

El sistema sanitario español

Ignacio Riesgo

PID_00217778

Índice

Introducción	7
Objetivos	8
1. Visión general: atributos generales del sistema sanitario español	9
1.1. En cuanto al estado de salud	10
1.1.1. Unos buenos indicadores generales de salud	10
1.1.2. Una morbilidad propia de un país desarrollado	19
1.2. En cuanto a la tipología general del sistema	19
1.2.1. Un sistema con tipología servicio nacional de salud, muy descentralizado	19
1.2.2. Cobertura universal	20
1.2.3. Un sistema de tipología integrado	21
1.2.4. Cierta grado de insatisfacción con el sistema	21
1.2.5. Un sistema generoso en las prestaciones	21
1.3. Recursos sanitarios	22
1.3.1. Pocas camas	22
1.3.2. Un número de médicos en la media de los países de la OCDE	23
1.3.3. Pocos enfermeros	25
1.3.4. Un número todavía bajo de dentistas	26
1.4. Utilización de servicios sanitarios	27
1.4.1. Un alto nivel de inmunización	27
1.4.2. En términos relativos, una frecuentación muy alta de consultas médicas y una baja frecuentación hospitalaria	29
1.4.3. Una estancia media hospitalaria relativamente alta	31
1.5. Financiación y gastos en sanidad	33
1.5.1. Financiación predominantemente pública	33
1.5.2. Un gasto sanitario en relación con nuestro nivel de riqueza	34
1.6. Características del modelo asistencial	36
1.6.1. Una potente red hospitalaria, predominantemente pública	36
1.6.2. Una potente red de atención primaria, basada en centros de salud	36
1.6.3. La atención primaria como puerta de entrada del sistema público (papel de <i>gate-keeper</i>)	37
1.7. Determinantes no médicos de la salud	37

1.7.1.	El consumo de tabaco sigue siendo un importante problema de salud	37
1.7.2.	El consumo de alcohol es alto, pero moderándose	40
1.7.3.	El sobrepeso es un problema creciente	41
1.8.	Contexto demográfico y económico	42
1.8.1.	Una población en envejecimiento rápido	42
1.8.2.	Una renta per cápita, cercana a la media de la OCDE ...	44
2.	Estado de salud	46
2.1.	Mortalidad	46
2.2.	Factores de vida que afectan al estado de salud	46
2.3.	Percepción subjetiva de la salud	47
2.4.	Discapacidad y dependencia	47
2.5.	SIDA/VIH	47
2.6.	Consumo de drogas ilegales	49
2.7.	Grupos vulnerables y desigualdades en salud	49
2.8.	Salud dental y vacunación	49
2.9.	Salud materno-infantil	50
3.	Estructura organizativa	51
3.1.	Descripción general del sistema sanitario	51
3.2.	El proceso de descentralización	51
3.3.	Descripción de la estructura organizativa	52
3.4.	Empoderamiento de los pacientes	53
4.	Financiación	55
4.1.	Gasto sanitario	55
4.2.	Cobertura de la población y derecho a la asistencia	59
4.2.1.	Cartera de servicios	59
4.3.	Recaudación de ingresos/origen de los fondos	59
4.3.1.	Impuestos	60
4.3.2.	Pagos sufragados directamente por los ciudadanos	61
4.3.3.	Seguros sanitarios privados	61
4.4.	Función de compra	61
4.5.	Relaciones comprador-proveedor	62
4.6.	Mecanismos de transferencia de recursos	62
4.6.1.	Servicios sanitarios	62
4.6.2.	Personal sanitario	63
5.	Regulación y planificación	64
5.1.	Legislación más relevante	64
5.2.	Regulación	65
5.2.1.	Regulación y fórmulas de gestión de los terceros pagadores	66
5.2.2.	Regulación y fórmulas de gestión de los proveedores ...	66
5.3.	Planificación y gestión de la información sanitaria	67
5.3.1.	Evaluación de tecnologías sanitarias	67

5.3.2.	Sistemas de información	67
5.3.3.	Investigación y desarrollo	67
6.	Recursos materiales y humanos.....	69
6.1.	Recursos materiales	69
6.1.1.	Infraestructura e inversión	69
6.1.2.	Tecnologías de la información	70
6.2.	Recursos humanos	70
6.2.1.	Personal sanitario	70
6.2.2.	Planificación de los recursos humanos sanitarios	70
6.2.3.	Formación del personal sanitario	71
6.2.4.	Formación de médicos especialistas	72
6.2.5.	Formación especializada del personal de enfermería	72
6.2.6.	Formación del personal de gestión sanitaria	72
6.2.7.	Farmacéuticos	72
7.	Organización de la provisión de servicios.....	74
7.1.	Sistema público de gestión directa administrativa	74
7.1.1.	Salud pública	74
7.1.2.	Itinerarios del paciente	76
7.1.3.	Atención primaria	77
7.1.4.	Atención especializada y hospitalaria	79
7.1.5.	Atención de urgencia	81
7.1.6.	Prestación farmacéutica	82
7.1.7.	Rehabilitación/atención intermedia	86
7.1.8.	Cuidados de larga duración y servicios sociales	86
7.1.9.	Cuidados paliativos	87
7.1.10.	Atención a la salud mental	88
7.2.	Nuevas formas de gestión en el ámbito público	89
7.2.1.	Consortios	89
7.2.2.	Empresas públicas	92
7.2.3.	Fundaciones públicas sanitarias	92
7.2.4.	Entidades de base asociativa	93
7.3.	Sistema privado	93
7.3.1.	Aseguradoras sanitarias	95
7.3.2.	Provisores privados	100
7.4.	Áreas de colaboración público-privada	105
7.4.1.	Conciertos	106
7.4.2.	Mutualismo administrativo (sistema MUFACE)	106
7.4.3.	Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEP)	108
7.4.4.	Concesiones	111
8.	El impacto de la crisis económica en el sistema sanitario.....	113
8.1.	Industria farmacéutica	113
8.2.	Profesionales sanitarios	114
8.3.	Suministradores del sistema	114

8.4. Ciudadanos	114
8.5. Inversiones	115
9. Retos del sistema sanitario en España.....	116
9.1. Tendencias generales de los sistemas sanitarios	116
9.1.1. Una tardía revolución industrial	116
9.1.2. Revolución asistencial	116
9.1.3. Cambios regulatorios	116
9.1.4. Impacto de la nueva ciencia	117
9.1.5. Integración	117
9.1.6. Internacionalización	117
9.2. Retos del sistema sanitario en España	117
9.2.1. Financiación	117
9.2.2. Gobernanza	118
9.2.3. Revolución asistencial	118
9.2.4. Reformas en el sector público	118
9.2.5. Modernización del sector privado	119
9.2.6. Interoperabilidad de los sistemas de información	119
9.2.7. Colaboración público-privada	119
Glosario.....	121
Bibliografía.....	123

Introducción

Todo lo que ahora llamamos sistema sanitario empezó con la relación médico-enfermo. “Me siento enfrente de mi paciente, como en una isla desierta”, decía en el siglo XIX un famoso clínico vienés.

Realmente, nunca, ni siquiera en la antigüedad clásica, fue la relación médico-enfermo algo comparable a estar en una isla desierta, sino sometida a múltiples condicionantes sociales ¿Qué tenía que ver la atención que se daba al Rey o a las clases ricas con la que recibían los pobres? Sin embargo, es cierto que durante mucho tiempo en la historia la relación médico-enfermo podía compararse a estar a solas en una isla desierta.

Ya no. Hoy en día la relación médico-enfermo es algo absolutamente mediaticizado por cantidad de agentes de gran influencia. Digamos que se parece más al concurrido camarote de los hermanos Marx que a una relación a solas.

¿Quiénes están en esa relación? Multitud de agentes: aseguradoras, empresas farmacéuticas, administraciones, empresas de tecnología médica, asociaciones profesionales, etc. Todas ellas influyen en la relación médico-enfermo, que sigue siendo, sin embargo, el elemento *core* de cualquier sistema sanitario. Pero el sistema se ha convertido en una potente industria, que mueve miles de millones, y en la que hay cantidad de grupos profesionales, así como instituciones y empresas, públicas y privadas.

Queremos entender este sistema y las fuerzas que actúan en él. Este es el objetivo general de este módulo.

No obstante, lo digo de antemano, el objetivo no se va a lograr por completo. El sistema sanitario es un sistema tan complejo y con tantos agentes e influencias cruzadas que solo una larga vida profesional y un continuo análisis permiten aproximarse a su entendimiento.

Lo que queremos, eso sí, es ayudar a entenderlo mejor y dar algunas herramientas conceptuales e informativas para seguir profundizando en él y poder llegar a entenderlo, al menos lo suficiente como para manejarse en él con cierta soltura.

Objetivos

Los objetivos del módulo son los siguientes:

1. Entender los atributos generales del sistema sanitario español, que, como muchos europeos, es de la tipología servicio nacional de salud (módulo 1).
2. Analizar el estado de salud de la población española; avanzamos que los resultados en salud de nuestro sistema son excelentes (módulo 2).
3. Estudiar la estructura organizativa general (módulo 3).
4. Aproximarnos al sistema de financiación y a las grandes cifras del gasto sanitario en España (módulo 4).
5. El sistema sanitario, aquí y en todos los países, es un sistema muy regulado y el papel de los gobiernos siempre está muy presente. Tratar de entender los aspectos fundamentales de esta regulación es el objetivo del módulo 5.
6. No se trata de intoxicar con cifras, pero tener una idea de los principales recursos materiales y humanos de nuestro sistema es algo básico para su entendimiento (módulo 6).
7. Entender la organización de la provisión de servicios es importante. A veces se presenta solo el sistema público y esto es algo simplista. Queremos presentar toda la complejidad de la provisión de servicios en el sistema sanitario español. Por eso lo dividimos en cuatro componentes: a) Sistema público de gestión directa administrativa; b) Nuevas formas de gestión en el ámbito público; c) Sistema privado, y d) Áreas de colaboración público-privada (módulo 7).
8. La crisis económica ha tenido un gran impacto en el sistema. Los llamados recortes han sido fuertes y con consecuencias. Esto lo veremos en el módulo 8.
9. Por último, nos aproximamos a los retos del sistema sanitario en España, para lo que, primero, enumeramos las tendencias generales de los sistemas sanitarios (módulo 9).
10. El módulo acaba con un glosario y una bibliografía seleccionada. Las citas son muy básicas y quiero indicar que todos los documentos mencionados en la bibliografía, así como gran parte de los citados a pie de página a lo largo del texto, pueden encontrarse en internet.

1. Visión general: atributos generales del sistema sanitario español

El sistema sanitario español, aunque tiene su origen, como todos los europeos, en un sistema de tipología de seguros sociales, evolucionó, sobre todo a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, hacia un sistema de tipología de servicio nacional de salud (aunque se prefirió denominar sistema nacional de salud para hacer énfasis en su carácter y vocación de descentralización, evitando el paralelismo con el entonces hipercentralizado *national health service* británico).

En ese marco de servicio nacional de salud, los principales atributos son:

- 1) **Pertenencia a este en función de la condición de ciudadano.**
- 2) **Financiación predominantemente pública vía impuestos generales.**
- 3) **Cobertura universal** (modificado parcialmente por el Real Decreto Ley 16/2012).
- 4) **Predominante provisión pública.**
- 5) **Sistema muy descentralizado** (de hecho, a partir del 2002 toda la gestión de los servicios sanitarios es llevada desde las comunidades autónomas y no por la Administración central, salvo de forma residual en Ceuta y Melilla).
- 6) **Sistema muy generoso en las prestaciones** (basándonos en la amplia cartera de servicios y la ausencia de copago, excepto para la prestación farmacéutica, aunque esto habría que matizarlo a partir del Real Decreto Ley 16/2012, que analizaremos, y, sobre todo, de la consecuencia de los recortes a raíz de la crisis económica).

Aparte del sector público, existe un relativamente amplio y dinámico **sector privado**. Aproximadamente el 20% de la población tiene doble cobertura a partir de aseguradoras privadas. También existe una potente red hospitalaria de provisión privada y gran número de consultorios privados.

En este módulo trataremos de analizar las características generales del sistema sanitario español, poniendo de relieve los elementos diferenciales particularmente en el contexto europeo.

Agruparemos los atributos generales bajo los siguientes epígrafes:

- Estado de salud.
- En cuanto a la tipología general del sistema.

- Recursos sanitarios.
- Utilización de servicios sanitarios.
- Financiación y gastos en sanidad.
- Características del modelo asistencial.
- Determinantes no médicos de la salud.
- Contexto demográfico y económico.

1.1. En cuanto al estado de salud

1.1.1. Unos buenos indicadores generales de salud

Si tenemos en cuenta los indicadores clásicos de salud, entre ellos la esperanza de vida, nuestro nivel de salud es excelente y puede situarse entre los mejores del mundo.

En las tablas siguientes se ve la esperanza de vida al nacer para mujeres y hombres al nacimiento. Vemos cómo nuestra esperanza de vida al nacer está entre las mejores del mundo:

Esperanza de vida al nacer, mujeres

	2012 (o año más cercano)
Australia	84,3
Austria	83,6
Bélgica	83,1
Canadá	83,6
Chile	81,4
República Checa	81,2
Dinamarca	82,1
Estonia	81,5
Finlandia	83,7
Francia	85,4
	83,3
Grecia	83,4
Hungría	78,7
Islandia	84,3
Irlanda	83,2
Israel	83,6
Italia	84,8

	2012 (o año más cercano)
Japón	86,4
Corea	84,6
Luxemburgo	83,8
México	77,3
Holanda	83,0
Nueva Zelanda	83,2
Noruega	83,5
Polonia	81,1
Portugal	83,6
República Eslovaca	79,9
Eslovenia	83,3
España	85,5
Suecia	83,6
Suiza	84,9
Turquía	77,2
Reino Unido	82,8
Estados Unidos	81,1
Media OCDE	82,8

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Esperanza de vida al nacer, hombres

	2012 (o año más cercano)
Australia	79,9
Austria	78,4
Bélgica	77,8
Canadá	79,3
Chile	76,3
República Checa	75,1
Dinamarca	78,1
Estonia	71,4
Finlandia	77,7
Francia	78,7
Alemania	78,6

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o año más cercano)
Grecia	78,0
Hungría	71,6
Islandia	81,6
Irlanda	78,7
Israel	79,9
Italia	79,8
Japón	79,9
Corea	77,9
Luxemburgo	79,1
México	71,4
Holanda	79,3
Nueva Zelanda	79,7
Noruega	79,5
Polonia	72,7
Portugal	77,3
República Eslovaca	72,5
Eslovenia	77,1
España	79,5
Suecia	79,9
Suiza	80,6
Turquía	72,0
Reino Unido	79,1
Estados Unidos	76,3
Media OCDE	77,5

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

El mismo resultado excelente se obtiene para la esperanza de vida a los 65 años:

Esperanza de vida a los 65 años, mujeres

	2012 (o más próximo)
Australia	22,0
Austria	21,3
Bélgica	21,3

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Canadá	21,7
Chile	20,0
República Checa	19,2
Dinamarca	20,2
Estonia	20,3
Finlandia	21,6
Francia	23,4
Alemania	21,2
Grecia	21,0
Hungría	18,1
Islandia	21,5
Irlanda	21,1
Israel	21,0
Italia	22,1
Japón	23,8
Corea	22,0
Luxemburgo	21,4
México	18,6
Holanda	21,0
Nueva Zelanda	21,4
Noruega	21,0
Polonia	19,9
Portugal	21,3
República Eslovaca	18,5
Eslovenia	21,1
España	22,8
Suecia	21,1
Suiza	22,3
Turquía	16,1
Reino Unido	20,9
Estados Unidos	20,4

	2012 (o más próximo)
Media OCDE	20,9

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Esperanza de vida a los 65 años, hombres

	2012 (o más cercano)
Australia	19,1
Austria	18,1
Bélgica	17,7
Canadá	18,8
Chile	17,1
República Checa	15,7
Dinamarca	17,5
Estonia	14,8
Finlandia	17,8
Francia	19,1
Alemania	18,2
Grecia	18,1
Hungría	14,3
Islandia	20,1
Irlanda	18,0
Israel	18,8
Italia	18,5
Japón	18,9
Corea	17,5
Luxemburgo	18,4
México	16,7
Holanda	18,0
Nueva Zelanda	19,1
Noruega	18,3
Polonia	15,4
Portugal	17,6
República Eslovaca	14,6
Eslovenia	17,1

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más cercano)
España	18,7
Suecia	18,5
Suiza	19,3
Turquía	14,1
Reino Unido	18,5
Estados Unidos	17,8
Media OCDE	17,7

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Los resultados en cuanto a mortalidad infantil y años potenciales de vida perdidos antes de los 70 años son igualmente excelentes:

Mortalidad infantil, muertes por 1.000 nacimientos

	2012 (o más próximo)
Media	3,3
Austria	3,2
Bélgica	3,8
Canadá	4,8
Chile	7,7
República Checa	2,6
Dinamarca	3,4
Estonia	3,6
Finlandia	2,4
Francia	3,5
Alemania	3,3
Grecia	2,9
Hungría	4,9
Islandia	1,1
Irlanda	3,5
Israel	3,6
Italia	2,9
Japón	2,2
Corea	2,9
Luxemburgo	2,5

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
México	13,3
Holanda	3,7
Nueva Zelanda	5,2
Noruega	2,5
Polonia	4,6
Portugal	3,4
República Eslovaca	5,8
Eslovenia	1,6
España	3,1
Suecia	2,6
Suiza	3,6
Turquía	7,4
Reino Unido	4,1
Estados Unidos	6,1
Media OCDE	4,0

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Años potenciales de vida perdidos, todas las causas/ 100.000 mujeres/edad 0-69 años

	2012 (o más próximo)
Australia	2.083
Austria	2.048
Bélgica	2.487
Canadá	2.333
Chile	2.978
República Checa	2.374
Dinamarca	2.270
Estonia	2.942
Finlandia	2.176
Francia	-
Alemania	2.108
Grecia	-
Hungría	3.579
Islandia	1.616

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Irlanda	2.197
Israel	1.943
Italia	1.807
Japón	-
Corea	1.861
Luxemburgo	1.700
México	4.746
Holanda	2.235
Nueva Zelanda	2.644
Noruega	1.891
Polonia	2.889
Portugal	2.101
República Eslovaca	3.073
Eslovenia	2.186
España	1.728
Suecia	1.863
Suiza	1.934
Turquía	2.735
Reino Unido	2.537
Estados Unidos	3.447
Media OCDE	2.374

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Años potenciales de vida perdidos, todas las causas/ 100.000 hombres/edad 0-69 años

	2012 (o más próximo)
Australia	3.443
Austria	3.836
Bélgica	4.401
Canadá	3.675
Chile	5.416
República Checa	5.080
Dinamarca	3.551
Estonia	8.501

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Finlandia	4.424
Francia	-
Alemania	3.766
Grecia	4.235
Hungría	7.507
Islandia	3.178
Irlanda	3.743
Israel	3.234
Italia	3.257
Japón	3.525
Corea	4.004
Luxemburgo	2.934
México	8.707
Holanda	3.112
Nueva Zelanda	4.080
Noruega	3.164
Polonia	7.341
Portugal	4.559
República Eslovaca	7.254
Eslovenia	4.584
España	3.389
Suecia	2.963
Suiza	3.029
Turquía	-
Reino Unido	3.992
Estados Unidos	5.814
Media OCDE	4.494

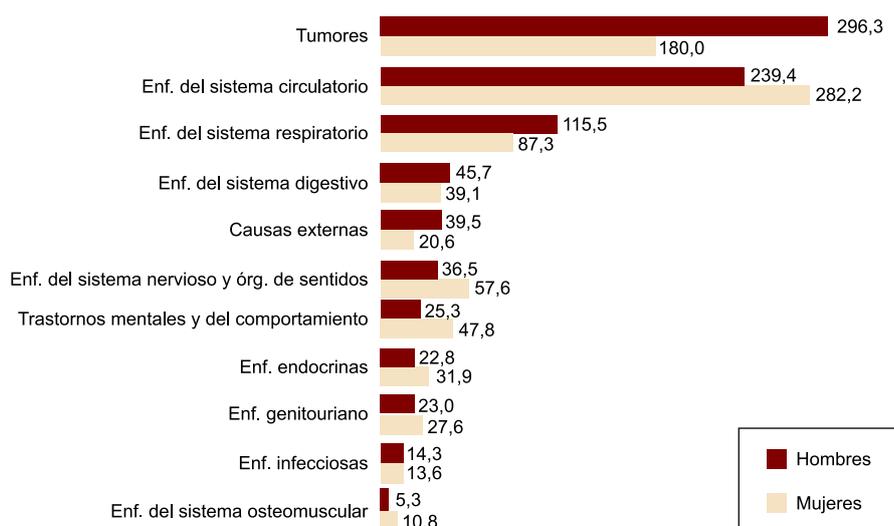
Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.1.2. Una morbilidad propia de un país desarrollado

Las causas de muerte en España tienen el perfil de un país desarrollado: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias, como causas fundamentales. Nada que ver, por lo tanto, con el perfil propio de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo: desnutrición o enfermedades infecciosas o parasitarias.

Esta es la realidad que se pone de manifiesto en la siguiente figura:

Tasas brutas por 100.000 habitantes según causa de muerte por capítulos CIE y sexo. Año 2012



1.2. En cuanto a la tipología general del sistema

1.2.1. Un sistema con tipología servicio nacional de salud, muy descentralizado

La tipología general de nuestro sistema sanitario es la de servicio nacional de salud. Recordemos que esta es una de las tipologías fundamentales de organización de los servicios públicos de salud en Europa, cuyas características son:

- **Pertenencia a este en función de la condición de ciudadano**, no por pertenecer a un gremio específico, como en los de tipología seguros sociales.
- **Financiación fundamentalmente vía a impuestos** y no por cotizaciones sociales. Desde 1988 hubo un cambio sustancial de financiación, por el cual perdía peso la financiación vía cotizaciones de trabajadores y empresarios, para adquirir el peso fundamental la aportación del Estado. Esto se ratificó en los Pactos de Toledo, en los cuales se decía que para el año 2000 la financiación del sistema sanitario sería íntegramente a través de impuestos generales, lo que se alcanzó ya en 1999.

- **Predominio de provisión pública.** Al revés que en los sistemas de seguros sociales, en los que gran parte de la provisión está en manos de instituciones privadas –con o sin ánimo de lucro–, en España gran parte de la provisión es pública, es decir, está organizada y gestionada por el sector público –no solo financiada–. En España es de gestión pública directa el 70% de las camas hospitalarias y, con muy pocas excepciones situadas fundamentalmente en Cataluña, toda la atención primaria.
- Aparte de lo anterior, otra característica del sistema es la **descentralización**. De acuerdo con las previsiones de la Ley General de Sanidad y con las características del Estado de las Autonomías derivado de la Constitución, el sistema sanitario público está siendo gestionado íntegramente por las comunidades autónomas.

1.2.2. Cobertura universal

En España el sistema sanitario público tiene una cobertura universal o cuasi-universal. Esto es una característica general de los sistemas sanitarios europeos.

El 99% de la población tiene cobertura pública, a través del sistema obligatorio. En puridad, nunca el sistema nacional de salud español tuvo cobertura universal, pero, como decimos, la cobertura llegó a alcanzar a más del 99%. Digamos que tenía vocación de cobertura universal y que estaba en vías de alcanzarla. Esta situación se quebró a partir del Real Decreto Ley 16/2012, que excluye explícitamente a los inmigrantes irregulares y a otros colectivos de la cobertura del sistema nacional de salud.

El 20% de la población (aproximadamente) tiene, además, cobertura privada, con lo cual tiene doble cobertura. El porcentaje de doble cobertura en nuestro país tiene grandes diferencias regionales.

Esta situación de cobertura pública universal delimita el papel del sector privado, que puede ser del siguiente tipo:

- **Complementario**, áreas de actividad no cubiertas por el sistema público, según el Real Decreto de Prestaciones. Dada la amplia cartera de prestaciones del sistema nacional de salud, este papel queda restringido a muy pocas actividades: cirugía plástica y pocas cosas más.
- **Sustitutivo**, cuando en vez de elegir el sistema público, se elige el privado. Dado el carácter obligatorio del sistema público, solo los funcionarios del Estado pueden elegir, a través del mutualismo administrativo.
- **Alternativo**, posibilidad de utilizar alternativamente el sistema público o el privado. Accesible al porcentaje de población con doble cobertura, por

disponer de una póliza privada. Naturalmente, esta fórmula se limita a los que tengan capacidad económica de pagar dos veces la sanidad.

1.2.3. Un sistema de tipología integrado

España fue uno de los países que hizo evolucionar su sistema de uno basado en seguros sociales a otro de tipología servicio nacional de salud. Esto incluye a nuestro país dentro de los de sistema integrado (provisores públicos dependientes del financiador público y sin separación clara de las funciones de financiación y compra de las de provisión).

Desde hace tiempo, y con éxito variable, se están impulsando reformas que tienen a desintegrar el sistema, en el sentido de hacer más clara la separación entre las funciones de financiación, compra y provisión.

1.2.4. Cierta grado de insatisfacción con el sistema

Los análisis internacionales son concluyentes: los ciudadanos españoles muestran un menor grado de satisfacción con el sistema sanitario que el de la mayoría de los países de la Unión Europea. Esta es la conclusión a la que se llega tras el análisis de varias encuestas, realizadas en muchos países con la misma metodología: la encuesta dirigida por Blendon en 1991, así como la realizada por el Dr. Mossialos.

Lecturas recomendadas

R. J. Blendon y otros (1991). "Spanish's citizens asses their Health Care System". *Data Watch, Health Affairs* (núm. 10, otoño).

E. Mossialos (1997). Citado por Julien Le Grand en *La modernización de la Sanidad en el Mundo*. Madrid: Arthur Andersen-Smith Kline Beecham.

1.2.5. Un sistema generoso en las prestaciones

El catálogo de prestaciones del sistema nacional de salud configura unas amplias prestaciones del sistema sanitario. En la práctica, clasifica las prestaciones en dos grandes grupos: las incluidas en la financiación pública (casi todas) y las excluidas para todos los ciudadanos (una breve relación).

La amplitud de prestaciones del catálogo y la práctica ausencia de copago (solo presente en la prestación farmacéutica, y con notables excepciones y bolsas de fraude) configura nuestro sistema como uno de los más generosos, si no el que más, de la OCDE.

Esta situación se debe matizar también a partir del Real Decreto 16/2012, que establece la exclusión de determinados colectivos (entre otros de los inmigrantes irregulares) de la cobertura del sistema y amplía el copago farmacéutico.

Pero, sobre todo, con los recortes derivados de la crisis económica, que han hecho que las listas de espera hayan crecido en prácticamente todas las comunidades autónomas.

1.3. Recursos sanitarios

De manera simplificada, podemos decir que tenemos un sistema sanitario con pocas camas, un número de médicos en la media de los países de la OCDE, pocos enfermeros y todavía pocos dentistas, todo ello de acuerdo con la comparativa internacional.

1.3.1. Pocas camas

España es uno de los países de la Unión Europea con menos camas por 1.000 habitantes, aunque España tiene más camas por 1.000 habitantes que Estados Unidos y Reino Unido. Esta situación no significa que estemos defendiendo una política de apertura masiva de nuevas camas. De hecho, en los países de Europa con más camas (Alemania, Bélgica) se está produciendo una reducción significativa del número de camas, y el auge de las alternativas a la hospitalización tradicional (cirugía mayor ambulatoria, hospitalización de día, hospitalización domiciliaria, etc.) hace que exista una tendencia en todo el mundo a la reducción del número de camas, tendencia de la que no puede excluirse a nuestro país, a pesar del número de camas de partida.

La situación comparativa entre los países de la OCDE del número de camas hospitalarias se pone de manifiesto en el siguiente cuadro:

Camas hospitalarias por 1.000 habitantes

	2012 (o más próximo)
Australia	3,8
Austria	7,7
Bélgica	6,3
Canadá	2,7
Chile	2,2
República Checa	6,7
Dinamarca	–
Estonia	5,5
Finlandia	5,3
Francia	6,3
Alemania	8,3
Grecia	4,9

	2012 (o más próximo)
Hungría	7,0
Islandia	3,3
Irlanda	2,8
Israel	3,1
Italia	3,4
Japón	13,4
Corea	10,3
Luxemburgo	5,2
México	1,6
Holanda	4,7
Nueva Zelanda	2,8
Noruega	4,0
Polonia	6,5
Portugal	3,4
República Eslovaca	5,9
Eslovenia	4,5
España	3,0
Suecia	2,6
Suiza	4,8
Turquía	2,7
Reino Unido	2,8
Estados Unidos	3,1
Media OCDE	4,8

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.3.2. Un número de médicos en la media de los países de la OCDE

Hasta hace poco España era uno de los países del mundo con más médicos por 1.000 habitantes. Los efectos del *numerus clausus* en nuestras facultades de Medicina ha ido corrigiendo esta situación, tal y como se pone de manifiesto en la siguiente tabla:

Médicos por 1.000 habitantes

	2012 (o más próximo)
Australia	3,3
Austria	4,9
Bélgica	2,9
Canadá	2,5
Chile	1,7
República Checa	3,7
Dinamarca	3,5
Estonia	3,3
Finlandia	3,3
Francia	3,3
Alemania	4,0
Grecia	6,2
Hungría	3,1
Islandia	3,6
Irlanda	2,7
Israel	3,3
Italia	3,9
Japón	2,3
Corea	2,1
Luxemburgo	2,8
México	2,2
Holanda	3,1
Nueva Zelanda	2,7
Noruega	4,2
Polonia	2,2
Portugal	4,1
República Eslovaca	3,4
Eslovenia	2,5
España	3,8
Suecia	3,9
Suiza	3,9

	2012 (o más próximo)
Turquía	1,7
Reino Unido	2,8
Estados Unidos	2,5
Media OCDE	3,2

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

En este momento hay un gran debate en nuestra sociedad sobre si el número de médicos es alto o bajo. Como vemos en la gráfica, realmente pocos son los países con más médicos por 1.000 habitantes que en España. Esto coexiste con problemas en cuanto a la distribución de médicos en ciertas comunidades o escasez de determinados especialistas (radiólogos, pediatras, anestesiólogos, etc.).

1.3.3. Pocos enfermeros

Hay un patrón típico en Europa: los países del norte de Europa tienen muchos enfermeros y pocos médicos, mientras que en los mediterráneos se da el patrón inverso: muchos médicos y pocos enfermeros. Aunque en España esta situación se está corrigiendo y no es ya tan llamativa como en Italia o Grecia, todavía respondemos en parte a este patrón.

Enfermeros por 1.000 habitantes

	2012 (o más próximo)
Australia	10,2
Austria	7,8
Bélgica	9,5
Canadá	9,4
Chile	4,2
República Checa	8,1
Dinamarca	15,4
Estonia	6,2
Finlandia	10,5
Francia	9,1
Alemania	11,3
Grecia	3,3
Hungría	6,3
Islandia	15,2

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Irlanda	12,6
Israel	4,8
Italia	6,4
Japón	10,5
Corea	4,8
Luxemburgo	11,9
México	2,6
Holanda	11,9
Nueva Zelanda	10,1
Noruega	16,5
Polonia	5,5
Portugal	5,8
República Eslovaca	5,8
Eslovenia	8,2
España	5,2
Suecia	11,1
Suiza	16,6
Turquía	1,8
Reino Unido	8,2
Estados Unidos	11,1
Media OCDE	8,8

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.3.4. Un número todavía bajo de dentistas

A pesar del esfuerzo tan impresionante que se ha hecho en nuestro país de creación de facultades de Odontología, en términos comparativos nos encontramos con un índice bajo de dentistas por 1.000 habitantes entre los países de la OCDE:

Número de dentistas por 1.000 habitantes

	2012 (o más próximo)
Australia	0,65
Bélgica	0,91
Chile	0,71

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Dinamarca	1,41
Estonia	1,17
Finlandia	1,23
Alemania	1,11
Hungría	0,82
Islandia	1,21
Irlanda	0,58
Israel	1,23
Italia	0,98
Corea	0,54
Luxemburgo	1,09
Holanda	0,63
Nueva Zelanda	0,6
Noruega	1,28
Polonia	1,01
Portugal	0,79
España	0,67
Suecia	1,72

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.4. Utilización de servicios sanitarios

1.4.1. Un alto nivel de inmunización

Las tasas de inmunización para difteria, tétanos, tos ferina y sarampión en niños son de las más altas de los países de la OCDE:

Inmunización difteria, tétanos y difteria, porcentaje niños inmunizados

	2012
Country	
Australia	92
Austria	83
Bélgica	99
Canadá	95

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012
Chile	90
República Checa	99
Dinamarca	94
Estonia	94
Finlandia	99
Francia	99
Alemania	93
Grecia	99
Hungría	99
Islandia	89
Irlanda	95
Israel	94
Italia	97
Japón	98
Corea	99
Luxemburgo	99
México	99
Holanda	97
Nueva Zelanda	93
Noruega	95
Polonia	99
Portugal	98
República Eslovaca	99
Eslovenia	96
España	97
Suecia	98
Suiza	95
Turquía	97
Reino Unido	97
Estados Unidos	95

1.4.2. En términos relativos, una frecuentación muy alta de consultas médicas y una baja frecuentación hospitalaria

La baja frecuentación hospitalaria tiene sin duda su razón de ser en la baja ratio de camas por 1.000 habitantes. Más difícil de explicar es la alta frecuentación de consultas médicas, una de las mayores del mundo.

Ambos hechos pueden observarse en las siguientes tablas:

Consultas médicas por persona/año

	2012 (o más próximo)
Australia	6,9
Austria	6,8
Bélgica	7,4
Canadá	7,9
Chile	3,4
República Checa	11,1
Dinamarca	4,7
Estonia	6,4
Finlandia	2,7
Francia	6,7
Alemania	9,7
Grecia	-
Hungría	11,8
Islandia	5,9
Irlanda	3,8
Israel	6,2
Italia	7,2
Japón	13,0
Corea	14,3
Luxemburgo	6,6
México	3,0
Holanda	6,2
Nueva Zelanda	3,7
Noruega	4,4
Polonia	7,0

	2012 (o más próximo)
Portugal	4,4
República Eslovaca	11,2
Eslovenia	6,3
España	7,4
Suecia	–
Suiza	4,0
Turquía	8,2
Reino Unido	5,0
Estados Unidos	4,0
Media OCDE	6,7

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

No obstante, hay que decir que en términos de consultas médicas/año, aunque seguimos por encima de la media de la OCDE, hemos mejorado (en términos de aproximarnos a los otros países de la OCDE), ya que en una fecha tan reciente como 2003 teníamos 9,5 consultas/persona/año.

Altas por 100.000 habitantes (todas las causas)

	2012 (o más próximo)
Australia	17.264
Austria	27.030
Bélgica	16.954
Canadá	8.316
Chile	9.558
República Checa	20.055
Dinamarca	17.154
Estonia	17.285
Finlandia	17.748
Francia	16.766
Alemania	25.093
Grecia	19.540
Hungría	20.202
Islandia	14.132
Irlanda	13.606

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Israel	16.356
Italia	12.878
Japón	11.055
Corea	15.571
Luxemburgo	14.944
México	4.820
Holanda	11.863
Nueva Zelanda	14.816
Noruega	–
Polonia	16.222
Portugal	11.316
República Eslovaca	19.583
Eslovenia	17.107
España	9.906
Suecia	16.251
Suiza	16.637
Turquía	15.762
Reino Unido	14.204
Estados Unidos	12.549
Media OCDE	15.590

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.4.3. Una estancia media hospitalaria relativamente alta

Aunque en un año tan reciente como el 2000 España tenía una estancia media global de 8,8 días, el esfuerzo de gestión tan impresionante que se ha hecho la ha reducido de manera significativa, con lo que se sitúa por debajo de la media de la OCDE.

Estancia media hospitalaria en países de la OCDE

	2012 (o más próximo)
Australia	5,8
Austria	7,9
Bélgica	6,8
Canadá	7,4

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Chile	5,7
República Checa	9,5
Dinamarca	4,6
Estonia	7,8
Finlandia	11
Francia	5,6
Alemania	9,2
Grecia	7,0
Hungría	9,5
Islandia	5,8
Irlanda	5,6
Israel	6,5
Italia	7,7
Japón	17,5
Corea	16,1
Luxemburgo	8,5
México	3,9
Holanda	5,2
Nueva Zelanda	8,2
Noruega	-
Polonia	7,1
Portugal	5,9
República Eslovaca	7,4
Eslovenia	7,4
España	6,7
Suecia	6,0
Suiza	8,6
Turquía	4,0
Reino Unido	7
Estados Unidos	4,8
Media OCDE	7,4

1.5. Financiación y gastos en sanidad

1.5.1. Financiación predominantemente pública

El 73% del gasto sanitario es público. Los países europeos suelen tener más porcentaje de gasto público, aunque con un 73% España está por encima de la media de los países de la OCDE.

Porcentaje de gasto público sobre gasto sanitario total

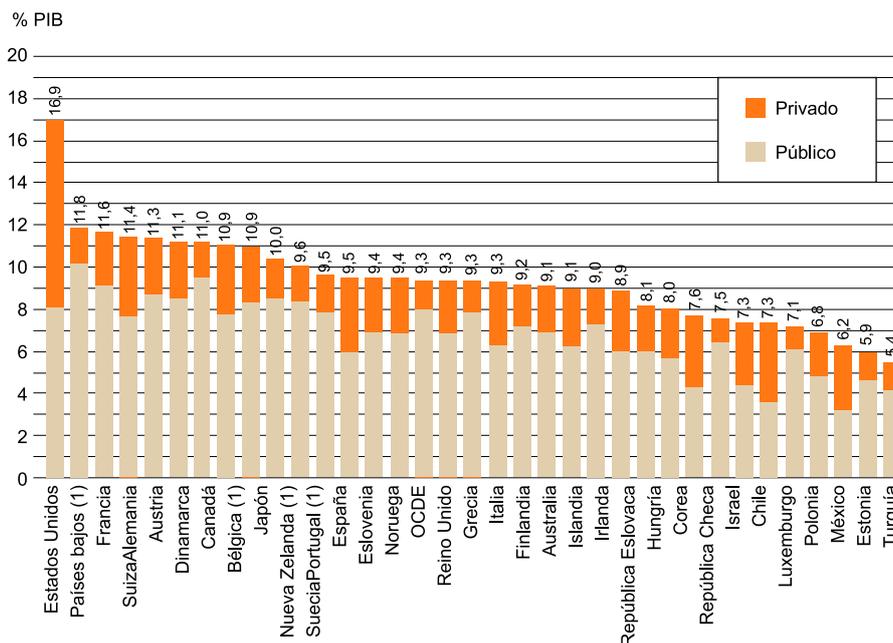
	2012 (o más próximo)
Australia	68,4
Austria	75,9
Bélgica	75,2
Canadá	70,1
Chile	49,2
República Checa	84,0
Dinamarca	85,8
Estonia	78,7
Finlandia	75,0
Francia	77,4
Alemania	76,7
Grecia	67,1
Hungría	62,6
Islandia	80,5
Irlanda	67,6
Israel	59,8
Italia	77,3
Japón	82,1
Corea	54,5
Luxemburgo	83,5
México	50,6
Holanda	85,8
Nueva Zelanda	82,7
Noruega	85,0
Polonia	69,2

	2012 (o más próximo)
Portugal	65,0
República Eslovaca	69,7
Eslovenia	71,5
España	73,0
Suecia	81,3
Suiza	65,8
Turquía	76,8
Reino Unido	84,0
Estados Unidos	47,6
Media OCDE	72,3

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Otra manera de ver esta información es con el siguiente gráfico:

Gasto en salud, público y privado, como proporción del PIB, países de la OCDE, 2012 o último año



Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.5.2. Un gasto sanitario en relación con nuestro nivel de riqueza

El gasto sanitario viene a corresponder en España al 9,4% del PIB en el 2012. En parte esta subida del porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB se debe al descenso del PIB global. En el análisis de los gastos en sanidad no vale comparar porcentajes. Hay que comparar porcentajes con nivel de renta. A mayor nivel de renta per cápita, mayor porcentaje de gasto sanitario en relación con

el PIB. Cuando se hace una recta de regresión comparando estos elementos (gasto sanitario en porcentaje de PIB y renta per cápita) en los países de la OCDE, vemos que España está, más o menos, en el nivel de gasto sanitario que le corresponde.

Porcentaje del PIB dedicado a salud

	2012 (o más próximo)
Australia	9,1
Austria	11,1
Bélgica	10,9
Canadá	10,9
Chile	7,3
República Checa	7,5
Dinamarca	11,0
Estonia	5,9
Finlandia	9,1
Francia	11,6
Alemania	11,3
Grecia	9,3
Hungría	8,0
Islandia	9,0
Irlanda	8,9
Israel	7,3
Italia	9,2
Japón	10,3
Corea	7,6
Luxemburgo	7,1
México	6,2
Holanda	11,8
Nueva Zelanda	10,0
Noruega	9,3
Polonia	6,8
Portugal	9,5
República Eslovaca	8,1
Eslovenia	9,4

	2012 (o más próximo)
España	9,4
Suecia	9,6
Suiza	11,4
Turquía	5,4
Reino Unido	9,3
Estados Unidos	16,9
Media OCDE	9,3

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.6. Características del modelo asistencial

1.6.1. Una potente red hospitalaria, predominantemente pública

A pesar de lo que hemos dicho en cuanto al número de camas hospitalarias en España, en nuestro país existe una potente red hospitalaria de agudos, en general bien dotada de medios técnicos, con alta cualificación del personal y altamente eficaz.

La red es pública de manera predominante, ya que el 70% de las camas hospitalarias son públicas. Sin embargo, esta proporción se invierte en Cataluña, donde son públicas en torno al 30% y el resto son concertadas, si bien muchas de ellas están constituidas por consorcios con participación de ayuntamientos, es decir, aunque en muchas de ellas exista gestión privada, en realidad son también públicas.

En general, con algunas excepciones, son públicos los grandes hospitales de referencia y universitarios.

1.6.2. Una potente red de atención primaria, basada en centros de salud

La organización de la atención primaria pública en España está basada en los centros de salud (edificios o lugar donde se ejerce la asistencia) y en equipos de atención primaria (conjunto multidisciplinar de profesionales, formado por médicos y enfermeros, fundamentalmente). Los centros son públicos y los profesionales son empleados públicos. Esto es atípico en Europa, donde la atención primaria se ha formado por evolución natural de la práctica médica y está formada por profesionales independientes que mantienen un contrato con el sistema público. Esta es la situación que se da incluso en países con servicio nacional de salud, como el Reino Unido.

1.6.3. La atención primaria como puerta de entrada del sistema público (papel de *gate-keeper*)

España es de los países de Europa en los que la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema sanitario público. Hay algunos países en los que la atención primaria cumple este papel (Reino Unido, España), mientras que en otros no lo ejerce y hay acceso directo al especialista (caso de Francia).

1.7. Determinantes no médicos de la salud

1.7.1. El consumo de tabaco sigue siendo un importante problema de salud

El consumo de tabaco sigue siendo un importante problema de salud, aunque el consumo ha disminuido mucho, tanto en mujeres como en hombres

España es uno de los países de la OCDE donde más se fuma, tal y como se puede ver en los siguientes gráficos:

Porcentaje de mujeres que fuma diariamente

	2012 (o más próximo)
Australia	13,9
Austria	19,4
Bélgica	17,7
Canadá	13,5
Chile	26,0
República Checa	19,6
Dinamarca	19,3
Estonia	18,3
Finlandia	14,0
Francia	20,2
Alemania	17,6
Grecia	34,0
Hungría	21,7
Islandia	12,8
Irlanda	27,0
Israel	12,6
Italia	16,5

	2012 (o más próximo)
Japón	9,0
Corea	5,8
Luxemburgo	15,0
México	6,5
Holanda	16,3
Nueva Zelanda	15,8
Noruega	16,0
Polonia	17,9
Portugal	11,0
República Eslovaca	12,5
Eslovenia	18,4
España	13,4
Suecia	13,4
Suiza	17,8
Turquía	10,7
Reino Unido	18,1
Estados Unidos	12,5
Media OCDE	16,3

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Aunque se habla de la incorporación de la mujer al consumo de tabaco, en una fecha tan reciente como el 2001, el porcentaje de mujeres que fumaba diariamente era de 24,6.

Porcentaje de varones que fuma diariamente

	2012 (o más próximo)
Australia	16,4
Austria	27,3
Bélgica	23,6
Canadá	18,7
Chile	33,7
República Checa	26,3
Dinamarca	22,7
Estonia	36,2

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Finlandia	20,9
Francia	28,7
Alemania	26,4
Grecia	43,7
Hungría	31,9
Islandia	14,9
Irlanda	31,0
Israel	24,8
Italia	28,1
Japón	34,1
Corea	37,6
Luxemburgo	18,0
México	18,1
Holanda	20,6
Nueva Zelanda	17,2
Noruega	16,0
Polonia	30,9
Portugal	27,2
República Eslovaca	27,1
Eslovenia	22,6
España	27,9
Suecia	12,8
Suiza	23,1
Turquía	37,3
Reino Unido	20,3
Estados Unidos	15,9
Media OCDE	25,4

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Para valorar esta cifra del 27,9%, que es alta en relación con otros países europeos (como el Reino Unido), si bien por debajo de otros países como Francia o Italia, hay que tener en cuenta que en una fecha tan próxima como el 2001, el porcentaje de fumadores varones que fumaba diariamente era de 39,2%.

1.7.2. El consumo de alcohol es alto, pero moderándose

También el consumo de alcohol es alto, pero moderándose.

España tiene un consumo de alcohol más o menos en la media de la OCDE, aunque aquí se ha producido gradualmente una moderación en el consumo. En el año 1980 el número de litros consumidos era de 17,7, frente a los 9,8 del 2012.

Consumo de alcohol, litros por población de más de 15 años

	2012 (o más próximo)
Australia	10,1
Austria	12,2
Bélgica	9,8
Canadá	8,1
Chile	7,9
República Checa	11,6
Dinamarca	9,3
Estonia	12,3
Finlandia	9,3
Francia	11,8
Alemania	11,0
Grecia	7,9
Hungría	11,4
Islandia	6,3
Irlanda	11,6
Israel	2,7
Italia	6,1
Japón	7,2
Corea	9,1
Luxemburgo	11,4
México	5,7
Holanda	9,3
Nueva Zelanda	9,3
Noruega	6,2
Polonia	10,2

	2012 (o más próximo)
Portugal	10,8
República Eslovaca	10,1
Eslovenia	11,0
España	9,8
Suecia	7,3
Suiza	9,9
Turquía	1,6
Reino Unido	10,6
Estados Unidos	8,6
Media OCDE	9,0

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.7.3. El sobrepeso es un problema creciente

Aunque sin alcanzar los términos de epidemia grave que está tomando en Estados Unidos, o en el Reino Unido y Canadá, el sobrepeso es un problema de importancia creciente en nuestro país:

Obesidad, porcentaje de población con un BMI > kg/m², basándose en autoevaluación

	2012 (o más próximo)
Australia	21,3
Austria	12,4
Bélgica	13,8
Canadá	17,7
Chile	12,1
República Checa	17,4
Dinamarca	13,4
Estonia	19,0
Finlandia	15,8
Francia	14,5
Alemania	14,7
Grecia	19,6
Hungría	20,0
Islandia	21,0

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2012 (o más próximo)
Irlanda	15,0
Israel	15,7
Italia	10,4
Japón	–
Corea	2,2
Luxemburgo	–
México	–
Holanda	12,0
Nueva Zelanda	–
Noruega	10,0
Polonia	15,8
Portugal	15,4
República Eslovaca	15,1
Eslovenia	18,3
España	16,6
Suecia	11,8
Suiza	10,3
Turquía	17,2
Reino Unido	–
Estados Unidos	28,6
Media OCDE	15,4

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.8. Contexto demográfico y económico

1.8.1. Una población en envejecimiento rápido

El porcentaje de población mayor de 65 años es alto, en términos relativos, en España:

Porcentaje de población mayor de 65 años, 2013

	2013
Australia	14,4
Austria	18

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

	2013
Bélgica	17,5
Canadá	15,2
Chile	9,8
República Checa	16,7
Dinamarca	17,9
Estonia	17,9
Finlandia	18,8
Francia	17,6
Alemania	21
Grecia	19,6
Hungría	17,1
Islandia	12,9
Irlanda	12,5
Israel	10,7
Italia	21,4
Japón	25,1
Corea	12,2
Luxemburgo	13,8
México	6,5
Holanda	16,8
Nueva Zelanda	14,2
Noruega	16,3
Polonia	14,4
Portugal	19
República Eslovaca	13,1
Eslovenia	16,9
España	17,9
Suecia	19
Suiza	17,4
Turquía	7,5
Reino Unido	17,3

	2013
Estados Unidos	14,1

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

1.8.2. Una renta per cápita, cercana a la media de la OCDE

España, tras el importante crecimiento de estos últimos catorce años, tiene una renta per cápita cercana a la UE-15:

Renta per cápita, países de la OCDE, en USD

Australia	43.060 ⁽¹⁾
Austria	45.474
Bélgica	42.001
Canadá	41.773 ⁽¹⁾
Chile	21.990
República Checa	28.799
Dinamarca	43.557
Estonia	24.767
Finlandia	38.256
Francia	37.069
Alemania	42.549
Grecia	25.475 ⁽¹⁾
Hungría	22.886
Islandia	39.902
Irlanda	42.941 ⁽¹⁾
Israel	32.684
Italia	33.618
Japón	35.317 ⁽¹⁾
Corea	33.140
Luxemburgo	90.457
México	16.953
Holanda	43.416
Nueva Zelanda	32.117 ⁽¹⁾
Noruega	65.515

Fuente: OECD Health Statistics 2014. ⁽¹⁾ Datos de 2012

Polonia	23.235
Portugal	25.846
República Eslovaca	26.120
Eslovenia	28.312
España	32.614
Suecia	43.497
Suiza	54.094
Turquía	17.967 ⁽¹⁾
Reino Unido	36.202
Estados Unidos	52.985
Unión Europea (15 países)	37.124⁽¹⁾
OECD Europa	34.816⁽¹⁾
OECD Total	36.497⁽¹⁾

Fuente: OECD Health Statistics 2014. ⁽¹⁾ Datos de 2012

Resumen

Recordad

Los atributos generales del sistema sanitario español son:

- **En cuanto a nivel de salud:** buenos indicadores generales, morbilidad propia de país desarrollado.
- **En cuanto a tipología general del sistema:** servicio nacional de salud (pertenencia a este en función de la condición de ciudadano y financiación vía impuestos generales), predominante provisión pública, muy descentralizado, con cobertura universal, integrado y muy generoso en las prestaciones.
- **En cuanto a financiación:** predominantemente pública, un gasto sanitario en consonancia con nuestro nivel de riqueza, bajo nivel de copago.
- **En cuanto a recursos:** pocas camas y enfermeros, número de médicos en la media de los países de la OCDE y todavía un número bajo de dentistas, según los estándares internacionales.
- **En cuanto a utilización:** baja frecuentación hospitalaria, alta frecuentación de consultas médicas, aunque descendiendo.
- **En cuanto a características del modelo asistencial:** potente red hospitalaria pública de agudos, red de atención primaria pública basada en centros de salud, papel de *gate-keeper* de la atención primaria en el sistema público.

2. Estado de salud

Los indicadores de salud de España han mejorado progresivamente desde la década de los setenta del pasado siglo, hasta el punto de ser hoy, como hemos visto, uno de los países con mejores resultados en cuanto a esperanza de vida, mortalidad infantil y años potenciales de vida perdidos.

2.1. Mortalidad

Las tres principales causas de mortalidad en España desde 1970 son las **enfermedades cardiovasculares**, el **cáncer** y las **enfermedades respiratorias**, si bien se ha producido un constante descenso en las tasas de mortalidad reales que se deben a dichas causas.

En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, España se sitúa muy por debajo de la tasa de mortalidad de la UE, con cifras un 65% más bajas en el caso de las enfermedades cerebrovasculares (ictus) y un 70% más reducidas en el caso de las cardiopatías isquémicas.

En el caso de la tasa de mortalidad por cáncer, las cifras españolas también son relativamente bajas si se comparan con la media de la UE, aproximadamente un 11% por debajo de ese promedio.

En lo que respecta a la mortalidad por causas externas, como traumatismos, debe subrayarse la destacable reducción experimentada en España. Según el anuario de Eurostat del 2009 (*Europa en Cifras*), en el 2005 España experimentó una caída de más del 30% en la cifra de accidentes de trabajo mortales y de aproximadamente un 15% en la cifra de accidentes de trabajo graves.

2.2. Factores de vida que afectan al estado de salud

Como ya hemos visto, un porcentaje significativo de la población española fuma. Esta proporción se ha venido reduciendo en la última década para la población en su conjunto. A partir de enero del 2006 se han adoptado importantes medidas legislativas para reducir la prevalencia del tabaquismo, como prohibir fumar en lugares públicos.

El consumo de alcohol y las causas de mortalidad relacionadas con el alcohol han disminuido en España durante los últimos veinte años. A pesar de los datos del alto porcentaje de la población que consume alcohol, el consumo de alcohol con riesgo para la salud está presente en menos del 7% de los hombres y del 3% de las mujeres.

Sin embargo, la proporción de habitantes con problemas de sobrepeso y obesidad en España está aumentando. Este es un problema especialmente preocupante en la edad infantil.

2.3. Percepción subjetiva de la salud

La valoración del estado de salud en general es buena. En la Encuesta Nacional de Salud 2011-12 (última publicada), el conjunto de la población de ambos sexos que valoraba su estado de salud como bueno o muy bueno era de un 75,3%. Los hombres suelen valorar mejor su salud que las mujeres. La percepción subjetiva de la salud desciende con la edad. También puede observarse cierto gradiente socioeconómico: los grupos menos acomodados suelen declarar un estado de salud peor que el del grupo más acomodado.

Web recomendada

Encuesta Nacional de Salud 2011/12, <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta-Nacional/home.htm> (consultado el 5 de septiembre del 2014).

2.4. Discapacidad y dependencia

España es desde hace tiempo uno de los cinco países del mundo con una tasa mayor de esperanza de vida ajustada por discapacidad (EDAV) del mundo, muy por encima del promedio de la UE. La población española ha experimentado continuos avances en la esperanza de vida a lo largo de las últimas décadas. Sin embargo, dada la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, se ha producido un debate internacional sobre si durante estos años de esperanza de vida añadidos se disfruta de un buen estado de salud. En la tabla de la página 18 del libro citado puede comprobarse que, en el caso de España, tanto en el caso de la población masculina como en la femenina, en la última década la esperanza de vida ajustada por discapacidad ha aumentado. Se ha producido pues una compresión de la morbilidad. En otras palabras, los años de esperanza de vida adicionales son, en la mayoría de los casos, años en los que se disfruta de un buen estado de salud.

Lectura recomendada

Observatorio Europeo de Análisis de Sistemas y Políticas de Salud (2010). *España. Análisis del Sistema Sanitario 2010*.

2.5. SIDA/VIH

Tradicionalmente, España tenía una incidencia de SIDA por 100.000 habitantes superior al promedio de la UE (en el 2006 era de 3,5, mientras que en la UE era de 1,37). En el siguiente cuadro se ve la incidencia por 100.000 habitantes en los países de la OCDE:

Incidencia SIDA países OCDE

	2012 (o más próximo)
Australia	0,5
Austria	0,3
Bélgica	0,7
Canadá	0,5
Chile	5,4

	2012 (o más próximo)
República Checa	0,3
Dinamarca	0,7
Estonia	2,7
Finlandia	0,4
Francia	0,8
Alemania	0,3
Grecia	1
Hungría	0,5
Islandia	0,3
Irlanda	0,7
Israel	0,3
Italia	1,2
Japón	0,4
Corea	0,4
Luxemburgo	1,3
México	4,7
Holanda	1,2
Nueva Zelanda	0,5
Noruega	0,5
Polonia	0,4
Portugal	2,4
República Eslovaca	0,1
Eslovenia	0,5
España	1,7
Suecia	0,7
Suiza	0,7
Turquía	0,1
Reino Unido	0,6
Estados Unidos	10,8

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Como vemos en la tabla anterior, solo Portugal y Estonia tienen una incidencia de SIDA superior a España.

Sin embargo, los últimos datos indican que el índice de infección por SIDA está descendiendo, según vemos la siguiente tabla:

Incidencia de SIDA	2008	2009	2010	2011	2012
Total	1.525	1.392	1.172	1.015	777
Hombres	1.160	1.068	908	792	598
Mujeres	365	324	264	223	179

Pese a la tendencia descendente de la incidencia anual, la prevalencia del SIDA continúa aumentando, probablemente debido a la mejora de las tasas de supervivencia.

2.6. Consumo de drogas ilegales

La drogadicción es un importante problema social y de salud pública en España. En nuestro país la sustancia más consumida es el cannabis (27,4% de la población confiesa haberla consumido alguna vez en la vida), la segunda es la cocaína (8,8%), seguida por el éxtasis y, por último, se sitúan las anfetaminas y alucinógenos¹.

2.7. Grupos vulnerables y desigualdades en salud

En general, el sistema nacional de salud español ha primado la equidad, lo cual no impide preocuparse de grupos específicos.

Es significativo el aumento de inmigrantes. La población inmigrantes es típicamente más joven y sana que la media española, por lo que suelen hacer un uso comparativamente menor de los servicios sanitarios. Sin embargo, su salud presenta un elevado riesgo de deterioro, por sus condiciones de vida, caracterizadas por la pobreza, el hacinamiento y la marginalidad. Hasta el 2012, las principales barreras de acceso al sistema sanitario eran de índole cultural y lingüística. Desde el 2012, a partir del Real Decreto Ley 16/2012, los inmigrantes irregulares fueron excluidos de las prestaciones del sistema, si bien las comunidades autónomas han aplicado esta norma de manera muy desigual.

El estado de salud de los gitanos se evalúa en la Encuesta Nacional de Salud.

2.8. Salud dental y vacunación

En España, el sistema público ofrece normalmente asistencia dental para los niños hasta los 14-18 años (dependiendo de la región), exceptuando la ortodoncia. El Ministerio de Sanidad ha venido financiando un amplio catálogo de medidas de prevención a la salud dental.

Lectura recomendada

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Informe de Evaluación Plan Multisectorial del VIH-SIDA, 2008-2012.

⁽¹⁾ Informe Nacional 2012 al ODT, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En lo que respecta a la vacunación, España ocupa el quinto lugar del mundo en cobertura vacunal. Las enfermedades para las que existen vacunas han disminuido espectacularmente durante los últimos veinte años.

2.9. Salud materno-infantil

Los avances logrados por España durante las últimas décadas en el ámbito de la salud materno-infantil son muy destacables. Las tasas de mortalidad neonatal y perinatal, junto con las tasas de mortalidad de las madres, se encuentran entre las mejores del mundo.

En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, tras la ley de supuestos aprobada en 1985, en el 2010 se aprobó una ley de plazos, con restricciones exclusivamente basadas en el periodo de gestación, que, como se ve en la gráfica inferior, no ha supuesto un aumento del número de abortos/año en España².

⁽²⁾ *El País*, "El aborto en España", 22 de diciembre del 2013.



Resumen

Recordad

- Las tres principales causas de mortalidad en España son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias.
- El tabaco, el alcohol y el sobrepeso/obesidad son importantes factores que afectan al estado de salud.
- La percepción subjetiva de la salud en general es buena.
- España es uno de los cinco países del mundo con una tasa mayor de esperanza de vida ajustada por discapacidad (EDAV).
- España es uno de los países europeos con mayor incidencia de SIDA.
- La cobertura vacunal es muy buena.

3. Estructura organizativa

3.1. Descripción general del sistema sanitario

El sistema nacional de salud (SNS) español es un sistema de cobertura universal³, financiado casi en su totalidad mediante impuestos. La asistencia tiene lugar en su mayor parte en centros públicos. Los servicios son gratuitos en el punto de atención, con excepción de los medicamentos, para los que existe copago, con algunas excepciones.

⁽³⁾Con los comentarios ya hechos en relación con el Real Decreto Ley 16/2012.

Tras 25 años de transición del modelo centralizado, las competencias sanitarias están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales del 2002.

El Ministerio de Sanidad (su última denominación es Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad) cuenta por lo tanto con un número limitado de facultades. Tiene competencia sobre la legislación en materia farmacéutica y es el garante del funcionamiento equitativo de los servicios sanitarios, lo que incluye la definición de la cartera de servicios comunes del SNS.

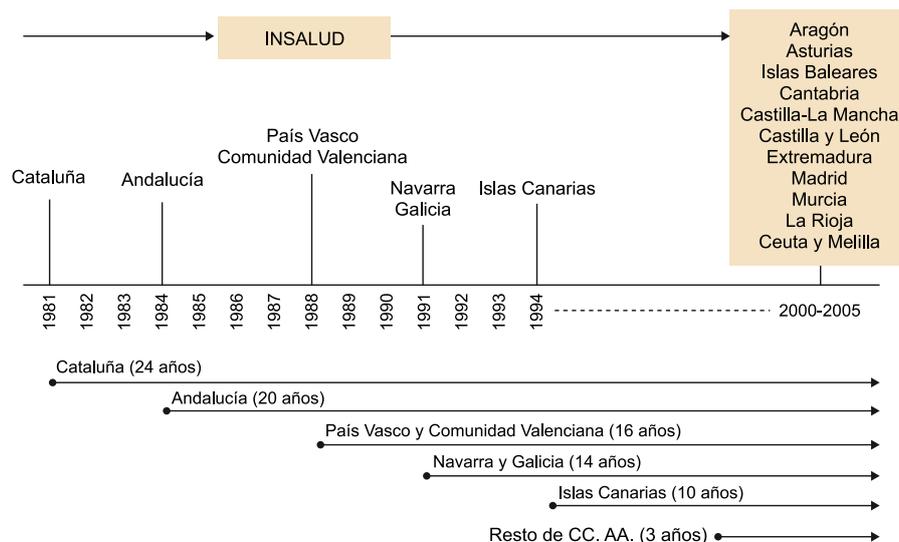
3.2. El proceso de descentralización

Sin entrar en detalles, el sistema sanitario empezó, como en todos los países de Europa, como un sistema de seguros sociales (pertenencia en función gremial y cobertura vía cotizaciones sociales). Con esto se había logrado en 1978 una cobertura del 81,7% de la población.

Tras distintos avances en los Gobiernos de la Transición, en 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad. Esta ley fue aprobada por el primer gobierno del PSOE de la democracia (1982-1986) y supuso la transición formal de un sistema de seguridad social (modelo de Bismarck) a un servicio nacional de salud (modelo de Beveridge), con una transición progresiva en materia de financiación vía impuestos. La excepción fueron los funcionarios del Estado, a través del mutualismo administrativo.

El proceso de transferencias duró más de 25 años y fue iniciado (Cataluña y Andalucía) antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad. La cronología de las transferencias se representa en la siguiente figura:

Cronología de la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. Extracto de Durán, Lara y van Waveren, 2006.

Una vez completado el proceso de descentralización en el 2002, el Parlamento español aprobó en el 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del SNSD, una norma legislativa que tiene por objeto lograr el equilibrio entre la descentralización y la coordinación nacional.

3.3. Descripción de la estructura organizativa

En el cuadro siguiente se resume el reparto de competencias entre las distintas administraciones con competencias en el sistema nacional de salud:

Reparto de competencias en el SNS

Administración sanitaria estatal (Gobierno central)	Legislación básica y coordinación general del SNS Asuntos sanitarios internacionales Política farmacéutica Gestión del INGESA*	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)
17 administraciones sanitarias regionales (CC.AA). Autoridades locales (provincias y municipios).	Legislación sanitaria autonómica Aseguramiento Planificación de servicios sanitarios Gestión y prestación de servicios sanitarios Salud pública Saneamiento Colaboración en la prestación de servicios sanitarios y gestión directa de servicios de salud pública y sociosanitarios "residuales"	

* El organismo encargado de la asistencia sanitaria en las dos ciudades autónomas del norte de África, Ceuta y Melilla.

El **Consejo Interterritorial de Salud**, creado en la Ley General de Sanidad, pero cuya composición fue modificada por la Ley de Cohesión y Calidad, está constituido en la actualidad por 18 miembros de pleno derecho: el ministro (o ministra) de Sanidad y los 17 consejeros de Sanidad de cada una de las

comunidades autónomas. Las decisiones del Consejo se adoptan por consenso y se plasman exclusivamente en recomendaciones, ya que afectan, en general, a cuestiones que han sido transferidas.

3.4. Empoderamiento de los pacientes

La Ley General de Sanidad de 1986 establece el marco de referencia de los derechos de los usuarios del SNS.

La Ley 41/2002 reguló más exhaustivamente los derechos relativos a la información y documentación clínica.

Al elaborar sus cartas de derechos y obligaciones de los pacientes, algunas comunidades autónomas han ido más allá de los derechos establecidos por la Administración central. En la mayoría de las comunidades autónomas se ha regulado el derecho a solicitar una segunda opinión médica y se han establecido límites para las listas de espera. El derecho de opción en atención primaria o especializada está regulado de distinta manera en las diferentes comunidades autónomas.

El artículo 10.12 de la Ley General de Sanidad establece el derecho a utilizar vías de reclamación y propuesta de sugerencias.

La cuestión de satisfacción de los pacientes es objeto de atención continua en España. El Barómetro Sanitario se publicó por primera vez en 1995.

Las listas de espera son la principal causa de insatisfacción de los pacientes con el SNS (más de un tercio de las reclamaciones presentadas por usuarios del sistema sanitario son por esta causa).

Resumen

Recordad

- El sistema nacional de salud (SNS) es un sistema de cobertura universal, financiado en su totalidad mediante impuestos.
- La asistencia sanitaria tiene lugar en su mayor parte en centros públicos.
- Los servicios son gratuitos en el punto de atención, con la única excepción de los medicamentos extrahospitalarios, sometidos a copago.
- Las competencias sanitarias están traspasadas a todas las comunidades autónomas desde el 2002. El proceso duró 25 años y empezó en Cataluña.
- La **Administración central** tiene funciones de legislación general y política farmacéutica.
- La gestión del SNS corresponde, en cada uno de sus territorios, a las **comunidades autónomas**.
- Las **autoridades locales**, en general, tienen escasas funciones sanitarias: salubridad y colaboración en servicios sociales.

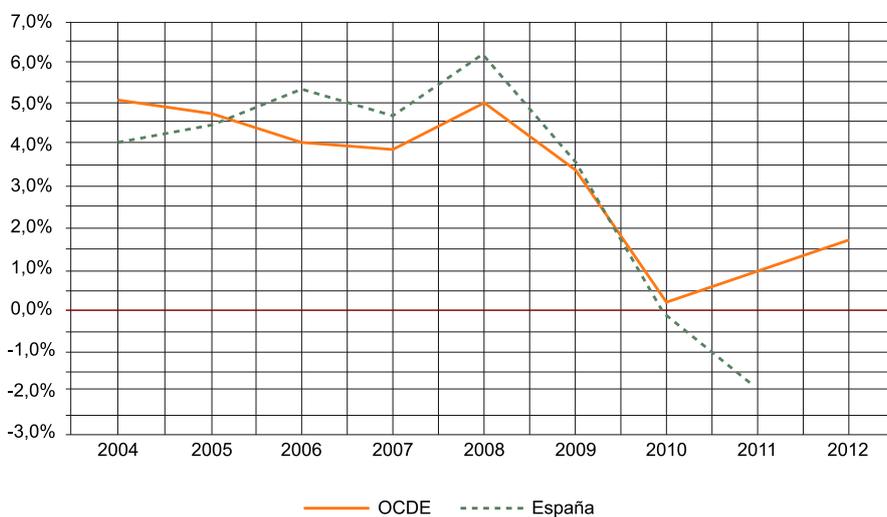
- La Ley General de Sanidad establece los derechos de los pacientes en el SNS.

4. Financiación

4.1. Gasto sanitario

Ya hemos visto que España gasta en sanidad (2012) el 9,4% de su PIB, lo que la sitúa por encima de la media de los países de la OCDE. Ahora bien, ¿cómo ha evolucionado el gasto sanitario en los últimos años? Podemos observarlo en la siguiente figura:

Tasas de crecimiento en el gasto de salud (en términos reales) desde el 2004, España y el promedio de la OCDE

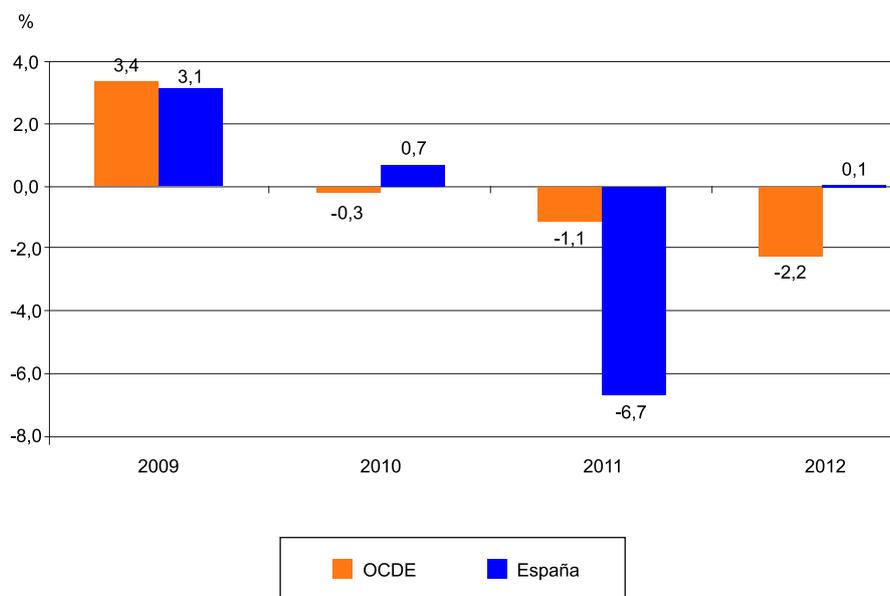


Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Como vemos en el gráfico anterior, el gasto sanitario en España creció por encima del crecimiento de los gastos sanitarios en la OCDE entre los años 2005 y 2009, pero, con la llegada de la crisis primero creció menos y luego (2010 y 2011) los gastos sanitarios sufrieron un franco descenso.

Al igual que en otros muchos países de la OCDE, en España la reducción en el gasto en salud durante los años recientes está relacionada en gran parte con la reducción del gasto farmacéutico, el cual cayó en más del 6% en términos reales durante el 2011. España introdujo una serie de medidas para reducir el gasto en productos farmacéuticos, incluyendo un reembolso general aplicable a todas las medicinas recetadas por los médicos del SNS en el 2010, y reducciones obligatorias en el precio para los medicamentos genéricos y un aumento en los copagos en el 2012. En España, la proporción del mercado en medicamentos genéricos también se duplicó entre el 2008 y el 2012, para alcanzar el 18% del total del mercado farmacéutico en valor (40% en volumen).

Crecimiento anual en el gasto farmacéutico (en términos reales) desde el 2009, España y promedio de la OCDE



Fuente: OECD Health Statistics 2014.

En la tabla siguiente se presenta la evolución de los gastos en sanidad para el periodo 2003-2012, últimos publicados por el Ministerio de Sanidad en su Sistema de cuentas de sanidad:

Sistema de cuentas de salud. España (2003-2012)

Gasto sanitario total según agente de financiación (Millones de euros corrientes)											
Agente de financiación		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
HF.1	Administraciones públicas	44.845	48.767	53.430	59.187	64.232	70.848	75.355	75.007	72.510	68.607
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	41.516	45.115	49.476	54.922	59.763	66.188	70.762	70.273	67.856	64.100
HF.1.1.1	Administración central	461	446	451	576	635	514	827	514	482	421
HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales	40.232	43.804	48.104	53.359	58.048	64.521	68.657	68.751	66.459	62.891
HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales	823	865	921	987	1.079	1.154	1.277	1.008	915	789
HF.1.2	Administraciones de seguridad social	3.330	3.651	3.955	4.265	4.469	4.660	4.593	4.734	4.654	4.506
HF.2	Sector privado	19.007	20.378	21.935	23.507	25.169	26.244	25.120	25.875	26.312	27.064
HF.2.1, HF.2.2	Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	3.533	3.923	4.408	5.069	5.619	5.632	5.752	5.100	5.549	5.494

.. No disponible. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de cuentas de salud.

Gasto sanitario total según agente de financiación (Millones de euros corrientes)											
Agente de financiación		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
HF.2.3	Pagos directos de los hogares	14.682	15.720	16.680	17.459	18.285	19.751	18.706	20.118	20.010	20.865
HF.2.4	Instituciones sin ánimo de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	480	486	589	605	619	341	375	406	385	433
HF.2.5	Sociedades (excepto seguros médicos)	311	250	258	374	646	520	287	251	368	272
HF.3	Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HF.1-HF.3	Gasto total	63.852	69.145	75.365	82.694	89.401	97.092	100.475	100.882	98.823	95.670

.. No disponible. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de cuentas de salud.

Las conclusiones que se pueden extraer de esta tabla son las siguientes:

- El **gasto sanitario público** se redujo entre el 2009 y el 2012 en 6.748 millones de euros.
- En el mismo periodo, el **gasto sanitario privado** se incrementó en 1.944 millones de euros.
- El **gasto sanitario total** se redujo entre el 2009 y el 2012 en 4.805 millones de euros.

Dicha evolución del gasto público ha hecho que en el periodo 2009-2012 haya bajado no solo el gasto sanitario público total, sino el gasto público per cápita, como se puede ver en la siguiente tabla:

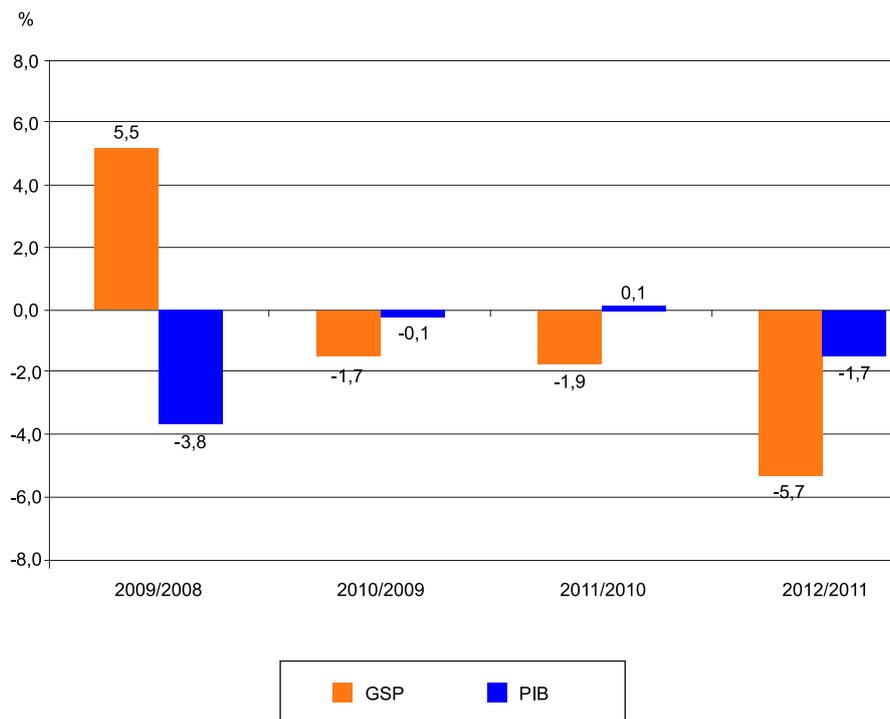
Estadística del gasto sanitario público, 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Millones de euros	66.918	70.579	69.357	68.050	64.150
Porcentaje sobre PIB	6,2%	6,7%	6,6%	6,5%	6,2%
Euros por habitante	1.450	1.510	1.475	1.442	1.357

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, abril, 2014.

El porcentaje de bajada del gasto sanitario ha sido, a partir del 2010, mucho más acelerado que la bajada del PIB:

Gasto sanitario público consolidado (GSP) y producto interior bruto (PIB). Tasa de variación interanual (en porcentaje). España, 2008-2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, abril, 2014.

Se invierte así una tendencia, que había durado décadas, de que el gasto sanitario crecía mucho más que el crecimiento del PIB.

En esta bajada del gasto sanitario público, se puede observar en la tabla siguiente que la remuneración del personal es la partida que más baja:

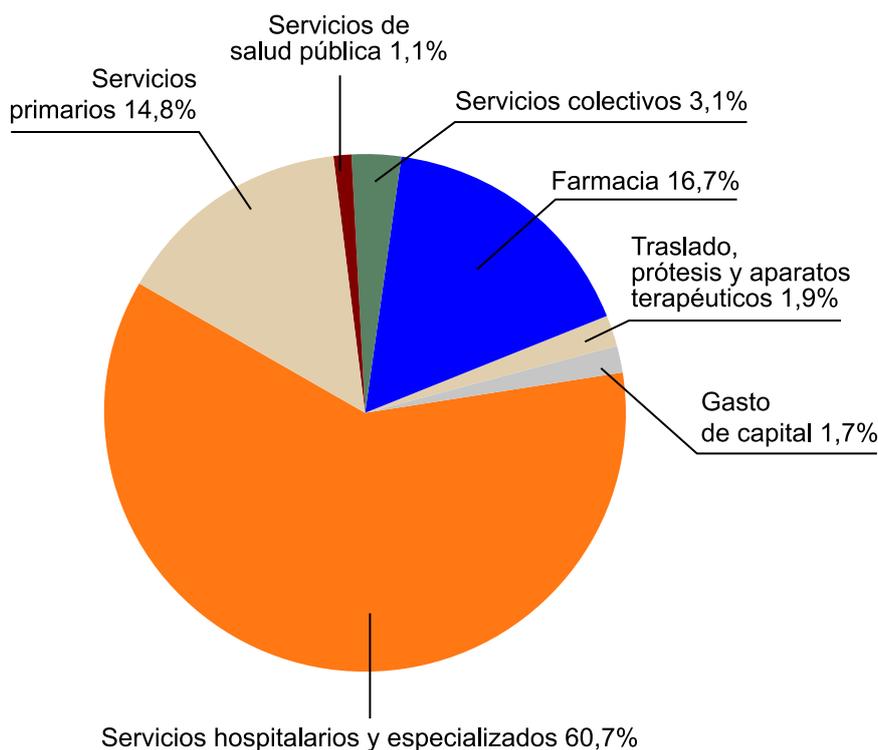
Gasto sanitario público consolidado según clasificación económica. Millones de euros. España, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Remuneración de personal	29.186	31.341	30.944	30.364	27.984
Consumo intermedio	13.775	14.817	14.226	15.257	16.035
Consumo de capital fijo	224	274	284	307	293
Conciertos	7.424	7.458	7.547	7.541	7.399
Transferencias corrientes	13.415	14.133	14.211	13.081	11.369
Gasto de capital	2.833	2.556	2.205	1.500	1.071
Total consolidado	66.858	70.579	69.417	68.050	64.150

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, abril, 2014.

La distribución de los gastos públicos en el 2012, según la distribución funcional es:

Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Estructura porcentual. España, 2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, abril, 2014.

4.2. Cobertura de la población y derecho a la asistencia

La cobertura de la población era cuasi-universal (99,5%) hasta el año 2012. Solo el 0,5% de la población quedaba fuera de la cobertura sanitaria pública: se trata de un grupo de personas no asalariadas de elevados ingresos que no están obligadas a pertenecer al sistema de Seguridad Social. Esto, como es sabido, se modificó a partir del Real Decreto Ley 16/2012, que recupera el concepto de titular y beneficiario, algo extraño a un sistema como el español, que no es de seguros sociales y que está financiado por impuestos y excluye de la cobertura a los inmigrantes irregulares, que hasta ese momento habían estado cubiertos, y a otros colectivos.

4.2.1. Cartera de servicios

En el año 1995 se aprobó el primer real decreto que establece la cartera de servicios del SNS; posteriormente se aprobó otro en el 2006. En ambos casos, las prestaciones son muy amplias, desde los servicios de salud pública, a los de atención primaria, hospitalaria, trasplantes, salud mental y rehabilitación, etc.

4.3. Recaudación de ingresos/origen de los fondos

El origen de los fondos con los que se financia el SNS es fundamentalmente público. Por la vía tributaria general se genera el 94,07% de los recursos públicos, mientras que las contribuciones de trabajadores y empleadores a las mutualidades de accidentes laborales ascienden al 2,53% de los fondos sani-

⁽⁴⁾ Observatorio Europeo de Análisis de Sistemas y Políticas de Salud (2010). España. Análisis del Sistema Sanitario 2010.

tarios y las mutuas de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) proporcionan el 3,4% de los recursos que se financian con una mezcla de contribuciones e impuestos. La mayor parte de la financiación privada corresponde al gasto sufragado directamente por las familias por medio del copago de medicamentos prescritos⁴.

4.3.1. Impuestos

El sistema de financiación de la sanidad está contemplado en el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera convertido en la Ley 21/2001, que entró en vigor a partir del 2002. Por dicha ley la financiación de la sanidad deja de ser finalista y la asignación de recursos se efectúa con criterios poblacionales, con introducción de variables de ponderación, como la proporción de personas mayores y la insularidad.

Por lo tanto, a partir del 2002 las comunidades autónomas han financiado las actuaciones en materia de salud (como el resto de los servicios públicos ofrecidos por las administraciones autonómicas) básicamente a través de dos tipos de recursos: los impuestos (regionales y nacionales con cesión total o parcial) y los fondos de compensación y garantía del Gobierno central. El copago de los usuarios tiene un papel secundario en esta financiación.

No obstante y debido a las peculiares características de los servicios sanitarios, el sistema cuenta con dos elementos adicionales:

- Se ha fijado un mínimo para los recursos que cada comunidad autónoma debe dedicar a sanidad.
- Se han creado o ampliado fondos finalistas para cubrir determinados gastos destinados a promover la puesta en práctica de políticas para incrementar la eficiencia o reducir las desigualdades en todo el SNS.

Con todo lo anterior, hay grandes diferencias en gasto por habitante de unas comunidades a otras, como se puede ver en la tabla siguiente:

Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Sector de gasto comunidades autónomas, 2012

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	9.223	6,6%	1.091
Aragón	2.043	6,3%	1.514
Asturias (Principado de)	1.655	7,6%	1.536
Baleares (Islas)	1.293	5,0%	1.155
Canarias	2.519	6,3%	1.189

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Cantabria	1.046	8,3%	1.762
Castilla y León	3.455	6,4%	1.357
Castilla-La Mancha	2.613	7,2%	1.231
Cataluña	9.480	4,9%	1.252
Comunidad Valenciana	6.116	6,3%	1.192
Extremadura	1.556	9,5%	1.404
Galicia	3.530	6,4%	1.269
Madrid (Comunidad de)	7.666	4,1%	1.180
Murcia (Región de)	2.111	7,9%	1.431
Navarra (Comunidad Foral de)	918	5,2%	1.425
País Vasco	3.449	5,4%	1.573
Rioja (La)	419	5,3%	1.296
Comunidades autónomas	59.092	5,8%	1.255

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, abril, 2014.

4.3.2. Pagos sufragados directamente por los ciudadanos

Como ya se ha mencionado, los pagos sufragados directamente por los ciudadanos representan cerca del 21% del total del gasto sanitario en España. El componente más destacado de estos pagos es el copago de los medicamentos.

Según la Encuesta de presupuestos familiares del 2013, los gastos medios de los hogares en salud fueron de 870 euros, un 3% menos que en el 2012⁵. Los gastos en salud representan el 3,2% de los presupuestos familiares, por debajo de partidas como ocio y espectáculos u hoteles, cafeterías y restaurantes.

⁽⁵⁾Instituto Nacional de Estadística, 2014.

4.3.3. Seguros sanitarios privados

Un porcentaje de la población española tiene seguros sanitarios privados. Esto será analizado con más detalle cuando veamos el sistema sanitario privado.

4.4. Función de compra

La estructura típica de los sistemas regionales de salud consiste en una consejería autonómica o departamento de sanidad o salud, que es el principal receptor del presupuesto sanitario a través del presupuesto sanitario autonómico. Esta consejería asigna la financiación a través de sus funciones de elaboración de políticas, regulación y planificación. En la mayoría de los casos, el servicio regional de salud actúa como proveedor principal y la consejería de sanidad correspondiente negocia los presupuestos globales anuales con sus pro-

veedores integrados de atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria, así como servicios de salud pública y de prevención. Parte de la actividad puede concertarse con proveedores privados, normalmente con el fin de reducir listas de espera de procedimientos quirúrgicos o de pruebas de diagnóstico de alta tecnología. Normalmente se trata de contratos programa prospectivos, con alguna cláusula de corrección a posteriori.

4.5. Relaciones comprador-proveedor

Históricamente, las figuras del pagador o financiador y del proveedor de servicios no han tenido en España una separación funcional clara, ya que era lo que se llama un sistema integrado. No obstante, en los últimos años se han establecido distintas fórmulas que tratan de “simular” una separación compra/provisión.

Durante la segunda mitad de los años noventa, en todo el sistema, y en particular en Cataluña, País Vasco y Andalucía, se iniciaron pruebas piloto con sistemas de financiación prospectiva más sofisticados basados en los Grupos relacionados de diagnóstico (GRD).

En el momento actual están generalizados los sistemas de contrato programa para la financiación hospitalaria. Dichos contratos fijan unos compromisos de actividad y de calidad, incorporándose en general un techo de financiación. La validez de estos contratos programa como un incentivo a la eficiencia y una penalización por la ineficiencia es más que discutible.

En lo que respecta a los contratos de atención primaria, el grado de integración entre compradores y proveedores es mayor y, en la práctica, se copian adaptándolos a atención primaria los contratos programa de hospitales.

4.6. Mecanismos de transferencia de recursos

4.6.1. Servicios sanitarios

La financiación de los hospitales se realiza normalmente mediante un presupuesto global, establecido a partir de los capítulos individuales de gasto, normalmente aderezado mediante un contrato programa de mayor o menor sofisticación.

Los contratos programa también están extendidos en el nivel de asistencia primaria, en el que siguen el mismo enfoque basado en la cartera de servicio.

4.6.2. Personal sanitario

Todos los profesionales sanitarios del SNS son trabajadores asalariados y una inmensa mayoría de ellos están acogidos a un régimen funcional especial, el del denominado personal estatutario.

Todos cobran por salario, si bien tanto en atención hospitalaria como en primaria existe lo que se llama complemento variable, aunque eso representa un muy pequeño porcentaje de las retribuciones totales. Digamos que tanto la cultura funcional, como la sindical imperante han dificultado extraordinariamente el avanzar en la diferenciación individual y colectiva en el sector sanitario público.

El personal directivo suele ser personal asalariado. Sin embargo, con frecuencia tiene un tipo especial de contrato, el contrato de alta dirección, regulado para permitir la transmisión del riesgo mediante una mayor discrecionalidad en lo relativo a bonificaciones y penalizaciones ligadas a resultados.

Resumen

Recordad

- España gasta en sanidad el 9,4% de su PIB, por encima de la media de los países de la OCDE.
- Desde el 2009 los gastos en sanidad en España han ido bajando cada año.
- Entre el 2009 y el 2012 el gasto sanitario público se redujo en 6.748 millones de euros.
- En el mismo periodo el gasto sanitario privado se incrementó en 1.944 millones de euros.
- El gasto total, por lo tanto, bajó en ese periodo en 4.805 millones de euros.
- Como consecuencia de lo anterior, los euros por habitantes en sanidad disminuyeron del 2009 al 2012.
- La gran bajada del gasto público es por dos partidas principales: gastos en personal y en medicamentos.
- El 60,7% del gasto público corresponde a servicios hospitalarios y especializados.
- Los servicios del SNS están regulados por el RD que establece la cartera de servicios.
- Hay grandes diferencias en gasto por habitante/año entre las diferentes comunidades autónomas.

5. Regulación y planificación

5.1. Legislación más relevante

A efectos de sanidad, la legislación y normativa más relevante es la siguiente:

- **Constitución Española**, artículo 43: 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y medios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.
- **Ley General de Sanidad**, Ley 14/1986
- **Ley de Medidas Especiales en materia de Salud Pública**, Ley Orgánica 3/1986
- **Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente**, Ley 41/2002
- **Ley de Cohesión y Calidad**, Ley 16/2003
- **Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**, Ley 44/2003
- **Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**, Ley 55/2003
- **Ley del medicamento**, Ley 29/2006
- **Ley de dependencia**, Ley 39/2006
- **Cartera de servicios del SNS**, Real Decreto 1030/2006
- **Ley de Investigación Biomédica**, Ley 14/2007
- **Ley General de Salud Pública**, Ley 33/2011
- **Real Decreto Ley 16/2012**, modifica parcialmente leyes anteriores, establece el copago para los pensionistas y excluye a los inmigrantes irregulares de la prestación sanitaria, entre otros aspectos.

Aunque lógicamente modificada en parte a lo largo de estos años, tuvo mucha importancia la Ley General de Sanidad de 1986. Podemos decir que en sanidad, al revés que en educación, hubo una cierta “estabilidad normativa”.

5.2. Regulación

Los gobiernos autonómicos suelen repartir sus funciones en materia de salud entre una autoridad sanitaria, que adopta la forma de **consejería o departamento de sanidad o salud**, y el **servicio regional de salud**. Normalmente, además de ejercer como autoridad sanitaria, el departamento competente del gobierno autonómico es responsable de la regulación y planificación estratégica (incluida la planificación de la atención sanitaria), mientras que el servicio de salud de cada región se encarga de la planificación operativa, la gestión de la red de servicios y la coordinación de la prestación sanitaria.

La herramienta básica que regula la relación entre la consejería de sanidad y el servicio regional de salud es el **contrato programa**.

Cada una de las consejerías de salud ha elaborado un **mapa sanitario**, que establece subdivisiones territoriales administrativas (áreas de salud y zonas básicas de salud).

En las **áreas de salud** se prestan los siguientes servicios:

- **Servicios de atención primaria:** se definen como la atención al individuo, la familia y la comunidad, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.
- **Servicios de atención especializada** (hospitalaria y ambulatoria): cada área de salud está vinculada como mínimo a un hospital general que atiende a la población de esta. La atención especializada ambulatoria se presta a través de una red pública de centros de especialidades que están integrados con hospitales y en la mayoría de los casos comparten con estos el equipo de profesionales (cuyos miembros suelen rotar para pasar consulta en el centro de especialidades).

Habitualmente, en cada área coexisten dos estructuras gerenciales: la gerencia de atención primaria y la gerencia de atención especializada (que incluye el o los hospitales). Varias comunidades autónomas han puesto en marcha innovaciones destinadas a integrar la gestión de las áreas de salud mediante gerentes de área.

La menor subdivisión es la **zona básica de salud**, que es la unidad organizativa de menor tamaño. Cada una de estas zonas básicas de salud se define en función del grado de concentración o dispersión de la población, las características epidemiológicas y las instalaciones y los recursos sanitarios del área. El criterio utilizado para su delimitación es el tiempo que invierte normalmente

la población en el desplazamiento al centro de salud, que se ha fijado en un máximo de 30 minutos. Por lo tanto, el intervalo de variación de la población cubierta por las zonas básicas de salud es amplio: entre 5.000 y 25.000 habitantes.

5.2.1. Regulación y fórmulas de gestión de los terceros pagadores

En la estructura que acabamos de describir no hay mucho espacio para los terceros pagadores. No obstante, dos comunidades autónomas –Cataluña y Madrid– han regulado explícitamente la existencia de un tercer pagador o financiador encargado de la compra de servicios en su territorio: el Servei Català de la Salut, rebautizado como CatSalut, en Cataluña, y el Servicio Madrileño de Salud o SERMAS, en Madrid. Pero mientras en Cataluña el CatSalut contrata con el ICS y otros proveedores, en Madrid, el SERMAS es también el principal proveedor.

5.2.2. Regulación y fórmulas de gestión de los proveedores

Aparte del sector privado, que analizaremos luego, la gestión pública puede tener varias características:

- **Gestión pública directa administrativa;** es la forma predominante, las instituciones no tienen personalidad jurídica y se rigen por el derecho administrativo, no son empresas, ni siquiera públicas, sino que funcionan, con todas las consecuencias, como una parte de la Administración.
- **Gestión pública, con herramientas de gestión privada.** En estos casos, existe lo que se llama una “huida del derecho administrativo”, en un afán de librarse del corsé de la Administración, tan incompatible a veces con una gestión ágil y eficiente. Bajo esta fórmula hay varias formas jurídicas:
 - **Fundaciones públicas sanitarias,** utilizadas fundamentalmente en Galicia y Madrid.
 - **Empresas públicas,** que se han utilizado en Andalucía.
 - **Consortios,** acuerdos entre Administraciones, que han tenido su mayor desarrollo en Cataluña
 - **Empresas cooperativas (EVA),** que han tenido su desarrollo en la atención primaria en Cataluña.
- **Concesiones.** La Administración concede mediante un contrato habitualmente precedido de un concurso la gestión de un área u hospital a una empresa privada. Esta fórmula se ha iniciado en la Comunidad Valenciana y posteriormente en Madrid.
- **Conciertos,** que son acuerdos que lleva a cabo la Administración con instituciones sanitarias para la realización de determinadas actividades (cirugía, radiología, etc.)

5.3. Planificación y gestión de la información sanitaria

La planificación sanitaria es competencia de las comunidades autónomas y, por lo tanto, son las consejerías de salud de cada una de ellas las que elaboran los respectivos **planes de salud**. Los planes de salud son el principal instrumento para identificar las líneas de actuación y planificar los recursos necesarios para la consecución de objetivos de salud definidos previamente. En la actualidad todas las comunidades autónomas han publicado, como mínimo, un plan de salud y algunas han realizado hasta cinco revisiones.

5.3.1. Evaluación de tecnologías sanitarias

Las funciones de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) se desarrollan tanto en el nivel regional como en el nacional. En el ámbito estatal, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) está ubicada en el Instituto de Salud Carlos III. En el ámbito regional, algunas de las comunidades autónomas han creado sus propias agencias: Andalucía, País Vasco, Cataluña, etc.

5.3.2. Sistemas de información

La progresiva descentralización de las competencias en materia de salud se solapó en el tiempo con la explosión de los sistemas de información sanitaria. Las nuevas administraciones, deseosas de innovar y de diferenciarse unas de otras, desarrollaron sistemas y herramientas de información regionales según sus propios criterios durante los años noventa y primera década del presente siglo, sin tener en cuenta cuestiones de compatibilidad e interoperabilidad.

Algunas comunidades han optado por desarrollos propios (Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, Galicia, etc.), mientras que otras han optado por soluciones comerciales (Cataluña, Madrid, Asturias, Extremadura, Castilla-La Mancha, Región de Murcia, etc.).

En todo caso, lo que se han creado son una serie de islas informacionales en cada una de las comunidades autónomas, que es uno de los grandes problemas del SNS.

5.3.3. Investigación y desarrollo

El marco común de referencia de la investigación es la **Estrategia nacional de ciencia y tecnología (ENCYT)** vigente para el periodo 2007-2015, que incluye una Acción estratégica en salud.

Resumen

Recordad

- 1) La Ley General de Sanidad de 1986 tuvo gran impacto en el sistema sanitario.

2) Los gobiernos autonómicos suelen repartir sus funciones en materia de salud entre una autoridad sanitaria (**consejería o departamento**) y el gestor de los servicios sanitarios (**servicio regional de salud**).

3) Cada una de las consejerías ha elaborado un **mapa sanitario**, que establece subdivisiones territoriales administrativas (**área de salud y zona básica de salud**).

4) En las áreas de salud se prestan servicios de atención primaria y de atención especializada.

5) Los servicios sanitarios públicos pueden tener distintas modalidades de gestión:

a) Gestión pública directa administrativa.

b) Gestión pública, con herramientas de gestión privada:

- Fundaciones públicas sanitarias.
- Empresas públicas.
- Consorcios.
- Empresas cooperativas (EVA).

c) Concesiones.

d) Conciertos.

6) Cada comunidad autónoma ha elaborado su **plan de salud**.

6. Recursos materiales y humanos

6.1. Recursos materiales

En el ámbito público, hay 17 organismos autonómicos que toman sus propias decisiones con respecto a la planificación de los recursos en sus respectivas regiones.

El sector privado está regulado por las leyes del mercado y la distribución de la infraestructura en este sector depende de decisiones empresariales.

6.1.1. Infraestructura e inversión

1) Infraestructura de atención primaria

La red de atención primaria española es pública en su casi totalidad y la mayor parte de los proveedores son profesionales asalariados del sector público, con escasas excepciones (en Cataluña y Comunidad Valenciana).

Hay dos tipos de centros en atención primaria:

- Los **centros de salud**; son los más completos. Cada uno de ellos da servicio a una zona básica de salud. Normalmente, los centros de salud tienen varias consultas atendidas por un equipo multidisciplinar integrado por médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales. Algunos cuentan también con fisioterapeutas y dentistas y todos tienen adscritos recursos básicos de laboratorios y diagnóstico por imagen, que pueden encontrarse en el mismo centro o estar centralizados y prestar servicio a varios centros próximos. También se dispone de servicios de urgencias y visitas a domicilio fuera del horario de apertura y durante los fines de semana.
- Otro tipo de estructura de atención primaria es el llamado **consultorio local** y se da principalmente en zonas rurales con escasa densidad de población.

En todo el territorio nacional⁶ hay 2.914 centros de salud y más de 10.202 consultorios locales.

⁶Sistema Nacional de Salud, España 2010, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

2) Infraestructura de atención hospitalaria

Según el Catálogo Nacional de Hospitales del 2014, en España hay 789 hospitales, de los cuales 337 son públicos, 434 son privados y 18 son de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Según el mismo Catálo-

go, hay actualmente en España 159.970 camas, lo que, como hemos visto, da un índice de camas por 1.000 habitantes en torno a 3,4, uno de los más bajos de la Unión Europea. El 70% aproximadamente de las camas hospitalarias son públicas y el 30% son privadas, lo que indica, dado que el número de hospitales privados es mayor, que los hospitales públicos tienen un tamaño medio más grande que los privados.

La distribución de estas camas entre la atención de agudos y otras formas de atención ha experimentado cambios sustanciales en las dos últimas décadas. Por ejemplo, se ha producido una espectacular reducción del número de camas psiquiátricas tras la reforma de la atención de salud mental.

6.1.2. Tecnologías de la información

La inversión en TI se ha acelerado en los últimos años, impulsada en gran medida por el Plan Nacional Avanza (2005-2008) y su sucesor (lanzado en el 2009), Avanza 2. Este Plan, bajo la dirección del Ministerio de Industria, tiene el objetivo general de desarrollar la sociedad de la información y el conocimiento. Uno de los programas es el llamado **Sanidad en línea**, que se apoya en un acuerdo marco con el Ministerio de Sanidad. Este plan ha permitido cofinanciar con las comunidades autónomas gran parte de la infraestructura tecnológica sanitaria.

Una gran parte de la actividad sanitaria, sobre todo en atención primaria, ya cuenta con herramientas de soporte informático.

6.2. Recursos humanos

6.2.1. Personal sanitario

En el SNS trabajan **132.935 médicos** (incluidos 20.489 especialistas en formación), con una proporción de 2,9 médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes. De ellos, en los 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios trabajan **28.743 médicos de familia y 6.424 pediatras**. En los 452 hospitales de la red pública trabajan **77.279 médicos y 20.489 especialistas en formación**.

En el SNS⁷ trabajan **165.981 profesionales de enfermería**, lo que hace 3,6/1.000 habitantes. De ellos, 29.407 trabajan en atención primaria y 136.574 en atención especializada.

⁽⁷⁾ Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

6.2.2. Planificación de los recursos humanos sanitarios

A finales de los años ochenta había en España más de 20.000 médicos desempleados (como consecuencia de lo anterior, España ha sido un proveedor neto de médicos y personal de enfermería para países como el Reino Unido y Portugal). Por ello, se estableció un *numerus clausus* con el fin de restringir el número

ro de profesionales sanitarios en formación. La consecuencia de esta circunstancia fue la inversión de la situación veinte años después: la generación que actuaba como cuello de botella se aproxima a la jubilación y de las facultades de Ciencias de la Salud no salen profesionales suficientes para sustituirlos.

El problema de esta planificación es el de los dos actores implicados: el sistema educativo y el sanitario y que los resultados de esta planificación nunca se ven a corto plazo.

6.2.3. Formación del personal sanitario

El personal sanitario del SNS se encuadra en cuatro categorías:

- **Personal sanitario con titulación de grado superior** (licenciatura): médicos, dentistas, farmacéuticos, biólogos, químicos y psicólogos clínicos.
- **Personal sanitario con titulación de grado medio** (diplomatura): trabajadores sociales, enfermeras tituladas, matronas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
- **Personal con títulos técnicos avanzados y medios**: personal de laboratorio y técnicos de imagen, higienistas y auxiliares de enfermería.
- **Otro personal**: técnicos, personal especial de servicios, personal de mantenimiento y otro personal de instituciones sanitarias.

El Ministerio de Educación y los departamentos o consejerías de educación de las comunidades autónomas son responsables de la educación universitaria y la formación de todo el personal sanitario. La licenciatura de Medicina dura seis años en todas las universidades, públicas y privadas, y muchos hospitales y centros de atención primaria del SNS, y otros privados, están acreditados para impartir docencia vinculada a la carrera universitaria. La mayor parte de las otras carreras del ámbito de las Ciencias de la Salud tienen una duración de cinco años. Las enfermeras y fisioterapeutas se forman en escuelas universitarias y sus estudios duran tres años. En la actualidad está en marcha un proceso de acreditación de las especialidades de enfermería.

Las funciones de las distintas profesiones sanitarias y la forma de acceso están reguladas por la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

6.2.4. Formación de médicos especialistas

La formación de médicos especialistas en nuestro país está muy regulada y es por el sistema MIR, un sistema para el que hay una convocatoria anual a nivel nacional y se adscribe a los médicos en formación a servicios hospitalarios durante un tiempo que varía entre tres y cinco años, realizando una actividad remunerada y de responsabilidad progresiva.

Hay unas pocas especialidades que no requieren formación hospitalaria.

Recientemente se ha aprobado un Real Decreto⁸ que regula la **troncalidad** para las distintas especialidades médicas, estableciéndose **cinco troncos**: tronco médico, tronco quirúrgico, tronco de laboratorio y diagnóstico clínico, tronco de imagen clínica y tronco de psiquiatría. Hay algunas especialidades (oftalmología, anatomía patológica, obstetricia y ginecología, pediatría, etc.) que no se adscriben a ningún tronco.

⁽⁸⁾Real Decreto 639/2014, de 25 de julio.

6.2.5. Formación especializada del personal de enfermería

La especialización de enfermería continúa en fase de desarrollo.

6.2.6. Formación del personal de gestión sanitaria

No existe ningún título oficial de gestión sanitaria, aunque varias escuelas de salud pública y otras entidades de enseñanza, públicas y privadas, ofrecen cursos de formación en las áreas de gestión.

6.2.7. Farmacéuticos

Las ratios de farmacéuticos en España por 1.000 habitantes sobrepasan las de la UE, pero son inferiores a las de Francia y Portugal.

Las farmacias están reguladas como recursos sanitarios en España y son los únicos establecimientos autorizados para dispensar medicamentos al público, con o sin receta. Ningún establecimiento minorista puede vender productos farmacéuticos e incluso las farmacias hospitalarias tienen prohibido dispensar medicamentos prescritos a la población general (deben limitarse a los medicamentos de uso hospitalario). Sin embargo, las oficinas de farmacia son negocios privados con ánimo de lucro. Además de su monopolio en la venta de medicamentos, las oficinas de farmacia suelen disponer de una amplia oferta de productos cosméticos, dietéticos o de parafarmacia. El derecho a poseer una oficina de farmacia se otorga exclusivamente a personas físicas licenciadas en Farmacia. Existe un número limitado de licencias de farmacia en cada territorio y los criterios de apertura de una nueva farmacia incluyen una población mínima de influencia de 2.800 habitantes y una distancia entre farmacias superior a 250 metros. El acceso a nuevas licencias se realiza mediante concurso público. Sin embargo, una vez que a un farmacéutico se le ha concedido una

licencia para una ubicación concreta, la licencia puede ser objeto de compra-venta y existe un mercado para ellas, aunque solo puede ser adquirida por un farmacéutico titulado.

Según el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, el 85% de los farmacéuticos colegiados trabaja en una oficina de farmacia. De los farmacéuticos titulados, el 30% es titular único de una farmacia, mientras que el 9% es titular por copropiedad. El 42% de los profesionales trabaja para otro farmacéutico.

Resumen

Recordad

- 1) En el ámbito público hay 17 organismos autónomos que toman sus propias decisiones con respecto a planificación de recursos en sus regiones.
- 2) En cuanto a la infraestructura de la atención primaria, hay **centros de salud y consultorios locales**.
- 3) Hay 2.914 centros de salud y unos 10.200 consultorios locales.
- 4) En España hay **789 hospitales**, de los cuales **452 corresponde a la red pública**.
- 5) En el SNS trabajan **132.935 médicos** (de ellos 28.742 médicos de familia y 6.424 pediatras, en atención primaria; en los hospitales trabajan 77.279 médicos y 20.489 especialistas en formación).
- 6) En el SNS trabajan **165.981 profesionales de enfermería** (29.407 en atención primaria y 136.544 en atención especializada).
- 7) El personal sanitario en el SNS se encuadra en cuatro categorías:
 - **Personal sanitario con titulación de grado superior** (médicos, dentistas, farmacéuticos, biólogos, etc.).
 - **Personal sanitario con titulación de grado medio** (enfermeras, matronas, fisioterapeutas, etc.).
 - **Personal sanitario con títulos avanzados y medios.**
 - **Otro personal.**
- 8) La formación de médicos especialistas es por el acreditado **sistema MIR**: trabajo retribuido y responsabilidad gradual.
- 9) Las **farmacias** en España son establecimientos muy peculiares: de servicio público, pero propiedad privada y limitada a farmacéuticos.

7. Organización de la provisión de servicios

Queremos huir de planteamientos simplistas de presentar solo el sector público, como si este representase todo el sector sanitario, ni siquiera presentando al sector público por una parte y al privado por otra.

Nuestra aproximación es algo más compleja y agrupamos al sector sanitario, desde el punto de vista de la provisión, bajo las siguientes categorías:

- Sistema público de gestión directa administrativa.
- Nuevas formas de gestión en el sector público.
- Sistema privado.
- Áreas de colaboración público-privada.

7.1. Sistema público de gestión directa administrativa

Llamamos sistema público de gestión directa administrativa a aquel que es gestionado directamente por la Administración, bajo el marco legal del derecho administrativo. Son aplicables a este modo de gestión el derecho público; el que la mayor parte de los empleados tengan régimen estatutario, que los asimila a funcionarios; la asignación de un presupuesto desde la Administración, y los sistemas de compras y contratación previstos en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Esta es la forma predominante de organización de la prestación de servicios en nuestro país.

Incluimos en este apartado la salud pública, ya que no deja de ser una prestación –en general no dada tanto a individuos como a colectivos– pero que lo es bajo la forma de gestión directa administrativa.

7.1.1. Salud pública

Las competencias de salud pública se transfirieron a las 17 comunidades autónomas entre los años 1979 y 1981, mucho antes que el resto de las competencias sanitarias.

La mayoría de las comunidades autónomas cuentan, dentro de la estructura de su consejería de salud, con un departamento de salud pública (que puede adoptar la forma de dirección general, instituto, etc.), que coordina los servicios de salud pública en la región. El Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública, es responsable de determinadas políticas de salud pública, como la salud internacional, la información epidemiológica y la red de vigilancia, así como la coordinación de las redes de vigilancia de salud pública.

Los servicios de salud pública forman parte de la cartera de servicios del SNS desde que se reguló por primera vez en 1995. Los servicios de salud pública incluyen una serie de servicios orientados al colectivo y a los individuos. La mayor parte de la medicina preventiva y promoción de la salud están integradas con la atención primaria y se enmarcan, bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias regionales, en la actividad normal de los médicos de familia y enfermeras.

1) Vigilancia epidemiológica

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se creó en 1996 a partir de los sistemas de vigilancia ya existentes. Los médicos están obligados a notificar a las autoridades sanitarias los casos diagnosticados de enfermedades de declaración obligatoria (en el ámbito nacional e internacional). Las notificaciones se realizan a través de las autoridades autonómicas, que posteriormente comunican sus resultados al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

2) Plan Nacional sobre el SIDA

La Administración central y las comunidades autónomas comparten la responsabilidad en el ámbito del SIDA y VIH, aunque el Ministerio de Sanidad es el principal patrocinador del Plan Nacional sobre el SIDA, que lleva aplicándose desde 1987 y cuya estructura y funciones han ido cambiando en consonancia con la evolución de la epidemiología de esta enfermedad en España.

3) Vacunaciones

La cartera de servicios comunes del SNS establece un calendario vacunal común que debe aplicarse en todas las comunidades autónomas, que pueden optar por ofrecer vacunas adicionales a las acordadas en el Consejo Interterritorial del SNS.

4) Educación sanitaria y otros programas de salud

El Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud del Consejo Interterritorial, de carácter permanente, ha trabajado de manera bastante activa para elaborar documentos de consenso destinados a la mejor de las estrategias en este ámbito, con recomendaciones para las administraciones autonómicas de salud pública.

5) Salud laboral

El Ministerio de Trabajo y las autoridades autonómicas correspondientes tienen la responsabilidad primaria sobre el marco normativo, la formación y la inspección en este ámbito. Sin embargo, la prestación de los servicios en sí mismos se realiza en cada empresa, ya sea mediante la creación de un servicio de prevención propio o mediante su externalización a empresas homologadas.

7.1.2. Itinerarios del paciente

Pese a la diversidad organizativa que conlleva la existencia de 17 sistemas sanitarios en el seno del SNS, las principales líneas del itinerario típico del paciente son bastante homogéneas en todo el territorio nacional.

Los médicos de atención primaria actúan como puente de entrada del SNS, puesto que son el primer punto de contacto con el sistema, a excepción de las urgencias.

Cuando aparecen síntomas, los pacientes acuden a la consulta del médico de familia que se les ha asignado. El episodio puede resolverse con las recomendaciones o la prescripción de medicamentos del médico de familia o puede precisar otros procedimientos de diagnóstico. En este último caso, al paciente se le da una cita para la práctica de las pruebas y otra para que vuelva a la consulta del médico de familia, al que se enviarán directamente los resultados. El médico de familia decide, aplicando su criterio clínico, si es necesario remitir al paciente a un especialista. Cuando es necesario remitir al paciente a la atención especializada, se le proporciona una cita con el especialista, que normalmente lo atenderá en el centro de especialidades de su área de salud o en la consulta hospitalaria. Basándose en el informe del médico de familia y en su valoración clínica, el especialista decide si son necesarias pruebas adicionales o procedimientos con hospitalización y, en caso contrario, prescribe el tratamiento que considera apropiado, remitiendo al paciente de vuelta al médico de familia o concertando consultas de seguimiento. Cuando el especialista da el alta a un paciente ambulatorio, se envía un informe al médico de familia que le remitió al paciente.

Si el tratamiento por el que opta el médico precisa de estancia hospitalaria, el paciente ingresa en el servicio hospitalario correspondiente, aunque el momento del ingreso depende del tiempo de espera del procedimiento. También existen listas de espera para los procedimientos de diagnóstico de alta tecnología en el ámbito ambulatorio e incluso para procedimientos más sencillos cuando la demanda es elevada.

Una vez que recibe el alta definitiva de atención especializada, el seguimiento del paciente le corresponde al médico de familia, que recibe un informe del tratamiento, el diagnóstico y el pronóstico.

Aparte de este itinerario normal, los pacientes pueden acudir libremente a dos sistemas de urgencias:

- Los centros de atención primaria, con atención de urgencias 24 horas (normalmente hay como mínimo uno en cada área de salud).
- Las unidades de urgencias hospitalarias.

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.

Dadas las largas listas de espera para consultas de especialidades, procedimientos especiales o cirugía, muchas veces los pacientes acuden a urgencias como una vía de saltarse la lista de espera, lo que explica la alta frecuentación de las urgencias en nuestro país, la mayor parte banales.

7.1.3. Atención primaria

Desde 1984, el sector de la atención primaria en España ha experimentado un proceso de amplias reformas institucionales y formación de capacidad. La atención primaria es un servicio integrado compuesto por centros de atención primaria y equipos multidisciplinarios y presta servicios sanitarios personales y de salud pública.

La atención primaria en España se organiza en centros públicos y se presta por personal estatutario, no solo los médicos, sino el resto del personal. Desde este punto de vista, es algo peculiar en Europa, donde la atención primaria está formada más bien por profesionales independientes que contratan con el sistema público, formando pequeñas miniempresas. Esa es la situación en el británico NHS, donde el pacto político tras la segunda Guerra Mundial fue nacionalizar los hospitales públicos, pero respetar el carácter de profesionales independientes de la atención primaria, algo cada vez más difícil de mantener.

1) Atención sanitaria

La atención sanitaria primaria comprende todas las actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como todas aquellas actividades educativas y de prevención que realizan los distintos profesionales de atención primaria.

La actividad asistencial se presta tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente cuando su patología le impide acudir al centro. En ambos casos existen las tres modalidades que se indican a continuación:

- Consulta a demanda.

- Consulta programada con el médico.
- Consulta urgente; todos los centros de salud principales tienen un servicio de urgencia de 8 a 21 horas, de lunes a viernes. Fuera de ese horario, son los centros de urgencias de atención primaria con atención continuada (normalmente hay como mínimo uno por área de salud) los que atienden las urgencias.

Los principales protocolos clínicos implantados en toda la atención primaria en el SNS organizan la atención para grupos de pacientes específicos por criterios etarios, de sexo o grupos de riesgo, e integran elementos asistenciales, educativos y de prevención.

2) Prevención

Además de las actividades de promoción y prevención orientadas a grupos específicos, el sistema de atención primaria es responsable de llevar a cabo actividades básicas de prevención, como la vacunación sistemática de los niños y la vacunación contra la gripe de grupos de riesgo.

3) Rehabilitación básica

Estos servicios se prestan previa indicación médica, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente, dependiendo de las limitaciones físicas del paciente y las limitaciones en la accesibilidad. Su prestación corresponde a los fisioterapeutas asignados al equipo de atención primaria. Con frecuencia todos los servicios de rehabilitación están concentrados en un centro, en el que reciben atención los pacientes de todos los equipos de atención primaria del área de salud.

4) Atención paliativa a enfermos terminales

El servicio comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida inferior a seis meses. Esta atención la presta, normalmente en el domicilio del paciente, un equipo especializado compuesto por un médico y una enfermera. La disponibilidad de esta atención paliativa sigue siendo limitada en la mayoría de las comunidades autónomas y su uso como parte de la atención ordinaria está menos extendido de lo que sería deseable.

5) Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada

El papel de la atención primaria en el ámbito de la salud mental se centra en la prevención y detección precoz de trastornos de salud mental, como los que se presentan en la infancia y adolescencia y los derivados de situaciones de estrés.

El enfoque integrado que caracteriza a la atención primaria también permite evaluar los riesgos para la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital. También forma parte de estos servicios la detección de conductas adictivas en pacientes con trastornos mentales.

6) Atención a la salud bucodental

La prestación de este servicio corresponde a los odontólogos y especialistas en estomatología del equipo de atención primaria. Las prestaciones son limitadas y comprenden: información y formación sobre higiene dental, tratamiento de procesos agudos (tratamiento farmacológico y extracciones), exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas y medidas preventivas y asistenciales para la población infantil.

7) Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud

Da la información privilegiada para la valoración de la salud de la comunidad y la incidencia del sistema sanitario.

7.1.4. Atención especializada y hospitalaria

La atención especializada, la que dan los médicos especialistas, puede ofrecerse en régimen de consultas o de internamiento. Si es en régimen de consultas, estas pueden situarse en los centros de especialidades o en los hospitales. Si es en régimen de internamiento, lógicamente en los hospitales.

La cartera de servicios comunes de atención especializada hospitalaria del SNS comprende las siguientes actividades: la atención especializada en consultas, la atención en hospitales de día médicos y quirúrgicos, la hospitalización en régimen de internamiento, el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a pacientes terminales, la atención a la salud mental y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable. También incluye los cuidados intensivos, la anestesia y la reanimación, la hemoterapia, la rehabilitación, la nutrición y alimentación, el seguimiento del embarazo, la planificación familiar por medios quirúrgicos y la reproducción asistida.

La dotación de los hospitales del SNS presenta una gradación, que va desde la llamada atención terciaria, que supone la disponibilidad de una amplia variedad de servicios muy especializados, a los hospitales generales básicos, que prestan atención en régimen de internamiento en cada una de las áreas de salud.

El número de camas en los hospitales del SNS se presenta en la siguiente tabla:

	Camas en funcionamiento		Puestos de hospital de día	
	Número	Tasa 1.000 hab.	Número	Tasa 100.000 hab.
Cataluña	25.792	3,5	4.713	64,5
Extremadura	3.467	3,2	247	22,8
Aragón	4.093	3,1	276	21,0
Asturias	3.036	2,9	416	39,5
Galicia	7.933	2,9	794	29,1
Castilla y León	6.917	2,8	567	22,8
País Vasco	5.948	2,8	405	19,0
La Rioja	883	2,8	69	22,1
Navarra	1.611	2,6	215	34,5
España	113.518	2,5	15.044	32,6
Castilla-La Mancha	4.839	2,4	584	28,6
Ceuta y Melilla	345	2,3	27	17,8
Baleares	2.345	2,2	266	24,4
Cantabria	1.294	2,2	263	45,5
Canarias	4.336	2,1	480	22,8
Comunidad Valenciana	10.253	2,1	1.239	24,8
Madrid	13.297	2,1	1.770	27,8
Murcia	3.008	2,0	404	27,5
Andalucía	14.121	1,7	2.309	27,9

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según los valores de la tasa de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información de atención especializada (SIAE), 2011.

La implantación de los servicios de cirugía mayor ambulatoria está avanzando tanto en números absolutos de procedimientos como en la tasa de procedimientos por habitante. Si se comparan estas cifras con la actividad en otros países europeos, se puede comprobar que los avances de la cirugía mayor ambulatoria se corresponden con la reducción de la cirugía en régimen de internamiento, lo que sugiere que se está produciendo un proceso de sustitución casi idéntico al registrado en Italia, Bélgica y Holanda.

1) Atención ambulatoria de día

La hospitalización de día son unidades asistenciales en las que, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos diagnósticos o

tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital. La atención de urgencia queda excluida de esta definición.

En el 2009 la Agencia de Calidad del SNSD publicó el documento *Hospital de día: estándares y recomendaciones*⁹. Hay hospitales de día polivalentes y otros especializados en una patología concreta (onco-hematológicos, SIDA, etc.)

⁽⁹⁾Hospital de Día. Estándares y recomendaciones, Informes, estudios e investigación 2009, Ministerio de Sanidad y Política Social.

La lista de procedimientos que pueden ser prestados en el hospital de día es muy amplia e incluye biopsia, curas, drenajes, infusión intravenosa (quimioterapia), punción lumbar, toracocentesis, artrocentesis, transfusión sanguínea, etc.

7.1.5. Atención de urgencia

La cartera de servicios comunes del SNS define la atención de urgencia como aquella que se presta al paciente en los casos en los que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y el tratamiento de enfermería (también incluye el transporte de emergencia) y con la colaboración de otros profesionales.

El procedimiento y el modelo organizativo de la atención de urgencia es responsabilidad de cada comunidad autónoma. En términos generales, se presta con los siguientes dispositivos:

- Servicios de urgencia de atención primaria y hospitales.
- Servicios específicamente dedicados a la atención urgente.

La coordinación de los distintos recursos de urgencias y la movilización de los intervinientes según las necesidades está centralizada en los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias.

El itinerario normal del paciente de urgencia es el siguiente: los pacientes acuden, si su situación clínica se lo permite, a las urgencias hospitalarias o a los centros de urgencia de atención primaria. Cuando esto no es posible, pueden llamar directamente al centro de atención primaria para solicitar una visita domiciliaria o al centro coordinador de urgencias y emergencias sanitarias. En este último caso, el operador del centro coordinador de urgencias y emergencias sanitarias hará algunas preguntas al paciente para determinar la naturaleza de la emergencia y decidir qué recursos debe movilizar. Si se moviliza al equipo móvil, este llegará al lugar en el plazo de unos pocos minutos si la situación presenta riesgo vital o en el plazo de una hora en el resto de las situaciones.

Dependiendo de la valoración de la situación del paciente que realiza el centro coordinador de urgencias, el equipo móvil estará formado por un médico de urgencias y una enfermera con equipo básico o por una unidad móvil de cuidados intensivos.

7.1.6. Prestación farmacéutica

1) Marco normativo del mercado farmacéutico

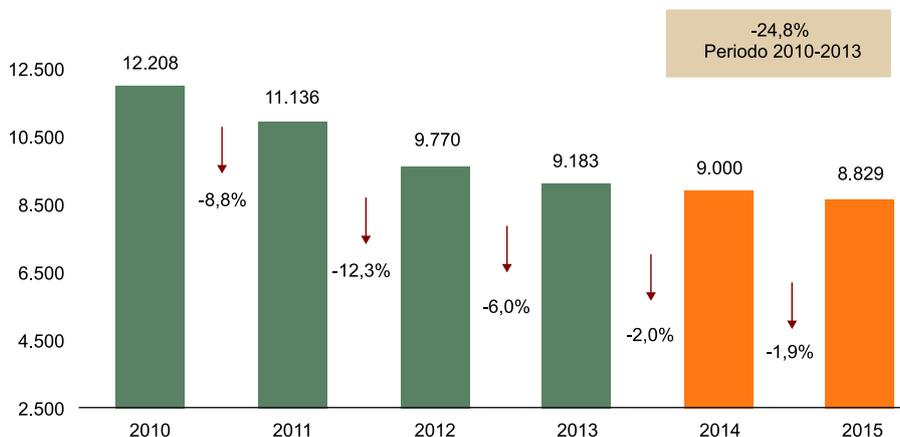
España es el quinto mayor mercado farmacéutico de la UE, después del Reino Unido, Italia, Alemania y Francia, en términos de valor de mercado a precios de laboratorio.

En los últimos años, el Gobierno central tomó medidas muy eficaces con el fin de reducir el gasto farmacéutico. Las medidas adoptadas fueron:

- Reducción de precio de los medicamentos.
- Ampliación del copago a los pensionistas.
- En menor medida, impulso al consumo de genéricos.

Esto ha hecho que el gasto farmacéutico vía recetas ha venido bajando desde el año 2010 y se espera que continúe ese descenso hasta el 2015.

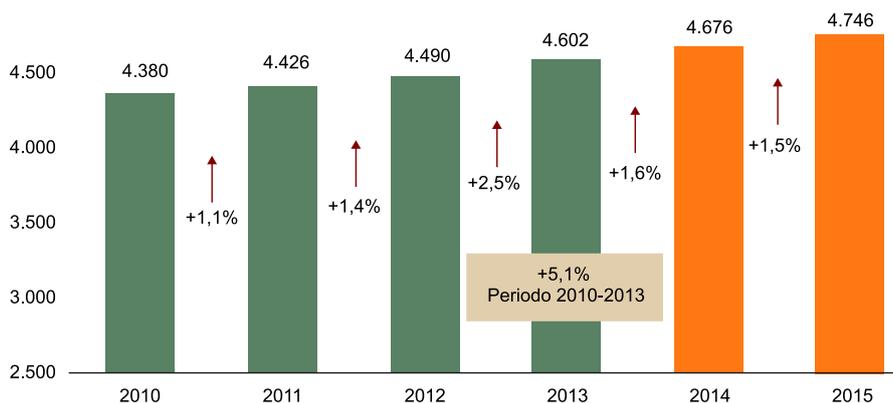
Gasto farmacéutico público en recetas del SNS (millones de euros)



Fuente: Datos 2010-2013, MSSSI, Previsión 2014, Farmaindustria. Previsión 2015, Farmaindustria a partir de previsiones IMS (Market Prognosis Spain 2012-2017. Rev. Marzo 2014).

Sin embargo, el gasto en hospitales ha seguido creciendo, aunque en menor medida que el descenso del gasto por recetas:

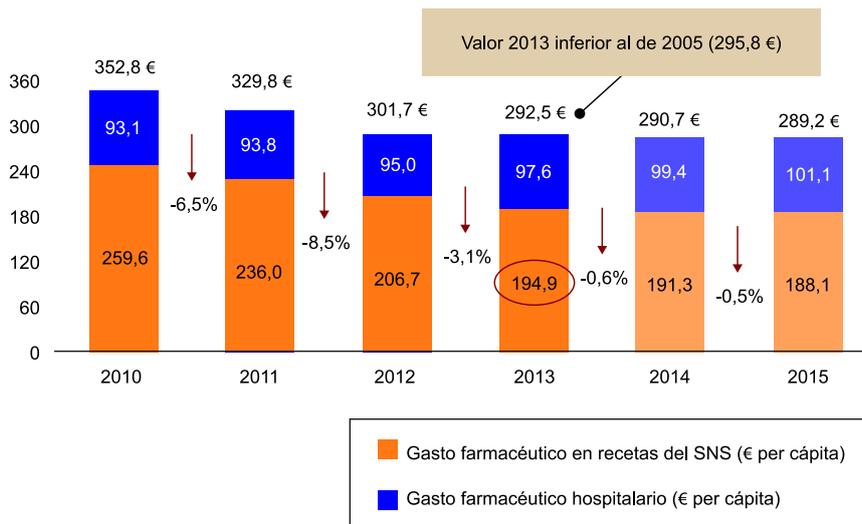
Gasto farmacéutico público hospitalario (millones de euros)



Fuente: Datos 2010-2013, MSSSI y Farmaindustria (Encuesta de Deuda Hospitalaria). Prev. 2014-2015, Farmaindustria a partir de prev. IMS (Market Prognosis Spain. Rev. Marzo 2014).

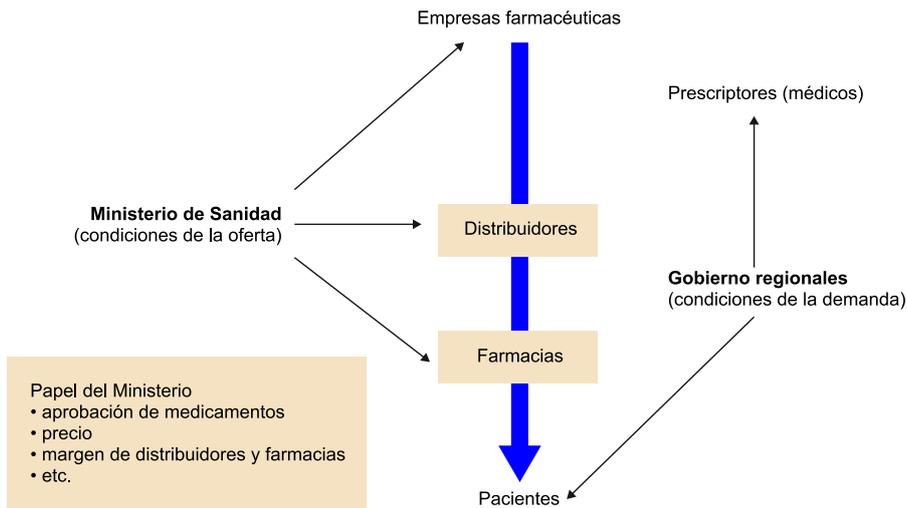
Esto ha hecho que el conjunto del gasto farmacéutico per cápita haya bajado significativamente desde el 2010:

Gasto farmacéutico público total recetas del SNS + hospitales (euros per cápita)



Fuente: Datos 2010-2013, MSSSI, Farmaindustria e INE. Predicciones 2014-2015, Farmaindustria e INE.

La regulación del sector farmacéutico es competencia exclusiva de la Administración central, aunque el papel de las comunidades autónomas en la modulación del consumo es de vital importancia. Cómo interviene el Ministerio y las comunidades autónomas se presenta en la siguiente figura:

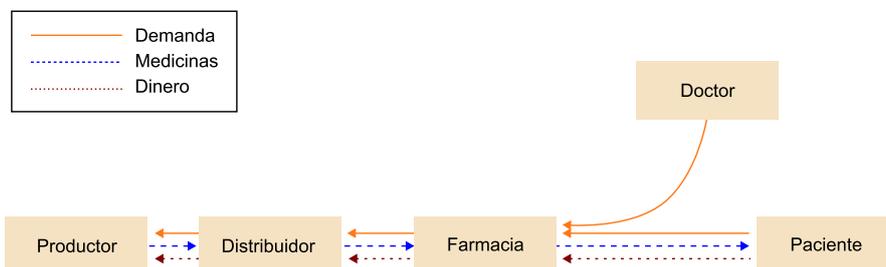


La **Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos** fija el precio de los medicamentos. La vigente ley del medicamento data de 2006 (Ley 29/2006).

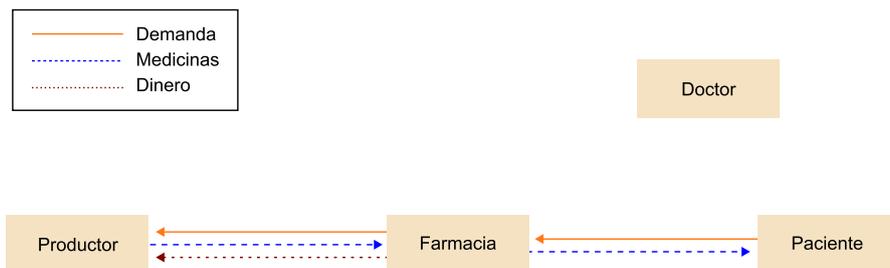
Según la normativa actual, la financiación pública de los medicamentos está regulada por listas negativas, de las que se excluyen los medicamentos cuyo valor terapéutico se considera reducido o nulo. Existe también un sistema de fijación de precios compuesto por dos elementos: la definición de precios de referencia para grupos terapéuticos de medicamentos (cuando están disponibles genéricos con el mismo principio activo) y un mecanismo de precios máximos para los nuevos medicamentos autorizados. El cálculo del precio de referencia para un determinado conjunto terapéutico se basa en la media de los tres productos con los precios más bajos por dosis terapéutica diaria.

En el ámbito público el circuito del medicamento varía si es dispensación en farmacia o en hospitales:

Dispensación en farmacias



Dispensación en hospitales



El sistema de distribución de medicamentos está integrado principalmente por distribuidores mayoristas (que distribuyen aproximadamente el 85% del total de medicamentos). Normalmente se trata de cooperativas farmacéuticas, que realizan el 75% del total de ventas, mientras que el 25% restante corresponde sobre todo a las compras de hospitales.

En España, los minoristas farmacéuticos (farmacias) son agentes autorizados independientes y, al contrario que en otros países europeos, disfrutan de una regulación claramente proteccionista que elimina la competencia en la distribución. La normativa establece que solo los farmacéuticos pueden dispensar medicamentos, incluye normas para impedir la concentración geográfica de farmacias, regula el horario de apertura y, sobre todo, prescribe la obligatoriedad de un título universitario de licenciado en Farmacia, no solo para dispensar medicamentos, sino también para ser titular de una oficina de farmacia.

El sistema de pago a los farmacéuticos y distribuidores mayoristas se basa en el margen fijo y proporcional al precio de venta al consumidor sin IVA.

La publicidad directa a los consumidores está prohibida para todos los medicamentos financiados con fondos públicos y solo los medicamentos autorizados concebidos para la utilización sin intervención de un médico pueden publicitarse, siempre que no contengan sustancias psicotrópicas.

2) Prestaciones farmacéuticas

La prestación farmacéutica forma parte de la cartera de servicios comunes del SNS y comprende los medicamentos y productos sanitarios. En el caso de los pacientes hospitalizados, la prestación farmacéutica incluye los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes conforme a lo previsto en la cartera de servicios comunes de la atención especializada.

Los medicamentos de dispensación en farmacias tienen copago para el paciente. Recientemente (Real Decreto Ley 16/2012) se extendió el copago a los pensionistas, antes exentos. La dispensación de los medicamentos en los hospitales no conlleva copago.

7.1.7. Rehabilitación/atención intermedia

La rehabilitación se realiza en atención primaria, en servicios de rehabilitación hospitalarios y en centros de día. No está muy desarrollada en España y suelen ser las familias las que se ven abocadas a ocuparse de esta tarea en el domicilio.

7.1.8. Cuidados de larga duración y servicios sociales

Estos servicios se han regulado recientemente mediante la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, por la que se crea el nuevo **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**. Esta ley ha sido criticada por no disponer de suficientes recursos financieros en relación con su ambición. En cualquier caso, su ritmo de implantación ha sido muy ralentizado a partir de la crisis económica que se inició en el 2007.

1) Catálogo de servicios

El derecho a los servicios está vinculado a la nacionalidad española y depende del nivel de dependencia y la capacidad económica del solicitante. Existe un sistema de copago en función del tipo de servicios que se precisan, que es proporcional a la capacidad económica del dependiente.

El catálogo de servicios comprende:

- Servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal.
- Servicios de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de atención residencial.

Estas prestaciones y servicios se integran en la red de centros y servicios del SAAD, que está formado por los centros públicos de las comunidades autónomas, los ayuntamientos, así como los centros privados debidamente acreditados. Las comunidades autónomas tienen plena libertad para articular esta red en su territorio. Los centros privados no concertados que prestan servicios en las comunidades autónomas también deben contar con la debida acreditación de la comunidad autónoma.

El catálogo de prestaciones incluye asimismo prestaciones económicas, cuya cuantía varía dependiendo del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario.

Dado que las competencias de atención social están debidamente transferidas a las comunidades autónomas, la ley establece únicamente un nivel mínimo de protección financiado por la Administración central. El segundo nivel de protección previsto se basa en la colaboración y acuerdos bilaterales entre el

Gobierno central y las administraciones autonómicas. Además, las comunidades autónomas pueden desarrollar un catálogo de servicios y prestaciones más amplio para su aplicación en su territorio. Los municipios también pueden complementar el catálogo en su circunscripción.

La valoración de la discapacidad y la situación de dependencia del beneficiario, así como de sus circunstancias económicas, es responsabilidad de la autoridad autonómica correspondiente.

En España, los recursos de camas de larga estancia son muy escasos, y representan solo el 9% de las camas hospitalarias en España. La titularidad de los centros de larga estancia varía según las comunidades. En algunas son exclusivamente privados (Andalucía, Asturias, Murcia, Cantabria, Castilla y León, Galicia), y en otras exclusivamente públicos (Valencia, Baleares).

A los siete años de la publicación de la ley de dependencia, la valoración por parte de la Fundación Edad&Vida es la siguiente:

Lo que establecía la ley	Resultados siete años después
Priorización de las prestaciones en servicios profesionales.	La prestación económica al cuidador informal es la más concedida (43,15%).
Estructuración de la atención en grados y niveles de dependencia.	No se ha desarrollado la acreditación de servicios por grados de dependencia.
Aportación de los usuarios para contribuir a la financiación del sistema.	La aportación media de los usuarios no supera el 15%, cuando se preveía que debía alcanzar el 33%.

7.1.9. Cuidados paliativos

Según datos del 2004, entre el 50 y el 60% de las defunciones en España se debieron al cáncer o a la evolución de las enfermedades crónicas y, por lo tanto, técnicamente estos pacientes fueron los que precisaron cuidados paliativos. La Ley General de Sanidad de 1986, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del 2003 y el Real Decreto del 2006 que establece la cartera de servicios comunes del SNS reconocen la atención paliativa como una parte fundamental de la atención sanitaria del SNS. En el 2006 se aprobó la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS¹⁰.

⁽¹⁰⁾ *Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2007.

En el 2008 el Parlamento Europeo¹¹ publicó un informe sobre cuidados paliativos en los Estados miembros, que clasificó a España en el séptimo lugar de los 23. No obstante, el informe señalaba un problema importante en los cuidados paliativos en España, relativo a la heterogeneidad de los sistemas en las distintas comunidades autónomas. Algunas de ellas tienen publicado su propio plan¹².

⁽¹¹⁾ *Paliative Care in the European Union*, Policy Department Economic and Scientific Policy, European Parliament 2008.

⁽¹²⁾ Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, 2009.

Aproximadamente 1.600 profesionales trabajan en este campo. De ellos, unos 500 son médicos y en torno a 800 son profesionales de enfermería. Asimismo más de 100 psicólogos se dedican a atender las necesidades emocionales de esos pacientes.

También las familias tienen un papel preeminente en la atención a sus familiares dependientes.

7.1.10. Atención a la salud mental

La historia de la atención a la salud mental en España, un sector tradicionalmente muy desatendido, es muy similar a la que se ha dado en la mayoría de los países europeos desarrollados.

Hasta los años setenta, la atención a los trastornos mentales crónicos se caracterizaba por una excesiva hospitalización (en centros que eran enormes psiquiátricos), una provisión insuficiente de atención ambulatoria y una notable carencia de recursos de servicios sociales. Otra característica que agravaba aún más la situación: a mediados de los ochenta, una serie de organismos públicos de distintas administraciones e instituciones religiosas gestionaban diversas redes paralelas, sin ningún tipo de coordinación entre ellas.

La reforma sistemática de la psiquiatría comenzó en 1983 con la creación de la **Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica**. El objetivo de la reforma era adoptar el enfoque de atención basada en la comunidad y lograr la territorialización e integración de los servicios de salud mental en el resto de los servicios sanitarios.

La Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013¹³ fue presentada en el 2011. Existe un consenso general sobre los logros del proceso de reforma:

- Los servicios de atención a la salud mental se han territorializado.
- La atención a la salud mental se ha integrado plenamente en la red sanitaria.
- El número de camas psiquiátricas en hospitales monográficos ha experimentado un descenso espectacular.
- Se ha regulado la formación de los profesionales de salud mental.
- Todas las comunidades autónomas han implantado un plan de salud mental en su territorio.

Lo cual, obviamente, no quiere decir que no haya retos ni problemas, que se discuten y abordan en el documento de estrategia.

⁽¹³⁾ *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

7.2. Nuevas formas de gestión en el ámbito público

Hasta ahora el llamado SNS de gestión directa administrativa, que es la mayor parte de este.

Hacia finales de los años ochenta hubo un movimiento en el ámbito de la gestión sanitaria que insistía en las rigideces del sistema público de gestión, básicamente el régimen estatutario de personal y los sistemas de contratación de las compras. Recordemos que los centros del SNS de gestión directa no son empresas, ni siquiera públicas, sino una parte de la Administración. Se decía, creemos que con razón, que es difícil alcanzar eficiencia con tales restricciones a la gestión como tiene el sistema de gestión tradicional, a lo que hay que añadir la inevitable politización de parte de las decisiones de gestión, consecuencia de la ausencia de un modelo de gobernanza que delimitara las competencias políticas y de gestión.

Nació así un movimiento que trataba de huir del derecho administrativo. Se identificaron entonces varias posibilidades jurídicas para, sin perder el carácter público de las instituciones, poder regirse por el derecho privado y alcanzar así, se decía, grandes beneficios en agilidad de gestión y eficiencia.

Todas las fórmulas identificadas se caracterizan por dos hechos: el personal no es estatutario sino laboral y los sistemas de compras de bienes y servicios no se rigen por la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, sino por el derecho privado. Esto último fue puesto en cuestión más tarde.

Nacieron entonces lo que se llamaron nuevas formas de gestión en sanidad.

La Ley 15/1997 sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud sancionó legislativamente a nivel estatal estas posibilidades.

Sin entrar en un análisis jurídico de las distintas posibilidades, analicemos las más comunes.

7.2.1. Consorcios

Los consorcios son entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, que generalmente son acuerdos entre Administraciones, aunque también pueden incorporarse entidades privadas.

Los contenidos del estatuto de cada consorcio son los que definirán en cada caso el marco organizativo y legislativo aplicable, tanto en lo relativo a sus órganos de dirección como en lo referente a la gestión de recursos.

La figura de los consorcios ha sido utilizada fundamentalmente en Cataluña, inicialmente como una forma de aprovechar viejas instituciones hospitalarias preexistentes. Algunos de los consorcios puestos en marcha en Cataluña son:

- Consorcio Hospitalario de Vic (1986).
- Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (1986).
- Consorcio Sanitario de Barcelona(1987).
- Consorcio Sanitario de Terrassa (1988).
- Consorcio Sanitario Integral (2000).
- Consorcio Sanitario del Alt Penedès(1994).
- Consorcio Sanitario del Maresme (1998).
- Consorcio Sanitario del Anoia.
- Consorcio del Laboratorio Intercomarcal del Alt Penedès, Anoia y el Garraf (2001).
- Corporación de Salud del Maresme y la Selva (1993).
- Consorcio Sanitario de Mollet del Vallès (1996).

De hecho, los consorcios representan una realidad muy activa en Cataluña, como se puede ver en el siguiente esquema de sus hospitales:

XHUP			No XHUP
ICS (8)	EPIC	Concertado no ICS	Centros privados comerciales
<ul style="list-style-type: none"> Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Hospital de Tortosa Verge de la Cinta Hospital Universitari Joan XXIII Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Hospital Universitari Vall d'Hebron Hospital Universitari de Bellvitge Hospital de Viladecans 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Sabadell (Corporació Sanitària Parc Taulí) Hospital General de l'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral) Hospital Dos de Maig (Consorci Sanitari Integral) Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi (Consorci Sanitari Integral) Hospital de Terrassa (Consorci Sanitari de Terrassa) Hospital de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme) Hospital General de Vic (Consorci Hospitalari de Vic) Hospital d'Igualada (Consorci Sanitari de l'Anoia) Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (Consorci Sanitari de l'Alt Penedès) Hospital de Mollet (Consorci Sanitari de Mollet del Vallès) Hospital Clínic i Provincial de Barcelona Hospital Santa Maria (Gestió de Serveis Sanitaris) Hospital Santa Caterina (Institut d'Assistència Sanitària) Hospital del Mar Hospital de l'Esperança Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Institut català d'Oncologia (ICO) 	<ul style="list-style-type: none"> Fundació Sant Hospital Hospital de Puigcerdà Hospital Comarcal del Pallars Espitau Val d'Aran Clínica de Ponent Pius Hospital de Valls Centre MQ Reus Sanitari Sant Joan de Reus Hospital del Vendrell Hospital Sant Pau i Santa Tecla Clínica Terres de l'Ebre Hospital Comarcal d'Amposta Hospital Comarcal Móra d'Ebre Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Sant Jaume d'Olot Clínica Girona Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella Clínica Salus Infirmerum Hospital Comarcal de Blanes Centre Hospitalari Hospital Sant Joan de Déu (Manresa) Hospital Sant Bernabé Hospital Sant Joan de Déu (Martorell) Hospital General. Parc Sanitari Sant Joan de Déu Hospital General. Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Esplugues) Hospital Casa de Maternitat Hospital Sant Rafael Fundació Puigvert/luna Hospital Plató Hospital Municipal Badalona Institut Guttmann Fundació Hospital de l'Esperit Sant Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat Fundació Hospital Residència Sant Camil Hospital Mútua Terrassa Hospital General de Granollers Hospital de Sant Celoni Hospital Universitari Sagrat Cor-L'Aliança 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Fremap Barcelona Mutual Midat Cyclops Clínica M C Londres Clínica San Honorat Clínica del Pilar San Jordi Clínica Nostra Senyora del Reimei Clínica Sagrada Família Clínica Fundació-Fiatc Hospital de Nens de Barcelona Clínica Corachán Clínica Tres Torres Hospital Quirón Centre Mèdic Delfos Centre Mèdic Sant Jordi de Sant Andreu Usp Institut Universitari Deixeu Centro Médico Teknon Policlínica Barcelona Clínica Planas Clínica Sant Josep Hospital General de Catalunya Mutualitat Ntra. Sra. Del Carme Centro Internacional de Medicina avanzada Clínica Creu Blanca Centre Quirúrgic Maresme Clínica del Vallès Clínica Bofill Clínica Quirúrgica Onyar Clínica Santa Creu Hospital Montserrat-Alianza Clínica Nostra Senyora del Perpetu Socors Clínica de Ponent Clínica Monegal Clínica Infantil Stauros Centre Cardiovascular Sant Jordi Hospital Asepeyo Hospital de Barcelona Clínica Activa Mutua 2008

El grupo de las EPC (empresas públicas y consorcios) constituyen una parte importante de la XHUP (red hospitalaria de utilización pública).

No obstante, esta fórmula de consorcios no se ha utilizado solo en Cataluña. También en Andalucía, la Consejería de Salud, el SAS y la Orden de San Juan de Dios han llegado a un acuerdo para la constitución de un consorcio sanitario público que gestione el hospital de Aljarafe sevillano.

7.2.2. Empresas públicas

Las empresas públicas en sanidad son otra fórmula jurídica que se ha utilizado en la huida del derecho administrativo.

Cataluña y Andalucía son las regiones más activas en la puesta en marcha de estas fórmulas de gestión.

Algunas de las empresas públicas sanitarias o vinculadas a sanidad puestas en marcha en Cataluña:

- Instituto de Diagnóstico por la Imagen (1987).
- Energética de Instalaciones Sanitarias, SA (1991).
- Gestión de Servicios Sanitarios (1992), antiguos servicios sanitarios de la Diputación de Lleida.
- Gestión y Prestación de Servicios de Salud (1992), antiguos servicios sanitarios de la Diputación de Tarragona.
- Instituto de Asistencia Sanitaria (1992), antiguos servicios sanitarios de la Diputación de Girona.
- Sistema de Emergencias Médicas, SA (1992).
- Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (1994).
- Instituto Catalán de Oncología (1995).
- Banco de Sangre y Tejidos (1995).
- Parque Sanitario Pere Virgili (1999), a raíz de la transferencia del antiguo Hospital Militar de Barcelona.
- Logaritme (2001).
- Laboratori de Referència de Catalunya (1992).

También Andalucía ha utilizado con profusión esta fórmula:

- Hospital Costa del Sol.
- Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- Hospital de Poniente.
- Hospital de Andújar.

El Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y el Servei Català de la Salut también tienen configuración de empresas públicas.

7.2.3. Fundaciones públicas sanitarias

Son organizaciones dotadas de personalidad jurídica. Las reglas básicas de funcionamiento se establecen en los estatutos, creando órganos de gobierno (patronato).

Ejemplos de fundaciones públicas sanitarias:

- Fundación hospital de Verín (Galicia).

- Fundación hospital de Alcorcón (Madrid).
- Fundación hospital de Manacor (Baleares).
- Fundación hospital de Calahorra (La Rioja).

7.2.4. Entidades de base asociativa

Aquí la filosofía es distinta. Han tenido su desarrollo en Cataluña, al amparo de la modificación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña. Se trata de una sociedad constituida por profesionales sanitarios que contrata con la Administración la prestación de unos determinados servicios sanitarios.

Las entidades de base asociativa deben gozar de personalidad jurídica propia, estar legalmente constituidas e inscritas en el registro correspondiente según la fórmula jurídica adoptada: Sociedad Anónima (SA), Sociedad de Responsabilidad Limitada (SL), Sociedad Laboral o Cooperativa.

Al menos el 51% del capital debe pertenecer a los profesionales sanitarios que prestan en esta sus servicios, para lo cual deben contar con una relación laboral de prestación de servicios con la entidad. Ninguno de los profesionales puede tener una participación superior al 25% del capital social.

La relación existente entre las sociedades profesionales y el Servei Català de la Salut es de carácter contractual, y en el contrato se especifican los mecanismos de financiación, regulación y control de estas entidades.

La entidad decana de esta experiencia es Vic, que se inició en 1993, formada por un grupo de profesionales liderado por el Dr. Ledesma, y configurada como una SL.

7.3. Sistema privado

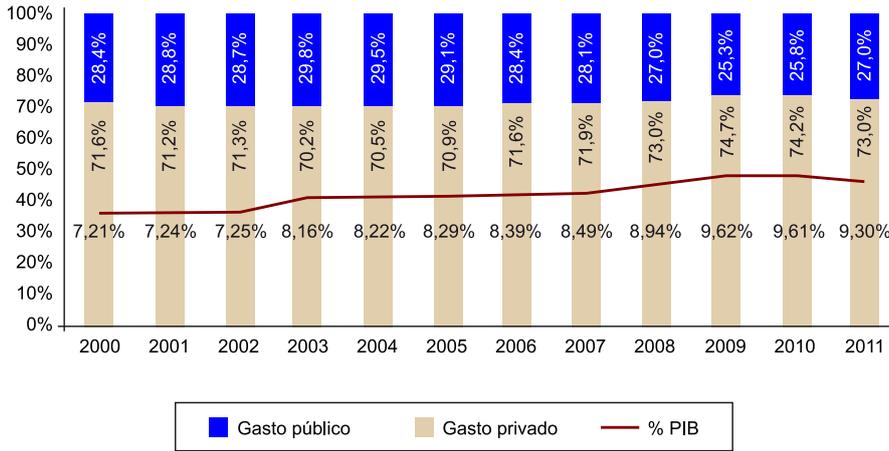
La sanidad privada es un componente esencial del sector sanitario. Normalmente no se le da la importancia que tiene y a veces se obvia su descripción, concentrándose únicamente en las características del sistema público.

Por ello, nosotros queremos entrar a analizarlo. Gran parte de los datos proceden de la Fundación IDIS¹⁴.

Empezaremos por establecer las dimensiones y composición del gasto privado en sanidad:

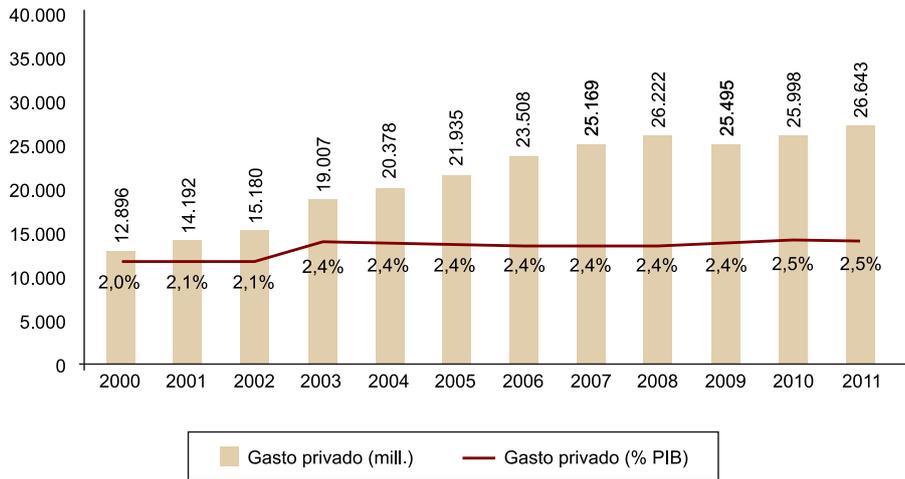
⁽¹⁴⁾ *Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2014*, Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2014.

Evolución del gasto sanitario total en España en relación con el PIB, 2000-2011



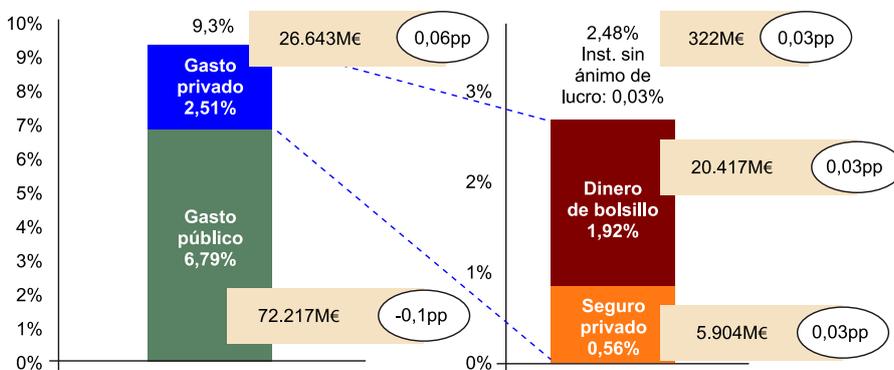
La evolución del gasto sanitario privado ha experimentado un crecimiento en los últimos años:

Evolución del gasto sanitario privado, en millones de euros y en relación con el PIB, 2000-2011



La composición del gasto sanitario privado en relación con el PIB es:

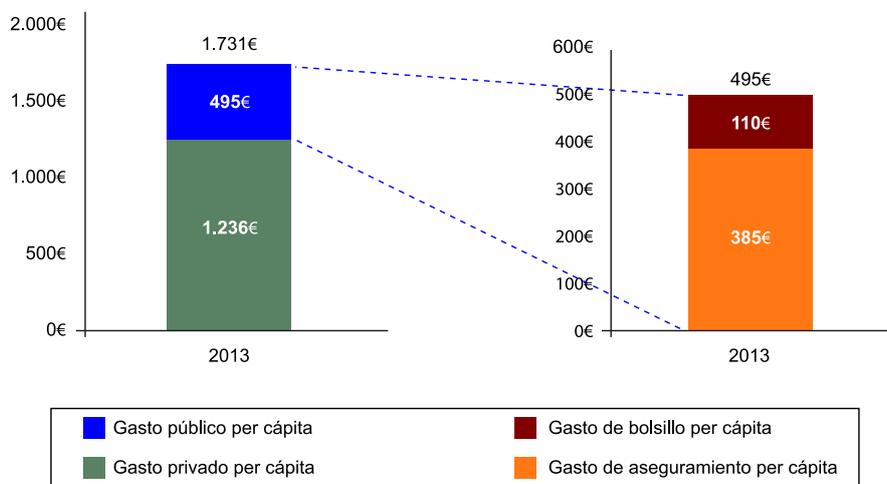
Composición del gasto sanitario privado en relación con el PIB (porcentaje y millones de euros), 2011



○ Variación respecto al año anterior

La estimación del gasto sanitario, público y privado, per cápita, se representa en el siguiente cuadro:

Estimación del gasto sanitario público y privado per cápita, 2013



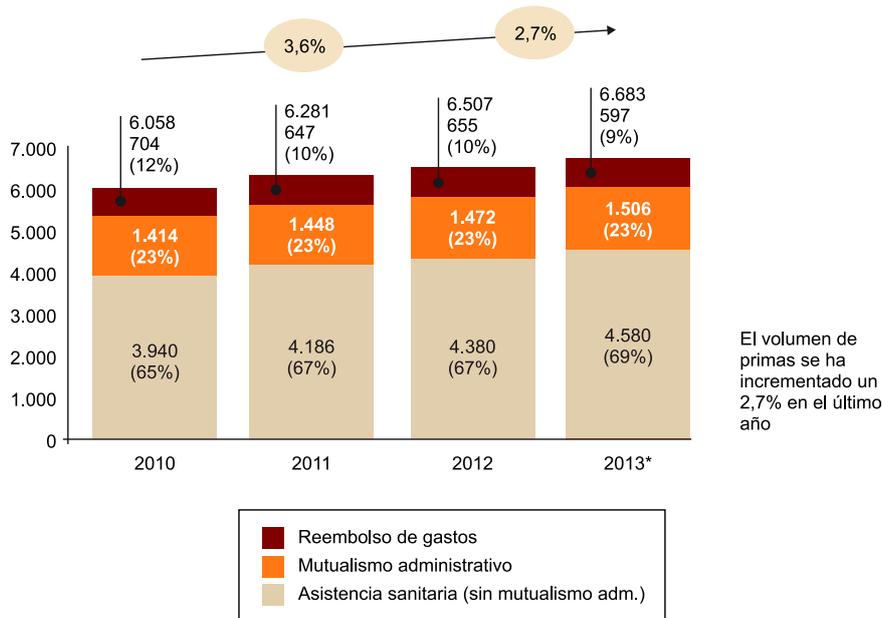
Una vez tenidas esas referencias generales en cuanto a la dimensión y las características del gasto sanitario privado, analicemos ahora la estructura del sector, que dividiremos en el mundo de las aseguradoras y el mundo de los proveedores.

7.3.1. Aseguradoras sanitarias

En España se da un fenómeno muy peculiar: a pesar de tener seguro público obligatorio para toda la población, un porcentaje significativo de esta (en torno al 20%, pero con grandes variaciones regionales) opta por tener también un seguro privado. Digamos que pagan dos veces: por una parte, el seguro público, a través de los impuestos, y por otra el seguro privado.

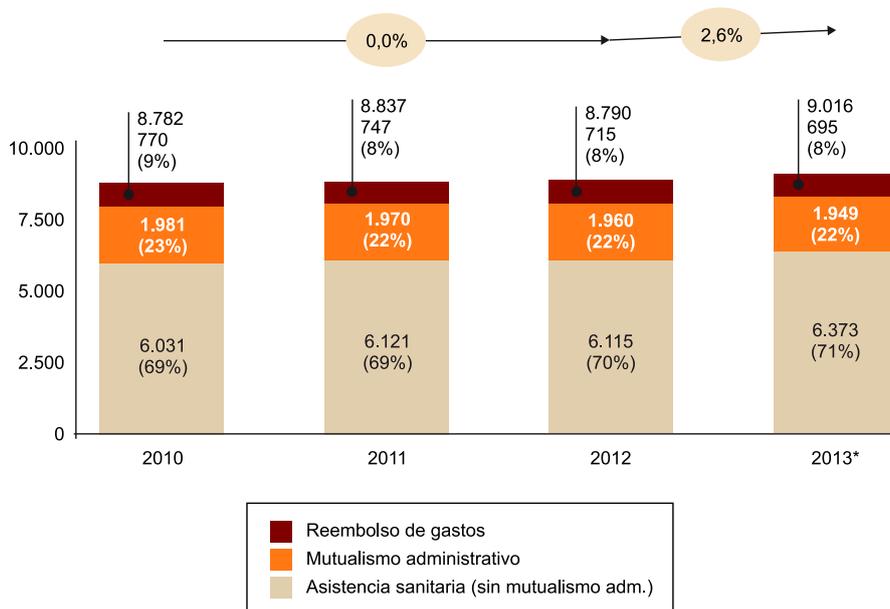
Antes de analizar el modelo de negocio y las características de actuación de las aseguradoras sanitarias, veamos las grandes cifras de esta actividad:

Evolución del volumen de primas (millones de euros), 2006-2012 y estimación 2013



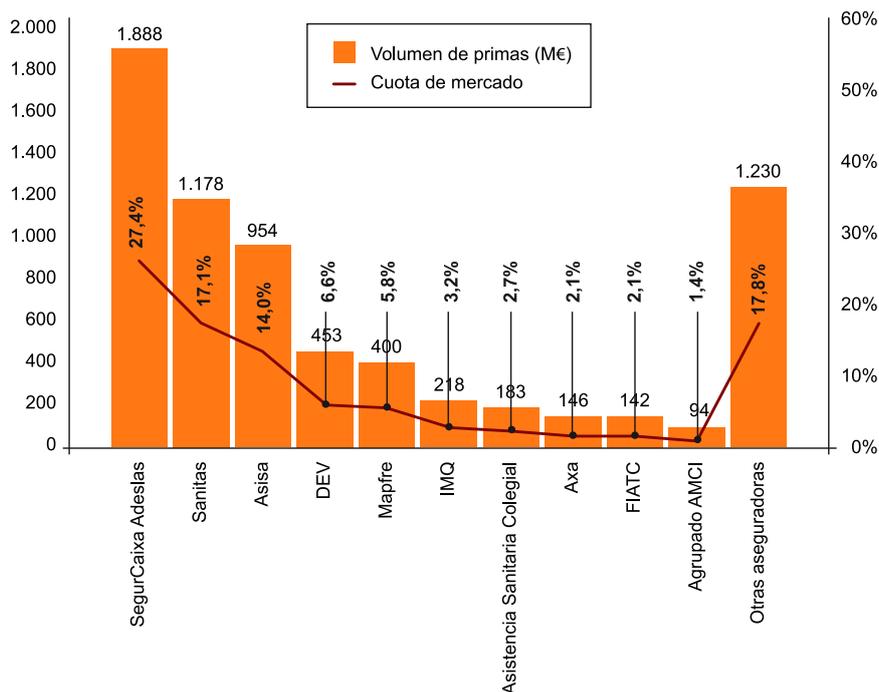
No solo se ha incrementado el volumen de primas, también se ha incrementado el número de asegurados:

Evolución del número de asegurados (miles), 2010-2013



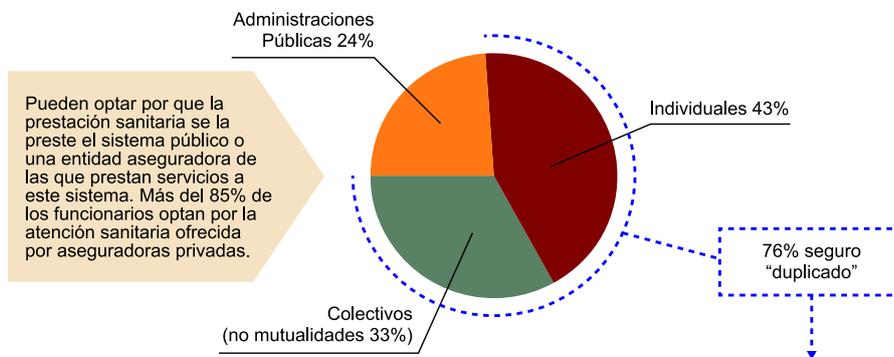
El sector de las compañías aseguradoras sanitarias ha experimentado un proceso de concentración en los últimos años y las líderes por facturación y número de asegurados son: SegurCaixaAdesla, SANITAS y Asisa. En la siguiente figura se puede ver esta realidad:

Volumen de primas y cuota de mercado de las principales compañías aseguradoras (millones de euros), 2013



En cuanto a la tipología del tomador del seguro privado, se representa en la siguiente figura:

Tipología del tomador de seguro sanitario privado



Fuente: ICEA, septiembre 2012.

Como vemos en la gráfica anterior, hay básicamente tres tipos de tomador de seguro sanitario.

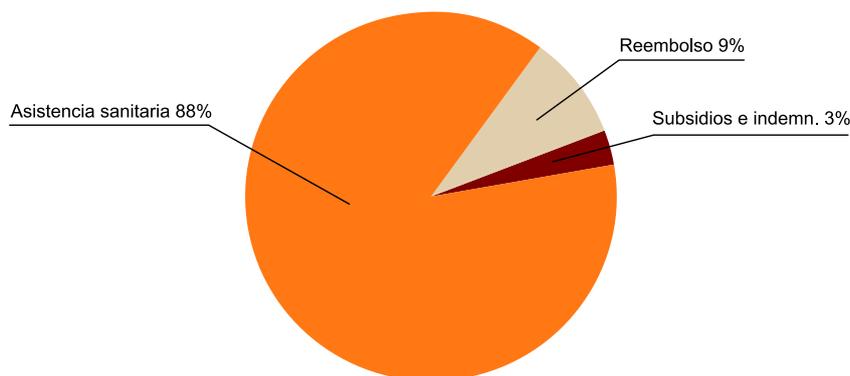
- Las **pólizas individuales**, compradas por los individuos o sus familias.
- Las **pólizas colectivas**, adquiridas por las empresas para sus trabajadores.
- Las **pólizas del sistema de mutualismo administrativo**, que analizaremos en el apartado de colaboración público-privada.

En cuanto al tipo de seguro, hay básicamente dos modalidades:

- El **seguro de asistencia sanitaria**, en el que la compañía de seguro organiza la prestación al asegurado, no habiendo relación económica entre el asegurado y los proveedores.
- El **seguro de reembolso**; en este caso, el papel del seguro se limita a pagar directamente, en todo o en parte y en general con ciertos límites, al proveedor elegido por el asegurado.

El peso económico relativo de cada una de estas tipologías se representa en el siguiente esquema:

Volumen de primas por modalidad (tercer trimestre del 2012)



Fuente: ICEA, 30/09/2012.

Vemos que el seguro de asistencia sanitaria es, con mucho, la forma predominante de seguro sanitario en nuestro país.

Los rasgos más sobresalientes del modelo de negocio y asistencial de estas compañías son:

- **Acceso directo al especialista**, con práctica ausencia de atención primaria.
- **Amplia oferta para elegir entre un gran número de médicos y hospitales**, en general utilizando grandes cuadros compartidos.
- **Relaciones económicas con los proveedores basadas en la actividad.**
- **Póliza de precio bajo** (en términos relativos con otros países).
- **Escasa duración de la vida de las pólizas** (en torno a tres años), con ausencia de incentivos a pólizas de largo plazo.
- **Contratación de las pólizas por un año.**
- **Ausencia de regulación sanitaria** (en lo que se refiere a coberturas, precio de la póliza y selección de riesgos), con falta de vínculos con el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas.

Esta falta de regulación no rige, evidentemente, en el mutualismo administrativo.

- Dos realidades relativamente nuevas, por donde va el crecimiento en estos momentos: **los seguros colectivos y la banca seguros**.

El modelo de negocio y asistencial de las aseguradoras sanitarias en España ha sido y es extraordinariamente exitoso. Solo de éxito puede calificarse el tener aproximadamente a un 20% de la población asegurada, en un país con seguro público obligatorio y gratuito. Este modelo ha permitido, además, constituir grandes empresas aseguradoras sanitarias en España. Digamos que el seguro sanitario en España ha sabido ofrecer un modelo asistencial muy adaptado a un seguro duplicado y cubriendo gran parte de las deficiencias del sistema público, haciéndolo de esa manera muy atractivo para la población.

No obstante, el que haya sido un modelo exitoso hasta ahora no quiere decir que sea un modelo de futuro. Las aseguradoras sanitarias más avanzadas (tanto en Estados Unidos como en Latinoamérica) se han venido transformando cada vez más en **empresas de salud**, acompañando y dando soporte a su población cubierta (enfermos o no), tanto en las labores de prevención y promoción de la salud, como en el seguimiento a lo largo de su proceso asistencial, en caso de enfermedad. Y todo ello al margen de que tengan provisión propia o no. Obviamente, la única forma de actuar como empresa de salud no es solo tener provisión propia. Lo esencial de la labor de las aseguradoras sanitarias –aparte de la gestión del *pool* de riesgos– es el de acompañar y apoyar a su población cubierta en sus “desplazamientos” por el sistema sanitario. Es más, puede darse el caso de aseguradoras sanitarias que tengan provisión propia, pero como aseguradoras no actúen como empresas de salud.

Los avances más significativos del modelo de negocio y asistencial de las aseguradoras sanitarias se han desarrollado en Estados Unidos. Son fundamentalmente dos:

- El ***managed care*** (asistencia gestionada), introducido en los años setenta del pasado siglo, como alternativa al modelo *fee-for-service* (pago por actividad) y que ha sido desarrollado ampliamente en el documento anterior de este mismo proyecto.

- Las ACO (Accountable Care Organizations, Organizaciones Responsables de la Asistencia). Las ACO son grupos de proveedores que colectivamente se responsabilizan de la atención de una población definida de pacientes. La idea que subyace al impulsar las ACO era la de crear incentivos financieros para los médicos y otros organismos proveedores de tal manera que se mejore la calidad del servicio recibido por los pacientes, al tiempo que se reducen los costes. Aseguradoras comerciales y agencias estatales del Medicaid han comenzado a adoptar contratos similares a los del programa federal ACO del Medicare, que fue el pionero en la introducción de las ACO en Estados Unidos en el 2012.

Lecturas recomendadas

V. A. Lewis y otros (2013). "Accountable Care Organizations in the United States, market and demographic factors associated with formation". *Health Serv Res* (núm. 48 (6, parte 1), págs. 1840-58).

Accountable Care Organizations (ACO), <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/>

Creemos que dichas consideraciones deben ser tenidas en consideración a la hora de plantear el futuro del seguro sanitario en España.

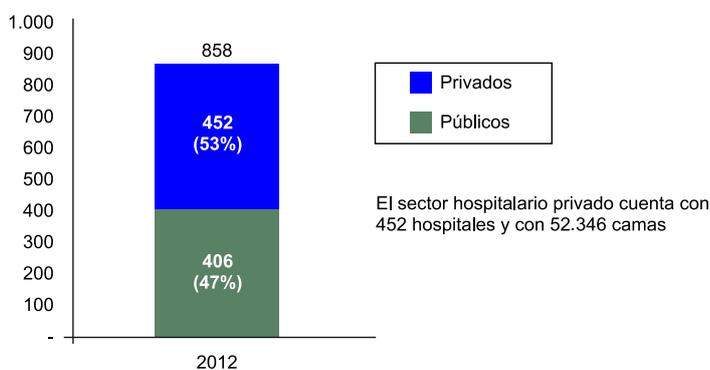
7.3.2. Provisores privados

Hay provisosores privados en cualquier actividad de provisión de servicios sanitarios. Los más importantes en términos económicos son los hospitales privados, laboratorios clínicos y centros de radiología.

1) Hospitales y redes hospitalarias

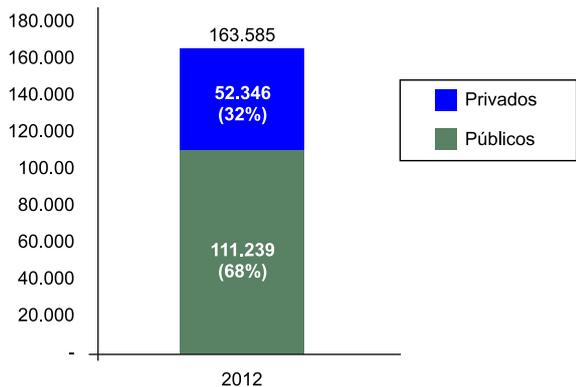
En cuanto a los hospitales, veamos, en primer lugar, algunas grandes cifras.

Número de hospitales en España, 2012



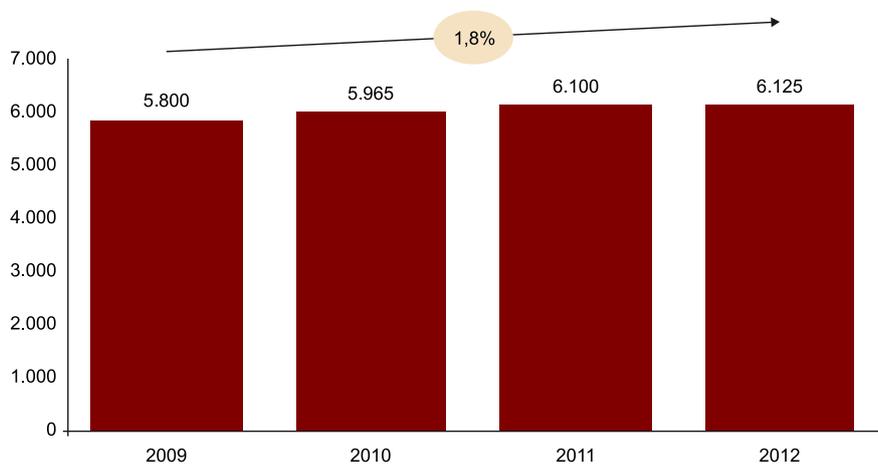
Como se ve en la gráfica anterior, el número de hospitales privados supera al de públicos. Estos últimos, sin embargo, cuentan con muchas más camas, lo cual nos indica que el tamaño medio de los hospitales públicos es mayor que el de los privados.

Número de camas en España, 2012

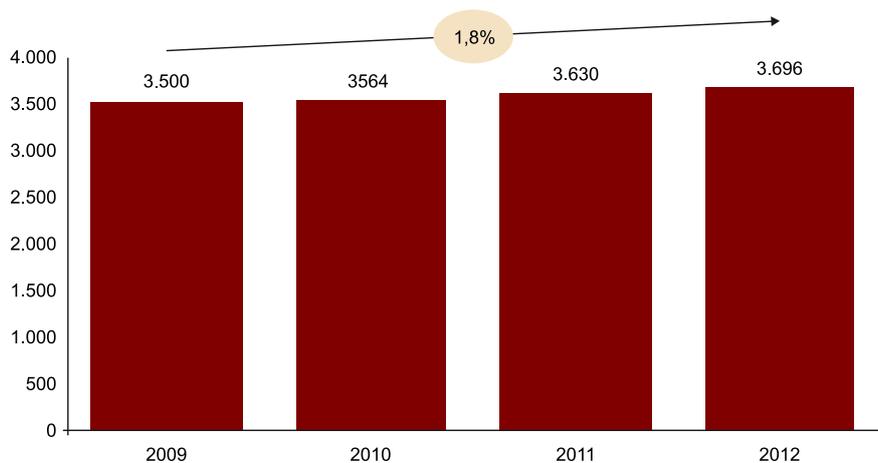


En términos de facturación, la evolución del mercado hospitalario privado no benéfico y benéfico es la siguiente:

Evolución del mercado hospitalario privado no benéfico (millones de euros), 2009-2012



Estimación de la evolución del mercado hospitalario privado benéfico (millones de euros), 2009-2012

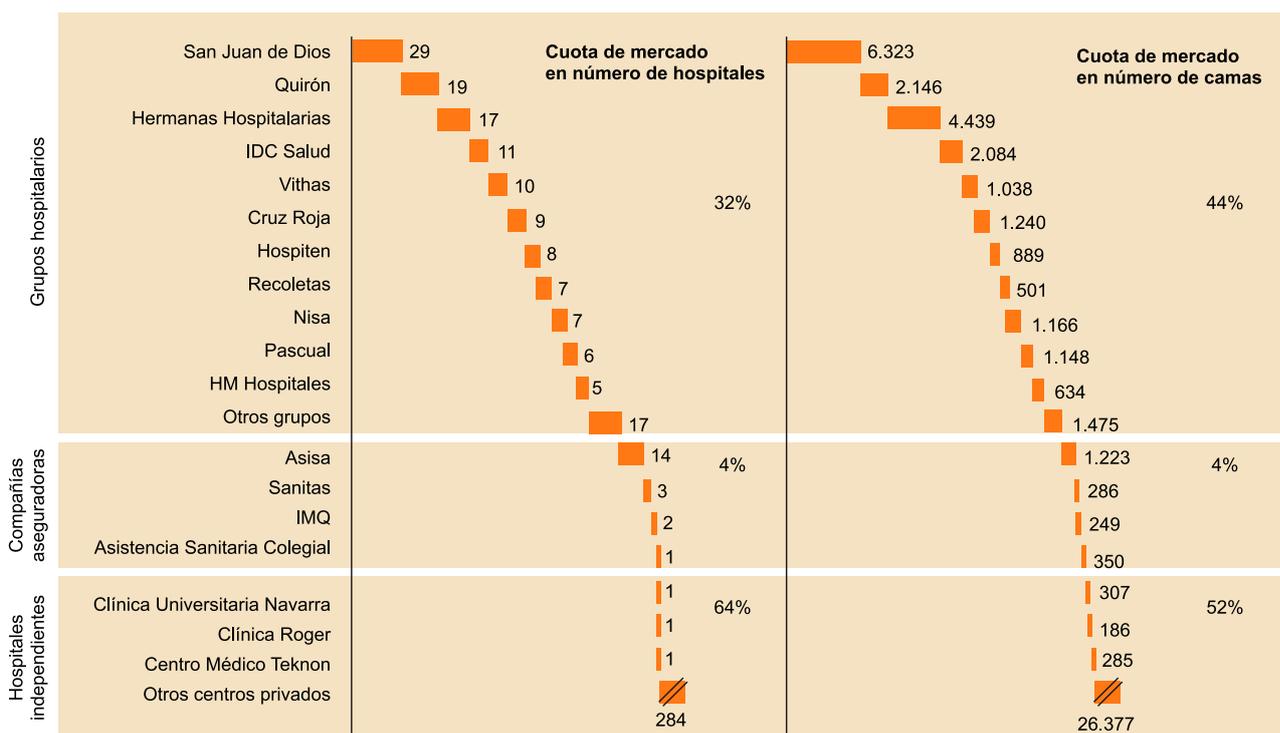


Si analizamos la historia de los hospitales privados en España, vemos que, en su origen, eran hospitales individuales, cuya propiedad era generalmente de un médico o de un grupo de médicos o de una familia médica. El hospital no era tanto un negocio en sí como un entorno que permitía desarrollar la actividad profesional del médico, que ese sí que era el negocio principal.

Esta situación ha ido cambiando y se empezaron a constituir redes hospitalarias, primero vinculadas a aseguradoras y luego grupos independientes de aseguradoras.

En términos absolutos, los hospitales privados individuales no ligados a ninguna red siguen siendo mayoría tanto en número de hospitales como en número de camas, pero la consolidación de redes hospitalarias –fundamentalmente por la vía de compra de hospitales preexistentes– es un fenómeno muy acelerado, por lo que se puede decir que muy posiblemente el hospital individual no ligado a ninguna red pueda ser una excepción en los próximos años.

Distribución de hospitales y camas en función de los principales agentes, 2012



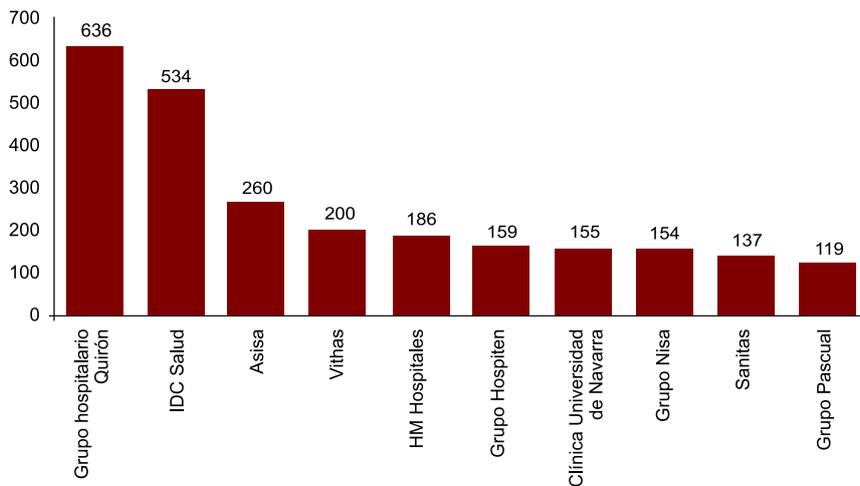
La distribución de las principales redes hospitalarias se representa en la siguiente figura.

Distribución geográfica de los hospitales de los principales agentes hospitalarios



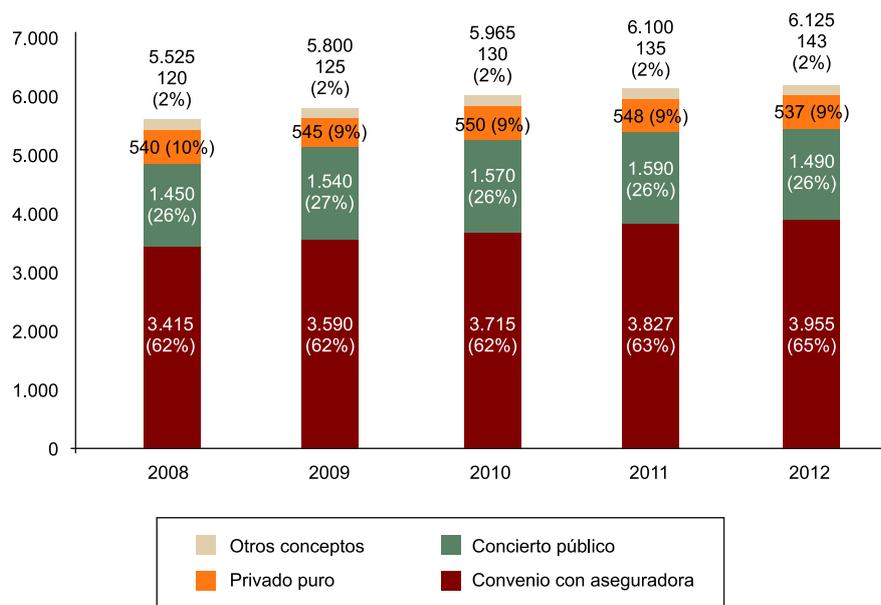
En cuanto a la facturación de los principales grupos, veamos la gráfica siguiente (nótese que los dos primeros grupos se han fusionado recientemente):

Facturación de los principales agentes hospitalarios (millones de euros), 2012



En cuanto a la facturación, de media, los principales clientes de los hospitales privados españoles son, por este orden, aseguradoras sanitarias, conciertos con el sector público y pacientes privados “puros” (los de seguro de reembolso o pago con dinero “de bolsillo”). Esto es lo que nos indica la siguiente figura:

Distribución del mercado por segmentos de demanda de hospitales privados no benéficos (millones de euros), 2008-2012



Aparte de estos datos cuantitativos, hay también una transformación profunda del mundo hospitalario privado. Los hospitales privados tradicionales eran fundamentalmente hospitales quirúrgicos, organizados en régimen abierto (los médicos iban a operar y se marchaban, volviendo solo para otra intervención o para seguir a sus pacientes). La tecnología era limitada y los conceptos de docencia e investigación eran desconocidos en ese entorno.

En los últimos años, sin embargo, ha habido una gran transformación del mundo hospitalario privado, incorporando muchos de los criterios organizativos y valores de los hospitales públicos, tales como:

- Hospitales médico quirúrgicos, no solo quirúrgicos.
- Alta tecnología.
- Organización en equipos médicos por especialidad.
- Integración de la docencia e investigación.
- El hospital ya es un negocio en sí, ya no solo el espacio para el desarrollo de una actividad de un grupo de médicos.

2) Laboratorios clínicos

Existen empresas de laboratorios clínicos que realizan actividad fundamentalmente para las aseguradoras y para los clientes privados, ya que esta no es, en general, un área que el sector público concierte, salvo en la actividad de referencia.

Echevarne, Unilabas y Analiza son algunos de los principales actores. Como actividad de referencia, Reference y CERBA son algunos de los más activos.

3) Centros de radiología

Contrariamente a la actividad de laboratorios, la radiología es un área de fuerte concertación desde el sector público, sobre todo en TAC-Scanner, Resonancia y PET.

Q Diagnóstica y Erescanner son actualmente las empresas líderes en el ámbito de la radiología, sin bien es un sector muy fragmentado, en el que predominan los pequeños gabinetes de radiología.

7.4. Áreas de colaboración público-privada

Entendemos por áreas de colaboración público-privada en sanidad aquellas actividades sanitarias realizadas por empresas privadas, pero actuando en el servicio público, bajo el control de la Administración y con financiación pública.

Las ventajas que se adjudican a la colaboración público-privada es que aportan al sector público varios elementos: en algunos casos capacidad de inversión; en otros, mayor capacidad de gestión ágil, y también mayor capacidad de innovación.

Las colaboraciones público-privadas no son fáciles, ni para los gobiernos, ni para las empresas privadas implicadas en ellas.

1) Para los gobiernos porque

- Deben tener muy claras las prioridades públicas y saber enunciarlas y defenderlas.
- Al mismo tiempo, han de tener un entendimiento de la lógica de las empresas privadas y de sus requisitos de negocio.
- Tienen que saber establecer un control de la actividad de la empresa privada.

2) Para la empresa privada porque

- Deben tener un entendimiento claro de las prioridades públicas.
- Han de mantener una interlocución permanente con el Gobierno, lo cual no siempre es fácil.
- Porque, en ese contexto, tienen que saber defender sus intereses.

Frente a lo que a veces se dice, la colaboración público-privada no es nueva en la sanidad en España. Al contrario, tiene gran tradición. Si acaso, lo único que es nuevo es la forma específica de colaboración público-privada que son las concesiones.

Básicamente, hay cuatro formas de colaboración público-privada en España:

- Conciertos.
- Mutualismo administrativo (sistema MUFACE).
- Mutuas de accidentes de trabajo (MATEP).
- Concesiones.

Las tres primeras no son nuevas en nuestro país y tienen una larga tradición. Solo son nuevas las concesiones. A veces, por un error conceptual, se identifican la colaboración público-privada con las concesiones.

7.4.1. Conciertos

Los conciertos son contratos entre la Administración pública y una empresa privada para que esta ofrezca ciertos servicios sanitarios. Generalmente, estos contratos se hacen por insuficiencia de recursos del sector público (listas de espera quirúrgicas, radiología, etc.) o por ser actividades no desarrolladas por el sector público o en escasa proporción en relación con las necesidades (transporte sanitario, oxigenoterapia domiciliaria, diálisis, rehabilitación, etc.). También puede adoptar la forma de convenio singular con determinados centros privados para la atención a un área (por ejemplo, Fundación Jiménez Díaz, en Madrid; Povisa, Vigo, etc.).

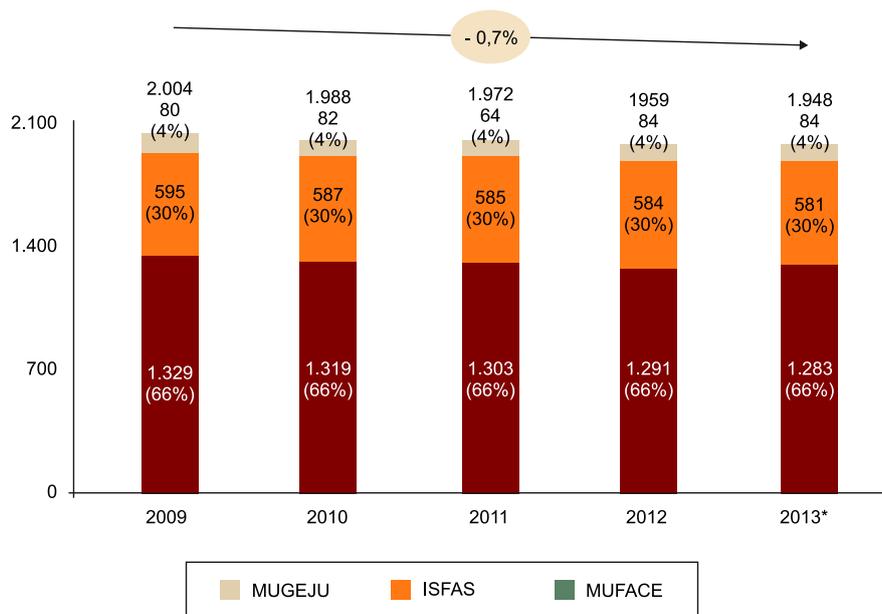
En términos económicos es la forma de colaboración público privada más relevante, ya que representa en España en torno a 3.500 millones de euros.

7.4.2. Mutualismo administrativo (sistema MUFACE)

Los funcionarios del Estado son, en términos de organización del servicio sanitario, una excepción al régimen general. Tienen una financiación en parte por cuotas y en parte por impuestos y los funcionarios tienen la capacidad de optar por ser atendidos en el sistema público o en alguna aseguradora que colabora con el sistema. Incluye a funcionarios civiles de la Administración central, miembros de las fuerzas armadas y funcionarios judiciales. Cada uno de estos grupos es gestionado por una Dirección General de los Ministerios de Administraciones Públicas (hoy Hacienda y Administraciones Públicas, Defensa y Justicia). MUFACE, ISFAS y MUGEJU es el nombre de cada una de estas direcciones generales.

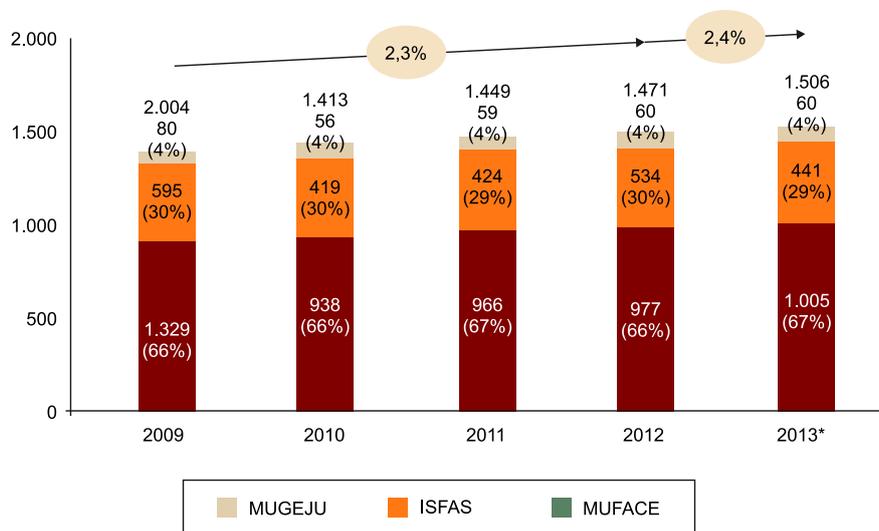
El número de mutualistas que están en esta fórmula es de en torno a dos millones, según se representa en la siguiente figura:

Evolución del número de mutualistas (miles de asegurados), 2007-2013



Los mutualistas pueden elegir cada año (en enero) entre estar en el sector público o ser atendidos por alguna de las aseguradoras con convenio con el mutualismo administrativo (el 85% de los funcionarios se acogen a esta segunda opción). Según lo anterior, el volumen de primas es:

Evolución del volumen de primas del mutualismo administrativo (millones de euros), 2009-2012 y estimación 2013



Solo unas pocas compañías aseguradoras tienen concierto con el mutualismo administrativo, según vemos a continuación:

Compañías aseguradoras que mantienen concierto con las mutualidades 2014

	SegurCaixa Adeslas	Asisa	DKV	Caser	MAPFRE	Igualatorio Médico- Quirúrgico Colegial	Sanitas
MUFACE	✓	✓	✓			✓	
ISFAS	✓	✓					
MUGEJU	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Estas compañías firman un convenio de duración variable con la Administración y son retribuidas en función de una cápita corregida en función del número de funcionarios y familiares que tengan a su cargo.

Existe una queja reiterada por parte de las compañías que actúan en este sistema en cuanto a la insuficiencia de la prima, mucho más baja que el coste para el sistema público.

7.4.3. Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEP)

Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social son asociaciones de empresarios constituidas con el objeto de colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, bajo la dirección, tutela y vigilancia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Digamos que el SNS cubre la llamada enfermedad común, mientras que las empresas tienen la obligación de cubrir la atención a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de sus trabajadores. Esto pueden hacerlo mediante la utilización del sistema público (convenio con el INSS) o mediante su afiliación a alguna de las mutuas de accidentes de trabajo, entidades privadas. Por lo tanto, estamos hablando de colaboración público-privada.

El objeto de su actuación se fundamenta en acciones preventivas, prestaciones económicas y médicas y acciones de rehabilitación.

El carácter empresarial de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ha permitido establecer una eficaz presencia del empresariado privado en la colaboración con la Administración pública, eficacia que viene avalada por más de noventa años de existencia.

Actualmente y tras un proceso de concentración, existen veinte mutuas. En 1983 eran 163. Disposiciones legales obligaban a tener un mínimo de 30.000 trabajadores por cada mutua. En la actualidad pertenecen a mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales un millón y medio de empresas y nueve millones de trabajadores.

Los Servicios Autonómicos de Salud actúan como prestadores de servicios sanitarios por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para aquellas empresas que aseguran esta contingencia con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

1) Sus principios básicos de funcionamiento

a) Son asociaciones de empresarios.

b) Constituidas con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social.

c) Su colaboración en la gestión de la Seguridad Social comprende las siguientes actividades:

- La colaboración en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- La colaboración en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
- Otras prestaciones, servicios y actividades que les sean legalmente atribuidas.

d) Carecen de ánimo de lucro y actúan mancomunadamente, basándose en el principio de solidaridad.

e) De carácter voluntario. El empresario puede optar entre formalizar la cobertura de los accidentes de trabajo con las entidades gestoras de la Seguridad Social o asociarse a una mutua.

f) Tienen personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar.

g) Están autorizadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y sometidas a su vigilancia y tutela.

h) Su contabilidad se rige por el Plan general de contabilidad de la Seguridad Social, debiendo las mutuas rendir cuentas de su gestión ante el Tribunal de Cuentas. Sus presupuestos anuales se integran en el Presupuesto de la Seguridad Social.

2) Sus recursos

Las mutuas reciben recursos de las cuotas que satisfacen los empresarios. Gestionan por sí solas en torno al 80% del total de las primas recaudadas por contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, del total del Sistema de la Seguridad Social.

3) Medios materiales y tipo de asistencia

La actividad asistencial de las mutuas tiene dos vertientes fundamentales: ambulatoria y hospitalaria. Ambas pueden ser prestadas por parte de las mutuas bien con medios propios, bien mediante la utilización de medios ajenos, que normalmente serán concertados.

4) Mutuas más importantes

Aunque hay veinte mutuas, solo unas pocas concentran una parte muy importante de la actividad:



5) Perspectivas de las mutuas de accidentes de trabajo

El papel de las mutuas de accidentes de trabajo ha sido reforzado de manera importante en los últimos tiempos por dos circunstancias: la posibilidad de que asuman la prestación económica en casos de incapacidad temporal y su papel en el control de los casos de bajas por dicha incapacidad.

7.4.4. Concesiones

Las concesiones son formas de prestación de los servicios públicos normalmente de un hospital o a un área, que son dados por una empresa privada, normalmente retribuida por un tanto per cápita.

Se dan en estas formas todas las características de la colaboración público-privada.

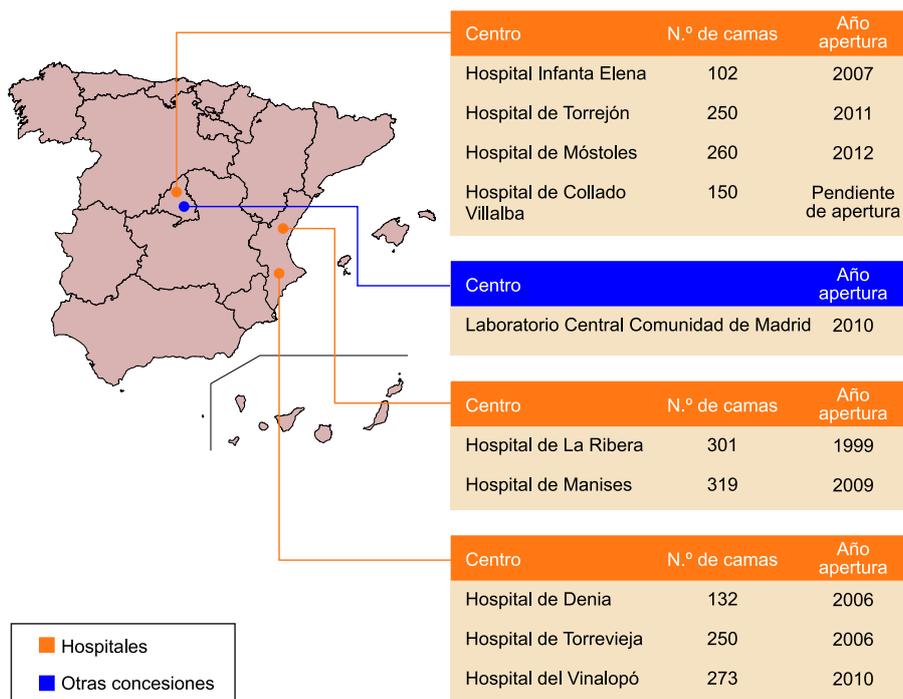
- Prestación pública.
- Gestión privada.
- Control público.
- Propiedad pública.

Esta forma de colaboración público-privada empezó en nuestro país en la Comunidad Valenciana, con el Hospital de Alcira, que dio lugar a lo que hoy se conoce como modelo Alcira.

Empresas activas en esta forma de colaboración público privada son: Segur-Caixa Adeslas (pionera en esta colaboración), ASISA, DKV, Sanitas, Ribera Salud e IDC.

Las concesiones que incluyen gestión sanitaria en nuestro país son:

Concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria, 2014



Fuente: Elaboración propia 2014.

Resumen

Recordad

En la organización de los servicios sanitarios (no solo del SNS) hay en España varias modalidades.

1) El **sistema público de gestión directa administrativa**, es, tanto en términos económicos como de recursos, la mayor parte del sistema. Incluye los siguientes servicios:

- Salud Pública.
- Atención primaria.
- Atención especializada y hospitalaria.
- Atención de urgencias.
- Prestación farmacéutica.
- Rehabilitación-atención intermedia.
- Cuidados de larga duración y servicios sociales.
- Cuidados paliativos.
- Atención a la salud mental.

2) **Nuevas formas de gestión en el ámbito público**

- Consorcios.
- Empresas públicas.
- Fundaciones públicas sanitarias.
- Entidades de base asociativa.

3) **Sistema privado**

- Aseguradoras sanitarias.
- Provisión privada.

4) **Áreas de colaboración público-privada**

- Conciertos.
- Mutualismo administrativo (sistema MUFACE).
- Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEP).
- Concesiones.

8. El impacto de la crisis económica en el sistema sanitario

La crisis económica tuvo importantes consecuencias sobre el sistema sanitario. El sistema sanitario estaba acostumbrado a dos cosas a lo largo de muchos años:

- **Un crecimiento del gasto sanitario siempre por encima del crecimiento del PIB.**
- **Un permanente incumplimiento del presupuesto**, con desviaciones significativas sobre este, lo que daba lugar a deuda que habitualmente era asumida por los proveedores hospitalarios, que sufrían notorios retrasos en los pagos desde la Administración.

Esta lógica se quebró totalmente con la crisis económica, en la que no solo se intentó frenar en seco esta lógica, sino que se introdujeron medidas de contención del gasto, los popularmente conocidos como recortes.

Estos recortes afectaron más a unas partes que a otras del sistema sanitario. Si tuviéramos que hacer un listado de los componentes más afectados, nuestra lista sería la siguiente:

8.1. Industria farmacéutica

La industria farmacéutica sufrió de manera extraordinaria los recortes en sanidad; ya hemos visto cómo el gasto farmacéutico por recetas bajó año a año desde el 2009, así como el gasto farmacéutico per cápita y el peso del gasto farmacéutico en el PIB español. Las previsiones son que el gasto por recetas continúe bajando hasta el 2015.

Para lograr esto, el Gobierno central tomó una serie de medidas, que se mostraron extraordinariamente eficaces en la contención del gasto farmacéutico:

- Una reducción de los precios de los medicamentos de dispensación pública. Esto se hizo por medio del Real Decreto Ley 4/2010, Real Decreto Ley 8/2010, Real Decreto Ley 9/2011 y Real Decreto Ley 207/2012.
- La ampliación del copago a los pensionistas, hasta ese momento exentos, para lo que se utilizó el Real Decreto Ley 16/2012.

8.2. Profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios fueron importantes “víctimas” de los recortes derivados de la crisis económica. Hemos visto en el apartado correspondiente cómo los gastos en el capítulo I (personal) han estado bajando desde el 2010.

Las medidas que adoptó el Gobierno central para lograr este efecto fueron:

- Descenso del 5% en el salario de los empleados públicos (que afectó también al personal sanitario estatutario).
- Establecimiento de 37,5 horas/semanas como el horario laboral.
- Supresión de la paga extra de Navidad para los empleados públicos.
- Disminución del índice de cobertura del personal (por debajo del 10%).
- Estímulo al retiro a los 65 años en muchas comunidades autónomas.
- Disminución muy significativa de los contratos temporales.

8.3. Suministradores del sistema

Los suministradores del sistema sufrieron un doble efecto, uno positivo y otro negativo.

El positivo es que se diseñó un sistema de pago de las deudas a los proveedores, que se inició en 2012. Excepto algunas comunidades que no tenían ese problema (País Vasco, Galicia), las demás se acogieron a ese sistema, que, en definitiva, significó el pago por el Ministerio de Hacienda de la deuda con los proveedores, con cargo a un crédito que, en su día, deberá ser pagado por la comunidad autónoma.

La parte negativa es que hubo una bajada significativa de contratación con las Administraciones públicas, tanto en medicamentos, como hemos visto, como en productos sanitarios, como ha señalado FENIN, como en contratos de servicios varios.

8.4. Ciudadanos

Los ciudadanos también sufrieron las consecuencias de los recortes, por varias vías:

- **Aumento de la lista de espera.** La lista de espera se ha incrementado prácticamente en todas las comunidades autónomas. No solo eso: ha dejado de preocupar la lista de espera, dándose por hecho que los recortes implantados implican un crecimiento de la lista.
- **Supresión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes irregulares.** Una de las medidas más injustas desde el punto de vista social e ineficaz en

cuanto a contención del gasto de todas las que se han adoptado. Esto fue impuesto por el Real Decreto Ley 16/2012.

- Con anterioridad al Real Decreto Ley 16/2012 no había **copago farmacéutico en España para los pensionistas**. Este RDL modifica la situación en la siguiente línea.

	Situación previa	A partir del RDL 16/2012
Población activa	40%	<ul style="list-style-type: none"> • <18.000 €, 40%. • Desde 18.000 €, 50%. • > 100.000 €, 60%.
Retirados y pensionistas	0%	<ul style="list-style-type: none"> • 10% con límite mensual relacionado con los ingresos (8 € para ingresos < 18.000 € y 18 € entre 18.000 y 100.000 €. • 60% en casos >100.000 euros (60 € máximo).
Pacientes crónicos	10%, 2,64 € límite por prescripción	<ul style="list-style-type: none"> • Pensiones no retributivas, 0%. • Otras pensiones: hasta el 10%. • Desempleados: 10%, 4,13 € máximo por prescripción.

8.5. Inversiones

Como consecuencia de la crisis económica, los presupuestos sanitarios han bajado en todas las comunidades autónomas. Sin embargo, en ese contexto, los presupuestos de inversión casi han desaparecido. Esto ha llevado a una situación de obsolescencia del equipamiento del sistema, como ha puesto reiteradamente de manifiesto FENIN¹⁵.

⁽¹⁵⁾Perfil tecnológico hospitalario en España. Sector de Tecnología y Sistemas de Información Clínica, FENIN, 2013.

Resumen

Recordad

- 1) En España la crisis económica ha supuesto importantes recortes para el sector sanitario.
- 2) Estos recortes han tenido consecuencia para los siguientes actores en el sistema:
 - Industria farmacéutica.
 - Profesionales sanitarios.
 - Suministradores del sistema.
 - Ciudadanos.
 - Inversiones.

9. Retos del sistema sanitario en España

En este apartado analizaremos, en primer lugar y para contextualizar mejor los retos del sistema español, las tendencias generales de los sistemas sanitarios y, a continuación, los retos específicos del sistema sanitario español.

9.1. Tendencias generales de los sistemas sanitarios

9.1.1. Una tardía revolución industrial

Hay muchos elementos que impulsan esa revolución, que en el mundo sanitario, por su complejidad, es tardía respecto a otros sectores: la preocupación por la organización, la productividad y los costes ha calado más tarde que en otros sectores y la introducción de tecnologías ha sido impresionante pero no siempre planificada y sistemática. La medicina basada en la evidencia, la medicina de precisión (sobre todo por los avances en la nueva imagen y en la genómica), la robotización, las grandes posibilidades de las tecnologías de la información en sanidad conducirán a unos **servicios sanitarios de mayor calidad y a menor coste**.

9.1.2. Revolución asistencial

Esta revolución asistencial viene caracterizada fundamentalmente por dos hechos:

- Un cierto desplazamiento del centro de la atención de lo puramente curativo hacia la promoción de la enfermedad y la promoción de la salud.
- Una gran capacidad de intercomunicación entre todos los *stakeholders* del sistema (aseguradoras, pacientes, hospitales, farmacias, etc.), lo cual va a desplazar también el eje de la atención de lo puramente presencial (profesional y paciente físicamente frente a frente) por la actuación a distancia.

9.1.3. Cambios regulatorios

El sector sanitario es un sector extraordinariamente regulado. En todos los países se están dando cambios regulatorios, generalmente con una doble intención:

- Ampliar la cobertura. De hecho, la cobertura universal es algo que muchos gobiernos, incluso de países en desarrollo, están impulsando.

- Preservación de la calidad y contención de costes.

9.1.4. Impacto de la nueva ciencia

Sobre todo de la genómica, que representará toda una nueva aproximación a las enfermedades, tanto desde el punto de vista del diagnóstico y pronóstico, como del terapéutico.

9.1.5. Integración

El predominio de enfermedades crónicas que requieren atención integrada, hospitales que entran en la medicina preventiva, aseguradoras que adquieren centros diagnósticos y de atención ambulatoria, empresas de tecnología que dejan de ser meros fabricantes y empiezan a ofrecer servicios son solo algunos ejemplos. Todo esto conducirá a **diluir las barreras entre los agentes tradicionales y a la aparición de grandes operadores integrados.**

9.1.6. Internacionalización

Las empresas y entidades de seguros sanitarios y de provisión han actuado tradicionalmente en mercados nacionales. No así el sector de las empresas farmacéuticas y de tecnología médica, que siempre actuó en un mercado global. Se decía que los aspectos regulatorios específicos y las relaciones con los profesionales impedían el nacimiento de operadores globales en el ámbito del seguro y de la provisión sanitaria. Todo indica que esto está empezando a cambiar. Empresas de laboratorios diagnósticos y de imagen, organizaciones hospitalarias, de atención domiciliaria y aseguradoras orientan su actividad más allá de sus mercados nacionales de origen. Los **inversores, las necesidades de los provisosores y los reguladores impulsarán este nuevo fenómeno.**

9.2. Retos del sistema sanitario en España

Hay muchos documentos que se dedican a analizar estos retos. Cualquier enumeración de los retos corre el riesgo de dejar fuera otros muchos temas relevantes. No obstante, como se trata de priorizar, vamos a concentrarnos en analizar los que consideramos como los siete retos más relevantes.

9.2.1. Financiación

Como ha señalado recientemente Enrique Costas en un artículo en *El País*¹⁶, no es cierto que el sistema sanitario español se haya financiado vía impuestos, se ha financiado por impuestos *más deuda*. Es esta una anomalía que se ha venido repitiendo a lo largo de los años, pero que con la gran preocupación por el déficit y la deuda pública es difícil que pueda seguir manteniéndose.

Lecturas recomendadas

Informe Bernat Soria, Abbott, 2011.

Un Sistema Sanitario sostenible (II), Círculo de Empresarios, 2012.

⁽¹⁶⁾Enrique Costas Lombardía (2014). "Sanidad pública: existe la realidad". *El País*, 15 de agosto.

Se hace necesario rediseñar un nuevo sistema de financiación, que permita mantener un sistema no degradado, aunque esto pueda significar cambios en su configuración y, tal vez, la aportación privada a este.

9.2.2. Gobernanza

La descentralización de la gestión en 17 comunidades autónomas no fue acompañado de un nuevo sistema de gobernanza, que, en cierta manera, neutralizara las fuerzas centrífugas del sistema. Pero esto es crítico, un sistema de gobernanza que incluya no solo a las administraciones, sino a los profesionales, a las fuerzas empresariales del sector, a los pacientes, etc., es algo muy necesario y uno de los grandes retos del sistema.

9.2.3. Revolución asistencial

La revolución asistencial consta de muchos elementos, pero fundamentalmente de uno: una reorientación del sistema hacia los pacientes crónicos. Todo el sistema está pensado para los agudos, pero hoy en día predominan las enfermedades crónicas. Esto significa un cambio en muchos hábitos del sistema para dejar de ser algo pasivo a donde van los pacientes (a atención primaria u hospitales) cuando requieren atención y luego el sistema se olvida de ellos, y ser algo activo, un sistema que tenga un permanente radar de seguimiento de los pacientes crónicos. Recordemos que las enfermedades crónicas por definición no tienen cura, y no duran una semana o unos días, sino que acompañan a toda la vida del paciente, duran 20 años o más. Imposible mantener este radar con la actual modalidad asistencial, basada en encuentros presenciales periódicos.

9.2.4. Reformas en el sector público

El sector sanitario público es uno de los grandes logros de la sociedad española. Dicho lo anterior, necesita reformas en profundidad. Reformas que le permitan ser mucho más eficiente de lo que es. Es posible que eso sea difícil de abordar sin un cambio del régimen estatutario del personal. Este régimen supone en la práctica un desequilibrio entre las facultades del profesional/gestor, muy a favor del primero, lo cual hace en muchas ocasiones difícil plantearse ciertos retos de gestión. El régimen estatutario es un obstáculo para avanzar en algo crítico para el sistema: la capacidad de diferenciación y reconocimiento individual y colectivo. El “café para todos”, tan arraigado en la cultura del sistema, es algo muy difícil de hacer compatible con la necesaria agilidad y eficiencia en la gestión. Es esta, sin embargo, una reforma que no parece estar en la agenda política.

9.2.5. Modernización del sector privado

Durante mucho tiempo, en los años setenta, ochenta y noventa del pasado siglo, entre los profesionales sanitarios estaba de moda valorar extraordinariamente, con razón, el sector público y despreciar al sector privado como algo retrasado y obsoleto. Afortunadamente, esto ya no es así y notorios avances del sector privado han contribuido a su prestigio. Por otra parte, la labor de la Fundación IDIS ha ayudado a dar notable visibilidad y presencia social al sector sanitario privado. Se corre el riesgo de pasar a la situación inversa: un sector privado dando lecciones al sector público. Pero esto enmascara la realidad: el sector privado, con algunas notorias excepciones, sigue siendo un sector atrasado y necesitado de modernización. Tanto las empresas aseguradoras, cuyo modelo asistencial se limita a compensar ciertas deficiencias del público pero sin ser auténticas empresas de salud, como el sector provisor privado, que ha avanzado mucho, pero que todavía requiere nuevos avances y, sobre todo, que los centros de excelencia no sean la excepción sino la regla, necesitan un gran impulso modernizador. Solo desde este impulso estarán en situación de colaborar e implicarse activamente en el sistema nacional de salud.

9.2.6. Interoperabilidad de los sistemas de información

Como hemos visto en el apartado correspondiente, el gran desarrollo de las tecnologías de la información en sanidad coincidió en el tiempo con las transferencias sanitarias. En su afán de diferenciarse, todas las comunidades autónomas impulsaron sus sistemas propios –sean de desarrollo propio o comerciales– sin la preocupación por la interoperabilidad. Se crearon así unas islas de información cuya superación es crítica.

9.2.7. Colaboración público-privada

Este tema es un tema importante. La colaboración público-privada no va a resolver todos los problemas de nuestro sistema, pero sin ella los problemas no tienen arreglo. Tratar de responder a los retos de nuestro sistema solo desde el impulso y con las únicas fuerzas de lo público es un error. La colaboración público-privada no es fácil, requiere administraciones maduras y empresas privadas implicadas en este modelo de trabajo. Ninguna de las cosas son fáciles, como hemos visto en nuestro país. Desdichados episodios recientes, como el fracasado intento de externalización de seis hospitales de la Comunidad de Madrid, por los errores de la Administración han contribuido a desacreditar el modelo, pero es algo cuya correcta solución es muy importante para abordar los retos del sistema.

Resumen

Recordad

1) Para contextualizar los retos en España, empezamos por recordar las **tendencias globales de los sistemas sanitarios**:

- Una tardía revolución industrial.

- Revolución asistencial.
- Cambios regulatorios.
- Impacto de la nueva ciencia.
- Integración.
- Internacionalización.

2) En ese contexto, analizamos los **retos en España**:

- Financiación.
- Gobernanza.
- Revolución asistencial.
- Reformas en el sector público.
- Modernización del sector privado.
- Interoperabilidad de los sistemas de información.
- Colaboración público-privada.

Glosario

áreas de salud *f pl* Figura definida por la Ley General de Sanidad, que constituye un territorio, una población y unos recursos sanitarios, tanto de atención primaria como de atención especializada. Aunque la ley hace referencia a que las áreas de salud serán unidades de gestión, eso en la práctica no se ha desarrollado, al menos de forma masiva. En la práctica coexiste la gestión de atención primaria, por un lado, y la de atención especializada, por el otro.

autocuidados *m pl* Conjunto de cuidados que un individuo puede darse a sí mismo. Junto con la promoción de la salud, constituyen una estrategia de futuro en los sistemas sanitarios.

concentración sector provisor privado *f* Fenómeno por el cual las clínicas privadas se agrupan en unas redes hospitalarias privadas. El proceso puede darse también para otro tipo de proveedores.

concentración sector asegurador privado *f* Fenómeno ocurrido en España por el cual se pasa de un gran número de aseguradoras sanitarias a solo unas pocas y, dentro de ellas, con una gran concentración de pólizas por parte de tres aseguradoras.

consorcio *m* Fórmula jurídica para gestionar centros sanitarios. Precisa el acuerdo de varias administraciones.

contención del gasto farmacéutico (escenario de) *f* Previsible escenario futuro por el cual el crecimiento del gasto farmacéutico trate de contenerse.

copago *m* Cantidad que hay que pagar en el momento de la provisión del servicio.

coste efectivo *m* Valoración del coste de los servicios sanitarios, de cara a una transferencia.

empresarialización *f* Medidas que tratan de convertir las instituciones sanitarias públicas en algo parecido a empresas, y menos a la gestión administrativa.

fundaciones *f pl* Fórmula jurídica utilizada para montar nuevos centros sanitarios. Fueron especialmente utilizadas en Galicia (aunque recientemente desmontadas) y en el antiguo INSALUD.

fundaciones públicas sanitarias *f pl* Fórmula jurídica creada especialmente para el sector sanitario que permite avanzar hacia la empresarialización en centros sanitarios procedentes de la Seguridad Social, con personal estatutario.

Ley General de Sanidad *f* Ley de 1986 que sienta las bases del sistema nacional de salud (Ley 14/1986, de 25 de abril).

mutualismo administrativo *m* Forma de prestación sanitaria que se aplica en nuestro país a los funcionarios.

mutuas accidentes de trabajo *f pl* Asociaciones empresariales que dan asistencia sanitaria a sus trabajadores en casos de enfermedad profesional o accidente laboral.

privatización (escenario de) *f* Posible escenario en el que la iniciativa privada cumpla un papel relevante en el sector sanitario.

promoción de la salud *f* Conjunto de acciones destinadas a mejorar o mantener el nivel de salud de un individuo. Junto con los autocuidados, constituye una estrategia de futuro en los sistemas sanitarios.

provisión *f* Producción o prestación de seguros asistenciales.

seguros de reembolso de gastos *m pl* Seguros en los que no hay relaciones asegurador-provisor, sino que el asegurado va al provisor pagándole y, posteriormente, recibe un reembolso por parte del asegurador.

seguros de prestación de servicios médicos *m pl* Seguros en los que el asegurador tiene la responsabilidad de organizar los servicios sanitarios para sus afiliados.

servicio regional de salud *m* Servicios de salud de las comunidades autónomas.

sistema nacional de salud *m* Definido en la Ley General de Sanidad como el conjunto de servicios sanitarios de las comunidades autónomas.

sistema integrado *m* Sistema en el que no hay separación entre la financiación/compra y la provisión.

transferencias sanitarias *fpl* Situación actual en el que las competencias sobre los servicios sanitarios públicos son ejercidas por las comunidades autónomas. Fue un largo proceso que duró más de veinte años.

Bibliografía

Observatorio Europeo de Análisis de Sistemas y Políticas de Salud (2010). *España. Análisis del Sistema Sanitario 2010*.

OCDE (2014). *OECD Health Statistics 2014. Frequently Requested Data*.

OCDE (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. España en comparación*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Principales resultados. Estadística de Gasto Sanitario Público 2012*.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2012*.

Fundación IDIS (2014). *Informe IDIS Aportando Valor 2014*.

Fundación IDIS (2014). *Informe IDIS Aportando Valor 2014, Anexo sobre colaboración público-privada*.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Sistema Nacional de Salud 2010*.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Sistema de cuentas de salud, serie histórica 2003-2012*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Los sistemas de salud en los países de la UE, características e indicadores de salud en el siglo XXI*.

