

Sistemas sanitarios en transición

Vol. 20 No. 2 2018

# España

## Informe del sistema sanitario

Enrique Bernal-Delgado

Sandra García-Armesto

Juan Oliva

Fernando Ignacio Sánchez Martínez

José Ramón Repullo

Luz María Peña-Longobardo

Manuel Ridao-López

Cristina Hernández-Quevedo



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

# Sistemas sanitarios en transición

## España

Informe del sistema sanitario 2018

**Enrique Bernal-Delgado**

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

**Sandra García-Armesto**

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

**Juan Oliva**

Universidad de Castilla-La Mancha

**Fernando Ignacio Sánchez Martínez**

Universidad de Murcia

**José Ramón Repullo**

Instituto de Salud Carlos III

**Luz María Peña-Longobardo**

Universidad de Castilla-La Mancha

**Manuel Ridao-López**

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

**Cristina Hernández-Quevedo**

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, LSE Health

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2018 under the title Spain: Health system review. Health Systems in Transition, 2018 (Volume 20, Number 2). © World Health Organization 2018 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition. The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud es una alianza entre la Oficina Regional para Europa de la OMS, los gobiernos de Austria, Bélgica, Finlandia, Irlanda, Noruega, Eslovenia, Suecia, Suiza, Reino Unido y la Región del Véneto de Italia, la Comisión Europea, el Banco Mundial, la UNCAM (Unión Nacional Francesa de Fondos de Seguros de Salud), la London School of Economics and Political Science, y la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Los puntos de vista expresados en el presente documento por sus autores o editores no representan necesariamente las decisiones ni las políticas del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, ni tampoco las de sus organizaciones colaboradoras.

Las denominaciones utilizadas y la presentación de información en esta publicación no constituyen en ningún caso la expresión de un juicio de valor por parte del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud ni de ninguna de sus organizaciones colaboradoras sobre el estatus jurídico de un país, territorio, ciudad o área, sus órganos de gobierno o su delimitación territorial. Cuando en los títulos de los cuadros se utilice la denominación «país o área», se referirá a países, territorios, ciudades o áreas. Las líneas de puntos en los mapas representan fronteras aproximadas sobre las que puede no existir todavía un acuerdo definitivo.

La mención de empresas concretas o de determinados productos de fabricantes no implica que el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud los apoye o recomiende de forma preferente con respecto a otros similares que no se mencionen. Salvo error u omisión, los nombres de productos patentados se escriben con mayúscula inicial.

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud no garantiza que la información incluida en la presente publicación sea completa ni correcta y no aceptará responsabilidad por cualesquiera daños sufridos como consecuencia de su utilización.

Cita sugerida: Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. España: Informe del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición, 2018;20(2):1–179.

DESCRIPTORES: Prestación de servicios sanitarios; Estudios de evaluación; Financiación sanitaria, Salud; Reforma sanitaria; Planificación de sistemas sanitarios - organización y administración; España



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO en línea: 731-19-048-1

NIPO en papel: 731-19-047-6

ISSN de la edición original: 1817-6127

Depósito legal: M-28810-2019

<https://cpage.mpr.gob.es>

Cristina Hernández-Quevedo (Editora) y Josep Figueras y Bernd Rechel (Editores de la Serie) se encargaron de este HiT

## **Consejo Editorial**

---

### **Editores de la Serie**

Reinhard Busse, Berlin University of Technology, Alemania  
Josep Figueras, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Martin McKee, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido  
Elias Mossialos, London School of Economics and Political Science, Reino Unido  
Ellen Nolte, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Ewout van Ginneken, Berlin University of Technology, Alemania

### **Coordinadora de la Serie**

Anna Maresso, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud

### **Equipo editorial**

Jonathan Cylus, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Cristina Hernández-Quevedo, European Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Marina Karanikolos, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Anna Maresso, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
David McDaid, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Sherry Merkur, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Dimitra Panteli, Berlin University of Technology, Alemania  
Wilm Quentin, Berlin University of Technology, Alemania  
Bernd Rechel, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Erica Richardson, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Anna Sagan, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Anne Spranger, Berlin University of Technology, Alemania  
Juliane Winkelmann, Berlin University of Technology, Alemania

### **Consejo Consultivo Internacional**

Tit Albreht, Institute of Public Health, Eslovenia  
Carlos Alvarez-Dardet Díaz, Universidad de Alicante, España  
Rifat Atun, Harvard University, Estados Unidos  
Armin Fidler, Management Center Innsbruck, Austria  
Colleen Flood, University of Toronto, Canadá  
Péter Gaál, Semmelweis University, Hungría  
Unto Häkkinen, National Institute for Health and Welfare, Finlandia  
William Hsiao, Harvard University, Estados Unidos  
Allan Krasnik, University of Copenhagen, Dinamarca  
Joseph Kutzin, Organización Mundial de la Salud  
Soonman Kwon, Seoul National University, República de Corea  
John Lavis, McMaster University, Canadá  
Vivien Lin, La Trobe University, Australia  
Greg Marchildon, University of Regina, Canadá

Nata Menabde, Organización Mundial de la Salud  
Charles Normand, University of Dublin, Irlanda  
Robin Osborn, The Commonwealth Fund, Estados Unidos  
Dominique Polton, National Health Insurance Fund for Salaried Staff (CNAMTS),  
Francia  
Sophia Schlette, Federal Statutory Health Insurance Physicians Association, Alemania  
Igor Sheiman, Higher School of Economics, Federación Rusa  
Peter C. Smith, Imperial College, Reino Unido  
Wynand P.M.M. van de Ven, Erasmus University, Países Bajos  
Witold Zatonski, Marie Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre, Polonia

# ÍNDICE

Prólogo	vii
Agradecimientos	ix
Lista de abreviaturas	xiii
Lista de tablas, figuras y cuadros	xv
Resumen	xix
Resumen ejecutivo	xxi
<b>1</b> Introducción	<b>1</b>
1.1 <i>Geografía y sociodemografía</i>	2
1.2 <i>Contexto económico</i>	4
1.3 <i>Contexto político</i>	6
1.4 <i>Estado de salud</i>	7
<b>2</b> Organización y gobernanza	<b>17</b>
2.1 <i>Organización</i>	18
2.2 <i>Descentralización y centralización</i>	27
2.3 <i>Intersectoralidad</i>	28
2.4 <i>Regulación y planificación</i>	29
2.5 <i>Empoderamiento de los pacientes</i>	39
<b>3</b> Financiación	<b>49</b>
3.1 <i>Gasto sanitario</i>	50
3.2 <i>Fuentes de ingresos y flujos financieros</i>	57
3.3 <i>Visión general del sistema de financiación legal</i>	61
3.4 <i>Pagos directos</i>	72
3.5 <i>Seguro voluntario de enfermedad</i>	75
3.6 <i>Otra financiación</i>	77
3.7 <i>Mecanismos de pago</i>	78

<b>4</b>	<b>Recursos físicos y humanos</b>	<b>89</b>
4.1	<i>Recursos físicos</i>	90
4.2	<i>Recursos humanos</i>	96
<b>5</b>	<b>Provisión de servicios</b>	<b>103</b>
5.1	<i>Salud pública</i>	104
5.2	<i>Trayectoria asistencial del paciente</i>	108
5.3	<i>Atención primaria/ambulatoria</i>	111
5.4	<i>Atención ambulatoria especializada/atención hospitalaria</i>	115
5.5	<i>Atención de urgencia</i>	122
5.6	<i>Prestación farmacéutica</i>	124
5.7	<i>Rehabilitación/atención intermedia</i>	126
5.8	<i>Cuidados de larga duración</i>	127
5.9	<i>Servicios para cuidadores informales</i>	129
5.10	<i>Cuidados paliativos</i>	130
5.11	<i>Atención a la salud mental</i>	131
5.12	<i>Atención dental</i>	131
<b>6</b>	<b>Principales reformas sanitarias</b>	<b>133</b>
6.1	<i>Análisis de reformas recientes</i>	134
6.2	<i>Evolución futura</i>	143
<b>7</b>	<b>Evaluación del sistema sanitario</b>	<b>145</b>
7.1	<i>Monitorización del desempeño del sistema sanitario</i>	146
7.2	<i>Impacto del sistema sanitario en la salud de la población</i>	150
7.3	<i>Acceso</i>	153
7.4	<i>Protección financiera</i>	157
7.5	<i>Eficiencia del sistema sanitario</i>	160
7.6	<i>Calidad y seguridad de la asistencia sanitaria</i>	165
7.7	<i>Transparencia y rendición de cuentas</i>	169
<b>8</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>171</b>
<b>9</b>	<b>Apéndices</b>	<b>175</b>
9.1	<i>Referencias</i>	175
9.2	<i>Legislación principal</i>	187
9.3	<i>Sitios web útiles</i>	191
9.4	<i>Metodología y proceso de producción del HiT</i>	191
9.5	<i>Acerca de los autores</i>	195

# PRÓLOGO

La serie de informes sobre sistemas sanitarios en transición (HiT) consiste en análisis nacionales que proporcionan una exhaustiva descripción de un sistema sanitario, así como de las reformas e iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en un país concreto. Expertos del país objeto del informe, conjuntamente con personal del Observatorio, elaboran cada uno de los informes A fin de facilitar las comparaciones entre países, los informes se redactan siguiendo una plantilla, que se revisa periódicamente. La plantilla proporciona directrices detalladas, así como un cuestionario, definiciones y ejemplos concretos necesarios para la elaboración del informe en cuestión.

Los informes HiT tienen por objeto facilitar información relevante que los responsables políticos y los analistas puedan utilizar en el desarrollo de los sistemas sanitarios en Europa. Así, pueden servir como base para:

- conocer de forma detallada las distintas formas de organización, financiación y prestación de servicios sanitarios y la función de los principales actores de los sistemas sanitarios;
- describir el marco institucional, el proceso, el contenido y la implantación de los programas de reforma sanitaria;
- identificar los desafíos y las áreas que requieren un análisis más detenido;
- proporcionar una herramienta para la divulgación de información sobre sistemas sanitarios y para el intercambio de experiencias de estrategias de reforma entre responsables políticos y analistas de distintos países; y
- ayudar a otros investigadores que realizan análisis comparativos más exhaustivos de políticas sanitarias.

La elaboración de los informes conlleva diversos problemas metodológicos. En muchos países, la información disponible sobre el sistema sanita-

rio y sobre la incidencia de las reformas es relativamente escasa. Como consecuencia de la ausencia de una fuente de datos uniforme, la información cuantitativa sobre servicios sanitarios se basa en distintas fuentes, entre las que cabe citar la base de datos Health for All de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de Salud (OMS), los datos de los institutos nacionales de estadística, Eurostat, la base de datos de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Fondo Monetario Internacional (FMI), los indicadores mundiales de desarrollo del Banco Mundial y cualquier otra fuente pertinente que los autores consideren de utilidad. Los métodos de recogida de datos y las definiciones terminológicas varían en ocasiones, pero suelen ser coherentes en el marco de cada uno de los informes.

La utilización de un informe normalizado presenta algunos inconvenientes, ya que la financiación y la prestación de los servicios sanitarios son diferentes en cada país. Sin embargo, también ofrece ventajas, puesto que suscita temas y preguntas similares. Los informes HiT pueden usarse para dar a conocer a los responsables políticos experiencias en otros países que pueden ser pertinentes para su propia situación nacional. Asimismo, pueden emplearse para fundamentar los análisis comparativos de sistemas sanitarios. Esta serie editorial continúa publicándose y el material se actualiza periódicamente.

Se ruega que se envíe cualquier comentario o sugerencia que pueda contribuir al desarrollo y a la mejora de la serie editorial HiT a la dirección de correo electrónico [contact@obs.who.int](mailto:contact@obs.who.int).

Los informes HiT y sus versiones resumidas pueden consultarse en el sitio web del Observatorio: (<http://www.healthobservatory.eu>).

# AGRADECIMIENTOS

El informe HiT sobre España fue elaborado conjuntamente por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), miembro de la red *Health Systems and Policy Monitor* (HSPM, Observatorio de Sistemas y Políticas de Salud).

HSPM es una red internacional que colabora con el Observatorio en el seguimiento de los países. Está constituido por entidades homólogas nacionales muy valoradas a escala nacional e internacional y con activos de especial relevancia en el ámbito de los sistemas sanitarios, los servicios de salud, y la investigación en materia de salud pública y gestión sanitaria. Se basan en sus redes propias de gran amplitud en el ámbito de la salud y en su historial de colaboración eficaz con el Observatorio para abordar la tarea de desarrollar y actualizar los informes HiT.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) es una confederación de 12 asociaciones científicas y profesionales, con personalidad jurídica propia, formada por siete asociaciones temáticas nacionales (la Sociedad Española de Epidemiología, SEE; la Asociación de Economía de la Salud, AES; la Asociación de Juristas de la Salud, AJS; la Sociedad Española de Sanidad Ambiental, SESA; la Red Española de Atención Primaria, REAP; la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, SEEP; y la Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC), y cinco asociaciones regionales (la Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears (SSPCiB), la Asociación Andaluza de Salud Pública (HIPATIA), la Sociedad Canaria de Salud Pública (SCSP), la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS) y la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMASAP)). A través de estas sociedades, están integrados en SESPAS 3.800 profesionales de la salud pública con distintos perfiles y experiencias profesionales y procedentes de instituciones y ámbitos geográficos diferentes. SESPAS publica informes bienales sobre salud pública y configura su actividad en torno a varios grupos de trabajo o sec-

ciones de carácter temático: Ética; Formación; Salud Pública Municipal; Vacunación; Prevención de Adicciones; Iatrogenia; Planificación Sanitaria; Género y Salud e Investigación en Servicios de Salud.

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) es una institución pública vinculada al Servicio Aragonés de Salud. El IACS se propone vincular el conocimiento en materia de salud y la formulación de políticas a escala regional y nacional. Fomenta y desarrolla la investigación biomédica, la innovación clínica y organizativa y la transmisión de conocimientos a los responsables de la toma de decisiones. El IACS es miembro de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y actúa como secretaria de la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.

Los autores de la presente edición son Enrique Bernal-Delgado, Sandra García-Armesto (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud), Juan Oliva (Universidad Castilla-La Mancha), Fernando Sánchez Martínez (Universidad de Murcia), José Ramón Repullo (Instituto de Salud Carlos III), Luz María Peña-Longobardo (Universidad de Castilla-La Mancha) y Manuel Ridao-López (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud). El informe ha sido editado por Cristina Hernández-Quevedo, con el apoyo de Ellen Nolte, Coordinadora del Centro de Londres del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud. La presente edición se basa en el anterior HiT sobre España, publicado en 2010 y elaborado por Sandra García-Armesto, María Begoña Abadía-Taira, Antonio Durán y Enrique Bernal-Delgado (*Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud*), y editado por Cristina Hernández-Quevedo.

Los autores desean agradecer a José María Abellán, Joan Gené Badiá, Beatriz González López-Valcárcel, Vicente Ortún y Carmen Vives sus comentarios sobre una versión anterior del informe. También se agradece al Ministerio de Sanidad la aportación de comentarios sobre una versión anterior del informe, y en particular, a la Dra. Elena Andradás Aragonés, Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación y a su equipo, su revisión detallada del informe y la facilitación de los datos más recientes. El agradecimiento se extiende asimismo a la Oficina Regional para Europa de la OMS por su base de datos europea “Health for All” de la que se extrajeron los datos sobre servicios sanitarios; a la OCDE por los datos sobre los servicios sanitarios en Europa occidental; al Banco Mundial por los datos sobre el gasto sanitario en los países de Europa central y oriental; y a la Comisión Europea por la base de datos de Eurostat. El HiT utiliza los datos

disponibles a 31 de diciembre de 2017, a menos que se indique lo contrario. El HiT refleja la organización del sistema de salud y la disponibilidad de los datos, salvo se indique lo contrario, existentes a diciembre de 2017.

El Observatorio es fruto de la colaboración de los Gobiernos de Austria, Bélgica, Finlandia, Irlanda, Noruega, Eslovenia, Suecia, Suiza y el Reino Unido; la Región del Véneto de Italia; la Unión Nacional Francesa de Fondos de Seguros Sanitarios (UNCAM); la Organización Mundial de la Salud; la Comisión Europea; el Banco Mundial; la London School of Economics and Political Science (LSE); y la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). Esta asociación la acoge la Oficina Regional para Europa de la OMS. El Observatorio está constituido por un Comité Director, un equipo de dirección central, un grupo de políticas de investigación y el resto de su plantilla. Su Secretaría tiene su sede en Bruselas y oficinas en Londres en la LSE, la LSHTM y la Universidad Técnica de Berlín. El equipo del Observatorio que trabaja en los HiT está liderado por Josep Figueras, Director; Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse (Codirectores); Richard Saltman, Ellen Nolte, Ewout van Ginneken y Suszy Lessof. El Programa de seguimiento nacional del Observatorio y la serie HiT los coordina Anna Maresso. El proceso de producción y corrección de textos del presente HiT los coordinó Jonathan North, con el apoyo de Caroline White, Lesley Simon (corrección de textos) y Nick Gorman (diseño y maquetación).



# LISTA DE ABREVIATURAS

<b>Atlas VPM</b>	Atlas de Variación de la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud Español
<b>AVAD</b>	Año de vida ajustado en función de la discapacidad
<b>BDCAP</b>	Base de datos clínicos de atención primaria
<b>BIFAP</b>	Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria
<b>CAP</b>	Centro de atención primaria
<b>CC.AA.</b>	Comunidades Autónomas
<b>CE</b>	Comisión Europea
<b>CIS</b>	Centro de Investigaciones Sociológicas
<b>CISNS</b>	Consejo Interterritorial del SNS
<b>CNMC</b>	Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia
<b>CPP</b>	Colaboración público-privada
<b>DDD</b>	Dosis diaria definida
<b>DG</b>	Dirección General
<b>DL</b>	Decreto-Ley
<b>EDADES</b>	Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España
<b>EEE</b>	Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo
<b>ETSSB</b>	Evaluación de la tecnología sanitaria y sus beneficios
<b>FLA</b>	Fondo de Liquidez Autonómico
<b>GRD-TP</b>	Grupos relacionados de diagnóstico-todos los pacientes
<b>HCD</b>	Historia clínica digital
<b>ICC</b>	Insuficiencia cardíaca crónica
<b>ICP</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>IFP</b>	Iniciativa de financiación privada
<b>IMA</b>	Infarto de miocardio agudo
<b>INCLASNS</b>	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>INGESA</b>	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
<b>IRM</b>	Imagen por resonancia magnética
<b>ISCI</b>	Instituto de Salud Carlos III
<b>ISFAS</b>	Instituto Social de las Fuerzas Armadas

<b>IVA</b>	Impuesto sobre el valor añadido
<b>MAP</b>	Médico de atención primaria
<b>MCSS</b>	Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social
<b>MF</b>	Mutua de Funcionarios
<b>MSSSI</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<b>MUFACE</b>	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
<b>MUGEJU</b>	Mutualidad General Judicial
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OSL</b>	Oficina sanitaria local
<b>PAM</b>	Pago por acto médico
<b>PD</b>	Pagos directos
<b>PIB</b>	Producto interior bruto
<b>PPO</b>	Pago por objetivos
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RDL</b>	Real Decreto-Ley
<b>SAAD</b>	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
<b>SIDA</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SI-SNS</b>	Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TC</b>	Tomografía computarizada
<b>UE</b>	Unión Europea
<b>USD</b>	Dólares estadounidenses
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana
<b>XHUP</b>	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública

# LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y CUADROS

## ■ Tablas

<b>TABLA 1.1</b>	Tendencias de los indicadores de población/demográficos, 1995-2016 (años seleccionados)	3
<b>TABLA 1.2</b>	Indicadores macroeconómicos, 1995-2016 (años seleccionados)	5
<b>TABLA 1.3</b>	Indicadores de mortalidad y salud ajustados por la edad, 1995-2014 (años seleccionados)	8
<b>TABLA 1.4</b>	Morbilidad y factores que afectan al estado de salud, 1995-2014 (años seleccionados)	14
<b>TABLA 2.1</b>	Regulación de los proveedores de salud y reparto de competencias	34
<b>TABLA 2.2</b>	Información del paciente	40
<b>TABLA 2.3</b>	Elección del paciente	43
<b>TABLA 2.4</b>	Derechos de los pacientes	45
<b>TABLA 3.1</b>	Tendencias del gasto sanitario en España, 1995-2015 (años seleccionados)	51
<b>TABLA 3.2</b>	Gasto en sanidad (en % del gasto total en sanidad) según función y tipo de financiación, 2015	57
<b>TABLA 3.3</b>	Gastos sufragados directamente por los hogares en relación con la asistencia sanitaria y el gasto específico en medicamentos	73
<b>TABLA 3.4</b>	Cargos a los usuarios por servicios de salud, 2017	75
<b>TABLA 3.5</b>	Principales indicadores del seguro sanitario privado en España	76
<b>TABLA 3.6</b>	Mecanismos de pago a proveedores (en los sistemas obligatorios)	84
<b>TABLA 3.7</b>	Remuneración de los profesionales sanitarios en España (ingresos anuales en €), 2011-2015	86
<b>TABLA 4.1</b>	Exámenes por imágenes por resonancia magnética y tomografía computarizada por 1.000 habitantes en el último año disponible, 2014	94
<b>TABLA 7.1</b>	Indicadores seleccionados de calidad y seguridad, 2005-2015	167

## ■ Figuras

<b>FIG. 1.1</b>	Mapa de España	2
<b>FIG. 2.1</b>	Visión general del sistema nacional de salud general	22
<b>FIG. 2.2</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018	23
<b>FIG. 3.1</b>	Gasto sanitario corriente como porcentaje (%) del PIB en la Región Europea de la OMS, 2015	52
<b>FIG. 3.2</b>	Tendencias del gasto sanitario corriente como porcentaje (%) del PIB en España y en determinados países, 2000-2015	53
<b>FIG. 3.3</b>	Gasto sanitario corriente en términos de paridad de poder adquisitivo en dólares estadounidenses per cápita en la Región Europea de la OMS, 2015	54
<b>FIG. 3.4</b>	Gasto sanitario del sector público como porcentaje (%) del gasto sanitario corriente en la Región Europea de la OMS, 2015	55
<b>FIG. 3.5</b>	Gasto sanitario público general como porcentaje (%) del gasto público general en la Región Europea de la OMS, 2015	56
<b>FIG. 3.6</b>	Flujos financieros	59
<b>FIG. 4.1</b>	Número de camas en hospitales de agudos por 100.000 habitantes en España y en determinados países, 1995-2014	92
<b>FIG. 4.2</b>	Número de médicos por 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1995-2015	97
<b>FIG. 4.3</b>	Personal de enfermería por 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1996-2015	98
<b>FIG. 4.4</b>	Número de dentistas por 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1995-2015	99
<b>FIG. 4.5</b>	Número de farmacéuticos por 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1995-2015	99
<b>FIG. 7.1</b>	Mortalidad evitable y mortalidad prevenible en España y países seleccionados, 2000-2015; tasas estandarizadas directas por 100.000 habitantes	152
<b>FIG. 7.2</b>	Necesidades no satisfechas en reconocimientos médicos (por motivos económicos o de otro tipo) por quintil de renta, países de la UE/EEE, 2015	159

## ■ Cuadros

<b>CUADRO 1.1</b>	Desigualdades en materia de salud	10
<b>CUADRO 2.1</b>	Antecedentes históricos	26
<b>CUADRO 2.2</b>	Evaluación de la determinación de prioridades y la planificación	30
<b>CUADRO 3.1</b>	Evaluación de la eficiencia distributiva	60
<b>CUADRO 3.2</b>	Evaluación de la cobertura	64
<b>CUADRO 3.3</b>	Evaluación de la progresividad y la equidad de la financiación sanitaria	67
<b>CUADRO 4.1</b>	Evaluación de la distribución geográfica de los recursos sanitarios	93
<b>CUADRO 4.2</b>	Evaluación de la distribución geográfica de los trabajadores sanitarios	100
<b>CUADRO 5.1</b>	Evaluación de la eficacia de las intervenciones de salud pública	107
<b>CUADRO 5.2</b>	Trayectoria asistencial típica de los pacientes en España	109
<b>CUADRO 5.3</b>	Integración de la asistencia	110
<b>CUADRO 5.4</b>	Evaluación de la solidez de la atención primaria	114
<b>CUADRO 5.5</b>	Evaluación de la idoneidad de la asistencia	118
<b>CUADRO 5.6</b>	Evaluaciones a cargo de pacientes sobre la atención que reciben	119
<b>CUADRO 5.7</b>	Trayectoria típica en la atención de urgencia	123
<b>CUADRO 5.8</b>	Evaluación de la eficiencia en la asistencia farmacéutica	125



## RESUMEN

En este análisis del sistema sanitario español se analiza la evolución reciente de la organización y la gobernanza, la financiación sanitaria, la prestación de asistencia sanitaria, las reformas sanitarias y el desempeño del sistema de salud.

El estado general de salud sigue mejorando en España y la esperanza de vida es la más alta de la Unión Europea. Las desigualdades en cuanto a la percepción subjetiva de la salud también han disminuido en la última década, aunque la discapacidad de larga duración y las enfermedades crónicas aumentan debido al envejecimiento de la población.

El contexto macroeconómico en el pasado decenio en el país ha venido caracterizado por la recesión económica mundial, que dio lugar a la ejecución de medidas específicas del sistema de salud dirigidas a mantener la sostenibilidad del mismo. Se promulgó una nueva legislación para regular las condiciones de cobertura, el catálogo de prestaciones y la participación de los pacientes en la financiación del Sistema Nacional de Salud. A pesar de las restricciones presupuestarias vinculadas a la crisis económica, el sistema sanitario sigue siendo casi universal, y cubre al 99,1% de la población.

Prevalece el gasto público en sanidad; así, las fuentes públicas representan más del 71,1% del total de la financiación sanitaria. Los impuestos generales constituyen la principal fuente de provisión de fondos públicos, y son las comunidades autónomas las que gestionan la mayor parte de tales recursos sanitarios públicos. El gasto privado, principalmente relacionado con los pagos sufragados directamente por los ciudadanos, ha aumentado con el tiempo, y se sitúa actualmente por encima de la media de la UE.

La provisión de asistencia sanitaria sigue caracterizada por la solidez de la atención primaria, que representa el elemento esencial del sistema de salud; sin embargo, la creciente brecha en la financiación en comparación con la asistencia secundaria puede poner en peligro la atención primaria a largo plazo. Los esfuerzos en materia de salud pública durante la última década se han centrado en el fomento de la coordinación de los sistemas

sanitarios y en la provisión de directrices respecto al tratamiento de enfermedades crónicas y los factores asociados al estilo de vida como la obesidad.

Los principios subyacentes y los fines del Sistema Nacional de Salud siguen centrándose en la universalidad, el libre acceso, la equidad y la solidaridad financiera. La evolución de las medidas de desempeño a lo largo de la última década pone de relieve la resiliencia del sistema sanitario tras la crisis económica, aunque puede que se requieran ciertas reformas estructurales para mejorar la gestión de la atención a enfermedades crónicas y la reasignación de recursos a determinadas intervenciones de alto valor.

# RESUMEN EJECUTIVO

## ■ Introducción

España es el tercer país de Europa occidental en cuanto a extensión, y limita con Francia, Portugal y Marruecos. Su población creció en un 12% en el periodo de 1995 a 2005 debido a un fuerte flujo migratorio, pero ha experimentado un ligero descenso desde 2011 a causa de un saldo migratorio negativo como consecuencia de la crisis económica y del creciente número de españoles que abandonan el país desde 2009.

El contexto macroeconómico en el pasado decenio en el país ha venido caracterizado por la recesión económica mundial. Aunque el producto interior bruto (PIB) per cápita en España disminuyó en el periodo de 2009 a 2015 en un 20%, la tendencia se ha invertido desde entonces, y ha alcanzado los 26.529 dólares estadounidenses (paridad de poder adquisitivo) en 2016. La tasa de pobreza ha aumentado con el tiempo, alcanzando el 28,6% en 2015. También en la última década se observaron altas tasas de desempleo y una reducción de los ingresos de los hogares. Sin embargo, el deterioro de las condiciones socioeconómicas relacionadas con la crisis económica no ha tenido aparentemente ningún impacto a corto plazo en el estado de salud de la población.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado en la última década, y con 83,2 años en 2014, es la más alta entre los países de la Unión Europea. El estado de salud general ha mejorado en el pasado decenio, las desigualdades en cuanto a la percepción subjetiva de la salud relacionadas con los ingresos o el nivel educativo alcanzado han disminuido en los últimos 10 años, y los factores de riesgo cardiovascular se han estabilizado. Sin embargo, la discapacidad de larga duración y las enfermedades crónicas aumentan debido al envejecimiento de la población, y las desigualdades en lo que atañe a los factores relacionados con el estilo de vida se han ampliado con el tiempo.

## ■ La organización del sistema sanitario refleja sus principios fundamentales de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera

El sistema sanitario español se caracteriza por tres subsistemas legales que coexisten: el sistema sanitario nacional universal (Sistema Nacional de Salud, SNS); las mutualidades de funcionarios civiles, miembros de las Fuerzas Armadas y el Poder Judicial (MUFACE, MUGEJU e ISFAS); y las mutuas centradas en la asistencia en casos de accidente y enfermedad profesionales, denominadas “Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”.

El SNS es un sistema nacional de salud basado en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera, y financiado principalmente mediante impuestos. Está organizada en dos niveles –nacional y regional– que reflejan la división administrativa del país. Las competencias sanitarias se encuentran transferidas a las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.), quedando la escala nacional a cargo, bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS, de determinados ámbitos estratégicos, así como de la coordinación general del sistema de salud y de la supervisión nacional del desempeño del sistema sanitario.

Los actores principales en las CC.AA. son los Departamentos de Salud, que desempeñan el papel de Autoridad Sanitaria (es decir, se encargan de la regulación, la planificación, la elaboración de presupuestos y el ejercicio como pagadores terceros) con el respaldo de agencias especializadas, incluida una agencia de evaluación de la tecnología sanitaria en algunas regiones. Las responsabilidades en materia de planificación y regulación recaen fundamentalmente en el Ministerio de Sanidad en lo que se refiere a las leyes y los planes de ámbito nacional, y en los Departamentos de Salud de las 17 CC.AA. en lo que atañe a la ejecución local de la normativa nacional, y al desarrollo de la normativa y las políticas regionales.

## ■ El gasto público en atención sanitaria ha disminuido a lo largo del período, con un cambio de tendencia en 2015

En España, el gasto sanitario siguió la tendencia al alza de otros países occidentales de la UE hasta el inicio de la crisis económica, que dio lugar

a recortes presupuestarios en 2010. El gasto sanitario actual per cápita ha alcanzado los 3182,50 USD (paridad del poder adquisitivo) y el 9,2% como porcentaje del PIB en 2015.

El contexto macroeconómico desde 2010 en el país ha venido caracterizado por la recesión económica mundial, lo que dio lugar a políticas encaminadas a reducir el gasto público. Entre 2009 y 2015, el gasto público en salud disminuyó 0,9 puntos del PIB, lo que equivale a una reducción del 5,3%, es decir de 68.870 millones de euros en 2009 a 65.199 millones de euros en 2015, aunque se ha observado una tendencia al alza desde 2015. El gasto privado en sanidad aumentó hasta el 28,9% del gasto sanitario total en el período 2009-2015 (frente a la media de la UE del 23,8%), y los pagos sufragados directamente por los ciudadanos representaron en 2015 el 23,9% de dicho gasto sanitario total (por encima de la media de la UE del 16,7%). Tales pagos directos se deben principalmente a los copagos de productos farmacéuticos prescritos en régimen ambulatorio y a prestaciones de asistencia médica específicas.

En 2012 se promulgaron nuevas leyes para regular las condiciones de cobertura, el catálogo de prestaciones y la participación de los pacientes en la financiación del SNS. A pesar de las restricciones presupuestarias vinculadas a la crisis económica, el sistema sanitario sigue siendo casi universal, y cubre al 99,1% de la población.

El catálogo de prestaciones se clasifica en dos tipos de servicios: la cartera común con tres subcategorías (cartera común básica, cartera común suplementaria y cartera común de servicios de accesorios) comunes a los 17 servicios regionales que componen el SNS; y la cartera de servicios complementarios, que deciden las CC.AA. una vez demostrada la viabilidad financiera.

## ■ El capital humano y los recursos han variado mínimamente

El número de camas hospitalarias se ha reducido en una quinta parte a lo largo de los años, pasando de 368 camas por 100.000 habitantes en 2000 a 298 por 100.000 habitantes en 2015 (frente a una media de 340 en la UE). No obstante, la proporción de camas públicas se ha mantenido estable, con un 79,5% en 2015. La inversión de capital cayó drásticamente después de

la crisis financiera, pasando del 3,1% en 2010 al 1,3% en 2014. A pesar de los recortes en la inversión, el stock de grandes equipos médicos como los de tomografía computarizada y los escáneres de tomografía por emisión de positrones ha aumentado ligeramente desde 2010.

En comparación con otros países europeos de la OCDE, el sistema sanitario español ocupa una posición destacada (segundo lugar después de Dinamarca) en lo que se refiere a la adopción significativa de tecnologías de la información entre los profesionales, y el séptimo puesto en cuanto a la adopción de tecnologías de la información en hospitales (datos de 2013).

La composición por género del personal sanitario se ha mantenido más bien estable desde 2010, con una proporción de mujeres doctoras que alcanzó el 55,7% en la atención primaria y el 49,5% en centros hospitalarios en 2015. Las políticas presupuestarias y de reducción de personal en la última década se han traducido en una salida creciente, aunque auto-limitada, de médicos y personal de enfermería que buscan empleo en el extranjero. La proporción de médicos por 100.000 habitantes en 2015 era de 380, ligeramente por encima de la media de la UE de 350 en ese año, en el que había 534 enfermeros por cada 100.000 habitantes, por debajo de la media de la UE de 864, con una ratio entre personal de enfermería y médicos de 1,4. Además, la tasa de trabajadores dedicados de manera formal a los cuidados de larga duración (4,2 trabajadores por cada 100 personas de 65 o más años de edad) se mantiene por debajo de la media de la OCDE de 6,1 (2013).

## ■ La prestación de servicios se caracteriza por la solidez de la atención primaria

La organización y la prestación de servicios sanitarios no han cambiado esencialmente en el SNS desde 2010. Aunque algunas de las reformas previas (por ejemplo, el desarrollo de la asistencia en centros de día, la ampliación de la atención integrada) se han desarrollado en los últimos 5-8 años, los avances se han ralentizado en los últimos años.

Un ámbito que ha experimentado progresos significativos en la última década es el de las políticas de salud pública. Entre los avances se cuentan la Ley general (33/2011) de salud pública y los nuevos impuestos sobre el tabaco y el alcohol, adoptados en 2013. Además, la introducción de pruebas

de cribado de base demográfica para la detección del cáncer colorrectal aumenta notablemente la cobertura general, al tiempo que reduce lentamente las desigualdades regionales en cuanto al número de ciudadanos que se somete a las mismas.

La atención primaria sigue representando un elemento esencial del sistema sanitario, y los equipos encargados de su provisión constituyen la base del SNS. La atención primaria la ofrecen fundamentalmente proveedores públicos, médicos de familia especializados y personal de enfermería, que prestan servicios preventivos a menores, mujeres y pacientes de edad avanzada, así como de tratamiento de agudos y enfermedades crónicas. Los médicos de atención primaria constituyen el primer punto de contacto del sistema y controlan el acceso al mismo. Sin embargo, el gasto público en atención primaria (incluido el gasto farmacéutico) ha disminuido, pasando del 38% en 2002, al 31% en 2014, mientras que el gasto público en asistencia secundaria ha aumentado del 53,3% en 2002 al 62,4% en 2015.

La atención secundaria adopta la forma de atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria, cuidados en centros de día o atención de urgencia. Las altas tasas de procedimientos de escaso valor en los hospitales, las grandes diferencias en la cirugía programada entre las distintas áreas de la atención sanitaria, y las diferencias geográficas en el acceso a ciertas intervenciones con base empírica plantean importantes preocupaciones respecto a la eficacia y la eficiencia distributiva en el seno del SNS, aunque es poco probable que estas cuestiones sean específicas de España.

La prestación farmacéutica es uno de los sectores más regulados de la economía española. Los esfuerzos realizados durante la última década se han centrado en promover la prescripción de base empírica, ya sea buscando las mejores opciones terapéuticas o evitando la prescripción inapropiada. La gran variación tanto en lo que atañe a los volúmenes como al gasto en prescripciones entre regiones, junto con su crecimiento desigual, indican la existencia de un margen para la mejora.

En el último decenio, se ha desarrollado un sistema nacional para la atención a personas dependientes (incluidas las de edad avanzada) que actualmente asiste a casi 900.000 personas. La cobertura relativamente escasa (el 29% de las personas con derecho a obtener prestaciones aún no están cubiertas), y las preocupaciones respecto a la sostenibilidad del sistema de financiación actual ponen de relieve la necesidad de abordar el desarrollo a largo plazo del sistema.

## ■ Las reformas recientes se han centrado en la sostenibilidad del sistema

La agenda de reformas del sistema sanitario en los últimos años ha estado fuertemente influida por las medidas de austeridad acordadas en los programas de estabilidad de la UE para España, cuyo principal objetivo en el sector sanitario fue la reducción de la cuota pública del gasto sanitario, del 6,5% del PIB en 2010 al 5,1% en 2015.

Las reformas desde 2010 han abordado la gobernanza del SNS, la amplitud de la cobertura (regulación de las condiciones para la adquisición de derechos), la profundidad de la cobertura (categorización del catálogo de prestaciones), el reparto de costes (reformulación de la participación financiera de los pacientes), los procedimientos de fijación de precios de los fármacos y la reducción de los costes de producción (por ejemplo, reducción de los salarios de los trabajadores sanitarios y de los precios, disminución del número de estos trabajadores, centralización de las compras).

Otras iniciativas que cabe mencionar son la ampliación de las medidas contra el tabaquismo adoptadas en reformas anteriores; las reformas encaminadas a abordar la transición epidemiológica (por ejemplo, la Estrategia nacional sobre enfermedades crónicas y algunos avances notables por parte de las CC.AA.); y la puesta en marcha de iniciativas de atención basadas en el valor a escala nacional, como la acción conjunta en materia de tecnologías de la salud y la evaluación de prestaciones, y las recomendaciones de no utilización para reducir el uso de técnicas obsoletas y aumentar la asunción de intervenciones y tecnologías de alto valor.

## ■ El sistema sanitario ha sido resiliente a pesar de la crisis económica

A pesar del impacto de la crisis económica en la sociedad española, los objetivos y los principios subyacentes del sistema nacional de salud español se han mantenido inalterados en la práctica. Las reformas llevadas a cabo desde 2010, como las reducciones presupuestarias y los nuevos reglamentos sobre el alcance, la amplitud y la profundidad de la cobertura, no parecen haber tenido repercusiones importantes a corto plazo en los resultados en materia de salud.

Entre los logros del sistema nacional de salud durante la última década figuran: la mejora de los resultados atribuibles a la acción del sistema y evitables; las reducidas desigualdades en el acceso entre los distintos grupos socioeconómicos en lo que respecta a los servicios preventivos y reconocimientos médicos; el buen nivel de protección financiera que limita las penurias económicas de los usuarios en caso de enfermedad; las mejoras en la productividad en el marco del sistema de salud; los buenos resultados en cuanto a la satisfacción general de los pacientes con el sistema de salud; y los notables avances en la consolidación de los derechos de los pacientes.

Con todo, persisten varios desafíos, incluidas las tendencias en los factores de riesgo conductuales, como el aumento de las tasas de obesidad tanto para adultos como para menores. También existe cierta incertidumbre respecto al impacto a largo plazo de las condiciones socioeconómicas actuales en la salud y el bienestar de la población española. Además, los plazos de espera para operaciones quirúrgicas, los procedimientos de diagnóstico y las consultas especializadas siguen siendo elevados.

La evolución de las medidas de desempeño a lo largo de la última década pone de relieve la resiliencia del sistema sanitario tras la crisis económica, aunque puede que se requieran ciertas reformas estructurales para mejorar la gestión de la atención a enfermedades crónicas y la reasignación de recursos a determinadas intervenciones de alto valor.



# Introducción

## ■ Resumen del capítulo

- La población española ha experimentado una ligera disminución desde 2011, relacionada con un saldo migratorio negativo como consecuencia de la crisis económica, con la salida del país de ciudadanos tanto españoles como extranjeros.
- Las condiciones macroeconómicas han dado lugar a un repunte de la deuda pública y a un déficit presupuestario continuo, unas tasas de desempleo elevadas y una reducción de los ingresos de los hogares.
- El estado de salud ha mejorado en general desde 2010, aunque la discapacidad de larga duración y las enfermedades crónicas aumentan debido al rápido envejecimiento de la población.
- Los factores de riesgo cardiovascular se han estabilizado o han mejorado, aunque la obesidad en las mujeres se ha estancado.
- La creciente brecha de desigualdad debida a la combinación del desempleo, los menores ingresos de los hogares y la nueva normativa fiscal que eleva la tributación indirecta, no han afectado a la salud de la población en el corto plazo.
- Las desigualdades en cuanto a la percepción subjetiva de la salud relacionadas con los ingresos o el nivel educativo alcanzado han

disminuido en los últimos 10 años, mientras que las disparidades en los factores asociados al estilo de vida han aumentado con el tiempo.

## ■ 1.1 Geografía y sociodemografía

España es el tercer país de Europa occidental en extensión con una superficie de 505.955 km<sup>2</sup> y una población de 46.528.966 en 2017 (INE, 2017a). El territorio español comprende también las Islas Canarias, situadas en el océano Atlántico frente a la costa sudoccidental de Marruecos, las Islas Baleares, en el mar Mediterráneo, y las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, ubicadas al norte de la frontera marroquí. En términos administrativos, el territorio español está organizado en 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, País Vasco, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, Valencia) y dos Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla) (Fig. 1.1). La población española tiende a concentrarse en las zonas urbanas y costeras.

FIG. 1.1 Mapa de España



Fuente: reproducido del MSSSI (2017a).

La población española creció en un 12% entre 1995 y 2005, debido principalmente a un fuerte flujo migratorio, se estancó entre 2005 y 2010, y experimentó un ligero descenso hasta 2016. Las tasas de fecundidad se mantuvieron bajas durante todo el período, con un ligero aumento entre 2000 y 2005, muy por debajo aún de la tasa de reemplazo de la población. Por otra parte, la población de 65 o más años de edad ha aumentado constantemente con el tiempo, alcanzando el 19,2% en 2016 (Tabla 1.1). En particular, en 2015 hubo más muertes que nacimientos, un fenómeno que solo se había visto antes durante la pandemia de gripe de 1918 y la Guerra Civil Española de 1936–1939.

**TABLA 1.1** Tendencias de los indicadores de población/demográficos, 1995-2016 (años seleccionados)

	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Población total (millones)	39,4	40,3	43,7	46,6	46,4	46,3
Población de 0 a 14 años de edad (% del total)	16,7	14,8	14,3	14,6	14,9	14,8
Población de 65 o más años (% del total)	15,1	16,6	16,6	17,2	18,9	19,2
Crecimiento de la población (tasa media de crecimiento anual)	0,2	0,8	1,7	0,5	-0,1	-0,01
Densidad de población (personas por km <sup>2</sup> )	78,9	80,7	87,5	93,2	92,9	92,9
Tasa de fecundidad, total (nacimientos por mujer)	1,2	1,2	1,3	1,4	1,3 <sup>a</sup>	–
Distribución de la población (urbana/total)	75,9	76,3	77,3	78,4	79,6	79,8

Fuente: Banco Mundial (2017).

Nota: <sup>a</sup>datos de 2014.

La crisis económica y financiera dio lugar a una disminución de la población extranjera, y a la activación de la salida migratoria de españoles, lo que dio lugar a un saldo migratorio negativo desde 2011 hasta 2015. El flujo de emigración más acusado se produjo en 2009, con una reducción relativa del 34,4% en un año en el que casi 200.000 personas abandonaron el país. Simultáneamente, el flujo de emigración aumentó hasta 2013, y 532.303 personas dejaron el país en 2013. Cabe destacar que el flujo de españoles que abandonan el país creció de forma constante hasta 2016, con la salida de más de 556.000 personas desde 2009. En el ejercicio de 2016 se asistió a una reducción neta del número de españoles cifrada en 23.540 personas, mientras que la población extranjera se elevó en 112.666 personas (INE, 2017b).

El idioma oficial es el español, también llamado castellano, que coexiste con otras lenguas oficiales de ámbito regional, como el vasco, el catalán y el gallego.

## ■ 1.2 Contexto económico

La crisis económica destaca como la característica más significativa en la descripción del contexto económico actual español. España ha sufrido un impacto sostenido de la recesión, con un repunte sin precedentes de la deuda pública y un déficit presupuestario continuo, altas tasas de desempleo y una acusada reducción de los ingresos de los hogares.

En términos macroeconómicos, los últimos 20 años muestran un claro contraste entre un ciclo expansionista hasta 2007, y una profunda recesión en 2009, en proceso de recuperación desde 2014. En 2009, la tasa de crecimiento del producto interior bruto (PIB) cayó drásticamente hasta el -3,5%, con cifras negativas hasta 2014 (Tabla 1.2).

En particular, los ingresos del sector público se desplomaron entre 2007 y 2009 (hasta 6 puntos del PIB), mientras que el gasto público aumentó del 38,9% del PIB en 2007 al 45,8% en 2009, para sufragar los subsidios por desempleo y otros gastos sociales. Como consecuencia de esta dinámica, el déficit en 2009 alcanzó el 11% del PIB. Desde 2011, el déficit público se ha reducido como consecuencia de las restricciones del gasto público y, en menor medida, del incremento de los ingresos públicos (Ministerio de Hacienda, 2014). No obstante, esta nueva dinámica no permite hacer frente a la deuda pública acumulada, que en 2016 fue casi equivalente al PIB español (Eurostat, 2017a).

El desempleo se ha convertido en un problema económico y social fundamental desde el inicio de la crisis. La Encuesta de Población Activa puso de relieve una dramática subida del paro, que pasó de 1,8 millones de trabajadores desempleados en 2007 (en torno al 8% de la población activa) a más de 6 millones (26,09% de tasa total de desempleo) en 2013. Desde entonces, las cifras se han reducido lentamente, con una tasa de desempleo del 18,9% (4,32 millones de personas) en el tercer trimestre de 2016 (INE, 2017c). Aunque el paro ha afectado a todos los grupos de trabajadores, los jóvenes presentan las peores cifras; así, su tasa de desempleo creció desde 2007 hasta 2015, pasando del 21,7% al 48,0%. Las cifras más recientes, correspondientes a 2016, muestran un ligero descenso, con una

tasa de desempleo del 44,9%. En lo que atañe al género, el desempleo es ligeramente superior en el caso de las mujeres, y la diferencia se ha ampliado de forma moderada a lo largo de los años; en concreto, en 2009, el paro afectaba al 17,9% de los varones, frente al 18,1% de las mujeres, y en 2016, tales proporciones se habían elevado al 19,6% y al 21,4%, respectivamente (Eurostat, 2017b).

La mejora actual de la tasa general de desempleo se asocia en parte a una reforma nacional del mercado laboral (Real Decreto-Ley (RDL) 3/2012)<sup>1</sup>, cuyo principal efecto ha sido la generalización de los puestos de trabajo a tiempo parcial, en su mayoría de escasa calidad (UGT, 2017), dando lugar a la denominada “devaluación salarial”, que implica en la práctica una insuficiencia económica para cubrir los gastos de los hogares, aún cargados de deuda privada.

**TABLA 1.2** Indicadores macroeconómicos, 1995-2016 (años seleccionados)

	1995	2000	2005	2009	2010	2015	2016
PIB per cápita (USD corrientes)	15.562	14.677	26.511	32.333	30.736	25.685	26.529
PIB per cápita, paridad de poder adquisitivo (USD internacionales corrientes)	16.418	21.517	27.703	32.423	31.984	34.696	36.310
Tasa de crecimiento anual del PIB	2,8	5,3	3,7	-3,5	0,0	3,2	3,2
Gasto público (gasto público como % del PIB) <sup>a</sup>	44,30	39,10	38,30	45,8	45,60	43,8	42,2
Déficit/superávit público (% del PIB) <sup>a</sup>	-7	-1	+1,2	-11,0	-9,4	-5,3	-4,5
Deuda pública bruta general (% del PIB) <sup>a</sup>	61,7	58,0	42,3	52,8	60,1	99,4	99,0
Desempleo, total (% de la población activa) <sup>b</sup>	20,7	11,9	9,2	17,9	19,9	22,1	19,6
Tasa de pobreza (personas en riesgo de pobreza o exclusión social por edad y sexo como % de la población total) <sup>b</sup>	–	–	24,3	24,7	26,1	28,6	27,9
Desigualdad de rentas (coeficiente de Gini de renta disponible) <sup>c</sup>	34	32	32,2	32,9	33,5	34,6	34,5

Fuentes: Banco Mundial (2017).

Nota: <sup>a</sup>Eurostat (2017a); <sup>b</sup>Eurostat (2017b); <sup>c</sup>Eurostat (2017c).

1 Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

## ■ 1.3 Contexto político

La Constitución española de 1978 estableció una nueva organización política en la que se pasó de un país altamente centralizado, a una organización cuasi federal, donde se crearon 17 CC.AA. para desempeñar un papel esencial en la prestación de los servicios del Estado de bienestar (véase la sección 2.2, *Descentralización y centralización*).

Desde sus inicios hace casi 40 años, el papel de las CC.AA. se ha ampliado. Los mecanismos de financiación de las CC.AA. establecidos en 2001 y 2009 y, lo que es más importante, el desarrollo de los diferentes estatutos de autonomía<sup>2</sup>, han dado lugar a una mayor descentralización para las CC.AA., así como a una mayor capacidad de planificación, financiación y prestación de servicios de asistencia sanitaria, educación y protección social. En 2009 se registraron las cifras más elevadas de la serie, y el gasto público gestionado por las CC.AA. alcanzó los 184.200 millones de euros, lo que equivale al 17,1% del PIB español (excluyendo las transferencias a la Administración central y los intereses correspondientes). Desde 2009, el contexto político de las CC.AA. ha venido determinado por la tensión entre la necesidad de cubrir los servicios del Estado de bienestar y la reducción del gasto público. El proceso de ajuste implicó un recorte de 36.600 millones de euros entre 2009 y 2012 (20% menos que el gasto público en 2009), equivalente al 0,32% del PIB (Bandrés y González, 2015).

Esta tensión, junto con la contribución desigual de las CC.AA. a la reducción de la deuda pública, ha dado lugar a unas tensas relaciones interterritoriales y a severas críticas al actual sistema financiero (véase la Sección 3.3.3, *Agrupación y asignación de fondos*), del que podría afirmarse que resulta insuficiente para hacer frente a la prestación de los servicios del Estado de bienestar y a la deuda pública al mismo tiempo. Recientemente, el Ministerio de Hacienda (Ministerio de Hacienda, 2017a) ha abierto oficialmente el debate sobre un nuevo sistema de financiación.

---

2 Los estatutos de autonomía tienen el carácter de acuerdos bilaterales sobre la división de competencias entre la Administración central y los gobiernos regionales, respaldados por los parlamentos nacionales y regionales, dentro del marco constitucional general.

## ■ 1.4 Estado de salud

### ■ *Esperanza de vida*

La esperanza de vida ha aumentado desde el decenio de 1990. En 2014 alcanzó los 83,2 años, la más elevada en la Unión Europea (UE) y por encima de la media de esta, cifrada en 80,9 años (MSSSI, 2017b), con 86,1 años en el caso de las mujeres y 80,4 en el de los varones (véase la Tabla 1.3). La tendencia al alza de la esperanza de vida entre 2010 y 2014 ha sido similar tanto en España como en la UE, con cifras semejantes para los hombres (aumento del 1%) y ligeramente inferiores para las mujeres (incremento del 0,2% en España frente al del 0,5% en la UE) (Eurostat, 2017d).

En la última década, la esperanza de vida con buena salud ha mejorado ligeramente al pasar de 64,5 años en 2010, a 65 años libres de enfermedades en 2014. Las cifras son notablemente más altas que en la UE, con 61,4 años de esperanza de vida en buen estado de salud en 2010 y 61,8 en 2014. Las mujeres en España han experimentado una mejora mayor que los varones, pasando de 63,8 años de esperanza de vida con buena salud en 2010 a 65 en 2014. En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), España presentó una mejora de 69,2 AVAD en 2000 a 72,4 en 2015. La mejora fue ligeramente mayor en el caso de los varones (de 66,7 AVAD a 70,6), mientras que las mujeres pasaron de 71,6 AVAD a 74,1 (Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017).

### ■ *Mortalidad*

En cuanto a la mortalidad, la tasa de mortalidad global normalizada en España en 2014 fue de 447,7 por 100.000 habitantes (583,3 para los varones y 336,6 para las mujeres), muy por debajo de la tasa global de 752,2 observada en la UE (1001,9 para los varones y 561,03 para las mujeres). Por lo que se refiere a los años potenciales de vida perdidos, España registró 3,3 años en 2014, frente a los 5,7 años perdidos como media de la UE (Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017).

Teniendo en cuenta las causas de mortalidad específicas, cabe señalar que, a excepción del suicidio, la neumonía y la gripe, que han mostrado un ligero aumento entre 2010 y 2014 (1,3% y 0,5% en términos absolutos, respectivamente), todas las demás causas de fallecimiento se han reducido en la última década (MSSSI, 2017b). Las enfermedades cardiovasculares dieron lugar en 2014 a 36,4 muertes por 100.000 habitantes por accidentes

isquémicos coronarios y 27,2 muertes por 100.000 habitantes debido a accidentes cerebrovasculares. En el caso del cáncer, la cifra de fallecimientos en 2014 alcanzó los 143,1 casos por 100.000 habitantes. En ambos casos, el número de muertes ha disminuido desde 2005.

En cuanto a la mortalidad materna e infantil, España ha experimentado una mejora sostenida en la última década y, en concreto, una reducción del 0,6% en la mortalidad materna y del 0,3% en la mortalidad infantil. Esta tendencia afectó tanto a la mortalidad perinatal (de 2,4 en 2005 a 2,1 en 2014 por 1.000 nacimientos) como a la mortalidad neonatal (de 4,9 en 2005 a 4,6 en 2014 por 1.000 nacidos vivos) (INE, 2017d). Aunque la reducción relativa ha sido inferior a la de la UE (España partió de tasas bastante más bajas), tanto la mortalidad materna como la infantil en 2014 se mantienen muy por debajo de la media de la UE (3,5 frente a en cuanto a la tasa de mortalidad materna, y 2,9 frente a 5,1 en las tasas de mortalidad infantil) (Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017).

**TABLA 1.3** Indicadores de mortalidad y salud ajustados por la edad, 1995-2014 (años seleccionados)

	1995	2000	2005	2010	2014
<b>ESPERANZA DE VIDA (AÑOS)</b>					
Esperanza de vida al nacer, total	78,1	79,3	80,2	82,3	83,2
Esperanza de vida al nacer, varones	74,5	75,9	76,8	79,2	80,3
Esperanza de vida al nacer, mujeres	81,7	82,7	83,5	85,4	86,1
<b>MORTALIDAD (POR 100.000 habitantes)</b>					
Mortalidad global	668,9	616,02	575,5	482,7	447,7
Cardiopatía isquémica	71,1	65,9	57,01	43,3	36,4
Enfermedad cerebrovascular	70,9	56,7	46,6	33,4	27,2
Neoplasias malignas	178,7	170,8	160,2	151,01	143,1
Suicidio	7,1	7,2	6,6	5,7	7,02
Causas externas (accidentes involuntarios)	28,1	26,4	23,3	15,7	14
Neumonía y gripe	13,4	12,9	13,1	8,2	8,7
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) <sup>a</sup>	5,5	4,4	3,8	3,2	2,9
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) <sup>a</sup>	4,4	3,8	3,9	4,1	3,5

Fuente: MSSSI (2017b).

Nota: <sup>a</sup>Oficina Regional de la OMS para Europa (2017).

## ■ *Morbilidad*

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, se ha observado que la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes declaradas por los afectados se mantienen estables (diabetes e hipertensión) o aumentan ligeramente (hipercolesterolemia) desde 2006. Las enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio y enfermedades cerebrovasculares) estimadas sobre la base de las hospitalizaciones de agudos se han reducido ligeramente de 2010 a 2014; en concreto, de 8,7 a 8,2 por cada 10.000 habitantes en el caso del infarto de miocardio, y de 15,6 a 14,7 por 10.000 habitantes en el de las enfermedades cerebrovasculares. Por último, los trastornos de salud mental autodeclarados en la población adulta presentaron una evolución en forma de “U” desde 2005, con el porcentaje más bajo registrado en 2011. La evolución fue ligeramente diferente entre hombres y mujeres. Mientras que las cifras de 2014 en los varones fueron similares a las de 2006 (6,7% de los varones que refirieron padecimiento psicológico en 2014, frente al 6,6% en 2006), las mujeres experimentaron una ligera mejora (14,4% en 2014, frente al 16,3% en 2006) (MSSSI, 2017b). Estas cifras contrastan con las conclusiones de estudios que ponen de relieve un aumento del padecimiento psicológico como consecuencia de la crisis económica (González López-Valcárcel y Barber, 2017).

Según el informe del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de 2016, la incidencia del VIH se ha reducido de 11,2 nuevos casos por 100.000 habitantes en 2009 a 7,4 nuevos casos por 100.000 habitantes en 2015. A su vez, la incidencia del SIDA disminuyó drásticamente, pasando de 4,4 casos por 100.000 habitantes en 2009 a 1,1 en 2015 (MSSSI, 2016l). La reducción en la UE fue mucho menor, aunque las cifras partieron de un nivel inferior: de 1,7 a 0,8 por 100.000 habitantes. Las infecciones de transmisión sexual se elevaron hasta en un 80% en cuanto a casos en 2014 (un 54% en los varones homosexuales y un 26% como consecuencia de relaciones heterosexuales). En lo que atañe a la tuberculosis, la incidencia disminuyó de 17,7 casos por 100.000 habitantes en 2006 a 10,4 en 2014, una mejora en comparación con las cifras de la UE (16,7 y 11,4, respectivamente) (Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017).

## ■ *Percepción subjetiva del estado de salud*

La percepción subjetiva del estado de salud ha mejorado en la última década, pasando de un 67,7% de personas que referían un estado de salud bueno o muy bueno en 2006 al 72,6% en 2014 (un 5% más que en la UE27; los 27 Estados miembros de la UE a junio de 2013). Los varones declararon una mejora del 6% (70,3% al 76,3%) y las mujeres experimentaron una mejora del 5,6% (63,5% al 69,2%) en ese período. La mejora en la UE27 fue inferior a la percibida subjetivamente por los españoles (aumento absoluto del 4,9% en España frente al 2,8% en la UE27), con cifras muy por debajo de las referidas por los españoles: 64,7% en 2006 y 67,5% en 2014 (Eurostat, 2017d).

La proporción de personas que refieren problemas de salud de larga duración se elevó del 23,7% en 2006 al 29,8% en 2014 (del 21,6% al 27,5% en el caso de los varones, y del 25,6% al 32,0% en el de las mujeres). La misma tendencia se observó en la UE27, aunque el crecimiento global fue menor, pasando del 30,9% en 2006 al 32,6% en 2014 (Eurostat, 2017d).

Por último, la proporción de personas de 65 o más años de edad que refirieron cierta limitación en sus actividades cotidianas alcanzó el 23,7% en los países de la UE27, frente al 20,3% en España en 2014. En cuanto a las limitaciones graves, las cifras fueron del 5,4% en España, por debajo de la media de la UE27 del 8%. Cabe destacar que, entre 2011 y 2014, la proporción de personas con cierta limitación de la actividad que también padecieron graves privaciones materiales aumentó, del 5,8% al 9,1% (Eurostat, 2017d).

### CUADRO 1.1. Desigualdades en materia de salud

La combinación del desempleo y los menores ingresos de los hogares, junto con la nueva normativa fiscal que eleva la tributación indirecta (OCDE, 2015a; Eurostat, 2015), han afectado al nivel de pobreza del país. Con un incremento de casi 5 puntos entre 2005 y 2015, la población en riesgo de pobreza o exclusión social ha alcanzado el 28,6%. Además, el empobrecimiento ha afectado más a los hogares más desfavorecidos, ampliando la brecha de desigualdad en 2,4 puntos del coeficiente de Gini desde 2005.<sup>3</sup> No obstante, estos hechos no se han traducido necesariamente en un aumento de las desigualdades en el estado de salud medio de la población española (Regidor y cols., 2016).

Las diferencias en cuanto a la percepción subjetiva de un estado de salud bueno o muy bueno persisten entre los distintos quintiles de renta o nivel educativo, aunque las cifras han tendido a converger desde 2005; la percepción subje-

tiva de buena salud era superior en 22,9 puntos en 2005 entre las personas más acomodadas (78,7% frente al 55,8%), mientras que, en 2015, la diferencia era de 8,8 puntos (81,6 frente al 72,8%). La morbilidad autodeclarada era 14 puntos más alta entre las personas menos acomodadas en 2005, y se redujo a una diferencia de 3,4 puntos en 2015 (30,8% frente al 27,4%). En cuanto a las limitaciones percibidas de manera subjetiva, aunque las personas menos acomodadas refirieron más limitaciones graves (12,3% frente al 5,7%) en 2005, en el transcurso de una década, la diferencia se ha reducido notablemente, al pasar del 5,6% al 3,4% (Eurostat, 2017e).

Con respecto a los estilos de vida, los datos más recientes ponen de relieve que la carga de la obesidad para los más desfavorecidos se ha duplicado en comparación con los que se encuentran en una situación económica más desahogada. Sin embargo, la tendencia es favorable a los menos acomodados, ya que el porcentaje de obesidad se ha reducido del 22,6% en 2008 al 20,3% en 2014, mientras que ha aumentado ligeramente en el caso de los más acaudalados (del 9,8% en 2008 al 10,8% en 2014). En cuanto al consumo diario de tabaco, la tendencia favorece a los más ricos (al reducirse del 24,3% en 2008 al 20,9% en 2014), mientras que, en el caso de los más desfavorecidos, el consumo se ha elevado del 22,3% en 2008 al 28,0% en 2014. Por último, el consumo diario de alcohol, habitualmente mayor en las personas con un bajo nivel educativo, también aumentó en las personas con un alto nivel de formación desde 2008; del 15,7% al 17,0%, y del 10,6% al 13,6% en las personas con un grado de instrucción más bajo (Eurostat, 2017d).

Por lo que respecta a las minorías, la percepción subjetiva respecto al estado de salud en la comunidad gitana española es que dicho estado es bueno en promedio, aunque con peores resultados que el resto de la población española. En cualquier caso, existe un gradiente socioeconómico dentro de la población gitana: las personas más acomodadas refieren mejores resultados de salud (MSSSI, 2016a). A su vez, la población inmigrante que vive en España es más sana; entre los que visitan los centros de atención sanitaria, la carga de morbilidad equivale a más de la mitad de la carga de los españoles autóctonos (Gimeno-Feliu y cols., 2016). Sin embargo, el mejor estado de salud de los inmigrantes parece haberse desvanecido entre 2006 y 2012, ya que la percepción subjetiva de dicho estado ha empeorado, muy probablemente como consecuencia del impacto diferencial de la crisis económica (Gotsens y cols., 2015).

- 
- 3 No obstante, al considerar la contribución en especie del SNS (gasto sanitario no cubierto directamente por los hogares), se estima que los ingresos de las familias aumentan en un 15%, afectando más a los quintiles de renta más bajos y reduciendo el coeficiente de Gini (desde 2003, entre 3,3 y 4,2 puntos porcentuales) (Goerlich-Gisbert, 2016) (véase la Sección 7.4, *Protección financiera*).

## ■ *Salud materno-infantil*

La aprobación del acceso sin receta a la denominada “píldora del día después”, y la nueva legislación de 2010 para despenalizar el aborto en las primeras 14 semanas de embarazo, fueron las políticas más destacadas en materia de salud reproductiva en la última década. En particular, la tasa de abortos en mujeres de 15 a 45 años de edad experimentó una notable reducción desde 2011, al pasar de 12,5 abortos por cada 1000 mujeres, a 10,4 en 2015. A su vez, las tasas de aborto de mujeres de 20 años o menos disminuyeron desde 2006, de 12,5 a 9,4 por cada 1000 mujeres en 2015. Curiosamente, se observa que los abortos realizados en hospitales públicos aumentan, si bien la gran mayoría de estas intervenciones se efectúan en centros privados (88,3% en 2015) (MSSSI, 2016b).

En el ámbito de la salud infantil, las cifras de vacunación se mantienen estables, aumentando ligeramente a lo largo del período, y son similares a la media de la UE. Las vacunas de dosificación principal superan con mucho el 95% de cobertura, con cifras estables desde 2005. Por su parte, las dosis de refuerzo (excepto para la meningitis tipo C, cuya cobertura supera el 95%) de la poliomielitis, la difteria, el tétanos y la tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo B y el sarampión, la rubeola y la parotiditis presentaron una cobertura de entre el 90% y el 95%. Aunque la vacuna contra el virus del papiloma humano ha experimentado una ligera mejora en su cobertura desde su inclusión en el calendario de vacunación en 2009, apenas alcanzó el 79% de las niñas entre 11 y 14 años de edad en 2015 (MSSSI, 2017c).

## ■ *Factores relacionados con el estilo de vida*

### Tabaco

La Ley contra el tabaco de 2010 (Ley 42/2010) estableció una regulación mucho más estricta que la de 2005 (véase la Sección 5.1, *Salud pública*), y los fumadores diarios han disminuido desde 2006. El cese del tabaquismo en los varones ha registrado un descenso absoluto del 4% (ligeramente inferior en el caso de hombres jóvenes, con un aumento absoluto del 3,4%). En el caso de las mujeres, se ha producido una reducción global del 2,9% de las fumadoras diarias, y las jóvenes de 15 a 24 años de edad han experimentado una notable reducción absoluta del 13,4% en el número de fumadoras

diarias (MSSSI, 2017b) (véase la Tabla 1.4). No obstante, la prevalencia del consumo diario de tabaco en 2014 sigue siendo mayor que en 21 países de la OCDE (OCDE/UE, 2016).

## Alcohol

El consumo de alcohol, medido en litros de alcohol puro per cápita en la población de más de 15 años de edad, ha experimentado una reducción en España del 17,5% entre 2006 y 2010, al pasar de 11,86 a 9,79 litros, ligeramente por debajo de la media de la UE (10,05 litros) (Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017). El consumo de alcohol por género mostró un mayor descenso en el caso de los varones que en el de las mujeres entre 2006 y 2014 (véase la Tabla 1.4). La Encuesta sobre alcohol y otras drogas del Plan Nacional sobre Drogas confirma que, en los años de la crisis económica (2009-2013), la tendencia a una ligera reducción del consumo regular se mantuvo, pero que se produjo un incremento de episodios específicos de consumo excesivo (por ejemplo, de consumo compulsivo) (MSSSI, 2016c).

## Consumo de drogas ilegales

Desde 2007, la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDA-DES) ha registrado una ligera reducción del consumo de cannabis (del 10% en 2007 al 9,2% en 2013) y cocaína (del 3,1% en 2007 al 2,2% en 2013) (MSSSI, 2015a).

**TABLA 1.4** Morbilidad y factores que afectan al estado de salud, 1995-2014 (años seleccionados)

	1995	2001	2006	2011	2014
<b>OBESIDAD Y PREVALENCIA DE SOBREPESO (%)</b>					
Obesidad, varones	10,4	12,4	15,5	18	17,1
Obesidad + sobrepeso, varones	53,7	57,6	60,2	63,2	60,7
Obesidad, mujeres	11,4	14,1	15,2	16	16,7
Obesidad + sobrepeso, mujeres	39,2	42,8	44,6	44,2	44,7
<b>FUMADORES DIARIOS (%)</b>					
Varones	43,6	39,2	31,6	27,9	27,6
Varones de 15 a 24 años	39	36,5	25	22,5	21,6
Mujeres	24,5	24,7	21,5	20,2	18,6
Mujeres de 15 a 24 años	40,5	36,9	28,9	21	15,5
<b>CONSUMO DE ALCOHOL<sup>a</sup> (%)</b>					
Varones	–	–	6,8	2,1	1,9
Mujeres	–	–	2,7	1,4	1,2
<b>ESTILO DE VIDA SEDENTARIO<sup>b</sup> (%)</b>					
Varones	40,6	41,2	–	38,8	31,1
Mujeres	52,7	52,2	–	49,8	42
<b>CONSUMO DIARIO DE FRUTAS Y HORTALIZAS FRESCAS (%)</b>					
Varones, frutas frescas	–	58,6	62,5	60,3	58,2
Varones, hortalizas	–	27,2	36,2	41,9	39,1
Mujeres, frutas frescas	–	69,6	72	67,6	67,1
Mujeres, hortalizas	–	38,5	47,8	52	50
<b>PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS (%)</b>					
Hipertensión	11,9	14,4	18,4	18,5	18,4
Hipercolesterolemia	9,5	10,9	14	16,4	16,5
Diabetes	4,7	5,6	6	7	6,8

*Fuentes:* las series temporales incluyen datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (1995, 2001, 2006 y 2011/2012) y de la Encuesta comunitaria de salud por entrevista (2009 y 2014), disponibles en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm> y <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>, respectivamente.

*Nota:* la población es mayor de 16 años de edad hasta 2009, y de 15 años desde 2011, excepto en el caso de la obesidad, en el que la población es de 18 y más años de edad a lo largo del periodo; <sup>a</sup>Consumo de alcohol potencialmente de riesgo para la salud; <sup>b</sup>Sin actividad física en su tiempo libre.

## Obesidad

La obesidad y el sobrepeso han aumentado de forma constante desde finales del decenio de 1990, en ambos géneros, con tasas más altas para los varones que para las mujeres a lo largo del tiempo (véase la Tabla 1.4). Existe una mayor preocupación con respecto a la obesidad infantil. En el estudio Aladino de 2013 se observó sobrepeso y obesidad, respectivamente, en el 24,6% y el 18,4% de los niños de 7 a 8 años de edad (MSSSI, 2014a).



# Organización y gobernanza

## ■ Resumen del capítulo

- El Sistema Nacional de Salud (SNS) español se basa en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera, y se financia principalmente mediante impuestos.
- Las competencias sanitarias se encuentran transferidas a las 17 Comunidades Autónomas, quedando la escala nacional a cargo, bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS, de determinados ámbitos estratégicos, así como de la coordinación general del sistema de salud y de la supervisión nacional del desempeño del sistema sanitario.
- Los mecanismos de fijación de prioridades se han subordinado a las condiciones macroeconómicas en la última década, y los mecanismos habituales de toma de decisiones han respondido a los requisitos del Programa de Estabilidad de 2010 (es decir, a los relativos a la reducción del déficit y la deuda).
- La nueva legislación se ha centrado en la sostenibilidad del sistema sanitario desde 2010. Además, otros textos legislativos de relevancia son: la Ley 42/2010, por la que se amplían las disposiciones de la Ley 28/2005, “frente al tabaquismo”; la Ley 33/2011, de salud

pública, una disposición general que aún no se ha desarrollado en su totalidad; y la transposición de la Directiva relativa a la asistencia sanitaria transfronteriza, con un impacto limitado en los ciudadanos españoles desde 2009.

- El SNS mejora en el terreno de la información a todos los niveles, en particular, a través de la extensión de la historia clínica digital resumida con información clínica relevante entre las Comunidades Autónomas, junto con el desarrollo de la prescripción electrónica, el registro de profesionales (aún no plenamente operativo), y la optimización del sistema de información sanitaria (atención especializada, atención primaria).

## ■ 2.1 Organización

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, la cobertura es prácticamente universal, financiada fundamentalmente mediante impuestos, y la atención se presta de manera mayoritaria en el sector público. La prestación es gratuita en el lugar donde se produce la asistencia, con la excepción de las prescripciones farmacéuticas ambulatorias y determinadas órtesis y prótesis ortopédicas (véase las secciones 3.3.1, *Cobertura* y 6.1, *Análisis de reformas recientes*).

Desde enero de 2002, las 17 CC.AA. y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) han organizado y gestionado diversos servicios públicos de atención sanitaria con un amplio grado de autogobierno, especialmente antes de 2010, año en el que se aplicaron las primeras medidas de estabilidad (Ministerio de Hacienda, 2010a). La financiación no se asigna específicamente a la atención sanitaria, y está regulada por un acuerdo con arreglo al cual el Gobierno de España transfiere impuestos y fija subvenciones de equiparación mediante fórmulas establecidas conforme a las necesidades existentes en las leyes marco de financiación de 2001 y 2009 (véase más adelante).

### ■ *Marco jurídico*

El proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las CC.AA. se completó en 2001, y en 2003 se promulgaron tres leyes para mejo-

rar la integración, la coordinación y la cohesión institucional del SNS (Ley 16/2013), actualizar y homogeneizar la legislación para el personal estatutario (Ley 55/2003), y regular los diferentes tipos, funciones, formación y carrera profesional de las especializaciones y los profesionales sanitarios (Ley 44/2003) (para más información, véase García-Armesto y cols., 2010).

Entre 2004 y 2010 se profundizó en el proceso de descentralización del SNS, en el contexto del ciclo de expansión económica y la aplicación del Marco de regulación de la financiación de las CC.AA. establecido en las leyes 21/2001 y 22/2009. Ambas leyes permitieron a las CC.AA. dedicar más fondos a los servicios sociales e incrementar sus ingresos, al ceder parcialmente la capacidad normativa en materia fiscal y transferir, en cierta medida, varios impuestos indirectos. Por otra parte, las reformas de los estatutos de autonomía vinieron a consolidar las competencias de las CC.AA., al reforzar su capacidad reguladora en cuanto a la organización y la gestión de la asistencia sanitaria pública (véase la sección 1.3, *Control político*). Como consecuencia, las CC.AA. pudieron ampliar su red asistencial, la prestación de servicios y el personal dedicado a estas tareas (lo que elevó la cuantía global de las nóminas), reduciendo la capacidad de coordinación de las autoridades centrales de planificación.

A finales del decenio de 2000 tuvo lugar un debate de amplio alcance sobre el papel de la *acción pública* con respecto a los factores determinantes de la salud. El debate dio lugar a la Ley General 33/2011 de Salud Pública, que establece los principios y acciones que han de emprenderse para integrar “*la salud en todas las políticas*” en la actividad institucional en materia sanitaria. Con la Ley General también se procuró actualizar y optimizar los mecanismos de coordinación entre las 17 autoridades sanitarias del país e INGESA, notablemente desarrollados en lo tocante a la vigilancia y el seguimiento de epidemias, pero claramente disfuncionales por lo que se refiere a una estrategia común para la prevención de enfermedades no transmisibles o el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En este sentido, la nueva normativa ha mejorado los mecanismos de coordinación respecto a la vigilancia y control de epidemias y, a través de la Orden SSI/2065/2014, ha dado lugar al establecimiento de una cartera común de prestaciones sanitarias públicas para el conjunto del país (por ejemplo, un único calendario de vacunación o una oferta común de programas de detección basados en la población) (véase la sección 5.1, *Salud pública*).

Desde 2011, se ha reformado el marco regulador como consecuencia de la crisis económica y fiscal, dando lugar a la ejecución de políticas fiscales y de consolidación firmes. Como resultado, se han producido cambios que afectan al sistema general de bienestar (por ejemplo, disminución de los recursos públicos o reducción del número de funcionarios y de los salarios públicos) y se han adoptado medidas específicas del sistema sanitario dirigidas a reducir la amplitud, el alcance y la profundidad del mismo, así como sus mecanismos de control central (véanse las secciones 3.3.1, *Cobertura* y 6.1 *Análisis de reformas recientes*).

Después de diciembre de 2012, con un nuevo Gobierno en el cargo y una mayoría absoluta en el Parlamento, el ritmo de los cambios normativos y las medidas de austeridad se aceleró mediante el uso de “reales decretos leyes” – decretos ejecutivos que solo requieren su ratificación en el Parlamento (un análisis de los cambios legales puede consultarse en Repullo (2014)). Las principales reformas relativas al sistema sanitario se llevaron a cabo tras la publicación del RDL 16/2012, desarrollado posteriormente por el RD 1192/2012, por el que se regula la condición de beneficiario del SNS, y el RD 576/2013, por el que se establece el procedimiento y las cuotas para las personas que carezcan de la condición de aseguradas o beneficiarias y deseen adquirir la cobertura pública del SNS (véanse las secciones 3.3.1, *Cobertura* y 6.1, *Análisis de reformas recientes*).

## ■ *Marco normativo de los sistemas legales*

Coexisten tres subsistemas legales: a) uno general compuesto por los sistemas de salud de las 17 CC.AA. con plena responsabilidad para la planificación y la prestación de servicios de salud pública y asistencia sanitaria (Fig. 2.1); b) las mutualidades de funcionarios civiles, miembros de las Fuerzas Armadas y el Poder Judicial [Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)]; y c) las mutualidades centradas en la asistencia en caso de accidente o enfermedad profesionales, red denominadas *Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social*, MCSS) por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre.<sup>1</sup>

1 Según la Ley General de Sanidad de 1986, el término “Sistema Nacional de Salud” se aplica tanto a los subsistemas (como a otros servicios sanitarios de la administración central y de las CC.AA.); la Ley general 33/2011 hizo hincapié en esta estructura del SNS. No obstante,

Las mutualidades representan el 3,4% del gasto público en sanidad, y proporcionaron cobertura a millones de asegurados en 2014. La base para la afiliación es ser miembro de uno de los órganos de la función pública, ya sea trabajando para la administración central o para las CC.AA. Los miembros de las mutualidades tienen derecho, una vez al año y de acuerdo con una prima predefinida, a optar por el sector público o privado: una importante proporción de los funcionarios públicos (el 80%) optan por el sector privado, si bien se ha estimado que existe un 20% de cobertura doble (por ejemplo, funcionarios a tiempo parcial que desempeñan además un empleo en el sector privado). A diferencia del sistema general, el régimen de financiación comprende una aportación presupuestaria de la Administración central como empleador (hasta el 85%) y al menos el 15% de cotización por parte de los trabajadores (véase la Sección 3.3, *Visión general del sistema de financiación legal*).

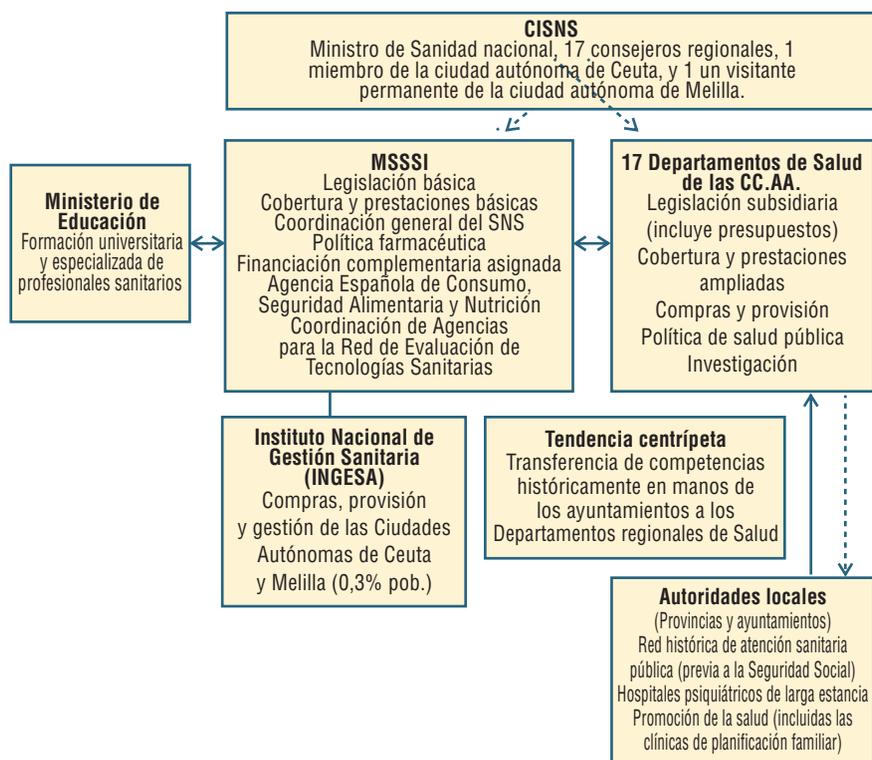
El tercer subsistema legal es específico para accidentes y enfermedades profesionales, y está gestionado directamente por el sistema de la Seguridad Social, que cobra las cotizaciones a las empresas y canaliza los fondos a diversas entidades asociadas conocidas como “Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social” o MCSS, que consiste en realidad en organizaciones sin ánimo de lucro bajo la supervisión normativa de la Seguridad Social. La proporción del gasto público total dedicado a las MCSS alcanza el 2,4% (véase la sección 3.1, *Gasto sanitario*).

Más allá de su papel esencial en la prevención y la gestión de accidentes y enfermedades profesionales, un Real Decreto (RD 1993/95) estableció un reglamento que permite a las MCSS asumir el cobro de primas y el pago de subsidios en nombre de la Seguridad Social, y llevar a cabo en parte el control médico de las bajas por enfermedad. A finales del decenio de 2000, la preocupación por el fraude y el absentismo, y la presunta falta de interés de los servicios sanitarios en asumir el control de las prestaciones de baja por enfermedad, dieron lugar a la atribución de mayores responsabilidades a las MCSS a este respecto. Esta nueva función se realiza bajo la supervisión de la Seguridad Social y de los órganos de inspección de las CC.AA.

---

y por razones de claridad, ambos sistemas se distinguen a lo largo del texto como el sistema de las CC.AA. al referirse al SNS gestionada por estas, y como las mutualidades en alusión a las mutuas públicas.

FIG. 2.1 Visión global del sistema de salud general



Fuente: elaboración propia de los autores.

## ■ Agentes en el sistema sanitario

Las funciones y la dinámica de desempeño de los principales agentes en el sistema han experimentado cambios significativos en los últimos años, sobre todo después de 2011, cuando se pidió a las autoridades económicas y fiscales que desempeñarán un papel más significativo. A continuación figura una breve descripción de los distintos agentes y sus funciones.

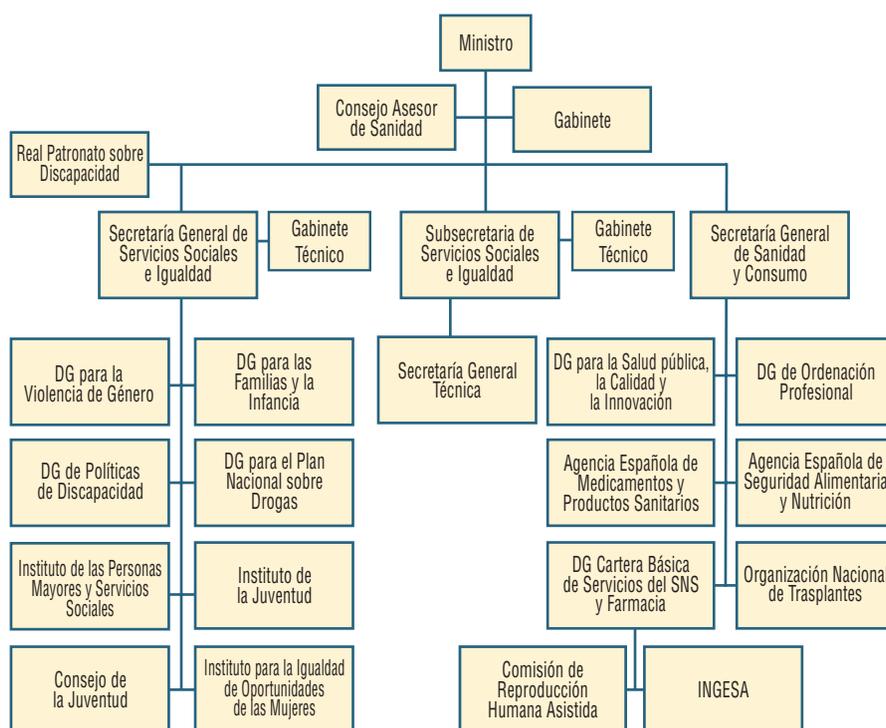
Dos agentes principales en el SNS son el Ministerio de Sanidad (Fig. 2.2) y los Departamentos de Salud (a saber, las consejerías regionales de sanidad) en las 17 CC.AA. que componen el Estado.

El Ministerio de Sanidad español (MSSSI) desempeña fundamentalmente un papel<sup>2</sup> de gestión y coordinación, con la ayuda del *Consejo Inter-*

2 El MSSSI también desarrolla políticas en materia de servicios sociales, consumo e igualdad.

*territorial del Sistema Nacional de Salud, CISNS). El CISNS es un órgano colegiado de gobierno compuesto por las 17 consejerías regionales de salud y el Ministerio de Sanidad nacional, representados por aquéllos que ocupan el más alto nivel jerárquico, el Ministro de Sanidad de España y los distintos consejeros regionales de sanidad.*

**FIG. 2.2** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018



Fuente: elaboración propia de los autores basada en MSSSI (2018 a).

Nota: DG Dirección General.

El MSSSI recibe asistencia de cuatro agencias especializadas: a) la Agencia de Medicamentos y Productos Sanitarios; b) la Organización Nacional de Trasplantes; c) la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición; y d) el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) (Ministerio de Ciencia y Competitividad), que combina la evaluación de

las tecnologías sanitarias, los centros de investigación, los servicios de salud pública y la coordinación y financiación de la investigación biomédica.<sup>3</sup>

Por último, el MSSSI financia y regula la atención sanitaria de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla a través de una institución de gestión centralizada denominada Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Desde 2013, se ha encomendado a INGESA la organización de las actividades de compra centralizadas y las licitaciones públicas de ciertos bienes y servicios (incluidos algunos medicamentos), en nombre de las CC.AA. que suscribieron formalmente la adopción de este servicio común.

Otros agentes de la Administración central que desempeñan un determinado papel en el sistema sanitario son: a) el Ministerio de Trabajo que, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social, gestiona parte de la financiación de las mutualidad antes mencionadas y del subsistema de las MCSS; b) el Ministerio de Administración Pública, Justicia y Defensa, que supervisa el subsistema de seguros de enfermedad para los funcionarios públicos, y la red de servicios sanitarios prestados a los militares y los reclusos; c) los Ministerios de Economía y Hacienda, el primero, mediante la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios, y el segundo, de creciente influencia, a través de la coordinación del sistema de financiación de las CC.AA. y la supervisión del pago de la deuda y la inclusión de nuevas prestaciones.<sup>4</sup>

Desde que concluyó el proceso de descentralización, esta se ha intensificado y las CC.AA. han adquirido mayor influencia en el desarrollo del SNS. Los principales agentes en las CC.AA. son los Departamentos de Salud, que desempeñan el papel de Autoridad Sanitaria (regulación, planificación, elaboración de presupuestos y financiación) con el respaldo de agencias especializadas, normalmente, encaminada una a gestionar la prestación de servicios sanitarios, y la otra dedicada a la acción en materia de salud pública (vigilancia epidemiológica, y protección y promoción de la salud). Algunas CC.AA se benefician asimismo de la existencia de un organismo de evaluación de las tecnologías sanitarias, organizado en el marco de una red nacional (véase la sección 6.1.8, *Un nuevo estatus para la evaluación de las tecnologías sanitarias y las prestaciones*).

3 El ISCIII tuvo una doble dependencia después de 2008. Entre 2008 y 2011, el ISCIII formó parte de los Ministerios de Sanidad, y de Ciencia e Innovación. Desde 2011 hasta la fecha de redacción del presente documento, el ISCIII forma parte de los Ministerios de Sanidad, y de Economía y Competitividad (actualmente, Economía, Industria y Competitividad).

4 Los nombres de los Ministerios citados (a diciembre de 2017) son: Hacienda y Función Pública; Economía, Industria y Competitividad; Empleo y Seguridad Social.

Se observa una mayor complejidad en las “agencias” regionales que prestan servicios de salud, en las que los dos agentes principales son las divisiones de Atención Primaria y Atención Especializada. Ambas se despliegan en el conjunto del territorio mediante una distribución administrativa de la población en las denominadas “áreas sanitarias”. Cabe señalar que, dentro de cada área de asistencia sanitaria, la población se asigna a los distintos centros de atención primaria (CAP), en las áreas de atención primaria. Estas se encuentran perfectamente organizadas en torno a las áreas de atención hospitalaria, lo que facilita, mediante el diseño del sistema, la continuidad entre las distintas escalas de asistencia.

Los centros de atención primaria, que ejercen actualmente como “filtros” del sistema sanitario, prestan asistencia a través de equipos de atención primaria compuestos principalmente por médicos especializados y personal de enfermería (véase la sección 5.3, *Atención primaria/ambulatoria*). En lo que respecta a la atención especializada y, en particular, a la atención hospitalaria, aunque el modelo asistencial es bastante homogéneo en todo el país (es decir, la atención especializada ambulatoria se encuentra vinculada a los distintos departamentos hospitalarios; cada uno de estos departamentos cuenta con varias camas; los hospitales de menor tamaño con menos servicios se agrupan en torno a hospitales de mayor dimensión que prestan servicios de alta tecnología o se hacen cargo de los casos más complejos), existe una mayor variedad con respecto a los modelos de titularidad y organización (véase la sección 5.4, *Atención ambulatoria especializada/atención hospitalaria*).

### ■ *El sector privado*

El sector privado es un actor importante en el sistema sanitario español. Ofrece planes voluntarios de seguro de enfermedad a los particulares. Constituye la red alternativa para el 80% de los funcionarios asegurados en una mutualidad; proporciona la asistencia dental y para productos de óptica que no cubre el sistema nacional de salud y, como se ha podido advertir, se encuentra estrechamente interrelacionado con el sector público, en concreto, en la atención hospitalaria y farmacéutica (véase la Sección 3.5, *Seguro médico voluntario*).

### ■ *Agentes sociales y profesionales*

Desde 2010 no se han producido cambios significativos en la estructura representativa de los agentes sociales y profesionales, ni en sus funciones habituales (Ministerio de Trabajo, 2017; MSSSI, 2017d).

No obstante, cabe mencionar que, como reacción a las medidas de austeridad, las restricciones del gasto público, los recortes salariales y el empeoramiento de las condiciones laborales (véase la sección 1.2, *Contexto económico*), tanto los agentes clásicos, como el Consejo General de Colegios de Médicos y el Consejo General de Enfermería como los nuevos actores, como el movimiento denominado “Marea Blanca” (en alusión a las batas blancas de médicos y enfermeros, aunque compuesto por profesionales de la salud y la sociedad civil), desempeñaron un papel significativo más allá de los sindicatos y las asociaciones profesionales, actuando como grupos de reflexión para la sostenibilidad del SNS o liderando protestas contra los recortes presupuestarios y las reformas políticas que afectan al SNS, en algunos casos, mediante la promoción de acciones judiciales contra determinadas reformas.<sup>5</sup>

#### CUADRO 2.1 Antecedentes históricos

En las últimas décadas,<sup>6</sup> el SNS amplió su marco jurídico hacia una cobertura universal efectiva. Como consecuencia de la crisis económica y financiera, España tuvo que afrontar algunas reformas profundas encaminadas a garantizar la viabilidad y sostenibilidad del SNS. Tales medidas afectaron al derecho a la cobertura, a la regulación de la cartera de prestaciones y a los mecanismos de financiación. En cuanto al derecho a la cobertura, el SNS, que basaba los derechos a la asistencia a la condición de ciudadano, ha evolucionado hacia un sistema cuyo fundamento formal para la adquisición de tales derechos está ligado fundamentalmente a la situación laboral en la seguridad social (ya sea trabajador en activo, pensionista, desempleado subsidiado, o desempleado que ha agotado la prestación por desempleo) y a sus beneficiarios. En la práctica, salvo en el caso de inmigrantes indocumentados (con la excepción de la atención de urgencia y la asistencia obstétrica y pediátrica), el sistema ofrece una cobertura universal. Por lo que se refiere a la cartera de prestaciones, el SNS ofrece una lista exhaustiva; sin embargo, la nueva normativa (RDL 16/2012) diferencia entre la cartera básica común de prestaciones, y otras prestaciones, con vistas a la racionalización a largo plazo (véanse las secciones 3.3.1, *Cobertura* y 6.1.3, *Cambios en el alcance de la cobertura*). Por último, en lo que respecta a la financiación, el RDL 16/2012 dispuso qué prestaciones mantendrían el mecanismo de financiación habitual basado en impuestos (las prestaciones básicas) y cuáles serían aquéllas cuyo coste sería compartido por los pacientes; en ese sentido, la

5 Véanse algunas referencias en los medios de comunicación aquí: [https://elpais.com/ccaa/2013/01/07/madrid/1357546107\\_270961.html](https://elpais.com/ccaa/2013/01/07/madrid/1357546107_270961.html); <https://mesaendefensasantidadpublica.wordpress.com/>.

nueva regulación permite la expansión de los mecanismos de reparto de costes. En la práctica, los copagos se limitan actualmente a las prescripciones farmacéuticas ambulatorias y a determinadas órtesis y prótesis ortopédicas (véanse la sección 3.4, *Pagos sufragados directamente por los ciudadanos, la sección 6.1.4, Cambios en los mecanismos de reparto de costes*).

A raíz de la crisis, se encomendó a España la adopción de una serie de medidas recogidas en el denominado Programa de Estabilidad para el Reino de España (Ministerio de Hacienda, 2010b). Algunas de ellas afectaron al sistema público en su conjunto, mientras que otras fueron específicas del sistema sanitario. Entre las medidas dirigidas al sistema público en su totalidad, una controvertida reforma constitucional del artículo 135 pretendió priorizar (aunque con limitaciones) los pagos de la deuda respecto a cualquier otro gasto público. Entre las medidas dirigidas al sistema de salud figuraron las restricciones a la capacidad de gasto de las CC.AA., los recortes presupuestarios en materia de sanidad pública y la priorización de los pagos de la deuda a subcontratistas terceros de servicios de salud.

El Sistema Nacional para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (creado en virtud de la Ley 39/2006), considerado el cuarto pilar del Estado del bienestar español, cuya población objetivo está constituida por personas en condición de gran dependencia, ha sufrido asimismo notables reducciones presupuestarias. Aunque con cierta fluctuación en la serie, la cobertura efectiva se mantiene aún muy por debajo de unas cifras aceptables. Según las estadísticas oficiales del SAAD, a finales de 2016, el 71% de los 1,23 millones de españoles con derecho a recibir cobertura contaba con un acceso efectivo a los servicios correspondientes (IMSERSO, 2016a).

Del mismo modo, la estrategia intersectorial para la salud en todas las políticas promulgada en la Ley 33/2011 de salud pública no se ha ejecutado plenamente aún; por tanto, elementos críticos como el desarrollo de una estrategia común de salud pública, la creación de los diferentes órganos consultivos, y la constitución de una «Agencia» nacional de salud pública se han retrasado como efecto colateral de las medidas de austeridad.

---

6 Para más información sobre la evolución anterior, véase García-Armesto y cols. (2010).

## ■ 2.2 Descentralización y centralización

La descentralización de los servicios de salud y atención sanitaria se completó en 2002 con la asignación de los centros, servicios y competencias en materia de asistencia sanitaria pública y de la seguridad social a las CC.AA. (véase información más detallada en García-Armesto y cols., 2010). En el último decenio, se consolidó el proceso de descentralización y las CC.AA.

pasaron a disponer de una mayor capacidad para la regulación, la planificación y, sobre todo, la autonomía financiera. Como consecuencia no deseada, este proceso dio lugar a un crecimiento desigual y desproporcionado del gasto sanitario que hizo inviable el sistema una vez que los ingresos tributarios disminuyeron rápidamente tras el inicio de la crisis.

Las disposiciones legales aprobadas en el Parlamento español, como la modificación del artículo 135 de la Constitución (mediante la Ley Orgánica 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera), o el RDL 16/2012 de medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, implicaban, de hecho, la recentralización de la toma de decisiones. Así, el Ministerio de Hacienda controló las restricciones a la capacidad de gasto de las CC.AA., la reducción de los presupuestos sanitarios y la priorización del pago de la deuda a los prestadores de servicios de salud a través de fondos específicos; y el Ministerio de Sanidad adoptó las decisiones sobre los nuevos límites al derecho a seguro, la reconfiguración de la cartera de prestaciones y la promulgación de nuevas medidas de reparto de costes, sin la participación del Consejo Interterritorial del SNS.

## ■ 2.3 Intersectorialidad

Entre 2010 y 2011 se adoptaron tres nuevas leyes con un enfoque intersectorial respecto a la salud. Cronológicamente, se promulgó una nueva ley sobre el consumo de tabaco (Ley 42/2010) que regulaba la venta minorista, la distribución y la publicidad, y se actualizaron algunas disposiciones establecidas en la denominada ‘Ley frente al tabaco de 2006’, en general, extendiendo los lugares libres de humo a cualquier emplazamiento de uso colectivo, e instando a las instituciones sanitarias, en particular las de atención primaria, a poner en marcha programas para dejar de fumar. El enfoque intersectorial en materia de salud culminó con la promulgación de la Ley general 33/2011 de salud pública, que reflejó un compromiso inequívoco con la “salud en todas las políticas” y el uso de la evaluación del impacto en la salud como herramienta para la evaluación de leyes y políticas en los sectores interesados. Del mismo modo, se promulgó la Ley 17/2011 sobre seguridad alimentaria y nutrición, que además de establecer una nueva normativa dirigida a la protección de la salud, también asumió un claro compromiso con los estilos de vida saludables y la reducción de la obesidad, sobre la base de la Estrategia de Nutrición, Actividad Física y

Prevención de la Obesidad (*Estrategia NAOS*) (MSSSI, 2017e). Entre las medidas adoptadas, podemos destacar la prohibición de máquinas expendedoras de aperitivos salados, bebidas azucaradas y productos con grasas saturadas en las escuelas, así como la reducción de la sal, el azúcar y las grasas saturadas en la fabricación de productos alimenticios.

Desde 2010, el Ministerio de Hacienda ha emprendido dos reformas de la tributación que atañe al alcohol y a los productos del tabaco. La primera reforma, en 2013, elevó la fiscalidad en un 10% sobre el alcohol y en un 3% sobre los paquetes de cigarrillos; la reforma más reciente, establecida en 2017 (Ley 5/2017), dará lugar a un aumento del 5% en la imposición aplicada a las bebidas alcohólicas, del 2,5% en el caso de los paquetes de cigarrillos, y del 6,8% sobre el tabaco de liar. Cabe destacar que ambas reformas se emprendieron simplemente para aumentar los ingresos de la Administración, sin asumir un compromiso específico con el refuerzo de la protección de la salud. Recientemente, el Ministerio de Sanidad anunció un debate público sobre la fiscalidad de las bebidas azucaradas, que se trajo en el debate parlamentario sobre el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales para 2017. La falta de acuerdo entre los distintos partidos impidió su puesta en práctica en el conjunto del país. No obstante, la Comunidad Autónoma de Cataluña promulgó la Ley 5/2017 como medio para regular los impuestos sobre las bebidas azucaradas a escala regional.

Por último, aunque las políticas de seguridad vial aplicadas a principios del decenio de 2000 han continuado durante este periodo, el impacto positivo se ha ralentizado o incluso ha experimentado un cambio de tendencia en los últimos 5 años: por ejemplo, los accidentes urbanos con víctimas han aumentado desde 2011, y los accidentes en vías interurbanas con víctimas mortales han aumentado ligeramente desde 2013. No obstante, el número de accidentes con lesiones graves se ha reducido desde principios del decenio de 2000 (Dirección General de Tráfico, 2017).

## ■ 2.4 Regulación y planificación

En términos generales, las competencias de planificación y regulación corresponden fundamentalmente al Ministerio de Sanidad en lo que se refiere a las leyes y los planes de ámbito nacional, y a los Departamentos de Salud de las 17 CC.AA. en lo que atañe a la ejecución local de las leyes o planes nacionales, o el desarrollo de la normativa y las políticas regionales,

en el marco de sus atribuciones jurídicamente vinculantes. Desde 2001, la financiación del sistema sanitario se ha regulado en el marco jurídico general para la financiación de las CC.AA., es decir, bajo la responsabilidad del Consejo de Política Fiscal y Financiera, órgano colegiado compuesto por los ministros y consejeros de Hacienda de España y de las CC.AA., cuyas decisiones se convierten en ley bajo la competencia del Ministerio de Hacienda.

#### CUADRO 2.2 Evaluación del establecimiento de prioridades y la planificación

A raíz de la crisis económica y financiera, los mecanismos habituales para el establecimiento de prioridades, más bien implícitos, aunque la legislación estableciera alguna indicación respecto al método, se han sometido a una modificación perjudicial. El mecanismo de consenso utilizado por el Consejo Interterritorial para que el SNS decida quién debe tener derecho a obtener un seguro público, qué servicios deben cubrirse y cuál sería el mecanismo de financiación, se sustituyó con frecuencia por el uso de un reglamento ejecutivo como el RDL 16/2012 antes mencionado, en cuyo marco las decisiones las adoptó directamente el Gobierno español, prácticamente sin debate (ya que el partido que sostenía al Gobierno disponía de mayoría absoluta en el Parlamento nacional) y sin la confluencia de la voz de los consejeros de las CC.AA en el Consejo Interterritorial, dando lugar a la reducción de la transparencia en las decisiones, y trasladando el foco de la responsabilidad de los que rigen y gestionan los servicios sanitarios a los que los financian. En última instancia, el mecanismo de establecimiento de prioridades se convirtió en un ejercicio encaminado a lograr con el Programa de Estabilidad Financiera (2010-2015) una reducción del gasto público en salud del 6,5% del PIB en 2010 al 5,1% en 2015, con una reducción de 6.800 millones de euros en 2013 y de 12.700 millones de euros en 2014.

Como consecuencia, las consejerías de hacienda de las CC.AA. transpusieron las disposiciones nacionales en obligaciones regionales (es decir, restricciones presupuestarias en materia de salud) y restringieron los mecanismos de fijación de prioridades de las CC.AA a las decisiones sobre la prestación de servicios (incluidas las relativas a la cobertura de los servicios más esenciales, la reducción de la capacidad de suministro, el aumento de las barreras administrativas como las listas de espera, la reducción de la subcontratación de proveedores privados, y la búsqueda de alternativas a la iniciativa de financiación privada (IFP)). A su vez, los planes de salud, un mecanismo regional de priorización implícita, acabaron siendo documentos de orientación más que verdaderos mecanismos de establecimiento de prioridades. Desde 2010, las 17 CC.AA han diseñado y publicado sus planes de salud.

En cualquier caso, el sistema de salud ha mantenido algunos mecanismos de establecimiento de prioridades que cabe destacar. En primer lugar, el Plan para

la calidad del SNS de 2006, revisado en 2010 y liderado por el Ministerio de Sanidad en coordinación con las 17 CC.AA, ha propiciado el desarrollo y la ejecución de diversas “estrategias de salud” destinadas a potenciar una respuesta más homogénea del sistema sanitario en el conjunto del país, como en el caso de las estrategias sobre enfermedades crónicas (MSSSI, 2012a), cáncer (MSSSI, 2012b), cardiopatías isquémicas (MSSSI, 2009a), accidentes cerebrovasculares (MSSSI, 2009b), diabetes (MSSSI, 2012c), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (MSSSI, 2014b), cuidados paliativos (MSSSI, 2012d), enfermedades raras (MSSSI, 2009c), salud mental (MSSSI, 2012e), salud sexual y reproductiva (MSSSI, 2012f), promoción de la salud y prevención (MSSSI, 2014c) y seguridad del paciente (MSSSI, 2016d).

Un segundo mecanismo de fijación de prioridades es el Plan de trabajo conjunto anual para la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en el que se analizan diversas tecnologías (emergentes, nuevas o existentes) en cuanto a su valor añadido, y se formulan recomendaciones para fundamentar las políticas de inversión o reinversión. Lamentablemente, el RDL 16/2012 mantuvo el papel consultivo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, lo que implica que ninguno de sus informes y recomendaciones es legalmente vinculante (para más información, véase el capítulo 6, Principales reformas sanitarias). El método de establecimiento de prioridades consiste en el mecanismo de negociación para la fijación de precios de los fármacos de los que se considera que deben ser financiados por el sistema público, bajo la dirección del Ministerio de Sanidad. Los procedimientos de fijación de precios han sido objeto de críticas con frecuencia. La Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC), en un informe de 2015, elogió numerosos aspectos del nuevo sistema de precios, pero también planteó dudas respecto a la falta de transparencia y previsibilidad de los mecanismos de fijación de precios, y criticó que ni los informes que respaldan las decisiones ni las decisiones efectivas se publicaran (CNMC, 2015). El Tribunal de Cuentas, en un informe específico al respecto, señaló la excesiva capacidad discrecional del MSSSI en los procedimientos y criterios utilizados en la fijación de los precios de los medicamentos (Tribunal de Cuentas, 2017).

#### ■ 2.4.1 Regulación y fórmulas de gestión de los pagadores terceros

El papel de los pagadores terceros en el SNS lo asumen fundamentalmente los Departamentos de Salud de las 17 CC.AA. (Fig. 2.1), si bien las mutualidades de funcionarios y las mutuas de enfermedades y accidentes de trabajo también desempeñarían un papel similar (véase la sección 2.1, *Organización*). En lo que atañe a los Departamentos de Salud, estos actúan como aseguradores públicos (es decir, garantizan el acceso a la cartera

de prestaciones cubiertas por el sistema público) y como financiadores de servicios (en concreto, asignando la parte del presupuesto público regional dedicada a la salud, y contratando servicios a proveedores públicos y privados).

En el último decenio, los Departamentos de Salud de las CC.AA. han conservado ambas competencias. No obstante, su función aseguradora se ha visto matizada por las disposiciones legales del RDL 16/2012 con respecto a las decisiones sobre las carteras de prestaciones complementaria y suplementaria (véase la sección apartado 3.3.1, *Cobertura*), y su función de financiación se ha visto limitada por las restricciones económicas y financieras generales impuestas por el Programa de Estabilidad. Desde 2010, la disciplina presupuestaria respecto a la contención de costes en materia de personal, gastos corrientes e inversión ha conformado la actuación de los Departamentos de Salud: entre 2009 y 2015, el gasto público en salud se redujo 0,9 puntos del PIB, lo que equivale a una reducción del 5,3%, de 68.870 millones de euros en 2009 a 65.199 millones de euros en 2015 (MSSSI, 2015b) (véase la sección 3.1, *Gasto sanitario*). En consecuencia, la negociación habitual de los contratos se ha convertido en una estrategia simplista de contención de costes que afecta tanto a los contratos públicos como a los privados.

#### ■ 2.4.2 Regulación y fórmulas de gestión de la provisión

No se han observado cambios importantes en lo que se refiere a la regulación y las fórmulas de gestión de la provisión en la última década. La Tabla 2.1 muestra, de un vistazo, cuáles son los principales proveedores existentes, los aspectos que requieren regulación y qué institución ejerce la gestión o administración: la Administración central o las CC.AA. En términos generales, los servicios de asistencia – excepto la prestación farmacéutica – los dirigen plenamente las CC.AA. (planificación, acreditación, aseguramiento de la calidad, financiación y fijación de precios). La legislación es compartida por la Administración central y las CC.AA. En este caso, la normativa nacional (legislación básica común a todas las CC.AA.) conforma la legislación de las CC.AA. En el caso de la prestación farmacéutica, excepto en lo que se refiere a la concesión de licencias y la fijación de precios, que son competencia plena de la Administración central, las demás funciones están reguladas por las CC.AA., teniendo en cuenta los marcos

normativos nacionales. Por último, la legislación y la acreditación de la enseñanza superior de los profesionales sanitarios son competencias plenas de la Administración central (en concreto, del Ministerio de Educación).

Por lo que se refiere a la relación formal con los proveedores de asistencia, las autoridades sanitarias de las CC.AA. contratan a proveedores tanto públicos como privados, en términos de número de servicios, calidad y coste. En el caso de los proveedores públicos, aunque no se encuentren legalmente vinculados, el contrato se supervisa y los resultados de su desempeño se tienen en cuenta en futuras negociaciones. En el caso de los proveedores privados, generalmente hospitales cuya actividad es subsidiaria respecto a las necesidades del sistema público (por ejemplo, programas de listas de espera, camas para cuidados paliativos), se adquieren varios servicios y se paga a los proveedores con arreglo a las tarifas públicas predefinidas y el grado de realización de los contratos. En lo que atañe a la prestación farmacéutica, las CC.AA. reembolsan a las farmacias por la dispensación de medicamentos de acuerdo con los mecanismos de fijación de precios y copago regulados por los órganos de la Administración central correspondientes (véase la sección apartado 5.6, *Prestación farmacéutica*).

A diferencia de este régimen general, se observó que las IFP y los programas de provisión basados en colaboraciones público-privadas (CPP), cuyo ejemplo más conocido internacionalmente es la CPP denominada Modelo Alzira (centrado inicialmente en la prestación de atención hospitalaria y ampliado posteriormente a la atención primaria), se consolidaron hasta 2011, particularmente después de las elecciones regionales de 2007. Cabe suponer que las IFP y las CPP se percibieron como una posible solución a la falta de eficiencia de los proveedores públicos y, posteriormente, a los crecientes recortes presupuestarios, sobre todo en las inversiones. Dos CC.AA., Valencia y Madrid, lideraron el uso de las CPP en cinco y tres hospitales, respectivamente. En lo que se refiere a las IFP, se construyeron y equiparon 13 hospitales en cinco CC.AA., siete de ellos en la Comunidad Autónoma de Madrid. La evolución negativa de la crisis y el fuerte debate público sobre las IFP y las CPP como subterfugio para la “privatización de los servicios públicos” agotaron su impulso. Los actuales gobiernos de las CC.AA. de Madrid y Valencia han decidido dirigir directamente los hospitales de IFP (Madrid) y revertir el Modelo Alzira en abril de 2018, cuando termine el contrato de la CPP (Valencia).

En el contexto de una creciente intervención externa de las autoridades financieras, la provisión pública de la asistencia sanitaria se mantiene

ampliamente anclada a la inflexibilidad de los modelos burocráticos, tanto a escala nacional como regional. Junto con estas limitaciones, la creciente interferencia partidaria en las decisiones de gestión, y una reivindicación generalizada de transparencia y asunción de responsabilidades, han llevado a un debate público sobre la buena gobernanza de los servicios de salud. En algunas CC.AA., el debate se ha traducido en acciones específicas; como ejemplos destacados, las recomendaciones del Consejo Consultivo del País Vasco para la Buena Gobernanza de los Servicios de Salud Públicos (Osakidetza, 2011) o la más reciente iniciativa legal aprobada en el Parlamento Regional de Madrid (BOAM, 2017) con el objetivo de crear órganos de gobierno colegiados, fomentar la profesionalidad en la gestión y promover la rendición de cuentas, la transparencia y la participación.

**TABLA 2.1** Regulación de los proveedores de asistencia sanitaria y reparto de competencias

	LEGISLACIÓN	PLANIFICACION	ACREDITACIÓN DE LICENCIAS	FIJACIÓN DE TARIFAS Y PRECIOS	ASEGUAMIENTO DE LA CALIDAD	FINANCIACIÓN DE COMPRAS
Servicios de salud pública	CC.AA (*)	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA
Atención médica primaria (y atención dental)	CC.AA (*)	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA
Centros hospitalarios y centros ambulatorios especializados	CC.AA (*)	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA
Medicamentos (ambulatorios)	CC.AA (*)	CC.AA+AC	AC	AC	CC.AA (*)	CC.AA (*)
Atención a largo plazo	CC.AA (*)	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA	CC.AA
Educación universitaria del personal	AC	CC.AA+AC	AC	CC.AA (*)	CC.AA	CC.AA

Fuente: elaboración propia de los autores.

Nota: CC.AA: competencia de las Comunidades Autónomas; CC.AA. (\*): el papel de las CC.AA está mediado y conformado por un reglamento marco nacional común a todas las CC.AA.; AC: competencia de la Administración central.

### ■ 2.4.3 Regulación de servicios y bienes

Las principales innovaciones en la regulación de servicios y bienes se establecieron en el RDL 16/2012 antes mencionado. Hasta 2012, el SNS español disponía de una cartera global común de prestaciones, exenta de copago, excepto el 40% a tanto alzado respecto al precio de venta al por menor de los medicamentos con receta (con exención para pensionistas y ciertas afecciones crónicas), y algunos productos y prótesis específicos. Las CC.AA. pudieron complementar la cartera común del SNS en su territorio con servicios adicionales. La nueva normativa de 2012 clasificó la cartera común del SNS en tres carteras de prestaciones diferentes: a) la cartera común básica para todos los asegurados y sus dependientes, que comprende actividades “esenciales”, incluidas consultas médicas y hospitalizaciones; b) la cartera común suplementaria, cuyo coste es compartido por los pacientes, incluidas las prestaciones farmacéuticas (en la práctica, el copago afecta fundamentalmente a las recetas farmacéuticas ambulatorias y a determinadas órtesis y prótesis ortopédicas) (véanse las secciones 3.3.1, *Cobertura* y 6.1, *Análisis de reformas recientes*); y, c) la cartera común de servicios accesorios, que incluye actividades “no esenciales”, todavía vagamente definidas (véanse las secciones 3.3.1, *Cobertura* y 6.1, *Análisis de reformas recientes*).

En este contexto, el RDL 16/2012 subrayó la necesidad de evaluación, allanando el camino para el refuerzo y la capacitación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (es decir, las agencias en Cataluña, País Vasco, Galicia, Aragón, Andalucía, Canarias y Madrid). En el marco de su mandato actual, las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias revisan diversos subconjuntos de prestaciones existentes, coordinan y diseñan estudios de evaluación *ad hoc* para la adopción de nuevas tecnologías, y normalizan metodologías de evaluación (RedETS, 2017) (véase la sección 6.1, *Análisis de reformas recientes*).

### ■ 2.4.4 Registro y planificación de recursos humanos

El SNS español es un sistema fuertemente regulado, lo que afecta tanto a los bienes como a los precios. En lo que se refiere a los recursos humanos, el SNS lo componen funcionarios públicos y, salvo parcialmente en el caso de la atención de urgencia y de los puestos temporales, que eran bastante poco frecuentes después de la crisis, no funcionan en general los factores

tradicionales de impulso de la oferta y la demanda. Los principales factores que impulsan la planificación de las plantillas para el SNS son el “*numerus clausus*” que limita la incorporación a la formación universitaria, y las barreras de acceso a los programas de residencia (médicos) y especialización (personal de enfermería). Cabe destacar que estas dos medidas de planificación rara vez se coordinan, ya que la primera la gestiona el sistema de enseñanza, y la segunda, el sistema sanitario, y cada una de ellas se caracteriza por diferentes incentivos contextuales e institucionales.

Las preocupaciones respecto a la planificación de la mano de obra en el SNS, como la que atañe a la escasez prevista de profesionales debido al gran número de jubilaciones en 15 años atribuibles a los cambios demográficos, se plantean habitualmente en los debates del Consejo Interterritorial, sobre todo tras el inicio de la crisis. En la sesión plenaria del Consejo Interterritorial de 18 de marzo de 2010 se alcanzó un acuerdo en cuanto a la necesidad de “establecer un mecanismo común de planificación para todas las profesiones sanitarias, y para el conjunto del SNS, según la necesidad existente” (MSSSI, 2010). A partir de este acuerdo, y de las conclusiones de algunos informes técnicos, en particular del Libro blanco de los recursos humanos del SNS (MSSSI, 2013), la acción principal ejecutada hasta la fecha ha consistido en el desarrollo de un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (RD 640/2014).

El Registro, gestionado por el Ministerio de Sanidad, tiene por objeto recabar la información relevante de los profesionales sanitarios (en los sectores público y privado) coordinando en un único registro los diferentes registros de personal desarrollados por las CC.AA. Además de su posible uso en la planificación de los recursos humanos y la formulación de políticas en esta materia, el Registro se ha diseñado además para responder a la disposición sobre los derechos de información de los pacientes prescrita en la Ley 3/2014 y a los requisitos de la Directiva transfronteriza (RD 81/2014). El Registro contendrá información relativa a la cualificación de los profesionales, así como a su especialización, formación adicional, puesto actual y circunstancias administrativas o jurídicas que convenga conocer (por ejemplo, medidas disciplinarias). En la sesión plenaria del Consejo Interterritorial de 21 de junio de 2017, el Ministerio de Sanidad presentó para su consulta la orden ejecutiva que regula la implantación del Registro..

## ■ 2.4.5 Regulación y formas de gestión de los medicamentos

El sector farmacéutico español es uno de los sectores más regulados de la economía del país. Además del mecanismo centralizado de aprobación de fármacos provisto por la Agencia Europea de Medicamentos, la Agencia Española del Medicamento debe aprobar la comercialización efectiva de cualquier fármaco, así como la regulación del precio de los medicamentos y el reembolso público. Una vez aprobada la comercialización, las empresas pueden solicitar un reembolso público. Esta decisión la adoptará la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos, un órgano consultivo administrativo del Ministerio de Sanidad, con arreglo a varios criterios:

- gravedad, duración y consecuencias de la enfermedad para la que se indica el fármaco;
- necesidades específicas de ciertos grupos;
- valor terapéutico y social y beneficio clínico incremental en términos de rentabilidad;
- impacto presupuestario;
- la existencia de fármacos u otras alternativas terapéuticas a un precio inferior o con un coste más bajo del tratamiento; y
- el grado de innovación del fármaco objeto de evaluación.

El régimen de regulación establecido en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Ley 29/2006) no ha cambiado significativamente en lo que se refiere a los agentes y a las responsabilidades (véase la tabla 6.9 en García-Armesto y cols., 2010). La nueva regulación establecida desde 2010 por la Administración central, tiene como objetivo profundizar en la regulación promulgada emitida en la mencionada ley, en un nuevo contexto de reducción de los ingresos fiscales y deuda pública creciente. Así,

- el RDL 4/2010 dispuso, entre otros elementos, la reducción de los precios de los medicamentos, tanto de los fármacos ya sujetos al régimen de precios de referencia, como a los no incluidos aún;
- el RDL 9/2011, entre otras medidas, consolidó la política de precios de referencia que garantiza la homogeneidad en todo el país, promovió la prescripción de genéricos mediante la prohibición de la prescripción por marca, y creó el Comité de coste-efectividad de

los medicamentos y los productos sanitarios, que informará sobre las políticas de precios desarrolladas por la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos;

- el RD 177/2014, desarrollado en el contexto del RDL 16/2012, que avanzó en la regulación de los precios de referencia y los grupos de medicamentos homogéneos, también se fijó como objetivo regular el sistema de información necesario para la fijación de los precios de los medicamentos y la financiación de las CC.AA.; y
- la Ley 10/2013, por la que se modifican los aspectos técnicos de la Ley 29/2006, incidió en su texto, entre otras medidas, en la necesidad de que las CC.AA. eviten políticas que puedan dar lugar a diferencias en las prestaciones y los precios farmacéuticos, distorsionando el principio de “unidad de mercado” nacional y ampliando las desigualdades.

En particular, se ha observado durante este periodo la tensión secular entre el Ministerio de Sanidad y las Autoridades Sanitarias de las CC.AA. en relación con la aprobación y la fijación de precios de los medicamentos (las decisiones sobre la aprobación y los precios de los medicamentos corresponden al Ministerio de Sanidad, mientras que los gastos de prestación farmacéutica son asumidos en su totalidad por las CC.AA.). El epítome de esta tensión consistió en la negociación sobre el método de financiación de los medicamentos *antivirales de acción directa* para la hepatitis C, en la que se estableció un fondo finalista sin precedentes con arreglo a un régimen de precios y volúmenes, para su cobro a las CC.AA. y su reembolso en el plazo de 10 años, sin intereses y con un período de gracia de 2 años (Campillo-Artero, García-Armesto y Bernal-Delgado, 2016; MSSSI, 2016e).

#### ■ 2.4.6 Regulación de equipamiento y aparatos médicos

Desde el RD 1030/2006, legislación que definió la cartera común de prestaciones y el procedimiento de actualización (véase García-Armesto y cols., 2010, para más información), la primera reforma sustancial se efectuó en el RD 16/2012 (y legislación posterior), que tuvo por objeto la adopción de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS. Cabe destacar la Orden Ejecutiva Ministerial SSI/1356/2015, que reguló la autorización e inclusión de “dispositivos y aparatos médicos” como parte de la cartera

común de prestaciones, así como la metodología para su evaluación.<sup>7</sup> La Orden SSI/1356/2015 actualizó específicamente la lista de ortoprótesis y aparatos médicos a incluir en la cartera común, con vistas a que constituyera la base para la fijación coherente y homogénea de los límites máximos de cofinanciación.

A su vez, el procedimiento de inclusión de nuevos productos sanitarios y aparatos médicos sigue el mismo camino que cualquier otra prestación, por lo que el Consejo Interterritorial adopta la decisión pertinente respecto a las propuestas formuladas por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y al asesoramiento técnico (obligatorio) de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (véase la sección 6.1.8, *Un nuevo estatus para la evaluación de las tecnologías sanitarias y las prestaciones*).

## ■ 2.5 Empoderamiento de los pacientes

El marco normativo para los pacientes ha experimentado algunos cambios desde 2009. Cabe destacar que algunas de las medidas se han adoptado en el contexto de la regulación encaminada a responder a la crisis.

### ■ 2.5.1 Información al paciente

En lo que respecta a la información de los pacientes, la Ley 19/2013 de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, y su aplicación general a las instituciones públicas, aclaró y mejoró los derechos de acceso a la información pública (mediante la actualización de la normativa existente), facilitando ulteriores avances, por ejemplo, en el caso de la puesta en común de datos. Por otra parte, el RDL 9/2011, específico del sector de la salud, y encaminado a reforzar la coordinación y la cohesión en el conjunto del SNS, así como a mejorar la calidad, definió el calendario para la adopción de una tarjeta de identidad sanitaria interoperable en todo el territorio, los mecanismos de puesta en común de datos para las historias clínicas digitales (HCD) y el uso generalizado de recetas electrónicas. La

<sup>7</sup> Anteriormente, una Orden Ministerial Ejecutiva específica (Orden SSI/1640/2012) había actualizado las prótesis mamarias y las ayudas para prevenir las úlceras por presión.

denominada HCD resumida del paciente, actualmente en una fase avanzada de ejecución, es accesible en 15 de las 17 CC.AA. (MSSSI, 2016f).

Los detalles relativos al tipo de información a la que tienen acceso los pacientes y en qué medida es accesible tal información se resumen en la Tabla 2.2. Habitualmente, la información se coloca en sitios web institucionales accesibles, utilizando documentos estáticos y herramientas interactivas. Por último, los pacientes extranjeros que no hablan ninguna de las lenguas oficiales en España (véase la sección 1.1, *Geografía y sociodemografía*) pueden beneficiarse de los servicios de mediación e interpretación prestados por terceros (por ejemplo, organizaciones sin ánimo de lucro, organizaciones no gubernamentales o ayuntamientos).

Por último, desde 2005, el grado de satisfacción declarado por los españoles con respecto a la información recibida en sus contactos con los profesionales sanitarios ha tendido a mejorar, aunque se ha estancado desde 2010. En cuanto a los médicos generales y los pediatras de atención primaria, el nivel de satisfacción ha aumentado de 5,3 a 7,5 (de 10), con un ligero incremento desde 2010. A su vez, la satisfacción con la información recibida de los especialistas se elevó en dos puntos (de 5.1 a 7.1), sin variación desde 2010.

**TABLA 2.2** Información a los pacientes

TIPO DE INFORMACIÓN	¿SE ENCUENTRA FÁCILMENTE DISPONIBLE?	COMENTARIOS
Información sobre prestaciones obligatorias	Sí	Tanto el Ministerio de Sanidad como los Departamentos de Salud ofrecen información en sus sitios web institucionales (por ejemplo, <a href="http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm">http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm</a> ).
Información sobre los resultados clínicos de los hospitales	Parcial	El Ministerio de Sanidad facilita información a escala de las CC.AA. a través de INCLASNSa respecto a una serie de indicadores de rendimiento seleccionados en materia de acceso, eficacia, uso, pertinencia y seguridad (véase <a href="http://inclasns.msssi.es/main.html">http://inclasns.msssi.es/main.html</a> ). El Ministerio de Sanidad también ofrece el Modelo de Indicadores para la análisis de la hospitalización (iCMBD) ( <a href="http://icmbd.es/">http://icmbd.es/</a> ). Algunos observatorios de las CC.AA ofrecen información desagregada sobre varios indicadores (p. ej., el Observatori del Sistema de Salut de Catalunya <a href="http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/">http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/</a> ; el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud <a href="http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&amp;language=es&amp;pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipaI&amp;vest=1354183538063">http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&amp;language=es&amp;pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipaI&amp;vest=1354183538063</a> ; el Observatorio de Salud de Asturias <a href="http://www.obsaludasturias.com/obsa/">http://www.obsaludasturias.com/obsa/</a> ).

Información sobre plazos de espera en hospitales	Sí	La normativa en materia de información sobre las listas de espera (RD 605/2003), así como el requisito autoimpuesto para una respuesta oportuna a las necesidades de los pacientes (RD 1039/2011), han impulsado el desarrollo de sistemas de información y de informes públicos. Como consecuencia, el Ministerio de Sanidad publica informes estadísticos semestrales a escala nacional y, desde febrero de 2017, a nivel regional con toda la información disponible para la serie desde 2012 ( <a href="https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listEspera.htm">https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listEspera.htm</a> ), y las CC.AA. facilitan información (quirúrgica, sobre diagnósticos, consultas ambulatorias a especialistas) conforme a los derechos de los pacientes, la capacidad de respuesta y las estadísticas. En las CC.AA, los pacientes, ya sea en línea o por teléfono, pueden consultar su situación en la lista de espera.
Información comparativa sobre la calidad de otros proveedores (p. ej., médicos de atención primaria)	Parcial	El Ministerio de Sanidad ofrece referencias comparativas por tipo y tamaño del hospital de los diferentes indicadores de resultados a través del Modelo de Indicadores para la análisis de la hospitalización (iCMBD) ( <a href="http://icmbd.es/">http://icmbd.es/</a> ). Los observatorios de las CC.AA antes referidos proporcionan información de un modo que permite la comparación y el análisis comparativo. Solo en algunos casos se incluye información sobre atención primaria o asistencia social.
Acceso del paciente al historial médico propio	Sí	Se ha establecido un procedimiento general para acceder a determinadas partes del historial médico personal en 15 de las 17 CC.AA. Para un acceso completo es necesario activar un procedimiento administrativo específico.
Información en web interactiva o por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Sí	Por lo general, los ciudadanos y los pacientes tienen acceso a servicios basados en la web donde pueden obtener información de su interés, concertar citas, realizar trámites o solicitar documentos. Además, a través de los centros de atención telefónica de emergencias (112 o 061), las CC.AA. facilitan un contacto permanente (24/7).
Información recabada sobre la satisfacción de los pacientes	Sí	Desde 1995 se realiza una encuesta poblacional, representativa a escala de las CC.AA. El denominado «Barómetro Sanitario» se publica anualmente y se facilitan varios indicadores seleccionados como parte del sistema de información INCLASNS <sup>a</sup> . <a href="http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm">http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm</a> .
Información sobre incidentes de seguridad	Parcial	Como parte de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente (actualizada en <a href="https://www.seguridadelpatient.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2">https://www.seguridadelpatient.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2</a> ), INCLASNS <sup>a</sup> incluye diversos indicadores de los que informa anualmente a nivel de las CC.AA. El Ministerio de Sanidad incluye también un conjunto de indicadores sobre incidentes de seguridad a través del Modelo de Indicadores para la análisis de la hospitalización (iCMBD) ( <a href="http://icmbd.es/">http://icmbd.es/</a> ). A su vez, los observatorios existentes de las CC.AA proporcionan información respecto a los proveedores, normalmente a nivel hospitalario, ya que los incidentes de seguridad en atención primaria no se estudian de manera rutinaria.

*Fuente:* elaboración propia de los autores.

*Nota:* <sup>a</sup>INCLASNS es el acrónimo de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud español, e incluye información comparable de las 17 CC.AA. y del SNS general (véase MSSSI, 2017b).

### ■ 2.5.2 *Derecho del paciente a elegir*

No se han producido cambios normativos relevantes en lo que se refiere al derecho de los pacientes a elegir desde 2010. La Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica había conformado ya la regulación regional de los derechos de los pacientes, como por ejemplo los derechos de información, a la segunda opinión médica o a los plazos máximos de espera aceptables. En general, el derecho de elección del paciente se ha desarrollado adecuadamente en el caso de los médicos de atención primaria, aunque en la práctica, la elección se limita normalmente a los médicos que ejercen en el mismo equipo de atención primaria, y se ve restringida por el hecho de que los médicos que prestan este tipo de asistencia solo pueden registrar un número limitado de pacientes. En el caso de las visitas ambulatorias a especialistas (ya que estas requieren la derivación del médico de atención primaria) o en el de los hospitales (en el que la población se asigna a áreas administrativas establecidas generalmente en torno a un solo hospital), la implantación del derecho a elegir del paciente adolece de limitaciones de facto. Un caso particular de la capacidad de elección de los asegurados se aplica a los funcionarios públicos asegurados en mutualidades (véase la sección 2.1 *Organización*), ya que tienen derecho, una vez al año, a optar por el sector público o el privado. En la Tabla 2.3 se ofrece información más matizada.

**TABLA 2.3** Derecho del paciente a elegir

TIPO DE ELECCIÓN	¿ESTÁ DISPONIBLE?	¿EJERCEN LOS PACIENTES EL DERECHO A ELEGIR? ¿EXISTE ALGUNA RESTRICCIÓN (POR EJEMPLO, DERECHO A ELEGIR EN LA REGIÓN, PERO NO EN EL CONJUNTO DEL PAÍS)? ¿OTROS COMENTARIOS?
<b>OPCIONES EN TORNO A LA COBERTURA</b>		
Opción de estar sujeto o no a la cobertura	Parcial	<p>Hasta el verano de 2012, todo ciudadano que viva en España (con independencia de su situación jurídica) se encontraba cubierto, ya que el seguro público universal era obligatorio. El RDL 16/2012 estableció que los inmigrantes indocumentados (aunque la atención de urgencia y la asistencia obstétrica y pediátrica seguían estando cubiertas) y los residentes legales que percibieran más de 100.000 euros al año debían adquirir un seguro privado (RDL 16/2012 y RD 573/2013). Sin embargo, en 2013, el Ministerio de Sanidad propuso armonizar el acceso de los migrantes a las prestaciones sanitarias para los residentes en España durante al menos 6 meses, los que se encuentran en una situación de privación económica, y los que no tienen ninguna otra cobertura alternativa de seguro en España o en su país de origen (MSSSI, 2013). El Tribunal Constitucional declaró nula la disposición de un umbral de ingresos elevados (TC 139/2016). En la fecha de redacción del presente documento (junio de 2018), el nuevo Gobierno español ha iniciado un proceso de diálogo con las regiones y la sociedad civil con el fin de restablecer la universalidad del Sistema Nacional de Salud español (MSSSI, 2018) (véase la sección 3.3.1).</p>
Elección de la organización de compras	Parcial	<p>Las elecciones respecto a las organizaciones de terceros pagadores se limitan a los asegurados de mutualidades y a aquellos servicios parcialmente cubiertos por la “prima” del seguro público.</p>
Elección de cobertura pública o privada	Parcial	<p>El único derecho real a elegir corresponde a los empleados públicos asegurados en las mutualidades, que actualmente optan en un 80% de los casos por la cobertura privada. Por otro lado, en aquellos servicios parcialmente cubiertos dentro del sector público (por ejemplo, atención dental y productos de óptica, ortoprótesis, asistencia de larga duración, atención domiciliaria, prestación farmacéutica), puede que los destinatarios deseen optar por las prestaciones cubiertas, pagar directamente de su bolsillo, o adquirir una prima privada para cubrir tales necesidades. Se ha observado un aumento del seguro privado voluntario en España (las estimaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones pusieron de relieve que las compañías aseguradoras elevaron regularmente sus ingresos globales en el ámbito sanitario y las primas de reembolso en un 13,9% entre 2009 y 2014) (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, 2014).</p>

ELECCIÓN DE PROVEEDOR		
Elección del médico de atención primaria	Sí	En la práctica, la elección suele limitarse a los médicos del mismo equipo de atención primaria, y se ve restringida por el hecho de que los médicos que prestan este tipo de asistencia solo pueden registrar un número limitado de pacientes.
Acceso directo a especialistas	No	En su función de puerta de entrada al sistema, los médicos de atención primera actúan como agentes del paciente que deciden la necesidad del concurso de un especialista, aunque pueden existir algunas excepciones con arreglo a la normativa operativa específica de las CC.AA. (p. ej., a las personas que participen en programas de cribado de base demográfica que den lugar a una prueba positiva se les remitirá al servicio especializado correspondiente).
Elección de hospital	Parcial	La elección de hospital para ciertas afecciones, aunque regulada como derecho, no suele utilizarse. No obstante, en algunas CC.AA. la elección está vinculada a una segunda opinión (por ejemplo, <a href="https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/bioetica-salud/atencion-sanitaria/segunda-opinion-medica#decreto_35_2010">https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/bioetica-salud/atencion-sanitaria/segunda-opinion-medica#decreto_35_2010</a> ) o a programas sobre plazos máximos de espera (por ejemplo, <a href="https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/bioetica-salud/plazos-pres-tacion-asistencial/derecho-a-ser-atendido-tiempo-maximo">https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/bioetica-salud/plazos-pres-tacion-asistencial/derecho-a-ser-atendido-tiempo-maximo</a> ). Los pacientes con afecciones urgentes pueden acceder a cualquier departamento de emergencias en cualquier hospital de la red.
Opción de recibir tratamiento en el extranjero	Parcial	Si no puede administrarse un tratamiento específico en el sector público, los pacientes pueden recibir tratamiento en el extranjero, sujeto a la cobertura plena del SNS. De lo contrario, el derecho a elegir se limita a las disposiciones del RD 81/2014 sobre asistencia sanitaria transfronteriza (Directiva 2011/24/UE) (véase la sección 2.5.4, Pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza).
ELECCIÓN DE TRATAMIENTO		
Participación en las decisiones sobre el tratamiento	Sí	Esta cuestión se reguló en la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Derecho al consentimiento informado	Sí	Esta cuestión se reguló en la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y en decretos ejecutivos posteriores de las CC.AA.
Derecho a solicitar una segunda opinión	Parcial	Solo está regulado, como tal, en algunas CC.AA. pero se encuentra ampliamente reconocido como procedimiento de derivación solicitado por el paciente. En las CC.AA. en las que este derecho no es efectivo, los pacientes tienden a buscar por su cuenta segundas opiniones en el sector privado.
Derecho a la información sobre opciones de tratamiento alternativas	Parcial	No regulado específicamente; se pretende que forme parte de los principios bioéticos y de la buena práctica clínica.

Fuente: elaboración propia de los autores.

### ■ 2.5.3 *Derechos de los pacientes*

Los derechos humanos, así como los derechos a la información, el consentimiento, la confidencialidad y la privacidad se encuentran reconocidos adecuadamente en la legislación española sobre derechos de los pacientes desde la Ley General de Salud 14/1986, en la que se definieron por primera vez los derechos y obligaciones de los pacientes. Desde entonces, varias leyes han desarrollado en profundidad nuevos derechos en materia de protección de datos personales (Ley 15/1999) o de autonomía de los pacientes (Ley 41/2002). Con arreglo a tales principios, las CC.AA. han elaborado normas regionales y decretos ejecutivos.

Desde 2010 se promulgaron tres nuevas normas nacionales: a) la Ley 26/2011 de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ampliando algunas de las disposiciones de la Ley General de Sanidad 14/1986 en materia de no discriminación; b) el RDL 1/2013, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.; y c) la única legislación nacional verdaderamente nueva en el periodo, la Ley General de Salud Pública 33/2011, que se refiere al respeto por la dignidad y la intimidad personal del paciente en relación con su participación en actuaciones de salud pública. La Tabla 2.4 ofrece más detalles sobre el modo en que pueden ejercer sus derechos los pacientes en el contexto de la protección de derechos, las reclamaciones, la responsabilidad y la indemnización.

**TABLA 2.4** Derechos de los pacientes

S/N		COMENTARIOS
<b>PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>		
¿Existe una definición formal de los derechos de los pacientes a escala nacional?	S	Varias leyes nacionales incluyen disposiciones legales específicas a este respecto. Ley 14/1986, Ley 15/1999, Ley 41/2002, Ley 26/2011, Ley 33/2011 y RDL 1/2013.
¿Se incluyen los derechos de los pacientes en una determinada ley o en más de una?	S	Existen varias leyes, aunque la legislación más específica puede encontrarse en la Ley 41/2002 de regulación básica (a saber, obligatoria en todo el país) de la autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información clínica.

¿Se ajusta la legislación al marco de derechos de los pacientes de la OMS?	S	Todas las dimensiones del marco de derechos de los pacientes de la OMS pueden encontrarse ampliamente en la legislación española.
<b>VÍAS PARA LAS RECLAMACIONES DE LOS PACIENTES</b>		
¿Están obligados los hospitales a disponer de una oficina designada responsable de recoger y resolver las quejas de los pacientes?	S	Todos los proveedores de asistencia sanitaria (centros de atención primaria, centros ambulatorios de especialistas, hospitales) cuentan con servicios de admisión que incluyen un servicio de ayuda donde se asiste a pacientes y familiares y se recogen posibles sugerencias o quejas. Además de las oficinas físicas, se ofrecen servicios de ayuda en línea en los sitios web institucionales. Las reclamaciones se canalizan hacia el equipo de gerencia. Normalmente, las normas ejecutivas específicas de las CC.AA. regulan el modo de llevar a la práctica la respuesta y la información que debe recabarse.
¿Se encarga un Defensor del Paciente específico para la salud de investigar y resolver las reclamaciones de los pacientes respecto a los servicios sanitarios?	S	No existe un Defensor del Paciente específico a escala nacional o de las CC.AA., sino un Defensor del Pueblo general. Curiosamente, gran parte de esta actividad del Defensor del Pueblo no dedicado de manera específica a asuntos de salud, a escala nacional o de las CC.AA., está relacionada con asuntos de atención sanitaria y asistencia social.
¿Otras vías de reclamación?	S	Los diferentes consejos de salud de las CC.AA., órganos colegiados compuestos por las distintas partes interesadas, incluidos los pacientes y los representantes de la sociedad civil, entre otros, son responsables de promover los derechos de los pacientes y de las personas en general. Por otra parte, las asociaciones de pacientes y consumidores suelen actuar como entidades de control externas.
<b>RESPONSABILIDAD/INDEMNIZACIÓN</b>		
¿Se requiere un seguro de responsabilidad civil para los médicos u otros profesionales sanitarios?	S	En términos generales, las autoridades sanitarias de las CC.AA. garantizan la responsabilidad de sus profesionales suscribiendo contratos con compañías de seguros privadas (hasta un cierto límite). A su vez, los colegios de médicos y de enfermería también canalizan planes de seguro para sus miembros. Cabe señalar que, además de la responsabilidad civil, la aseguradora pública (es decir, la autoridad sanitaria de las CC.AA.) cuenta con un órgano de inspectores que, entre otras responsabilidades, analiza cualquier posible violación de los derechos de los pacientes y actúa en consecuencia en el marco de sus atribuciones legales.
¿Puede procurarse una reparación jurídica en los tribunales en caso de error médico?	S	El poder judicial, como institución independiente, se encuentra en cualquier caso a disposición de los ciudadanos. Normalmente, los tribunales de justicia esperan a la auditoría interna que realizan de oficio los inspectores de las autoridades sanitarias de las CC.AA.
¿Existe una base para la indemnización sin perjuicio de la responsabilidad?	S	La indemnización por responsabilidad objetiva se regula en el artículo 141 de la Ley 30/1992 (modificada en la Ley 4/1999). En este último caso, el reglamento establece que la indemnización por responsabilidad objetiva no es aplicable en casos imprevisibles o inevitables, según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes cuando se produjeron tales casos.

Si existe un sistema de derecho de daños, ¿pueden los pacientes obtener indemnizaciones por daños y perjuicios por pérdidas económicas y no económicas?	S	Las indemnizaciones compensan ambos tipos de daños. Curiosamente, la falta de escalas de indemnización (aún pendiente de la regulación de la responsabilidad civil y penal) lleva a los jueces a determinar discrecionalmente los importes en los procesos judiciales.
¿Se pueden presentar demandas colectivas contra proveedores de asistencia sanitaria, empresas farmacéuticas, etc.?	S	Las acciones colectivas son posibles mediante demandas individuales o colectivas; en las segundas, los demandantes deben asumir las costas legales.

*Fuente:* elaboración propia de los autores.

## ■ 2.5.4 *Pacientes y asistencia sanitaria transfronteriza*

Las personas pertenecientes a los Estados miembros de la UE que gozan de derechos de afiliación a sus sistemas de salud pública, mantienen tales derechos en todos los reglamentos de Seguridad Social, y en particular en el Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo (complementado en 2010) por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n.º 883/2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. La última normativa española a este respecto es el RD 81/2014, que transpone la Directiva de la UE relativa a la asistencia sanitaria transfronteriza 2011/24/UE (MSSSI, 2017f).

Un reciente informe de seguimiento de la asistencia sanitaria transfronteriza en España arroja luz sobre el limitado impacto de la aplicación de esta nueva regulación en los asegurados españoles durante este periodo. En 2015, a) el número de solicitudes de información a los puntos de contacto nacionales fue de solo 106; b) se presentaron 24 solicitudes de autorización previas y se autorizaron 15; y c) la cifra de solicitudes de reembolso fue de 22 y únicamente se concedió el 50% de ellas finalmente (Comisión Europea, 2015).



## Financiación

### ■ Resumen del capítulo

- Hasta el inicio de la crisis económica, que se tradujo en recortes presupuestarios en 2010, la tendencia del gasto sanitario en España era acorde con la de otros países occidentales de la UE.
- La crisis económica dio lugar a un crecimiento sostenido de la deuda y el déficit públicos españoles, que llevaron a políticas encaminadas a reducir el gasto público, lo que supuso una reducción de dicho gasto en 0,6 puntos del PIB entre 2009 y 2015, si bien se observa un cambio de tendencia desde 2015.
- El gasto privado en sanidad ha aumentado hasta el 28,9% del total del gasto sanitario, y los pagos sufragados directamente por los ciudadanos desempeñan un papel significativo, ya que representan un 23,9% del coste total en 2015.
- Como consecuencia del Programa de Estabilidad de 2010, en la última década se promulgaron nuevas leyes con el fin de regular las condiciones de cobertura, el catálogo de prestaciones y la participación de los pacientes en su financiación.

- En 2012 se llevó a cabo una importante reforma de los mecanismos de reparto de costes que afectaron a las recetas farmacéuticas; su efecto se ha diluido a pesar de su notable impacto a corto plazo en el gasto farmacéutico.
- Los mecanismos de recaudación y asignación a las CC.AA, las relaciones de compra y provisión, la financiación de los proveedores y los pagos a los trabajadores no han experimentado diferencias significativas después de 2010.
- Desde el 2010 se han puesto en marcha en algunas CC.AA. varias experiencias interesantes dirigidas a mejorar la asistencia integrada y la asignación de fondos.

### ■ 3.1 Gasto sanitario

El gasto sanitario en España siguió la tendencia internacional al alza hasta 2009. Desde entonces, la tendencia se ha invertido, tanto en lo que se refiere al gasto per cápita como al que se mide como porcentaje del PIB (Tabla 3.1). De hecho, entre 2009 y 2015, el gasto público en salud disminuyó en 0,9 puntos del PIB, lo que equivale a una reducción del 5,3%, es decir, de 68.870 millones de euros en 2009 a 65.199 millones de euros en 2015, aunque se ha observado una tendencia al alza desde 2015. La mayor parte del gasto público en 2015 se destinó al SNS gestionado por las CC.AA. (92,4%), mientras que a las mutualidades (funcionarios públicos y accidentes y enfermedades profesionales) les correspondió el 5,6% de dicho gasto, los servicios vinculados a los ayuntamientos desembolsaron el 1%, y los restantes servicios de la Administración central invirtieron el 0,9% del gasto público total (MSSSI, 2017g).

El gasto público representa el 71,1% del gasto sanitario total; esta proporción se redujo de 1995 a 2005 (del 72,2% al 70,6%), aumentó entre 2005 y 2010 (hasta el 74,4%) y volvió a caer hasta 2015 (71,1%). A su vez, el gasto privado en sanidad (como porcentaje del gasto sanitario total) siguió una progresión en forma de U a lo largo del período, con un acusado cambio de tendencia en 2010. Desde entonces, esta proporción se ha elevado hasta el 28,9% en 2015. El seguro de enfermedad voluntario, como parte del gasto privado en salud, creció de 1995 a 2005 (12,1% a 18,9%),

se redujo después de 2005 y alcanzó el 14,9% en 2015. El gasto sufragado directamente por los ciudadanos como proporción del gasto sanitario total disminuyó hasta 2010 (del 23,5% al 22,1%), aumentando de nuevo a partir de entonces (hasta el 23,9% en 2015) (MSSSI, 2017g).

**TABLA 3.1** Tendencias del gasto sanitario en España, 1995-2015 (años seleccionados)

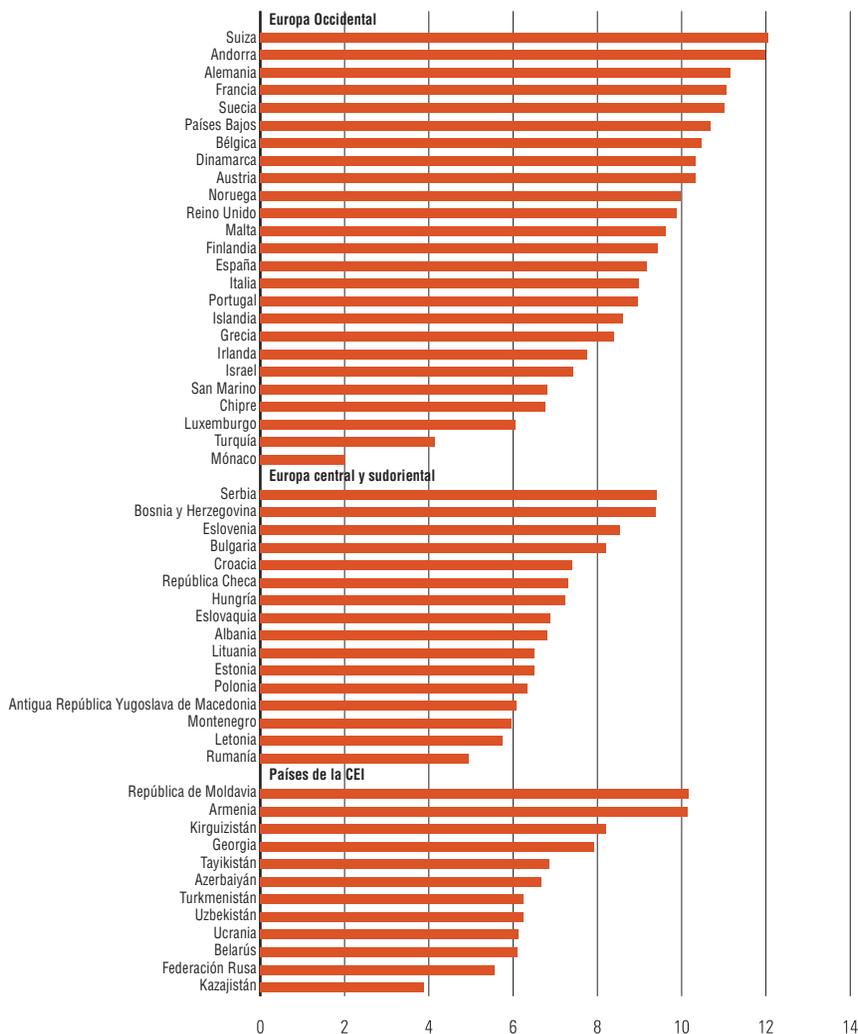
GASTO	1995	2000	2005	2010	2014	2015 <sup>d</sup>
GST per cápita en USD int. (paridad de poder adquisitivo) <sup>a</sup>	1.193	1.536	2.267	3.025	2.966	3.183 <sup>b</sup>
GST como % del PIB <sup>a</sup>	7,4	7,2	8,3	9,6	9,0	9,3 <sup>d</sup>
Gasto público general en sanidad como % del GST <sup>b</sup>	72,2	71,6	70,6	74,4	70,1	71,1 <sup>d</sup>
Gasto privado en sanidad como % del GST <sup>b</sup>	27,8	28,4	29,1	25,6	29,1	28,9 <sup>d</sup>
Gasto público general en sanidad como % del gasto público general <sup>b</sup>	12,1	13,2	15,3	15,5	14,5	15 <sup>d</sup>
Gasto público en sanidad como % del PIB <sup>a</sup>	5,4	5,2	5,9	7,2	6,4	6,6 <sup>d</sup>
Pagos sufragados directamente por los ciudadanos como % del gasto total en sanidad <sup>a</sup>	23,5	23,6	22,1	19,9	24	23,9 <sup>d</sup>
Pagos sufragados directamente por los ciudadanos como % del gasto privado en sanidad <sup>a</sup>	84,6	83,1	76	77,8	82,4	82,5 <sup>d</sup>
Seguros privados como % del gasto privado en sanidad <sup>b,c</sup>	12,1	13,7	18,9	16,1	15	14,9 <sup>d</sup>

Fuentes: OMS (2017a).

*Nota:* GST: gasto sanitario total; <sup>a</sup>Banco Mundial (2017); <sup>b</sup>OMS (2017b), gasto sanitario actual per cápita en USD int. (paridad del poder adquisitivo); <sup>c</sup>seguros privados, como % del gasto privado en sanidad, estimado sobre la base de los planes privados de prepago, como porcentaje del gasto privado en sanidad; <sup>d</sup>Sistema de Cuentas de Salud 2015.

En 2015, España invirtió el 9,3% de su PIB en sanidad (Fig. 3.1). Este nivel es similar al de otros países con SNS, como el Reino Unido (9,9%) e Italia (9%), aunque dista mucho de los niveles de Suecia (11%), y de países con modelos basados en la seguridad social como Francia o Alemania, con mayores porcentajes del PIB dedicados a la sanidad (11,1% y 11,2%, respectivamente) (figuras 3.1 y 3.2). A su vez, el gasto per cápita en España, con una paridad del poder adquisitivo de 3.183 dólares en 2015, se sitúa justo por debajo de los del Reino Unido e Italia, y por encima de los de Grecia y Portugal (Fig. 3.3) (OMS, 2017b).

**FIG. 3.1** Gasto sanitario corriente como porcentaje<sup>a</sup> (%) del PIB en la Región Europea de la OMS, 2015



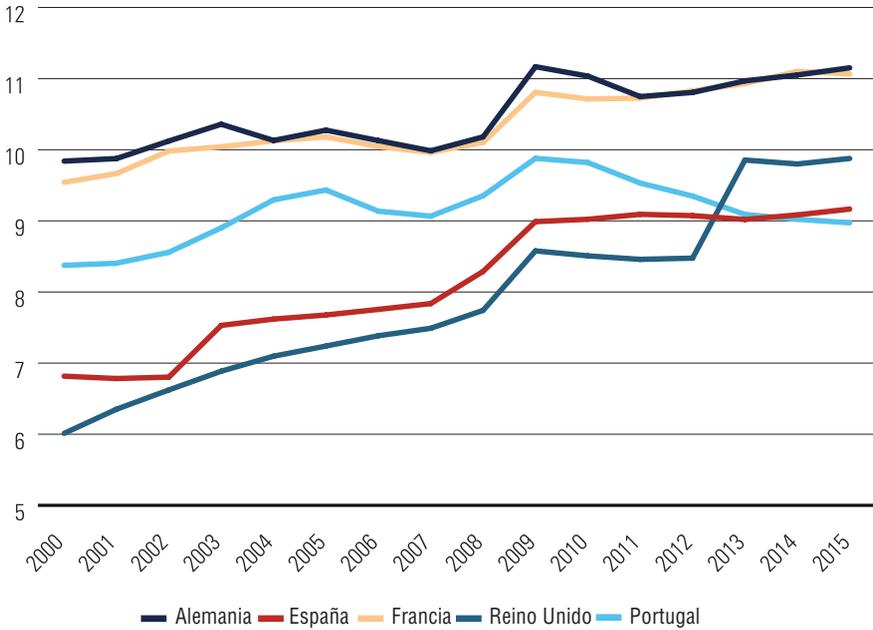
Fuente: OMS (2017b).

Nota: <sup>a</sup>el gasto sanitario corriente no incluye la inversión de capital.

La proporción del sector público en el gasto sanitario corriente en 2015 (71%) es inferior a la de Suecia, Reino Unido e Italia (84%, 80% y 75%, respectivamente) en ese año. Francia y Alemania también presentaron valores más altos (79% y 84%, respectivamente) (Fig. 3.4). El gasto sanitario público como porcentaje del gasto público general fue del 15% en 2015. Esta cifra es inferior a la de Alemania, Suecia, Reino Unido y Francia (21,4%, 18,4%, 18,3% y 15,3%, respectivamente). Los porcentajes en Italia y Portu-

gal son inferiores a los de España (13,4% y 12,3%, respectivamente) (Fig. 3.5) (OMS, 2017b).

**FIG. 3.2** Tendencias del gasto sanitario corriente<sup>a</sup> como porcentaje (%) del PIB en España y en determinados países, 2000-2015



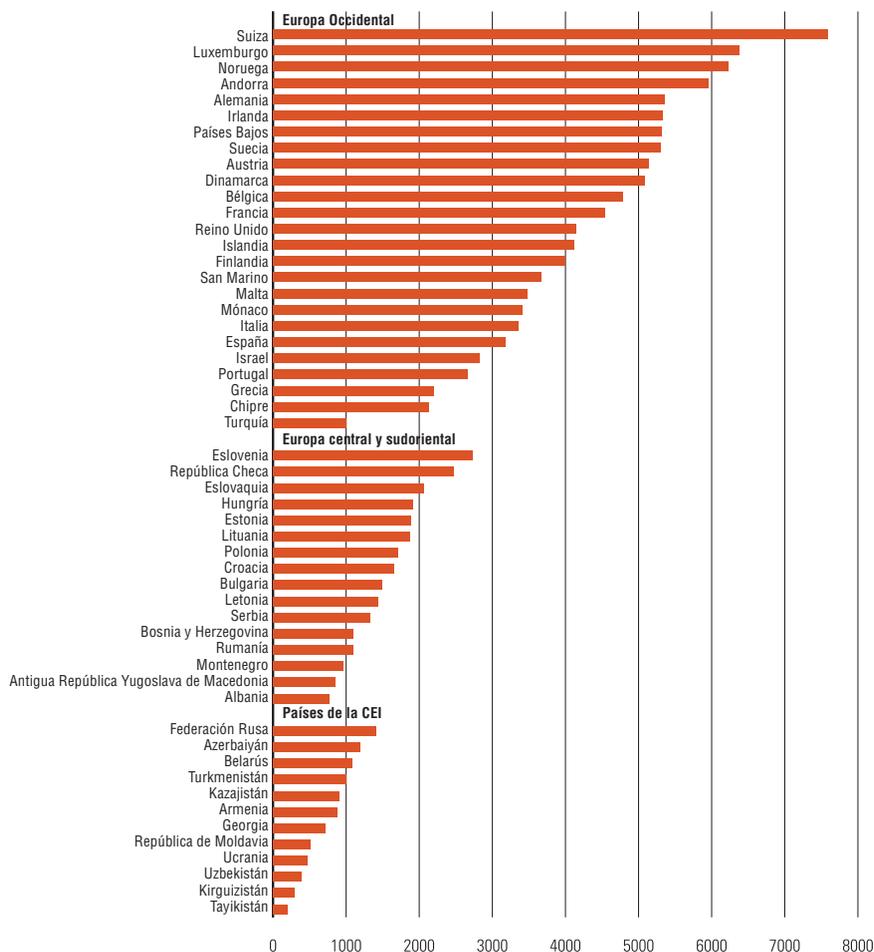
Fuente: OMS (2017b).

Nota: <sup>a</sup>el gasto sanitario corriente no incluye la inversión de capital.

Cuando se desglosa el gasto sanitario público, la partida más elevada corresponde a la asistencia hospitalaria, que en 2015 ascendía al 54,5% del gasto sanitario total (de hecho, esta proporción ha aumentado a lo largo de los años, alcanzando el nivel máximo en 2015). La asistencia ambulatoria representa la segunda mayor partida de gasto, con un 15,4% en 2015, y los medicamentos se sitúan en tercer lugar con un 14,1%. En cuanto a quién financia cada servicio, mientras que la asistencia hospitalaria y la sanidad pública se financian principalmente con cargo a los presupuestos de la Administración (92,4% y 96,1%, respectivamente), la financiación de otros servicios se reparte fundamentalmente entre los presupuestos públicos y los pagos sufragados directamente por los ciudadanos, en concreto, un 42,6% de fondos públicos frente al 43,2% de pagos directos en la atención hospitalaria; el 76% frente al 21,7% en la atención de larga duración; y un 56,3%

frente al 40,7% en el caso de la prestación farmacéutica. Otros dispositivos protésicos se financian esencialmente con pagos sufragados directamente por los ciudadanos (94,8%) (véase la Tabla 3.2).

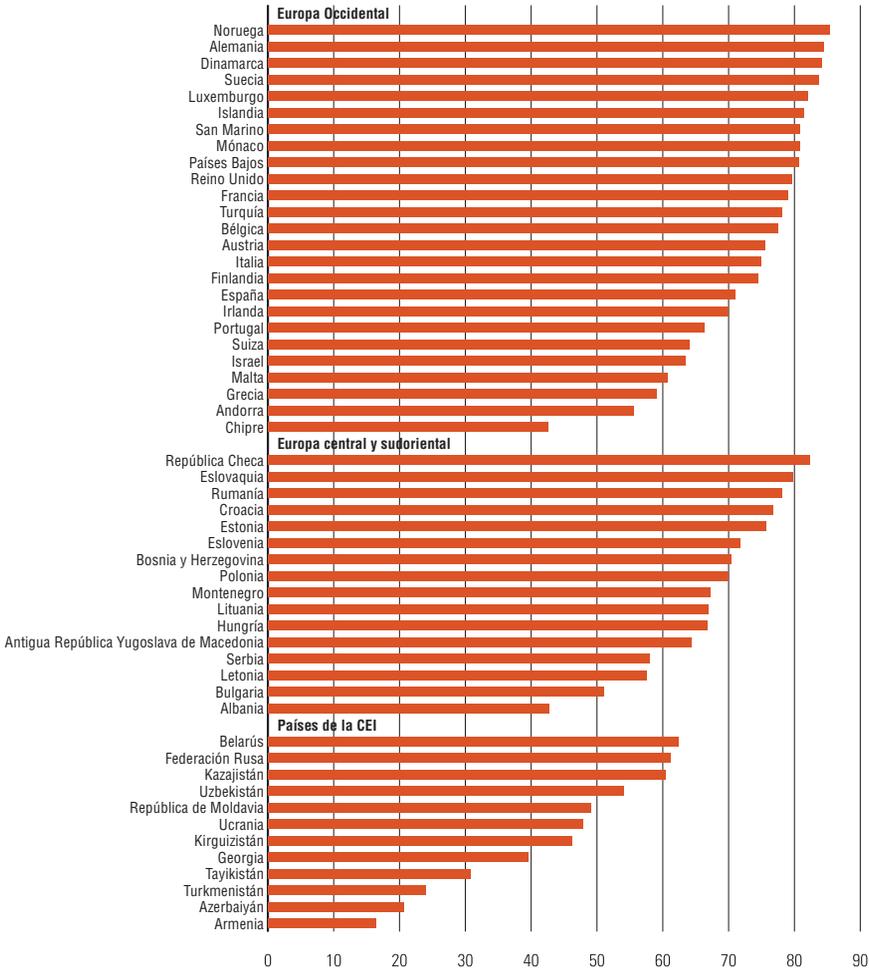
**FIG. 3.3** Gasto sanitario corriente<sup>a</sup> en términos de paridad de poder adquisitivo en dólares estadounidenses per cápita en la Región Europea de la OMS, 2015



Fuente: OMS (2017b).

Nota: <sup>a</sup>el gasto sanitario corriente no incluye la inversión de capital.

**FIG. 3.4** Gasto sanitario del sector público como porcentaje (%) del gasto sanitario corriente<sup>a</sup> en la Región Europea de la OMS, 2015



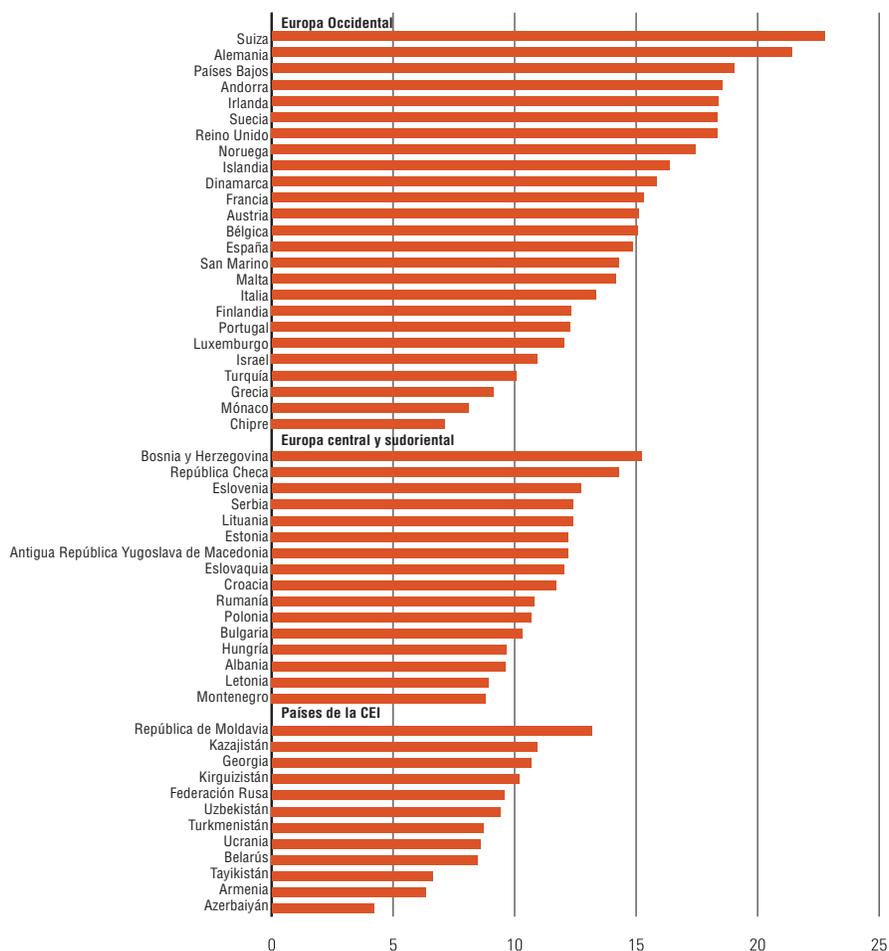
Fuente: OMS (2017b).

Nota: <sup>a</sup>el gasto sanitario corriente no incluye la inversión de capital.

Según la Estadística de Gasto Sanitario Público, se ha producido una reducción del 12,2% en el gasto sanitario público entre 2009 y 2015 (unos 3.671 millones de euros en precios de mercado), equivalente a una reducción de 0,6 puntos del PIB desde 2009 (MSSSI, 2015c; MSSSI, 2017h). Los datos oficiales indican que el descenso es atribuible a una disminución del personal, los productos farmacéuticos y el gasto de inversión. Los gastos de personal experimentaron una reducción de 2.433 millones de euros (8,0%) entre 2009 y 2015, lo que refleja el descenso de los salarios y del número de trabajadores.

El gasto farmacéutico ambulatorio disminuyó en 2.890 millones de euros (21,5%) entre 2009 y 2015, lo que refleja el descenso del 4,3% en la cifra de recetas (casi 4,4 millones de reclamaciones menos) y la caída del 19,2% en el precio medio por reclamación (MSSSI, 2017i). Comparando el gasto farmacéutico antes y después de 2012 (cuando el RDL 16/2012 modificó las prestaciones farmacéuticas), se produjo un descenso de más del 18,7% (alrededor de 1.944 millones de euros menos en 2014 en comparación con 2011) que ahora ha disminuido (González López-Varcárcel y Barber, 2017). Finalmente, el gasto de capital soportó una reducción del 60%, disminuyendo en 1.532 millones de euros en el mismo período.

**FIG. 3.5** Gasto sanitario público general como porcentaje (%) del gasto público general en la Región Europea de la OMS, 2015



Fuente: OMS (2017b).

## ■ 3.2 Fuentes de ingresos y flujos financieros

El gasto público constituye la principal fuente de financiación de la sanidad en España (69,8% del gasto sanitario total). Los fondos públicos proceden fundamentalmente de los impuestos generales, y las CC.AA. gestionan la mayor parte de los recursos sanitarios públicos (92,2% del gasto sanitario público y 64% del gasto sanitario total).

**TABLA 3.2** Gasto en sanidad (en % del gasto sanitario total) según función y tipo de financiación, 2015

	ATENCIÓN HOSPITALARIA	ATENCIÓN AMBULATORIA	CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	MEDICAMENTOS <sup>a</sup>	OTROS DISPOSITIVOS	SALUD PÚBLICA	ADMIN.	OTROS SERVICIOS <sup>b</sup>
Administración general	92,4	42,6	76	56,3	3,5	96,1	44,2	18,2
Seguro de salud obligatorio	3	6,4	2,2	3	0,6	0	8	81,8
Pagos sufragados directamente por los ciudadanos	0,8	43,2	21,7	40,7	94,8	0	0	0
Seguros privados	2,3	7,3	0	0	1	0	47,8	0
Otros (por ejemplo, instituciones sin ánimo de lucro que prestan servicios a los hogares)	1,4	0,4	0	0	0	3,9	0	0
Gasto total (en millones de euros)	41 928	25 789	5 562	17 740	4 248	695	3 003	1 078

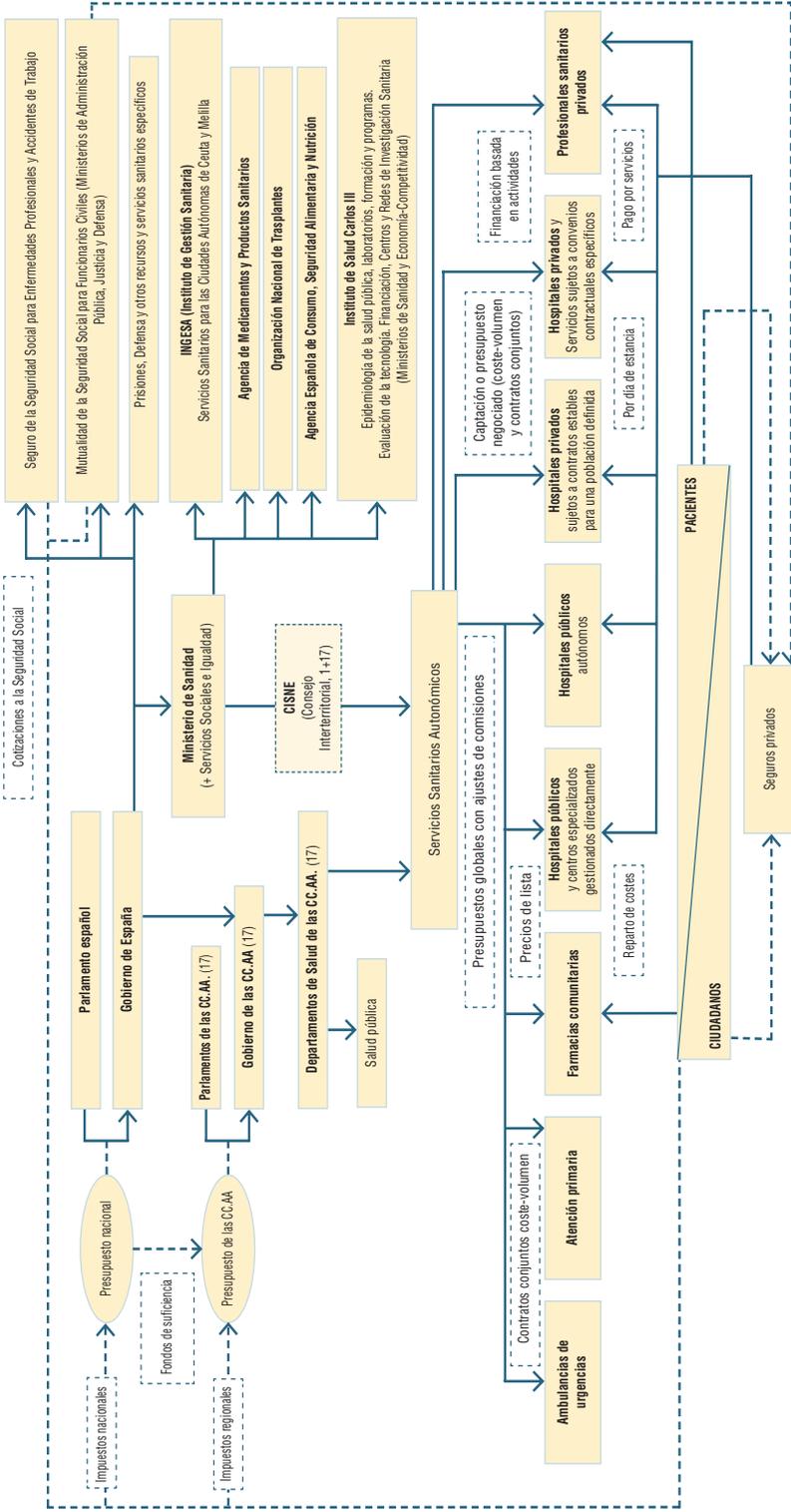
Fuente: MSSSI (2017g).

*Nota:* <sup>a</sup>incluye recetas ambulatorias, ya que el gasto farmacéutico en hospitales se incluye en la atención hospitalaria; <sup>b</sup>Servicios de la Seguridad Social prestados en el hogar y otros servicios prestados por instituciones públicas (ajenos a la seguridad social).

En el marco del servicio nacional de salud, la provisión de atención sanitaria en las CC.AA. se financia mediante impuestos generales, hasta el 94,5% de los recursos públicos. Por su parte, las mutualidades de los funcionarios públicos, las Fuerzas Armadas y el personal de la administración de justicia (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) gestionan el 3,4% de los re-

cursos, financiados mediante una combinación de cotizaciones salariales e impuestos. Por otro lado, las contribuciones de trabajadores y empleadores a las mutualidades de accidentes laborales y enfermedades profesionales ascienden al 2,1% de los fondos sanitarios. Por último, los medicamentos recetados a pacientes ambulatorios y algunos servicios complementarios dentro de la cartera de prestaciones son los únicos servicios de salud cuyo coste lo comparten los pacientes. En la práctica, los copagos afectan actualmente a prescripciones farmacéuticas ambulatorias y a determinadas órtesis y prótesis ortopédicas. En lo que se refiere a la financiación privada, esta procede de una combinación de pagos sufragados por los ciudadanos (copagos y pagos directos) y seguros médicos privados. En la Fig. 3.6 se detallan de manera gráfica los flujos financieros del SNS y las agencias de recaudación.

**FIG. 3.6** Flujos financieros



Fuente: elaboración propia de los autores.

Nota: las líneas de puntos representan fuentes de ingresos; las líneas discontinuas representan la asignación de fondos, los flujos y los principales mecanismos de asignación.

**CUADRO 3.1** Evaluación de la eficiencia distributiva

De acuerdo con la Ley 22/2009 de Financiación de las Comunidades Autónomas, la atención sanitaria (así como la educación y los servicios sociales) prestada por las autoridades regionales se financia fundamentalmente con recursos del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales. Este Fondo representa el 75% de los recursos fiscales agregados de las CC.AA. y trata de proporcionar de manera uniforme fondos suficientes a las regiones, reasignando estos de acuerdo con una fórmula de «necesidad ponderada» (véanse los detalles en la sección 3.3.3, *Agrupación y asignación de fondos*). Lamentablemente, este fondo no ha podido alcanzar el objetivo final de reducir las inequidades financieras entre CC.AA., ya que el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales se complementa con un fondo general (a saber, el Fondo de Suficiencia Global) que garantizó en gran medida el statu quo financiero de las CC.AA. (el nivel relativo de gasto en el momento del proceso de descentralización), perpetuando así los desequilibrios financieros entre CC.AA.

En lo que respecta al uso de datos acreditativos sobre la efectividad y el coste-efectividad en la asignación de recursos, el RDL 16/2012 estableció que las nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos deben evaluarse obligatoriamente antes de su introducción en el SNS. A pesar del elevado número de informes de evaluación facilitados por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (véase la sección 6.1.8, *Un nuevo estatus para la evaluación de las tecnologías sanitarias y las prestaciones*) en los últimos años, se desconoce su impacto en la asignación de recursos.

En el SNS, la fijación de prioridades se explicita en los planes estratégicos a escala nacional y regional. Sin embargo, estos planes, que pretenden una acción coordinada en ámbitos estratégicos de la salud, no suelen traducirse en decisiones de asignación de fondos. En cualquier caso, cabe mencionar que una de las acciones de la Estrategia nacional sobre enfermedades crónicas pretende estratificar a la población con arreglo a las necesidades, con vistas a identificar pacientes complejos y de coste elevado. Un número significativo de CC.AA. estratifican actualmente sus poblaciones. No está claro si este proceso dará lugar a una reasignación de recursos; en la fecha de redacción del presente documento, no se ha realizado ninguna evaluación formal.

Con respecto a la financiación de la atención sanitaria, la asignación de fondos en este ámbito ha ampliado progresivamente la brecha entre la asistencia hospitalaria/especializada y la atención primaria. La proporción de servicios hospitalarios y especializados aumentó un 4,3% entre 2009 y 2015 (de 39.251 a 40.942 millones de euros), mientras que la financiación de los servicios de atención sanitaria primaria se ha reducido en un 13,3% en el período (de 10.775 a 9.336 millones de euros). Esta evolución diferente amplió la brecha hasta en 3.130 millones de euros en 2015 (MSSSI, 2015c; MSSSI, 2017h).

## ■ 3.3 Visión general del sistema de financiación legal

El RDL 16/2012, un texto legal con el que se pretendió garantizar la sostenibilidad del SNS (y los desarrollos legislativos posteriores en el RD 1192/2012, especificando la condición del beneficiario del SNS, y el RD 576/2013, por el que se establece el procedimiento y las cuotas para las personas que carezcan de la condición de aseguradas o beneficiarias y deseen adquirir la cobertura pública del SNS), y que se publicó en el contexto del Programa de Estabilidad 2010 para el Reino de España (Ministerio de Hacienda, 2010b), ha dado lugar a un cambio en el alcance, la profundidad y la amplitud de las prestaciones del SNS.

### ■ 3.3.1 Cobertura

#### ¿Quién está cubierto?

Hasta 2012, la cobertura del SNS era casi universal (99,5%) y garantizaba una cartera completa de prestaciones para todos los ciudadanos. El derecho no dependía de la situación laboral ni del patrimonio personal, y solo un insignificante 0,5% de la población se mantenía fuera de la cobertura.

Por otra parte, la cobertura de residentes extranjeros se encontraba regulada por la Ley 4/2000 (y su legislación subsidiaria), sobre *derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Así, los ciudadanos no españoles que residían en España podían seguir diferentes vías para la adquisición del derecho a la asistencia, dependiendo de su nacionalidad y de su situación jurídica administrativa. Según esta Ley: a) las personas que residen y trabajan permanentemente en España recibían el mismo derecho a la cobertura que asiste a los españoles; b) los ciudadanos de la UE y las personas procedentes de países con convenios bilaterales, tenían derecho a recibir las prestaciones aunque se mantuvieran aseguradas con arreglo a sus regímenes de seguro nacionales; y c) únicamente los inmigrantes indocumentados con rentas anuales iguales o inferiores al salario mínimo interprofesional disfrutaban de un derecho pleno a la asistencia.

El RDL 16/2012 modificó el fundamento de tal derecho, vinculando este a la condición jurídica y laboral de las personas. En consecuencia, se garantizó la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos para a) los

empleados que coticen al sistema de seguridad social y las personas a su cargo dependientes (es decir, el cónyuge, el ex cónyuge a cargo del asegurado, los descendientes menores de 26 años o con una discapacidad significativa), b) los jubilados, c) los beneficiarios de subsidios de desempleo y d) los desempleados que hayan agotado la prestación por desempleo. No obstante, los españoles no incluidos en los criterios anteriores y los extranjeros con residencia legal en España mantuvieron el derecho al seguro público. En términos prácticos, solo los inmigrantes indocumentados acabaron excluidos de la cobertura.

Esta nueva normativa conllevó la modificación del derecho a asistencia de los ciudadanos no españoles. Así, los procedentes de países distintos de los Estados miembros de la UE o los ciudadanos de países con acuerdos bilaterales solo tenían derecho a la asistencia de urgencia en caso de enfermedad o accidente grave hasta la concesión del alta (con independencia de la causa), y a la atención obstétrica y a la infancia (para menores de 18 años).

En la fecha de redacción del presente documento (junio de 2018), el Gobierno español recientemente elegido ha entablado un proceso de diálogo con las regiones y la sociedad civil para restablecer la universalidad del Sistema Nacional de Salud español (MSSSI, 2018). Se espera un nuevo Real Decreto-ley por el que se derogue el RDL 16/2012 en un plazo aproximado de 6 semanas (La Moncloa, 2018). La nueva ministra de Sanidad, Carmen Montón, ha convocado a las CC.AA. el 28 de junio para acudir a un Consejo Interterritorial, dedicado a la cobertura universal (Redacción Médica, 2018).

### ¿Qué está cubierto y qué parte del coste se cubre?

El RDL 16/2012 también pretendía regular el catálogo de prestaciones que ofrece el sistema sanitario legal, con vistas a definir cuáles de ellas deben cofinanciar los pacientes. La normativa no excluyó explícitamente ninguna prestación (las que ya se encontraban fuera de la cobertura se mantuvieron excluidas: el psicoanálisis y la hipnosis, los tratamientos en balnearios, la cirugía plástica no relacionada con accidentes, y ciertos productos farmacéuticos), pero estableció qué prestaciones están sujetas al reparto de costes con los pacientes.

En consecuencia, la nueva normativa ha definido dos categorías de servicios: la cartera común con tres subcategorías (cartera común básica, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios) comunes a los 17 servicios regionales que componen el SNS y, la cartera com-

plementaria, decidida con arreglo a la competencia de las CC.AA. (véase la sección 2.4.2, *Regulación y fórmulas de gestión de la provisión*).

La cartera común básica de servicios sanitarios del SNS comprende todos los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la atención médica, así como el transporte médico de urgencia. Por lo tanto, la cartera común básica incluye una cartera amplia de prestaciones de atención primaria (por ejemplo, tratamiento de agudos y enfermedades crónicas, actividades de prevención y promoción de la salud, fisioterapia, atención materno-infantil, atención a la salud mental, cuidados paliativos, asesoramiento médico, servicios de salud dental básicos) y prestaciones de atención médica especializada (por ejemplo, cualquier procedimiento de diagnóstico y terapéutico que se deba proporcionar en forma de asistencia especializada ambulatoria, tratamiento hospitalario de agudos o de larga duración, atención médica o quirúrgica en centros de día, cuidados paliativos, tratamiento de salud mental de agudos o de larga duración, atención a domicilio, trasplantes de órganos y atención de urgencia). Estas prestaciones básicas no están sujetas a ningún mecanismo de reparto de costes con los pacientes.

Por su parte, las recetas farmacéuticas y los dispositivos ortoprotésicos en el marco de la cartera común suplementaria están sujetos al régimen de reparto de costes con los usuarios. El RDL 16/2012 indica que los copagos deben establecerse respecto al precio final del producto, y fijarse en función de la renta anual de cada hogar y de un límite máximo de pago mensual.

Por último, los servicios accesorios, también sujetos al mismo régimen de reparto de costes, se han descrito vagamente como el conjunto de actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideren esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico. Esta tercera cartera no se ha regulado aún.

En el caso de la cartera complementaria de servicios, las CC.AA. podrán incorporar a su propia cartera de prestaciones cualquier técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común básica del SNS, siempre que aporten los recursos necesarios para su financiación.

El contenido de la cartera común de prestaciones lo define el máximo órgano de gobierno del SNS (a saber, el Consejo Interterritorial), a partir de las propuestas presentadas por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y el asesoramiento técnico de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones. La decisión relativa a toda inclusión debe notificarse previamente al órgano de dirección del SNS y está condicionada a la suficiencia financiera de las CC.AA.<sup>1</sup>

1 La suficiencia financiera se define de acuerdo con los objetivos de estabilidad incluidos en el Programa de Estabilidad para el Reino de España (Ministerio de Hacienda, 2010a).

**CUADRO 3.2** Evaluación de la cobertura

La reforma del RDL 16/2012 ha sido ampliamente criticada. Por un lado, la modificación del derecho a la asistencia que, de facto, implicaba un cambio de modelo que retrocedía en el tiempo a las normas del sistema de principios de la década de 1980, se aprobó sin el acuerdo anteriormente requerido del órgano de gobierno para el SNS (a saber, el Consejo Interterritorial) ni el deseable consenso del Parlamento español. El RDL, una fórmula legal propuesta por el Gobierno que solo requiere la validación parlamentaria, se utilizó como mecanismo de reforma dada la mayoría absoluta del partido al mando del gobierno. Por otra parte, se argumentó asimismo que la reforma se dirigía a la población inmigrante indocumentada. La falta de argumentos que respaldasen la decisión (en concreto, este grupo de población es más joven que la población autóctona, con tasas de utilización más bajas y contribuyendo en cualquier caso a través de impuestos indirectos), el riesgo de ampliar las desigualdades en materia de sanidad, y las posibles consecuencias negativas para la salud de la población, llevaron a algunas CC.AA a, sencillamente, abstenerse de ejecutar la nueva regulación.

La repercusión de las políticas aplicadas desde 2010 es equívoca, ya que las encuestas institucionales y los estudios ad hoc proporcionan datos poco concluyentes. De acuerdo con un análisis sistemático de los informes en los que se examina la repercusión de las medidas de austeridad, las barreras al acceso (por ejemplo, la exclusión de las personas indocumentadas, el aumento de las listas de espera) no se han convertido en efectos sistemáticos sobre la salud. La política de reparto de costes se tradujo en una reducción del gasto a corto plazo que se diluyó al cabo de 12-18 meses; sin embargo, en lo que se refiere al consumo de tratamientos, en el Barómetro Sanitario de 2015 a cargo del Centro de Investigaciones Sociológicas se refirió que el 4% de la población encuestada declaró haber dejado de tomar fármacos prescritos por un médico del sector público por motivos económicos (MSSSI, 2015g), aunque la tasa de necesidades no satisfechas es una de las más baja entre los países de la UE (véase la figura 7.2). En un estudio ad hoc sobre la adhesión a los fármacos prescritos a pacientes con síndrome coronario agudo se constató que los cambios “[en el copago] pueden llevar a una menor adhesión a terapias efectivas comprobadas, especialmente en el caso de los agentes de precio superior con un mayor grado de reparto de costes con los pacientes” (González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez-Feijoo, 2017).

Se ha observado que la proporción del gasto privado en sanidad se elevó del 25,6% en 2010 al 28,9% en 2015 (MSSSI, 2017g). La gran mayoría de este crecimiento es atribuible a pagos sufragados directamente por los ciudadanos, que representaron el 23,9% del gasto sanitario total en 2015. Los aumentos en las listas de espera debidos a los recortes presupuestarios y de suministros (más que la reducción en la amplitud de la cobertura) podrían haber estado detrás del aumento del reparto de costes privado observado.

### ■ 3.3.2 Recaudación

#### Presupuesto de la Administración General del Estado

La gran mayoría del gasto sanitario público en España se financia mediante los impuestos generales (véase la sección 3.2, *Fuentes de ingresos y flujos financieros*).

El sistema fiscal español está altamente descentralizado. El régimen de financiación regional actual se convino en julio de 2009 en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, organismo público constituido por representantes de las administraciones central y regionales, que se encarga de la coordinación fiscal y financiera entre las CC.AA. y la Administración central. La legislación correspondiente (Ley Orgánica 3/2009 y Ley 22/2009) se aprobó en diciembre de 2009, aunque el sistema no entró en vigor hasta la aprobación de la Ley de presupuestos generales de España de 2011. Dejando a un lado las cotizaciones a la Seguridad Social (que se destinan a pensiones y otras prestaciones monetarias), los ingresos fiscales pueden agruparse en dos categorías principales: los impuestos vinculados a la producción y las importaciones (“impuestos indirectos”, como el Impuesto sobre el Valor Añadido, o IVA); y los “impuestos directos” (es decir, los que se aplican sobre la renta y el patrimonio). Más de la mitad de los ingresos fiscales (52,2% en 2015) provienen de los impuestos indirectos, siendo el IVA la principal fuente de fondos en esta categoría (28,7% de los recursos totales). Los impuestos sobre la renta y el patrimonio proporcionan el 45,2%, y los impuestos sobre el capital suman el 2,6% restante (los impuestos directos ascienden al 47,8%) (Ministerio de Hacienda, 2017b). Las cifras citadas se aplican únicamente al denominado “régimen común de CC.AA.” (es decir, todas las regiones excepto Navarra y el País Vasco<sup>2</sup>), en el que la responsabilidad en materia de recaudación se comparte por las autoridades regionales y la *Agencia Estatal de Administración Tributaria*. Las CC.AA. también son responsables de la recaudación de los impuestos asignados a escala regional (impuestos sobre sucesiones, impuestos sobre

2 Por su parte, el País Vasco y Navarra disfrutaron de un régimen financiero especial basado en una legislación específica (a saber, los derechos forales), reconocido en la Constitución Española. En virtud de dicha legislación, las autoridades regionales recaudan todos los impuestos aplicados en sus territorios correspondientes, y a continuación transfieren una cierta cantidad de los ingresos a la administración central por los servicios que ésta presta a los ciudadanos de dichas regiones (es decir, los servicios no transferidos, como por ejemplo, la defensa nacional).

transmisiones patrimoniales) y comparten la recaudación del IVA, del impuesto sobre la renta de las personas físicas y de los impuestos especiales.

Como consecuencia de esta responsabilidad conjunta respecto a la recaudación de ingresos, los gobiernos regionales (CC.AA.) disponen del 50% del impuesto sobre la renta de las personas físicas (con una capacidad tributaria limitada), así como del 50% de los ingresos generados en sus territorios por el IVA y el 58% de los derivados de ciertos impuestos especiales (sobre el alcohol, el tabaco y los hidrocarburos). Estas fuentes, junto con los ingresos obtenidos mediante otros instrumentos fiscales con menor capacidad de generación de rentas (por ejemplo, impuestos sobre el patrimonio y de sucesiones, o los impuestos de matriculación de vehículos), otorgan a las CC.AA. una autonomía fiscal significativa. Sin embargo, ninguno de estos impuestos se destina a sufragar los gastos sanitarios, sino a la financiación de todos los servicios sociales en las CC.AA.<sup>3</sup>

### Impuestos, cotizaciones o primas recaudadas por las mutualidades

El segundo sistema reconocido en la legislación (las mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS) tiene por objeto prestar servicios a un grupo de funcionarios civiles y públicos entre los que figuran los de índole sanitaria como parte de las prestaciones otorgadas a cambio de las cotizaciones abonadas por sus miembros (véase la sección 2.1, *Organización*). Los tipos de cotización los fija la Administración General del Estado en la ley de presupuestos generales de cada año. En la actualidad, los empleados públicos pertenecientes a las mutualidades citadas abonan una prima mensual de entre 20 y 50 euros, según su categoría profesional (existe un total de seis grupos o niveles entre los funcionarios públicos) que cubre hasta el 15% del gasto total de los asegurados en servicios sanitarios; el 85% restante lo cubre el presupuesto del Ministerio de Hacienda (mediante los ingresos derivados del impuesto sobre la renta, fundamentalmente).

3 La única excepción a este respecto es un impuesto específico sobre las ventas de hidrocarburos aplicado por las CC.AA. de 2002 a 2012, cuando el Tribunal de Justicia de la UE dictó sentencia en el sentido de que el impuesto contravenía la legislación de la UE (Directiva 92/12/CEE). El impuesto se consideró nulo y sin efecto.

### CUADRO 3.3 Evaluación de la progresividad y la equidad de la financiación sanitaria

La financiación del SNS, a excepción del copago de los medicamentos recetados en el ámbito de la atención primaria, se aborda mediante impuestos generales. Por tanto, cuanto mayor sea la progresividad del sistema fiscal en su conjunto, más progresiva será la financiación del sistema de salud (principio de equidad vertical). Los datos acreditativos de la progresividad del sistema fiscal español en los últimos años son limitados, si bien dicho sistema tiene una incidencia limitada y decreciente en la distribución de la renta (Ruiz-Huerta, 2014). La progresividad parece radicar más en los efectos redistributivos del gasto público (prestaciones en especie y en efectivo) que en el diseño del sistema fiscal.

Según la Contabilidad Nacional, entre 2007 y 2009 España se enfrentó a una caída del 26% en sus ingresos fiscales (Ministerio de Hacienda, 2017b). Entre 2012 y 2015, se introdujeron reformas en el impuesto sobre la renta de las personas físicas y en el IVA, y se creó un nuevo impuesto medioambiental para aumentar la recaudación fiscal. A pesar de estas reformas y del crecimiento económico en 2014 y 2015, los ingresos fiscales en 2015 siguen siendo inferiores en un 9,2% a la cantidad recaudada en 2007. A lo largo de estos años, los impuestos directos han perdido peso en el total de los tributos recaudados, al pasar del 51,4% en 2007 al 44,9% en 2015. Este descenso obedece fundamentalmente a la pérdida en la recaudación del impuesto de sociedades (de un nivel relativo del 18,7% en 2007 al 10,7% en 2015). Los impuestos indirectos han cobrado claramente importancia en la distribución impositiva española, al pasar del 46,6% al 52,5%. El IVA, tras una fuerte caída entre 2007 y 2009 (del 23,9% al 21,1%), se ha recuperado, y representa el 28,8% de los ingresos fiscales totales en 2015. Los impuestos especiales también han caído durante este período (del 18,3% en 2007 al 15,1% en 2015) (Ministerio de Hacienda, 2017b). En este epígrafe, los ingresos por impuestos sobre el alcohol han disminuido, mientras que los derivados de los impuestos sobre el tabaco aumentaron durante la primera parte del período para caer posteriormente, como resultado de la caída del consumo. A medida que el peso relativo de la fiscalidad indirecta ha aumentado (en comparación con impuestos más progresivos, como los que se aplican sobre la renta), el principal mecanismo de financiación del SNS ha experimentado una disminución de la progresividad entre 2007 y 2015 (Romero-Jordán, Sanz-Sanz y Castañer-Carrasco, 2013).

Por otra parte, cabe señalar que la financiación privada no ha seguido el mismo camino que la financiación pública durante los años de la crisis. El porcentaje de la población cubierta por seguros privados se ha mantenido estable; sin embargo, los pagos sufragados directamente por los ciudadanos han experimentado un fuerte aumento. La proporción del gasto sanitario correspondiente a tales pagos ha pasado del 20,3% en 2008 al 20,7% en 2011, y al 23,9% en 2015. Como resultado, los ratios de financiación pública-privada en 2010 (75%/25%) han evolucionado hasta situarse en 71%/29% en 2015 (véase la Tabla 3.1).

### ■ 3.3.3 Asignación de fondos

#### Asignación de fondos a las Comunidades Autónomas <sup>4</sup>

Aunque el sistema fiscal español está altamente descentralizado (véase la sección 2.2, *Descentralización y centralización*), existe un complejo sistema de «fondos de compensación» cuyo objetivo es reducir el desequilibrio en la financiación entre las CC.AA. En este sentido, además de con los ingresos fiscales propios de las CC.AA. y el denominado Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, los servicios sanitarios también se financian mediante el Fondo de Suficiencia Global, el Fondo de Garantía Asistencial y diversos fondos de “convergencia” (a saber, fondos de Competitividad, Cooperación y Compensación Interterritorial).

El Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales representa el 75% de la capacidad fiscal agregada. Este fondo mancomunado se distribuye a las CC.AA. de acuerdo con una fórmula ponderada basada en las necesidades existentes. Dicha fórmula incluye la magnitud de la población a la que se asiste (ponderación del 30% en la fórmula), la población que atiende efectivamente el SNS (38%), la población de 16 y menos años de edad (20,5%), la población de 65 y más años de edad (8,5%), la extensión geográfica (1,8%), la densidad poblacional (1,6%) y la insularidad (0,6%). El objeto de este Fondo es permitir que las regiones con necesidades similares ofrezcan niveles semejantes de servicios sociales (es decir, servicios sanitarios, educativos y sociales).

Podría darse el caso de que las necesidades de gasto sanitario no se cubran plenamente con los ingresos fiscales propios de las CC.AA.<sup>5</sup> y el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales. Esta posible contingencia se aborda con el Fondo de Suficiencia Global. Este se estima

4 Téngase en cuenta que esta asignación a las CC.AA se refiere al “régimen común de las CC.AA.”, que comprende todas las Comunidades Autónomas salvo el País Vasco y Navarra, ya que estas disfrutaban de un régimen financiero diferente en el que recaudan todos los impuestos aplicados en su territorio correspondiente y adoptan sus decisiones de asignación en el respectivo parlamento regional. En esta sección tampoco se abordan las mutualidades de funcionarios, cuya financiación se asigna en el marco de las decisiones presupuestarias de la Administración central.

5 De acuerdo con el acuerdo aún vigente de 2009 para la financiación de las CC.AA., los gobiernos regionales retienen el 25% de su capacidad fiscal a través del 50% de los impuestos sobre la renta, el 58% del IVA y los impuestos especiales recaudados en sus territorios, y el 100% de los impuestos sobre sucesiones, matriculación de vehículos, transmisiones patrimoniales y timbres fiscales.

de acuerdo con el gasto sanitario efectivo, y puede ser negativo para ciertas CC.AA. (normalmente, regiones de altos ingresos) si los ingresos fiscales y el importe del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales exceden las necesidades financieras de las CC.AA. Por último, la asignación de fondos a través del Fondo de Suficiencia Global también depende de la financiación que reciben las CC.AA. de otro fondo, el de Garantía Asistencial, cuyo objeto es cubrir la asistencia prestada en una Comunidad Autónoma determinada a un asegurado con residencia en otra comunidad. Este Fondo de Garantía Asistencial se reguló en el citado RDL 16/2012.<sup>6</sup>

Además de estos mecanismos de financiación, existen tres fondos de “convergencia” encaminados a proporcionar fondos adicionales a las regiones con un bajo nivel de recursos per cápita (el Fondo de Competitividad), y a las que se encuentran en una peor situación en cuanto a las rentas de los hogares (el Fondo de Cooperación). Además de estos dos fondos específicos en materia de asistencia sanitaria, las CC.AA. tienen acceso al Fondo de Compensación Interterritorial, cuyo objetivo es sufragar los costes de inversión en las CC.AA. de bajos ingresos.

Las prioridades de financiación se han centrado en abordar las restricciones financieras (tensiones de flujo de tesorería) que sufrieron los gobiernos regionales como consecuencia directa de la crisis económica. Por este motivo, la Administración central ha asignado fondos adicionales a través de: a) el Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) creado como mecanismo temporal y voluntario para atender los vencimientos de deuda de las CC.AA., con arreglo al RDL 21/2012; y b) el Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores (creado mediante el RDL 7/2012), que permite a las CC.AA. cancelar obligaciones pendientes con proveedores que, en muchos casos, prestan servicio en los centros sanitarios de las CC.AA. El acceso a este mecanismo de financiación está condicionado al cumplimiento de las obligaciones fiscales y de gasto de las CC.AA. y a la aprobación por parte del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Desde 2015, el acceso a facilidades crediticias adicionales se ha vinculado a las medidas adoptadas por las CC.AA. para controlar el gasto sanitario, y en particular, el crecimiento del gasto farmacéutico (Ley Orgánica

6 El Fondo de Garantía Asistencial desempeña un papel similar al que ejerce el Fondo de Cohesión Sanitaria, concebido como herramienta para que el Ministerio de Sanidad aplique políticas que garanticen la cohesión y la equidad en el SNS. Los recursos asignados a este fondo en el presupuesto general central se han ido reduciendo progresivamente a lo largo de los años, hasta el punto de desaparecer en 2016.

6/2015). Aunque la observancia de esta medida es voluntaria, las CC.AA. tienen notables incentivos para incorporarse al programa, ya que aquéllas que lo cumplan, pueden optar a financiación adicional.

### Asignación de recursos a compradores

En los párrafos anteriores se ha ofrecido ya una visión general del modo en que se recaudan y se asignan los fondos a las CC.AA. (es decir, a los departamentos regionales de hacienda y tesorería responsables de la asignación presupuestaria entre los distintos departamentos de las administraciones regionales), o al Ministerio de Administraciones Públicas, en el caso del sistema estatutario de funcionarios públicos.

En el caso de las CC.AA., una vez aprobada la asignación presupuestaria regional por el Parlamento autonómico pertinente, los departamentos de salud de las 17 CC.AA. (e INGESA para las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla) desempeñan el papel de tercero en la determinación del presupuesto y el fraccionamiento de las compras, y “adquieren” los distintos servicios a proveedores públicos o privados para todos los asegurados que residan en la Comunidad Autónoma en cuestión. En el caso de los funcionarios públicos, las mutualidades, que reciben la parte correspondiente del presupuesto (así como las cotizaciones de los beneficiarios), adquieren los servicios estos. Se espera de las mutualidades que adquieran los servicios a proveedores tanto privados como públicos, dependiendo de la decisión de sus beneficiarios, quienes optan anualmente por uno u otro tipo de proveedor.

#### ■ 3.3.4 *Adquisiciones y relaciones entre compradores y proveedores*

La provisión pública en el SNS desempeña un papel destacado y, en general, los organismos públicos encargados de las compras (por ejemplo, los departamentos de salud de las CC.AA.) adquieren los servicios a otro organismo público estrechamente vinculado a los primeros, denominado servicio regional de salud. Este último constituye la estructura administrativa asociada orgánicamente al departamento de salud de la Comunidad Autónoma que gestiona todos los centros sanitarios en régimen de ingreso y ambulatorios. Generalmente, el departamento de salud contrata (y presupuesta) anualmente los servicios con el servicio regional que, a su

vez, negocia contratos anuales globales con sus proveedores. Además, los departamentos de salud de las CC.AA. o los servicios de salud regionales contratan servicios con proveedores privados, generalmente hospitalares.

Existen ciertas especificidades que merece la pena mencionar. A diferencia del régimen general en el que los proveedores privados desempeñan un papel subsidiario, en Cataluña, el servicio regional de salud subcontrata un conjunto de proveedores privados sin ánimo de lucro integrados en la red de proveedores públicos que componen la denominada *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (véase la sección 5.4, *Atención ambulatoria especializada/atención hospitalaria*). Cabe destacar asimismo una experiencia concreta llevada a cabo en Valencia, donde el departamento de salud abandonó en 1999 el régimen general mediante la compra de servicios sanitarios integrados a proveedores privados, sobre la base de un pago de capitación anual. Esta singular CPP comenzó con el Hospital de La Ribera, en Alzira, y el modelo se ha extendido a cuatro áreas sanitarias más dentro de la Comunidad Autónoma (18,7% de la población total).

Dentro del régimen general, los servicios regionales de salud contratan la atención hospitalaria, la atención primaria, las actividades preventivas y los servicios de larga duración con proveedores públicos y privados. Los servicios hospitalarios prestados por proveedores públicos se financian de manera prospectiva con arreglo al volumen y la calidad. El servicio regional de salud supervisa los contratos a intervalos convenidos entre las partes firmantes (normalmente, con periodicidad anual). Aunque se ha alcanzado alguna mejora en cuanto a la elaboración de los presupuestos de forma prospectiva, el método sigue adoleciendo de ciertas deficiencias, ya que los incentivos económicos para la consecución del contrato anual son demasiado débiles, la transmisión del riesgo a los profesionales no es creíble y la supervisión es poco rigurosa. Un defecto en el diseño de estos contratos es la falta de incentivos para la coordinación con la atención primaria o la vinculación con las actividades de salud pública existentes.

Además de los proveedores públicos, se subcontrata un cierto volumen de actividad a proveedores privados, habitualmente con el objetivo de reducir las listas de espera para procedimientos quirúrgicos o pruebas de diagnóstico de alta tecnología, pero también de complementar los servicios de asistencia de larga duración y cuidados paliativos. Por lo general, se trata en general de contratos por volumen prospectivos con algunas cláusulas de corrección a posteriori. Dependiendo de la naturaleza de la actividad en cuestión, el contratista determina la base para el pago; así, la actividad

de provisión de cuidados de larga duración suele medirse con arreglo a las estancias, mientras que las intervenciones quirúrgicas y las pruebas de diagnóstico se atienen a un plan de pago por servicio. Los contratos con proveedores privados han tendido a aumentar desde mediados de la década de 1990, y en 2014 representaban el 12% del gasto total en sanidad pública (González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez-Feijoo, 2017).

Por último, los servicios de atención primaria se contratan, con muy pocas excepciones, con proveedores públicos. De ahí que la práctica dominante consista en la celebración de contratos de servicios de tratamiento de agudos y enfermedades crónicas y atención preventiva, financiados conforme a subvenciones globales normalmente condicionadas por la demografía de la población. Los contratos reflejan objetivos específicos que priorizan determinados programas de atención o prevención, así como algunos incentivos vinculados a la consecución de determinados objetivos en materia de prescripción dirigidos a promover el consumo racional y apropiado de los medicamentos. Entre las pocas excepciones se cuentan: la externalización de la atención primaria mediante las denominadas *Entidades de Base Asociativa* en Cataluña, que son “asociaciones limitadas” de profesionales de la atención primaria que asisten a una población definida de acuerdo con un contrato con el Departamento de Salud (lo que se asemeja en cierta medida a los “Clinical Commissioning Groups” en el Reino Unido); y la atención primaria como parte de la CPP antes referida en Valencia.

### ■ 3.4 Pagos sufragados directamente por los ciudadanos

Los pagos sufragados directamente por los ciudadanos desempeñan un papel significativo en España. Representaron el 23,9% del gasto sanitario total en 2015, con una tendencia al alza desde 2008.

#### ■ 3.4.1 *Reparto de costes (cargos de los usuarios) y pagos directos*

Según los datos más recientes de la Encuesta de Presupuestos Familiares realizada por el Instituto Nacional de Estadística, el gasto anual de los hogares en sanidad pasó de 14.179 millones de euros en 2006 a 18 203 millones de euros en 2015 (INE, 2017e). El gasto medio en sanidad por hogar

se elevó de 876 euros en 2006 a 1 010 euros en 2008, se redujo a 895 euros en 2011 y volvió a aumentar a 991 euros en 2015. A lo largo del período, la proporción de gasto de los hogares dedicado a sanidad aumentó del 2,9% al 3,6% (Tabla 3.3). En concreto, el gasto en medicamentos y aparatos médicos creció tanto en términos de cuota del presupuesto familiar (1,21% en 2006 frente al 1,56% en 2015) como de gasto medio, pasando de 365 euros en 2006 a 427 euros en 2015 (Tabla 3.4). La razón más plausible de este crecimiento es la reforma de 2012 respecto al reparto de costes farmacéuticos (González López-Valcárcel y Barber, 2017).

La Tabla 3.4 representa el régimen de copagos regulado en la reforma de 2012 (RDL 16/2012). Básicamente, antes de ese año, la prescripción de medicamentos en régimen ambulatorio era el único servicio en el SNS sujeto al reparto de costes: un 40% del precio en el caso de los trabajadores activos y los beneficiarios, sin límites máximos ni correcciones en función de la renta; y en enfermedades crónicas específicas, la contribución máxima era del 10%. En cualquier caso, los pensionistas quedaban excluidos de los copagos. El resto de los servicios (atención ambulatoria y hospitalaria, incluida la dispensación de medicamentos en hospitales) se encontraba exento del reparto de costes. En términos agregados, la contribución efectiva de los copagos al gasto sanitario total cayó del 15% en 1985 al 6% en 2011.<sup>7</sup>

**TABLA 3.3** Gastos sufragados directamente por los hogares en relación con la asistencia sanitaria y gasto específico en medicamentos

	2006	2008	2011	2014	2015 <sup>a</sup>
<b>Gasto de los hogares en bienes y servicios sanitarios (millones €)</b>	14.179	17.229	16.013	17.475	18.204
Porcentaje del gasto total de los hogares	2,90	3,18	3,07	3,53	3,62
Gasto medio por hogar (€)	876	1.010	895	955	991
<b>Gasto de los hogares en medicamentos y productos sanitarios (millones de euros)</b>	5.909	6.996	6.554	7.324	7.841
Porcentaje del gasto total de los hogares	1,21	1,29	1,26	1,48	1,56
Gasto medio por hogar (€)	365	410	366	400	427

Fuente: INE (2017e).

Nota: <sup>a</sup>la Encuesta de Presupuestos Familiares de 2015 no incluyó el gasto en hospitalizaciones privadas.

<sup>7</sup> En el sistema legal de las mutualidades, los funcionarios públicos pagan el 30% del precio del fármaco, con independencia de que sean trabajadores activos o pensionistas.

La reforma emprendida en 2012 (RDL 16/2012) modificó el sistema de reparto de costes. En primer lugar, el sistema prevé el reparto de costes para las recetas de medicamentos y otras prestaciones incluidas en la cartera común suplementaria y de servicios accesorios: la cartera común básica se mantiene exenta. No obstante, el reparto de costes en servicios distintos de las recetas farmacéuticas en régimen ambulatorio no se ha implantado aún, y no se prevé su desarrollo en un futuro próximo. En segundo lugar, los pensionistas no se excluyen del régimen de reparto de costes, aunque con un límite de pago mensual. En tercer lugar, el nivel de copago está vinculado a la renta de los hogares. En detalle, en el caso de los pensionistas: a) ingresos anuales inferiores a 18.000 euros, copago del 10% con un límite máximo mensual de 8,23 euros; b) ingresos anuales entre 18.000 y 100.000 euros, copago del 10%, con un límite máximo mensual de 18,52 euros; y c) ingresos anuales superiores a 100.000 euros, copago del 60%, con un límite máximo mensual de 61,70 euros. En cuanto a los trabajadores activos (esta categoría incluye los desempleados cubiertos por las prestaciones por desempleo), las categorías son como sigue: a) aquéllos con ingresos anuales inferiores a 18.000 euros, asumirán un copago del 40%; b) los que obtengan ingresos anuales entre 18.000 y 100.000 euros, asumirán un copago del 50%; y c) los que obtengan ingresos anuales superiores a 100.000 euros, asumirán un copago del 60%. No se aplican límites máximos a este grupo. Los medicamentos recetados a pacientes con SIDA y dispensados en farmacias minoristas, así como la mayoría de los tratamientos para enfermedades crónicas, están sujetos a un copago del 10% con un límite máximo de 4,26 euros por receta, con independencia de que los pacientes sean o no trabajadores activos.

En cuanto a los pagos directos, en 2015, con una media de 990,80 euros de gasto por familia, los pagos por atención dental representaron el 45,9% del gasto de los hogares en sanidad, los medicamentos (copagos de recetas médicas y pagos de medicamentos sin receta) representaron el 22% y los dispositivos protésicos y médicos (lentes correctoras, material ortopédico, etc.) alcanzaron el 21% del presupuesto de los hogares para sanidad (INE, 2015).

**TABLA 3.4** Cargos a los usuarios por servicios de salud, 2017

SERVICIO DE SALUD	TIPO DE CARGO APLICADO AL USUARIO	EXENCIONES Y/O TARIFAS REDUCIDAS	LÍMITE AL GASTO SUFRAGADO DIRECTAMENTE POR LOS USUARIOS	OTROS MECANISMOS DE PROTECCIÓN
Visita a médicos de atención primaria	No		No	–
Atención primaria	No		No	–
Visita ambulatoria a especialistas	No		No	–
Medicamentos recetados en régimen ambulatorio	Copago	Exentos: desempleados de larga duración y pensionistas con pensiones no contributivas / resto de pensionistas (precios reducidos)	Sí (mensualmente; solo pensionistas)	Primas de reembolso (excepcionales)
Estancia en régimen de ingreso	No		No	
Visita en caso de urgencia	No		No	
Atención dental	Pago directo sufragado por el usuario	Servicios preventivos básicos	No	Primas por atención médica
Dispositivos médicos <sup>a</sup>	Pago directo sufragado por el usuario Copago		Sí	

Fuente: elaboración propia.

Nota: <sup>a</sup>actualmente, solo determinadas órtesis y prótesis ortopédicas están sujetas a cargos al usuario.

## ■ 3.5 Seguro voluntario de enfermedad

Uno de cada cinco españoles posee un plan voluntario de seguro de enfermedad además del seguro público universal obligatorio.<sup>8</sup> El seguro voluntario de enfermedad en España es complementario e independiente del SNS,

8 Excluyendo los regímenes de mutualidad de seguro para funcionarios públicos (20% del mercado privado), las pólizas de seguro individuales representan dos tercios del mercado total, y el tercio restante corresponde a las pólizas de seguro que ofrecen las empresas a sus trabajadores, una proporción actualmente al alza.

y puede proporcionar los mismos bienes y servicios que ofrece el sector público. La adquisición de planes de seguro voluntario de enfermedad obedece fundamentalmente a un acceso más rápido a algunos servicios. Han existido a lo largo de los años ventajas fiscales para aquéllos que adquieren un plan voluntario de seguro médico, aunque con numerosos cambios y diferencias entre las distintas CC.AA. Por ejemplo, los trabajadores por cuenta propia han tenido derecho a deducirse las primas de seguro en sus declaraciones del impuesto sobre la renta, al igual que las empresas que adquirirían primas para sus empleados.

El mercado de los seguros en España está cobrando impulso.<sup>9</sup> La Tabla 3.5 muestra una tendencia al alza desde 2011, tanto en número de asegurados (en cifra total y en porcentaje de la población) como en ingresos por primas para las empresas. Aun así, su contribución al gasto sanitario global fue poco importante (un 4,3%) en 2015. Cabe señalar que el sector de los seguros de enfermedad se encuentra muy concentrado. Según la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, 95 empresas actuaron en este mercado en 2015, con una distribución desigual de las primas (solo cinco de ellas acumularon el 72% del total de las primas) (Ministerio de Economía, 2016).

**TABLA 3.5** Principales indicadores de los seguros privados de enfermedad en España

	ASEGURADOS (EN MILES) <sup>a</sup>	ASEGURADOS RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL (%) <sup>a</sup>	VOLUMEN TOTAL DE LAS PRIMAS (EN MILLONES €) <sup>b</sup>
<b>2008</b>	10.424	22,6%	5.580
<b>2011</b>	10.377	22,0%	6.557
<b>2014</b>	10.534	22,5%	7.215
<b>2015</b>	10.709	22,9%	7.437

Fuente: <sup>a</sup>UNESPA (2015), <sup>b</sup>Ministerio de Economía (2016).

En comparación con el sector sanitario, el mercado de seguros privados para la atención de larga duración y la asistencia a domicilio adolece de un escaso desarrollo en España. Únicamente siete empresas operaron en el

<sup>9</sup> Los pormenores del mercado de seguros en España son difíciles de determinar, ya que los sistemas de información y los intereses comerciales vinculados a los datos dificultan el acceso a la información significativa. No obstante, existen algunas estadísticas públicas elaboradas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía (Ministerio de Economía, 2016) y el Informe anual de la UNESPA (UNESPA, 2017).

sector en 2015, y solo 37.225 personas (el 0,09% de la población española de 18 y más años de edad) contaban con planes de seguro privado, generalmente complementarios a la cartera de servicios del seguro de salud. En comparación con los 7.437 millones de euros facturados por el mercado de seguros de salud, el seguro de dependencia facturó únicamente 5,35 millones de euros en el mismo año.

### ■ 3.6 Otra financiación

Además de las fuentes citadas, el Ministerio de Economía y Competitividad ha promovido en los últimos años diversas iniciativas encaminadas a financiar los costes de inversión, entre las que figuran los programas para la Compra Pública de Innovación y la Compra Pública Precomercial. Varias CC.AA. han puesto en marcha programas, pero no hay cifras oficiales para comprender el impacto real.

En lo que atañe a la atención de larga duración y la asistencia a domicilio (es decir, los servicios incluidos en el SAAD (el denominado Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia) (véase la sección 5.7, *Rehabilitación/atención intermedia*)), la aportación teórica establecida en la memoria económica de la Ley 39/2006 determinó que, en 2015, la cuota de financiación asumida por las CC.AA. debía ser del 42,6%, que el Ministerio de Asuntos Sociales debía asumir un 23,7%, y que un 33,7% se atribuyera a las aportaciones de los beneficiarios. El inicio de la crisis económica afectó enormemente al desarrollo y la viabilidad financiera del SAAD. Según las estimaciones de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, en 2015 el gasto se situó en cifras cercanas a los 7000 millones de euros: las CC.AA. asumieron una proporción superior (hasta el 62%), el Ministerio de Asuntos Sociales redujo su participación al 18,1%, mientras que los beneficiarios solo representaron el 19,9% (Directores de Servicios Sociales, 2016).

Por último, las organizaciones no gubernamentales constituyen una fuente adicional (pero modesta) de financiación privada. Sus aportaciones han caído de manera constante desde el comienzo de la crisis económica, de 589 millones de euros en 2005, a 387 millones de euros en 2015.

## ■ 3.7 Mecanismos de pago

En esta sección se ofrece una visión general de los mecanismos de pago con arreglo a los flujos financieros mostrados en la figura 3.6; y se distingue entre los servicios sanitarios y los pagos al personal, como se resume en la tabla 3.6.

### ■ 3.7.1 *Pago por servicios sanitarios*

El pago por los servicios sanitarios combina varios mecanismos, en función del tipo de servicio. Tales mecanismos pueden variar entre CC.AA. conforme al grado de separación entre las funciones de compra y de prestación.

La mayoría de los servicios de salud financiados con fondos públicos utilizan los presupuestos globales como mecanismo de financiación. El sistema se basa en acuerdos contractuales entre el Servicio Regional de Salud y el proveedor (es decir, hospitales, centros de atención primaria), y en concreto, en *contratos-programa*, *contratos de gestión* o *contratos clínicos*. Estos contratos regulan la cantidad de servicios y el coste total, pero también introducen elementos orientados a la calidad conformes con los objetivos de las estrategias regionales en materia de calidad y seguridad; habitualmente, relativos a los programas de reducción de listas de espera, ampliación de la cirugía ambulatoria, o reducción de incidentes de seguridad. Además, parte de la contraprestación a los proveedores podría basarse en los resultados establecidos respecto a objetivos territoriales como la accesibilidad, la capacidad de respuesta y la atención a los pacientes crónicos.

Es interesante señalar que, desde 2010 existen algunos ejemplos en los que los departamentos de salud han tratado de contratar servicios integrados, servicios que solían prestar por separado proveedores de atención primaria u hospitales con una coordinación deficiente entre diferentes niveles. Es destacable el caso del País Vasco en el que, desde 2011, se han desarrollado organizaciones sanitarias integradas y los convenios financieros afectan ahora a todo el ciclo asistencial; o el de Cataluña donde, desde 2014, es posible contratar a un proveedor para que preste todos los servicios a una población definida (atención hospitalaria, atención primaria, salud mental, cuidados de larga duración). En ambos casos, el mecanismo de contraprestación se atiene a un modelo de pago basado en la población.

En estos casos, el pago tiene en cuenta el tamaño de la población, algunas características específicas de la misma (carga de enfermedad, privación socioeconómica) y la tasa actuarial para el conjunto de la población.

### Atención especializada: pago a hospitales

Con algunas excepciones (véase a continuación), los hospitales públicos suelen financiarse con cargo a presupuestos globales, establecidos respecto a las partidas de gasto convenidas referidas anteriormente. La parte principal del presupuesto se fija mediante una fórmula que recoge el número de altas, la ponderación de la combinación de casos (generalmente grupos relacionados de diagnóstico de todos los pacientes basado en episodios (GRD-TP)) y una tarifa relacionada con la estructura. Algunos procedimientos están excluidos de esta fórmula de financiación y se abonan con arreglo a un mecanismo de pago por servicio. Aunque, desde una perspectiva presupuestaria, se aplicaron acuerdos contractuales para pasar de una presupuestación global retrospectiva a un mecanismo de pagos prospectivo, el método no actúa adecuadamente de este modo, ya que el organismo de financiación suele acabar asumiendo desviaciones presupuestarias mediante “subvenciones de funcionamiento” y los riesgos no se transfieren verdaderamente a los proveedores públicos. Por otra parte, el grado de sofisticación del propio diseño del contrato y la medida en que el presupuesto depende del rendimiento es desigual en las distintas CC.AA. A continuación se describen dos casos particulares.

En Cataluña, el Servicio Regional de Salud adquiere servicios hospitalarios a la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP). Según se dispone en el Decreto regional 118/2014 sobre la contratación y prestación los de servicios sanitarios (DOGC, 2014), el mecanismo de pago básico toma el alta hospitalaria como unidad de pago aunque ponderada con arreglo a la complejidad de la casuística atendida y la estructura del hospital. A diferencia del régimen general, la casuística de un hospital se calcula utilizando la “intensidad relativa de recursos” (un cociente entre el peso relativo medio basado en los GRD-TP del hospital y el peso medio correspondiente al conjunto de la XHUP), un factor vinculado al logro de objetivos y un factor estructural que depende del tipo de hospital – desde los centros que complementan la actividad de los hospitales de agudos a los hospitales de gran complejidad. En resumen, la contraprestación económica a un hospital es

una función de la actividad relacionada con las altas medida como la suma de la casuística ponderada y los componentes estructurales ponderados. Por su parte, la actividad ambulatoria desarrollada en un hospital (por ejemplo, consultas ambulatorias con especialistas, actividad en los departamentos de urgencias, los cuidados en centros de día) se retribuye por separado con arreglo a tarifas públicas.

Otra singularidad en el SNS son las CPP que han venido actuando en cinco “áreas sanitarias” en la Comunidad Autónoma de Valencia. El ejemplo más conocido es el de la CPP de Alzira (véase la sección 2.4.2, *Regulación y fórmulas de gestión de la provisión*). En el marco del régimen de CPP, el departamento de salud establece un pago per cápita estándar que se supone debe cubrir todas las necesidades de la población en un “área sanitaria” determinada, incluidos los costes hospitalarios (véase la sección 3.3.4, *Adquisiciones y relaciones entre compradores y proveedores*). El acuerdo contractual (y el mecanismo de pago posterior) tiene por objeto evitar la selección de pacientes, así como la reducción del volumen o la calidad. La tasa de beneficio del concesionario se limita intencionadamente en el contrato y el nivel de calidad es objeto de seguimiento *ex ante* y *ex post*.

Por último, todos los servicios de salud regionales, además de la red pública de proveedores, utilizan hospitales privados para prestar determinados servicios, generalmente procedimientos quirúrgicos, pruebas diagnósticas específicas y cuidados paliativos y de larga duración (véase la sección 2.4.2, *Regulación y fórmulas de gestión de la provisión*). Los contratos con proveedores privados suelen establecerse en el contexto de los programas de reducción de las listas de espera o de alta temprana. El pago combinado es el mecanismo de pago habitual para la provisión de pruebas quirúrgicas o de diagnóstico, y el precio se basa en tarifas públicas actualizadas anualmente que difieren entre unas CC.AA. y otras. En el caso de los cuidados de larga duración o paliativos, el pago por estancia constituye el régimen de abono más común y el precio unitario depende del estado del paciente, de la complejidad terapéutica y de las características del hospital.

### Atención primaria

La atención primaria la prestan principalmente los centros sanitarios públicos. Como en el caso de los hospitales, los acuerdos contractuales se establecen con arreglo a un enfoque similar basado en las carteras de presta-

ciones. Normalmente, la estructura de dirección de la atención primaria del área sanitaria en cuestión firma un programa-contrato anual con el servicio regional de salud, basado en criterios de capitación (con algún ingrediente de la estructura demográfica y la dispersión de la población), incluyendo alguna especificación vinculada a las prioridades del departamento de salud de que se trate. Las especificaciones de este contrato se trasladan a los contratos con cada equipo de atención primaria (es decir, el grupo de médicos y enfermeros especializados a cargo de la atención primaria en cada zona sanitaria básica). Se trata de un proceso negociado en el que se establecen los objetivos y los estándares de la asistencia; por ejemplo, ha representado el principal vehículo para la aplicación de programas que promueven un consumo racional de los medicamentos, y para el fomento de la prescripción de fármacos genéricos. Existen ciertas excepciones menores a esta regla. En Cataluña o el País Vasco, por ejemplo, la retribución básica a los centros de atención sanitaria primaria se optimiza utilizando la carga de morbilidad de la población establecida mediante el uso de herramientas de estratificación demográfica; o, en las CPP valencianas, en las que la prestación sanitaria se externaliza como parte de la concesión, la financiación de la atención primaria forma parte del sistema de pago de capitación descrito anteriormente.

### Prestación farmacéutica

Las recetas de medicamentos para pacientes ambulatorios y la prestación farmacéutica brindada en hospitales se atienen a mecanismos de pago completamente diferentes. Mientras que en las primeras se combina el reembolso con cargo al presupuesto público a las farmacias minoristas y el reparto de costes con los pacientes, en la segunda, los medicamentos se financian como parte del sistema de pago hospitalario.

Con respecto a los medicamentos recetados en régimen ambulatorio (es decir, los medicamentos recetados en un centro de atención primaria o por un especialista ambulatorio), el SNS reembolsa a las farmacias minoristas los fármacos incluidos en la cartera de prestaciones. Las tasas máximas de reembolso (es decir, los precios de referencia) se establecen como la media del precio de los tres productos más baratos. Dado que existe reparto de costes, los minoristas cobran directamente los cargos de usuario a los pacientes en el momento de la compra, y al servicio sanitario regional se le

factura mensualmente el resto del coste. Según el RD 823/2008, el margen del minorista se fija en el 27,9% del precio de venta al público (siempre que los precios de venta de laboratorio no superen los 91,63 euros). Además, se aplican deducciones progresivas basadas en el monto total de las ventas a la factura mensual de las farmacias mediante contribuciones al SNS. La escala de descuentos oscila entre el 7,8% (ventas totales entre 37.501 y 45.000 euros) y el 20,0% (ventas superiores a 600.000 euros), con arreglo al RD 823/2008.

Por lo que se refiere al gasto público en medicamentos facilitados en un hospital, el pago forma parte de la mencionada contraprestación económica a los hospitales. Sin embargo, el costo real es específico de cada hospital en la mayoría de los casos, porque los hospitales compran medicamentos directamente a los fabricantes. Cabe señalar que algunos hospitales en al menos tres CC.AA. (Andalucía, Cataluña y Valencia) han establecido acuerdos de riesgo compartido con empresas farmacéuticas para garantizar el acceso de los pacientes a innovaciones terapéuticas sin asumir todo el riesgo financiero asociado a la incertidumbre respecto a la eficacia.<sup>10</sup>

Las restricciones fiscales sufridas por las autoridades de las CC.AA. como consecuencia de la crisis económica han dado lugar a demoras considerables en el reembolso a las farmacias minoristas en algunas CC.AA. Por este motivo, se permitió a las CC.AA. que utilizaran el mencionado Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) y el Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores, ambos con el fin de aliviar las tensiones de flujo de tesorería presupuestarias en los departamentos de salud y, posteriormente, en las farmacias minoristas. Cabe señalar que Andalucía, en el contexto de estas restricciones presupuestarias, y aprovechando su papel de monopsonio, implantó un procedimiento de selección de medicamentos recetados en régimen ambulatorio basado en licitaciones públicas destinadas a reducir el precio medio de los fármacos financiados por el departamento de salud (DL 3/2011).<sup>11</sup> Aunque se han realizado siete licitaciones públicas hasta la fecha, en el Tribunal Constitucional español se percibe este procedimiento actualmente como una posible invasión de la jurisdicción exclusiva de la

10 Cabe destacar asimismo que los hospitales son responsables de una proporción creciente de la distribución minorista de medicamentos (superior al 33%), ya que los fármacos de coste elevado para enfermedades crónicas, que antes se dispensaban en las farmacias minoristas, ahora los dispensan los hospitales.

11 Decreto ley 3/2011, de 13 de diciembre, de Medidas Urgentes sobre Prestación Farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que modifica la Ley 22/2007, de 18 de diciembre de Farmacia de Andalucía.

Administración central en la fijación de precios de los medicamentos. Se ha sometido a debate si, con el fin de acceder al mencionado Fondo de Liquidez Autonómica (FLA), las CC.AA. deben seguir normas específicas establecidas por el Ministerio de Hacienda, incluido un compromiso relacionado con el gasto en medicamentos (El Diario, 2017).

### Servicios de salud pública

La promoción de la salud orientada al ciudadano y los servicios de medicina preventiva se integran en su mayoría en la cartera de prestaciones de la atención primaria, como el asesoramiento médico, el control del consumo de tabaco y del alcohol, control de la hipertensión o la diabetes, o la prevención secundaria, si procede. Tales servicios se financian con arreglo a los mecanismos de pago de la atención primaria. Por su parte, los servicios orientados a la población, como las campañas de vacunación o los programas de cribado de base demográfica (cáncer de mama, colorrectal o cervical), se financian mediante presupuestos asignados. Como consecuencia de estos programas, por ejemplo, determinados tratamientos quirúrgicos o médicos se vuelven a financiar como parte de los mecanismos de pago correspondientes, dependiendo de si el seguimiento se lleva a cabo en el ámbito de la atención primaria, especializada u hospitalaria.

Por último, los departamentos de salud de las CC.AA. conceden subvenciones a ayuntamientos y organizaciones sin ánimo de lucro (fundaciones, asociaciones o instituciones benéficas) para complementar los programas de salud pública en materia de consumo de drogas, educación sanitaria en los centros escolares, prevención secundaria en el ámbito de la salud mental, riesgos laborales, promoción de la salud dirigida a las minorías de la población, etc.

TABLA 3.6 Mecanismos de pago a proveedores (en los sistemas estatutarios)

PROVEEDORES	PAGADORES	DEPARTAMENTO DE SALUD DE CC.AA / SERVICIO REGIONAL DE SALUD	MUTUALIDADES (PARA EMPRESAS PRIVADAS QUE PRESTAN SERVICIO A SUS BENEFICIARIOS)	PACIENTES (PAGOS DIRECTOS SUFRAGADOS POR LOS USUARIOS)
	ADMINISTRACIÓN CENTRAL (INGESA)			
<b>TRABAJADORES SANITARIOS</b>				
Atención a agudos en régimen de ingreso hospitalario	PG / PE	PG / PE	C / PPO	—
Atención hospitalaria en régimen ambulatorio	PG	PG		—
Visitas ambulatorias a hospitales	PG	PG		—
Atención a casos no agudos en régimen de ingreso hospitalario	PG	PG		—
Atención primaria	PG / C / PPO	PG / C / PPO		—
Medicamentos	Reembolso (respecto a los precios de margen minorista)	Reembolso (respecto a los precios de margen minorista)	Reembolso (respecto a los precios de margen minorista)	Copago
Servicios de salud pública (orientados a la población)	PG	PG	—	—
Atención de agudos en hospitales privados (suplementaria)	PC	PC	—	—
Atención a casos no agudos en hospitales privados (suplementaria)	PE	PE	—	—
<b>TRABAJADORES SANITARIOS</b>				
PG	S / C / PPO	S / C / PPO	Las mutualidades no pagan directamente a los trabajadores sanitarios, sino las entidades encargadas de la prestación.	—
Médicos en hospitales	S / PPO / PPS	S / PPO / PPS		—

Especialistas ambulatorios	S / PPO	S / PPO		–
Personal de enfermería en hospitales	S	S		–
Personal de enfermería en atención primaria	S	S		–
Otros proveedores (dentistas, fisioterapeutas, etc.)	S / PPS en programas de prevención dental externalizados	S / PPS en programas de prevención dental externalizados		

Fuente: elaboración propia.

*Nota:* PG: presupuesto global; PE: pago por episodio; S: salario; C: capitación; PD: per diem; PPO: pago por objetivos (por ejemplo, calidad, aceptación de programas); PC: Pago combinado; PPS: pago por servicio. No se incluyen experiencias locales.

### ■ 3.7.2 Pago a los trabajadores sanitarios

Los precios y métodos de pago los determina el pagador, previo acuerdo con los sindicatos y, en ocasiones, tras un proceso de negociación bilateral.

Todos los profesionales sanitarios del SNS son trabajadores por cuenta ajena, en su gran mayoría funcionarios. En términos generales, la remuneración de los trabajadores del SNS se compone de las retribuciones «básicas» por prestación de servicio y los pagos «complementarios». Las primeras incluyen el salario efectivo y una cantidad vinculada a las primas de antigüedad (trienios). Los pagos por servicio se fijan con arreglo al número de guardias realizadas en un mes. A su vez, las retribuciones complementarias se establecen en función de las características del puesto, el rendimiento (presupuestos teóricos formulados con arreglo a determinados objetivos organizativos) y la carrera profesional (bonificaciones asociadas a características personales como, por ejemplo, la antigüedad o los logros científicos). Por último, en el caso de los médicos de familia, el salario comprende un componente de capitación (que equivale en torno al 10% o al 15% del salario total), en el que se tiene en cuenta el tamaño y la estructura demográfica de la población que se les asigna.

Además de este régimen general, el SNS también contrata puestos a tiempo parcial, normalmente para cubrir necesidades en materia de atención de urgencia, bajas por enfermedad de larga duración o la escasez transitoria de personal. Se ha observado que los puestos a tiempo parcial han

aumentado en los últimos años como modalidad contractual habitual, especialmente en el caso de los puestos de enfermería.

Por último, existen varios hospitales del SNS en los que el marco jurídico de aplicación para los trabajadores no es el marco de contratación de los funcionarios públicos, sino la legislación laboral del sector privado. El sueldo de los trabajadores en dichos hospitales incluye retribuciones complementarias vinculadas a la productividad.

En 2015, el gasto público total en costes de personal alcanzó los 28.908 millones de euros, un 44,1% del gasto público en sanidad. El importe total de las nóminas se ha reducido entre 2010 y 2014, pero ha vuelto a aumentar desde entonces (MSSSI, 2017h). Aunque los sueldos medios de los profesionales sanitarios no se refieren periódicamente, se dispone de algunas estimaciones al respecto de distintas fuentes. La Tabla 3.8 muestra el sueldo medio anual de los médicos de atención primaria y en centros hospitalarios, así como del personal de enfermería en hospitales entre 2011 y 2015. A otras categorías de profesionales sanitarios también se les retribuye mediante un sueldo. Así sucede en el caso de los fisioterapeutas, los trabajadores sociales y los profesionales de la salud pública (tanto especialistas en salud pública formados como médicos como otros profesionales de la salud pública), pero no se dispone de cifras actualizadas sobre sus ingresos. Como se observa en la Tabla 3.7, los salarios disminuyeron hasta 2014, con cierta mejora en 2015, especialmente en el caso de los salarios de los enfermeros.

**TABLA 3.7** Remuneración de los profesionales sanitarios en España (ingresos anuales en €), 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Médicos de atención primaria	59.367	54.482	54.632	55.619	56.496
Especialistas	66.433	62.704	64.425	64.339	64.832
Personal de enfermería en hospitales	35.256	33.097	34.071	34.888	36.359

Fuente: OCDE (2017 a).

Para dotar de contexto a estas cifras, en 2014 la renta bruta anual media de los trabajadores españoles con un nivel educativo similar era de 35.494 euros. Esto significa que los salarios de los médicos superan entre 1,6 y 1,8 veces al salario anual medio de los trabajadores con un alto nivel educativo

en España, mientras que los ingresos anuales de los enfermeros son ligeramente inferiores a la media (INE, 2017f), aunque superiores a la media de los países de la OCDE (OCDE, 2017f).

Sin embargo, existe una considerable variación entre CC.AA., tanto en equivalentes a tiempo completo como en tipo e importe de los complementos salariales. Aunque el Ministerio de Administraciones Públicas regula el salario base y las condiciones de trabajo de los funcionarios públicos de todo el SNS, los departamentos de salud de las CC.AA tienen capacidad para modificar algunos de los componentes salariales que conforman la remuneración total. Por ejemplo, dependiendo de la Comunidad Autónoma, los salarios de los médicos de hospital sin dedicación exclusiva al sector público<sup>12</sup> pueden diferir en un 60%; y esta brecha puede multiplicarse por 1,85 en el caso de los médicos de atención primaria. Otro ejemplo de estas diferencias entre CC.AA. atañe a los médicos con más experiencia: un médico de hospital con 30 años de experiencia y dedicación exclusiva puede ganar de 56.076 euros a 77.625 euros al año dependiendo de la Comunidad Autónoma; en el caso de los médicos de atención primaria, la brecha entre los mejor y los peor pagados alcanza el 44,4% de diferencia (CSM, 2014; Martín, 2015). Esta diversidad geográfica de los salarios no se explica por las diferencias de productividad, los estándares de calidad o el poder adquisitivo. Los datos relativos a los sueldos de otros profesionales sanitarios son limitados. Según un estudio realizado por un colegio regional de enfermería, las diferencias entre Comunidades Autónomas en las retribuciones complementarias de los enfermeros siguen pautas similares a las de los médicos (CECOVA, 2012).

---

12 Los médicos solicitan voluntariamente la dedicación exclusiva o no exclusiva al sector público, lo que conlleva ciertas diferencias en su remuneración básica.



## Recursos físicos y humanos

### ■ Resumen del capítulo

- Las camas hospitalarias han disminuido a lo largo de los años, pasando de 368 por 100.000 habitantes en 2000 a 298 por 100.000 habitantes en 2015, si bien la proporción de camas públicas se ha mantenido estable, con un 79,5% en 2015.
- Las inversiones de capital se redujeron desde 2010, del 3,1% del gasto total en sanidad pública, al 1,3% en 2014.
- A pesar de los recortes en la inversión, la provisión de equipamiento médico ha aumentado ligeramente desde 2010.
- En comparación con otros países europeos de la OCDE, el SNS español ocupa una posición destacada en cuanto al uso significativo de la sanidad electrónica (es decir, el empleo significativo de los historiales médicos electrónicos, el intercambio de información sobre salud, la telemedicina y la utilización de los historiales clínicos personales); en 2013 (último año disponible), España ocupó el segundo lugar en lo que se refiere a los centros de atención primaria y el séptimo en cuanto a las instalaciones hospitalarias.

- El personal sanitario se ha mantenido en un nivel más bien estable desde 2010, con una proporción de doctoras situado en el 55,7% en la atención primaria, y en el 49,5% en los centros hospitalarios.
- Las políticas de recorte presupuestario y de personal se han traducido en una creciente salida de médicos y enfermeros que buscan empleo en el extranjero, y en una reducción de los médicos que llegan a España procedentes de otros países, en particular de América Latina.
- La tasa de personal de enfermería se mantiene por debajo de la media de la UE, con una proporción entre enfermeros y médicos inferior a la ratio media de los países de la OCDE (1,4 frente a 2,5).
- La tasa de trabajadores dedicados de manera formal a los cuidados de larga duración (4,2 trabajadores por cada 100 personas de 65 o más años de edad) se sitúa por debajo de la media de la OCDE (6,1).

## ■ 4.1 Recursos físicos

### ■ 4.1.1 *Capital e inversiones*

#### Capital disponible

El número de hospitales en España se ha reducido en 15 años, de 19,2 en 2000, a 16,5 en 2015 por cada millón de habitantes. Esta cifra se sitúa muy por debajo de la media de la OCDE, con una tasa de 29,4 hospitales por cada millón de habitantes en 2015 (OCDE, 2016a). En lo que atañe al tamaño, el 72% de los hospitales disponen de menos de 200 camas, y solo 18 hospitales, todos ellos del sector público, cuentan con más de 1.000 camas. Por lo que se refiere a la titularidad, en torno al 45% de los 765 hospitales en España pertenecen al sector público (MSSSI, 2015d). En lo que respecta al sector privado, la mayoría de los hospitales privados en España son con ánimo de lucro, y existe una clara tendencia hacia la concentración sectorial en redes de hospitales.

En cuanto a los recursos de atención primaria, existen dos tipos diferentes de instalaciones: a) los centros de atención primaria (CAP), en

los que los equipos de atención primaria (médicos de familia, personal de enfermería y personal auxiliar) prestan amplios servicios de este tipo de asistencia; y b) los centros de salud locales (CSL), adscritos a los anteriores en áreas aisladas, donde los profesionales prestan asistencia básica. Según el Sistema de Información de Atención Primaria, España contaba en 2016 con 3.048 CAP y 10.111 CSL, propiedad en un 96% y un 98% respectivamente del sector público. El número de CAP y CSL se ha mantenido estable a lo largo de los años (MSSSI, 2016g).

### Regulación de la inversión de capital y de la financiación de la inversión

Las inversiones de capital en España han experimentado un descenso significativo entre 2010 y 2014. En 2010, tales inversiones representaron el 3,1% del gasto total en sanidad pública, mientras que en 2014 apenas alcanzaron el 1,3%. En términos reales, el gasto de capital se desplomó al pasar de 2.205 millones de euros en 2010, a 862 millones de euros en 2014 (MSSSI, 2015e). En las distintas regiones, la reducción ha sido enormemente desigual, desde el 93,6% de recorte en Extremadura, al 14,5% en Castilla y León (Bandrés y González, 2015).

El sector público español ha recurrido habitualmente a las IFP para hacer frente a las restricciones a la inversión pública. La brusca reducción de las inversiones de capital tras la crisis económica ha dado lugar a un uso más frecuente de este tipo de iniciativas. En la última década, se han aplicado IFP en la Comunidad de Madrid (siete hospitales), así como en las regiones de Castilla y León, Baleares, Galicia y Cantabria. Otras CC.AA. (como Asturias y Murcia) han utilizado empresas públicas cuyo marco jurídico refuerza la capacidad del sector público en la subcontratación y permite la obtención de rendimientos de la explotación comercial de servicios no clínicos.

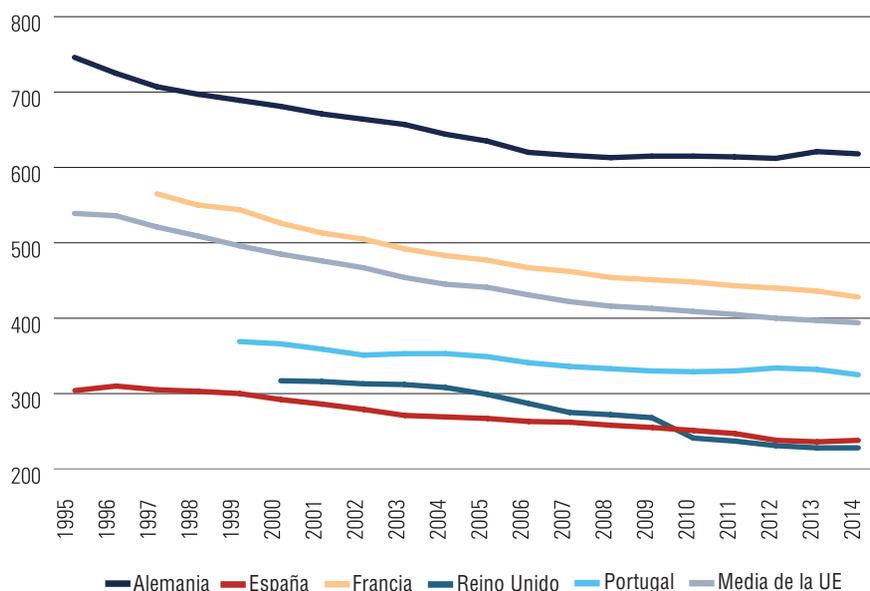
#### ■ 4.1.2 *Infraestructura*

Las camas de hospital se han reducido a lo largo de los años, de 315 por 100.000 habitantes en 2010, a 298 por 100.000 habitantes en 2015 (MSSSI, 2017b); no obstante, la proporción de camas públicas se ha mantenido estable en un 79,5% en el caso de los hospitales del SNS en 2015 (92.264

camas en hospitales del SNS) (MSSSI, 2016h). La evolución de las camas hospitalarias en España es coherente con tendencias similares en otros países europeos (Fig. 4.1); España, que partió de cifras inferiores, muestra una disminución relativa similar a lo largo de los años.

A diferencia de este descenso general observado en las camas médicas, quirúrgicas y psiquiátricas (actualmente, el 90% de los recursos existentes) (MSSSI, 2016h), el número de camas de atención geriátrica y en residencias para personas de edad avanzada ha aumentado notablemente, pasando de 150 en 2005 a 763 camas por 100.000 habitantes en 2015 (Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017). De hecho, desde 2005 el crecimiento anual del gasto público en atención de larga duración ha alcanzado el 3,9%, con un crecimiento anual del 3,5% en servicios de atención institucionalizada y del 5,4% en cuidados de larga duración a domicilio (OCDE, 2015b).

**FIG. 4.1** Número de camas en hospitales de agudos por 100.000 habitantes en España y en determinados países, 1995-2014



Fuente: Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017.

### ■ 4.1.3 Equipamiento médico

#### Infraestructura de equipamiento

La gran mayoría de los recursos y unidades de alta tecnología del SNS se disponen en centros en régimen de ingreso. Las restantes unidades de alta tecnología se instalan en centros ambulatorios especializados gestionados por el hospital al que están jerárquicamente vinculados. Según un informe de 2017, el equipamiento en España es muy antiguo y no cumple el criterio óptimo de antigüedad (COCIR, 2017).

#### CUADRO 4.1 Evaluación de la distribución geográfica de los recursos sanitarios

Según los datos más recientes facilitados por el MSSSI, la distribución de camas hospitalarias (de cualquier tipo) por cada 1.000 habitantes en las CC.AA es algo desigual; en el caso de los CAP y los CSL por 1.000 habitantes, la distribución en las distintas CC.AA es aún más desigual. Considerando la distribución de recursos en las 205 áreas sanitarias que componen el SNS, se observan desigualdades más acusadas: a) la razón de variación en cuanto al número de camas públicas por cada 1.000 habitantes fue de 1,42 en el conjunto de las áreas sanitarias; b) en cuanto a las camas en las instituciones de asistencia social, la razón de variación fue de 4; y c) la razón de variación de la distribución de CAP fue de 3,3 (Angulo-Pueyo y cols., 2017).

No parece probable que esta distribución desigual de recursos haya repercutido en la salud de la población: las diferencias en la asignación de recursos no deben percibirse como un déficit en la planificación o como una fuente potencial de desigualdades en el acceso, sino como un reflejo del modo en que se han planificado los recursos para abordar la distribución marcadamente desigual de la población en todo el territorio: la densidad de población en las CC.AA varía entre 25 y 795 habitantes por km<sup>2</sup>.

A pesar de los recortes de la inversión posteriores a la crisis, el equipamiento médico ha aumentado ligeramente desde 2010: los escáneres de tomografía por emisión de positrones pasaron de 1,3 a 1,6 máquinas por cada millón de habitantes; las cámaras de rayos gamma, de 6,01 a 6,4 dispositivos por cada millón de habitantes; las unidades de angiografía por sustracción digital, de 5,1 a 5,8 por cada millón de habitantes; los equipos de mamografía, de 14,6 a 16,2 por cada millón de habitantes; los escáneres de tomografía computarizada, de 15,9 a 18 equipos por cada millón de habitantes; los dispositivos de imagen por resonancia magnética (IRM), de

14,9 a 15,9 por cada millón de habitantes; y las unidades de radioterapia, de 0,19 a 0,22 por cada millón de habitantes (OCDE, 2016c).

**TABLA 4.1** Exámenes por imágenes por resonancia magnética y tomografía computarizada por cada 1.000 habitantes en el último año disponible, 2014

	ESPAÑA (POR CADA 1.000 HABITANTES)	UE (POR CADA 1.000 HABITANTES)
Exámenes por IRM	76,8	67,5
Escáneres por TC	101,3	118,1

Fuente: OCDE (2016b).

Nota: TC: tomografía computarizada; IRM: imágenes por resonancia magnética.

En comparación con otros países de la OCDE (de 28 países), el SNS ocupa una posición media en el caso de los equipos de mamografía, el puesto número 21 en el de los equipos de radioterapia, supera ligeramente la tasa media para los escáneres de TC, y se sitúa en el puesto noveno en cuanto a las unidades de IRM (OCDE, 2017b). En lo que atañe a los exámenes por imágenes de alta tecnología (una medida de la intensidad de utilización de tales infraestructuras), el SNS efectúa 101,3 TAC por cada 1.000 personas (16% menos que la media de la UE) y 76,8 exámenes por IRM por cada 1.000 habitantes (14% más que la media de la UE) (OCDE, 2016b) (Tabla 4.1). Las tasas más altas (o más bajas) de equipamiento o exámenes en función de la población no implican necesariamente una mejor (o peor) atención.

#### ■ 4.1.4 Tecnología de la información y sanidad electrónica

La estrategia de sanidad electrónica del SNS se puso en marcha a principios de la década de 2000. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, propició el desarrollo y la ejecución de tres proyectos de sanidad electrónica: a) el proyecto denominado de la “tarjeta sanitaria individual” (sobre cuya base se ha desarrollado la siguiente iniciativa); b) el proyecto de “historias clínicas digitales” (HCD) (MSSSI, 2017j); y c) el proyecto de “receta electrónica interoperable” (REI). El desarrollo y la ejecución de estos proyectos ha exigido una coordinación continua entre el Ministerio de Sanidad y las CC.AA.

El proyecto de la “tarjeta sanitaria individual”, plenamente implantado en 2010, conllevaba la provisión de un identificador electrónico único a cualquier asegurado que permite el intercambio y la gestión seguros de datos personales. Sobre la base del proyecto de tarjeta sanitaria, con el proyecto de las HCD se procuró el intercambio de información clínica relevante entre las 17 CC.AA. con vistas a garantizar el acceso a los pacientes y a los médicos con independencia de la Comunidad Autónoma de residencia o tratamiento. A partir de 2006, la primera fase piloto se ejecutó en 2009 y, actualmente, el proyecto abarca a 36,2 millones de personas (el 78,3% de la población española), y 15 CC.AA. actualizan periódicamente la información de la HCD abreviada del paciente con la posibilidad de ser consultada previa petición. La HCD abreviado comprende un subconjunto de datos para cada paciente relativos a los contactos en el ámbito de la atención primaria, atención hospitalaria y asistencia especializada ambulatoria, así como a los contactos de enfermería, los casos de urgencia, y las pruebas de laboratorio y de diagnóstico mediante imagen (MSSSI, 2017j). Por último, con el proyecto de la “receta electrónica interoperable” se ha pretendido que los médicos puedan utilizar la receta electrónica con vistas a permitir que cualquier farmacia minorista del SNS dispense fármacos a los pacientes independientemente del lugar en el que se hayan prescrito (MSSSI, 2017k). Sobre la base del amplio desarrollo de la receta electrónica en las CC.AA. (actualmente el 100% de los CAP y el 100% de las farmacias minoristas pueden prescribir y dispensar fármacos siguiendo mecanismos electrónicos),<sup>1</sup> el proyecto se ejecuta actualmente con nueve CC.AA. plenamente certificadas (y enteramente operativas), y ocho CC.AA. que culminan la fase piloto (comprobación de la interoperabilidad).

En comparación con otros países europeos de la OCDE, el SNS español ocupa una posición destacada en el uso significativo de la sanidad electrónica. Utilizando como referencia el indicador compuesto de la OCDE (es decir, uso significativo de historias clínicas digitales, intercambio de información sanitaria, telesalud e historias clínicas personales), España ocupó el segundo lugar, después de Dinamarca, en cuanto a la adopción de la sanidad electrónica entre los médicos de atención primaria, y el séptimo puesto en la adopción de la sanidad electrónica en hospitales en 2013 (último año disponible) (OCDE/UE, 2016).

---

1 En el caso de los CSL, el porcentaje, distribuido de manera desigual entre las CC.AA., es del 66%; en el de los medicamentos recetados en centros hospitalarios, la cobertura es del 76%.

A pesar de los esfuerzos extraordinarios y efectivos dedicados a la implantación de la sanidad electrónica en España, el uso secundario de las HCD para el seguimiento de la calidad de la asistencia sanitaria se considera incierto en el futuro, dada la complejidad intrínseca de hacer interoperable el desarrollo desigual de las 17 CC.AA. (OCDE, 2015c). No obstante, en algunas CC.AA. se sopesan diversas iniciativas de interés. Por ejemplo, Cataluña (PADRIS) y Aragón (BIGAN) procuran el uso rutinario de los datos de la vida real en la toma de decisiones médicas y sobre políticas, a escala regional.

## ■ 4.2 Recursos humanos

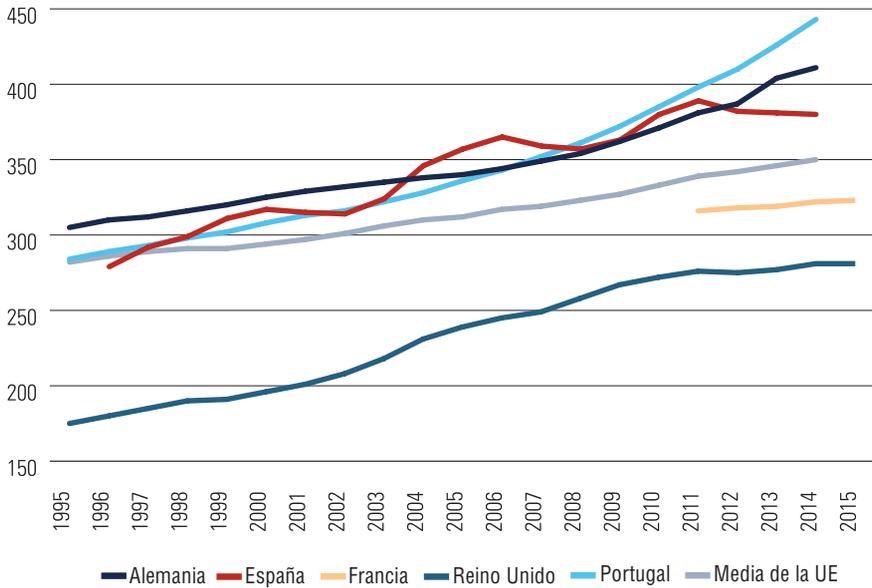
### ■ 4.2.1 *Tendencias del personal del sector sanitario*

Según las últimas cifras disponibles, el número de trabajadores dedicados a la atención sanitaria primaria se ha mantenido estable desde 2010. En cuanto a los médicos y el personal de enfermería de atención primaria, en 2014 las cifras superaron ligeramente a las de 2010: de 75 a 76 médicos por cada 100.000 asegurados asignados y de 62 a 65 enfermeros por cada 100.000 asegurados asignados. La misma observación es aplicable a otros médicos especialistas que trabajan en hospitales y centros especializados ambulatorios: los médicos especialistas han pasado de 176 por 100.000 habitantes en 2010, a 189 por 100.000 habitantes en 2014. A su vez, el personal de enfermería que trabaja en hospitales y centros ambulatorios especializados se ha mantenido estable en 320 enfermeros por cada 100.000 habitantes (MSSSI, 2017b).

Cabe destacar que el número de mujeres que acceden a puestos de trabajo como médicos ha aumentado claramente desde 2010: en 2015, la proporción de mujeres alcanzó el 55,7% (5% más) en atención primaria, y el 49,5% en centros hospitalarios (6,2% más). El porcentaje de mujeres en el caso del personal de enfermería se ha mantenido estable en el mismo período, con un 80% en atención primaria y un 90% en la asistencia especializada (MSSSI, 2017b).

En comparación con otros países, el número de médicos en España sigue la misma tendencia al alza que en otros países de la UE, pero muy por encima de la media de la UE (Fig. 4.2).

**FIG. 4.2** Número de médicos por 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1995-2015

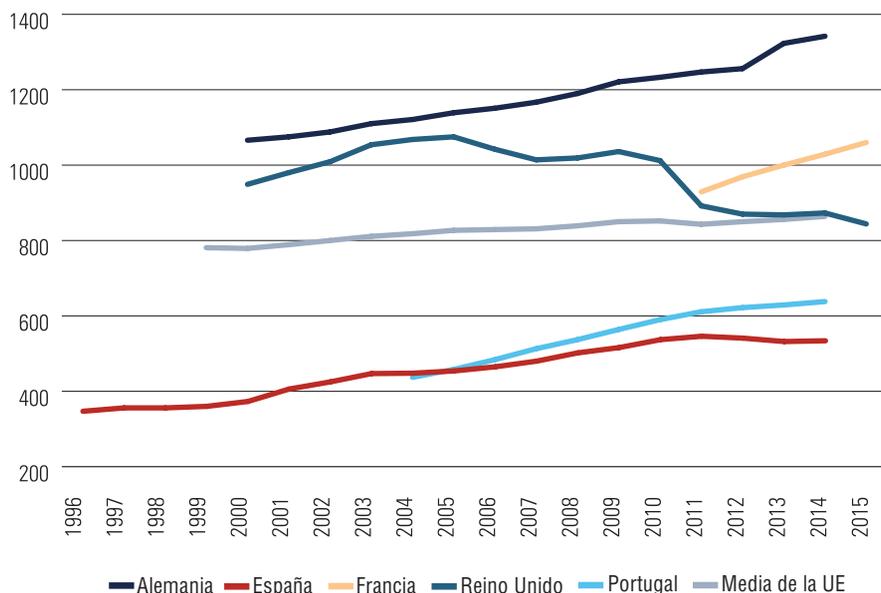


Fuente: Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017.

Sin embargo, en el caso del personal de enfermería, la tasa se mantiene muy por debajo de la media de la UE (Fig. 4.3). Según los datos de la OCDE, la ratio enfermeros/médicos en 2014 era uno de los más bajos de los países de la OCDE (1,4) (OCDE/UE, 2016). No obstante, cabe destacar que los datos de la OCDE no incluyen a los asistentes de enfermería, que en España llevan a cabo tareas similares a las atribuidas a los profesionales de enfermería colegiados en otros países.

En cuanto a la atención dental, el SNS ha convergido con la tasa de dentistas por 100.000 habitantes de la UE en los últimos 25 años (Fig. 4.4), superando la tasa media de la Unión en 2013 con 70 dentistas por 100.000 personas.

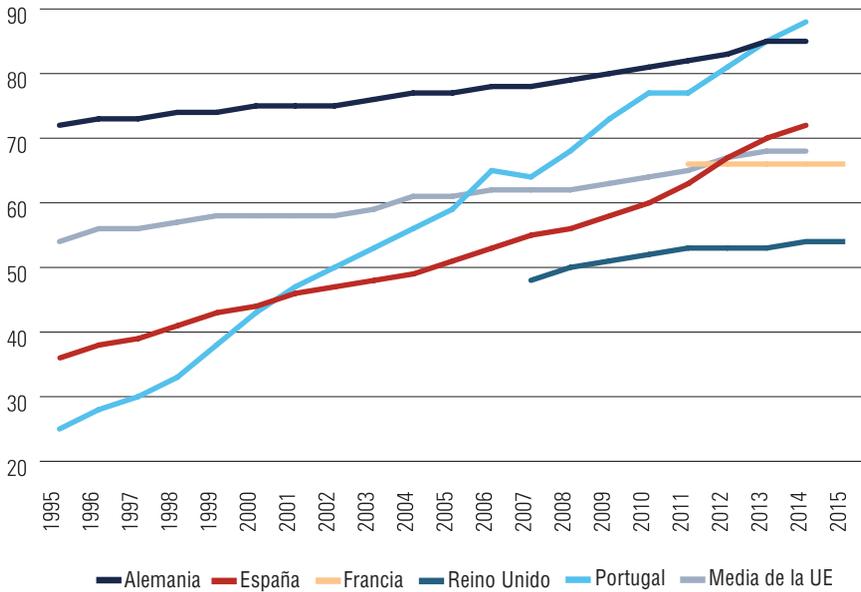
**FIG. 4.3** Número de enfermeros por cada 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1996-2015



Fuente: Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017.

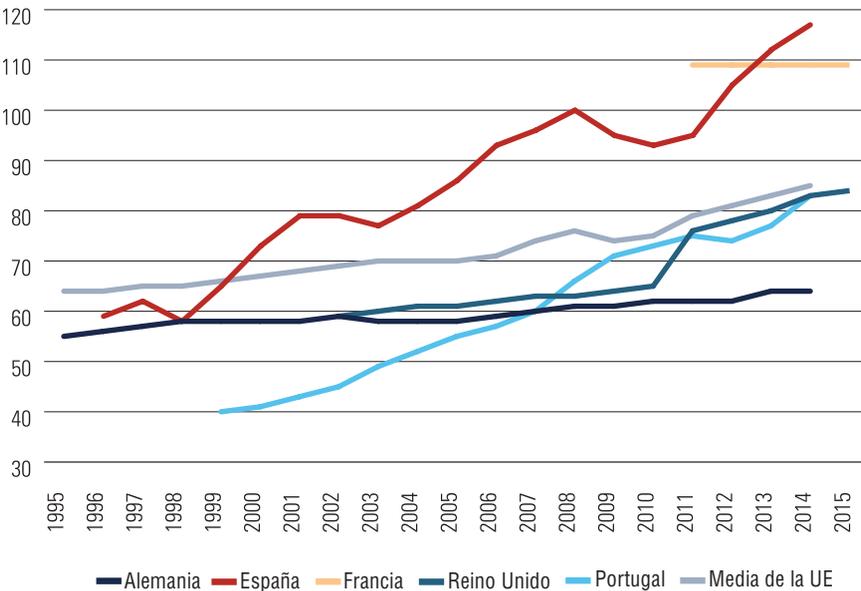
A pesar de ser una de las más elevadas de la UE, la tasa de fármacos en España ha aumentado sustancialmente desde 2010 (20%), alcanzando los 112 fármacos por cada 100.000 habitantes en 2013, muy por encima de la media de la UE (82,8 fármacos por 100.000 habitantes) (Fig. 4.5).

**FIG. 4.4** Número de dentistas por cada 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1995-2015



Fuente: Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017.

**FIG. 4.5** Número de farmacéuticos por cada 100.000 habitantes en España y países seleccionados, 1995-2015



Fuente: Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017.

**CUADRO 4.2** Evaluación de la distribución geográfica de los trabajadores sanitarios

La gran mayoría de los recursos humanos en la atención primaria, así como el 92% de los médicos y el 90% de los profesionales de la enfermería la asistencia especializada trabajan para el SNS. La distribución de médicos y personal de enfermería en 2015 mostró una variación más bien escasa entre CC.AA.; menor en el caso de los trabajadores de atención primaria (de 63 a 110 médicos, y de 50 a 88 enfermeros por cada 100.000 asegurados asignados) que en el caso de los profesionales sanitarios especializados (de 125 a 233 médicos, y de 231 a 437 enfermeros por cada 100.000 habitantes) (MSSSI, 2017b).

En el caso de los farmacéuticos, aunque existen trabajadores por cuenta ajena que desarrollan su labor en hospitales públicos, la gran mayoría trabaja como proveedores privados que poseen su propia farmacia minorista. Estos farmacéuticos, además de su actividad privada, asumen un compromiso con el sector público en cuanto a la dispensación de medicamentos y la aplicación de las medidas de racionalización diseñadas por dicho sector (incluida la receta electrónica, las políticas sobre medicamentos genéricos, las políticas de precios de referencia). La variación entre CC.AA. en la tasa de farmacéuticos es mayor que en el caso de los médicos y el personal de enfermería, y dicha tasa oscila entre 91,1 y 225,9 por cada 100.000 habitantes (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2015).

Por último, en el caso de los dentistas, aunque algunos trabajan como personal por cuenta ajena en centros de atención primaria, la gran mayoría son proveedores privados que ejercen generalmente en consultas individuales o de pequeño tamaño; y cada vez más, como trabajadores asalariados en empresas concesionarias de franquicias. A los dentistas, además de la práctica privada, en algunas CC.AA. los subcontrata el sector público para ampliar los programas de prevención para niños. Las tasas de dentistas en las distintas CC.AA. mostraron la variación más alta, desde 41,9 hasta 120,1 por cada 100.000 habitantes, en comparación con farmacéuticos, enfermeros y médicos (Organización Colegial de Dentistas, 2016).

Las diferencias observadas son coherentes con los diferentes niveles de regulación; los médicos y el personal de enfermería se distribuyen de acuerdo con las políticas de planificación y redistribución de las autoridades sanitarias (la variación más pequeña entre CC.AA.), los farmacéuticos son objeto de una combinación de normas públicas y empresariales, y de la actuación de las autoridades sanitarias y los colegios de farmacéuticos (una variación leve entre CC.AA.), y la distribución de los dentistas depende básicamente de las fuerzas del mercado, mostrando la mayor variación en la distribución de trabajadores entre CC.AA.

Por último, la tasa de trabajadores dedicados de manera formal a los cuidados de larga duración, de 4,2 por cada 100 personas de 65 o más años de edad en 2013, se sitúa por debajo de la media de la OCDE (6,1 por cada 100 personas de 65 o más años) y muy por debajo de la de Suecia (12,3 por cada 100 personas de 65 o más años), el país de la OCDE con la tasa más alta (OCDE, 2015b).

#### ■ 4.2.2 *Movilidad profesional de los trabajadores sanitarios*

Los datos más recientes sobre la movilidad de los trabajadores sanitarios reflejan la situación en 2011. En esa fecha, el 9,4% (de 207.042 médicos) había recibido formación en países extranjeros, en su mayoría en América Latina, Alemania e Italia. En lo que respecta al personal de enfermería, el 2,1% (de 250.277) se había formado en el extranjero, básicamente, en América Latina, Portugal y Rumanía (OCDE, 2017c).

Tras la crisis económica, las políticas de recorte presupuestario y de personal se tradujeron en una creciente salida de médicos y profesionales de la enfermería a la búsqueda de empleo en el exterior. El SNS como empleador único no pudo absorber el número de trabajadores sanitarios formados en el país, y la tasa de desempleo aumentó en el sector sanitario. Como evidencia indirecta de la Organización Médica Colegial, el número de médicos solicitantes de un “certificado de competencia”, requerido para trabajar en otros países de la UE, se ha elevado hasta 2016: 1.380 médicos en 2011; 2.405 en 2012, 3.279 en 2013; 3.300 en 2014; 2.917 en 2015 y 3.500 en 2016 (Organización Médica Colegial, 2017). Sin embargo, muchos médicos piden su certificado de competencia, pero luego no emigran, por lo que se desconoce la cifra exacta de médicos migrantes. Como países de destino, los médicos buscaron empleo en el Reino Unido, Francia, Alemania, Irlanda y Bélgica (Organización Médica Colegial, 2017). Se observó un comportamiento similar en el caso de los profesionales de la enfermería: entre 2010 y 2013, 4.580 solicitaron su «certificado de competencia» al Ministerio de Educación; en 2014, 8.000 trabajaban en el extranjero. En este caso, los principales lugares de destino fueron Reino Unido, Francia, Italia, Portugal y Bélgica (Galbany-Estragués y Nelson, 2016).

## Prestación de servicios

### ■ Resumen del capítulo

- Se ha observado que algunas de las reformas implantadas antes de 2010 y de las estrategias desarrolladas a finales de la década de 2000 se han consolidado en los últimos 5 años, aunque con el inexorable obstáculo de la crisis económica.
- Se han adoptado nuevos impuestos sobre el tabaco y el alcohol en 2013, y las pruebas de base demográfica para la detección del cáncer colorrectal amplían notablemente su cobertura, al tiempo que reducen lentamente las desigualdades regionales en su aplicación.
- La atención primaria sigue constituyendo un elemento esencial consolidado del SNS, si bien la creciente brecha financiera en comparación con la atención secundaria y algunas deficiencias estructurales en cuanto a la dotación de personal pueden poner en peligro su papel central a largo plazo.
- Existen motivos de preocupación importantes respecto a la atención secundaria, particularmente en lo que atañe a la asistencia hospitalaria, entre los que figuran unas altas tasas de procedimientos de escaso valor, grandes diferencias en la cirugía programada entre las distintas áreas de la atención sanitaria, y las diferencias sistemáticas en el acceso a ciertas intervenciones basadas en la evidencia.

- La gran variación de las prescripciones entre CC.AA., junto con su crecimiento desigual, plantean dudas respecto al impacto en la eficiencia global de la asignación del SNS. No obstante, desde 2010 se han emprendido iniciativas encaminadas a potenciar la prescripción basada en la evidencia, ya sea procurando las mejores opciones terapéuticas, o evitando indicaciones inadecuadas.
- En la última década se ha desarrollado el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), que actualmente asiste a casi 900.000 personas. La cobertura relativamente baja (el 29% de los que tienen derecho a recibir prestaciones aún no están cubiertos) y la preocupación por la sostenibilidad del sistema de financiación actual genera dudas sobre su desarrollo a largo plazo.

## ■ 5.1 Salud pública

Aunque se han producido nuevos avances en la regulación nacional de la salud pública (véase más adelante), no se han experimentado en España novedades relevantes en la prestación de servicios de salud pública desde 2010. Las competencias en materia de planificación y provisión locales de salud pública se transfirieron a las 17 CC.AA. entre 1979 y 1981. Aunque con cierto grado de variación, la sanidad pública en las CC.AA. cuenta con una estructura específica en la que una autoridad sanitaria, normalmente una dirección general, garantiza la ejecución de la normativa aprobada para apoyar las políticas de salud pública, sirviéndose a tal efecto de la plantilla de inspectores designados para esta tarea, y desempeña la función de planificación ejecutiva de los servicios de salud pública y la realización de las actividades de vigilancia y supervisión de la sanidad pública (estado de salud, factores determinantes de la salud y riesgos para la salud). La autoridad sanitaria actúa asimismo como eje regional de la red nacional para la vigilancia de epidemias y los centros de asistencia que ofrecen programas de cribado de base demográfica. Por último, la autoridad sanitaria asiste a los proveedores no sanitarios en el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud en los que intervienen centros docentes u organizaciones no gubernamentales. En coordinación con las autoridades sanitarias regionales, los ayuntamientos son agentes esenciales de la salud pública en materia de saneamiento y medio ambiente y, en ciudades de mayor tamaño,

en el control de la seguridad alimentaria, el sacrificio de animales y en los programas locales de promoción de la salud.

Cabe señalar que los principales agentes de salud pública en el SNS son médicos de atención primaria y el personal de enfermería. La mayor parte de las actividades de medicina preventiva y promoción de la salud (por ejemplo, programas de vacunación de niños y personas de edad avanzada, prevención primaria y secundaria de enfermedades no transmisibles, actividades de cribado oportunista, actividades de educación sanitaria) se integran como parte de su actividad ordinaria.

Además de las actividades de salud pública desarrolladas a escala regional, el Ministerio de Sanidad español (MSSSI), a través de la Dirección General de Salud Pública, es responsable de ciertas tareas de salud pública, como las actividades sanitarias internacionales (por ejemplo, control y vigilancia de los riesgos derivados del movimiento internacional de mercancías y pasajeros), la regulación de la seguridad alimentaria, el sistema de alertas por emergencias sanitarias y, en particular, la coordinación de las 17 Consejerías de Salud Pública regionales e INGESA. Como en muchos casos que atañen al SNS, las políticas de salud pública se coordinan en el contexto del Consejo Interterritorial y, en particular, en los grupos de trabajo que componen la Comisión de Salud Pública, entre los que figuran: a) la Ponencia de Sanidad Ambiental; b) la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica; c) la Ponencia de Salud Laboral; d) el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud; y e) la Ponencia de Programas de Vacunación.

En todo el país, los esfuerzos realizados en materia de salud pública desde 2010 se han centrado en el desarrollo de disposiciones normativas (véase la sección 6.1.6, *Reformas en materia de salud pública*), y la formulación de directrices encaminadas a abordar los factores determinantes de la salud. Cabe destacar acciones como las que siguen:

- el Ministerio de Sanidad presentó la Ley 42/2010 sobre el tabaquismo y la regulación del mercado de tabaco, por la que se ampliaron las disposiciones de la anterior Ley “antitabaco” de 2005 (la Ley 28/2005), y se reforzó la protección de los menores y los no fumadores y se instó a las instituciones sanitarias, y en particular a las de atención sanitaria primaria, a aplicar programas para dejar de fumar (véanse las secciones 1.4, *Estado de salud* y 6.1.6, *Reformas en materia de salud pública*);

- el grupo de trabajo sobre la estrategia NAOS (AECOSAN, 2017) (Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), consolidada mediante la Ley 17/2011, ha estado trabajando en la elaboración de indicadores para la evaluación de la estrategia NAOS (AECOSAN, 2011), el seguimiento de la obesidad infantil (AECOSAN, 2016), y el desarrollo de criterios de acreditación para aquellos centros escolares interesados en la implantación de actividades de promoción de la salud en el ámbito de la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad (AECOSAN 2015);
- en el contexto del desarrollo local de la estrategia de promoción y prevención de la salud aprobada en 2013 (MSSSI, 2014c), el Consejo Interterritorial del SNS aprobó en enero de 2015 la Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (MSSSI, 2015f) cuyos pilares principales son el liderazgo de los ayuntamientos y su acción intersectorial;
- el Ministerio de Sanidad aprobó asimismo un nuevo reglamento (RD 843/2011) para definir los requisitos y los criterios de calidad que atañen a los servicios de prevención en el contexto de la salud laboral;
- el Ministerio de Hacienda emprendió dos reformas de la fiscalidad que afecta al alcohol y a los productos de tabaco. Mediante la primera reforma en 2013, el nivel impositivo se elevó en un 10% en el caso del alcohol (con la excepción del vino y la cerveza) y un 3% en el de los paquetes de cigarrillos; con la segunda, implantada en 2017, el aumento impositivo fue de un 5% en las bebidas alcohólicas, del 2,5% en el caso de los paquetes de cigarrillos, y del 6,8% en el del tabaco de liar;
- finalmente, la Ley 33/2011 de Salud Pública estableció los principios y acciones encaminados a incluir la “salud en todas las políticas” en la acción institucional en materia de salud, y procuró la actualización y la optimización de los mecanismos de coordinación entre las 17 autoridades sanitarias e INGESA, esencialmente en lo que se refiere a la vigilancia y el control de epidemias, y la provisión de prestaciones comunes (por ejemplo, calendario de vacunación común, pruebas comunes de cribado neonatal o el cribado de cáncer colorrectal).

**CUADRO 5.1** Evaluación de la eficacia de las intervenciones de salud pública

Salvo en el caso de las políticas de abandono del tabaquismo, en España no se han realizado evaluaciones formales de impacto respecto a las intervenciones de salud pública.

El porcentaje de fumadores diarios en la población de más de 15 años de edad ha disminuido durante el período 2006-2014, tanto en hombres como en mujeres, sobre todo en el caso de los jóvenes (véase la Tabla 1.4). La nueva Ley frente al tabaquismo (Ley 42/2010), más restrictiva, junto con las nuevas políticas fiscales de 2013, se consideran los factores subyacentes de esta reducción (Pinilla, 2017). En cuanto a los resultados en la población, un informe reciente pone de relieve, a lo sumo, un efecto prometedor: aunque los datos sobre la reducción de la morbilidad cardiovascular no son concluyentes, han disminuido las readmisiones por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, así como los casos de bajo peso al nacer y prematuridad. En lo que se refiere al impacto económico, la puesta en marcha de la ley no ha repercutido negativamente en los ingresos de bares y restaurantes (Sociedad Española de Epidemiología, 2017).

El consumo de alcohol, que representa potencialmente un riesgo para la salud, ha caído ligeramente en la población de 16 y más años de edad, del 1,69% en 2011 al 1,59% en 2014 (MSSSI, 2017u). Más preocupante resulta la exposición de los adolescentes de 14 a 18 años de edad al consumo de alcohol (MSSSI, 2016i). En este grupo de edad, aunque las últimas cifras de 2014 han mejorado respecto al máximo de 2012, el consumo ha aumentado desde 2010; así, un 76,8% de los entrevistados habían consumido en los últimos 12 meses (75,3% en el caso de los varones y 78,2% en el de las mujeres), y el 68,2% declaró que había ingerido alcohol en los últimos 30 días (66,9% de varones, y 69,5% de mujeres). No se ha llevado a cabo ninguna evaluación para comprender si la reducción acaecida entre 2012 y 2014 es consecuencia del nuevo sistema impositivo, de las campañas de información o del aumento de la sensibilización social.

Los informes Aladino de 2011 y 2015 (AECOSAN, 2013, 2016) revelaron que el sobrepeso en menores había disminuido ligeramente en un 3% en ese período, al pasar del 26,2% al 23,2%, con un descenso más acusado en el caso de los varones. A su vez, la tasa de obesidad se había mantenido prácticamente estable, con un 18,1% de menores afectados, ni siquiera medio punto menos que en 2011, con un aumento poco significativo en el caso de las niñas. Se desconoce si esta ligera reducción del sobrepeso es consecuencia de los avances (como las actividades de promoción de la salud y la reformulación de productos manufacturados, específicamente en lo que respecta a la cantidad de sal, grasas saturadas y azúcares añadidos) de la Estrategia NAOS (Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad).

El nivel de vacunación de menores ha aumentado ligeramente desde 2011, con valores de cobertura en 2016 en lo que respecta a la primera dosis de hasta el 97,2% en poliomielitis, hepatitis B, difteria, tétanos y tosferina (DTT) y el 98% en meningitis de tipo C (la dosis de refuerzo alcanza cifras superiores al 95%). Con

respecto a la vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubeola, la cobertura de la primera dosis se ha mantenido en el 96,7% de los menores elegibles desde 2011, pero la dosis de refuerzo ha aumentado hasta el 94,7% de los niños. En el caso de la vacuna contra el virus del papiloma humano, la cobertura ha aumentado claramente, pasando del 65,5% de las adolescentes en 2011, al 94,7% en 2016. El alto nivel de cobertura puede asociarse al hecho de que la vacunación infantil se lleva a cabo fundamentalmente en centros de atención primaria, a los que se remite a la práctica totalidad de la población para recibir atención perinatal y pediátrica ambulatoria.

Es interesante que, aunque la vacunación contra la gripe para los pacientes de edad avanzada y elevado riesgo se ofrece como parte de las prestaciones proporcionadas en el ámbito de la atención primaria, y las campañas de comunicación han sido generalizadas y persistentes a lo largo de los años, la población cubierta se ha mantenido constante desde 2011, con apenas el 55,5% de las personas elegibles cubiertas en la campaña de 2016-2017 (MSSSI, 2017c). No existen estudios respecto a las razones subyacentes y sobre si esta cobertura más bien baja da lugar a muertes prematuras.

Los departamentos de salud de las CC.AA. se encargan de la coordinación ejecutiva de los programas de cribado de base demográfica. La puesta en marcha de los programas de cribado del cáncer de mama se remonta a finales del decenio de 1990, con altos valores de cobertura a mediados de la década de 2000. Desde 2010, la cobertura se ha mantenido estable, en 2012 alcanzó el 74,01%, y aumentó hasta el 75,2% en 2015. Por su parte, el programa de cribado del cáncer colorrectal, orientado al conjunto de la población, y regulado actualmente por la Orden SSI/2065/2014, estuvo precedido por un enfoque centrado en los pacientes de alto riesgo durante años. El programa se encuentra en una fase de expansión con un notable incremento de la cobertura que, en 2015, alcanzó el 19%, y se duplicó en 2016. Sin embargo, la variación entre CC.AA. es sustancial (Red de Programas de Cribado de Cáncer, 2017). No se han efectuado evaluaciones completas sobre el impacto real de las diferentes estrategias de cribado en lo que se refiere a su eficacia a escala poblacional (es decir, si el programa ejerce un efecto positivo independiente en la mortalidad y la supervivencia en la salud, o si los beneficios de los programas exceden a sus daños), y su impacto en la eficiencia distributiva del SNS.

## ■ 5.2 Trayectoria asistencial del paciente

A pesar de la existencia de 17 sistemas sanitarios más INGESA en el SNS, las trayectorias del paciente son bastante homogéneas en el conjunto del país. En particular, los médicos de familia actúan como puerta de entrada del SNS, puesto que son el primer punto de contacto con el sistema (véase la sección 5.3 *Atención primaria/ambulatoria*), a excepción de las urgencias

(véase la sección 5.5 *Atención de urgencia*). En el cuadro 5.2 se muestra una trayectoria asistencial habitual de los pacientes.

#### CUADRO 5.2 Trayectoria asistencial típica de los pacientes en España

En general, cuando aparecen los síntomas, las personas visitan al médico de atención primaria al que se encuentren adscritas. El episodio puede resolverse mediante la prescripción directa o la recomendación y las actividades de seguimiento en las mismas instalaciones, o requiere nuevos procedimientos diagnósticos. En este caso, al paciente se le facilita una cita para la prueba de que se trate (incluida una amplia gama de pruebas de laboratorio y radiografías) y otra cita para volver a la consulta del médico de familia donde se le harán llegar los resultados al cabo de unos días. El criterio clínico del médico de familia determinará si se requiere la derivación a la atención especializada. A los médicos de familia en España se les instruye y capacita para tratar una amplia gama de afecciones, por lo que los pacientes resolverán en su mayoría el problema que les aqueje a este nivel de asistencia.

Cuando sea necesario derivar al paciente, a este se le concertará una cita con el especialista correspondiente, que generalmente ejerce su actividad en un centro ambulatorio. Sobre la base del informe de derivación del médico de familia y de su evaluación clínica, los especialistas deciden si son necesarias pruebas adicionales o procedimientos con hospitalización, o prescriben el tratamiento que consideran apropiado, remitiendo al paciente de vuelta al médico de familia o concertando consultas de seguimiento. Cuando el especialista da el alta a un paciente, se envía un informe al médico de familia que le remitió el paciente.

Si el tratamiento por el que opta el médico precisa una estancia hospitalaria, el paciente ingresa en el servicio hospitalario correspondiente, aunque el momento del ingreso depende del tiempo de espera del procedimiento correspondiente (diagnóstico o quirúrgico). Los médicos están facultados para dar prioridad al paciente en función de su criterio clínico, a fin de acelerar el proceso. Una vez dado de alta del hospital, el paciente recibe una cita para su seguimiento ambulatorio, ya sea en los servicios ambulatorios especializados vinculados jerárquicamente al departamento hospitalario correspondiente, o en el ámbito de la atención primaria, donde los médicos y enfermeros de atención primaria se harán cargo de las prescripciones registradas en el informe clínico en el momento del alta. Si la patología del paciente se considera crónica en algún momento de las etapas descritas, o cuando recibe el alta de atención especializada, el médico de familia solicita la intervención de la enfermera de atención primaria para su apoyo y seguimiento continuo coordinado y, dependiendo de la situación social del paciente, la valoración de los servicios sociales. Si es necesario, se puede remitir a los pacientes a servicios de rehabilitación, ya sea por parte del especialista o por el médico de familia.

Aparte de esta trayectoria normal, los pacientes pueden acudir libremente a dos sistemas de urgencias: los centros de atención primaria (CAP) y las unidades de urgencias de los hospitales. El primero varía en función de la organización de la oferta y la demanda esperada: en las zonas rurales, donde la población está dispersa, existe un servicio de 24 horas, mientras que en las áreas urbanas densamente pobladas, los servicios de atención primaria de salud son complementarios de las unidades de urgencias hospitalarias, con un horario de 15:00 a 20:00. Por su parte, los departamentos de urgencias de los hospitales prestan servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además, si el estado del paciente no le permite acudir al centro médico, puede solicitar una consulta domiciliaria del servicio de atención primaria, o llamar al centro de coordinación de urgencias sanitarias para pedir un equipo móvil de urgencias. Se recomienda a los pacientes que utilicen los servicios de urgencias de atención primaria, y no las urgencias hospitalarias, cuando se trata de afecciones que no suponen un riesgo para la vida. Los tiempos de espera son más breves y normalmente el personal está equipado para tratar los problemas urgentes más habituales. Si finalmente resulta necesario, los pacientes remitidos a las urgencias hospitalarias por los servicios de atención primaria tienen prioridad en la oficina de admisión de urgencias.

### CUADRO 5.3 Integración de la asistencia

La reforma de la atención primaria del SNS, desarrollada desde mediados del decenio de 1980 y culminada a finales del de 1990, se orientó hacia la continuidad de la asistencia. El papel fundamental de “puerta de acceso” que se ejerce al utilizar especialistas altamente cualificados en medicina familiar y comunitaria para resolver la mayoría de los problemas de salud y dar continuidad a las prescripciones de la atención especializada, especialmente en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, ha posibilitado un tipo de integración natural (aunque insuficiente), bien arraigada en la cultura del SNS. Por otro lado, la inclusión de personal de enfermería especializado como parte del equipo de atención médica primaria ha facilitado el seguimiento de aquellos pacientes que requieren una vigilancia más estrecha. En tercer lugar, aunque los farmacéuticos son minoristas privados, también están comprometidos con las políticas del SNS, por ejemplo, en cuanto a la aplicación de las políticas del SNS en materia de dispensación electrónica, que facilitarán el seguimiento de la adhesión a los tratamientos. Por último, aunque se trata de una prestación poco desarrollada, existen trabajadores sociales en los CAP que, a petición de los médicos de familia, asumen casos en los que las condiciones sociales y económicas pueden poner en peligro la continuación de la asistencia.

Lejos de ser un sistema fragmentado, el SNS cuenta con una cultura profesional y organizativa consolidada, sensible al desarrollo de reformas encaminadas

a una mejor integración de la asistencia, en particular, en el caso de los pacientes crónicos, con múltiples afecciones y de mayor fragilidad. En este sentido, el Marco Estratégico de 2007 para la Mejora de la Atención Primaria en España y, más recientemente, la Estrategia nacional sobre enfermedades crónicas, de 2012, se establecieron como prioridades principales: prestar especial atención a las personas con múltiples patologías y frágiles; facilitar la transición adaptando la continuidad vertical y horizontal a las necesidades de las personas en todos los niveles asistenciales, incluida la atención domiciliaria y la asistencia social; el desarrollo de nuevas capacidades y funciones profesionales; y la importancia de utilizar la HCD para mejorar procesos y resultados (MSSSI, 2007, 2012g).

En consonancia con estas prioridades, algunas CC.AA. han desarrollado ya cambios estructurales y organizativos dirigidos a mejorar la asistencia integrada. Por ejemplo, el País Vasco ha desarrollado ciertas áreas administrativas, las denominadas organizaciones sanitarias integradas, para crear una organización común para hospitales y CAP (Osakidetza, 2009). En Andalucía, 14 áreas de gestión sanitaria (que no cubren todo el territorio) administran conjuntamente los servicios de atención primaria y hospitalaria (Servicio Andaluz de Salud, 2017). En Cataluña, las áreas de integración sanitaria pretenden prestar una atención integral al conjunto de la población en un territorio determinado (Gobierno de Cataluña, 2017).

### ■ 5.3 Atención primaria/ambulatoria

Aunque con algunas excepciones locales,<sup>1</sup> la atención primaria de salud la prestan esencialmente proveedores públicos,<sup>2</sup> médicos de familia y personal de enfermería especializados que componen los denominados equipos de atención primaria. Estos equipos constituyen la estructura asistencial básica del SNS. Dependiendo de los criterios de planificación, pueden complementarse con pediatras y enfermeros pediátricos especializados, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos y trabajadores sociales. Este modelo, diseñado en la Ley General de Sanidad de 1986, sigue siendo bastante homogéneo en todo el país. Sin embargo, la forma en que se gestionan estos servicios

1 Existen ciertas excepciones locales en el caso de Valencia, donde se utilizan algunas modalidades de CPP para que determinados agentes privados puedan proporcionar asistencia sanitaria (incluida la atención primaria) a una población definida, o ciertas “entidades de base asociativa” de médicos de atención primaria en Cataluña que prestan este tipo de asistencia con arreglo a un contrato con la autoridad sanitaria (véase la sección 2.1, *Organización*).

2 En España, excepto en la atención dental y los productos de óptica, el número de consultorios privados que proporcionan atención ambulatoria es poco significativo, y esta se limita a una cartera de prestaciones muy limitada.

de atención primaria ha variado a lo largo de los años. En la actualidad, coexisten tres modelos diferentes: a) la estructura gerencial clásica establecida en la década de 1990 en la que, en la misma área sanitaria, los servicios de atención primaria con una dependencia jerárquica respecto al servicio regional se gestionan independientemente de la atención especializada; b) la gestión integrada, una evolución hacia la integración real de los servicios a cualquier escala, con un único gestor a cargo de todo el proceso; y c) la externalización de los servicios de atención primaria mediante diversos mecanismos como los consorcios públicos, las CPP o las “sociedades limitadas” (usualmente el caso de las *Entidades de Base Asociativa* con sede en Cataluña).

Los profesionales de la atención primaria prestan una amplia gama de servicios, ya sea en los centros sanitarios o en el domicilio de los pacientes, cuando la situación de estos les impide acudir al centro médico. En ambos casos, existen tres modalidades posibles: consulta a demanda por iniciativa del paciente, consulta planificada con cualquiera de los profesionales y consultas urgentes. En 2016, los proveedores públicos de atención primaria recibieron 239,2 millones de visitas a médicos que prestan este tipo de asistencia y 132,4 millones de visitas al personal de enfermería de atención primaria. Se trata, como media, de 5,2 visitas por persona registrada en el caso de los médicos de familia, de 2,9 en el caso del personal de enfermería, y de cinco visitas por niño registrado en el caso de los pediatras (MSSSI, 2017b).

De manera bastante uniforme en el conjunto de las CC.AA., las consultas programadas se desarrollan de acuerdo con las prescripciones y recomendaciones contenidas en varios protocolos y directrices agrupados en tres programas generales: atención a la infancia, salud de las mujeres, y atención a adultos y personas de edad avanzada. La atención a la infancia comprende programas de vacunación, detección precoz de problemas de salud, prevención de caries y educación sanitaria. La salud de la mujer comprende la vacunación contra la rubeola, el seguimiento del embarazo y el postparto, el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, el asesoramiento sobre la menopausia y la detección oportunista del cáncer. En lo que respecta al cuidado de adultos y personas de edad avanzada, el programa incluye la atención a personas con afecciones crónicas, haciendo especial hincapié en la diabetes, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la vacunación de pacientes de alto riesgo (gripe, hepatitis B y tétanos), la prevención de enfermedades cardiovasculares, el segui-

miento de pacientes con VIH/SIDA, la detección precoz de la fragilidad, el asesoramiento sobre el consumo de alcohol y tabaco, el asesoramiento sobre enfermedades crónicas, los procedimientos quirúrgicos menores, la detección de situaciones de violencia doméstica y abuso de menores y la asistencia a quienes las padecen, las acciones de divulgación comunitaria, más bien limitadas y centradas fundamentalmente en la educación sanitaria en las escuelas.

Además de estas actividades, existen otros servicios como la rehabilitación en los centros con un fisioterapeuta o la atención dental básica en los centros que cuentan con dentistas. En particular, algunos servicios se prestan en estrecha coordinación con otros servicios especializados, como la detección precoz y el tratamiento de trastornos de salud mental (como las conductas adictivas, la anorexia, o los trastornos depresivos) y el seguimiento de pacientes con enfermedades terminales. Por otra parte, en un esfuerzo por potenciar la continuidad de la asistencia y la coordinación entre niveles, algunas CC.AA. refuerzan el papel de la atención primaria en la implantación de ciertas trayectorias asistenciales para afecciones específicas (por ejemplo, el tratamiento agudo del ictus isquémico o las enfermedades coronarias agudas), así como en la ejecución de programas de gestión de casos concebidos para tratar con pacientes más frágiles.

Al ejercer como primer punto de contacto del sistema y, por tanto, de responsables del acceso al mismo, los médicos de atención primaria constituyen una fuente privilegiada de información para la evaluación de la salud comunitaria y, en particular, para la vigilancia epidemiológica, por lo que, con arreglo a las prescripciones de la Autoridad de Salud Pública, desempeñan el papel de informantes clave para la notificación de enfermedades transmisibles y son miembros de redes centinelas para la vigilancia de problemas de salud pública concretos (como el seguimiento de las epidemias de gripe, o de los sucesos adversos asociados al consumo de fármacos). En particular, el amplio uso de la salud electrónica en la atención primaria ha facilitado el creciente intercambio de información con cualquiera de los interlocutores en el ámbito de la sanidad que intervienen en el sistema.

**CUADRO 5.4** Evaluación de la solidez de la atención primaria

De acuerdo con los datos acreditativos internacionales, la solidez de la atención primaria en el SNS se basa en la existencia de un sistema estructurado (que conlleva una adecuada gobernanza, unas barreras de acceso menores y una financiación y un desarrollo de las plantillas apropiados), así como una cartera integral de prestaciones y la continuidad efectiva de la asistencia a todos las escalas (Kringos y cols., 2015). Las pruebas indirectas a favor de esta afirmación son las tasas relativamente bajas de ingresos evitables por enfermedades crónicas en comparación con muchos otros Estados miembros de la UE (OCDE/UE, 2016), o la satisfacción general de los españoles con respecto a los servicios de atención primaria: el 86% de los españoles declara haber recibido una asistencia buena o muy buena en el ámbito de la atención primaria (MSSSI, 2016k) (véase la sección 7.6, Calidad y seguridad de la asistencia sanitaria). Sin embargo, sigue habiendo ciertas deficiencias que podrían poner en peligro la consecución de buenos resultados a largo plazo, como se explica a continuación.

El gasto público en servicios hospitalarios y especializados ha seguido creciendo como proporción del gasto público total en asistencia sanitaria; así, desde 2002, en valores agregados, ha pasado del 53,3% en 2002 al 62,4% en 2015 (MSSSI, 2017g) (véase la sección 3.2, Fuentes de ingresos y flujos financieros). Mientras tanto, el gasto público en atención primaria (incluido el gasto farmacéutico) se ha reducido, del 38% en 2002 al 31% en 2014, ampliando la brecha entre ambos tipos de servicios, ya que en 2002 el gasto en el primero superaba en 1,4 veces al gasto en el segundo, y en 2014 esa diferencia era ya del doble. Sin embargo, una mayor dotación de fondos no se traduce necesariamente en una mejor atención, ya que existen pruebas de un uso inapropiado de los recursos en la atención primaria. En el caso particular de las recetas, España mantiene una posición media en la UE27 con respecto al uso inadecuado de antibióticos de segunda línea (OCDE/UE, 2016).

En cuanto al acceso a los servicios de atención primaria, aunque la distribución de recursos permite un fácil acceso a la población española en su conjunto, solo el 36% de los que solicitan asistencia reciben esta en el mismo día. Esta situación podría derivarse en un incremento de la proporción de pacientes que visitan las urgencias hospitalarias; de hecho, España se sitúa ligeramente por debajo del promedio de la UE26 para este indicador (OCDE/UE, 2016). Además, a pesar de la mencionada satisfacción general con los servicios de atención primaria, el 31% de los usuarios también declara que, si tuvieran que elegir, preferirían un proveedor privado (MSSSI, 2016k). Este resultado podría tener que ver con el aumento de los tiempos de espera soportados cuando un médico de atención primaria requiere pruebas adicionales.

Por último, en lo que atañe al personal de atención primaria, se han detectado dos deficiencias principales. En primer lugar, en 2014, la proporción de personal de enfermería en España se mantuvo en el extremo inferior de los países de la

UE, con una ratio entre personal de enfermería y médicos de 1,4, muy por debajo de la media de los países de la OCDE (OCDE/UE, 2014, 2016) (véase la sección 4.2.1, Tendencias del personal del sector sanitario). En el caso de la atención primaria, en la que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción y la prevención de la salud, así como en la continuidad de la asistencia a los pacientes crónicos, la proporción es aún menor, con solo 0,85 enfermeros por médico (MSSSI, 2017b). En segundo lugar, la atención primaria como especialidad médica no goza de buena reputación; no es una elección de preferencia entre los candidatos que solicitan programas de residencia médica, sino un último recurso cuando no tienen una mejor opción.

- 3 Dieciocho Estados miembros de la UE; los países excluidos son Bulgaria, Chipre, Croacia, Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta y Rumanía.
- 4 Los países no incluidos en la UE26 son Croacia y Luxemburgo.

## ■ 5.4 Atención ambulatoria especializada/atención hospitalaria

La atención secundaria en el SNS puede adoptar la forma de atención ambulatoria especializada, atención hospitalaria, atención en hospitales de día, o atención de urgencia, según la patología del paciente y sus necesidades particulares.

En 2015, la asistencia hospitalaria y la atención especializada ambulatoria supusieron 114,5 hospitalizaciones por cada 1.000 habitantes (entre 91,6 y 153,8 dependiendo de la Comunidad Autónoma de residencia), con 109,1 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes (entre 68,4 y 139,5 intervenciones) y 2086,3 consultas especializadas ambulatorias por 1.000 habitantes (entre 1.582,1 y 2.762,3 consultas en el conjunto de las CC.AA.) (MSSSI, 2017b).

Cabe destacar que las hospitalizaciones en el SNS han aumentado desde 2003, pasando de 4,01 millones de altas a casi 5 millones en 2014. El crecimiento puede atribuirse al aumento de los ingresos por motivos quirúrgicos: mientras que los ingresos médicos aumentaron un 4%, las intervenciones quirúrgicas se elevaron en un 8%. Muy probablemente, la razón de ese aumento haya sido la mayor reducción en la duración de las estancias quirúrgicas –hasta el 16%– de 7,4 a 6,5 días (Comendeiro-Mälloe y cols., 2017).

A diferencia de la atención primaria, los hospitales privados contribuyen de manera sustancial a la provisión de atención secundaria: en 2015, el 30% de las altas (entre el 9% y el 47% dependiendo de la Comunidad Autónoma), el 29% de las intervenciones quirúrgicas (entre el 15% y el 49%) y el 17% de las consultas especializadas ambulatorias (entre el 2% y el 21%) (MSSSI, 2017b). Los centros privados pueden actuar en realidad como:

- servicios auxiliares contratados habitualmente para reducir las listas de espera quirúrgicas;
- red complementaria como en el caso de la red sin ánimo de lucro de hospitales para uso público que genera gran parte de la actividad en Cataluña (a saber, la XHUP); o
- proveedores sustitutos, como en el caso de algunas CPP (limitadas a la Comunidad Autónoma de Valencia y actualmente en revisión para reinstaurar la titularidad pública), o en el caso de camas de atención de larga duración (normalmente sin ánimo de lucro) utilizadas en cuidados paliativos o programas de alta temprana en pacientes crónicos (véase la sección 2.4.2, *Regulación y fórmulas de gestión de la provisión*).

Cabe señalar que los hospitales públicos españoles cuentan con territorios establecidos y cubren cualquier tipo de demanda procedente de la población de referencia. Dependiendo de la gravedad de la patología (y de las capacidades reales), los hospitales más pequeños, generalmente en las zonas rurales, derivarán a los pacientes a un hospital más grande (normalmente, los casos de infarto de miocardio agudo en pacientes más jóvenes se remiten con carácter de urgencia bajo una estrecha supervisión médica a un hospital donde se disponga de intervención coronaria percutánea primaria). Todas las CC.AA. cuentan al menos con un hospital general con toda la gama de especialidades disponibles.

Los hospitales más grandes también pueden desempeñar el papel de un hospital “terciario” para un área de referencia más amplia, generalmente dentro de la Comunidad Autónoma, aunque en algunas intervenciones específicas pueden prestar servicios a escala nacional (como trasplantes, cirugía cardíaca pediátrica o tratamiento de enfermedades raras). Estos últimos reciben el reconocimiento como “servicios de referencia nacional” tras su autorización por el Ministerio de Sanidad (MSSSI, 2017l). Además, se han producido fusiones de hospitales en casi todas las CC.AA., ya sea

como “consorcios hospitalarios”, en los casos en los que hospitales vecinos (habitualmente propiedad de diferentes administraciones públicas) prestan servicios complementarios, o como “redes hospitalarias”, en la que el hospital de mayor tamaño actúa como eje central y presta servicios auxiliares comunes.

En lo que respecta a la atención especializada y, en particular, a la atención hospitalaria, aunque el modelo asistencial es bastante homogéneo en todo el país (de manera que la atención especializada ambulatoria está vinculada a los departamentos hospitalarios; cada departamento de hospital dispone de un determinado número de camas; los hospitales pequeños con un menor número de servicios se agrupan en torno a hospitales más grandes que prestan servicios de alta tecnología o asumen los casos más complejos), existe una mayor variedad con respecto a la titularidad y los modelos organizativos. Actualmente coexisten al menos cinco modelos:

- Los hospitales públicos poseídos y gestionados directamente por el sistema público, sujetos al marco jurídico de la Administración Pública, cuyo personal se compone de funcionarios públicos asalariados.
- Los hospitales públicos autogestionados propiedad del sistema público, pero que adoptan la estructura legal de una Fundación o Empresa Pública. Este modelo, por ejemplo, implica que al personal se le contrata con arreglo a marcos jurídicos privados. Algunos de estos hospitales, por lo general de menor tamaño, son los más nuevos del país y se han construido sobre la base de una IFP, en la que la construcción y el equipo se externalizan a una empresa que administrará los servicios de atención no médica durante un período determinado.
- Los hospitales propiedad de empresas, normalmente del sector sanitario, que mantienen una relación contractual estable con las autoridades sanitarias de las CC.AA. Estos se establecen en el marco de una CPP, en la que la autoridad sanitaria paga una *prima ajustada per cápita* para que la empresa se haga cargo de la atención sanitaria (que comprende todos los servicios incluidos en la cartera de prestaciones) de la población que residen en una determinada área sanitaria. Estas iniciativas son nuevas y se limitan a las CC.AA. de Valencia, Murcia y Madrid.
- Los hospitales privados y los servicios propiedad de fundaciones privadas, mutualidades de trabajadores u organizaciones benéficas

religiosas que disfrutan de una relación contractual estable y complementan la prestación pública. Aunque no de manera exclusiva, este caso se observa de forma destacada en Cataluña, como parte de la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP, en catalán).

- Los hospitales y clínicas de titularidad privada que prestan servicios específicos al sistema público y actúan habitualmente como una red complementaria que ofrece algunas pruebas y procedimientos de diagnóstico, cirugía programada en el contexto de programas de reducción de listas de espera, cuidados paliativos, atención de larga duración y tratamientos de salud mental de casos no agudos.

En lo que se refiere a la cartera de servicios, la cartera común para todo el SNS cubre el tratamiento y el diagnóstico especializados (véase la sección 3.3.1, *Cobertura*). Cabe señalar que, en la red española, existen algunos, aunque muy pocos, hospitales “monográficos”. Se centran en una *sola especialidad*, generalmente obstetricia y neonatología (hospitales de maternidad), geriatría, psiquiatría, ortopedia, oftalmología o cardiología. Sin embargo, se ha tendido a su integración en estructuras de gestión más complejas asociadas a grandes hospitales generales.

Por último, el 64% de los hospitales generales públicos en España son (o pueden llegar a ser, tras la debida acreditación) hospitales docentes autorizados para impartir formación a estudiantes universitarios (las facultades de medicina suelen estar asociados a hospitales de alta tecnología) o programas de residencia médica (MSSSI, 2017q).

#### CUADRO 5.5 Evaluación de la idoneidad de la asistencia

En un sentido más amplio, una asistencia inadecuada comprendería la infrautilización de intervenciones eficaces y eficientes, así como el uso excesivo de intervenciones ineficaces o ineficientes. Por término medio, las intervenciones basadas en la evidencia se llevan a cabo a un nivel bastante bueno. Algunos ejemplos obtenidos de comparaciones internacionales pueden sustentar esta afirmación: a) la cobertura del cribado del cáncer de mama alcanzó el 79,8% de las mujeres elegibles en 2014, muy por encima de la media de la UE23 (62,8%); a su vez, la cobertura del cribado del cáncer de cuello uterino alcanzó el 68,7%, por encima de la media de la UE23 del 63%; b) la vacunación infantil se acercó a la cobertura plena en 2014 para la difteria, el tétanos y la tosferina (97%) el sarampión (95%) y la hepatitis B (96%), ligeramente por encima de la media de la UE; y c) en 2014,

el 88% de los procedimientos de revascularización coronaria referidos en el SNS fueron angioplastias, ocupando a este respecto una de las primeras posiciones entre los Estados miembros de la UE.

Sin embargo, considerando las diferencias dentro del país, la utilización generalizada de procedimientos de escaso valor (García-Armesto y cols., 2016) y la extrema variación de los índices de cirugía programada apuntan a un nivel elevado de provisión de asistencia inapropiada. Por ejemplo: a) en el caso de los procedimientos de escaso valor, la razón de variación de las tasas de tonsilectomía en niños fueron de hasta 4,8 en todas las áreas sanitarias; la de las tasas de histerectomía para patologías benignas fue de 3,2, y la de las tasas de prostatectomía en afecciones benignas de la próstata fue de 6,7; y b) en el caso de las tasas de cirugía programada, la razón de variación de las cesáreas fue de 2,5, la de intervenciones quirúrgicas en la espalda, de 3,4, y la de artroplastias de cadera y rodilla, de 3,9.

Por último, aunque en España el uso de la angioplastia percutánea como primera opción para los procedimientos de revascularización ocupa un puesto elevado en el conjunto de Europa (ECHO, 2014), la razón de variación de las tasas normalizadas en todas las áreas sanitarias en España es hasta cuatro veces más elevada. Entre las posibles razones figuran la diversa utilización de la derivación coronaria (con una indicación muy específica basada en la evidencia) y la existencia de barreras de acceso (sistemáticamente, las personas de las zonas rurales tienen menos probabilidades de acceder a intervenciones coronarias percutáneas en el tratamiento agudo del infarto de miocardio).

---

5 Los países no incluidos en la UE23 son Croacia, Chipre, Luxemburgo, Malta y Rumanía.

#### **CUADRO 5.6** Evaluaciones a cargo de pacientes sobre la atención que reciben

Las medidas de los resultados comunicados por los pacientes no se registran sistemáticamente en las historias clínicas digitales, ni se notifican como medio para evaluar la eficacia del tratamiento desde la perspectiva de los pacientes. En la atención primaria, de forma bastante desigual entre CC.AA. y poco sistemática en los distintos CAP, puede preguntarse a los pacientes por sus capacidades en relación con las actividades en su vida diaria, o por sus aptitudes cognitivas o de salud mental, en el marco de programas de cribado oportunista, y no como medio para evaluar intervenciones sanitarias.

El Barómetro Sanitario anual proporciona la evaluación de los pacientes respecto al sistema sanitario, con arreglo a una serie de aspectos planteados como, por ejemplo, su satisfacción general, la información recibida, las listas de espera o la interacción con los profesionales (MSSSI, 2016k).

Según el último Barómetro Sanitario, en el caso de la atención primaria, el 86% de los pacientes encuestados declararon haber recibido una atención buena o muy buena, aunque el 20,7% admitió que no pudieron participar en las decisiones sobre su tratamiento tanto como habrían deseado; el 11,5% de los pacientes afirmó que ni siquiera tuvieron la oportunidad de formular preguntas o plantear inquietudes; el 21,2% de los pacientes manifestó que la atención primaria había empeorado (en comparación con el año anterior). En promedio, los pacientes respondieron otorgando más de 7 puntos (de 10 posibles) a las siguientes cuestiones: si los médicos transmiten confianza, si habían recibido un tratamiento respetuoso, si habían apreciado un conocimiento exhaustivo de su problema de salud, la información proporcionada sobre su problema, si habían recibido asesoramiento sobre cómo comportarse con respecto a su problema de salud, y el tiempo dedicado a su problema de salud. Se concedieron menos de 7 puntos respecto al lapso de tiempo transcurridos entre la necesidad de ver a un médico y la consulta (6,7 puntos) y al tiempo de espera para acceder a nuevas pruebas (5,6 puntos) (MSSSI, 2016k).

En el caso de la atención hospitalaria, el 85,8% de los pacientes encuestados declararon haber recibido una asistencia buena o muy buena, aunque el 34,5% admitió que no pudieron participar en las decisiones tanto como habrían deseado. Por su parte, el 18,1% de los pacientes encuestados afirmaron que ni siquiera tuvieron la oportunidad de formular preguntas o plantear inquietudes. Algo más de una cuarta parte (27,3%) de los pacientes creían que la asistencia hospitalaria había empeorado en comparación con los últimos 5 años. Los pacientes calificaron con más de 7 puntos (de cada 10 posibles) a los equipos y la tecnología, la atención prestada por el personal de enfermería, la atención de los médicos, la información proporcionada sobre su problema, y si habían recibido asesoramiento sobre el modo de comportarse después del alta. Los pacientes otorgaron menos de siete puntos al responder a las siguientes cuestiones: compartir la habitación con más pacientes (5,9 puntos), y el tiempo transcurrido entre la necesidad de un ingreso hospitalario programado y el ingreso efectivo (4,8 puntos).

En el caso de las consultas especializadas ambulatorias, el 79,5% de los pacientes encuestados declararon haber recibido una asistencia buena o muy buena, aunque el 27,6% admitió que no pudieron participar en las decisiones tanto como habrían deseado. Por su parte, el 13,7% de los pacientes entrevistados afirmaron que ni siquiera tuvieron la oportunidad de formular preguntas o plantear inquietudes; y el 28,7% de los pacientes opinaron que las consultas ambulatorias habían empeorado en comparación con los cinco años anteriores. Los pacientes calificaron con más de 7 puntos (de 10 posibles) a las siguientes cuestiones: si los médicos transmiten confianza, si habían recibido un tratamiento respetuoso, y la información proporcionada sobre su problema. Los pacientes otorgaron menos de 7 puntos al responder a las siguientes cuestiones: si recibieron asesoramiento sobre el modo de comportarse en relación con su problema de salud (6,9 puntos), el tiempo dedicado a su problema de salud (6,73 puntos), el tiempo que transcurre entre la necesidad de ver a un médico y el ingreso (5,02 puntos), y el tiempo de espera para pruebas ulteriores (5 puntos) (MSSSI, 2016k).

En lo que atañe a la satisfacción de la población (usuarios y no usuarios), la evaluación general ha mejorado ligeramente desde 2003 (6,1 de 10), con una puntuación global en 2016 de 6,6, aunque el 30,5% de las mujeres y el 25,3% de los varones declaran que el SNS requiere reformas en profundidad. La atención primaria recibió la puntuación general más alta (7,3 de 10), y la atención de emergencia el valor más bajo (6,04), mientras que tanto la atención hospitalaria como la atención especializada ambulatoria obtuvieron un 6,7. Si la persona encuestada tuviera que utilizar un servicio de atención primaria, el 69,6% elegiría el sistema público; en el caso de la atención hospitalaria, el 68,1% se inclinaría por tal opción, el 57% en el caso de la atención especializada ambulatoria y el 66,4% en el caso de la atención de urgencia (MSSSI, 2016k).

### ■ 5.4.3 *Asistencia de día*

En el marco de la cartera de prestaciones del SNS, el RD 1277/2003 definió las unidades asistenciales de día como aquéllas que prestan servicios en el contexto de la atención hospitalaria, pero limitados a un cierto número de horas y que, por tanto, no requieren la hospitalización en régimen de ingreso. El objetivo de este tipo de asistencia comprende el diagnóstico, estudios clínicos o investigaciones múltiples, así como tratamientos médicos y quirúrgicos que no puedan efectuarse en consultas ambulatorias. La atención de urgencia está excluida de esta definición.

Desde 2010, el número de sesiones en hospitales de día ha pasado del 23% de los 4,8 millones de ingresos registrados en 2010, al 29% de los 5,2 millones de ingresos realizados en 2015. Sin embargo, el mayor aumento se ha observado en los casos quirúrgicos. El número de procedimientos ofrecidos en los programas de asistencia de día se ha duplicado con creces desde 2003, pasando de 0,6 millones de intervenciones quirúrgicas en 2003 a 1,5 millones en 2015 (Comendeiro-Mäløe y cols., 2017). En particular, la cirugía en unidades de día se utiliza de manera desigual en las CC.AA. (con valores que oscilan entre el 36% y el 58% en 2015), y la evolución a lo largo del tiempo ha variado sustancialmente, desde las CC.AA. que han reducido ligeramente en la práctica la proporción de intervenciones quirúrgicas en unidades de día, a las CC.AA. que la han elevado en un 20% desde 2010 (aumento del 7,1% en Aragón, del 8,6% en Canarias, o del 21,9% en Galicia) (MSSSI, 2017b).

## ■ 5.5 Atención de urgencia

La cartera de prestaciones comunes del SNS define la atención de urgencia como aquella que se presta a los pacientes cuya situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata.

La cartera de servicios de urgencia incluye:

- la atención telefónica 24 horas al día, 7 días a la semana, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, la clasificación de la demanda, ajustándola a los recursos adecuados según las necesidades, la activación de los recursos adecuados, y la provisión de información y asesoramiento médico;
- la evaluación inicial inmediata del paciente, su clasificación y, si es necesario, su transporte al centro sanitario para efectuar estudios o pruebas diagnósticas específicas, determinando las acciones inmediatas necesarias para establecer la naturaleza y el alcance de la patología en cada caso de urgencia;
- la aplicación de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos médicos y quirúrgicos requeridos;
- la monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera;
- el transporte sanitario de urgencia, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario;
- la información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente (en casos de accidente, actos de violencia, etc.); y
- la comunicación a las autoridades competentes de aquellos casos en los que se sospeche de situaciones de violencia doméstica, o malos tratos de menores, personas de edad avanzada o con discapacidad. El itinerario regular de atención al paciente en caso de urgencia, siempre que la situación del paciente lo permita, se describe en el cuadro 5.7.

**CUADRO 5.7** Trayectoria típica en la atención de urgencia

En España, los pacientes con una enfermedad aguda acuden con gran frecuencia a las salas de urgencias hospitalarias o los centros de urgencias de la atención primaria (66% de los casos); en caso contrario, llaman directamente al PAC para solicitar una consulta a domicilio (que es el procedimiento habitual para los pacientes postrados en cama que se encuentran ya en un régimen de visitas a domicilio para exacerbaciones leves de su patología fuera del horario habitual de visitas), o al centro de atención telefónica de urgencias. El operador de dicho centro realizará una breve entrevista para determinar la naturaleza de la urgencia y decidir los recursos que se movilizarán. En algunos casos sencillos, asesorarán sobre la manera de proceder, evaluando si la persona del otro lado de la línea telefónica puede hacer frente a la situación. Pueden enviar inmediatamente a un equipo móvil de urgencias o transferir a la persona al equipo médico para que este atienda consultas adicionales o proporcione un asesoramiento clínico específico. Si se convoca al equipo móvil, este acudirá al lugar de la urgencia. Dependiendo de la evaluación del estado del paciente realizada por el centro de coordinación, el equipo móvil podría estar formado por un médico de urgencias y un enfermero con equipo básico o por una unidad móvil de cuidados intensivos. El paciente será evaluado para determinar el curso de acción: o bien el tratamiento se proporcionará in situ, dejando una copia del informe de urgencias en el que se detallen el diagnóstico, los procedimientos y las prescripciones, o al paciente se le estabilizará y se le evacuará a la sala de urgencias del hospital. De los pacientes que se encuentran en la sala de urgencias de un hospital, el 71% será dado de alta u hospitalizado en menos de 3 horas.

Dado que el acceso a las salas de urgencias de los hospitales no se encuentra restringido, los pacientes pueden optar indebidamente (y a menudo lo hacen) por acudir con otras patologías que requieren procedimientos sujetos a listas de espera para intentar “saltarse la cola”, o pueden utilizar los servicios de urgencias para someterse a una serie rápida de exploraciones que su médico de familia no ha considerado necesarias. El SNS ha respondido a esta realidad de forma bastante homogénea en todo el país: en el ámbito de la atención primaria, ampliando el horario para que las urgencias se atiendan hasta la noche y lanzando campañas de información para sensibilizar sobre la importancia del uso adecuado de los servicios de emergencia; y en entornos hospitalarios, estableciendo sistemas de clasificación encaminados a priorizar a los pacientes a su ingreso, o implantando servicios intermedios para poner a los pacientes en observación durante varias horas, antes de decidir cómo proceder.

## ■ 5.6 Prestación farmacéutica

El sector farmacéutico español es uno de los más regulados de la economía española (véase la sección 2.4.5, *Regulación y formas de gestión de los medicamentos*).

En lo que respecta a la distribución de medicamentos (independientemente de la responsabilidad en cuanto al reembolso del SNS), el sistema está organizado en torno a 52 mayoristas, compuestos fundamentalmente por cooperativas de farmacéuticos. En 2015, seis de las 52 empresas poseían una cuota del 75,5% del mercado de distribución en España (FEDIFAR, 2016), que comprende 21.937 farmacias minoristas (agentes autorizados independientes que gozan de una regulación protectora que limita la competencia a nivel de distribución) (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2015). Dicha regulación limita a los farmacéuticos la dispensación de fármacos con receta, incluye normas para prevenir la concentración geográfica de las farmacias, regula los horarios de apertura y, especialmente, la necesidad de un título universitario de 5 años –no sólo para dispensar, sino también para ser titular de una oficina de farmacia– más la inscripción obligatoria en el Colegio de Farmacéuticos. La autorización para abrir una farmacia conlleva un contrato automático con las Autoridades Sanitarias regionales para la dispensación de medicamentos prescritos en el SNS. En el caso de los fármacos elegibles para el reembolso público, el sistema de pago a los farmacéuticos y distribuidores mayoristas se basa en el margen fijo y proporcional al precio de los precios de venta al consumidor ante de impuestos.

La prestación farmacéutica forma parte de la cartera de servicios comunes del SNS y comprende los medicamentos y productos sanitarios aprobados, registrados y elegibles para el reembolso, así como el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. La cartera excluye los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares, los medicamentos calificados como publicitarios, los medicamentos homeopáticos y los efectos o accesorios de los que se realice publicidad dirigida al público en general. De la prestación farmacéutica se ocupan: a) los médicos, como prescriptores y supervisores generales del tratamiento; b) el personal de enfermería, particularmente en la atención primaria, en su función de su-

pervisores de la adhesión y los efectos secundarios; y c) los farmacéuticos, como dispensadores y agentes de la comunidad sanitaria, supervisando la adhesión al tratamiento y la detección temprana de efectos secundarios.

#### CUADRO 5.8 Evaluación de la eficiencia en la prestación farmacéutica

En cuanto al impacto presupuestario global de los medicamentos, y las consiguientes implicaciones para la eficiencia distributiva, en 2016 el número de recetas farmacéuticas (sin incluir las recetas hospitalarias) aumentó un 2,2%, alcanzando un gasto global de 9.900 millones de euros, 377,8 millones más que en 2015. Este crecimiento se debió en gran medida al incremento del volumen de fármacos existentes (que explica casi el 4% del crecimiento) y, en menor grado, a los nuevos medicamentos en el mercado (hasta el 2,5%). Estas cifras mantienen la tendencia iniciada en 2013, cuando se diluyó el efecto de las medidas de contención de costes, en particular el RDL 16/2012, en el que se establecieron nuevos mecanismos de copago.

A pesar de las fuertes políticas de contención de costes, la variación entre las CC.AA. españolas es notable. De hecho, el crecimiento de las recetas en la Comunidad Valenciana, que registró el mayor incremento (5,3%), superó en 11,5 veces al de Cataluña, que experimentó únicamente un crecimiento del 0,46%. En cuanto al gasto, la Comunidad Valenciana registró el mayor incremento (6,7%) y Galicia el más reducido (1,6%). Por último, se observó que el precio medio de reembolso (10,99 euros) osciló entre los 12,87 euros en el País Vasco y los 10,10 euros en Andalucía (MSSSI, 2017p).

En términos comparativos, en 2014, el gasto per cápita total ascendió a 391 euros, ligeramente inferior a la media de la UE27 (402 euros); y de esa cifra, el 68,8% (269 euros) fue el gasto correspondiente a fármacos "con receta". En comparación con otros servicios de salud en los que la contribución pública equivale al 76% del gasto sanitario total, la cuota pública en el gasto farmacéutico ascendió al 61%; en la UE27, la media fue del 64%, frente al 83% de la contribución pública a otros servicios sanitarios.

En lo que respecta a la eficiencia técnica en la prestación farmacéutica, las políticas del SNS se basan en tres pilares interrelacionados: la fijación del precio de referencia, la prescripción en función de los principios activos, y la dispensación de medicamentos genéricos. Se ha observado que el uso de genéricos se ha elevado del 34,2% en 2011, al 48% en 2014, dando forma a la tendencia al alza constatada desde 2000. Sin embargo, la introducción de los medicamentos genéricos no ha sido la misma en todo el territorio español, oscilando entre el 30% y más del 45% del volumen total. En cuanto a su impacto global, en 2014 los medicamentos genéricos representaron, como media, el 39% del volumen total del mercado, y un 20% del gasto farmacéutico. En cualquier caso, la efectividad real de esta política de tres pilares respecto a la reducción del precio de los medicamentos no está clara, en parte porque las condiciones específicas de la regulación de los precios de referencia en el SNS no se han traducido en una

reducción apreciable de los precios de los fármacos genéricos (Puig-Junoy y Moreno-Torres, 2010). Por ejemplo, las estatinas han sido el grupo de hipolipemiantes más consumido y el que ha mostrado el mayor crecimiento, hasta 91,6 dosis diarias definidas (DDD) por habitante en 2012 (un aumento del 522% desde 2002). Curiosamente, excepto en el caso de la simvastatina, que representa un tercio de las recetas de estatinas con un precio de venta al público aproximado de 2 euros, los medicamentos restantes tienen precios de venta más elevados, con independencia de que se encuentren o no sujetos a patente (AEMPS, 2014a). Paradójicamente, considerando las cifras globales, en los años posteriores a la nueva normativa de 2014 (véase la sección 6.1.5, Una nueva normativa para el reembolso de los medicamentos), el coste por receta ha aumentado en un 0,31% en 2015 y un 1,71% en 2016 (MSSSI, 2017p).

Por otro lado, una utilización adecuada sigue constituyendo el gran reto de la prestación farmacéutica en el SNS. De hecho, la gran variación observada en las recetas de DDD indica la existencia de notables ineficiencias. Por ejemplo, en 2014, la razón de variación de los antidepresivos se acercó a tres entre CC.AA., de 34,9 a 97,9 DDD; la de los fármacos hipnóticos se situó en 3,3, de 14,1 a 46,2 DDD, dependiendo de la Comunidad Autónoma; y la de los antibióticos se aproximó al 2, de 14,9 a 26,8 DDD (MSSSI, 2017b), con la prescripción de antibióticos de segunda línea en España (4 DDD) ligeramente por encima de la media de la UE (3,8 DDD) (OCDE/UE, 2016).

Desde principios del decenio de 1990 se han dedicado esfuerzos considerables a mejorar la prescripción basada en la evidencia en la atención primaria. En todas las CC.AA. se han establecido programas para el «uso racional de los medicamentos» en las distintas áreas sanitarias. Cabe señalar que, aunque reducida, una parte del sueldo de los médicos de atención primaria se vincula al buen rendimiento respecto a una serie de indicadores de calidad de la prescripción: por ejemplo, el uso excesivo de fármacos contra la osteoporosis en mujeres de entre 40 y 65 años de edad, el uso de medicamentos inapropiados en personas de edad avanzada, el uso insuficiente de estatinas en la prevención secundaria, o el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con una patología cardiovascular. Para potenciar este programa, actualmente en la fase de diseño, se incluyen diversas recomendaciones de “no utilización” con el fin de reducir el uso de recetas inadecuadas basadas en la evidencia como, por ejemplo, el uso de corticoides en pacientes con esclerosis múltiple, el empleo de glitazonas en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva o el uso concomitante de dos o más fármacos antiinflamatorios no esteroideos (MSSSI, 2017o).

## ■ 5.7 Rehabilitación/atención intermedia

La provisión de servicios de rehabilitación no ha experimentado ningún cambio notable desde 2010. La rehabilitación la proporcionan habitualmente departamentos hospitalarios especializados en régimen ambulatorio

o de ingreso. Entre 2010 y 2015, el número de sesiones de rehabilitación (incluidos los servicios de atención secundaria hospitalaria y ambulatoria) aumentó un 22%, al pasar de 6,9 millones de sesiones en 2010 a 8,5 millones de sesiones en 2015. Cabe destacar que algunos centros de atención primaria se ocupan de la continuidad de la asistencia a través de los servicios de fisioterapeutas, ya sean miembros del personal de atención primaria o como servicio de extensión proporcionado por profesionales de la rehabilitación en hospitales (MSSSI, 2017m).

En lo que atañe a la atención intermedia, desde 2010 ha aumentado el número de hospitalizaciones “en el propio domicilio”. En 2015, el número de pacientes incluidos en estos programas de “alta temprana” ascendió a 21,6 por cada 10.000 habitantes, con una media de 10 consultas por paciente. Lamentablemente, su implantación es en gran medida desigual en las CC.AA., tanto en el número de pacientes beneficiarios (razón de variación de 21,4) como en la intensidad de las consultas por paciente (razón de variación de 6,9) (MSSSI, 2017q).

## ■ 5.8 Cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración pueden adoptar la forma de una atención en régimen de ingreso en camas hospitalarias dedicadas a cuidados de larga duración o en hospitales geriátricos “monográficos”, u ofrecerse como parte de los servicios prestados en el contexto de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (SAAD).

En lo que se refiere a las camas hospitalarias dedicadas a cuidados de larga duración, el SNS cuenta con 10.899 de ellas, que representan el 9% de las camas públicas, y el 77% de las camas para cuidados de larga duración del país, según los datos de 2015 (MSSSI, 2017m). Además, los hospitales privados (normalmente, sin ánimo de lucro) poseen 3102 camas que podrían utilizarse para complementar la oferta pública (MSSSI, 2017m). Por lo general, las camas de hospital para la asistencia de larga duración cubren las necesidades relativas a los cuidados paliativos, ya sea en pacientes crónicos o con cáncer.

En lo que respecta al SAAD, los servicios se prestan a través de una red de centros y servicios sociales disponibles en las CC.AA., incluidas las instituciones públicas regionales, los servicios prestados por los ayun-

tamientos, los centros nacionales de referencia para el apoyo a las causas específicas de discapacidad, así como los centros privados asociados acreditados. Las CC.AA disponen de total libertad para establecer esta red de proveedores en la que las organizaciones no gubernamentales y las instituciones sin ánimo de lucro se consideran socios prioritarios (en comparación con los proveedores con fines de lucro). La prioridad en el acceso a los servicios se determina mediante la evaluación del grado de dependencia y los activos económicos de los solicitantes. Los servicios se someten a copago de acuerdo con el tipo de servicio requerido y la capacidad de pago.

La cartera de prestaciones comprende los siguientes servicios: a) promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia; b) teleasistencia; c) ayuda a domicilio (atención de las necesidades del hogar; cuidados personales; y servicios de centro de día de atención especializada); d) servicio de atención residencial (residencia de personas mayores en situación de dependencia o centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad).

Además de las prestaciones en materia de atención, también pueden otorgarse prestaciones económicas, basadas en el grado de dependencia y la capacidad económica del beneficiario. Las prestaciones económicas se vinculan principalmente al apoyo a la prestación de servicios al margen de la red del SAAD, como sigue: a) la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio fuera de la red cuando no existe un centro público o concertado privado para proporcionar las prestaciones; b) la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, cuando un familiar actúa como cuidador principal; únicamente se abona cuando el beneficiario está siendo atendido por su entorno familiar y se reúnen las debidas condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda; y c) la prestación económica para obtener una asistencia personal remunerada, concebida para facilitar la contratación de servicios profesionales.

De acuerdo con las cifras consolidadas de diciembre de 2016, el SAAD ha reconocido prestaciones para 1.217.355 personas, el 79,9% de las que dirigieron su solicitud al SAAD. Aunque un número creciente de solicitantes se incorporaron en los últimos 5 años (el 77% de los beneficiarios han accedido a los servicios desde 2012), solo 865.564 personas (el 71,3% del total) han recibido los servicios o prestaciones a los que tenían derecho. En cuanto a la composición de los servicios, el 66,2% de las prestaciones han sido servicios personales y el 36,8% han consistido en prestaciones económicas, lo que ha dado lugar a 1,23 prestaciones por beneficiario. El

coste total del sistema al final de 2016 alcanzó los 7.986 millones de euros (MSSSI, 2017n).

Un resultado positivo del desarrollo del SAAD, desde 2012, cuando las tasas de desempleo comenzaron a disminuir, ha consistido en que el número de trabajadores del sector social que se incorporaron al SAAD ha aumentado de manera ligera, pero constante, con 391.589 trabajadores actualmente en el sector, un 13% más que en 2012 (MSSSI, 2017n).

A pesar de los extraordinarios esfuerzos dedicados a la implantación del SAAD, hay aspectos que requieren cierta mejora, por lo que una Comisión especializada compuesta por representantes de la Administración central y siete CCAA (Cataluña, Galicia, Andalucía, Asturias, Aragón, Canarias y Castilla y León) ha planteado la necesidad de reconsiderar el mecanismo actual de financiación para garantizar la cobertura de todos los beneficiarios, así como la sostenibilidad del sistema (actualmente, los cuidados de larga duración representan el 1% del PIB español, un 60% menos que la media de la UE) (OCDE/UE, 2016).

## ■ 5.9 Servicios para cuidadores informales

Los servicios prestados por cuidadores informales constituyen una de las prestaciones incluidas en el SAAD. Aunque con carácter excepcional, la normativa prevé que este tipo de prestación solo debe considerarse en circunstancias específicas, y conlleva la concesión de una ayuda económica (por ejemplo, una prestación monetaria) pagada a un familiar a cargo del beneficiario, o a un cuidador informal externo que se ocupa de la persona dependiente durante un período limitado cada día. Los cuidadores informales deben celebrar un contrato con el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, un organismo público del MSSSI). En diciembre de 2016, de los 1.068.967 servicios prestados a 865.564 personas autorizadas como beneficiarios del SAAD, 366.988 (34%) correspondieron a servicios de cuidado informal (IMSERSO, 2016b).

Por lo que respecta a las comparaciones internacionales, un reciente informe sobre 18 países de la OCDE en el que se utilizan datos de 2015 puso de relieve que, como promedio, el 13% de las personas de 50 o más años de edad declararon haber recibido cuidados informales al menos semanalmente; cuando en España esta cifra alcanzó el 11%. Por su parte, el 60% de los que prestan cuidados informales a diario eran mujeres, mientras que esa proporción se sitúa en el 61,8% en España (OCDE, 2017d).

## ■ 5.10 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos en España pueden adoptar la forma de los servicios prestados en camas dedicadas en hospitales de agudos, los servicios de extensión prestados por especialistas en cuidados paliativos con (o sin) la participación de profesionales de la atención primaria, los servicios no especializados prestados directamente por profesionales de la atención primaria, los servicios en camas en hospitales con o sin ánimo de lucro, adquiridas o no por el sistema público, los servicios sufragados directamente por los beneficiarios, o los servicios prestados en el contexto del SAAD. Dependiendo del lugar de residencia y del centro de tratamiento, el itinerario seguido por un paciente con necesidades de cuidados paliativos varía sustancialmente, y en el tratamiento pueden intervenir diversos proveedores. De acuerdo con el último informe de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, solo el 49% de los pacientes que requieren cuidados paliativos tienen acceso a los servicios cubiertos por el SNS (SECPAL, 2016).

No hay informes oficiales recientes sobre la situación de los cuidados paliativos en España. Un informe reciente de la Asociación Española Contra el Cáncer, una institución sin ánimo de lucro, señala que, en 2013, había 458 equipos, 383 de ellos especializados en cuidados paliativos. Según los autores, “se necesitarán 200 equipos especializados más para alcanzar los estándares internacionales”, lo que implica que 15 CC.AA. (de las 17) deberían ampliar su oferta actual (AECC, 2014).

Desde 2010, los esfuerzos se han orientado a ejecutar la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS 2010-2014 (MSSSI, 2012d) y el diseño de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos Pediátricos, cuyos principales objetivos son: a) definir las necesidades reales de cuidado para este subgrupo demográfico, así como el modelo organizativo para la prestación de cuidados paliativos a los niños; b) promover la autonomía de los pacientes y sus familias; c) desarrollar programas de formación específicos para profesionales y familiares; y d) desarrollar líneas de investigación específicas sobre esta cuestión (MSSSI, 2014d). Ambas estrategias se han aplicado, pero no se han evaluado aún; no obstante, existe preocupación respecto a su adopción desigual en las CC.AA.

## ■ 5.11 Atención a la salud mental

La atención a la salud mental en el SNS se presta en el ámbito de la atención primaria (detección precoz de trastornos mentales y tratamiento sintomático y seguimiento de pacientes tratados a nivel especializado), centros especializados ambulatorios (algunos específicos para trastornos infantiles) y camas hospitalarias (para episodios agudos). A lo largo de los años, se ha extendido una clara tendencia a la desinstitucionalización en todo el país mediante servicios en centros de día o de cuidados nocturnos, complementarios de los servicios en hospitales de agudos, así como actividades de reintegración lideradas por organizaciones no gubernamentales, asociaciones sin ánimo de lucro y pequeñas empresas privadas, en estrecha coordinación con el SNS. Los recursos del SAAD también forman parte de las trayectorias de atención a la salud mental. La cartera común de prestaciones del SNS comprende el diagnóstico y el seguimiento de trastornos mentales, la psicofarmacoterapia y psicoterapia individual, de grupo o familiar (excluyendo la hipnosis y el psicoanálisis).

No hay informes oficiales recientes sobre el estado actual de la atención a la salud mental en España. El último se publicó en 2014 (con datos de 2011 y 2012) en el contexto de la evaluación de la Estrategia Nacional de Salud Mental 2009-2013 (MSSSI, 2014e). Según los últimos datos contrastados disponibles, entre 2010 y 2013 el número de psiquiatras experimentó un aumento del 3% (de 3.356 a 3.465 médicos), mientras que el número de camas para servicios de psiquiatría cayó un 8% (de 18.455 a 16.931); el número de consultas se elevó en un 25% (de 3.997.991 a 4.993.458) y las sesiones en centros de día aumentaron un 39% (de 615.912 a 858.254 estancias). En lo que respecta a los medicamentos, se ha producido un incremento de la prescripción de hipnóticos y sedantes (de 27,6 DDD en 2012 a 29,4 DDD en 2014) y antidepresivos (de 60,7 DDD en 2012 a 65,6 DDD en 2014), con una gran variación entre CC.AA. (MSSSI, 2017b).

## ■ 5.12 Atención dental

La atención dental en España la prestan principalmente clínicas individuales o colectivas privadas, con una participación poco significativa de

proveedores públicos y sin cambios importantes en los últimos años. De la atención dental para la población adulta en el sector público suelen ocuparse los médicos de familia, aunque en algunos centros urbanos, los equipos de atención primaria incluyen dentistas. La cartera de servicios de pago público es bastante limitada: extracción dental (si hay un dentista), tratamiento de infecciones o procesos inflamatorios, prevención de caries (aplicación de fluoruro tópico, empastes dentales, sellado de fisuras), medidas preventivas en mujeres embarazadas (como parte del protocolo para un embarazo saludable) y, en el caso de los menores, prevención de caries y asesoramiento sobre medidas de higiene, como parte de los servicios prestados por pediatras y personal de enfermería de atención primaria.

A principios del decenio de 2000, algunas CC.AA. optaron por la distribución de vales que cubrían la atención dental básica de los menores en el sector privado (anteriormente, esta debía pagarse), y que no incluían la reparación de dentición temporal, los tratamientos de ortodoncia, la exodoncia de piezas sanas, los tratamientos con fines estéticos, los implantes dentales o las pruebas complementarias con fines ajenos a las prestaciones contempladas como elegibles. En este sentido, el mecanismo básico de financiación de los servicios de atención dental, al margen del mencionado anteriormente, consiste principalmente en el pago sufragado directamente por el ciudadano, con algunas excepciones desde 2015 (implantes dentales para ciertos pacientes sometidos a tratamientos oncológicos que llevan a la pérdida de dientes, y para pacientes con malformaciones congénitas con anodoncia), aunque es posible encontrar pólizas de seguro médico voluntario que incluyan estos servicios.

En consecuencia, las necesidades de atención dental no satisfechas por razones económicas son significativas en España y han aumentado en la última década. De hecho, en 2010 se observó una razón de variación de 8,8 en cuanto al porcentaje de necesidades no satisfechas entre los situados en el quintil de ingresos más bajos y los que ocupan el quintil más alto, y dicha razón alcanzó cifras mayores en 2015 (más del doble de las cifras medias de la UE27). Las diferencias en función del nivel educativo alcanzado son inferiores a la media de la UE, aunque significativas: en 2010, las personas con un nivel educativo inferior al de la enseñanza secundaria tenían una probabilidad 2,3 veces menor de tener sus necesidades de atención dental satisfechas, y en 2015, una probabilidad tres veces menor (cifras similares a las de la UE27) (Eurostat, 2017e).

## Principales reformas sanitarias

### ■ Resumen del capítulo

- La agenda de reformas del SNS en los últimos años ha estado fuertemente influida por las medidas de austeridad acordadas en el Programa de Estabilidad para España, cuyo principal objetivo en el sector sanitario fue la reducción de la cuota pública del gasto sanitario.
- Las reformas desde 2010 han abordado: la gobernanza del SNS, la amplitud de la cobertura (regulación de las condiciones del derecho a la asistencia), la profundidad de la cobertura (categorización de la cartera de prestaciones comunes), el reparto de costes (nuevo mecanismo de copago) y los procedimientos de fijación de precios de los medicamentos.
- Los principales instrumentos de esta agenda orientada a la financiación han sido la Ley Orgánica 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera y el RDL 16/2012 de medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la legislación posterior.
- Cabe señalar una ampliación de las medidas frente al tabaco adoptadas en reformas e iniciativas anteriores encaminadas a abordar la transición epidemiológica (por ejemplo, la Estrategia nacional so-

bre enfermedades crónicas y los avances posteriores de las CC.AA. en este terreno).

- Se han puesto en marcha iniciativas a escala nacional para mejorar la eficacia de las intervenciones sanitarias, como la acción conjunta sobre las tecnologías sanitarias y la evaluación de las prestaciones, y las recomendaciones de “no hacer” para reducir las prácticas asistenciales de escaso valor.

## ■ 6.1 Análisis de reformas recientes

### ■ 6.1.1 *Recentralización de la gobernanza*

La descentralización de la sanidad y de los servicios sanitarios se completó en 2002 (véase la sección 2.2, *Descentralización y centralización*). En el último decenio, se consolidó el proceso de descentralización y las CC.AA. pasaron a disponer de una mayor capacidad para la regulación, la planificación y, sobre todo, la autonomía financiera. Como consecuencia indeseada, la descentralización dio lugar a un crecimiento desigual y desproporcionado del gasto sanitario que se tornó insostenible cuando los ingresos fiscales se desplomaron durante la crisis económica (véase la sección 3.1, *Gasto sanitario*). Como consecuencia de este desequilibrio, el Gobierno adoptó el Programa de Estabilidad del Reino de España (Ministerio de Hacienda, 2010b), cuyo principal objetivo en el sector de la salud fue la reducción de la cuota pública del gasto sanitario: del 6,5% del PIB en 2010, al 5,1% en 2015 (Ministerio de Hacienda, 2010b), y el Parlamento español aprobó la Ley Orgánica 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera y el RDL 16/2012 de medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (véase la sección 3.3, *Visión general del sistema de financiación legal*). Ambas disposiciones legales se tradujeron en una recentralización de las decisiones de las CC.AA. sobre el gasto, facultando al Ministerio de Hacienda a asumir *de facto* el control financiero (y, en consecuencia, las decisiones de compra y provisión) y las decisiones sobre la cartera de servicios complementaria (véase más adelante).

El epítome de este proceso de recentralización es el mecanismo de acceso para que las CC.AA. obtengan financiación adicional destinada a aliviar las tensiones de flujo de tesorería debidas a la crisis de la deuda pú-

blica, actualmente cercana al 100% del PIB español (véase la sección 1.2, *Contexto económico*). El Ministerio de Hacienda diseñó dos fondos para cubrir las necesidades de gasto de las CC.AA.: a) el Fondo de Liquidez Autonómica (FLA), creado como mecanismo temporal y voluntario para atender los vencimientos de deuda de las CC.AA. (RDL 21/2012); y b) el Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores que permite a las CC.AA. cancelar obligaciones pendientes con proveedores que, en muchos casos, prestan servicio en los centros sanitarios de las CC.AA. (RDL 7/2012) (véase el apartado 3.3.3, *Agrupación y asignación de fondos*). No obstante, el acceso a este régimen de financiación está condicionado al cumplimiento de las obligaciones fiscales y de gasto de las CC.AA. (por ejemplo, la deuda pública debe ser inferior al 60% del PIB estimado para España) y a la aprobación del Ministerio de Hacienda. Por otra parte, desde 2015, el acceso a facilidades crediticias adicionales se ha vinculado a las medidas adoptadas por las CC.AA. para controlar el gasto sanitario, y en particular, el crecimiento del gasto farmacéutico, que debe ser inferior al crecimiento de referencia del PIB (Ley 6/2015). Aunque la implementación de esta medida es voluntaria, las CC.AA. tienen notables incentivos para incorporarse al programa, ya que aquéllas que lo cumplan pueden optar a la financiación adicional, cediendo soberanía a la Administración central respecto a las decisiones adoptadas anteriormente por las CC.AA.

### ■ 6.1.2 *Cambios en la amplitud de la cobertura*

El citado RDL 16/2012, encaminado a garantizar la sostenibilidad del SNS, desarrollado posteriormente por el RD 1192/2012, en el que se especifican los beneficiarios del SNS, y el RD 576/2013, por el que se establecen el procedimiento y las tarifas para las personas que carezcan de la condición de aseguradas o beneficiarias y que deseen adquirir la cobertura pública del SNS, han supuesto un cambio en las normas existentes sobre el derecho a la asistencia.

El nuevo RDL 16/2012 modificó los fundamentos del derecho a la asistencia, al pasar de un régimen en el que tal derecho estaba vinculado a la condición de residente (ciudadano y no ciudadano) a un sistema en el que se asocia a la situación laboral de las personas. En consecuencia, se garantizó la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos a a) los empleados que coticen al sistema de seguridad social, b) los jubilados, c) los

perceptores de subsidios de desempleo y d) los desempleados que hayan agotado la prestación por desempleo. Los familiares de primer grado del asegurado también se consideraron beneficiarios. Los no incluidos en las condiciones anteriores seguirían teniendo derecho a la asistencia en caso de poseer una nacionalidad de la UE o una tarjeta de residente autorizado (véase el apartado 3.3, *Visión general del sistema de financiación legal*). En términos prácticos, solo los migrantes indocumentados acabaron excluidos de la cobertura, dotando así a la cobertura del SNS de un carácter prácticamente universal.

Únicamente las personas indocumentadas que residían en España en ese momento perdieron el acceso pleno. Sin embargo, la regulación otorgó el derecho a la atención de urgencia por enfermedad o accidente graves, y a la atención especializada hasta el alta; así como a la atención obstétrica y a la infancia (para menores de 18 años). Para los excluidos, la regulación dispuso que las primas anuales que cubren la cartera común básica fueran de 710 euros al año para los menores de 65 años, y de 1.900 euros al año para los de 65 años o más (véase la sección 3.1, *Gasto sanitario*).

En la fecha de redacción del presente documento (junio de 2018), el nuevo Gobierno español ha iniciado un proceso de diálogo con las regiones y la sociedad civil con el fin de restablecer la universalidad del Sistema Nacional de Salud español (MSSSI, 2018) (véase la sección 3.3.1). La nueva ministra de Sanidad, Carmen Montón, ha convocado a las CC.AA. el 28 de junio de 2018 para acudir a un Consejo Interterritorial, dedicado a la cobertura universal (Redacción Médica, 2018).

### ■ 6.1.3 *Cambios en la profundidad de la cobertura*

El RDL 16/2012 también reguló el catálogo de prestaciones que proporciona el SNS. Definió dos categorías de servicios: la cartera común con tres subcategorías (cartera común básica, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios) común para los 17 servicios regionales que componen el SNS; y la cartera de servicios complementaria, determinada en el ámbito de las competencias de las CC.AA.

Dentro de la cartera común se encuentran: a) los “servicios básicos”, entre los que figuran las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros de atención primaria o de asistencia especializada, así como el transporte sanitario ur-

gente. Estos servicios básicos se financian plenamente con fondos públicos sin reparto de coste con los pacientes. b) La “cartera común suplementaria” comprende la prescripción farmacéutica ambulatoria, la provisión de ortoprótesis, los productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente. Esta segunda cartera común está sujeta al reparto de costes con los usuarios, aunque, en la práctica, dicho reparto solo se aplica a los medicamentos y a ciertas órtesis y prótesis ortopédicas (véase la sección 3.3.1, *Cobertura*). Por último, c) la “cartera de servicios accesorios”, que incluye actividades, servicios o técnicas no esenciales. Estos tipos de servicio no se han especificado aún; no obstante, como en el caso de la cartera común suplementaria, también están sujetos al reparto de costes con los usuarios.

El contenido de la “cartera común” lo determina el máximo órgano de gobierno del SNS, el Consejo Interterritorial, a partir de las propuestas presentadas por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, y el asesoramiento técnico de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (véase más adelante).

En lo que se refiere a la «cartera complementaria», las autoridades sanitarias de las CC.AA. pueden optar por incluir otras prestaciones en la cartera común si proporcionan los recursos adicionales necesarios para la financiación. No obstante, la inclusión se encuentra condicionada a: a) la justificación de la necesidad de una nueva inclusión y del informe al Consejo Interterritorial; b) la asignación de recursos financieros suficientes a la cartera común básica de servicios; y c) la demostración y aprobación de la suficiencia financiera con arreglo a los criterios de estabilidad presupuestaria establecidos por el Ministerio de Hacienda.

#### ■ 6.1.4 *Cambios en los mecanismos de reparto de costes*

El sistema de reparto de costes del SNS se mantuvo prácticamente inalterado entre 1980 y 2012. Básicamente, la prescripción ambulatoria de medicamentos fue el único servicio sanitario cofinanciado por los usuarios. El sistema era sencillo: el reparto de coste afectaba a los trabajadores activos: independientemente de su capacidad adquisitiva, se estableció en un 40% fijo respecto al precio de venta al público del medicamento, y no existían topes ni límites al copago. En 1993 se estableció una reducción del copago de un 10% fijo respecto a determinados tratamientos prescritos para algunas enfermedades crónicas. En términos agregados, la carga real

del reparto de costes con los pacientes se redujo del 15% en 1985 al 6% en 2011 (González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez-Feijoo, 2016).

El RDL 16/2012 estableció un cambio en las condiciones del reparto de costes. De conformidad con la nueva normativa, el reparto de costes se dispuso para la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, y el sistema de copago pasó a tener en cuenta la renta de los hogares de los usuarios. Sin embargo, en la práctica, solo las prescripciones farmacéuticas ambulatorias y determinadas órtesis y prótesis ortopédicas están sujetas a copagos.

### ■ 6.1.5 *Una nueva regulación del reembolso de medicamentos*

El mercado farmacéutico español es uno de los sectores más regulados de la economía del país. Además del mecanismo de aprobación centralizado de la Agencia Europea de Medicamentos, la Agencia Española del Medicamento debe aprobar la comercialización efectiva de cualquier fármaco. Una vez aprobada, las empresas pueden solicitar un reembolso público. Dadas las condiciones del mercado español, un fármaco innovador que no reciba financiación pública probablemente no resultará rentable.

Los RDL 9/2011 y 16/2012 incluyeron algunos cambios estructurales en las normas relativas a los precios de los medicamentos y el reembolso público. La nueva normativa establece el concepto de “financiación selectiva”, y un conjunto de criterios para su aplicación por la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (el órgano consultivo administrativo del Ministerio de Sanidad que decide si un medicamento debe obtener financiación pública). Los criterios son los que siguen: a) gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que los medicamentos resulten indicados; b) necesidades específicas de ciertos colectivos; c) valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad; d) impacto presupuestario; e) existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento; y f) grado de innovación del medicamento.

Sin embargo, la nueva normativa adolece de ciertas deficiencias. En un informe reciente de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, aunque se destacan algunos aspectos valiosos de esta reforma legal, también se señalan ambigüedades en el procedimiento de toma de decisiones, en particu-

lar su falta de definición y de un mecanismo formal y explícito de ponderación para la aplicación de los criterios antes mencionados. En el informe se subraya asimismo la falta de transparencia (los informes de precios no se hacen públicos) y la imprevisibilidad de las resoluciones (CNMC, 2015).

### ■ 6.1.6 *Reformas en materia de salud pública*

Desde 2010, el Ministerio de Sanidad ha publicado dos textos legales con implicaciones en materia de la salud pública: la Ley 42/2010 sobre el tabaquismo y la regulación del mercado de tabaco, por la que se ampliaron las disposiciones de la anterior “Ley anti-tabaco” de 2005 (Ley 28/2005); y la Ley 33/2011 de Salud Pública.

La Ley 42/2010, encaminada principalmente a regular la venta al por menor, la distribución y la publicidad, ampliando las disposiciones establecidas en la denominada “Ley anti-tabaco” de 2005, ha reforzado la protección de menores y no fumadores, al a) extender los lugares donde está prohibido fumar a cualquier emplazamiento público y al b) instar a las instituciones sanitarias, en particular las de atención primaria, a poner en marcha programas para dejar de fumar (véase la sección 5.1, *Salud pública*). La Ley de Salud Pública de 2011 esbozó principios y acciones para incluir la ‘Salud en todas las políticas’ en la acción de la administración pública en materia de salud, y procuró además actualizar y optimizar los mecanismos de coordinación entre las 17 Autoridades Sanitarias del país e INGESA, notablemente desarrollados en lo tocante a la vigilancia y el seguimiento de epidemias, pero claramente disfuncionales por lo que se refiere a una estrategia común para la prevención de enfermedades no transmisibles o el desarrollo de intervenciones de prevención y promoción de la salud. En este sentido, la nueva normativa ha mejorado los mecanismos de coordinación respecto a la vigilancia y el control de epidemias, pero, sobre todo, a través de la Orden SSI/2065/2014, ha dado lugar al establecimiento de una cartera común de prestaciones de salud pública para el conjunto del país (como un calendario único de vacunación o una estrategia común respecto al cribado neonatal y del cáncer colorrectal). Además, desde 2013, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención pretende constituir la base para la formulación de la Estrategia Nacional de Salud Pública. Están pendientes algunos avances adicionales, como la aplicación de la estrategia intersectorial para la adopción del principio de la “salud en todas las políticas” y el establecimiento de una Agencia de Salud Pública de ámbito nacional.

Por último, el Ministerio de Hacienda ha puesto en marcha dos reformas de la tributación que atañe al alcohol y a los productos del tabaco. Con la primera de ellas, en 2013, la fiscalidad se elevó en un 10% en el caso del alcohol y en un 3% en el de los paquetes de cigarrillos; la segunda oleada, que se llevará a cabo en 2017, supone un incremento del 5% del precio de las bebidas alcohólicas, del 2,5% en el caso de los paquetes de cigarrillos, y del 6,8% en el del tabaco de liar (véase la sección 3.3.2, *Recaudación*).

### ■ 6.1.7 *Avances hacia un nuevo modelo asistencial para pacientes crónicos*

Dos documentos estratégicos a escala nacional coordinados por el Ministerio de Sanidad ilustran la prioridad otorgada a la mejora de la asistencia para las enfermedades crónicas: el Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España, de 2011 (MSSSI, 2011) y la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, de 2012 (MSSSI, 2012g). En el Libro blanco de 2011 se identifican las prácticas de coordinación sociosanitaria en España, y se señala que las experiencias existentes eran lo suficientemente ricas como para inspirar una transición real; al mismo tiempo, se destaca la ausencia de un cuerpo común de conocimientos sobre las experiencias satisfactorias de la asistencia integrada, lo que dificulta el diseño y la ejecución de intervenciones eficaces, equitativas y eficientes. Por su parte, la Estrategia de 2012 para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud ofreció un marco conceptual y estratégico en el que basar su aplicación en el ámbito local. Los principales ámbitos considerados en esta estrategia son: a) la promoción de la salud; b) la prevención primaria, secundaria y terciaria; c) la continuidad de la asistencia; d) la reorientación del paradigma de la asistencia; e) el modo de alcanzar la equidad; y f) la investigación y la innovación.

Más allá de estos documentos inspiradores y estratégicos, algunas CC.AA. han iniciado la transición hacia un nuevo modelo asistencial para pacientes crónicos.<sup>1</sup> La experiencia de implantación más destacada en una

1 Según los informes publicados por el *Observatorio de Modelos Integrados en Salud-OMIS* (<http://www.omis-nh.org/>), las regiones que más activamente han desarrollado experiencias en materia de asistencia integrada en España en los años 2014 y 2015 son el País Vasco, Cataluña y Andalucía. Sin embargo, en otras regiones no existe información sobre experiencias de servicios sociosanitarios integrados.

comunidad autónoma ha sido la del País Vasco (Osakidetza, 2010). Esta estrategia conlleva los siguientes elementos básicos del modelo asistencial:

- una estrategia orientada a la población que dé lugar a la estratificación y posterior orientación de las intervenciones;
- una visión ampliada para la prevención de enfermedades crónicas;
- la necesidad de promover estrategias de empoderamiento de los pacientes;
- unos servicios diseñados para la continuidad de la asistencia (es decir, el desarrollo de proveedores de asistencia a subagudos, la ejecución de presupuestos integrados, el desarrollo de cambios en las funciones profesionales, la colaboración con el sector social);
- la ejecución de intervenciones encaminadas a elevar la eficiencia (como las de prescripción electrónica, telemedicina, asesoramiento en línea); y
- el uso rutinario de historias clínicas digitales para evaluar y fundamentar toda la estrategia. La estrategia se ha traducido en iniciativas de implantación locales: de 2010 a 2013 se llevaron a cabo más de 150 iniciativas emprendidas “de abajo arriba”.<sup>2</sup>

### ■ 6.1.8 *Un nuevo estatus para la evaluación de las tecnologías sanitarias y las prestaciones*

En febrero de 2012, el Consejo Interterritorial del SNS decidió crear formalmente la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (RedETS), con el mandato de evaluar las tecnologías para fundamentar las decisiones de inclusión, exclusión y modificación de la cartera de prestaciones. A diferencia de lo sucedido en el pasado, la nueva normativa establece que los informes a cargo de dicha Red son obligatorios y requeridos para adoptar cualquier decisión sobre la inclusión, exclusión o modificación de prestaciones.

La Red se constituyó formalmente en virtud del RDL 16/2012, que estableció el órgano de gobierno y los procedimientos de funcionamiento en octubre de 2013 a través de la Orden SSI/1833/2013. La Red coordi-

2 En Toro Polanco y cols. (2015) pueden consultarse algunos resultados de la evaluación de la Estrategia (en lo que se refiere a la satisfacción de los ciudadanos, o la reducción de (re) ingresos en hospitales y urgencias).

na la labor de siete entidades regionales (en Andalucía, Aragón, País Vasco, Islas Canarias, Cataluña, Galicia y Madrid) y una agencia nacional (el *Instituto de Salud Carlos III*, ISCIII), y busca priorizar estudios, coordinar proyectos y normalizar metodologías. La labor de la Red se basa en el Plan anual aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS. Desde 2013, la Red ha elaborado 210 informes de evaluación y 15 guías de práctica clínica (RedETS, 2017).

Además, se ha promulgado nueva legislación para regular los estudios de seguimiento dirigidos a informar las decisiones de continuación de las tecnologías actualmente incluidas en la cartera de prestaciones (Orden SSI/1356/2015). El Ministerio de Sanidad, las CC.AA., las mutualidades de funcionarios públicos o cualquier otro tercero podrá solicitar el seguimiento de una tecnología o procedimiento específicos. La Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, adscrita al Consejo Interterritorial del SNS, evalúa las solicitudes, y el Ministerio de Sanidad decide qué tecnologías o procedimientos se someterán al seguimiento de la RedETS. Actualmente cuatro tecnologías son objeto de dicho seguimiento: a) stent biodegradable esofágico en condiciones benignas; b) válvula endobronquial en el tratamiento de fugas de aire persistentes; c) inserción percutánea con clip mitral en pacientes con insuficiencia mitral grave refractaria al tratamiento habitual; y d) oclusión auricular izquierda en pacientes con fibrilación auricular.

### ■ 6.1.9 *Recomendaciones de “no hacer” para abordar las prácticas asistenciales de escaso valor*

El número de voces favorables a un sistema de salud basado en la generación de valor ha aumentado en la última década, muy probablemente impulsadas por la crisis económica y financiera. Aunque algunos organismos regionales de evaluación de la tecnología sanitaria habían aportado ya un enfoque metodológico respecto al modo de fomentar la desinversión (como la Guía metodológica para la identificación, priorización y evaluación de tecnologías sanitarias obsoletas (Ruano Raviña y cols., 2007), o la Guía para la no financiación de tecnologías (Ibargoyen-Roteta, Gutiérrez-Ibarluzea y Asua, 2009), en 2013 se puso en marcha la primera iniciativa de ámbito nacional. El MSSSI, con el asesoramiento metodológico de GuíaSalud (un programa nacional para el desarrollo y la aplicación de guías

de práctica clínica), invitó a cada una de las sociedades científicas médicas del país a plantear cinco recomendaciones de “*no hacer*” (MSSSI, 2017o), replicando la conocida iniciativa “Choosing Wisely” (elegir sabiamente) (ABIM Foundation, 2017). Como consecuencia de esta iniciativa, los Departamentos de Salud de las CC.AA. han puesto en marcha el seguimiento de algunos de esos servicios de escaso valor.

Paralelamente a esta estrategia de “*no hacer*”, se ha publicado recientemente un atlas de variaciones en los procedimientos de escaso valor, dando a conocer las amplias e injustificadas diferencias de valor entre las áreas de atención sanitaria y los hospitales de todo el país (García-Armesto y cols., 2016).

## ■ 6.2 Evolución futura

La situación política desde 2016 ha trasladado el escenario político de una mayoría absoluta en la que las decisiones importantes se adoptaban mediante reales decretos leyes (legislación ejecutiva), a un Congreso fragmentado, consecuencia de dos procesos electorales consecutivos, en los que el debate público sobre el sistema sanitario se mantuvo en una posición marginal. En cualquier caso, los temas que muy probablemente figurarán en la agenda política en un futuro próximo serán: a) un retorno a la legislación anterior al RDL 16/2012 en materia del derecho al aseguramiento; b) la reforma del actual sistema de copago, ya que los umbrales actuales son apenas progresivos y, según los datos contrastados recientes, pueden ejercer un impacto negativo a corto plazo en la adhesión de los pacientes a los tratamientos para enfermedades crónicas (González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez-Feijoo, 2017); c) la expansión de algunas iniciativas regionales en materia de buena gobernanza en los sistemas públicos de salud (el País Vasco y Madrid han sido pioneros en este debate a escala local); y d) un debate público sobre la fiscalidad aplicada a las bebidas azucaradas (iniciado ya en Cataluña).

Las iniciativas citadas relativas a las prácticas asistenciales basadas en el valor, y en particular el seguimiento de las recomendaciones de “*no hacer*”, se materializarán en proyectos locales de desinversión que muy probablemente alimentarán el debate público. Por último, a lo largo de los años se han dado algunos primeros pasos para incluir las voces de los pacientes en el desarrollo y la aplicación de las guías de práctica clínica. Una vez

finalizado el ciclo de sensibilización, el Programa Nacional de Guías de Práctica Clínica, GuíaSalud, ha emprendido un nuevo proyecto sobre la participación de los pacientes que se supone debe producir resultados en los próximos años.

Por último, aunque el crecimiento anual del gasto público en los cuidados de larga duración ha aumentado claramente, el desarrollo del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) es objeto de una controversia continua (véase la sección 4.1.2, *Infraestructura*). Un reciente informe a cargo de una comisión especializada compuesta por representantes de la Administración central y siete CCAA (Cataluña, Galicia, Andalucía, Asturias, Aragón, Canarias y Castilla y León) ha puesto de relieve la necesidad de una importante revisión del SAAD para garantizar su sostenibilidad, así como la necesidad de reconsiderar el actual mecanismo de financiación para asegurar la cobertura de todos los beneficiarios (MSSSI, 2017r).

# Evaluación del sistema sanitario

## ■ Resumen del capítulo

- Los principios y objetivos subyacentes del SNS no han cambiado en la última década, a pesar del gran impacto ejercido por la crisis financiera y económica en la sociedad española y de las medidas de austeridad impuestas por el Programa de Estabilidad para España 2010.
- La respuesta del SNS, concretada, por ejemplo, en los recortes presupuestarios y la nueva regulación del alcance, la amplitud y la profundidad de la cobertura, no han repercutido de manera sustancial a corto plazo en los resultados en materia de salud.
- La combinación del desempleo o un empleo precario, menores ingresos de los hogares y una creciente fiscalidad indirecta ha elevado el nivel de pobreza del país, dando lugar a una ampliación de la brecha de desigualdad y a una reducción del grado de movilidad intergeneracional.
- La estrategia intersectorial relativa al principio de integración de la “salud en todas las políticas” no se ha ejecutado plenamente.

- En los últimos años se han alcanzado algunos logros en el SNS, entre los que figura la mejora de los resultados atribuibles a la acción del sistema y de los resultados evitables; la gran influencia del SNS en la redistribución de la renta de los hogares; la diferencia poco significativa entre los grupos socioeconómicos en el acceso a los servicios preventivos y los reconocimientos médicos; el nivel de protección financiera que limita las penurias económicas de los usuarios; la mejora de la productividad de los centros hospitalarios; la satisfacción general de los pacientes con el SNS; y el nivel de los derechos del paciente.
- Siguen existiendo varios retos en el SNS: el incremento de la obesidad, la brecha persistente en cuanto a la percepción subjetiva del estado de salud entre los distintos grupos socioeconómicos, el impacto de los determinantes de salud no relacionados con la atención sanitaria, los prolongados plazos de espera respecto a las intervenciones quirúrgicas y las consultas a especialistas; los efectos de los mecanismos de reparto de costes en la dispensación de medicamentos altamente eficaces y la adhesión a los tratamientos requeridos; entre otros.
- Se necesitan medidas estructurales que mejoren la asignación de recursos y la eficiencia técnica, así como la participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia.

## ■ 7.1 Monitorización del desempeño del sistema sanitario

A pesar del gran impacto de la crisis financiera y económica en la sociedad española, y de las medidas de austeridad impuestas por el Programa de Estabilidad para el Reino de España, los principios y objetivos subyacentes del SNS (cobertura universal, acceso equitativo a una cartera integral de prestaciones, fácil acceso a la atención primaria y función de “puerta de acceso” al sistema, fiscalidad como base para la financiación con un reparto limitado de los costes con los pacientes y escaso riesgo de dar lugar a penurias económicas de los usuarios) siguen en vigor. Por otra parte, la res-

puesta del SNS en forma de recortes presupuestarios y nueva regulación del alcance, la amplitud y la profundidad de la cobertura no ejerció, al parecer, un impacto inmediato sustancial en los resultados sanitarios, aunque se observa un crecimiento del descontento entre los profesionales y el conjunto de la población.

### ■ 7.1.1 *Sistema de información del SNS*

En este apartado se describen las iniciativas de ámbito nacional aprobadas por las CC.AA. en el contexto del Consejo Interterritorial. Es posible que las CC.AA. hayan desarrollado aún más estas iniciativas; por ejemplo, mediante proyectos encaminados a reutilizar y vincular las fuentes electrónicas de datos sanitarios para desarrollar sistemas de salud inteligentes, como en los casos de Aragón, País Vasco o Cataluña.

El MSSSI, así como los Departamentos de Salud de las 17 CC.AA., son responsables del diseño, la recopilación y el mantenimiento de las fuentes de datos que permiten el seguimiento de la salud, los factores determinantes de la salud y el rendimiento del sistema sanitario. Tradicionalmente, estos sistemas de información han funcionado como un conjunto de repositorios de datos que proporcionaba información parcial sobre un tema específico, con frecuencia destinada a responder a los requisitos de datos del Plan Nacional de Estadística. En los últimos años, el MSSSI y las CC.AA. han venido considerando la opción de un enfoque más integrado con vistas a proporcionar una información más completa, significativa y que sirva de base para distintas actuaciones. Como consecuencia de la Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003, el MSSSI estableció el denominado Sistema de Información del SNS (SI-SNS) (MSSSI, 2014f).

El SI-SNS, cuyos principales usuarios son las autoridades y los profesionales sanitarios, los ciudadanos y las organizaciones civiles, lo gestiona el MSSSI bajo el mandato del Consejo Interterritorial. Desde su creación, el SI-SNS ha colaborado en el desarrollo del Portal estadístico del SNS (MSSSI, 2017s), el Banco de Datos del SNS (MSSSI, 2017t), los informes sobre los principales indicadores del SNS (MSSSI, 2017b), el Modelo de indicadores para el análisis de la hospitalización (iCMBD) (<http://icmbd.es/>) y varios proyectos de base tecnológica, como el de la “tarjeta sanitaria individual”, el proyecto sobre la HCD (para más información sobre este proyecto, véase MSSSI, 2017k), y el proyecto sobre la “receta electrónica

interoperable” (véase la sección 4.1.4, *Tecnología de la información y sanidad electrónica*).

Otras iniciativas en el ámbito del SI-SNS consisten en la nueva regulación del Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD), dos iniciativas en materia de atención primaria (BDCAP y BIFAP), y la acreditación de las recopilaciones de datos científicos como registros de utilidad para el SNS.

En 2015 se adoptó una nueva normativa (RD 69/2015) encaminada al registro de toda la actividad desarrollada en el ámbito de la atención especializada. Este registro potencia la información recabada actualmente sobre hospitalizaciones (consolidada desde mediados del decenio de 1990), y amplía su alcance a la atención de urgencia prestada en centros hospitalarios y a la atención especializada ambulatoria, en particular, a la que se ofrece en centros de día, la cirugía ambulatoria y las hospitalizaciones en el propio domicilio.

En la base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) se recogen datos clínicos de una muestra aleatoria en el ámbito la atención primaria (incluida toda la población registrada y sus episodios). Incluye información sobre problemas de salud activos, intervenciones y algunos resultados sanitarios intermedios. El objetivo de la BDCAP es facilitar el estudio de la eficacia, la calidad y el coste de la atención primaria. Diseñada, encargada y mantenida por el MSSSI, lleva en funcionamiento desde 2011 y gestiona actualmente 4,68 millones de historias clínicas digitales correspondientes a 16 de las 17 CC.AA.

La Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP) tiene por objeto facilitar la investigación farmacoepidemiológica, evaluando los beneficios o riesgos de los distintos fármacos utilizados en entornos ambulatorios de la vida real. La información la recaban voluntariamente los médicos de familia y los pediatras que trabajan en siete CC.AA. La BIFAP incluye datos clínicos y de prescripción de unos 4,8 millones de pacientes. Se encarga de su mantenimiento la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, un organismo público del MSSSI.

Por su parte, los registros de utilidad consisten en una recopilación de fuentes de datos, un subproducto de diferentes proyectos de investigación o seguimiento, avalados por el MSSSI tras un proceso de acreditación. La información recabada en estos “registros” se considera de interés para informar las políticas del SNS. Las fuentes de datos certificadas actualmente son: a)

RECALCAR (registro de la calidad de la atención sanitaria en los departamentos de cardiología); b) REDECAN (base de datos conjunta establecida por la Red Española de Registros de Cáncer); c) ENVIN-UCI (registro español de infecciones nosocomiales en unidades de cuidados intensivos); d) una base de datos conjunta de la Red Española de Costes Hospitalarios; e) ARIAM (registro para el análisis de la demora de las intervenciones terapéuticas en infartos agudos de miocardio); f) el registro español de fertilidad; y g) el Atlas VPM (Atlas de Variación de la Práctica Médica en el Sistema nacional de salud español), infraestructura de datos para la evaluación de variaciones injustificadas en el desempeño de la asistencia sanitaria.

### ■ 7.1.2 *Iniciativas de seguimiento*

Dada la riqueza de los datos disponibles (el SNS ocupa una posición notable en lo que se refiere a la adopción significativa de tecnologías de la información), las HCD no se utilizan sistemáticamente para llevar a cabo un seguimiento del efecto de las intervenciones y las políticas.

Cabe destacar tres iniciativas de seguimiento a escala nacional, a saber, los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), el Modelo de indicadores para el análisis de la hospitalización (iCMBD) y el proyecto del Atlas VPM, esto es, el Atlas de Variación de la Práctica Médica en el SNS.

INCLASNS recopila datos de los diferentes repertorios de datos administrativos. Conceptualmente, INCLASNS es una adaptación del marco desarrollado por la iniciativa de los indicadores esenciales europeos de salud, y contiene 247 indicadores, con una lista reducida de 50, que abarcan varios ámbitos: resultados sanitarios, factores determinantes de la salud, recursos sanitarios, utilización y adecuación, accesibilidad, eficacia y seguridad, gasto y satisfacción de la población. El principal objetivo es la evaluación global del sistema sanitario y la comparación del rendimiento entre CC.AA. INCLASNS lo gestiona el MSSSI en nombre del Consejo Interterritorial (MSSSI, 2017b).

Por otra parte, desde 2007, el iCMBD –el modelo de indicadores para el análisis de la hospitalización– ha supervisado los resultados de una serie de indicadores de rendimiento y de la red hospitalaria del SNS, incluidos los que se utilizan para la evaluación de determinadas estrategias en el SNS y la seguridad del paciente (véase <http://icmbd.es/>).

Desde 2002, el Atlas VPM ha vinculado varios conjuntos de datos administrativos consolidados por las 17 CC.AA., el MSSSI y el Instituto Nacional de Estadística. Hasta la fecha, el Atlas VPM ha analizado diferencias injustificadas en la efectividad, eficiencia, calidad y seguridad de los proveedores hospitalarios a escala geográfica. En este sentido, el Atlas VPM<sup>1</sup> ha determinado la existencia de una variabilidad injustificada en los procedimientos ortopédicos, la atención cardiovascular, la cirugía del cáncer, los ingresos hospitalarios en el ámbito de la salud mental y las hospitalizaciones potencialmente evitables en afecciones crónicas, ictus isquémico y procedimientos de bajo valor.

## ■ 7.2 Impacto del sistema sanitario en la salud de la población

Los mecanismos de seguimiento habituales del SNS y algunos estudios publicados (González López-Varcárcel y Barber, 2017) no han determinado la existencia de impacto alguno de las reformas del sistema sanitario en la salud de la población. Por el contrario, se ha observado en este período una tendencia positiva de la mortalidad tratable<sup>2</sup> y prevenible<sup>3</sup> (Fig. 7.1). La mortalidad tratable disminuyó de 103,6 fallecimientos por 100.000 habitantes en 2000 a 65,8 en 2015, muy por debajo de la media de la UE (125 muertes por 100.000 habitantes en 2015). Se observó una tendencia similar en el caso de la mortalidad prevenible, que en España pasó de 62,9 fallecimientos por 100.000 habitantes en 2000 a 45,4 en 2015, muy por debajo de la media de la UE (60,9) y que constituye una de las tasas más bajas de mortalidad prevenible en la UE. Al utilizar la lista consensuada de causas de mortalidad evitable acordada para el caso español (Gispert, Bares y Puigdefabregas, 2006), se observa una notable disminución de la mortalidad estandarizada entre 2000 y 2014, pero desde 2011 la reducción se ha estabilizado (Barber Pérez, González López-Valcárcel y Pinilla, 2017).

1 De la gestión y el aprovechamiento del Atlas VPM se encarga el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), una institución pública del SNS de ámbito regional. Todos los resultados de la investigación están disponibles libremente en [www.atlasvpm.org](http://www.atlasvpm.org).

2 Mortalidad tratable: fallecimientos por causas que no deberían ocurrir si las personas tuvieran acceso a una atención sanitaria oportuna y eficaz.

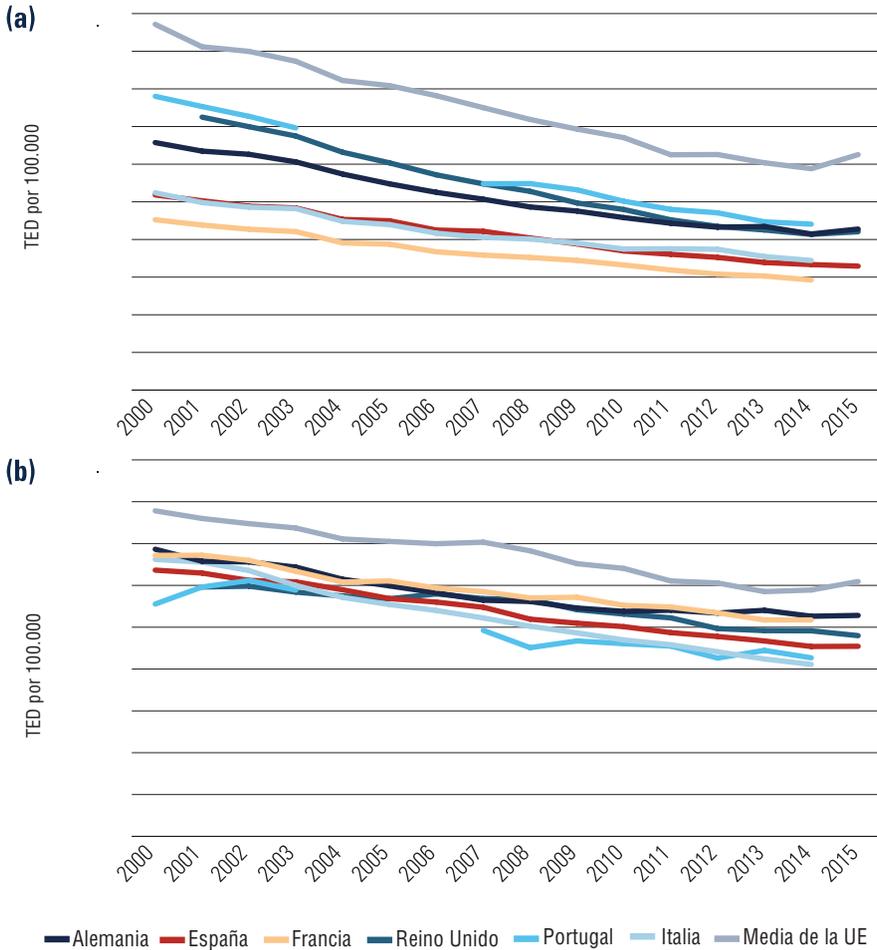
3 Mortalidad prevenible: fallecimientos que podrían haberse evitado mediante intervenciones de salud pública centradas en factores determinantes de la salud de más amplio alcance.

En lo que respecta a la mortalidad materna e infantil, se aprecia una ligera reducción de la mortalidad materna entre 2000 y 2014 (de 3,8 a 3,5 muertes por 100.000 nacidos vivos), mientras que en la mortalidad infantil el descenso es notable (de 4,4 a 2,9 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos) (Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017).

En lo que respecta a las causas específicas de fallecimiento, las muertes por enfermedades cardiovasculares han disminuido considerablemente. Las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica disminuyeron de 65,9 fallecimientos por 100.000 habitantes en 2000 a 36,4 en 2014, mientras que las muertes por enfermedad cerebrovascular disminuyeron de 56,7 por 100.000 habitantes a 27,2 durante el mismo período. La mortalidad por cáncer también ha experimentado un descenso. La mortalidad por cáncer de mama se redujo de 24,1 fallecimientos por 100.000 mujeres en 2003 a 21,0 en 2013. Se ha observado una reducción menor en el mismo periodo en el caso del cáncer colorrectal (con una disminución de 27,6 muertes por 100.000 habitantes a 27,1) y del cáncer de cuello uterino, con un descenso de 2,3 muertes por 100.000 mujeres a 2,2. Por último, se ha apreciado una reducción drástica de las muertes por accidentes involuntarios, de 26,4 fallecimientos por 100.000 habitantes a 14,0 (OCDE, 2015d).

Unos mejores tratamientos y un mejor control de la hipertensión, la ampliación de los programas de cribado de la población (con un 77% de participación en el cribado de cáncer de mama y un 67,7% en los programas de cuello uterino), la implantación de un nuevo sistema de pérdida de puntos en la legislación sobre tráfico (Pulido y cols., 2010), la ejecución de dos leyes sobre el abandono del tabaquismo (Pinilla y Abásolo, 2017) y la reducción del consumo de alcohol, especialmente en el caso de los varones (descenso del 4,9% entre 2006 y 2014) (véase la tabla 1.4) podrían ser los factores que han contribuido al descenso de las tasas de mortalidad.

**FIG. 7.1** Mortalidad tratable a) y mortalidad prevenible b) en España y en países seleccionados, 2000-2015; tasas estandarizadas (método directo) por 100.000 habitantes



Fuente: estimaciones basadas en OMS (2017c).

Nota: lista de mortalidad tratable y prevenible según la definición de Nolte y McKee (2004).

### ■ 7.2.1 Equidad en los resultados

Persisten las diferencias en cuanto a la percepción subjetiva de un estado de salud bueno o muy bueno entre los distintos quintiles de renta o nivel educativo, aunque las cifras han tendido a converger desde 2005. La percepción subjetiva del estado de salud propio fue superior en 22,9 puntos en 2005

entre las personas más acomodadas (78,7% frente al 55,8%), mientras que en 2015 la diferencia era de 8,8 puntos (81,6% frente al 72,8%). Se observan tendencias similares en cuanto a la percepción subjetiva de la morbilidad y de las limitaciones a largo plazo propias. La percepción subjetiva de la morbilidad era 14 puntos más alta entre las personas menos acomodadas en 2005, mientras que, en 2015, la diferencia era de 3,4 puntos (30,8% frente al 27,4%). En lo que se refiere a la percepción subjetiva de las limitaciones graves a largo plazo, la diferencia descendió del 5,6% en 2005 al 3,4% en 2015 (Eurostat, 2017e).

Por tanto, el impacto final de la crisis y las reformas posteriores en la distribución de los resultados sanitarios entre los distintos estratos socioeconómicos sigue siendo indetectable; el efecto probable requiere un período más largo para manifestarse. La combinación del desempleo o un empleo precario, menores ingresos de los hogares e impuestos indirectos crecientes (OCDE, 2015a; Eurostat, 2015) ha elevado el nivel de pobreza del país (casi cinco puntos entre 2005 y 2016) con un 27,9% de la población por debajo del umbral de pobreza y una razón de variación de 3,4 entre CC.AA. (del 44,6% de la población en Canarias al 13% en Navarra). Por otro lado, el empobrecimiento ha afectado más a los hogares que ya eran más desfavorecidos, ampliando así la brecha de desigualdad. Desde el inicio de la crisis económica, el coeficiente de Gini ha aumentado, de 0,32 en 2008 a 0,35 en 2016 (INE, 2016a), mientras que el grado de movilidad intergeneracional ha disminuido (García-Altés y Ortún, 2014). Los datos contrastados disponibles indican que existe margen para aplicar la estrategia intersectorial basada en el principio de la “salud en todas las políticas” contemplada en la Ley 33/2011.

### ■ 7.3 Acceso

El acceso a los servicios sanitarios se ha mantenido en general, aunque las reformas han dado lugar a algunos cambios en la amplitud y el alcance de la cobertura, así como en los mecanismos de reparto de costes, que han afectado parcialmente al *statu quo* del SNS (véase la sección 6.1, *Análisis de reformas recientes*).

No existen estudios en los que se analice el efecto de los cambios en la amplitud de la cobertura. Aunque el fundamento del derecho a la asistencia cambió, *de facto*, este hecho solo afectó temporalmente a la atención

no urgente para inmigrantes indocumentados (la atención de urgencia y la asistencia materno-infantil siguieron cubiertas), generalmente personas más jóvenes y sanas; en este sentido, se espera que el impacto negativo que se produzca en la salud sea limitado.

En lo que se refiere al alcance de la cobertura, la reforma se centró más en realidad en redefinir su profundidad que en recortar la cartera de prestaciones. Se observó que la nueva política de copago afectaba al nivel medio de dispensaciones ambulatorias de cualquier medicamento (Puig Junoy, Rodríguez-Feijoo y López-Valcárcel, 2014), con un acusado efecto a corto plazo sobre fármacos de alta eficacia (como tratamientos contra la diabetes, medicamentos trombolíticos y tratamientos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) (Puig Junoy López y cols., 2016), y una disminución de la adhesión a fármacos efectivos en el caso de pacientes altamente vulnerables (como después de un infarto de miocardio agudo) (González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez-Feijoo, 2017). En cualquier caso, el efecto se diluyó poco después del inicio del copago (en torno a 18 meses).

Por lo que respecta a la población inmigrante, cabe destacar la limitación del acceso legal a los servicios de atención primaria en el caso de los extranjeros no registrados o autorizados residentes en España, según lo establecido en los RDL 16/2012 y 1192/2012. La nueva regulación incluyó exenciones respecto a la atención materno-infantil y la asistencia de urgencia para enfermedades o accidentes graves, con independencia de su causa, hasta el final del episodio de enfermedad (véanse las secciones 3.3.1, *Cobertura* y 6.1.2, *Cambios en la amplitud de la cobertura*). No es posible cuantificar el número de migrantes que perdieron su derecho a la asistencia sanitaria, que anteriormente estaba vinculado a la condición de residente. En cualquier caso, existen indicios de la existencia de barreras de acceso adicionales (administrativas, legales o culturales) para la población inmigrante en comparación con los españoles autóctonos (Urbanos-Garrido, 2016).

### ■ 7.3.1 *Listas de espera*

Las medidas de austeridad, fundamentalmente recortes presupuestarios y de oferta, pueden haber sido la causa subyacente del aumento de las listas de espera observado en España tras la crisis. Según los datos de la OCDE, los plazos de espera para la cirugía de cataratas se elevaron de 89 días en 2010 a 105,1 días en 2015 (mediana de tiempo de 82,5 días). Del mismo modo,

los plazos de espera para la sustitución de cadera aumentaron de 136 a 150,1 días (mediana de espera de 130 días). En el caso del reemplazo de rodilla, la mediana del tiempo de espera fue de 137 días en 2015 (OCDE/UE, 2016).

En lo que se refiere a la atención primaria, según las respuestas de los pacientes, el 86% de las citas de atención primaria no de urgencia tuvieron lugar en el plazo de 2 días desde su solicitud, y el 36% de las personas que solicitaron asistencia fueron atendidos el mismo día (MSSSI, 2016k).

Desde 2014, el número de pacientes en la lista de espera quirúrgica ha aumentado, aunque los plazos de espera y el porcentaje de personas por encima del umbral de 6 meses han disminuido ligeramente.<sup>4</sup> En el caso de las consultas de diagnóstico, aunque el número de pacientes en la lista de espera y los plazos de espera medios se han estabilizado, los pacientes por encima del umbral de 60 días han aumentado, del 30,5% en junio de 2014 al 41,1% en junio de 2016 (MSSSI, 2016j).

### ■ 7.3.2 *Distribución de los proveedores*

La gran mayoría de los recursos humanos en la atención primaria, así como el 92% de los médicos y el 90% de los profesionales de la enfermería en la asistencia especializada trabajan en el sector público. La distribución de médicos y personal de enfermería en 2015 mostró una variación más bien escasa entre CC.AA. (MSSSI, 2017b). En el caso de los profesionales de la atención primaria, la variación geográfica del personal por cada 100.000 habitantes fue bastante pequeña tanto para los médicos como para el personal de enfermería, y menor que la variación en el caso de los médicos y los enfermeros que trabajan en hospitales o centros ambulatorios especializados. Las diferencias observadas son coherentes con la sólida regulación del SNS, en el que el personal se distribuye con arreglo a las políticas de planificación y redistribución de las autoridades sanitarias. Esta pequeña variación contrasta con la distribución de dentistas (cuyas consultas individuales o de pequeño tamaño no se incluyen en la cartera de prestaciones), que sigue las fuerzas del mercado. En este caso, la razón de variación es de tres entre CC.AA. (Consejo General de Dentistas de España, 2016), la mayor comparada con la distribución de otros trabajadores sanitarios.

La distribución desigual de camas hospitalarias y CAP entre CC.AA.

<sup>4</sup> Desde junio de 2016 se ha producido un cambio en el modo en que se notifican las listas de espera, lo que dificulta la evaluación de tendencias posteriores.

(véase la sección 4.1, *Recursos físicos*) no debe percibirse como una posible fuente de desigualdades en el acceso, sino como la consecuencia de una distribución desigual de la población en todo el territorio: la densidad de población entre CC.AA. varía entre 25 y 795 habitantes por km<sup>2</sup>. A pesar de esta distribución desigual, las políticas de planificación y redistribución de las CC.AA. regulan la asignación de centros de modo que el 90% de la población en España vive a menos de 30 minutos de un hospital (entre el 74% y el 98% dependiendo de la comunidad autónoma) y el 95% de la población reside a menos de 60 minutos de un hospital terciario (entre el 47% y el 98,2% dependiendo de la comunidad autónoma). En lo que atañe a la atención primaria, los centros y las unidades de salud locales adjuntas cubren a toda la población y se establecen a una distancia máxima de 30 minutos del lugar de residencia de los usuarios.

La observación de variaciones poco significativas entre las distintas áreas de atención sanitaria (por ejemplo, las áreas desarrolladas en torno a un hospital) en cuanto a las tasas de población normalizadas de ingresos altamente efectivos (infarto agudo de miocardio o ictus isquémico agudo) o procedimientos de gran eficacia (cirugía del cáncer de mama, del cáncer colorrectal y del cáncer de pulmón) constituye un indicador indirecto de la ausencia de barreras de acceso debido a la distribución de los proveedores (Angulo-Pueyo y cols., 2017).

### ■ 7.3.3 *Necesidades no satisfechas*

Tras el inicio de la crisis y las reformas posteriores, se ha mantenido la participación en los servicios preventivos. Las diferencias entre quintiles educativos no se han ampliado significativamente en el caso del cáncer de mama y de cuello uterino. Así, por ejemplo, en 2014, el número de mujeres que nunca se habían sometido a una mamografía como prueba de cribado del cáncer de mama alcanzó el 7,2% en el grupo de las mujeres de menor nivel educativo alcanzado, frente al 3,2% en el de las de nivel de formación más alto, una diferencia notablemente superior a la de 2008 (8,2% frente al 5,7%). El porcentaje de mujeres que nunca se había sometido a una citología para la prevención del cáncer de cuello uterino era del 20,9% en el grupo de las de menor nivel educativo, frente al 11,3% en el de las de nivel de formación más alto, una diferencia similar a la de 2008 (24,9% frente al 16,4%). Se elaboran actualmente nuevas normativas encaminadas a incluir el programa organizado de cribado del cáncer de cuello uterino en los servicios básicos del SNS. En las pruebas de detección de cáncer colorrectal,

la mejora global (del 90% de las personas elegibles no cubiertas en 2008 al 80,8% en 2014) también varió entre los distintos niveles educativos: el 82,8% no se encontraba cubierto en el nivel educativo inferior, frente al 76,6% en los niveles de formación superiores (Eurostat, 2017e). Este hecho no guarda una relación aparente con las reformas sanitarias, sino que está más bien relacionado con el cribado del cáncer colorrectal que se puso en marcha inicialmente en poblaciones urbanas, donde suelen ser más frecuentes las personas con un nivel educativo superior.

Los datos más recientes respecto a necesidades no satisfechas en el caso de los reconocimientos médicos (por cualquier motivo) muestran diferencias poco significativas entre los más acomodados y los más desfavorecidos, siendo España uno de los países con la menor diferencia (Fig. 7.2).

El porcentaje de necesidades de reconocimiento médico no satisfechas por motivos económicos siguió un patrón similar; mientras que las personas más acomodadas no declararon necesidades insatisfechas por razones económicas ni en 2008 ni en 2015, los encuestados menos favorecidos refirieron un aumento poco significativo de las necesidades no satisfechas, del 0,2% en 2008, al 0,4% en 2015.

No ocurrió así en el caso de las necesidades insatisfechas de atención dental (debido a las barreras económicas), ya que el porcentaje aumentó en los quintiles de ingresos más bajos. Mientras que en el grupo de los más acomodados, las cifras disminuyeron (del 1,2% en 2008 al 0,9% en 2015), en el de los más desfavorecidos, las necesidades insatisfechas se elevaron del 7,0% en 2008 al 10,5% en 2015. Sin embargo, la causa subyacente no debe percibirse como un efecto colateral de las reformas de la cobertura, ya que la atención dental nunca ha formado parte de la cartera de prestaciones, sino como una consecuencia del impacto de la crisis en los presupuestos de los hogares.

Por último, a la vista de las barreras de acceso mencionadas, la percepción subjetiva del estado de salud propio de la población inmigrante ha empeorado a lo largo de los años en comparación con la población autóctona, muy probablemente como consecuencia de un impacto diferencial de la crisis económica (Gotsens y cols., 2015).

## ■ 7.4 Protección financiera

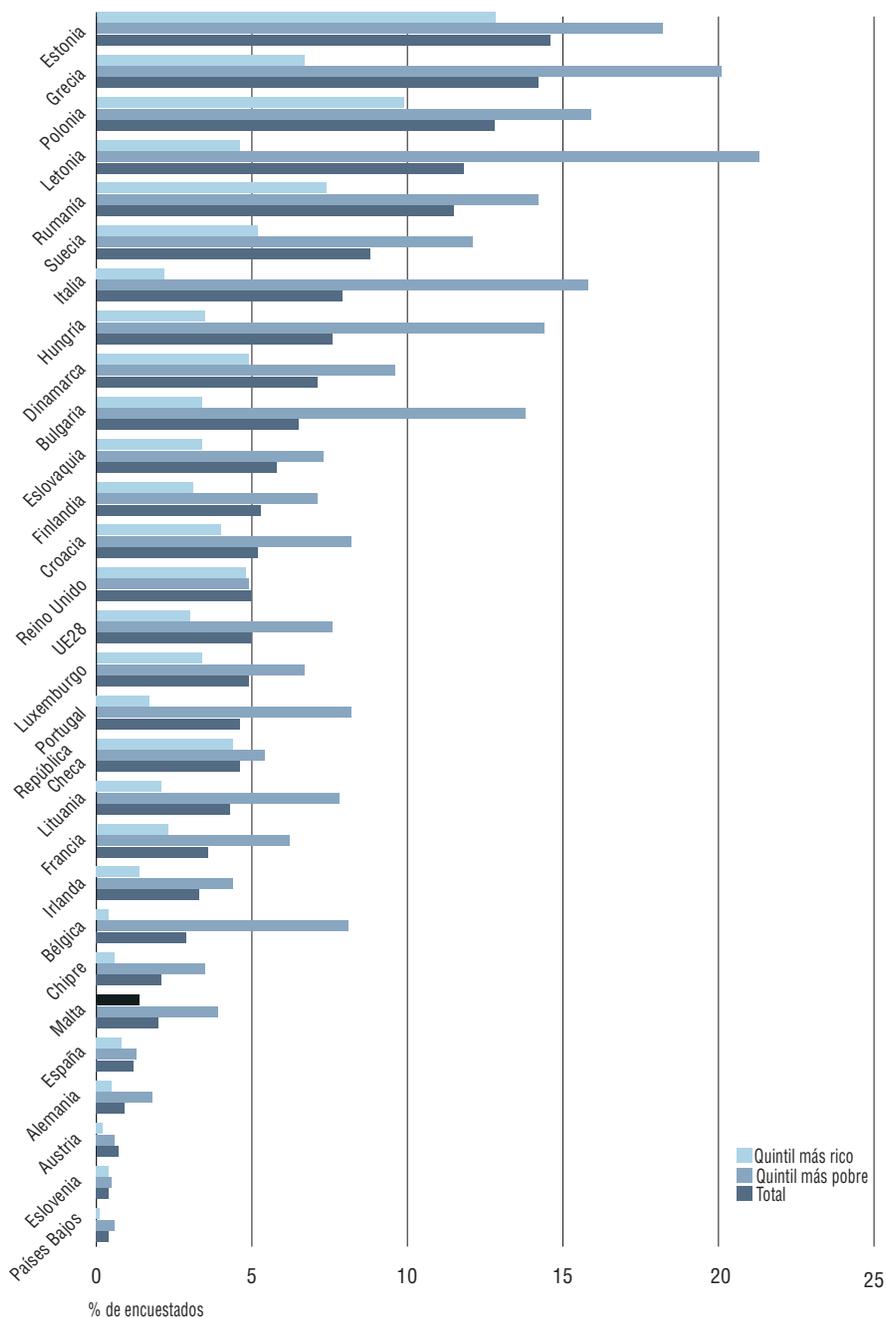
En 2014, el 71% del gasto sanitario total se financió públicamente mediante impuestos; el resto de la financiación procedió de los gastos sufragados directamente por los usuarios (24%) y de los planes voluntarios de seguro

de enfermedad (5%). Cabe señalar que la proporción del gasto privado en sanidad ha pasado del 25,6% en 2010 al 29,1% en 2015, y la gran mayoría de este crecimiento puede atribuirse al gasto sufragado directamente por los ciudadanos (véase la sección 3.4, *Pagos sufragados directamente por los ciudadanos*). Este crecimiento ha supuesto un pequeño aumento del gasto de los hogares en sanidad, del 3,1% en 2011 al 3,4% en 2016 (aumento del gasto medio de 894,7 a 966,7 euros por hogar) (INE, 2016b).

A pesar de este incremento en los pagos sufragados directamente por los ciudadanos, el riesgo de un gasto catastrófico para los hogares es menor. Por un lado, la reducción observada en la contribución de la Administración al gasto sanitario no ha modificado esencialmente el alcance y la profundidad de la cartera de prestaciones. Por otra parte, aunque el sistema impositivo (los ingresos fiscales constituyen la principal fuente de fondos públicos) ha perdido progresividad desde 2007 (véase la sección 3.2, *Fuentes de ingresos y flujos financieros*), el gasto público ejerce una influencia sustancial en la reducción del gasto de los hogares. Considerando la aportación en especie del SNS, se estima que la renta de los hogares aumenta un 15%. Además, este impacto es progresivo, ya que las familias de los quintiles de ingresos más bajos se benefician proporcionalmente más que las de los quintiles más altos; de hecho, al calcular los ingresos de los hogares, incluido el gasto público en salud (como prestaciones en especie para los hogares), se reduce el coeficiente de Gini (desde 2003, entre 3,3 y 4,2 puntos porcentuales). El mayor efecto redistributivo es atribuible al gasto en atención primaria. Cabe señalar que la mayor reducción del coeficiente de Gini se observó inmediatamente después de la crisis económica (Goerlich-Gisbert, 2016).

Conviene destacar asimismo que, en los servicios no cubiertos por el SNS, en particular la atención dental (no existen datos oficiales sobre la atención a problemas ópticos), el nivel de necesidades no satisfechas declarado como consecuencia de las barreras económicas ha aumentado desde 2011. No es concluyente que el reparto de costes con los pacientes en los servicios cubiertos por el SNS haya incrementado las necesidades no cubiertas. Aunque en el Barómetro Sanitario de 2016 se refirió que el 4% de los encuestados declaró haber dejado de tomar medicamentos recetados por un médico del sector público por motivos económicos (MSSSI, 2016k), al considerar los fármacos efectivos utilizados en la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio, al nuevo régimen de copago le siguió una reducción en la adhesión a los tratamientos con medicamentos de precio elevado (no en el caso de los de bajo precio), con independencia del nivel de renta (González López-Valcárcel y cols., 2017).

**FIG. 7.2** Necesidades no satisfechas en reconocimientos médicos (por motivos económicos o de otro tipo), por quintil de renta, países de la UE/EEE, 2015



Fuente: Eurostat (2017c).

Notas: EEE Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo; UE28: Estados miembros de la Unión Europea en julio de 2013.

## ■ 7.5 Eficiencia del sistema sanitario

### ■ 7.5.1 Eficiencia distributiva

Como se ha mencionado anteriormente, el SNS está muy descentralizado (véase la sección 2.2, *Descentralización y centralización*); en este sentido, tanto la Administración central como los Departamentos de Salud de las CC.AA. adoptan decisiones sobre la asignación de recursos.

Los servicios sanitarios (así como la educación y los servicios sociales) se financian principalmente con recursos del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales. Este Fondo representa el 75% de los recursos fiscales agregados de las CC.AA. y trata de proporcionar de manera uniforme fondos suficientes a dichas comunidades, de acuerdo con una fórmula de «necesidad ponderada» (véanse los detalles en la sección 3.3.3, *Agrupación y asignación de fondos*). Este fondo se complementa con otro de carácter general, el Fondo de Suficiencia Global, que garantiza en gran medida el *statu quo* financiero de las CC.AA., sobre la base del nivel relativo de gasto en el momento de la descentralización de las competencias sanitarias (2001). Este segundo mecanismo ha obstaculizado en gran medida la reasignación de fondos, ya que ha perpetuado *de facto* desequilibrios de financiación entre CC.AA. no motivados por diferencias de necesidad. Además, la asignación de fondos dentro de cada comunidad autónoma se atiene a un enfoque más bien retrospectivo, generalmente no basado en la eficacia, lo que conduce, por ejemplo, a la ampliación de la brecha entre la financiación de la atención hospitalaria/especializada y la de la atención primaria. La proporción de servicios hospitalarios y especializados aumentó un 4,3% entre 2009 y 2015 (de 39.251 a 40.942 millones de euros), mientras que la financiación de servicios de atención primaria disminuyó un 13,3% en este período (de 10.775 a 9.336 millones de euros) (MSSSI, 2015c, 2017h) (véase la sección 3.2, *Fuentes de ingresos y flujos financieros*).

Aunque la legislación exige el coste-efectividad como elemento principal al adoptar decisiones sobre la asignación de recursos, se han dado pocos pasos en esta dirección. Cabe destacar el nuevo papel de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones encargada de informar sobre la eficacia y eficiencia de las técnicas, tecnologías y procedimientos considerados para su inclusión en la cartera de prestaciones, así como de vigilar e informar sobre el abandono de las

tecnologías actualmente incluidas en la cartera (véase la sección 6.1.8, *Un nuevo estatus para la evaluación de las tecnologías sanitarias y las prestaciones*). De hecho, este enfoque ha sustituido al mecanismo clásico de fijación de prioridades basado en estrategias sanitarias o planes generales: documentos inspiradores cuyas recomendaciones no siempre se basaban en criterios de efectividad. El nuevo *statu quo*, sin embargo, no cambia la función asesora de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y ninguno de sus informes y recomendaciones es legalmente vinculante.

En cualquier caso, las iniciativas que buscan generar mayor valor como forma de reasignar recursos cobran impulso en el SNS. El Ministerio de Sanidad, con el asesoramiento metodológico de GuíaSalud (un programa nacional para el desarrollo y la aplicación de directrices clínicas), invitó a cada una de las sociedades científicas médicas del país a plantear cinco recomendaciones de “no hacer” (MSSSI, 2017o), replicando la conocida iniciativa “Choosing Wisely” (elegir sabiamente) a cargo del *American Board of Internal Medicine* (MSSSI, 2017o). Como consecuencia de esta iniciativa, los Departamentos de Salud de las CC.AA. han emprendido la puesta en marcha del seguimiento de varios servicios innecesarios o perjudiciales y la aplicación de medidas locales para reducirlos. Paralelamente a esta estrategia, se ha publicado recientemente un atlas de variaciones en los procedimientos con bajos niveles de efectividad, dando a conocer las amplias e injustificadas diferencias entre las áreas de atención sanitaria y los hospitales de todo el país (García-Armesto y cols., 2016). El exceso observado de casos de procedimientos de escaso valor implica, a escala poblacional, unos costes de oportunidad elevados y, ulteriormente, un alto potencial para la reasignación. Este atlas lo utilizan las autoridades sanitarias para el seguimiento de las iniciativas locales en Andalucía, Navarra y Aragón.

### ■ 7.5.2 Eficiencia técnica

En este apartado se esbozan algunos de los logros y retos existentes en lo que respecta a la eficiencia técnica. Entre los primeros figura un aumento de la productividad hospitalaria, una mayor orientación de los hospitales hacia la atención ambulatoria, y las políticas que afectan al precio medio de los medicamentos. Entre los retos planteados se cuenta una combinación inapropiada de personal, un uso inadecuado de los recursos, y los precios inadecuados de los nuevos fármacos.

## Logros

### *Aumento de la productividad hospitalaria*

En un estudio reciente sobre la evolución de la eficiencia técnica en los hospitales de agudos del SNS, que concentran el 86% de la actividad total del SNS, se observó un aumento medio de la productividad, del 0,88 en 2003 al 0,91 en 2013 (valor máximo 1), con una pequeña variación (es decir, coeficientes de variación por debajo del 10%) entre hospitales. Este avance en la productividad se traduce en una subida del 14,2% en los resultados (altas y consultas ambulatorias ajustadas) utilizando la misma cantidad de recursos (médicos, personal de enfermería, camas) (Gorgemans y cols., 2017). Uno de los impulsores de este incremento de la productividad puede ser el cambio a la atención ambulatoria de día.

### *Orientación hospitalaria hacia la atención ambulatoria de día*

La duración de las estancias ha disminuido de 7,6 a 6,9 días entre 2003 y 2015. El descenso observado en estancias quirúrgicas ha sido aún mayor (actualmente, de 6,5 días). En el caso de las estancias médicas, la reducción podría estar relacionada con iniciativas de alta temprana vinculadas a servicios de atención de larga duración o al desarrollo de programas de atención domiciliaria. En el caso de las estancias quirúrgicas, más allá de la reducción de las estancias prequirúrgicas (de 2,2 días a 1,5 días), es muy probable que el aumento de la cirugía ambulatoria desempeñe un papel importante. Así, mientras que en 2003 la proporción de la cirugía en centros de día fue del 33,7%, en 2014 la proporción media fue del 48% de la actividad quirúrgica global (Comendeiro-Mälloe y cols., 2017).

### **Políticas que afectan al precio medio de los medicamentos**

Los precios de referencia, la prescripción por principio activo y la dispensación de medicamentos genéricos han constituido las tres políticas orientadas a aumentar la eficiencia de la prestación farmacéutica. Las tres medidas emprendidas de manera modesta a finales del decenio de 1990 y reguladas en varios instrumentos jurídicos, siendo el último de ellos el RD 177/2014

(véase la sección 2.4.5, *Regulación y formas de gestión de los medicamentos*), son complementarias. Así, una vez que se ha decidido el precio máximo al que podría financiar un medicamento el sector público y se han establecido grupos homogéneos de fármacos para los que es aplicable este precio de referencia, los médicos tienen que prescribir el uso del principio activo y los farmacéuticos minoristas deben dispensar el medicamento más barato del grupo, normalmente un genérico. Desde 2011, el consumo de medicamentos genéricos ha aumentado del 34,2% al 48% en 2014. Con respecto a la normativa de 2014 respecto al coste medio por receta, su impacto sigue siendo incierto, ya que, en los años posteriores a la medida, el coste por receta aumentó un 0,31% en 2015 y un 1,71% en 2016 (MSSSI, 2017p).

## Retos

### *Combinación de personal inadecuada*

La tasa de enfermeros por habitante en España sigue siendo una de las más bajas entre los Estados miembros de la UE, con una ratio de 1,4 enfermeros por médico, muy por debajo de la media de los países de la OCDE (2,5). En el caso de la atención primaria, en el que se supone que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención, así como en el cuidado de los pacientes crónicos, la proporción es aún menor, con solo 0,85 enfermeros por médico (MSSSI, 2017b).

En lo que se refiere a la distribución de funciones profesionales, más allá de la asignación de tareas pormenorizada en el trato directo de los pacientes, el único desarrollo reglamentario en la última década ha sido la regulación de la prescripción de medicamentos por parte de los enfermeros. Aunque la nueva norma (RD 954/2015) permite a los profesionales de la enfermería prescribir medicamentos en circunstancias concretas (como se especifica en las directrices y los protocolos clínicos elaborados conjuntamente, y con la acreditación de los profesionales de enfermería prescriptores con arreglo a determinados criterios y procedimientos), se encuentra aún pendiente de aplicación.

Por último, aunque el gasto asistencial a largo plazo ha aumentado, particularmente en cuanto al gasto en asistencia a domicilio (véase la sección 5.8, *Cuidados de larga duración*), el número de trabajadores formales (4 trabajadores por cada 100 personas de 65 o más años de edad) sigue estan-

do por debajo de la media de la OCDE (6 trabajadores por cada 100 personas de 65 o más años de edad) y no cubre las necesidades de los pacientes crónicos altamente vulnerables y sus familias. No obstante, los cuidadores informales acreditados prestan el 34% de los servicios personales proporcionados a los beneficiarios del SAAD (OCDE, 2017d) (véase la sección 5.9, *Servicios para cuidadores informales*).

### *Uso inapropiado de los recursos*

El uso inadecuado de los recursos puede traducirse en deterioros de la eficiencia técnica a nivel micro, pero también puede poner en peligro la eficiencia distributiva a nivel macro. En el sistema sanitario español (Angulo Pueyo y cols., 2015; García-Armesto y cols., 2016) se conocen bien los datos que acreditan las hospitalizaciones potencialmente evitables en casos de enfermedades crónicas, la utilización de tecnologías altamente efectivas en pacientes no elegibles, o el uso de técnicas o procedimientos que cuentan con alternativas más efectivas desde el punto de vista de los costes. Por ejemplo, aunque han descendido las hospitalizaciones potencialmente evitables en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la variación entre las áreas de atención sanitaria del país es significativa: una razón de variación de 4,6, y 5 veces más de lo previsto por las diferencias epidemiológicas (Ibañez-Beroiz y cols., 2017). Otro ejemplo es el uso desigual de la cirugía de espalda, rodilla o cadera en condiciones degenerativas más allá de las diferencias en la epidemiología, lo que demuestra el uso excesivo de procedimientos efectivos en pacientes no elegibles. La razón de variación entre áreas de atención sanitaria es de hasta 3,4 en el caso de la cirugía de espalda y de 4 en la sustitución de cadera y rodilla, casi el doble de lo previsible a la luz de las diferencias en la epidemiología (Ridao-López y cols., 2014a, 2014b; y Angulo Pueyo y cols., 2014).

Por último, el uso inadecuado de medicamentos también está generalizado y afecta a cualquier grupo de fármacos y a cualquier subgrupo de la población, constituyendo una de las principales fuentes de ineficiencia técnica. Por ejemplo, la prescripción de suplementos de calcio y vitamina D en mujeres de edad avanzada puso de relieve que al menos el 85,8% de las pacientes presentaba al menos un criterio de ausencia de idoneidad (Youngster y cols., 2017), y el 29% de ellas ingería una dosis diaria inadecuadamente excesiva (Sanfélix-Gimeno y cols., 2013). Por otra parte, la

prescripción de antibióticos en los 2 primeros años de vida suponía 1,5 tandas al año, y en solo un tercio de las prescripciones se utilizaron tratamientos de penicilina de primera línea.

### *Precios inadecuados aplicados a nuevos medicamentos*

En cuanto a los mecanismos de fijación de precios de los medicamentos reembolsados por el sistema público, el proceso de negociación se inspira en varios criterios: a) gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que los medicamentos resulten indicados; b) necesidades específicas de ciertos colectivos; c) valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad; d) impacto presupuestario; e) existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento; y f) grado de innovación del medicamento. Las decisiones recientes sobre los precios de los fármacos contra la hepatitis C (Campillo-Artero y cols., 2016) han arrojado sombras sobre si este mecanismo conduce a la determinación del precio más eficiente. En un informe reciente de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, aunque se destacan algunos aspectos valiosos de esta reforma legal, también se señalan ambigüedades en el proceso de toma de decisiones, en particular su falta de definición y de un mecanismo formal y explícito de ponderación para la aplicación de los criterios antes mencionados. En el informe se subraya asimismo la falta de transparencia (los informes de precios no se hacen públicos) y la imprevisibilidad de las resoluciones (CNMC, 2015).

## ■ 7.6 Calidad y seguridad de la asistencia sanitaria

El SNS cuenta con una larga tradición en el desarrollo y la aplicación de iniciativas de calidad y seguridad. Muchas de las líneas de trabajo actuales pueden considerarse derivadas del Plan de Calidad de 2010, en particular las 10 estrategias nacionales de salud centradas en los problemas de salud más relevantes (MSSSI, 2017i), la ampliación de GuíaSalud (la red nacional para el desarrollo y la aplicación de directrices clínicas) (GuíaSalud,

2017), el desarrollo de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente (MSSSI, 2016d), el mencionado Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España (MSSSI, 2017o) o el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (AEMPS, 2014b).

A pesar de los esfuerzos dedicados a fomentar la sensibilización y crear una cultura de la calidad y la seguridad, los resultados son debatibles. Excepto en el caso de mortalidad intrahospitalaria tras un infarto agudo de miocardio, una revascularización coronaria (intervención coronaria percutánea más cirugía de derivación arterial coronaria), y la reparación de una fractura, que muestra un descenso medio, el resto de indicadores se mantienen o aumentan, especialmente en el caso de eventos de seguridad (en este caso puede que siga existiendo un sesgo de registro). Por último, los reingresos siguen el mismo patrón: excepto en el reingreso después de un episodio de infarto agudo de miocardio, los reingresos posteriores a intervenciones quirúrgicas, ingresos por trastornos psiquiátricos agudos y asma no presentan ninguna tendencia en particular (tabla 7.1).

Sin embargo, la enorme variación en cuanto a calidad y seguridad entre hospitales resulta más preocupante. Las cifras recientes muestran que, por ejemplo, en los casos de tromboembolia y trombosis venosa profunda después de cirugía, existe una razón de variación de 1,9 entre hospitales, de 2,2 en cuanto a la mortalidad intrahospitalaria después de una cirugía de derivación coronaria, y de 3,5 en lo que se refiere a dicha mortalidad tras una intervención coronaria percutánea.<sup>5</sup> Cabe destacar el impacto que una baja calidad puede ejercer en un exceso de los costes (un estudio puso de relieve que el tromboembolismo después de una intervención quirúrgica eleva la duración de las estancias en 1,74 días) (Comendeiro-Mälloe y cols., 2015).

En lo que respecta al uso de tratamientos adecuados para las infecciones nosocomiales, el estudio ENVIN-UCI (SEMICYUC, 2016) reveló que, en 2016, en las unidades de cuidados intensivos, el 14,4% de los pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica y el 18,8% de los pacientes con bacteriemia relacionada con catéter no recibían el antibiótico adecuado, empeorando claramente los resultados de 2011 (5,9 y 6,8 de inadecuación, respectivamente).

5 Fuente propia (2017): estimación ad hoc con datos del Atlas de Variación en la Práctica Médica en el SNS español ([www.atlasvpm.org](http://www.atlasvpm.org)).

TABLA 7.1 Indicadores seleccionados de calidad y seguridad, 2005-2015

INDICADORES	2005	2010	2015
<b>INDICADORES DE SEGURIDAD</b>			
Infección hospitalaria (por cada 100 ingresos)	1,18	1,29	1,18
Tromboembolia después de cirugía (por cada 100 intervenciones quirúrgicas) <sup>b</sup>	0,1	0,1	0,1
Trombosis venosa profunda después de cirugía (por cada 100 intervenciones quirúrgicas) <sup>b</sup>	0,2	0,2	0,1
Fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 ingresos	0,05	0,07	0,05
Acontecimientos adversos asociados a fármacos (por 100.000 hab.)	190	310	347
Acontecimientos adversos graves asociados a fármacos (por 100.000 hab.)	80	150	208
Cuerpo extraño dejado en intervenciones (por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas) <sup>a</sup>	3,8	3,1	3,5
Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado (por cada 100 partos vaginales) <sup>a</sup>	2,2	3,2	4,9
Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado (por cada 100 partos vaginales) <sup>b</sup>	0,7	0,7	1,04
<b>INDICADORES</b>			
Mortalidad intrahospitalaria después de cirugía (por cada 100 ingresos quirúrgicos)	1,8	1,7	1,6
Mortalidad intrahospitalaria después de ICP (por cada 100 ICP)	2,2	2,3	2,6
Mortalidad intrahospitalaria tras revascularización coronaria (por cada 100 intervenciones) <sup>b</sup>	7,4	6,3	5,03
Mortalidad intrahospitalaria tras infarto de miocardio (por cada 100 ingresos por IMA)	10,2	8,4	7,2
Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ICC (por cada 100 ingresos por ICC)	10,2	9,5	9,9
Mortalidad intrahospitalaria tras reparación de fracturas de cadera (por cada 100 reparaciones)	5,9	5,3	4,9
Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva (por cada 100 ingresos)	5,5	5,8	5,8
Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con neumonía (por cada 100 ingresos con neumonía)	10,1	8,4	8,9
Amputación de extremidades inferiores en personas con diabetes (por cada 1.000 personas con diabetes)	0,1	0,1	0,1
<b>REINGRESOS</b>			
Reingresos tras cirugía programada (por cada 100 intervenciones quirúrgicas programadas)	2,3	2,7	3,1
Reingresos tras IMA (por cada 100 ingresos por IMA)	11,6	9,2	8,6
Reingresos por trastornos psiquiátricos agudos (por cada 100 pacientes psiquiátricos dados de alta)	10,1	10,1	10,4
Reingresos tras un episodio de asma (por cada 100 altas tras un episodio de asma)	10,1	9,9	11,4

Fuente: MSSSI (2017b).

Nota: IMA: infarto de miocardio agudo; ICC: insuficiencia cardíaca crónica; ICP: intervención coronaria percutánea; <sup>a</sup>OCDE (2017e); <sup>b</sup>ICMBD (<http://icmbd.es/>).

Por último, las tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables por enfermedades crónicas, que también constituyen una medida aproximada del grado de propiedad con el que el sistema en su conjunto gestiona los pacientes crónicos, mostraron una tendencia ambivalente entre 2009 y 2013. Aunque se observó una disminución de los ingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y por complicaciones a corto plazo de la diabetes (de 254,1 ingresos por 100.000 habitantes a 194 en 2013 en el primer caso, y de 64,4 ingresos por 100.000 habitantes a 52,3 en el segundo), las hospitalizaciones potencialmente evitables por insuficiencia cardíaca congestiva aumentaron (de 191,7 ingresos por 100.000 habitantes a 206), y por hipertensión arterial pulmonar en pacientes con asma se mantuvieron estables, con 42 ingresos por 100.000 habitantes (OCDE, 2017e).

### Visión de los pacientes

Cada año, el Barómetro Sanitario ofrece una visión de la satisfacción de los pacientes con el SNS. En 2016, la mayoría declaró haber recibido una asistencia buena o muy buena: el 85,8% en la atención primaria y hospitalaria, el 79,5% en centros ambulatorios especializados, y el 75,8% en servicios de urgencia. Sin embargo, si tuvieran que elegir, las cifras son más ambiguas: el 69,6% utilizaría los servicios públicos de atención primaria, el 68,1% acudiría a centros hospitalarios públicos, el 57% visitaría centros públicos especializados y el 66,4% acudiría a servicios públicos de urgencias. La mayoría de los encuestados declararon que el sistema no había mejorado ni empeorado entre 2011 y 2016; sin embargo, el número de personas que creen que el sistema ha empeorado alcanzó el 21,2% al referirse a la atención primaria, el 28,7% al aludir a la atención ambulatoria especializada, y el 27,3%, a la atención hospitalaria. Estos datos son coherentes con la evaluación que los encuestados otorgaron a los plazos de espera: un 5,7 (de 10) en el caso de las pruebas diagnósticas derivadas desde el ámbito de la atención primaria, un 5 en la primera visita a especialistas, y un 4.8 en el caso de los plazos de espera para intervenciones quirúrgicas. El 30% de las mujeres y el 25% de los varones creen que el SNS necesita reformas exhaustivas. No obstante, el grado de satisfacción global no ha mostrado ningún cambio desde 2006, ni siquiera en los peores años de la crisis económica (MSSSI, 2016k).

## ■ 7.7 Transparencia y rendición de cuentas

Aunque, en términos generales, España no ocupa un puesto elevado en la clasificación de Transparencia Internacional (la percepción de la corrupción ha aumentado desde 2012, y España ocupó el puesto 18° en 2016 entre los países de la UE y el 41° en el mundo, con una puntuación de 58 de 100) (Transparencia Internacional, 2016), a lo largo de los años, el SNS ha implantado normas e instrumentos que han mejorado los derechos de los pacientes y han proporcionado a estos y a los contribuyentes información para su empoderamiento (véase la sección 2.5, *Empoderamiento de los pacientes*).

Por lo que se refiere a los derechos de los pacientes, la regulación del SNS comprende el marco de derechos de los pacientes de la OMS desde la Ley General de Sanidad de 1986, las vías de reclamación han sido explícitas y accesibles desde principios del decenio de 1990, y los mecanismos de asunción de responsabilidades e indemnización se encuentran disponibles tanto en el sistema sanitario como a través de instituciones externas como el Defensor del Pueblo<sup>6</sup> o los tribunales de justicia.

Los pacientes también disponen de información accesible sobre las prestaciones reconocidas por la ley, de acceso a sus propias historias clínicas, de sitios de información interactivos operativos 24 horas al día, y 7 días a la semana en las CC.AA. y de información sobre los plazos de espera de los hospitales (véase la sección 2.5, *Empoderamiento de los pacientes*). Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de información sobre rendimiento a escala de las CC.AA., las partes interesadas solo cuentan con un acceso parcial a la información comparativa sobre la calidad y la seguridad de determinados proveedores, aunque algunas CC.AA. publican este tipo de datos.

Por lo que se refiere a la capacidad de elección de los pacientes, no es posible excluirse del sistema público estatutario. En el marco de este sistema, la capacidad de elección del paciente se ha desarrollado adecuadamente en el caso de los médicos de familia, aunque existe un límite respecto al número de personas asignadas a un médico y la elección se limita al mismo equipo de atención primaria. En el caso de las visitas ambulatorias a especialistas (ya que estas requieren la derivación del médico de atención

6 No existe ningún defensor del pueblo específico en cuestiones de salud, sino un Defensor del Pueblo general (para abordar cualquier tema) que suele asistir a los ciudadanos con sus reclamaciones sobre cuestiones de salud.

primaria) o en el de los hospitales (en el que la población se asigna a áreas administrativas establecidas generalmente en torno a un solo hospital), la implantación del derecho a elegir de los pacientes adolece de limitaciones de facto. Cabe señalar que los funcionarios asegurados en las mutualidades tienen derecho a elegir anualmente entre proveedores públicos y privados. Por último, aunque la participación de los pacientes en las decisiones sobre los tratamientos está regulada por ley (por ejemplo, tienen derecho a dar su consentimiento o no al tratamiento, y en algunas CC.AA. pueden solicitar una segunda opinión), el ejercicio real de este derecho sigue siendo mejorable; en el Barómetro Sanitario 2016, el 20,7% de los pacientes en la atención primaria, el 27,6% de los que acuden a consultas especializadas, y el 32,5% de los que reciben atención hospitalaria declararon carecer de la posibilidad de participar en las decisiones sobre su problema de salud.

## Conclusiones

El SNS se basa en los fundamentos de un modelo “Beveridge” y está compuesto por los 17 subsistemas de las CC.AA. que conforman el Estado cuasifederal español. En el SNS, el seguro es obligatorio, con una cobertura prácticamente universal, financiada principalmente con impuestos y prestada mayoritariamente en el marco del sector público, con un sólido papel de “filtro de acceso” desempeñado por los médicos de atención primaria que atienden al conjunto de la población. La provisión es gratuita en el lugar en el que se lleva a cabo, con la excepción de los medicamentos y algunos productos auxiliares, en los que se establece un copago con arreglo a un límite máximo de pago mensual, fijado de acuerdo con la renta anual de cada hogar.

En general, los departamentos de salud de cada comunidad autónoma adquieren los servicios a otro organismo público, el denominado servicio regional de salud, la estructura administrativa que gestiona todos los centros sanitarios en régimen de ingreso y ambulatorios. Generalmente, el departamento de salud contrata (y presupuesta) anualmente los servicios con el servicio regional de salud que, a su vez, negocia contratos anuales globales con sus proveedores integrados, centros de atención primaria y hospitales, y asigna presupuestos globales. Además, los departamentos de salud de las CC.AA. pueden contratar servicios con proveedores privados, habitualmente hospitales que desempeñan por lo general un papel subsidiario.

Desde 2010, el SNS se enfrenta a las consecuencias de la crisis económica y financiera. En lo que se refiere a las fórmulas de gestión, se ha pasado

claramente de los mecanismos habituales de toma de decisiones desarrollados en el marco del sistema de salud (decisiones por consenso adoptadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS) a decisiones ejecutivas más centralizadas, encaminadas a responder a los requisitos del Programa de Estabilidad del Reino de España, centrado en la reducción del déficit y la deuda. En estas circunstancias, los mecanismos de fijación de prioridades se han subordinado a las restricciones presupuestarias. En particular, el RDL 16/2012, el texto legal que pretendía garantizar la sostenibilidad del SNS, ha dado lugar a cambios en el alcance, la profundidad y la amplitud de las prestaciones del SNS. Modificó el fundamento del derecho a la asistencia, al pasar de un régimen en el que tal derecho se vinculaba a la residencia, a un sistema en el que ese derecho se asocia a la situación laboral de las personas. El RDL 16/2012 también establece una cartera complementaria y accesorio de prestaciones con vistas a regular el reparto de costes con los pacientes. Sin embargo, solo se ha desarrollado plenamente un nuevo régimen para el copago de medicamentos.

Aparte de estas reformas de contención de costes, cabe destacar una ampliación de las medidas contra el tabaco adoptadas en reformas anteriores, las iniciativas para abordar la transición epidemiológica (por ejemplo, la Estrategia nacional sobre enfermedades crónicas y los avances en algunas CC.AA.), y otras iniciativas a escala nacional, como la acción conjunta en materia de tecnologías sanitarias y evaluación de prestaciones, y la estrategia de “no hacer”. El sistema de cuidados de larga duración (el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, SAAD) también ha experimentado una notable expansión, y actualmente asiste a casi 900.000 personas.

A pesar del enorme impacto de la crisis financiera y económica, y de las medidas de austeridad adoptadas, se han mantenido los principios y objetivos subyacentes del SNS, y la respuesta de este (recortes presupuestarios y nuevas normativas sobre el alcance, la amplitud y la profundidad de la cobertura) no ha ejercido al parecer un impacto sustancial a corto plazo en los resultados sanitarios. En cualquier caso, existen varios retos que deben abordarse en los próximos años. En lo que se refiere al impacto del SNS en la salud de la población, la tendencia en la mortalidad tratable se ha estabilizado, la obesidad ha aumentado, la brecha en la percepción subjetiva del estado de salud propio entre los distintos grupos socioeconómicos se mantiene, y existe un efecto incierto de los factores determinantes ajenos a la atención sanitaria. Si bien la brecha socioeconómica en cuanto a las

necesidades no satisfechas sigue siendo pequeña, los plazos de espera para las intervenciones quirúrgicas y las consultas a especialistas han aumentado, los mecanismos de reparto de costes pueden traducirse en una reducción de la dispensación de medicamentos de alto valor y la adhesión a los tratamientos requeridos, el acceso a la atención dental depende del bienestar de las familias; la cobertura relativamente baja del SAAD (el 29% de los que tienen derecho a obtener las prestaciones aún no están cubiertos); y las preocupaciones respecto a la sostenibilidad del actual sistema de financiación arrojan sombras de duda respecto a su desarrollo a largo plazo. En lo que respecta a la eficiencia, el SNS posee una capacidad reducida para la reasignación de recursos y la reducción de tratamientos inapropiados. En cuanto a la eficacia, se observa una preocupante evolución de numerosos indicadores de calidad y seguridad, aunque se ha adoptado una estrategia nacional en materia de calidad. Por último, desde el punto de vista de los pacientes, una proporción importante de los españoles sí que aprecia la necesidad de emprender reformas sustanciales, y los pacientes exigen una mayor participación en las decisiones sobre la atención que reciben.



## Anexos

### ■ 9.1 Referencias bibliográficas

- ABIM Foundation (2017). Choosing Wisely [sitio web] (<http://www.choosingwisely.org/>, consultado el 6 de diciembre de 2017).
- AECC (2014). *Informe de la Situación Actual de los Cuidados Paliativos en España, 2014*. Madrid, Asociación Española Contra el Cáncer ([https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/CP\\_FactSheet.pdf](https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/CP_FactSheet.pdf), consultado el 16 de septiembre de 2017).
- AECOSAN (2011). *Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores*. Madrid, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición ([http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/2011\\_documento\\_indicadores.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/2011_documento_indicadores.pdf), consultado el 16 de septiembre de 2017).
- AECOSAN (2013). *Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España, 2011*. Madrid, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición ([http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/estudio\\_ALADINO\\_2011.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/estudio_ALADINO_2011.pdf), consultado el 16 de septiembre de 2017).
- AECOSAN (2015). *Criterios para la autorización de campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en escuelas infantiles y centros escolares, cuyo objetivo sea promover una alimentación saludable, fomentar la actividad física y prevenir la obesidad*. Madrid, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición ([http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/criterios\\_autorizacion.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/criterios_autorizacion.pdf), consultado el 16 de septiembre de 2017).
- AECOSAN (2016). *Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad. Aladino, 2015*. Madrid, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición ([http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio\\_ALADINO\\_2015.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf), consultado el 16 de septiembre de 2017).
- AECOSAN (2017). *Grupo de trabajo Estrategia NAOS–AECOSAN – Consejerías Sanidad de las Comunidades Autónomas (sobre nutrición, actividad física y prevención de la obesidad)*. Madrid, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición ([http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/comunidades\\_autonomas.htm](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/comunidades_autonomas.htm), consultado el 17 de septiembre de 2017).

- AEMPS (2014a). *Utilización de medicamentos hipolipemiantes en España durante el periodo 2000–2012*. Madrid, Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (<https://www.aemps.gob.es/va/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/hipolipemiantes-2000-2012.pdf>, consultado el 17 de septiembre de 2017).
- AEMPS (2014b). *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos*. Madrid, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (<https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf>, consultado el 13 de julio de 2017).
- Angulo-Pueyo E, et al. (2017). Factors associated with hospitalisations in chronic conditions deemed avoidable: ecological study in the Spanish health care system. *BMJ Open*, 7(2):e011844.
- Angulo Pueyo E, et al., por el grupo Atlas VPM (2014). *Atlas de variaciones en la práctica médica: Ficha VPM Artroplastia de rodilla*. Atlas VPM ([http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha\\_AtlasVPM\\_artroplastia\\_rodilla.pdf](http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha_AtlasVPM_artroplastia_rodilla.pdf), consultado el 11 de diciembre de 2017).
- Angulo Pueyo E, et al., por el grupo Atlas VPM (2015). *Atlas de variaciones en la práctica médica en Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por condiciones que afectan a pacientes crónicos o frágiles en el Sistema Nacional de Salud*. Atlas VPM (<http://www.atlasvpm.org/vol8-hpe>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- Bandrés E, González R (2015). The impact of fiscal consolidation on regional healthcare expenditure during the crisis. *Spanish Economic and Financial Outlook*, 4(5):101-111 ([https://www.funcas.es/publicaciones/viewarticulo\\_PDF.aspx?IdArt=22005](https://www.funcas.es/publicaciones/viewarticulo_PDF.aspx?IdArt=22005), consultado el 10 de enero de 2017).
- Barber Pérez P, González López-Valcárcel B, Pinilla J (2017). Variabilidad de la Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE) por municipios. ¿Qué ha pasado durante la crisis económica? *XXXVII Jornadas de Economía de la Salud*. Barcelona, Asociación Española de Economía de la Salud.
- BOAM (2017). *Ley de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud*. Madrid, Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid ([http://www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM\\_10\\_00156.pdf](http://www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM_10_00156.pdf), consultado el 2 de febrero de 2018).
- Campillo-Artero C, García-Arместo S, Bernal-Delgado E (2016). The merry-go-round of approval, pricing and reimbursement of drugs against the Hepatitis C virus infection in Spain. *Health Policy*, 120(9):975–981.
- CECOVA (2012). *Estudio sobre el sistema retributivo de los enfermeros de la Agencia Valenciana de Salud*. CECOVA-Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia ([http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat14/pdf/libreto\\_recortes\\_N4.pdf](http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat14/pdf/libreto_recortes_N4.pdf), consultado el 21 de septiembre de 2016).
- CNMC (2015). *Informe sobre el proyecto de Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. IPN/CNMC/005/15*. Madrid, Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (<https://www.cnmc.es/expedientes/ipncnmc00515>, consultado el 27 de noviembre de 2017).
- COCIR (2017). *Medical imaging equipment. Age profile and density 2016*. European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry ([http://www.cocir.org/uploads/media/16052\\_COC\\_AGE\\_PROFILE\\_web\\_01.pdf](http://www.cocir.org/uploads/media/16052_COC_AGE_PROFILE_web_01.pdf), consultado el 2 de febrero de 2018).
- Comendeiro-Mälloe M, et al. (2017). Evolution of hospital public healthcare expenditure by health care areas with demographic, utilization and cost factors. *Spanish Health Economics Association*, 2017 [actas].
- Comendeiro-Mälloe M, et al., on behalf of the Atlas VPM team (2015). *Variation in excess cases of adverse events amenable to health care: low value care with budgetary impact*. Londres, Wennberg International Collaborative.

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2015). *Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2015* [informe en línea]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (<http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/05/20/estadisticas-colegiados-farmacias-comunitarias-2015.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2015). *Estadística de Colegiados y Farmacias Comunitarias* (<http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/05/20/estadisticas-colegiados-farmacias-comunitarias-2015.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017).
- CSM (2014). Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada. *Médicos andaluces: a la cola en retribuciones y a la cabeza en recortes*. Colegio Oficial de Médicos de Granada (<http://simeg.org/medicos-andaluces-a-la-colaen-retribucionesy-a-la-cabeza-en-recortes>, consultado el 19 de septiembre de 2016).
- Directores de Servicios Sociales (2016). *XVI Dictamen del Observatorio. Febrero 2016*. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (<http://www.directores-sociales.com/images/documentos/dictamenes/XVIIdictamen/XVI%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO.pdf>, consultado el 19 de septiembre de 2016).
- Dirección General de Seguros y Pensiones (2014). *Memoria Estadística Anual de Entidades Aseguradoras*. Madrid, Ministerio de Economía y Competitividad (<http://www.dgsfp.mineco.es/sector/documentos/Informes%202014/MEMORIA%20ESTAD%20C3%8DSTICA%20ANUAL%20DE%20ENTIDADES%20ASEGURADORAS%20XLS%202013.zip>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- Dirección General de Tráfico (2017). *Estadísticas de accidentabilidad. Serie histórica 1993-2015*. Madrid, Ministerio de Interior (<http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/accidentes-30dias/series-historicas>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- DOGC (2014). *Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut* (<http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6681/1368383.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2018).
- ECHO (2014). European Collaboration for Healthcare Optimization (ECHO) Project. Zaragoza (España): Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud – Instituto de Investigación Sanitaria Aragón; c2010. García-Armesto S, et al., on behalf of the ECHO consortium. ECHO Atlas on Coronary Revascularisation; de febrero de 2014 ([www.echo-health.eu/echoatlas-reports](http://www.echo-health.eu/echoatlas-reports), consultado el 2 de febrero de 2018).
- El Diario (2017). *El Gobierno niega la ayuda financiera a las autonomías si no firman un convenio que beneficia a las farmacéuticas* ([http://www.eldiario.es/sociedad/Hacienda-comunidades-financiacion-farmacautica-genericos\\_0\\_711129628.html](http://www.eldiario.es/sociedad/Hacienda-comunidades-financiacion-farmacautica-genericos_0_711129628.html), consultado el 2 de febrero de 2018).
- European Commission (2015). *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU Year 2015*. Bruselas, Comisión Europea ([http://ec.europa.eu/health/cross-border\\_care/docs/2015\\_msdata\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross-border_care/docs/2015_msdata_en.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).
- Eurostat (2015). *ILC Survey on Income and Living Conditions*. Luxemburgo, Comisión Europea (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/maintables>, consultado el 7 de enero de 2017).
- Eurostat (2017a). Europe 2020 Indicators. Europe 2020 Strategy [base de datos en línea]. Luxemburgo, Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/europe-2020-indicators/europe-2020-strategy/main-tables>, consultado el 30 de noviembre de 2017).
- Eurostat (2017b). Government Finance and EDP Statistics [base de datos en línea]. Luxemburgo, Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/government-finance-statistics/data/main-tables>, consultado el 30 de noviembre de 2017).
- Eurostat (2017c). Statistics of Income and Living Conditions [base de datos en línea]. Luxemburgo, Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database>, consultado el 30 de noviembre de 2017).
- Eurostat (2017d). Population and Social Conditions [base de datos en línea]. Luxemburgo, Eurostat ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_and\\_social\\_conditions](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_social_conditions), consultado el 30 de noviembre de 2017).

- Eurostat (2017e). Eurostat Database 2017 [base de datos en línea]. Luxemburgo, Comisión Europea (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, consultado el 23 de octubre de 2017).
- FEDIFAR (2016). Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en España, 2013. Federación de Distribuidores Farmacéuticos (FEDIFAR) [informe en línea] (<http://fedifar.net/wp-content/uploads/2016/01/analisis-sectorial-de-ladistribucion-farmacutica-en-espana.pdf>, consultado el 17 de septiembre de 2017).
- Galbany-Estragués P, Nelson S (2016). Migration of Spanish nurses 2009–2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 63:112–123.
- García-Altés A, Ortún V (2014). *Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria*, 28(S1):31–36.
- García-Armesto S, et al. (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4):1–295.
- García-Armesto S, et al., por el grupo Atlas VPM (2016). *Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud* ([www.atlasvpm.org/desinversion](http://www.atlasvpm.org/desinversion), consultado el 16 de septiembre de 2017).
- Gimeno-Feliu LA, et al. (2016). Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*, 16:450.
- Gispert R, Bares M de A, Puigdefabregas A (2006). La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(3):184–193.
- Goerlich-Gisbert FJ (2016). *Distribución de la renta, crisis económica y políticas redistributivas*. Ed. Fundación BBVA.
- Gotsens M, et al. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25(6):923–929.
- González López-Valcárcel B, Barber P (2017). Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(1):13–21.
- González López-Valcárcel B, Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijoo S (2016). Cost-sharing in Healthcare. Review of international experiences. *FEDEA Policy papers 2016/04* [documento en línea] (<http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2016/02/FPP2016-04.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- González López-Valcárcel B, et al. (2017). Effect of cost-sharing on adherence to evidencebased medications in patients with acute coronary syndrome. *Heart*, 103(14):1082–1088.
- Generalitat de Catalunya (2017). *Àrees Integrals de Salut*. Barcelona, Generalitat de Catalunya (<http://www.csb.cat/coneix-el-csb/ordenacio-per-ais/>, consultado el 13 de septiembre de 2017).
- Gorgemans S, et al. (2017). Spanish hospitals classification with regard to performance. *15th European Workshop on Efficiency and Productivity Analysis*. Londres, junio 2017.
- Gotsens M, et al. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25(6):923–929 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv126>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- GuíaSalud (2017). Biblioteca de Guías de Práctica del Sistema Nacional de Salud [sitio web] (<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=f2b838618c7167511ce25281a6b7>, consultado en julio de 2017).
- Ibañez-Beroiz B, et al. (2017). Applying spatio-temporal models to assess variations across health care areas and regions: lessons from the decentralized Spanish National Health System. *Plos One*, 12(2):e0170480 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170480>, consultado en julio de 2017).
- Ibargoyen-Roteta N, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua J (2009). *Informe sobre la elaboración de la Guía GuNFT «Guía para la No financiación de Tecnologías Sanitarias ya existentes en los sistemas sanitarios»*. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Informe OSTEBA N°. 2007/11.

- IMSERSO (2016a). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (<http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20161231.pdf>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- IMSERSO (2016b). Estadísticas SAAD, 2016. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [base de datos en línea]. Madrid, IMSERSO ([http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia\\_01/documentacion/estadisticas/index.htm](http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/index.htm), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- INE (2015). Encuesta de Presupuestos Familiares 2015. Gasto en salud [base de datos en línea]. Madrid, Instituto Nacional de Estadística ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176806&xmenu=resultados&secc=1254736194790&idp=1254735976608](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&xmenu=resultados&secc=1254736194790&idp=1254735976608), consultado el 20 de septiembre de 2017).
- INE (2016a). Encuesta de Presupuestos Familiares. Madrid, Instituto Nacional de Estadística ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176806&xmenu=ultiDatos&idp=1254735976608](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&xmenu=ultiDatos&idp=1254735976608), consultado en julio de 2017).
- INE (2016b). Encuesta de Condiciones de Vida. Madrid, Instituto Nacional de Estadística. ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735976608](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976608), consultado en julio de 2017).
- INE (2017a). Demografía y población [base de datos en línea]. Madrid, Instituto Nacional de Estadística ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&xmenu=ultiDatos&idp=1254735572981](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&xmenu=ultiDatos&idp=1254735572981), consultado el 30 de noviembre de 2017).
- INE (2017b). Demografía y población. Estadística de migraciones [base de datos en línea]. Madrid, Instituto Nacional de Estadística ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177000&xmenu=ultiDatos&idp=1254735573002](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177000&xmenu=ultiDatos&idp=1254735573002), consultado el 30 de noviembre de 2017).
- INE (2017c). Encuesta de Población Activa [base de datos en línea]. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=982&capsel=986>, consultado el 23 de octubre de 2017).
- INE (2017d). Demografía y población. Estadística de defunciones [base de datos en línea]. Madrid, Instituto Nacional de Estadística ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177008&xmenu=resultados&idp=1254735573002](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&xmenu=resultados&idp=1254735573002), consultado el 23 de octubre de 2017).
- INE (2017e). Encuesta de Presupuestos Familiares, base 2006. Madrid, Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2017f). Encuesta de estructura salarial 2014. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/prensa/np996.pdf>, consultado el 9 de agosto de 2018).
- Kringos DS, et al. (2015). *Building Primary Care in a Changing Europe*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf?ua=1), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- La Moncloa (2018). Consejo de Ministros. 15 Junio 2018. Madrid, La Moncloa (<http://www.lamoncloa.gob.es/multimedia/videos/consejoministros/Paginas/2018/150618cmin.aspx>, consultado el 25 de junio de 2018)
- Martin JJ (2015). Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud. *Presupuesto y Gasto Público*, 79:147–160.
- Ministerio de Economía (2016). Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2015. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid, 2016. [Informe en línea] (<http://www.dgsfp.mineco.es/sector/documentos/Informes%202015/INFORME%20SECTOR%202015.pdf>, consultado el 23 de septiembre de 2017).
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2010a). *Programa de Estabilidad. España (Actualización 2009–2013)*. Madrid, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

- (<http://www.minhafp.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Programas%20de%20Estabilidad/Programas%20de%20Estabilidad%202009-2013.pdf>, consultado el 17 de noviembre de 2017).
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2010b). *Programa de Estabilidad. España Actualización 2012–2015* (page 47). Madrid, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (<http://serviciosweb.meh.es/APPS/DGPE/TEXTOS/progEst/stabprog.pdf>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2014). *Reforma Fiscal. Presentación explicativa*. Madrid, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (<http://es.slideshare.net/fanocreus/reforma-fiscal-40786629>; consultado el 23 de octubre de 2017).
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2017a). *Reforma del Sistema de Financiación Autonómica, 2017*. Madrid, Ministerio de Hacienda y Función Pública ([http://www.minhafp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAA/Reforma\\_SFA.aspx](http://www.minhafp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAA/Reforma_SFA.aspx), consultado el 23 de octubre de 2017).
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2017b). Contabilidad Nacional, 2015. Informe Anual (1995 to 2015). Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid, 2017 [documento en línea] ([http://www.igae.pap.minhap.gob.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/Documents/AAPP\\_A/A\\_AAPP.xlsx](http://www.igae.pap.minhap.gob.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/Documents/AAPP_A/A_AAPP.xlsx), consultado el 23 de septiembre de 2017).
- Ministerio de Empleo (2017). Otras Organizaciones e Instituciones. Madrid, Ministerio de Empleo y Seguridad Social (<http://www.empleo.gob.es/es/enlaces/enlace-agentes-sociales.htm>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2007). *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007–2012*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2009a). *Resumen de la Estrategia en cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Summary\\_Ischaemic\\_Heart\\_Disease\\_Strategy\\_Spanish\\_National\\_Health\\_System.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Summary_Ischaemic_Heart_Disease_Strategy_Spanish_National_Health_System.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2009b). *Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- MSSSI (2009c). *Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud (2009)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/RareDiseases.pdf>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2010). Acuerdo del Consejo Interterritorial (2010) Acta 93/2010 [documento en línea]. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/764.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- MSSSI (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ([http://www.msc.es/novedades/docs/Libro\\_Blanco\\_CCS\\_15\\_12\\_11.pdf](http://www.msc.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf), consultado el 3 de junio de 2016).
- MSSSI (2012a). *Estrategia en Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (Resumen Ejecutivo 2012)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Resumen\\_Ejecutivo\\_Estrategia\\_Abordaje\\_Cronicidad\\_ENGLISH\\_02.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Resumen_Ejecutivo_Estrategia_Abordaje_Cronicidad_ENGLISH_02.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2012b). *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (2009)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Cancer\\_Strategy\\_of\\_the\\_Spanish\\_2009.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Cancer_Strategy_of_the_Spanish_2009.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).

- MSSSI (2012c). *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud – Actualización (2012)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia\\_en\\_diabetes\\_del\\_SNS\\_Accesible.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2012d). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2010–2014 Actualización*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/PalliativeCareStrategySpanishHS.pdf>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2012e). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009–2013*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/MentalHealthStrategySpanishNationalHS.pdf>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2012f). *Estrategia en Salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud (2011)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR\\_English.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR_English.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2012g). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2013). *Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2014a). *Estudio ALADINO*. Madrid, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición ([http://www.seedo.es/images/site/Estudio\\_ALADINO\\_2013.pdf](http://www.seedo.es/images/site/Estudio_ALADINO_2013.pdf), consultado el 7 de enero de 2017).
- MSSSI (2014b). *Actualización de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Informe Enero (2014)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- MSSSI (2014c). *Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en el SNS (2013)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPreencionSNS.pdf>, consultado el 12 de febrero).
- MSSSI (2014d). *Estrategia de Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados\\_Paliativos\\_Pediatricos\\_SNS.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2014e). *Estrategia Nacional de Salud Mental, 2009–2013*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 (<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>, consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2014f). Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud* [Publicación en Internet]. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>, consultado en julio de 2017).
- MSSSI (2015a). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_Informe\\_Estadisticas\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_Estadisticas_EDADES.pdf), consultado el 7 de enero de 2017).
- MSSSI (2015b). *Sistema de cuentas de salud. Principales resultados*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSPrincipalesResultados.pdf>, consultado el 3 de octubre de 2016).

- MSSSI (2015c). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. Principales resultados*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>, consultado en septiembre de 2017).
- MSSSI (2015d). *Catálogo Nacional de Hospitales 2015* [informe en línea]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2015.pdf>, consultado el 5 de julio de 2017).
- MSSSI (2015e). *Estadísticas del Gasto Sanitario Público, 2014. Principales Resultados*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>, consultado el en noviembre de 2016).
- MSSSI (2015f). *Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia\\_implementacion\\_local.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2015g). *Barómetro Sanitario 2015*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2015/Es-8815mar.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2015/Es-8815mar.pdf), consultado el 14 de noviembre de 2016).
- MSSSI (2016a). *Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana, 2014*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msc.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ENS2014PG.pdf>, consultado el 9 de febrero de 2018).
- MSSSI (2016b). *Interrupción voluntaria del embarazo*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm), consultado el 7 de enero de 2017).
- MSSSI (2016c). *La Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES*. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm), consultado el 7 de enero de 2017).
- MSSSI (2016d). *Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015–2020*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>, consultado el 12 de febrero de 2018).
- MSSSI (2016e). *Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan\\_estrategico\\_hepatitis\\_C.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2016f). *Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf\\_Sit\\_HCDSNS\\_Agosto2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf_Sit_HCDSNS_Agosto2016.pdf), consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2016g). *Sistema de información de atención primaria – SLAP*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>, consultado el en noviembre de 2016).
- MSSSI (2016h). *Catálogo Nacional de Hospitales, 2016*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2017.pdf>, 3 de junio de 2017).
- MSSSI (2016i). *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)* ([http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016\\_ESTADISTICAS\\_OEDT.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_ESTADISTICAS_OEDT.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2016j). *Sistema de Información sobre listas de espera del SNS. Indicadores resumen 2016*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016 (<https://www.msssi.gob.es/es>

- adEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS\_PUBLICACION\_DIC16.pdf, consultado en julio de 2017).
- MSSSI (2016k). *Barómetro Sanitario 2016*. Madrid, MSSSI/Centro de Investigaciones Sociológicas ([https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home\\_BS.htm](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm), consultado el 7 de julio de 2017).
- MSSSI (2016l). *Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España. Actualización 30 de Junio de 2016*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH\\_SIDA\\_2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf), consultado el 27 de abril de 2018).
- MSSSI (2017a). *Organismos Autonómicos de Salud, Consumo, Servicios Sociales e Igualdad*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/organizacion/ccaa/directorio/home.htm>, consultado el 23 de octubre de 2017).
- MSSSI (2017b). *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud* [base de datos en línea]. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://inclasns.msssi.es/main.html>, consultado el 7 de enero de 2017).
- MSSSI (2017c). *Estadística de cobertura vacunal 2017*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CoberturasVacunacion/Todas\\_las\\_tablas.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CoberturasVacunacion/Todas_las_tablas.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2017d). *Sociedades Científicas de Profesionales Sanitarios* (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/socCientificas/especialidades.htm>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2017e). *Estrategia sobre Nutrición, Actividad Física y Obesidad*. Madrid, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición ([http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia\\_naos.htm](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm), 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2017f). *Asistencia Sanitaria Transfronteriza en la Unión Europea*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msssi.gob.es/pnc/portada/home.htm>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- MSSSI (2017g). *Sistema de Cuentas de Salud, 2015* (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSPrincipalesResultados.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- MSSSI (2017h). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2015: Principales resultados*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>, consultado el 23 de octubre de 2017).
- MSSSI (2017i). *Estadística de Facturación de Recetas Médicas 2017*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, [informe en línea] (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- MSSSI (2017j). *Proyecto HCDSNS Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf\\_Sit\\_HCDSNS\\_Mayo2017.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf_Sit_HCDSNS_Mayo2017.pdf), consultado el 7 de julio de 2017).
- MSSSI (2017k). *NHS Electronic Health Record System*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS\\_English.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_English.pdf), consultado en julio de 2017).
- MSSSI (2017l). *Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/CentrosCSUR.htm>, consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2017m). *Estadística de establecimiento sanitarios en régimen de internado, 2015*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>, consultado el 13 de septiembre de 2017).

- MSSSI (2017n). *Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Resultados de gestión, 2016*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia\\_01/documentacion/mas\\_d/index.htm](http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/mas_d/index.htm), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2017o). *Compromiso de las Sociedad Científicas por la Calidad del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_sssc.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sssc.htm), consultado el 11 de junio de 2018).
- MSSSI (2017p). Datos de Facturación de Recetas Médicas [hoja de datos en línea]. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>, consultado en julio de 2017).
- MSSSI (2017q). *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- MSSSI (2017r). *Comisión para el Análisis de la situación del Sistema de la Dependencia* (Nota de prensa). Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- MSSSI (2017s). *Portal Estadístico del SNS*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>, consultado en julio de 2017).
- MSSSI (2017t). *Banco de Datos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>, consultado en julio de 2017).
- MSSSI (2017u). *Encuesta Nacional de Salud, 2006 y 2011. Encuesta Europea de Salud en España, 2009 y 2014*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>, consultado el 13 de septiembre de 2017).
- MSSSI (2018a). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización y Funciones. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/organizacion/ministerio/organizacion/home.htm>, consultado el 17 de abril de 2018).
- MSSSI (2018b). Nota de Prensa 20 Junio 2018. Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (<https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4336>, consultado el 25 de junio de 2018)
- Nolte E, McKee M (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. Londres, Nuffield Trust (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/does-healthcare-save-livesweb-final.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- OECD (2015a). *In It Together: Why Less Inequality Benefits All*. París, OECD Publishing ([http://www.oecd-ilibrary.org/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefitsall\\_9789264235120-en](http://www.oecd-ilibrary.org/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefitsall_9789264235120-en), consultado el 7 de enero de 2017).
- OECD (2015b). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos ([http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en), consultado el 3 de junio de 2017).
- OECD (2015c). *Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264244566en>, consultado el 3 de junio de 2017).
- OECD (2015d). *OECD Health Statistics 2015*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, consultado en julio de 2017).
- OECD (2016a). OECD Health Data [base de datos en línea]. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, consultado el 3 de noviembre de 2016).
- OECD (2016b). “Medical technologies: CT scanners and MRI units”, in *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos ([http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2016-56-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-56-en), consultado el 3 de noviembre de 2016).
- OECD (2016c). Health Data Health Care Resources. París, Organización para la Cooperación

- y el Desarrollo Económicos ([http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC), consultado el 3 de julio de 2017).
- OECD (2016d). "Nurses", in *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, París ([http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2016-54-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-54-en), consultado en julio de 2017).
- OECD (2017a). OECD Stat 2017. Health care resources. [base de datos en línea]. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos ([http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC), consultado el 11 de diciembre de 2017).
- OECD (2017b). Health Data Medical Equipment (<https://data.oecd.org/health.htm#profileHealth%20equipment>, consultado el 3 de julio de 2017)
- OECD (2017c). *Health workforce migration*, OECD Health Statistics (database). París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (<http://dx.doi.org/10.1787/1497601f-en>, consultado el 3 de julio de 2017).
- OECD (2017d). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, París ([http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en), consultado el 11 de diciembre de 2017).
- OECD (2017e). *OECD statistics. Health Care Quality Indicators Project 2017*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos ([http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_HCQI&lang=en](http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_HCQI&lang=en), consultado en septiembre de 2017).
- OECD (2017f). *OECD Health Statistics 2017* [base de datos en línea] (<http://www.oecd.org/els/healthsystems/health-data.htm>, consultado el 17 de abril de 2018).
- OECD/EU (2014). *Health at a Glance: Europe 2014: State of Health in the EU Cycle*. París, OECD Publishing.
- OECD/EU (2016). *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>, consultado en septiembre de 2017).
- Organización Colegial de Dentistas de España (2016). *Estadística sobre número de clínicas dentales y dentistas colegiados en España. Informe 2016*. Madrid, Organización Colegial de Dentistas de España (<http://www.colegiopontevedraourense.com/wp-content/uploads/2016/06/ESTADISTICA-NUMERO-CLINICAS.pdf>, consultado el 17 de julio de 2017).
- Organización Colegial de Dentistas de España (2016). *Estadísticas sobre número de clínicas dentales y dentistas colegiados en España. Informe 2016* (<http://www.colegiopontevedraourense.com/wp-content/uploads/2016/06/ESTADISTICA-NUMERO-CLINICAS.pdf>, consultado en julio de 2017).
- Organización Médica Colegial (2017). Los certificados a médicos para salir fuera de España expedidos por la OMC aumentan un 20% [nota de prensa], abril de 2017 ([http://www.cgcom.es/noticias/2017/04/17\\_04\\_17\\_certificados\\_idoneidad\\_datos\\_2016](http://www.cgcom.es/noticias/2017/04/17_04_17_certificados_idoneidad_datos_2016), consultado en julio de 2017).
- Osakidetza (2009). *País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009–2012*. Departamento de Sanidad y Consumo-Gobierno Vasco ([http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_cronicidad/es\\_cronicos/adjuntos/transformando\\_sistema\\_salud.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- Osakidetza (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Departamento de Sanidad y Consumo-Gobierno Vasco ([https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skor-ga01/es/contenidos/informacion/estrategia\\_cronicidad/es\\_cronicos/estrategia\\_cronicidad.html](https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skor-ga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html), 3 de junio de 2016).
- Osakidetza (2011). *Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, Recomendaciones sobre buen gobierno* (2011). Departamento de Sanidad y Consumo-Gobierno Vasco ([http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckserv01/es/contenidos/nota\\_prensa/prensasanidad224/es\\_ps224/prensasanidad224.html](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckserv01/es/contenidos/nota_prensa/prensasanidad224/es_ps224/prensasanidad224.html), consultado el 3 de octubre de 2016).
- Pinilla J (2017). *¿Cómo legislar para promover la salud pública?* Observatorio Social de la Caixa, 2017 ([https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/como-legislar-para-promover-la-salud-publica\\_los-casos-del-tabaco-y-los-accidentes-de-traffic](https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/como-legislar-para-promover-la-salud-publica_los-casos-del-tabaco-y-los-accidentes-de-traffic), consultado el 31 de enero de 2018).

- Pinilla J, Abásolo I (2017). The effect of policies regulating tobacco consumption on smoking initiation and cessation in Spain: is it equal across socioeconomic groups? *Tobacco Induced Diseases*, 28;15:8.
- Puig-Junoy J, Moreno-Torres I (2010). Do generic firms and the Spanish public purchaser respond to consumer price differences of generics under reference pricing. *Health Policy*, 98:186–194.
- Puig Junoy J, Rodríguez-Feijó S, López-Valcárcel BG (2014). Paying for formerly free medicines after 1 year of copayment: changes in the number of dispensed prescription. *Applied Health Economics and Health Policy*, 12(3):279–287.
- Puig-Junoy J, et al. (2016). Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos anti-diabéticos, anti-trombóticos y para la obstrucción crónica del flujo aéreo. *Revista Española de Salud Pública*, 90(29)
- Pulido J, et al. (2010). Impact of the demerit point system on road traffic accident mortality in Spain. *J Epidemiol Community Health*, 64(3):274–276.
- Redacción Médica (2018). Montón convoca un Interterritorial el 28 de junio sobre universalidad. 25 Junio 2018 (<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidadhoy/monton-convoca-un-interterritorial-el-28-de-junio-sobre-sanidad-universal-4194>, consultado el 25 de junio de 2018).
- Red de Programas de Cribado de Cáncer (2017) [sitio web]. Madrid, Red de Programas de Cribado de Cáncer (<http://www.cribadocancer.es/>, consultado el 13 de septiembre de 2017).
- RedETS (2017). Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud [sitio web] (<http://www.redets.mssi.gob.es/conocenos/quienesSomos/home.htm>, consultado el 3 de octubre de 2016).
- Regidor E, et al. (2016). Mortality decrease across socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. *Lancet*, 388:2642–2652.
- Repullo JR (2014). Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28 Suppl 1(28):62–68 (<http://www.gacetasanitaria.org/es/cambios-regulacion-gobierno-sanidad-informe/articulo/S0213911114000910/>, consultado el 3 de febrero de 2017).
- Ridao-López M, et al. (2014a). *Atlas de variaciones en la práctica médica: Ficha VPM Cirugía de la patología degenerativa del raquis* ([http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha\\_AtlasVPM\\_espalda.pdf](http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha_AtlasVPM_espalda.pdf), consultado en julio de 2017).
- Ridao-López M, et al. (2014b). *Atlas de variaciones en la práctica médica: Ficha VPM Artroplastia de cadera*, Junio 2014 ([http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha\\_AtlasVPM\\_cadera.pdf](http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha_AtlasVPM_cadera.pdf), consultado en julio de 2017).
- Ruano Raviña A, et al. (2007). Identificación, priorización y evaluación de tecnologías sanitarias obsoletas. Guía metodológica. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Avaluat report N° 2007/01.
- Ruiz-Huerta J (2014). ¿Afectan los impuestos a la distribución de la renta? VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. *Documento de Trabajo 2.6. Fundación FOESSA*. Madrid.
- Romero-Jordán D, Sanz-Sanz JF, Castañer-Carrasco JM (2013). Sobre la regresividad de la imposición indirecta en tiempos de crisis: un análisis con microdatos de hogares. *Papeles de Economía Española*, 35:172–183.
- Sanfélix-Gimeno G, et al. (2013). Prevalence, determinants, and inappropriateness of calcium supplementation among men and women in a Spanish Mediterranean area: cross-sectional data from the ESOSVAL Cohort. *Journal of Bone and Mineral Research*, 28(11):2286–2294.
- SECPAL (2016). *Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España* [informe en línea]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos ([http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9\\_analisis\\_directorio.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9_analisis_directorio.pdf), consultado el 13 de septiembre de 2017).
- SEMYCIUC (2016). *ENVIN-UCI Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en las Unidades de Cuidados Intensivos* ([http://www.semicyuc.org/sites/default/files/envin-uci\\_informe\\_2016.pdf](http://www.semicyuc.org/sites/default/files/envin-uci_informe_2016.pdf), consultado el 17 de julio de 2017).

- Servicio Andaluz de Salud (2017). *Áreas de gestión sanitaria*. Consejería de Sanidad, Junta de Andalucía ([http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_conocerSAS\\_ags](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_conocerSAS_ags), consultado el 13 de septiembre).
- Sociedad Española de Epidemiología (2017). *Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010) Revisión de la evidencia*. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología (<http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/V9.0%20-%20Libro%20Tabaquismo%202017%20-%20Abierto%20Final.pdf>, consultado el 13 de septiembre de 2017).
- Toro Polanco N, et al. (2015). Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *International Journal of Integrated Care*, 15(2).
- Transparency International (2016). *Corruption Perception Index for Spain* ([https://transparencia.org.es/wp-content/uploads/2017/01/tabla\\_sintetica\\_ipc-2016.pdf](https://transparencia.org.es/wp-content/uploads/2017/01/tabla_sintetica_ipc-2016.pdf), consultado el 17 de julio de 2017).
- Tribunal de Cuentas (2017). *Informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015* (<http://www.tcu.es/tribunal-de-cuentas/.content/EnlacesBuscador/I1185>, consultado el 2 de febrero de 2018).
- UGT (2017). *La precariedad laboral lo domina todo*. Madrid, Secretaría de Políticas Sociales, Empleo y Seguridad Social, Unión General de Trabajadores ([http://portal.ugt.org/actualidad/2017/NEG\\_COL\\_NUM\\_30/1\\_doc.pdf](http://portal.ugt.org/actualidad/2017/NEG_COL_NUM_30/1_doc.pdf), consultado el 13 de noviembre de 2017).
- UNESPA (2015). *Informe Anual UNESPA, 2015*. UNESPA (<http://www.unespa.es/quehacemos/publicaciones/memoria-social/>, consultado el 11 de diciembre de 2017).
- UNESPA (2017). *Informe Anual UNESPA, 2017*. UNESPA.
- Urbanos-Garrido R (2016). Informe SESPAS. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30 Supl 1:25-30 (<http://www.gacetasanitaria.org/es/la-desigualdad-el-acceso-las/articulo/S0213911116000248/#bib0165>, consultado el 7 de enero de 2017).
- WHO Regional Office for Europe (2017). European Health for All database [base de datos en línea]. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud (<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>, consultado el 23 de octubre de 2017).
- World Bank (2017). World Development Indicators [base de datos en línea] (<http://data.worldbank.org/indicator?tab=all>; consultado el 23 de octubre de 2017).
- WHO (2017a). Global Health Observatory data repository [base de datos en línea] (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>; consultado el 25 de octubre de 2017).
- WHO (2017b). Global Health Expenditure database [base de datos en línea] (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; consultado el 25 de octubre de 2017).
- WHO (2017c). WHO Mortality database [base de datos en línea] ([http://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/), consultado el 10 de septiembre de 2017).
- Youngster I, et al. (2017). Antibiotic use in children – a cross-national analysis of 6 countries. *Journal of Pediatrics*, 182:239–44.e1

## ■ 9.2 Legislación principal

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (<https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (<https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)

- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (<https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>, consultado el 10 de febrero de 2017)
- Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada en la Ley 4/1999, de 14 de Enero (<https://www.boe.es/boe/dias/1992/11/27/pdfs/A40300-40319.pdf> y <https://www.boe.es/boe/dias/1999/01/14/pdfs/A01739-01755.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>, consultado el 17 de abril de 2018)
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el Sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-20375>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (<https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición (<https://www.boe.es/boe/dias/2011/07/06/pdfs/BOE-A-2011-11604.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (<https://www.boe.es/boe/dias/2011/08/02/pdfs/BOE-A-2011-13241.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 8083, de 25 de julio de 2013 (<https://www.boe.es/boe/dias/2013/07/25/pdfs/BOE-A-2013-8083.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12887-consolidado.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre (<https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/28/pdfs/BOE-A-2014-3329.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Ley 5/2017, de 28 de marzo, de medidas fiscales, administrativas, financieras y del sector público y de creación y regulación de los impuestos sobre grandes establecimientos comerciales, sobre estancias en establecimientos turísticos, sobre elementos radiotóxicos, sobre bebidas azucaradas envasadas y sobre emisiones de dióxido de carbono (<https://www.boe.es/boe/dias/2017/06/27/pdfs/BOE-A-2017-7353.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2017)
- Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/boe/dias/2013/10/11/pdfs/BOE-A-2013-10581.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios

- comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-11444>, consultado el 17 de abril de 2018)
- Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos (<https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/08/pdfs/BOE-A-2015-7629.pdf>, consultado el 7 de julio de 2017)
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (<https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-23750-consolidado.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (<https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/30/pdfs/BOE-A-2012-5730.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (<https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/13/pdfs/BOE-A-2015-6517.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Reforma del artículo 135 de la Constitución Española, de 27 de septiembre de 2011 (<https://www.boe.es/boe/dias/2011/09/27/pdfs/BOE-A-2011-15210.pdf>, consultado el 13 de noviembre de 2017)
- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-11266>, consultado el 7 de julio de 2017)
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-19572>, consultado el 19 de septiembre de 2017)
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización ([https://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/docs/RD\\_1030\\_2006\\_act08072015.pdf](https://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/docs/RD_1030_2006_act08072015.pdf), consultado el 7 de julio de 2017)
- Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano. Modificado por: Real Decreto-ley 4/2010, Real Decreto-ley 9/2010 and Real Decreto-ley 16/2012 (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-9291>, consultado el 7 de julio de 2017)
- Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención (<https://www.boe.es/boe/dias/2011/07/04/pdfs/BOE-A-2011-11428.pdf>, consultado el 15 de septiembre de 2017)
- Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-14190>, consultado el 7 de julio de 2017)
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-10477>, consultado el 15 de septiembre de 2017)
- Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición

- de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/boe/dias/2013/07/27/pdfs/BOE-A-2013-8190.pdf>, consultado el 3 de septiembre de 2017)
- Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación (<http://www.boe.es/boe/dias/2014/02/08/pdfs/BOE-A-2014-1331.pdf>, consultado el 3 de septiembre de 2017)
- Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, por el que se regula el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, y determinados sistemas de información de financiación y precios de los medicamentos y productos sanitarios (<https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/25/pdfs/BOE-A-2014-3189.pdf>, consultado el 3 de septiembre de 2017)
- Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la re-especialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista ([https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497), consultado en julio de 2017)
- Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios ([https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8712](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8712), consultado el 20 de noviembre de 2016)
- Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-1235-consolidado.pdf>, consultado el 30 de abril de 2018)
- Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros ([https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028), consultado el 10 de julio de 2017)
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (<https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>, consultado el 10 de julio de 2017)
- Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf>, consultado el 10 de julio de 2017)
- Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 (<https://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Real Decreto-ley 7/2012, de 9 de marzo, por el que se crea el Fondo para la financiación de los pagos a proveedores (<https://www.boe.es/boe/dias/2012/03/10/pdfs/BOE-A-2012-3395.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (<https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Real Decreto-ley 21/2012, de 13 de julio, de medidas de liquidez de las Administraciones Públicas y en el ámbito financiero (<https://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9365.pdf>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Sentencia 139/2016, de 21 de julio, del Tribunal Constitucional de España (<http://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/25063>, consultado el 3 de julio de 2017)
- Sentencia de 12 de diciembre de 2016, de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, que anula el

Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-3480>, consultado el 27 de abril de 2018).

## ■ 9.3 Sitios web útiles

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

<http://www.aemps.gob.es/>

Atlas de Variaciones en la Práctica Médica

[www.atlasvpm.org](http://www.atlasvpm.org)

Barómetro Sanitario

[http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home\\_BS.htm](http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm)

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud GUIASALUD

<http://www.guiasalud.es/home.asp>

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

<https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm>

Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)

<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud: Base de datos

<http://inclasns.mssi.es/main.html>

Instituto Nacional de Estadística (INE)

[www.ine.es](http://www.ine.es)

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

<http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

<http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>

(Documento pdf 2010)

<http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

Portal estadístico del SNS

<http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Sistema de información

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/index.htm)

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

<http://www.sespas.es/>

## ■ 9.4 Metodología y proceso de producción de los HiT

Los perfiles sobre sistemas sanitarios en transición (HiT) son producidos por expertos del país objeto del informe en colaboración con los directores

y el personal de investigación del Observatorio. Los perfiles se basan en una plantilla que se revisa periódicamente y que proporciona directrices detalladas, así como un cuestionario, definiciones, sugerencias de fuentes de información y ejemplos concretos necesarios para la elaboración de un perfil. Aunque la plantilla ofrece un exhaustivo cuestionario, se ha concebido para ser utilizada de forma flexible, permitiendo así a los autores y editores adaptarla a su contexto nacional particular. La plantilla más reciente se encuentra disponible en Internet en la dirección: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

Para la elaboración de los perfiles HiT, los autores hacen uso de múltiples fuentes de información, que comprenden estadísticas nacionales, documentos de política nacional y regional y la literatura publicada. También pueden incorporarse datos de fuentes internacionales como la OCDE y el Banco Mundial. La base de datos de salud de la OCDE contiene más de 1.200 indicadores de 34 países de la OCDE. Los datos se extraen de información recopilada por los organismos nacionales de estadística y los ministerios de sanidad. El Banco Mundial facilita sus indicadores sobre desarrollo mundial, que también se basan en fuentes oficiales de información.

Además de la información y los datos proporcionados por los expertos nacionales, el Observatorio ofrece datos cuantitativos que adoptan la forma de una serie estándar de cifras comparativas correspondientes a cada país, elaboradas partiendo de la información disponible en la base de datos europea Health for All. Dicha base de datos contiene más de 600 indicadores definidos por la Oficina Regional para Europa de la OMS con el fin de supervisar las políticas “Health for All” en Europa. Se actualiza para su distribución dos veces al año con información de diversas fuentes, principalmente cifras oficiales facilitadas por gobiernos, así como estadísticas de salud recopiladas por las unidades técnicas de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Los datos estándar de la base de datos “Health for All” han sido aprobados oficialmente por los gobiernos nacionales. En su edición del verano de 2007, la base de datos “Health for All” comenzó a incluir datos de la UE ampliada a 27 Estados miembros.

A los autores de perfiles HiT se les alienta a realizar en su texto un análisis exhaustivo de los datos, incluidas las cifras estándar elaboradas por el personal del Observatorio, sobre todo si hubiese alguna inquietud relativa a la existencia de discrepancias entre los datos disponibles de distintas fuentes.

Normalmente, los perfiles HiT tienen 9 capítulos.

- 1. Introducción:** en este capítulo se describe el contexto general del sistema sanitario, incluido el contexto geográfico, sociodemográfico, económico y político, así como el estado de salud de la población.
- 2. Estructura organizativa:** en este capítulo se ofrece una visión general del modo en que se organiza, gestiona, planifica y regula el sistema sanitario en el país, así como los antecedentes históricos del sistema; se esbozan los principales actores y sus facultades decisorias; y se describe el grado de empoderamiento de los pacientes en las áreas de la información, los derechos, la capacidad de elección, las vías de reclamación, la participación pública, y la asistencia sanitaria transfronteriza.
- 3. Financiación:** en este capítulo se facilita información sobre el nivel de gasto y la distribución del gasto sanitario entre las diferentes áreas de servicio, las fuentes de ingresos, la agrupación y distribución de recursos, las personas cubiertas, las prestaciones cubiertas, el alcance de los cargos a los usuarios y otros pagos sufragados directamente por estos, el seguro de enfermedad voluntaria, y el modo en que se paga a los proveedores.
- 4. Recursos materiales y humanos:** este capítulo aborda la planificación y distribución del stock de capital y las inversiones, las infraestructuras y los equipos médicos; el contexto en el que operan los sistemas de TI y los recursos humanos utilizados en el sistema sanitario, incluyendo información sobre las tendencias de los trabajadores del sector, la movilidad profesional, la formación y los itinerarios profesionales.
- 5. Provisión de servicios:** este capítulo se concentra en los flujos de pacientes, la organización y la prestación de servicios y aborda la salud pública, la atención primaria y especializada, las urgencias y la atención ambulatoria de día, la rehabilitación, la prestación farmacéutica, la atención prolongada, los servicios para cuidadores informales, los cuidados paliativos, la atención a la salud mental, la atención dental, la medicina complementaria y alternativa y la atención sanitaria a grupos específicos de población.
- 6. Principales reformas sanitarias:** en este capítulo se analizan las reformas, políticas y cambios organizativos, y se ofrece una visión general de la evolución futura.

7. Evaluación del sistema sanitario: este capítulo proporciona una evaluación basada en los objetivos declarados del sistema sanitario, la protección financiera y la equidad en la financiación, la experiencia de los usuarios y la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria; los resultados sanitarios y de los servicios de salud; la eficiencia del sistema de salud; y la transparencia y la asunción de responsabilidades.
8. Conclusiones: en este capítulo se identifican los resultados principales, se hace especial hincapié en las lecciones aprendidas con los cambios del sistema sanitario, y se resumen los retos pendientes y las perspectivas de futuro.
9. Anexos: este capítulo incluye las referencias bibliográficas, sitios web útiles y un listado de la legislación.

La calidad de los informes HiT es de la máxima importancia, dado que estos perfiles se utilizan en la elaboración de políticas y en el metaanálisis. Los perfiles HiT son objeto de amplias y numerosas consultas durante todo el proceso de redacción y edición. A continuación se someten a:

Un riguroso proceso de revisión (véase la sección siguiente).

Se dedica un esfuerzo adicional a garantizar la calidad durante las últimas fases de la elaboración del perfil, que se centra en la corrección de textos y pruebas.

Los perfiles HiT se divulgan (en formato impreso y electrónico, traducidos y mediante lanzamientos).

El editor apoya a los autores durante todo el proceso de producción y garantiza, mediante frecuentes consultas con estos, que todas las fases del proceso se lleven a cabo de la forma más eficaz posible.

Uno de los autores es también miembro del personal del Observatorio y es responsable de ayudar a los otros autores durante el proceso de redacción y producción. Los autores se consultan permanentemente a fin de garantizar que todas las etapas del proceso se realicen de la forma más eficaz posible y que el perfil HiT cumpla los requisitos de la serie y pueda ser de utilidad tanto para la toma de decisiones en el ámbito nacional como para las comparaciones entre países.

## ■ 9.5 Acerca de los autores

El **Dr. Enrique Bernal Delgado** (médico, máster en salud pública, y economía de la salud, título de doctorado) trabaja como investigador senior en la Unidad de Investigación en políticas sanitarias y servicios de salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) y lidera varios proyectos de investigación nacionales e internacionales. Sus temas de interés son la variación injustificada en el rendimiento de los sistemas de salud, el estudio comparativo de la efectividad en intervenciones complejas, y el uso secundario de los datos sobre salud en la investigación relativa a los servicios y las políticas sanitarias. Tras titularse en Salud Pública y Economía de la Salud, trabajó como jefe de gabinete de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón, donde se hizo cargo de responsabilidades de alto nivel en el proceso de transferencia de las competencias sanitarias. Ex Presidente de la Asociación de Economía de la Salud, actualmente ejerce como redactor jefe del Atlas de Variación de la Práctica Médica en el Servicio Nacional de Salud español, editor en sección de Archivos de Salud Pública, y editor asociado de BMC Health Services Research. En la actualidad codirige la institución española de referencia para el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.

La **Dra. Sandra García-Armesto** (médica, máster en salud pública, y economía de la salud, título de doctorado) ejerce como Directora Ejecutiva del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) actualmente en excedencia de su puesto permanente como investigadora senior de ARAID en la Unidad de Investigación en políticas sanitarias y servicios de salud del IACS. Antes de incorporarse al IACS, fue economista de salud y analista de políticas en la sede de la División de Salud de la OCDE, directora del Observatorio del Sistema Madrileño de Salud (Consejería de Salud regional), profesora del Centro Universitario de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid e investigadora en la Unidad de Investigación en Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad de España). Ha realizado un trabajo relevante en la coordinación de diferentes líneas de trabajo dentro del proyecto *Health Care Quality Indicators* de la OCDE. Es autora de múltiples informes y publicaciones sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud en los países de la OCDE y ha colaborado en diversas publicaciones de la OMS sobre la comparación internacional de sistemas sanitarios. También ha tenido oportunidad de

contribuir como experto en varios grupos de trabajo de la Comisión Europea y en las comisiones de coordinación entre la OCDE, la OMS y la Comisión.

**Juan Oliva-Moreno** (doctorado) es profesor asociado en el Departamento de Análisis Económico y miembro del Seminario de Investigación en Economía y Salud (SIES) de la Universidad de Castilla-La Mancha. Su principal área de especialización es la economía de la salud, con especial interés en el impacto socioeconómico de la enfermedad y en el uso de la evaluación económica de las intervenciones sanitarias aplicadas a la toma de decisiones. Ha publicado en torno a un centenar de artículos en revistas científicas sujetas a revisión por pares, y ha colaborado en cuarenta obras colectivas. Ha sido asesor del Ministerio de Sanidad español y de varias consejerías de salud regionales. Presidente de la Asociación de Economía de la Salud (AES) durante los años 2010-2013.

**Fernando I. Sánchez Martínez** (doctorado) es profesor asociado en el Departamento de Economía Aplicada y miembro del Grupo de Trabajo de Economía de la Salud (GTES) de la Universidad de Murcia. Sus áreas de investigación comprenden la evaluación económica de las tecnologías sanitarias y, especialmente, la medición de los resultados sanitarios y los métodos de valoración de las utilidades sanitarias. Participa regularmente en proyectos de investigación sobre estos temas y ha publicado numerosos artículos en revistas científicas, así como trabajos colectivos. Es miembro asesor del Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Regional de Murcia (España) y actualmente forma parte del Consejo de la Asociación de Economía de la Salud (AES).

**José R. Repullo** (médico, máster en planificación y financiación de la salud, doctorado), es Investigador Científico del Instituto de Salud Carlos III, y trabaja como profesor asociado en el Departamento de Planificación y Economía de la Salud, en la Escuela Nacional de Salud Pública de Madrid, siendo Director del MSc en Administración de la Salud (Gerencia), el MSc en Gestión Clínica. Sus principales áreas de investigación y consultoría son las reformas de los sistemas sanitarios, la comparación de los sistemas y servicios sanitarios, las políticas de sostenibilidad, austeridad y buena gobernanza, la eficacia de la planificación sanitaria, la profesionalidad, la gobernanza clínica y las tendencias de la previsión hospitalaria, cuenta

con más de 220 publicaciones, lleva a cabo una participación activa en las redes sociales, desempeña una función consultiva en diversos Colegios y otras instituciones y presta su apoyo a los responsables de la formulación de políticas. Ha sido en el pasado Inspector Médico, Director General de Hospital y Director General de Planificación, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid. También fue presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Acaba de ser nombrado Director de la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial.

**Luz María Peña-Longobardo** (doctorada) es profesora asociada en el Departamento de Análisis Económico y miembro del Seminario de Investigación en Economía y Salud (SIES) de la Universidad de Castilla-La Mancha. Su principal tema de interés es la economía sanitaria, especialmente centrada en el impacto económico de la enfermedad y en el uso de la evaluación económica de las intervenciones sanitarias en la priorización de los recursos. Ha publicado unos veinte artículos en revistas científicas y ha colaborado en nueve obras colectivas.

**Manuel Ridao-López** (doctorado) trabaja como investigador técnico en la Unidad de Investigación en políticas sanitarias y servicios de salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Sus temas de interés incluyen las variaciones en la práctica médica, la evaluación económica y la revisión sistemática de las intervenciones sanitarias, y ha publicado artículos sobre estos temas en revistas científicas.

**Cristina Hernández-Quevedo** (licenciada, máster en economía de la salud, doctorada) es oficial técnico/Investigadora del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (OMS), LSE Health, Londres. Edita y coescribe perfiles de países de HiT y trabaja en diversos estudios del Observatorio. Tiene un máster en Economía de la Salud y un doctorado en Economía por la Universidad de York, Reino Unido. Sus intereses en materia de investigación incluyen las desigualdades en los factores de salud y estilo de vida, la equidad en el acceso a los servicios de salud y asistencia social y los factores socioeconómicos determinantes de la salud. Ha publicado artículos sobre estos temas en revistas científicas internacionalmente reconocidas.

# La serie de los sistemas sanitarios en transición

## Una serie del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud

Los informes Sistemas sanitarios en transición (HiT) son perfiles nacionales que proporcionan una descripción analítica de cada sistema sanitario, así como de las iniciativas de reforma en curso o en fase de desarrollo en un país concreto. Tienen por objeto facilitar información comparativa relevante que los responsables políticos y los analistas puedan utilizar en el desarrollo y la reforma de sistemas sanitarios en los países de la Región Europea de la OMS y en otros países.

Los perfiles HiT pueden servir como base para:

- conocer de forma detallada las distintas formas de financiación, organización y prestación de servicios sanitarios;
- describir con precisión el proceso, el contenido y la implantación de programas de reforma sanitaria;
- identificar los desafíos comunes y las áreas que requieren un análisis más profundo; y
- proporcionar una herramienta para la divulgación de información sobre sistemas sanitarios y para el intercambio de experiencias de estrategias de reforma entre responsables políticos y analistas de países de la Región Europea de la OMS.

## Información sobre cómo obtener un perfil HiT

Todos los perfiles HiT están disponibles como ficheros PDF en la dirección [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu), donde también puede inscribirse en nuestra lista de distribución para recibir actualizaciones mensuales de las actividades del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, incluidos nuevos perfiles HiT, libros de la serie que publicamos conjuntamente con Cambridge University Press, informes sobre políticas, resúmenes de políticas, y la revista Eurohealth.

Si desea solicitar una copia impresa de un HiT, puede escribir a: [contact@obs.who.int](mailto:contact@obs.who.int).

Las publicaciones del  
Observatorio Europeo de  
Sistemas y Políticas de  
Salud están disponibles en

[www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu).

# Perfiles por país de HiT publicados hasta la fecha

## **Albania**

(1999, 2002ag)

## **Andorra**

(2004)

## **Armenia**

(2001g, 2006, 2013)

## **Australia**

(2002, 2006)

## **Austria**

(2001e, 2006e, 2013e)

## **Azerbaiyán**

(2004g, 2010g)

## **Belarús**

(2008, 2013)

## **Bélgica**

(2000, 2007, 2010)

## **Bosnia y Herzegovina**

(2002g)

## **Bulgaria**

(1999, 2003b, 2007g, 2012)

## **Canadá**

(2005, 2013c)

## **Croacia**

(1999, 2006, 2014)

## **Chipre**

(2004, 2012)

## **República Checa**

(2000, 2005g, 2009, 2015)

## **Dinamarca**

(2001, 2007g, 2012)

## **Estonia**

(2000, 2004gj, 2008, 2013, 2018)

## **Finlandia**

(2002, 2008)

## **Francia**

(2004cg, 2010, 2015)

## **Georgia**

(2002dg, 2009, 2017)

## **Alemania**

(2000e, 2004eg, 2014e)

## **Grecia**

(2010, 2017)

## **Hungría**

(1999, 2004, 2011)

## **Islandia**

(2003, 2014)

## **Irlanda**

(2009)

## **Israel**

(2003, 2009, 2015)

## **Italia**

(2001, 2009, 2014)

## **Japón**

(2009)

## **Kazajstán**

(1999g, 2007g, 2012)

## **Kirguizistán**

(2000g, 2005g, 2011g)

## **Letonia**

(2001, 2008, 2012)

## **Lituania**

(2000, 2013)

## **Luxemburgo**

(1999, 2015)

## **Malta**

(1999, 2014, 2017)

## **Mongolia**

(2007)

## **Países Bajos**

(2004g, 2010, 2016)

## **Nueva Zelandia**

(2001\*)

## **Noruega**

(2000, 2006, 2013)

## **Polonia**

(1999, 2005k, 2011)

## **Portugal**

(1999, 2004, 2007, 2011, 2017)

## **República de Corea**

(2009\*)

## **República de Moldavia**

(2002g, 2008g, 2012)

## **Rumanía**

(2000f, 2008, 2016)

## **Federación Rusa**

(2003g, 2011g)

## **Eslovaquia**

(2000, 2004, 2011, 2016)

## **Eslovenia**

(2002, 2009, 2016)

## **España**

(2000, 2006, 2010, 2018)

## **Suecia**

(2001, 2005, 2012)

## **Suiza**

(2000, 2015)

## **Tayikistán**

(2000, 2010g, 2016)

## **Antigua Yugoslavia República de Macedonia**

(2000, 2006, 2017)

## **Turquía**

(2002gi, 2011i)

## **Turkmenistán**

(2000)

## **Ucrania**

(2004g, 2010g, 2015)

## **Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte**

(1999g, 2015)

## **Reino Unido (Inglaterra)**

(2011)

## **Reino Unido (Irlanda del Norte)**

(2012)

## **Reino Unido (Escocia)**

(2012)

## **Reino Unido (Gales)**

(2012)

## **Estados Unidos de América**

(2013)

## **Uzbekistán**

(2001g, 2007g, 2014g)

## **Región del Véneto, Italia**

(2012)

Todos los HiT se encuentran disponibles en inglés.

Cuando se indica, también están disponibles en otras lenguas:

- <sup>a</sup> albanés
- <sup>b</sup> búlgaro
- <sup>j</sup> estonio
- <sup>c</sup> francés
- <sup>d</sup> georgiano
- <sup>e</sup> alemán
- <sup>k</sup> polaco
- <sup>f</sup> rumano
- <sup>g</sup> ruso
- <sup>h</sup> español
- <sup>i</sup> turco

**IACS** Instituto Aragonés de  
Ciencias de la Salud

 **SESPAS**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

European  
**Observatory**   
on Health Systems and Policies

a partnership hosted by WHO