició con la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) una transición desde un modelo profesional contributivo propio de sistemas de Seguro social obligatorio, hacia un modelo universal no contributivo característico de los sistemas de Servicio nacional de salud. El nuevo modelo se asentó sobre tres principios básicos: la universalización de la asistencia sanitaria, la sustitución de las cotizaciones por impuestos generales como fuente de financiación de las prestaciones, y la descentralización de la gestión de los servicios de salud mediante el traspaso de competencias a las comunidades autónomas. El primer principio se fue materializando de manera progresiva, de tal suerte que en 2011 el grado de cobertura del SNS superaba el 99%. La configuración de la asistencia sanitaria como prestación no contributiva y, por tanto, financiada íntegramente con impuestos culminó más de una década antes, en 1999. Por último,

el proceso de traspaso de competencias en sanidad a todas las CC.AA. se cerró en el año 2002.

Recientemente, sin embargo, el Real Decreto Ley 16/2012 introdujo cambios importantes en el marco normativo que supusieron una revisión del modelo definido en la Ley General de Sanidad. A este respecto, destaca sobre el resto de modificaciones normativas, la limitación del derecho a la asistencia sanitaria en España a “aquellas personas que ostenten la condición de asegurado” y a sus beneficiarios. En consecuencia, desde la entrada en vigor de este real decreto, la asistencia sanitaria pública dejó de configurarse como un derecho universal para pasar a reconocerse, con carácter general, solo a los asegurados y sus beneficiarios, con una serie de restricciones referidas a los ciudadanos de nacionalidad extranjera. El nuevo marco tuvo (y tiene) importantes repercusiones sobre los extranjeros residentes en España y, particularmente, sobre los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes. Solo los menores de edad quedan a salvo de la exclusión, así como determinadas prestaciones como la asistencia de urgencia hasta el alta y la asistencia en embarazo, parto y postparto. Según datos del Ministerio de Sanidad, la cifra de extranjeros en situación irregular en España en 2012 era aproximadamente de 460.000 personas. Si bien hay distintas estimaciones acerca del número de personas afectadas por la exclusión sanitaria a que dio lugar el Real Decreto 16/2012, sería aventurado dar una cifra, como tampoco es fácil estimar el impacto económico, esto es, el pretendido ahorro en costes que haya podido suponer esta medida (menos aún tratar de medir los efectos en términos de resultados en salud).

Algo más, sin embargo, se puede decir acerca de otra de las importantes modificaciones recogidas en el citado real decreto ley. Se trata del cambio en la forma de financiar determinadas prestaciones que, tras el Real Decreto 16/2012, pasan a estar sujetas a aportación del usuario (copago), así como a la nueva configuración de la única modalidad de copago hasta entonces existente: el copago farmacéutico. Al no existir

GRÁFICO 5.8.
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN FARMACIA, EL NÚMERO DE RECETAS Y EL GASTO MEDIO POR RECETA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. TASAS ANUALES DE VARIACIÓN (%). 2008-2014



Fuente: Centro Regional de Estadística de la CARM.

aún información suficiente acerca de los resultados de la implantación de copagos en prestaciones diferentes a la farmacéutica (ortoprotésicas, transporte sanitario no urgente y productos dietoterápicos), este análisis se centra en la denominada “prestación farmacéutica ambulatoria”, esto es, la dispensada al paciente a través de oficinas farmacia (dejando a un lado la que se dispensa a través de servicios de farmacia hospitalarios), por ser, además, la que absorbe un mayor volumen de recursos financieros. El nuevo esquema de copago farmacéutico se muestra en la tabla siguiente:

lugar, la discriminación de los porcentajes de copago según el nivel de renta declarada, distinguiéndose tres intervalos de renta: menos de 18.000 euros anuales, entre 18.000 euros y menos de 100.000 euros al año, y de 100.000 euros en adelante. Se estudia seguidamente la evolución reciente del gasto en farmacia, antes y después de la modificación del copago, con el fin de observar el posible impacto de este cambio normativo sobre la dispensación de medicamentos con receta y el gasto así generado. Es éste, no obstante, un objetivo complejo, debido a la multiplicidad

	Activos	Pensionistas
Usuarios y sus beneficiarios exentos	0%	0%
Renta < 18.000 €	40%	10% Máximo 8 € al mes
18.000€ ≤ Renta < 100.000 €	50%	10% Máximo 18 € al mes
Renta ≥ 100.000 €	60%	60% Máximo 60 € al mes

Este nuevo esquema diferencia, como antes, entre pensionistas y no pensionistas (activos), pero incorpora dos importantes novedades: en primer lugar, el establecimiento de límites máximos de desembolso mensual para los pensionistas; en segundo

de variaciones en la política de precios y reembolso de medicamentos que se han solapado en los últimos años.

El gasto farmacéutico, que venía siendo una partida muy dinámica del gasto sanitario, frena su crecimiento a partir de

2009 (ver gráfico 5.8), tres años antes de la modificación del copago mediante el Real Decreto 16/2012. La combinación de la extensión del sistema de precios de referencia y la reducción de márgenes a las oficinas de farmacia hizo caer el gasto en términos nominales entre 2008 y 2011 un 7,3%, pese a que el número de recetas facturadas creció en el mismo periodo un 11,3%. Esta dispar evolución se refleja en una disminución del gasto medio por receta superior al 16% en términos acumulados (un 5,8% de media anual). El nuevo diseño del sistema de aportación de los usuarios contenido en el mencionado Real Decreto, unido al “efecto desfinanciación”³, se tradujo en una mengua del número de recetas dispensadas en 2012 (un -5,7%), que se prolongó a 2013 (-6,5%). Dado que el importe medio por receta continuó cayendo en 2012 (-8,1%) la reducción del gasto en farmacia superó el 13% en dicho año. En 2013 prolongó su caída el gasto (-6,1%), aunque en este caso únicamente debido al factor “número de recetas”, toda vez que el importe medio por receta se mantuvo prácticamente inalterado (+0,4%). Lo mismo ocurrió con este indicador en 2014 (-0,4%), si bien en dicho año se registró un pequeño repunte en el consumo farmacéutico (recetas facturadas) del 1,4% que se tradujo en un aumento del gasto del 1%.

El cambio en la tendencia del consumo de medicamentos con receta que se observa en 2014 parece confirmar las conclusiones de un reciente estudio sobre el efecto del nuevo régimen de copago farmacéutico con datos de la Región de Murcia (Sánchez et al., 2014), que concluye que el descenso en el consumo de medicamentos inducido por el nuevo sistema puede que haya tenido un carácter temporal, ya que casi simultáneamente se ha registrado un cambio en la tendencia de crecimiento que hace que el consumo vuelva al patrón previo a la introducción de la nueva política de copago.

Por otra parte, existe cierta evidencia (Fernández Ruiz et al., 2015) de que el incremento en la aportación al que se enfrentan los usuarios (en particular, los pacientes crónicos y aquellos con menor nivel de ingresos pero sin derecho a exención) puede haber causado la interrupción de tratamientos necesarios y/o menores niveles de adherencia a dichos tratamientos, con el presumible efecto a medio y largo plazo sobre la salud de estos grupos de pacientes. De confirmarse ambos efectos, el cambio en el copago no habría sido efectivo en su pretendido objetivo de moderar el crecimiento del consumo de medicamentos y, por el contrario, habría tenido consecuencias negativas para la salud de determinados grupos de la población, socavando, además, la equidad del sistema⁴.

Al respecto de esto último, conviene decir que, pese a presentarse la reforma de 2012 a la opinión pública como un copago “por renta”, lo cual evoca la idea de progresividad, la fórmula adoptada no sugiere demasiado esto último, por varias razones. Primero, porque no se reemplaza la segmentación artificial entre activos y pensionistas por otra que distinga entre rentas altas y bajas, como sería deseable. Lo que se hace es subir de modo generalizado el copago a los pensionistas del 0 a 10% (con ciertos límites y algunas exenciones), y hacer lo propio con los activos desde el 40% hasta el 50% (salvo que su nivel de renta no supere los 18.000 euros, en cuyo caso se mantiene el porcentaje del 40%), o el 60% para aquellos que perciban rentas de 100.000 y más euros. Dicho de otro modo, introducir el copago entre los pensionistas y subir la contribución de los activos, no es lo mismo que modular el copago por el nivel de renta

3 A partir de septiembre de 2012, se excluyeron de la financiación pública 81 principios activos, en su mayor parte por considerarse que trataban “síntomas menores”. Estos medicamentos excluidos suponían en el primer semestre de 2012 más del 10% del total de envases dispensados con cargo al SMS.

4 El Barómetro Sanitario de 2013 incluyó por primera vez la pregunta: En los últimos doce meses ¿ha dejado de tomar algún medicamento recetado por un/a médico/a de la sanidad pública porque era muy caro? Un 5,19% de los encuestados (media de las tres oleadas) respondió que sí había dejado de tomar un fármaco recetado debido a su elevado precio. En la Región de Murcia el porcentaje fue bastante inferior: un 2,65%. Extrapolando estos porcentajes al universo de la encuesta (población de 18 años o más), casi 2 millones de españoles (más de 30.000 murcianos) dejaron de tomar un medicamento prescrito por su médico por motivos económicos.

de todos los ciudadanos, con independencia de su condición de activo o pasivo.

En segundo lugar, los supuestos de exención se limitan a parados sin prestación, perceptores de pensiones no contributivas y otros colectivos minoritarios: afectados del síndrome tóxico, beneficiarios de rentas de inserción y pacientes con tratamientos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Estas exenciones merecen también un comentario. En el caso de los parados que han perdido el derecho a subsidio, la exención es, en efecto, congruente con el objetivo declarado de modular el pago por los medicamentos en función de la capacidad económica. En el caso de los perceptores de pensión no contributiva, la nueva norma supone un mantenimiento del statu quo, pues ningún pensionista (salvo los de las mutualidades administrativas) estaba antes obligado a pagar por los fármacos dispensados con receta médica. Parece razonable la extensión de la gratuidad a perceptores de rentas mínimas como las de inserción o integración, pero resulta más difícil de justificar, desde el prisma de la progresividad, la inclusión entre los usuarios exentos de los pacientes afectados por problemas de salud específicos como el síndrome tóxico o enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; en sentido contrario, no se entiende por qué otros perceptores de rentas bajas, como los desempleados que perciben un subsidio, han de seguir contribuyendo con un 40%.

5.3. RECURSOS DEL SISTEMA

5.3.1. PERSONAL

La producción de servicios sanitarios es un proceso muy intensivo en trabajo (especializado). Un buen indicador del nivel de servicios o, al menos, del potencial del sistema para proveer asistencia de calidad y en cantidad suficiente es, sin duda, la dotación de recursos humanos. En 2013 prestaban sus servicios en el SMS 828 médicos de familia y 241 pediatras; en el mismo nivel de atención primaria trabajaban 808 enfermeros/as. Estas plantillas están prácticamente congeladas desde 2010, cuando los efectivos en primaria eran, respectivamente, 827, 239 y 794. No obstante, al haberse reducido ligeramente las cifras de población asignada a los profesionales de atención primaria entre 2010 y 2013, las tasas por cada 1.000 habitantes en las tres categorías de profesionales han crecido unas centésimas a lo largo del periodo.

Pese a este ligero incremento, las tasas por 1.000 habitantes (personas asignadas)

TABLA 5.5.
PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Número de profesionales				
Medicina de familia	827	828	828	828
Pediatría	239	240	241	241
Enfermería	794	818	825	808
Tasa por 1.000 personas asignadas				
Medicina de familia	0,67	0,70	0,71	0,72
Pediatría	1,01	1,03	1,04	1,04
Enfermería	0,54	0,58	0,59	0,58

Fuente: Centro Regional de Estadística de la CARM y Ministerio de Sanidad (Indicadores clave del SNS).

TABLA 5.6.
PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.
2006-2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de profesionales							
Médicos especialistas	1.885	2.048	2.108	2.239	2.361	2.467	2.441
Personal de enfermería⁽¹⁾	3.392	3.712	3.946	4.044	4.052	4.119	3.986
Técnicos sanitarios⁽²⁾	3.337	3.648	3.826	3.896	3.973	4.028	3.873
Otros sanitarios⁽³⁾	211	202	211	206	208	210	205
Tasa por 1.000 habitantes							
Médicos	1,40	1,47	1,47	1,54	1,61	1,68	1,67
Enfermeros	2,51	2,67	2,76	2,79	2,76	2,80	2,73
Técnicos sanitarios	2,47	2,62	2,67	2,68	2,71	2,74	2,65

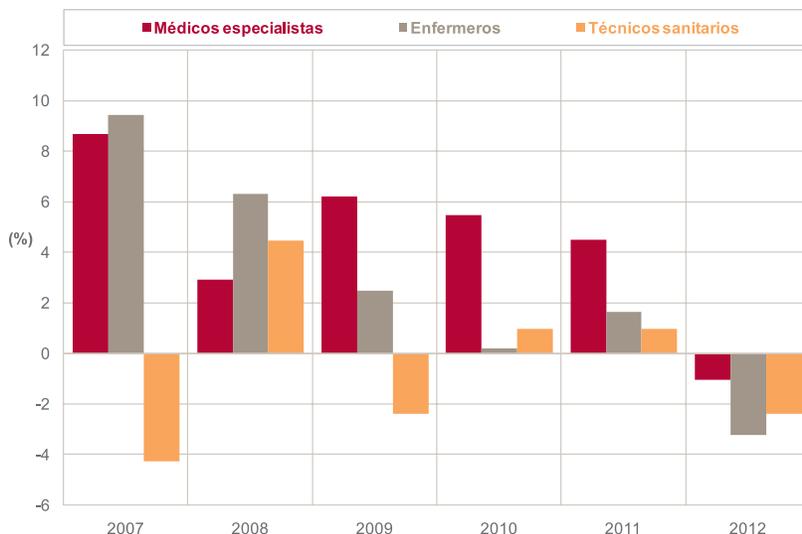
(1) Enfermeros no especialistas, matronas y otros enfermeros especialistas.

(2) Técnicos de grado superior y medio.

(3) Farmacéuticos, otros titulados superiores y medios, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros sanitarios.

Fuente: Centro Regional de Estadística de la CARM.

GRÁFICO 5.9.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL SMS EN EL PERIODO 2007-2012. TASAS ANUALES DE VARIACIÓN (%)



Fuente: Centro Regional de Estadística de la CARM.

son en la Región algo inferiores a la media nacional, en particular en el caso del personal de enfermería, según se desprende de los *Indicadores clave del SNS* publicados por el Ministerio de Sanidad⁵. En 2010, el indica-

dor nacional era de 0,62 enfermeros/as por cada 1.000 personas asignadas y en 2013 se elevó hasta 0,65 (un 15% y un 12% más, respectivamente, que las tasas regionales al principio y al final del periodo analizado).

En el caso del nivel de atención especializada, los últimos datos publicados corresponden a 2012. En dicho ejercicio,

⁵ http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm.

prestaban sus servicios en el SMS 2.441 médicos especialistas, 3.986 enfermeros y matronas y 3.873 técnicos sanitarios (además de 205 profesionales de diferentes categorías). El crecimiento en las plantillas de atención especializada se ha ido moderando desde 2007, tal y como se muestra en el gráfico 5.9, hasta registrar tasas de variación negativas en los tres grandes grupos en el año 2012.

También en el caso de la atención especializada, las ratios de profesionales per cápita son inferiores a la media nacional, e igualmente aquí la brecha es más significativa en el indicador que relaciona la dotación de personal de enfermería con

la población protegida cuya cifra para el conjunto del estado es, según los datos del Ministerio de Sanidad, un 5% superior a la del SMS como promedio en el periodo recogido en la tabla.

La dispar evolución de las plantillas de médicos y personal de enfermería se ha reflejado en una disminución de la ratio de enfermeros por médico en el nivel de atención especializada en el SMS que, hasta 2009, superaba con claridad el indicador a escala nacional (1,82 frente a 1,69 en dicho año) y que, desde entonces, es sistemáticamente inferior a la media (en 2013, 1,64 enfermeras/os por médico en Murcia frente a los 1,71 registrados para el conjunto

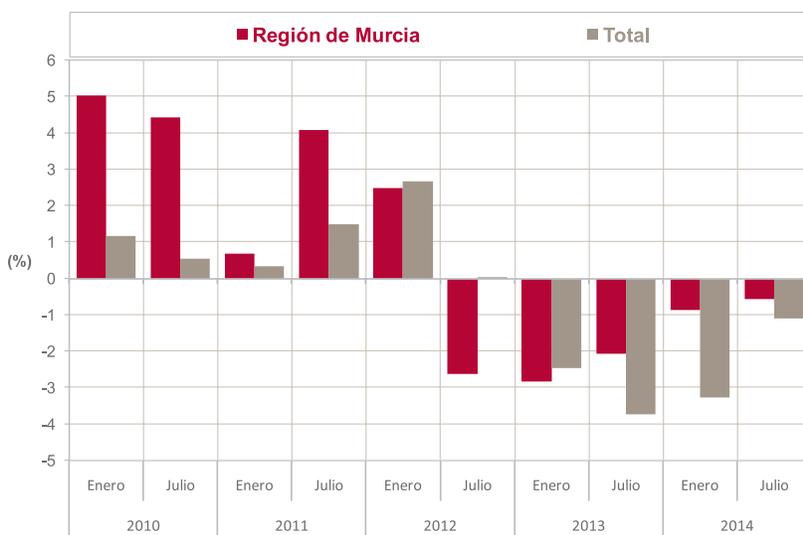
TABLA 5.7.
EFFECTIVOS DE LAS CC.AA. EN INSTITUCIONES SANITARIAS DEL SNS. 2011-2014 (*)

	2011	2012	2013	2014
Región de Murcia (SMS)	20.490	19.955	19.545	19.434
Total CC.AA. (instituciones del SNS)	501.186	501.383	482.642	477.337

(*) Datos de julio de cada año.

Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

GRÁFICO 5.10.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE EFFECTIVOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN INSTITUCIONES DEL SNS. 2010-2014. TASAS INTERANUALES DE VARIACIÓN (%)



Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

del sistema de salud español). En el caso de primaria, aunque la evolución de dicha ratio no ha sido tan marcadamente decreciente, la brecha frente a la media nacional se ha acrecentado alcanzando su valor máximo en 2013, cuando el indicador nacional superó en un 13% al regional (0,86 vs. 0,75 para España y Murcia, respectivamente).

Si se recurre a información más agregada, la que ofrece el *Boletín estadístico del personal al servicio de las Administraciones públicas*, se constata la reducción en las plantillas del SMS, en el caso de la Región, y del conjunto de instituciones del SNS en las comunidades autónomas.

Entre julio de 2011 y julio de 2014, el número de efectivos en plantilla del SMS se redujo un 5,15% en términos acumulados (una variación anual media del -1,75%). En ese mismo periodo las plantillas de las CC.AA. en instituciones del SNS experimentaron una contracción del 4,76% (tasa media anual del -1,61%). El gráfico 5.10 es bien ilustrativo del efecto de la consolidación presupuestaria sobre las plantillas en el SNS: hasta el año 2011 la dotación de personal en los servicios públicos de salud de las CC.AA. fue creciendo para acompañar su desarrollo al de las demandas de servicios de una población creciente. Desde comienzos de 2012, la tasa interanual de variación de los efectivos del SMS es negativa semestre tras semestre, con el resultado ya comentado en términos de reducción acumulada.

5.3.2. RECURSOS MATERIALES

La dotación de recursos materiales suele utilizarse como indicador de calidad de los sistemas sanitarios, aunque conviene advertir de que no en todos los casos la disponibilidad de más medios materiales es sinónimo de más o mejores servicios, ni el incremento de la actividad *per se*, derivado de esa mayor disponibilidad, garantiza mejores resultados en salud. De hecho, indicadores como el número de camas o de aparatos de resonancia o TAC por 1.000 habitantes, por sí solos no revelan nada; lo importante será, en todo caso, conocer qué actividades requieren el uso de estos equipamientos. Por ejemplo, un mayor recurso a la cirugía ambulatoria puede reducir la necesidad de camas hospitalarias y estar asociado con mejores resultados en salud.

Hecha la anterior salvedad, en la tabla 5.8 se observa que todos los recursos y equipamientos de atención especializada han incrementado su dotación en los años más recientes, en mayor o menor medida.

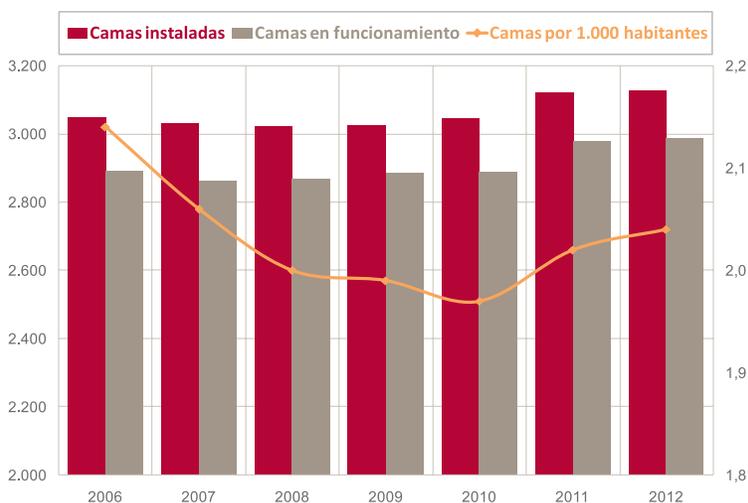
Dentro de los indicadores de dotación de recursos materiales sanitarios, el más comúnmente utilizado con fines comparativos es el ya citado del número de camas instaladas y/o en funcionamiento, cuya evolución en términos absolutos así como en tasa por 1.000 habitantes se representa en el gráfico 5.11. En dicho gráfico se constata cómo la ratio de camas en funcionamiento por cada 1.000 habitantes cayó de 2,14 a 1,97 entre

TABLA 5.8.
DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS. SMS. 2006-2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Camas instaladas	3.049	3.033	3.020	3.026	3.047	3.120	3.128
Camas en funcionamiento	2.892	2.862	2.869	2.887	2.889	2.978	2.985
Quirófanos	72	75	79	84	84	97	98
Paritorios	12	12	12	12	12	21	22
Incubadoras	85	85	88	103	104	113	113
Salas de hemodinámica					3	4	5
Salas de Rx convencional					72	79	79
Plazas en hospital de día	191	222	243	252	309	401	395
Médico					207	244	242
Quirúrgico					102	157	153

Fuente: Centro Regional de Estadística de la CARM.

GRÁFICO 5.11.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS INSTALADAS Y CAMAS EN FUNCIONAMIENTO EN LOS HOSPITALES DEL SMS. 2006-2012



Fuente: Centro Regional de Estadística de la CARM.

TABLA 5.9.
DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS: UNIDADES EN FUNCIONAMIENTO POR CADA 1.000 HABITANTES

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MURCIA (SMS)								
Camas hospitalarias	2,14	2,06	2,01	1,99	1,99	2,04	2,04	2,02
Puestos hospital de día	0,14	0,16	0,17	0,18	0,21	0,28	0,27	0,28
Quirófanos	5,33	5,39	5,24	5,79	5,93	6,79	6,84	6,91
TAC y Resonancia Magnética (RMN)	1,40	1,36	1,26	1,31	1,37	1,76	1,76	1,78
Equipos de hemodiálisis y hemodinámica	4,01	3,88	4,89	6,95	6,95	7,00	7,04	7,18
ESPAÑA (SNS)								
Camas hospitalarias	2,36	2,34	2,31	2,28	2,50	2,46	2,41	2,35
Puestos hospital de día	0,16	0,18	0,18	0,20	0,31	0,32	0,35	0,35
Quirófanos	5,76	5,81	5,93	6,09	6,40	6,50	6,61	6,60
TAC y Resonancia Magnética (RMN)	1,20	1,28	1,33	1,42	1,63	1,73	1,77	1,78
Equipos de hemodiálisis y hemodinámica	5,79	6,10	6,35	6,56	8,09	8,30	8,68	8,91

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

2006 y 2010 como consecuencia del incremento poblacional y de la "congelación" del número de camas en instituciones del SMS. A partir de 2010 se invierte la tendencia y el indicador relativo aumenta hasta 2,04 a resultas del aumento en el número de unidades en funcionamiento.

Los *Indicadores claves del SNS* permiten comparar la situación del sistema público

regional en lo que se refiere a dotación de recursos materiales con la existente en el conjunto del SNS. Salvo en el caso de los quirófanos, donde la tasa por 1.000 habitantes es en la Región algo superior a la media nacional desde 2011, y en la dotación de TAC y RMN, con indicadores relativos prácticamente idénticos a escala regional y nacional, el SMS dispone de una dotación

per cápita de recursos materiales y equipamientos (camas, puestos de hospital de día y equipos de hemodiálisis y hemodinámica) inferior a la del conjunto del territorio del Estado, sin que se observe en ninguno de los casos citados una tendencia a la reducción de la brecha existente.

5.4.

ACCESO AL SISTEMA: LISTAS DE ESPERA Y TIEMPOS DE ESPERA

Los sistemas nacionales de salud, al proscribir el mecanismo de racionamiento propio del mercado, el precio, racionan el acceso a los servicios mediante las listas de espera. La existencia de listas de espera es, por tanto, un rasgo consustancial a los sistemas de salud públicos y, en la medida en que no redunden en tiempos de espera excesivos que puedan comprometer la salud de los pacientes, cumplen una función de modulación de la demanda y no tienen por qué representar un problema. Sin embargo, en los últimos años se ha producido una

evolución muy preocupante de las listas de espera sanitarias, tanto para intervenciones quirúrgicas como para consultas y pruebas diagnósticas, que es consecuencia directa del efecto ya reseñado que las medidas de adelgazamiento de los presupuestos públicos han tenido sobre plantillas y recursos materiales, y que alerta seriamente de la posibilidad de que el aumento en las demoras pueda estar teniendo un coste en términos de la salud (física y mental) de la población. En la tabla 5.10 se muestra la evolución de algunos de los principales indicadores de la lista de espera quirúrgica en el Servicio Murciano de Salud.

Resulta evidente, a la vista de los datos de la tabla 5.10 y del gráfico 5.12, que a partir de 2011 las esperas quirúrgicas en el SMS cambian su fisonomía de manera radical. Entre el mes de junio de 2011 y el mismo mes de 2014, el número de pacientes en espera estructural aumentó un 51,6% (casi un 15% de media cada año), y la tasa por cada 1.000 habitantes se multiplicó por 1,6 pasando del 13‰ al 20,5‰. En ese mismo periodo el tiempo medio de espera estructural se duplicó (de 63,3 a 122,1 días) y la espera media de los pacientes intervenidos aumentó un 25% (de 74,7 a 105 días). Más contundente aún resulta el dato de la proporción de pacientes que esperan más de 6 meses para ser operados, que en junio de 2011 apenas superaba el 2% y en 2014 es diez veces mayor (21,9%).

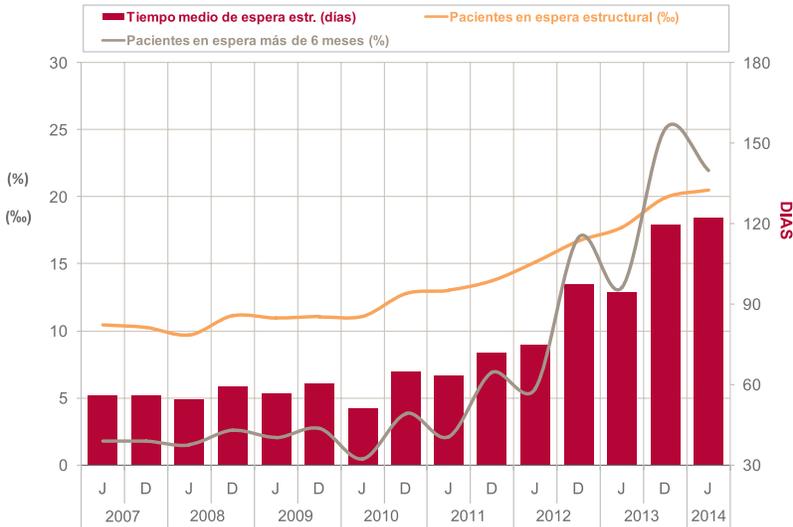
Si se realiza las comparaciones con respecto al mes de junio de 2007, se comprueba que la lista de espera quirúrgica ha duplicado su tamaño (tanto en número de

TABLA 5.10.
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SMS. 2007-2014 (*)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pacientes en espera estructural (nº)	14.473	13.813	15.656	16.163	18.760	20.898	24.521	28.447
Pacientes en espera estructural (‰)	10,47	9,70	10,95	11,11	13,05	15,12	17,74	20,54
Tiempo medio de espera (días)	55,70	54,30	56,70	51,00	63,30	74,70	94,40	122,10
Espera media intervenidos (días)	72,30	74,20	72,50	74,70	83,70	84,80	92,40	105,00
Pacientes en espera > 6 meses (%)	1,77	1,51	2,05	0,48	2,11	5,68	13,25	21,94

(*) Datos de la lista de espera en Junio de cada año.

GRÁFICO 5.12.
EVOLUCIÓN DE LA ESPERA ESTRUCTURAL QUIRÚRGICA. 2007-2014



Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

pacientes en espera estructural como en tasa por 1.000 habitantes), el tiempo medio de espera es en 2014 más del doble del que se registraba siete años atrás, la espera media de los pacientes intervenidos es un 45% superior y el porcentaje de pacientes que esperan más de 6 meses para ser operados se ha multiplicado por 12. La tasa de pacientes en espera por cada 1.000 habitantes supera el valor medio referido al conjunto del SNS y, además, la brecha se ha ampliado desde 2011. Los tiempos de espera eran en Murcia significativamente inferiores a la media nacional (un 25% menores en 2007), pero desde 2010 han aumentado más que en el resto de CC.AA., convergiendo con la media en 2013.

Las especialidades con tiempos medios de espera más prolongados en junio de 2014 eran otorrinolaringología (173 días), cirugía general (143 días), traumatología (129 días) y cirugía plástica y reparadora (119 días). Otorrinolaringología, cirugía general y traumatología son también las especialidades con un mayor porcentaje de pacientes que esperan más de 6 meses para ser intervenidos (un 31%, un 30,6% y un 23,4%, respectivamente).

Un último dato interesante es el referido al tiempo medio de espera al que se enfrentan aquellos pacientes que reclaman su derecho a ser intervenidos en centros de titularidad pública y rechazan la oferta de centro alternativo. En estos casos, que representan apenas un 1% de los pacientes en lista de espera, los tiempos medios de espera oscilan entre un año (oftalmología y traumatología) y un año y medio (otorrinolaringología y cirugía general).

En el caso de las consultas de atención especializada, también se observa un cambio significativo en las cifras de las listas de espera a partir del segundo semestre de 2011, siendo particularmente apreciable en dos indicadores: el tiempo medio de espera para primera consulta y el porcentaje de pacientes en espera estructural durante más de 90 días. El tiempo de espera para primera consulta aumentó un 57,5% entre junio de 2011 y junio de 2014 (de 34 a 54 días).

La existencia de dos periodos claramente diferenciados se aprecia en el gráfico 5.13: en el periodo que va desde junio de 2007 hasta junio de 2011, el tiempo de espera se situó en promedio en 31 días,

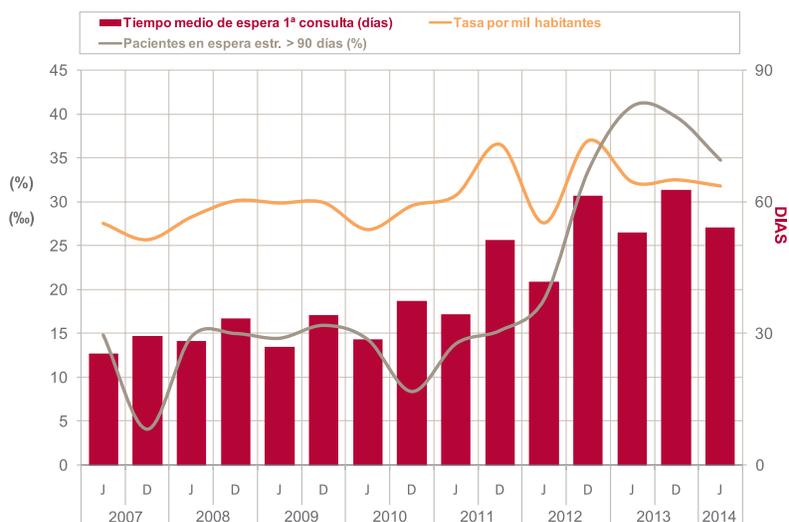
TABLA 5.11.
LISTA DE ESPERA PARA CONSULTAS EN EL SMS. 2007-2014 (*)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pacientes en espera estructural (nº)	38.033	40.211	42.676	38.998	44.185	38.110	44.586	44.037
Tasa por mil habitantes	27,52	28,24	29,85	26,81	30,73	27,57	32,25	31,79
Tiempo medio espera 1º cons.(días)	25,40	28,20	27,00	28,60	34,40	41,70	53,00	54,10
Espera media atendidos (días)	24,60	25,20	28,00	28,90	26,80	29,00	30,40	31,40
Pacientes en espera > 90 días (%)	14,81	14,59	14,42	14,29	13,80	18,86	40,91	34,75

(*) Datos de la lista de espera en Junio de cada año.

Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

GRÁFICO 5.13.
EVOLUCIÓN DE LA ESPERA ESTRUCTURAL PARA CONSULTAS. 2007-2014



Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

mientras que entre diciembre de 2011 y junio de 2014, la espera alcanzó los 54 días en promedio. Por lo que respecta al porcentaje de pacientes que se enfrentan a periodos largos de espera (más de 90 días), éste se multiplicó por 2,5 entre 2011 y 2014, cuando más de un tercio de los pacientes que desean ser atendidos en primera consulta han de esperar más de 3 meses antes de que los vea el especialista (sumando los pacientes sin fecha asignada, el porcentaje se dispara hasta rondar el 50%). Las especialidades con mayores tiempos de espera para primera consulta son traumatología (80 días), ginecología (73 días), neurología

(72 días) y urología (61 días). Es en la especialidad de ginecología donde mayor es el porcentaje de pacientes en espera más de 90 días (67%), seguida de cirugía (45%), urología (43%) y neurología (42%).

Por lo que atañe a las listas de espera para pruebas, lo primero que extraña al observar las cifras es la brusca reducción del tamaño de la lista en junio de 2014, cuando “desaparecen” 3.400 pacientes respecto a los registros de diciembre de 2013 (2.500 respecto del mismo mes de junio del año anterior). Para evitar que este dato anómalo altere el análisis de la evolución de las listas de

espera para pruebas técnicas, se emplearán las cifras de diciembre de 2013 a efectos de calcular las variaciones relativas de los principales indicadores. En el caso de las pruebas diagnósticas, además, se ha optado por computar el porcentaje de pacientes en espera sin fecha asignada, por considerar que, al ser este grupo el más numeroso en la lista, es más significativo el indicador que mide su proporción que el referido a pacientes cuya espera supera un determinado umbral.

La tasa de pacientes en espera estructural por cada 1.000 habitantes alcanzó un máximo del 17,2‰ en diciembre de 2013,

dos puntos más que a finales de 2010. El tiempo medio de espera pasó de 52 a 141 días entre 2010 y 2013 (un incremento del 173% o del 40% anual acumulado), periodo en el cual aumentó la proporción de pacientes sin fecha asignada desde el 73% hasta el 92%. Al comparar los datos de diciembre de 2013 con los del mismo mes de 2007 se constata cómo el tamaño de la lista se ha duplicado con creces (la tasa por 1.000 habitantes aumentó 10 puntos), la proporción de pacientes sin fecha asignada se ha triplicado y el tiempo medio de espera casi se ha cuadruplicado.

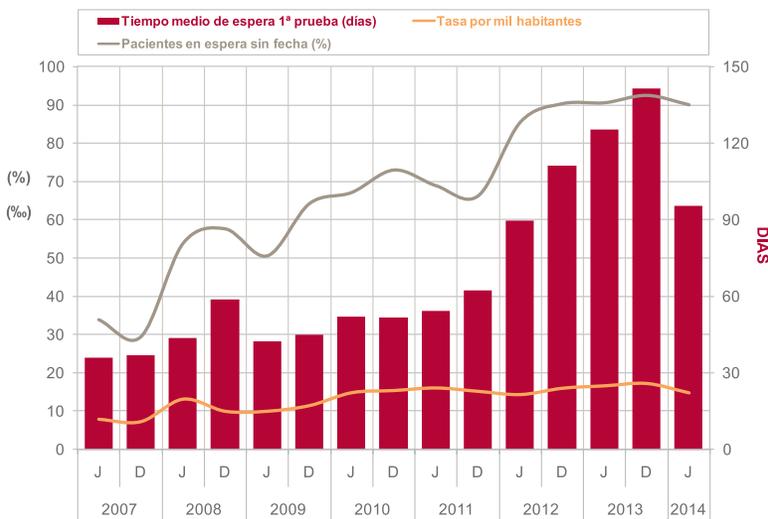
TABLA 5.12.
LISTA DE ESPERA PARA PRUEBAS TÉCNICAS EN EL SMS (PRIMERA PRUEBA). 2007-2014 (*)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pacientes en espera estructural (nº)	10.070	13.922	16.482	22.456	21.515	21.928	23.853	20.410
Tasa por mil habitantes	7,14	9,88	11,38	15,35	15,13	15,96	17,20	14,74
Tiempo medio espera 1ª prueba (días)	37,00	58,90	44,90	51,70	62,50	111,10	141,30	95,30
Espera media atendidos (días)	20,60	19,90	17,60	17,60	18,30	15,20	18,20	19,20
Pacientes en espera sin fecha (%)	29,33	57,55	64,17	72,94	66,20	90,29	92,45	90,00

(*) Datos de la lista de espera en diciembre de cada año, salvo en 2014, cuyas cifras corresponden al mes de junio.

Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

GRÁFICO 5.14.
EVOLUCIÓN DE LA ESPERA ESTRUCTURAL PARA PRUEBAS TÉCNICAS. 2007-2014



Fuente: Portal sanitario Murciasalud.

Con datos de junio de 2014, la prueba diagnóstica con mayores tiempos de espera media es ecografía (129 días), seguida del ecocardiograma (81 días) y la resonancia magnética (79 días). El porcentaje de pacientes en espera de primera prueba sin fecha asignada alcanza sus máximos en el caso de las mamografías (98%) y los TAC (97%).

5.5.

RESULTADOS

5.5.1. INDICADORES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

La medida del *output* o “producto” sanitario es una tarea harto compleja. Es frecuente encontrar en los medios de comunicación noticias referidas a la calidad del sistema sanitario español en términos comparados, en las que pretendidamente se valora la eficiencia del sistema de salud poniendo en relación los recursos invertidos en asistencia sanitaria (el gasto sanitario público o total) con la esperanza de vida de la población, tomando este último indicador como medida del resultado de los sistemas de salud. Esta forma de aproximar el *output* sanitario es de todo punto errónea por, al menos, dos motivos. En primer lugar, porque atribuye a la relación gasto sanitario-esperanza de vida un nexo de causalidad que está lejos de poder demostrarse empíricamente, toda vez que en el aumento de la esperanza de vida influyen (además de los avances médicos) factores ambientales, nutricionales y hábitos de vida, entre otros, sin que sea posible concluir de manera inequívoca qué parte de los avances en la esperanza de vida cabe atribuir a estos distintos factores. En segundo lugar, porque el efecto que los servicios sanitarios plausi-

blemente puedan tener sobre las ganancias en longevidad habrá de ser, en todo caso, un efecto diferido en el tiempo, por lo que carece de sentido ligar variaciones coetáneas en el gasto sanitario (o diferencias en gasto entre países y regiones) y en la esperanza de vida (o divergencias territoriales en dicho indicador).

Existen otras variables que pueden ser mucho más apropiadas que la esperanza de vida (o la tasa de mortalidad global) para valorar, si quiera de modo aproximado, los resultados del sistema sanitario, por estar más directamente vinculadas con el nivel de servicios sanitarios y el modo en que estos son objeto de provisión. Estos indicadores son de naturaleza muy diversa y entre ellos cabe mencionar los que la OCDE recoge en el capítulo dedicado a la “calidad de la asistencia” en su publicación *Health at a Glance*: ingresos evitables por patologías crónicas, mortalidad intrahospitalaria (general o en determinadas patologías), complicaciones quirúrgicas o post-quirúrgicas, cribado, supervivencia y mortalidad por diversos tipos de cáncer o cobertura vacunal en niños y en adultos (gripe). Cabe esperar que estos indicadores sean más sensibles a cambios en el nivel de gasto en salud, por cuanto, en buena medida (aunque no exclusivamente), pueden depender de la cuantía de los recursos disponibles. En una coyuntura como la actual, conviene ser, además, muy cauto a la hora de identificar relaciones causa-efecto entre cambios en el nivel de gasto y evolución de estos u otros indicadores de resultados sanitarios.

En la tabla 5.13 se muestran algunos indicadores básicos de salud en la Región de Murcia y en España para el último año disponible en la información que proporciona el Ministerio de Sanidad (2011, 2012 o 2013, según los casos). Los indicadores en la Región son peores que en el conjunto del estado, con unas pocas excepciones. Solo las tasas de mortalidad ajustadas por edad en cáncer, accidentes no intencionales y suicidio, la tasa de mortalidad prematura ajustada por cáncer, y la incidencia de tuberculosis y VIH presentan valores más bajos en la Región de Murcia que en el total nacional.

No obstante, las diferencias (en un sentido o en otro) respecto de la media nacional no son, en general, muy amplias. Se identifican desviaciones de la media superiores al 10% en los siguientes casos:

- *Estado de salud de la población de 65 y más años:* La esperanza de vida en buena salud a los 65 años es un 20% inferior en Murcia que en España (7,07 frente a 8,87 años). Los años de vida saludables a los 65 años se alejan un 13% de la media nacional (10,54 frente a 12,08). El porcentaje de población de 65 años o más con una valoración positiva de su estado de salud es un 17% inferior en Murcia que en el conjunto del estado (36,455 vs. 44,15).
- *Tasa de mortalidad ajustada por edad, por cada 100.000 habitantes:* Las tasas de mortalidad en la Región de Murcia por enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía e influenza, enfermedad hepática, diabetes mellitus y enfermedad de Alzheimer superan a las correspondientes en el ámbito nacional en un mínimo del 12% (diabetes mellitus: 11,84 vs. 10,56) y un máximo del 33% (neumonía e influenza y Alzheimer).
- *Tasa de mortalidad prematura, ajustada por edad, por 100.000 habitantes:* Las tasas regionales se desvían de las nacionales en más de un 10% en diabetes mellitus (4,55 vs. 3,2; un 42% más) y enfermedad cerebrovascular (10,83 vs. 9,24; un 17% más).
- *Tasas de mortalidad infantil y perinatal por cada 1.000 nacidos vivos.* La primera es un 55% superior en la Región (4,80 frente a 3,09). La desviación en el caso de la segunda es del 31% (6,09 vs. 4,63).
- *Prevalencia de enfermedades crónicas.* La prevalencia declarada de diabetes mellitus en Murcia supera en un 19% al indicador nacional; en el caso de los trastornos mentales

en adultos, la desviación es del 29%; del 18% en el caso de la EPOC en población adulta y del 74% en lo que se refiere al asma.

- *Tasa ajustada de hospitalización por 10.000 habitantes.* La tasa de hospitalización supera en un 30% o más a la nacional en el caso de infarto agudo de miocardio (11,08 frente a 8,51), enfermedades cerebrovasculares (20,09 vs. 14,93) y diabetes mellitus (6,37 vs. 4,58). La desviación ronda el 17% en las hospitalizaciones por enfermedad hipertensiva (4,18 vs. 3,56) e insuficiencia cardiaca congestiva (14,27 vs. 12,24).

Las desviaciones son también significativas, aunque en sentido contrario (es decir, un indicador “mejor” en la Región que en el conjunto nacional) en el caso de la tasa de mortalidad prematura ajustada por cáncer, que en Murcia es un 11% inferior a la registrada en España (91,58 vs. 102,97); y en la incidencia de tuberculosis y VIH por 100.000 habitantes, que en la Región es un 17% y un 15% inferior, respectivamente, a la reportada para el total del país.

Un grupo de indicadores relevantes a la hora de valorar la calidad del sistema de salud son, como señala la OCDE, los referidos a la cobertura vacunal. En la tabla 5.14 se muestran las tasas de vacunación frente a la gripe en mayores de 65 años y las de cobertura infantil contra la poliomielitis y contra sarampión-rubéola-parotiditis, tanto primovacunación como refuerzo.

Las tasas de cobertura son inferiores en la Región en tres de los cinco casos. Solo es más elevado el porcentaje de vacunación en Murcia que en el conjunto del país en la dosis de refuerzo de la vacuna contra la poliomielitis (4 décimas) y en la primovacunación de S-R-T (1 punto más alta). En el gráfico 5.15 se observa, además, cómo el porcentaje de mayores de 65 años vacunados contra la gripe se ha reducido desde 2008 hasta 2013 en casi 10 puntos (pese al repunte del último año); y cómo, en mayor o menor medida, todas las tasas de cobertura de vacunación infantil

TABLA 5.13.
INDICADORES DE SALUD EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA.
AÑO 2013 (o último disponible)

	Murcia	España
Esperanza de vida al nacer (2012)	81,90	82,30
Esperanza de vida a los 65 años (2012)	20,09	20,72
Esperanza de vida en buena salud al nacer (2012)	55,46	60,56
Esperanza de vida en buena salud a los 65 años (2012)	7,07	8,87
Años de vida saludable al nacer (2012)	65,33	66,45
Años de vida saludable a los 65 años (2012)	10,54	12,08
% de población con valoración positiva de su estado de salud (2011)	72,20	75,27
% de población de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud (2011)	36,55	44,15
Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental (2011)	22,09	20,41
Índice de calidad de vida infantil relacionada con la salud (2011)	84,87	87,88
Tasa de mortalidad ajustada por edad, por 100 000 hab. (2012)		
General	499,59	482,78
Por cardiopatía isquémica	44,29	40,73
Por enfermedad cerebrovascular	38,28	31,07
Por cáncer	137,12	151,06
Por EPOC	21,09	18,13
Por neumonía e influenza	12,74	9,60
Por enfermedad crónica del hígado	9,23	7,59
Por diabetes mellitus	11,84	10,56
Por accidentes no intencionales	13,71	14,14
Por suicidio	6,17	6,40
Por enfermedad de Alzheimer	16,19	12,16
Tasa de mortalidad prematura, ajustada por edad, por 100 000 hab. (2012)		
Por cáncer	91,58	102,97
Por cardiopatía isquémica	19,52	18,47
Por diabetes mellitus	4,55	3,20
Por enfermedad vascular cerebral	10,83	9,24
Por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	6,17	5,64
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (2012)	4,80	3,09
Tasa de mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos (2012)	6,09	4,63
Incidencia de tuberculosis por 100.000 hab. (2013)	9,84	11,87
Incidencia de VIH por 100 000 hab. (2013)	5,95	7,04
Prevalencia declarada de diabetes mellitus en población adulta (2011)	8,30	6,96
Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta (2011)	12,37	9,61
Prevalencia declarada de asma en población adulta (2011)	7,11	4,08
Prevalencia declarada de EPOC en población adulta (2011)	4,43	3,75
Tasa ajustada de hospitalización por 10 000 hab. (2013)		
Por infarto agudo de miocardio	11,08	8,51
Por enfermedades cerebrovasculares	20,09	14,93
Por asma	4,88	4,67
Por EPOC	10,68	10,46
Por diabetes mellitus	6,37	4,58
Por enfermedad hipertensiva	4,18	3,56
Por insuficiencia cardíaca congestiva	14,27	12,24

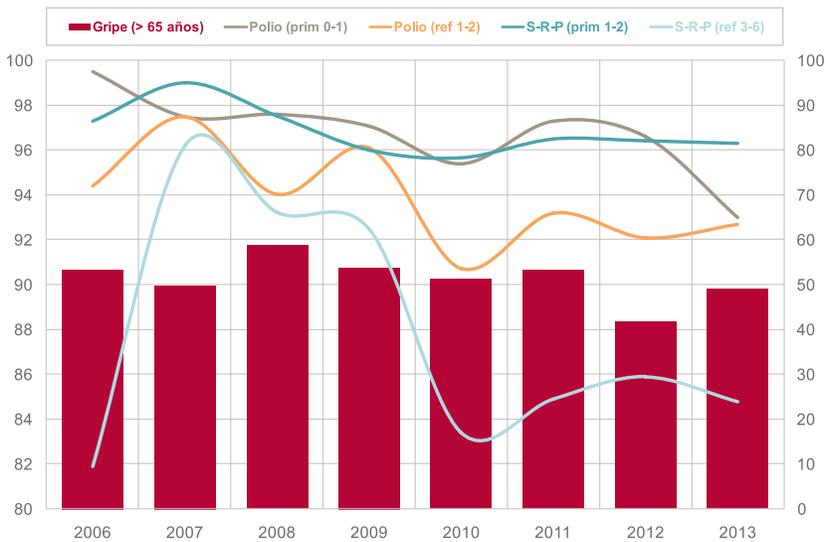
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

TABLA 5.14.
COBERTURA VACUNAL (%) EN LA REGIÓN DE MURCIA Y ESPAÑA. 2013

	Gripe (> 65 años)	Poliomielitis		Sarampión-Rubéola-Parotiditis	
		Primovac. (0-1 años)	Refuerzo (1-2 años)	Primovac. (1-2 años)	Refuerzo (3-6 años)
Murcia	49,0	93,0	92,7	96,3	84,8
España	56,4	95,6	92,3	95,3	90,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

GRÁFICO 5.15.
COBERTURA VACUNAL EN LA REGIÓN DE MURCIA (%). 2006-2013

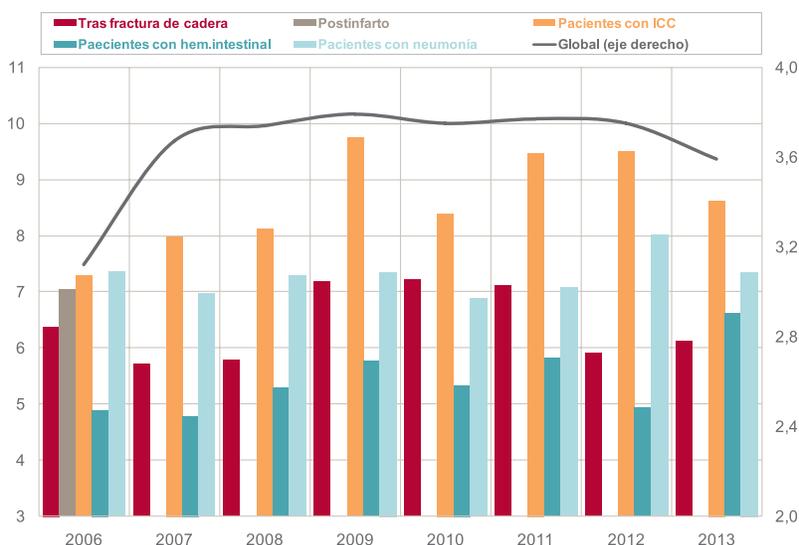


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

reflejadas en la tabla 5.14 han caído desde los valores máximos que se alcanzaron en 2007. Especialmente preocupante resulta la reducción en la tasa de vacunación de refuerzo contra sarampión, rubéola y parotiditis, que ha pasado del 96% de 2007 a menos del 85% en 2013. Algo tendrá que ver este hecho con el aumento de la incidencia de parotiditis, que ha pasado de 4,5 casos por 100.000 habitantes en 2009 a 12,7 casos por 100.000 en 2013 en la Región; incremento que, pese a todo, queda lejos del aumento registrado en el mismo periodo a nivel nacional (de 4,5 a 29,6 por 100.000).

Un indicador de resultados del sistema que, en general, ha evolucionado positivamente en los últimos años es la tasa de mortalidad intrahospitalaria. En el gráfico 5.16 se presenta la evolución de dicha tasa, global y por procesos o patologías, entre 2006 y 2013 en la Región de Murcia. La tasa de mortalidad intrahospitalaria global se ha reducido desde el valor máximo del 3,79 por cada 100 altas registrado en 2009 hasta el 3,59 % de 2013. Las tasas tras fractura de cadera y postinfarto también se han reducido, así como la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con insuficiencia cardiaca (ICC), tras el repunte de 2011. Por el contrario,

GRÁFICO 5.16.
MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA (tasa por cada 100 altas). 2006-2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

se detecta un ligero incremento en la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia intestinal y con neumonía.

En otros indicadores de desempeño del sistema, la evolución observada ha sido dispar. Así, por ejemplo, el porcentaje de colecistectomías por laparoscopia se ha reducido 5 puntos desde 2007 (del 88,7% al 83,6%), cayendo por debajo del indicador nacional. Sin embargo, el porcentaje de histerectomías por laparoscopia ha aumentado significativamente, pese a que sigue muy lejos del dato del conjunto del SNS (2,88% frente a 6,15%). La tasa de cesáreas, cuyo crecimiento venía moderándose desde 2006 hasta 2008 (cuando bajó del 20%) ha vuelto a retomar la senda de incremento hasta situarse en el 22,3%, ligeramente por encima de la media nacional (22,1%)⁶. La evolución ha sido positiva en lo que respecta al porcentaje de cirugías conservadoras en cáncer de mama, si bien en los dos últimos

años se ha frenado el progreso y, además, las cifras son casi 10 puntos inferiores a las nacionales. La proporción de pacientes con fractura de cadera intervenidos en el plazo de 48 horas oscila desde hace años en torno al 25% sin que se registren avances significativos que aproximen el indicador al registrado en el conjunto del país (41% de media en los últimos 4 años).

El porcentaje global de reingresos hospitalarios presenta una tendencia levemente creciente desde 2009, si bien se observan perfiles evolutivos distintos según procesos. Así, los reingresos urgentes en pacientes psiquiátricos se han reducido del 17,7% de 2006 hasta el 8,5% de 2013, cayendo por debajo de la media nacional (11,4% en 2013). Sin embargo, ha aumentado en la Región el porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada, postinfarto y por asma, superándose en los dos últimos casos la media nacional al final del periodo. También se ha incrementado en los años más recientes la tasa de infecciones hospitalarias por cada 100 altas (de 0,70 en 2006 a 1,00 en 2013) y la tasa de reacciones adversas graves a medicamen-

⁶ Estos datos corresponden solo a partos en instituciones del SNS (SMS en el caso de Murcia). Las tasas de cesáreas en centros privados prácticamente duplican estas cifras.

tos (de una media de 40 por cada millón de habitantes en el periodo 2005-2007 a 120 por millón en 2013 y 2014).

5.5.2. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

La principal fuente de información para conocer el grado en que los ciudadanos están satisfechos con el sistema sanitario público es el Barómetro sanitario, elaborado por el CIS para el Ministerio de Sanidad. La última edición del barómetro se publicó en 2014 y recoge las opiniones de la población en 2013, por lo que las respuestas podrían ya reflejar el posible impacto de los "recortes" de gasto sanitario sobre la calidad percibida por los usuarios del sistema.

Un primer indicio de este impacto se puede deducir de la respuesta a la segunda pregunta del cuestionario: "*De las siguientes afirmaciones, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario en nuestro país?*". Solo un 16% de los encuestados en la Región de Murcia se identifica con la afirmación "*En general, funciona bastante bien*" (frente al 27% que elegía esta opción en 2010) y un 5,3% suscribe la opinión "*Está tan mal que se necesitaría rehacerlo*" (frente al 1,8% que opinaba lo mismo en 2010). La "nota media" que los ciudadanos atribuyen al sistema, en términos generales, no ha cambiado mucho en los últimos años. A la pregunta "*En general, ¿está Ud. satisfecho o insatisfecho con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España?*" los encuestados en la región en 2013 responden con una nota media de 6,6 en (siendo 1 "*muy insatisfecho*" y 10 "*muy satisfecho*"), similar a la observada a escala nacional (6,4) y muy parecida a la registrada en 2010 en Murcia (6,5). No obstante, esta nota global, que venía creciendo lenta pero ininterrumpidamente desde 2007, invierte su tendencia evolutiva en 2013, tanto en el conjunto del país como en la Región.

Los ítems del barómetro que pueden reflejar mejor una evolución negativa (o positiva) de la percepción que tienen los

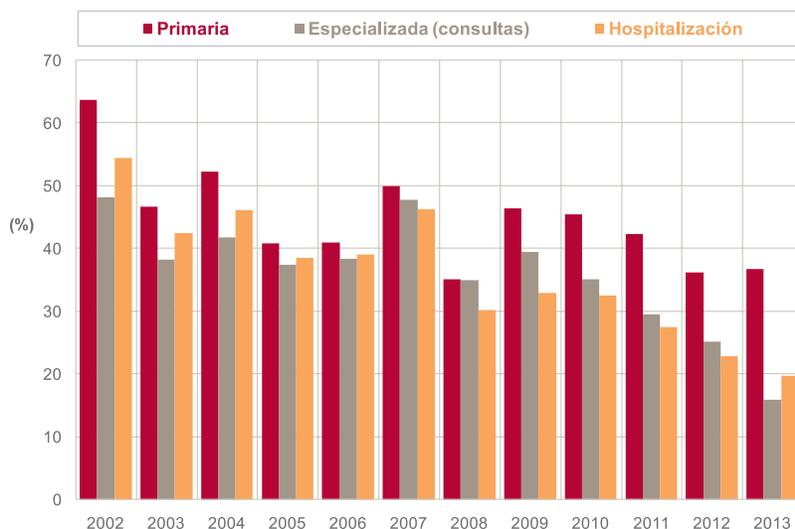
ciudadanos acerca del sistema sanitario público se localizan en la parte final del cuestionario. Así, la pregunta 18 inquiriere de manera explícita sobre dicha evolución percibida, referida al último quinquenio: "*En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual respecto a los últimos cinco años?*". Los encuestados responden, además, a esta cuestión, en relación con la atención primaria, la atención especializada, la hospitalización y, desde 2012, también respecto a las urgencias y la hospitalización domiciliaria.

Entre 2009 y 2013, el porcentaje de entrevistados que considera que la atención primaria ha mejorado en el quinquenio precedente pasó del 46,5% al 36,8%; y el porcentaje que afirma que la asistencia primaria ha empeorado aumentó desde el 1,5% al 20,3%. En el caso de la atención especializada (consultas), un 39,5% percibía una mejora en 2009 frente al 15,9% que opina lo mismo en 2013; quienes consideran que las consultas de especializada han empeorado suman el 32,3% del total en 2013, casi 5 veces más que en 2009 (6,8%). Parecida evolución se registra en el caso de la hospitalización: un 33% percibían mejora en 2009, frente al 19,7% de 2013; en 2009 apenas un 1,2% consideraba que la asistencia hospitalaria había empeorado y en 2013 dicho porcentaje se disparó al 23,5%.

Las urgencias se incluyeron en este ítem del barómetro en 2012, por lo que únicamente se puede comparar los datos de tal año con los de 2013. También en este caso se observa una caída en el porcentaje de encuestados que observaba una mejora en tiempos recientes (desde el 18,7% al 13,3%) y un aumento en la proporción de los que creían que la asistencia en urgencias había empeorado (del 14,2% al 32,6%). La variación es similar en el caso de la valoración de la hospitalización a domicilio.

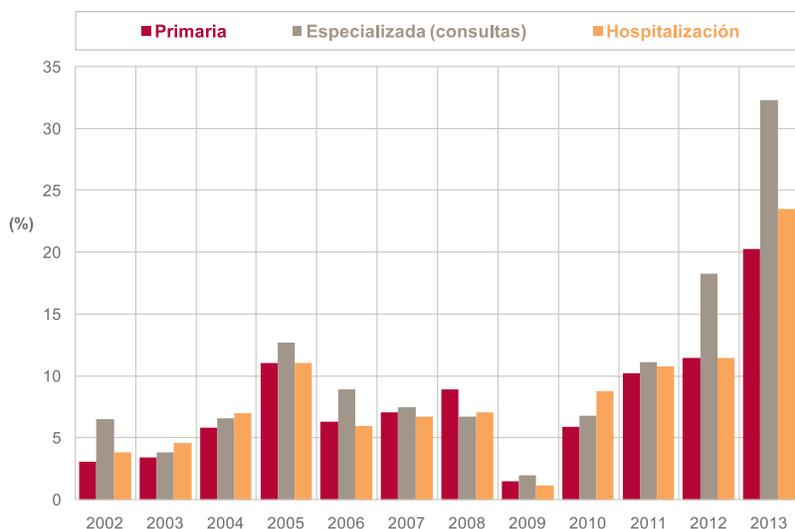
Otra importante dimensión de la asistencia sanitaria pública íntimamente relacionada con el grado de satisfacción de los usuarios del sistema es la de la gestión de las listas de espera. Más arriba se ha mostrado datos objetivos acerca de su evolución, pero

GRÁFICO 5.17.
PORCENTAJE DE CIUDADANOS DE LA REGIÓN DE MURCIA QUE CONSIDERA QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA, LA ESPECIALIZADA Y LA HOSPITALARIA HAN MEJORADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS. 2002-2013



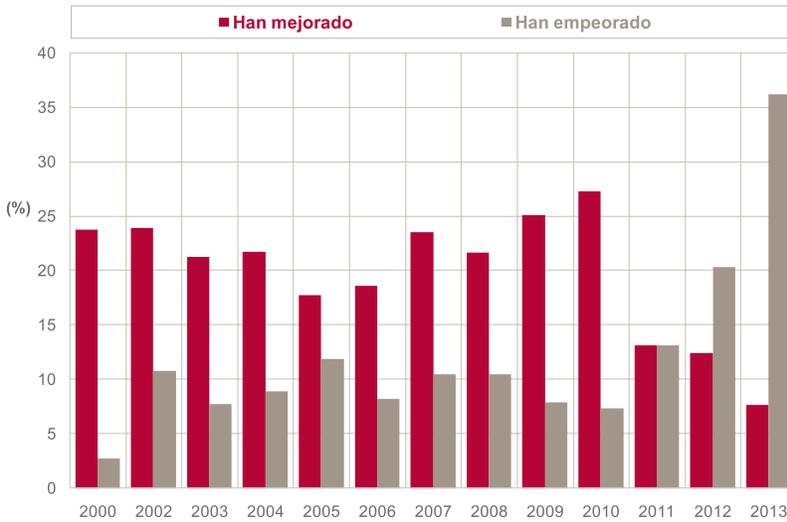
Fuente: Barómetro sanitario 2013 (Pregunta 18: En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual respecto a los últimos cinco años?).

GRÁFICO 5.18.
PORCENTAJE DE CIUDADANOS DE LA REGIÓN DE MURCIA QUE CONSIDERA QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA, LA ESPECIALIZADA Y LA HOSPITALARIA HAN EMPEORADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS. 2002-2013



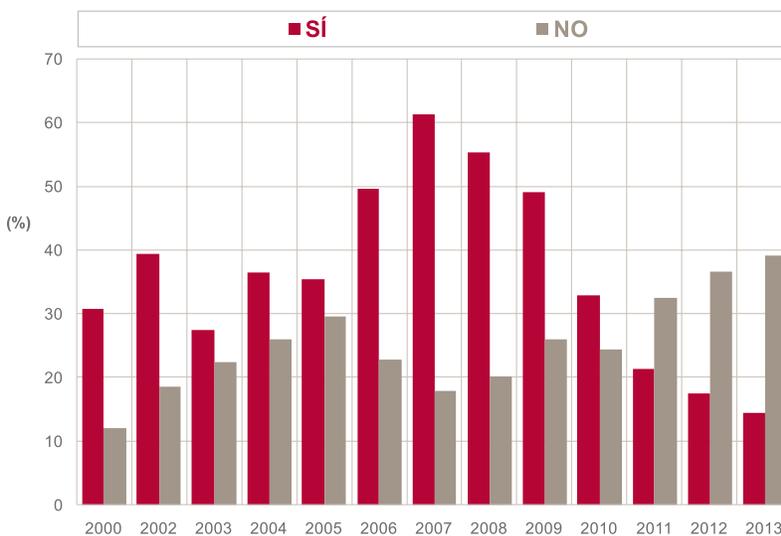
Fuente: Barómetro sanitario 2013 (Pregunta 18: En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual respecto a los últimos cinco años?).

GRÁFICO 5.19.
PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS DE LA REGIÓN DE MURCIA ACERCA DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA SANITARIAS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (%). 2000-2013



Fuente: Barómetro sanitario 2013 (Pregunta 16: En general, ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera ...?).

GRÁFICO 5.20.
VALORACIÓN DE LOS CIUDADANOS DE LA REGIÓN DE MURCIA ACERCA DE SI LAS AUTORIDADES SANITARIAS LLEVAN A CABO ACCIONES PARA MEJORAR LAS LISTAS DE ESPERA (%). 2000-2013



Fuente: Barómetro sanitario 2013 (Pregunta 15: ¿Cree Ud. que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera?).

también el barómetro recaba información acerca del modo en que los ciudadanos valoran la actuación de las administraciones sanitarias en este ámbito. La pregunta 16 se formula en los siguientes términos: *"En general, ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera ha mejorado, ha empeorado o sigue igual?"*. Solo un 7,7% de los entrevistados responde que el problema ha mejorado en 2013, mientras que en 2009 la proporción superaba el 25%. Por el contrario, quienes perciben un empeoramiento del problema alcanzan el 36,2%, más que cuadruplicando la cifra de 2009 (7,9%).

La pregunta 15 indaga acerca de la percepción que tienen los usuarios sobre la gestión de las listas: *"¿Cree Ud. que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera?"* En 2009, casi la mitad de los encuestados respondió afirmativamente a esta cuestión (un 55% en 2008), mientras que en 2013 el porcentaje cae hasta el 14,4%. De modo simétrico, la proporción de respuestas negativas ha pasado del 26% en 2009 (en 2007 era del 17,9%) al 39,1% en 2013.

5.6. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES

El gasto sanitario público en España se ha reducido desde 2009 a un ritmo significativo como consecuencia de las políticas de consolidación presupuestaria impuestas durante la fase más aguda de la crisis económica. El sistema público de salud regional no ha sido ajeno a esta ola de ajustes (o "recortes") presupuestarios, de tal forma que entre 2009 y 2013 el gasto en sanidad ha caído un 2% anual de media (cerca del 8% acumulado, en términos nominales). Si se ponen en contexto las cifras de gasto

sanitario en la Región con las del conjunto de servicios de salud de las CC.AA. cabría pensar que este proceso de adelgazamiento del presupuesto sanitario regional ha servido para redimensionar un sistema público de salud cuyo tamaño, en términos económicos, era –y continúa siendo– notoriamente superior a la media del país. En efecto, tanto en relación con el PIB, como en valores per cápita, el gasto público en salud en la Región de Murcia supera con creces la media nacional. Pero, ¿significa esto que antes y después de las políticas de ajuste el sistema sanitario murciano prestaba más y mejores servicios a los ciudadanos que otros servicios de salud? ¿Acaso los indicadores de desempeño del sistema y los resultados de salud eran (son) favorables a la Región de Murcia cuando se comparan con los registrados a escala nacional?

Desgraciadamente, la respuesta a ambas preguntas es negativa. Murcia no tiene mejores indicadores en cobertura vacunal, ni en mortalidad intrahospitalaria, ni en ingresos hospitalarios, que el resto de España. Los indicadores de salud habitualmente utilizados son, en general, peores que los del conjunto del Estado, con muy pocas excepciones, y se alejan significativamente de la media nacional (un 10% o más) en casos como la esperanza de vida en buena salud y años de vida saludables a los 65 años, las tasas de mortalidad y de mortalidad prematura ajustadas por edad (excepto en cáncer), las tasas de mortalidad infantil y perinatal, la prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, EPOC, asma), o las tasas ajustadas de hospitalización (IAM, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad hipertensiva, ICC, ...).

Se encuentra, pues, un sistema de salud que, tanto en términos de PIB regional, como en euros por habitante, es más "caro" que la media de los servicios de salud autonómicos y que, sin embargo, presenta resultados que no alcanzan el desempeño medio de sus homólogos. Sin duda habrá variables de naturaleza dispar que puedan explicar una parte de este "gap" entre gasto per cápita relativo e indicadores de resultados comparados, pero resulta difícil negar,

a la vista de las cifras, que existe un amplio margen para la mejora de la eficiencia del sistema, entendida ésta como el logro del mayor resultado en salud posible dados los recursos disponibles (o, alternativamente, la minimización del gasto en sanidad, dados unos objetivos en términos de indicadores de salud). En este sentido, hay determinados rasgos de la evolución y composición del gasto sanitario público que apuntan a un aumento excesivo, durante la fase expansiva del ciclo económico, del gasto en atención especializada (Abellán et al. 2012), asociado a la inversión en actividad hospitalaria y alta tecnología. Este perfil evolutivo del gasto público en sanidad ha reforzado el modelo hospitalocéntrico (Marset et al., 2014), que no garantiza mejores resultados de salud, sino más bien lo contrario, tal y como advierte la OMS (2008).

Es sobre este modelo sanitario, sesgado hacia la asistencia hospitalaria (entre 2002 y 2009 el gasto en atención especializada creció un 50% más que el gasto en servicios primarios de salud), sobre el que han tenido lugar los recortes presupuestarios. Además, la disminución progresiva desde 2009 de los recursos destinados al sistema público de salud no garantiza, en modo alguno, que el resultado final haya sido reducir bolsas de ineficiencia y mejorar la relación coste-efectividad global del sistema. Antes al contrario, buena parte de las medidas de contención presupuestaria se han aplicado de manera lineal, recortando los programas de gasto allí donde ha sido más fácil.

Prueba de ello es la fuerte caída de los gastos en personal (a través de la disminución de plantillas y de medidas retributivas) que han hecho imposible la convergencia con la media nacional en los indicadores de dotación de profesionales. Las ratios de médicos y personal de enfermería por cada 1.000 habitantes son inferiores a la media nacional (más en el caso de la atención especializada que en el de primaria), particularmente en lo que atañe al personal de enfermería, donde la brecha ha aumentado en los últimos años.

Un efecto de los ajustes presupuestarios sobre el sistema de salud, que es

perfectamente objetivable y que supone un innegable deterioro de la calidad de la asistencia sanitaria es el aumento de las demoras. El incremento del tamaño de las listas de espera quirúrgicas, para consultas y para pruebas técnicas, así como el alargamiento de los tiempos de espera y de la proporción de pacientes cuya atención se retrasa más allá de los plazos máximos comprometidos, es una de las consecuencias más visibles de la contracción de los recursos destinados a sanidad. Con ser grave este hecho, lo es más la posibilidad de que el empeoramiento de las listas de espera esté, además, generando inequidades. Una investigación reciente (Abásolo et al. 2014) que utiliza datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, concluye que, una vez se controla por el resto de variables relevantes (necesidad, especialidad, región de residencia y otras), los pacientes con niveles de renta más bajos se enfrentan a tiempos de espera más largos para consultas en atención especializada, sea la visita para primer diagnóstico o para revisión. Más aún, estos autores encuentran evidencia de que los sujetos que solo tienen estudios primarios esperan más tiempo que quienes tienen estudios universitarios. El alargamiento de las esperas en el sistema público de salud (nacional y regional) en estos últimos años podría estar, por tanto, agravando las inequidades del sistema, en la medida en que el aumento en las demoras esté afectando con más intensidad a los pacientes con peor condición socioeconómica.

Otro ámbito preocupante desde el punto de vista de la equidad es el de la prestación farmacéutica. La modificación de la regulación del copago que introdujo el Real Decreto 16/2012, no solo no parece haber conseguido el objetivo declarado de moderar el aumento del consumo de medicamentos (sus efectos en la Región de Murcia parecen haber tenido un carácter meramente temporal o transitorio), sino que, además, puede estar teniendo consecuencias muy negativas para la salud de determinados grupos de población (pacientes crónicos y con rentas bajas).

Como se ha señalado más arriba, el sistema sanitario únicamente es uno de los factores que explican el estado de salud de la población. Tan importante para la salud de los ciudadanos es el buen funcionamiento del sistema de salud como lo son los factores relacionados con los hábitos de vida y comportamientos de los individuos (sobrepeso y obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco). Y no menos decisivos resultan los factores económicos, esto es, el nivel de renta, el riesgo de pobreza y exclusión, las condiciones de vida (vivienda, acceso a suministros básicos), etc. De la situación actual y evolución reciente de estos últimos ya se da oportuna cuenta en otras partes de esta memoria, pero conviene insistir en la incidencia que la privación económica tiene sobre el estado de salud de las personas a corto, medio y largo plazo.

Por lo que atañe a los hábitos de vida y comportamientos individuales, cabe destacar dos cuestiones: la primera, que mientras algunos indicadores, como el consumo de tabaco en adultos o el porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol muestran una evolución muy positiva en los últimos años, otros, como la prevalencia de obesidad (en niños y adolescentes pero, sobre todo, en mayores de 18 años) y la de sedentarismo no ofrecen tan buenas noticias. La segunda cuestión que conviene subrayar atañe a la responsabilidad de las políticas públicas en la promoción de hábitos saludables que inviertan la tendencia observada en algunos de estos determinantes de la salud. A este respecto, la salud pública se configura como un campo de importancia crucial para la mejora de la salud. Y la educación para la salud, sea en el contexto de los programas educativos, sea en el ámbito de la relación médico paciente en atención primaria, constituye una estrategia prioritaria al servicio del fin último de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Como señala Segura (2014), es responsabilidad de profesionales e instituciones vigilar la evolución de los problemas de salud y de sus determinantes para evitar que los efectos que las restricciones sobre el gasto hayan podido o puedan tener sobre la salud, se conviertan en irreversibles.

A este respecto, se ha de alertar sobre los efectos a medio y largo plazo sobre la salud y otras dimensiones del bienestar (educación, nivel de renta) que puedan tener las privaciones que están sufriendo los llamados "niños y niñas de la crisis" (Flores et al. 2014). Tal y como advierten estos autores, la pobreza en la infancia aumenta el riesgo de mala salud durante dicha etapa pero, además, tiene efectos que persisten en el tiempo, pues la mala salud en la infancia aumenta el riesgo de fracaso escolar y el de pobreza en la edad adulta. Las malas condiciones económicas al inicio de la vida son una importante fuente de desigualdades a lo largo de la vida de los individuos.

Desde que se inició la crisis o, más exactamente, desde que las políticas de austeridad presupuestaria comenzaron a impactar sobre el sistema sanitario, ha aumentado la proporción de ciudadanos que creen que el sistema funciona muy mal (y se ha reducido a la mitad la de los que consideran que funciona bastante bien); ha subido el porcentaje de ciudadanos que afirma que la asistencia sanitaria (primaria, especializada y de urgencias) ha empeorado en los últimos cinco años, como también ha crecido significativamente el número de personas que afirman que el problema de las listas de espera sanitarias ha ido a peor y que no perciben que las autoridades sanitarias estén actuando para corregirlo. Este trabajo ha pretendido hacer un diagnóstico sobre el funcionamiento y resultados del sistema público de salud en la Región de Murcia a partir de cifras e indicadores objetivos. A la vista de las conclusiones alcanzadas con nuestro análisis, no parece que la opinión de los ciudadanos carezca de elementos de juicio.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS

ABÁSULO, I., NEGRÍN-HERNÁNDEZ, M.A., PINILLA, J. (2014). Equity in specialist waiting times by socioeconomic

- groups: evidence from Spain. *European Journal of Health Economics* 15: 323-334.
- ABELLÁN, J.M., MARTÍNEZ, J.E., MÉNDEZ, I., SÁNCHEZ, F.I., GARRIDO, S. (2012). Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. <https://www.cesmurcia.es:443/cesmurcia/paginas/publicaciones/PublicacionDetail.seam?pubId=321>.
- FERNÁNDEZ-RUIZ, M.L., SÁNCHEZ-BAYLE, M., FERNÁNDEZ-RUIZ, S., PALOMO, L. (2015). El efecto de los copagos sobre la adherencia a los medicamentos prescritos. *Atención Primaria*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.010>.
- FLORES, M., GARCÍA-GÓMEZ, P., ZUNZUNEGUI, M.V. (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los "niños y niñas de la crisis"? Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria* 28(S1): 7-11.
- MARSET, P., NICOLÁS, C., NOVOA, A., RODRÍGUEZ, P., SÁNCHEZ, J.A., SOLER, M. (2014). El deterioro de la sanidad pública ¿una privatización programada?, en Foro Ciudadano de la Región de Murcia. El otro Estado de la Región. Murcia: DM.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013). Barómetro Sanitario. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud Más necesaria que nunca. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.
- PÉREZ, F., dir. (2015). Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades. Fundación BBVA – Instituto Valenciano de investigaciones económicas (Ivie). Valencia. http://www.fbbva.es/TLFU/dat/INFORME_SERVICIOS_PUBLICOS_FUNDAMENTALES%20_FBBVA-IVIE.pdf
- SÁNCHEZ, D.P., GUILLÉN, J.J., TORRES, A., ARENSE, J., LÓPEZ, A., SÁNCHEZ, F.I. La recuperación del consumo farmacéutico tras la modificación del copago: evidencia de un servicio regional de salud. *Atención Primaria*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.005>
- SEGURA, A. (2014). Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria* 28(S1): 7-11.

FUENTES ESTADÍSTICAS

CENTRO REGIONAL DE ESTADÍSTICA DE MURCIA. Información estadística: Salud. http://www.carm.es/econet/ecodata/toda_salud.html.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Estadística de Gasto Sanitario Público <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm. Sistema de información de Listas de Espera.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Sistema de información de Listas de Espera. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>

SERVICIO MURCIANO DE SALUD. Lista de espera quirúrgica por especialidades http://www.murciasalud.es/leq.php?op=buscar&id_tipo_inf=1&idsec=2336.