

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud
Health Systems in Transition

España

Análisis del sistema sanitario 2010

Presidencia
Española *eu* 2010.es



SESPAS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

European
Observatory 
on Health Systems and Policies

Health Systems in Transition

Autores:

Sandra García Armesto, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), SESPAS-Sección de investigación en servicios de salud

Begoña Abadía, I+CS

Antonio Durán, Técnicas de Salud

Cristina Hernández-Quevedo, Observatorio Europeo de sistemas y políticas de salud

Enrique Bernal, I+CS, SESPAS-Sección de investigación en servicios de salud

Editor de la versión en español:

Javier Carnicero Giménez de Azcárate, Observatorio del SNS del MSPSI

Apoyo editorial:

Ángel Abad Bassols, Observatorio del SNS del MSPSI

Ignacio Elicegui Maestro

Traducción:

Marta López de Aguilar Arisqueta

Judith Alexis Weninger

España:

Análisis del Sistema Sanitario 2010



Descriptores:

SERVICIOS SANITARIOS
ESTUDIOS DE EVALUACIÓN
FINANCIACIÓN SANITARIA
REFORMA SANITARIA
PLANIFICACIÓN DE SISTEMAS SANITARIOS – organización y administración
ESPAÑA

© Organización Mundial de la Salud 2010, en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud

© Versión española Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Observatorio Español del Sistema Nacional de Salud

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

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

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

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

Cita sugerida: García Armesto, S., Abadía Taira, M.B., Durán, A., Hernández Quevedo, C., Bernal Delgado, E. España: Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 2011, 12(4):1–269.

Índice

ÍNDICE	II
PRÓLOGO	V
AGRADECIMIENTOS	VII
ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS	IX
LISTA DE TABLAS	XIII
LISTA DE FIGURAS	XVII
LISTA DE CUADROS	XXI
RESUMEN	XXIII
RESUMEN EJECUTIVO	XXV
1 INTRODUCCIÓN	1
1.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS	1
1.2 CONTEXTO ECONÓMICO	3
1.3 CONTEXTO POLÍTICO.....	7
1.4 ESTADO DE SALUD.....	12
2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	33
2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO	33
2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS: EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN	34
2.3 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	43
2.4 EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES	57
3 FINANCIACIÓN	65
3.1 GASTO SANITARIO.....	65
3.2 COBERTURA DE LA POBLACIÓN Y DERECHO A LA ASISTENCIA.....	78
3.3 RECAUDACIÓN DE INGRESOS/ORIGEN DE LOS FONDOS.....	82
3.4 FUNCIÓN DE COMPRA.....	90
3.5 RELACIONES COMPRADOR-PROVEEDOR.....	90
3.6 MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS	92
4 REGULACIÓN Y PLANIFICACIÓN	99
4.1 REGULACIÓN	99
4.2 PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA	113
5 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	121
5.1 RECURSOS MATERIALES.....	121
5.2 RECURSOS HUMANOS.....	141
6 PROVISIÓN DE SERVICIOS	159
6.1 SALUD PÚBLICA	159
6.2 ITINERARIOS DEL PACIENTE	169
6.3 ATENCIÓN PRIMARIA/ESPECIALIZADA AMBULATORIA.....	170
6.4 ATENCIÓN HOSPITALARIA	178
6.5 ATENCIÓN DE URGENCIA	185

6.6	PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.....	187
6.7	REHABILITACIÓN/ATENCIÓN INTERMEDIA	192
6.8	CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y SERVICIOS SOCIALES.....	192
6.9	CUIDADOS PALIATIVOS.....	197
6.10	ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	198
7	PRINCIPALES REFORMAS SANITARIAS	207
7.1	ANÁLISIS DE LAS REFORMAS MÁS RECIENTES.....	207
7.2	EVOLUCIÓN FUTURA.....	217
8	EVALUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	219
8.1	INTRODUCCIÓN	219
8.2	¿CUÁL ES EL RENDIMIENTO DEL SNS?.....	220
8.3	¿CUÁL ES EL RENDIMIENTO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL?	227
8.4	RETOS PARA EL GOBIERNO DEL SNS: ¿QUÉ PIENSAN LOS ACTORES INVOLUCRADOS?	241
9	CONCLUSIONES.....	245
9.1	ACTUACIONES PENDIENTES	247
10	ANEXOS.....	251
10.1	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	251
10.2	SITIOS WEB ÚTILES.....	261
10.3	PRINCIPAL LEGISLACIÓN	262
10.4	METODOLOGÍA Y PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL HIT	264
10.5	EL PROCESO DE REVISIÓN	267
10.6	ACERCA DE LOS AUTORES.....	267
	LOS SISTEMAS SANITARIOS EN TRANSICIÓN (HIT)	269

Prólogo

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

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

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

La elaboración de los perfiles conlleva una serie de problemas metodológicos. En muchos países, la información disponible sobre el sistema sanitario y sobre la incidencia de las reformas es relativamente escasa. Como consecuencia de la ausencia de una fuente de datos uniforme, la información cuantitativa sobre servicios sanitarios se basa en distintas fuentes, entre las que cabe citar la base de datos Health for All (HFA-DB) de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de Salud (OMS), los institutos nacionales de estadística, Eurostat, la Base de datos de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y cualquier otra fuente que los autores consideren de utilidad. Los métodos de recogida de datos y las definiciones terminológicas varían en ocasiones, pero suelen ser coherentes dentro de cada una de las series de datos.

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

Se ruega que se envíe cualquier comentario o sugerencia que pueda contribuir al desarrollo y a la mejora de la serie editorial HiT a la dirección de correo electrónico info@obs.euro.who.int.

Los perfiles HiT y sus versiones resumidas pueden consultarse en el sitio web del Observatorio: www.healthobservatory.eu.

Agradecimientos

El perfil sobre España de la serie editorial Sistemas sanitarios en transición (HiT) ha sido producido conjuntamente por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, la *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (SESPAS) y el *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud* (I+CS).

SESPAS y el I+CS actúan como instituciones nacionales de referencia (*National Lead Institution*, NLI) en el caso de España. El Observatorio cuenta con una red de NLI y trabaja con cada una de estas instituciones para producir conjuntamente perfiles HiT relativos al país de origen de éstas. El perfil HiT se publica utilizando la metodología normalizada de la serie editorial del Observatorio, pero se realiza aprovechando el conocimiento sobre su realidad nacional, la especialización, los resultados de investigación y las redes de la NLI. Las NLI se seleccionan en función de su historial en el área de servicios sanitarios y salud pública.

SESPAS es una sociedad con personalidad jurídica propia formada por 11 asociaciones y sociedades científicas y profesionales. En la actualidad, forman parte de SESPAS siete sociedades científicas temáticas de ámbito nacional: la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), la Asociación de Economía de la Salud (AES), la Asociación de Juristas de la Salud (AJS), la Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA), la Red Española de Atención Primaria (REAP), la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP) y la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC); así como cuatro asociaciones regionales: la Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears (SSPCiB), la Asociación Andaluza de Salud Pública (HIPATIA), la Sociedad Canaria de Salud Pública (SCSP) y la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS). A través de estas sociedades, en la actualidad están integrados en SESPAS 3.800 profesionales de la salud pública con distintos perfiles y experiencias profesionales y procedentes de instituciones y ámbitos geográficos diferentes. SESPAS publica informes bienales sobre salud pública y configura su actividad en torno a varios grupos de trabajo o secciones de carácter temático: Políticas y planes de salud, Género y salud pública e Investigación en servicios de salud.

Los autores de la presente edición del perfil HiT sobre España son Sandra García Armesto, María Begoña Abadía Taira y Enrique Bernal Delgado, todos ellos adscritos a la Unidad de Investigación en servicios de salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) y a la Sección de investigación en servicios de salud de SESPAS, y Antonio Durán (Técnicas de Salud). El informe ha sido editado por Cristina Hernández Quevedo (Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, LSE Health). El director de investigación para el HiT ha sido Elias Mossialos. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud desea dar las gracias especialmente a Javier Carnicero, Mercedes Alfaro, Concha Colomer, Pablo Rivero, Ildefonso Hernández y Alberto Infante, por su revisión del informe y sus importantes aportaciones, así como al Instituto I+CS por su esencial contribución a la producción del nuevo perfil HiT sobre España.

La presente edición ha hecho uso del contenido de diversos capítulos del primer HiT sobre España (2000), cuyos autores son Ana Rico y Ramón Sabés. El texto del presente perfil sobre el contexto geográfico y político y la historia del SNS debe mucho a los capítulos correspondientes del informe de 2000.

Los autores han contado con la inestimable ayuda de los exhaustivos comentarios, sugerencias y datos facilitados por José Ramón Repullo (Escuela Nacional de Sanidad),

Andreu Segura (Instituto de Estudios Sanitarios del Gobierno de la Generalitat de Catalunya, IES), Rosa Urbanos (Universidad Complutense de Madrid) y Joan Ramón Villalbí (Agencia de Salud Pública de Barcelona). Ninguna de las personas u organizaciones citadas es responsable de las interpretaciones de los autores ni de cualesquiera errores presentes en el texto. También es preciso hacer constar el especial agradecimiento de los autores a Manuel Ridaó, Natalia Martínez y Joaquín Beltrán (I+CS), por su contribución al análisis basado en el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica que se presenta en el Capítulo 8, así como a Rosa Sáez y Miriam Seral, por la edición de los gráficos que acompañan al texto.

Los autores están también especialmente agradecidos a los administradores de las bases de datos Health for All de la Oficina Regional para Europa de la OMS, de las que se han extraído los datos sobre servicios de salud, y a la OCDE, por los datos sobre servicios sanitarios, indicadores económicos e indicadores de salud en España y Europa Occidental. Por último, es preciso dar las gracias también al Instituto Nacional de Estadística y al Instituto de Información Sanitaria del SNS, que han facilitado un buen número de importantes datos nacionales.

En el presente informe se utiliza el acrónimo “UE15” para referirse a los 15 países que entraron en la UE antes de mayo de 2004, el acrónimo “UE12” para hacer referencia a los 12 Estados que completaron su proceso de adhesión en mayo de 2004 y enero de 2007 y el acrónimo “UE27” cuando se alude a los 27 Estados que eran miembros de la UE en 2009. Salvo cuando se indica lo contrario, en este perfil HiT se han incluido los datos disponibles a finales de 2009.

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud es fruto de la colaboración de la Oficina regional para Europa de la OMS, los Gobiernos de Bélgica, Eslovenia, España, Irlanda, Finlandia, Noruega, Países Bajos, Suecia y la región italiana de Veneto, la Comisión Europea, el Banco Europeo de Inversiones, el Banco Mundial, UNCAM (la unión nacional francesa de fondos de seguros sanitarios), la London School of Economics and Political Science y la London School of Hygiene and Tropical Medicine. El equipo del Observatorio que se encarga de la elaboración de los perfiles HiT está encabezado por Josep Figueras (Director), Elias Mossialos (Codirector) y Martin McKee, Reinhard Busse y Richard Saltman (directores de investigación).

Abreviaturas y siglas utilizadas

AATM	Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas catalana
ACTP	Angioplastia coronaria transluminal percutánea
AES	Acción Estratégica en Salud
AETS	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AETSA	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
ALI	Acelerador de partículas
ASD	Angiografía por Sustracción Digital
AUnETS	Plataforma de agencias de ETS
AVALIA-T	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia
CAIBER	Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red
CC.AA.	Comunidades autónomas
CEI	Comunidad de Estados Independientes
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
CHC	Consortio Hospitalario de Cataluña
CI	Cardiopatía isquémica
CIBER	Centros de Investigación Biomédica en Red
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos del alta hospitalaria
COMBIOMED	Red temática de investigación cooperativa en biomedicina computacional
CREIS	Centro en Red para la Evaluación de Impacto en Salud
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
CSUR-SNS	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS
DCPE	Dientes cariados, perdidos o empastados
EAT	Equipo de atención primaria
EBA	Entidades de base asociativa
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EEE	Espacio Económico Europeo
EFPIA	Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas
EFQM	Fundación Europea de Gestión de la Calidad
ENCYT	Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología
ENSE	Encuesta Nacional de Salud
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESCRI	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento
ETC	Equivalente a tiempo completo
ETS	Evaluación de tecnologías sanitarias
EV	Esperanza de vida
EVAD	Esperanza de vida ajustada por discapacidad
EVBS	Esperanza de vida en buena salud
FADSP	Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
FCI	Fondos de Compensación Interterritorial
FEDIFAR	Federación de Distribuidores Farmacéuticos
FIPSE	Fundación para la Prevención e Investigación del Sida en España
FIS	Fondo de Investigación Sanitaria
FMI	Fondo Monetario Internacional
GAM	Gammagrafía
GATT	Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio
GESIDA	Grupo de Estudio de Sida
GHQ-12	Cuestionario de salud general de 12 preguntas
GRD	Grupos Relacionados de Diagnóstico
GuíaSalud	Desarrollo, evaluación y divulgación de guías de práctica clínica del SNS
HEM	Hemodinamia
I+D	Investigación y desarrollo
I+D+I	Investigación, desarrollo e innovación
ICS	Instituto Catalán de Salud
IEF	Instituto de Estudios Fiscales
IGAE	Intervención General de la Administración del Estado

IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INAHTA	Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
INCLASNS	Conjunto de indicadores clave del SNS
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
IRM	Imagen por resonancia magnética
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ITE	Ingresos tributarios del Estado
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IU	Izquierda Unida
IVA	Impuesto sobre el valor añadido
LAB	Sistema de información de laboratorios
LGS	Ley General de Sanidad
LIT	Litotricia por ondas de choque
LOFAGE	Ley Orgánica de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado
LOFCA	Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas
LOPS	Ley de ordenación de las profesiones sanitarias
MIR	Programa de médico interno residente
MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
NAOS	Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OMC	Organización Médica Colegial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OSTEBA	Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias vasco
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
OTC	Organización Mundial del Comercio
PACS	Sistema de almacenamiento y transmisión de imagen en formato digital
PET	Tomografía por emisión de positrones
PIB	Producto Interior Bruto
PP	Partido Popular
PPA	Paridad del poder adquisitivo
PREDIMED	Alimentación saludable en la prevención primaria de enfermedades crónicas
PS	Plan de Salud
PSC	Partido de los Socialistas de Cataluña
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
RACK	Repúblicas de Asia Central y Kazajstán
REACH	Reglamento europeo sobre agentes químicos
RECAVA	Red de factores de riesgo, evolución y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y sus mecanismos
REDIAP	Red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud en atención primaria
REDINREN	Red de investigación en enfermedades renales
REDINSCOR	Red de insuficiencia cardiaca
REEM	Red española de esclerosis múltiple
REIPI	Red española de investigación en patologías infecciosas
RENEVAS	Red neurovascular
RETICEF	Red temática de investigación cooperativa en envejecimiento y fragilidad
RETICS	Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud
RICET	Red de enfermedades tropicales
RIRAAF	Red de investigación de reacciones adversas a alérgenos y fármacos
RIS	Sistema de gestión de la actividad de radiología
RM	Resonancia magnética nuclear
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SAP	Servicios de Atención al Paciente
SDQ	Cuestionario de capacidades y dificultades
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SEMFCY	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SERMAS	Servicio de salud de la Comunidad de Madrid
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SIAE	Sistema de Información de Atención Especializada

SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SIDA o sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SISAL	Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Seguridad social
SVS	Servicio Valenciano de Salud
TAC	Tomografía Axial Computerizada
TI	Tecnologías de la información
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
TIS	Tarjeta sanitaria individual
UAU	Unidad de Atención al Usuario
UCD	Unión de Centro Democrático
UCH	Unión Catalana de Hospitales
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UE	Unión Europea
UE12	Países que entraron en la UE en mayo de 2007 y enero de 2007
UE15	Estados miembros de la UE antes de mayo de 2004
UE27	Todos los Estados miembros de la UE en la actualidad
UHdD	Unidades de hospitalización de día
UNESPA	Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
UPA	Unidad ponderada asistencial
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
XHUP	Red Hospitalaria de Utilización Pública catalana

Lista de Tablas

1 INTRODUCCIÓN

TABLA 1.1	PRINCIPALES INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS, 1970–2008, AÑOS SELECCIONADOS.	2
TABLA 1.2	CRECIMIENTO ANUAL DEL PIB DE ESPAÑA, AÑOS 1994–2008.....	4
TABLA 1.3	CRECIMIENTO ANUAL DEL PIB DE ESPAÑA, AÑOS 1994–2008.....	4
TABLA 1.4	INDICADORES DE MORTALIDAD Y ESTADO DE SALUD EN ESPAÑA, 1970–2007, AÑOS SELECCIONADOS.	12
TABLA 1.5	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD, 1970–2005, AÑOS SELECCIONADOS (SDR, TODAS LAS EIDADES, POR 100.000 HABITANTES).	13
TABLA 1.6	FACTORES QUE AFECTAN AL ESTADO DE SALUD EN ESPAÑA, 1970–2006, AÑOS SELECCIONADOS:	18
TABLA 1.7	EVAD Y ESPERANZA DE VIDA ESTIMADA, AÑOS 1999–2007.	20
TABLA 1.8	COMPOSICIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO INSTITUCIONALIZADA, AÑOS 1999 Y 2008.	20
TABLA 1.9	INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD GENERAL: COMPARACIÓN ENTRE LOS ESPAÑOLES Y LOS EXTRANJEROS RESIDENTES.	25
TABLA 1.10	DCPE A LOS 12 AÑOS DE EDAD (VALOR MEDIO).	25
TABLA 1.11	NIVELES DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS EN ESPAÑA, 1985–2007, AÑOS SELECCIONADOS.	27
TABLA 1.12	PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN ESPAÑA, AÑOS 1960–2007.....	27
TABLA 1.13	PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EUROPA (PAÍSES UE15), AÑOS 2000– 2007.	28
TABLA 1.14	PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS DE MUJERES DE 35 Y MÁS AÑOS DE 15 PAÍSES EUROPEOS (UE15), AÑOS 2000–2005.	29
TABLA 1.15	NÚMERO DE ABORTOS EN ESPAÑA, AÑOS 1992–2007.....	30

2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

TABLA 2.1	REPARTO DE COMPETENCIAS EN EL SNS.	43
TABLA 2.2	ACTIVIDAD DEL CISNS EN 2008.....	45
TABLA 2.3	TIPOS DE COBERTURA SANITARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (%).	53
TABLA 2.4	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES O LOS CIUDADANOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y/O CON EL SISTEMA SANITARIO.	61
TABLA 2.5	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS FUERA DE SU COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA Y DEL COSTE DEL TRATAMIENTO.....	63
TABLA 2.6	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES EXTRANJEROS QUE RECIBEN EL ALTA DE HOSPITALES DEL SNS Y SU COSTE POR COMUNIDAD AUTÓNOMA.	64

3 FINANCIACIÓN

TABLA 3.1	TENDENCIAS EN EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA, AÑOS 1980–2007	67
TABLA 3.2	GASTO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR PERSONA PROTEGIDA E INCREMENTO ANUAL, AÑOS 2007–2009.	72
TABLA 3.3	GASTO SANITARIO PÚBLICO POR FUNCIONES EN EUROS, AÑOS 2000–2007.	75
TABLA 3.4	GASTO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑOS 2002–2008 (MILLONES DE EUROS).	76
TABLA 3.5	VARIACIÓN ANUAL DEL GASTO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑOS 2002–2008 (INCREMENTO PORCENTUAL).	77
TABLA 3.6	INCREMENTO DEL NÚMERO DE RECETAS FINANCIADAS POR EL SNS Y DEL GASTO PÚBLICO MEDIO POR RECETA EN 2008.	77
TABLA 3.7	GASTO DE CAPITAL POR PERSONA PROTEGIDA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑOS 2007–2009. ...	78
TABLA 3.8	PROPORCIÓN (%) DEL PRESUPUESTO GENERAL DEDICADA AL PRESUPUESTO SANITARIO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑOS 2003–2005.	86

TABLA 3.9	GASTOS SUFRAGADOS DIRECTAMENTE POR LOS HOGARES EN RELACIÓN AL GASTO SANITARIO Y AL GASTO ESPECÍFICO EN MEDICAMENTOS.	88
TABLA 3.10	INDICADORES DEL VOLUMEN DE NEGOCIO DE LOS SEGUROS SANITARIOS PRIVADOS EN ESPAÑA, AÑOS 2000–2006.	89
TABLA 3.11	UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA) PARA CONTRATOS HOSPITALARIOS.	94
TABLA 3.12	SALARIOS ANUALES DE PROFESIONALES SANITARIOS SELECCIONADOS Y VARIACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑOS 1999–2004.	96
TABLA 3.13	SALARIO ANUAL (EUR) DE MÉDICOS DE HOSPITALES PÚBLICOS Y MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR TIPO DE DEDICACIÓN Y CONTRATO.	97
4 REGULACIÓN Y PLANIFICACIÓN		
TABLA 4.1	FÓRMULAS DE GESTIÓN DIRECTA DE PROVEEDORES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	105
TABLA 4.2	PLANES DE SALUD POR COMUNIDAD AUTÓNOMA.	114
TABLA 4.3	INSTRUMENTOS PARA EL FOMENTO DE ESTRUCTURAS Y REDES DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA HASTA FINALES DE 2008.	120
5 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS		
TABLA 5.1	DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ESTRUCTURALES POR ÁREA DE SALUD EN ESPAÑA, AÑO 2008.	122
TABLA 5.2	ORGANIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ESTRUCTURALES DE ATENCIÓN PRIMARIA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑO 2008.	123
TABLA 5.3	CAMAS INSTALADAS EN ESPAÑA, DESGLOSADAS POR HOSPITALES DE AGUDOS, HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS E INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA, AÑOS 1980–2006.	125
TABLA 5.4	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS INSTALADAS POR DEPENDENCIA Y FINALIDAD, AÑOS 2000–2007.	125
TABLA 5.5	NÚMERO DE HOSPITALES Y RATIOS DE CAMAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑO 2007.	126
TABLA 5.6	TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES Y CAMAS, AÑO 2008.	128
TABLA 5.7	EQUIPOS DE TECNOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN FUNCIONAMIENTO POR CADA 1.000 HABITANTES, AÑOS 2005 Y 2008.	130
TABLA 5.8	DOTACIÓN TECNOLÓGICA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (CLASIFICADAS POR POBLACIÓN), ENERO DE 2008.	130
TABLA 5.9	EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE ALTA TECNOLOGÍA SELECCIONADAS Y RATIOS POR 1.000 HABITANTES.	131
TABLA 5.10	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR 1.000 HABITANTES REALIZADAS POR EL SECTOR PÚBLICO Y EL SECTOR PRIVADO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑO 2007.	133
TABLA 5.11	TECNOLOGÍA MÉDICA POR MILLÓN DE HABITANTES EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LA OCDE, AÑO 2007.	134
TABLA 5.12	USO DE INTERNET Y USO DE INTERNET RELACIONADO CON LA SALUD, AÑO 2009.	135
TABLA 5.13	PERSONAL SANITARIO EN ESPAÑA POR 100.000 HABITANTES, 1980–2007, DATOS DE AÑOS SELECCIONADOS.	142
TABLA 5.14	RECURSOS HUMANOS DEL SNS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y RATIO DE POBLACIÓN PROTEGIDA ASIGNADA POR PROFESIONAL, AÑO 2008.	144
TABLA 5.15	RECURSOS HUMANOS HOSPITALARIOS Y RATIO POR 1.000 HABITANTES, AÑO 2007.	145
TABLA 5.16	DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE ESPECIALIDADES DE LOS MÉDICOS QUE TRABAJAN EN HOSPITALES. ...	146
TABLA 5.17	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE OFICINAS DE FARMACIA.	158
6 PROVISIÓN DE SERVICIOS		
TABLA 6.1	CASOS DE SIDA POR MILLÓN DE HABITANTES Y AÑO DE DIAGNÓSTICO, AÑOS 2006–2008.	163
TABLA 6.2	ENFERMEDADES QUE PUEDEN PREVENIRSE CON VACUNAS, CASOS NOTIFICADOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES, AÑOS 2006–2008.	165
TABLA 6.3	FUMADORES, DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ENTRE LA POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS, AÑOS 2001 Y 2006/2007.	166

TABLA 6.4	ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA: CONSULTAS MÉDICAS, URGENCIAS Y TASA DE FRECUENTACIÓN POR HABITANTE, AÑOS 2007–2008.....	171
TABLA 6.5	INGRESOS EN HOSPITALES DEL SNS POR LOS PRINCIPALES GRUPOS DE CIE-9-MC Y POR SEXO, TOTAL Y RATIO POR 10.000 HABITANTES EN 2007.	181
TABLA 6.6	ACTIVIDAD MÉDICA, QUIRÚRGICA Y OBSTÉTRICA EN HOSPITALES Y CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA: TOTAL, RATIO POR 1.000 HABITANTES Y PORCENTAJE FINANCIADO POR EL SNS, AÑOS 2005–2007. ...	182
TABLA 6.7	EVOLUCIÓN DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS ENTRE 2000 Y 2007 (TODAS LAS CAUSAS DE LA CIE/100.000 HABITANTES), PAÍSES DE LA UE15 CLASIFICADOS SEGÚN LAS TASAS DE 2005.....	182
TABLA 6.8	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS DE HOSPITAL DE DÍA, AÑOS 1997–2007.	185
TABLA 6.9	ACTORES DEL PROCESO DE REGULACIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA.	189
TABLA 6.10	ESTRUCTURA DE PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS (PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LOS DISTINTOS ACTORES).	190
TABLA 6.11	CUANTÍAS MÁXIMAS DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SAAD POR GRADO Y NIVEL, ENERO DE 2009.	195
TABLA 6.12	SOLICITUDES AL SAAD, DICTÁMENES, PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN Y PRESTACIONES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, ENERO DE 2010.	195
TABLA 6.13	SOLICITUDES EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, ENERO DE 2010.	196
TABLA 6.14	PROPORCIÓN DE SOLICITUDES QUE HAN RECIBIDO DICTAMEN, PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN Y PRESTACIONES ASIGNADAS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.	196
TABLA 6.15	EVOLUCIÓN DE LAS CAMAS DE LARGA ESTANCIA EN FUNCIONAMIENTO.	197
TABLA 6.16	ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SNS, INDICADORES DE 2007–2009.	203
TABLA 6.17	RED COMUNITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES, AÑO 2007.	204
TABLA 6.18	RED HOSPITALARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES, AÑO 2007.	205

7 PRINCIPALES REFORMAS SANITARIAS

TABLA 7.1	INCIDENCIA DEL FONDO DE SUFICIENCIA (FS) EN LA FINANCIACIÓN TOTAL GARANTIZADA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN COMPARACIÓN CON LA MEDIA NACIONAL.	213
-----------	---	-----

8 EVALUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

TABLA 8.1	MORTALIDAD EVITABLE EN ESPAÑA, AÑOS 1991–2005.	220
TABLA 8.2	INDICADORES DE SALUD EN ESPAÑA: COMPARACIÓN CON LA MEDIA DE LA OCDE.....	221
TABLA 8.3	TASAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LA OCDE.	222
TABLA 8.4	ÍNDICES DE CONCENTRACIÓN EN SEIS PROCEDIMIENTOS.	230
TABLA 8.5	EFICIENCIA TÉCNICA EN HOSPITALES DE AGUDOS.....	241
TABLA 8.6	PREDICIONES DE LOS DISTINTOS ACTORES DEL SNS SOBRE LOS CAMBIOS ESPERABLES.	242
TABLA 8.7	PREDICIONES DE LOS DISTINTOS ACTORES DEL SNS SOBRE LOS CAMBIOS QUE NO SE ESPERA QUE OCURRAN.	243

Lista de Figuras

1	INTRODUCCIÓN	
FIGURA 1.1	ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE ESPAÑA: COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CC.AA.)	1
FIGURA 1.2	EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA, AÑOS 2000–2008.	3
FIGURA 1.3	TENDENCIAS DE LA TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DEL PIB REAL, ESPAÑA Y UE27, AÑOS 2000–2008.	4
FIGURA 1.4	PIB PER CÁPITA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑO 2008 (ESPAÑA = 100).	5
FIGURA 1.5	OCUPADOS POR SECTOR DE ACTIVIDAD EN ESPAÑA, AÑO 2008.	5
FIGURA 1.6	ÚLTIMAS TENDENCIAS DE LA TASA DE DESEMPLEO (%) POR SEXO.	6
FIGURA 1.7	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA TASA DE DESEMPLEO (%), AÑO 2008.	7
FIGURA 1.8	TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS EN PAÍSES DE LA UE, DATOS DEL ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE (2004–2007).	14
FIGURA 1.9	TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA DETERMINADAS CAUSAS SELECCIONADAS, POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑO 2006.	16
FIGURA 1.10	INCIDENCIA ANUAL DEL SIDA EN ESPAÑA POR SEXO Y VÍA DE TRANSMISIÓN, AÑOS 1984/1988–2008.	21
FIGURA 1.11	INCIDENCIA ANUAL DE LA TUBERCULOSIS POR 100.000 HABITANTES EN LOS PAÍSES DE LA UE15, AÑO 2007.	22
FIGURA 1.12	NIVELES DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS, DATOS DE 2008 O ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	26
FIGURA 1.13	MORTALIDAD MATERNA EN ESPAÑA, AÑOS 1995–2007.	29
2	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	
FIGURA 2.1	ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.	35
FIGURA 2.2	CRONOLOGÍA DE LA TRANSFERENCIA DE LAS COMPETENCIAS SANITARIAS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.	39
FIGURA 2.3	ESTRUCTURA DEL MSPS.	49
FIGURA 2.4	VALORACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA EVOLUCIÓN DE LOS DISTINTOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN SANITARIA, AÑOS 2002–2008.	61
FIGURA 2.5	PERCEPCIÓN DEL PÚBLICO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y LAS MEDIDAS TOMADAS, AÑOS 2000–2008.	62
3	FINANCIACIÓN	
FIGURA 3.1	FLUJOS FINANCIEROS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	66
FIGURA 3.2	EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO Y PESO RELATIVO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS/PRIVADOS.	67
FIGURA 3.3	GASTO SANITARIO COMO PORCENTAJE DEL PIB (%) EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS, AÑO 2005.	68
FIGURA 3.4	GASTO SANITARIO EN USD PPA PER CÁPITA EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS, AÑO 2005.	69
FIGURA 3.5	GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL GASTO SANITARIO TOTAL, AÑO 2005.	70
FIGURA 3.6	EVOLUCIÓN DEL COEFICIENTE DE VARIACIÓN DEL GASTO PER CÁPITA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑOS 1992–2009.	73
FIGURA 3.7	CORRELACIÓN ENTRE LA VARIACIÓN ANUAL DEL GASTO PER CÁPITA Y LA VARIACIÓN ANUAL DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑOS 2007–2009.	73
FIGURA 3.8	INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL Y VARIACIONES DEL PESO (%) DE LOS PRINCIPALES COMPONENTES DE GASTO.	74
FIGURA 3.9	VARIACIÓN DE LA IMPORTANCIA RELATIVA (%) DE LA SANIDAD EN LOS PRESUPUESTOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑOS 2003–2005.	87

4	REGULACIÓN Y PLANIFICACIÓN	
FIGURA 4.1	FÓRMULAS DE GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS EN ESPAÑA.....	104
5	RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	
FIGURA 5.1	PORCENTAJE DE CAMAS HOSPITALARIAS DE TITULARIDAD PÚBLICA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, AÑOS 2000–2007.	124
FIGURA 5.2	CAMAS EN HOSPITALES DE AGUDOS POR 100.000 HABITANTES EN ESPAÑA Y PAÍSES DE LA UE SELECCIONADOS, AÑOS 1990–2006/7.	127
FIGURA 5.3	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS INSTALADAS Y DE PLAZAS DE HOSPITAL DE DÍA* EN ESPAÑA, AÑOS 2000–2007.	127
FIGURA 5.4	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS EN EL SECTOR PÚBLICO Y EN EL SECTOR PRIVADO, AÑO 2007... ..	131
FIGURA 5.5	IMPLANTACIÓN DE LOS PRINCIPALES SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA. SNS 2007(A).....	136
FIGURA 5.6	IMPLANTACIÓN DE LOS PRINCIPALES SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA. SNS 2007(A).....	137
FIGURA 5.7	ESTADO DE IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, AÑOS 2006 Y 2009.	138
FIGURA 5.8	ESTADO DE IMPLANTACIÓN DE LA CITA POR INTERNET EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, AÑOS 2006 Y 2009.	138
FIGURA 5.9	ESTADO DE IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, AÑOS 2006 Y 2009.	139
FIGURA 5.10	PORCENTAJE DE LA INVERSIÓN (A) Y EL GASTO EN TIC SOBRE EL PRESUPUESTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑOS 2004–2007 (B).	140
FIGURA 5.11	INVERSIÓN Y GASTO EN TIC SOBRE EL PRESUPUESTO SANITARIO TOTAL, AÑOS 2008–2009.	141
FIGURA 5.12	MÉDICOS EN ACTIVO POR 100.000 HABITANTES EN ESPAÑA Y PAÍSES DE LA UE SELECCIONADOS, DATOS DE 1990-2007 O ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	146
FIGURA 5.13	ENFERMERAS EN ACTIVO POR 100.000 HABITANTES EN ESPAÑA Y PAÍSES DE LA UE SELECCIONADOS, DATOS DE 1990-2007 O ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	147
FIGURA 5.14	NÚMERO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS EN ACTIVO POR 100.000 HABITANTES, DATOS DE 2007 O EL ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	148
FIGURA 5.15	NÚMERO DE DENTISTAS EN ACTIVO POR 100.000 HABITANTES, DATOS DE 2007 O EL ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	149
FIGURA 5.16	NÚMERO DE FARMACÉUTICOS EN ACTIVO POR 100.000 HABITANTES, DATOS DE 2007 O EL ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	157
6	PROVISIÓN DE SERVICIOS	
FIGURA 6.1	INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN PREVENIRSE CON VACUNAS POR CADA 100.000 HABITANTES.	164
FIGURA 6.2	FRECUENTACIÓN MEDIA DECLARADA AL MÉDICO DE FAMILIA POR HABITANTE Y AÑO (2006).	171
FIGURA 6.3	CONSULTAS EXTERNAS POR PERSONA Y AÑO EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS, DATOS DE 2007 O ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	173
FIGURA 6.4	EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CIRUGÍA CON INGRESO HOSPITALARIO POR 1.000 HABITANTES EN COMPARACIÓN CON LAS TASAS DE CIRUGÍA AMBULATORIA Y EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CIRUGÍA AMBULATORIA SOBRE EL TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DATOS DE 1995–2007 O ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE.	183
7	PRINCIPALES REFORMAS SANITARIAS	
8	EVALUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	
FIGURA 8.1	TASAS DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS EN SEIS PAÍSES.....	223
FIGURA 8.2	GASTO SANITARIO PER CÁPITA (PÚBLICO Y PRIVADO, DATOS DE 2007 O DEL ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE, USD PPP).	224
FIGURA 8.3	INCREMENTO ANUAL DEL GASTO COMO PORCENTAJE DEL PIB, AÑOS 1997–2007.....	225
FIGURA 8.4	PUNTUACIÓN DE EFICIENCIA DE LOS PAÍSES DE LA OCDE: GASTO SANITARIO (COSTE).	226

FIGURA 8.5	PUNTUACIÓN DE EFICIENCIA DE LOS PAÍSES DE LA OCDE: PROFESIONALES DE LA SALUD (EFICIENCIA TÉCNICA).	226
FIGURA 8.6	SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA EN EL PROPIO PAÍS DEL ENCUESTADO.	227
FIGURA 8.7	INEQUIDADES DE ACCESO A SEIS PROCEDIMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA.	229
FIGURA 8.8	PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS DEL SNS.	231
FIGURA 8.9	LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, AÑOS 2003–2009.	232
FIGURA 8.10	LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, AÑOS 2006–2009.	232
FIGURA 8.11	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), AÑOS 2002–2006.	233
FIGURA 8.12	MORTALIDAD DESPUÉS DE ACTP.	234
FIGURA 8.13	PROSTATECTOMÍA EN CÁNCER DE PRÓSTATA, AÑOS 2002–2006.	235
FIGURA 8.14	VARIACIONES EN CIRUGÍA CONSERVADORA DE CÁNCER DE MAMA.	236
FIGURA 8.15	EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CESÁREAS, AÑOS 2002–2006.	237
FIGURA 8.16	TRAUMA OBSTÉTRICO POSTPARTO.	237
FIGURA 8.17	INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES.	238
FIGURA 8.18	HOSPITALIZACIONES EVITABLES EN COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES, AÑOS 2002–2006. .	239
FIGURA 8.19	HOSPITALIZACIONES EN SALUD MENTAL.	239
FIGURA 8.20	GASTO EN PSICOFÁRMACOS.	240

Lista de Cuadros

2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

CUADRO 2.1	CRONOLOGÍA DE LA REFORMA SANITARIA, 1997-2009.....	42
------------	--	----

7 PRINCIPALES REFORMAS SANITARIAS

CUADRO 7.1	CRONOLOGÍA DE LAS MEDIDAS NORMATIVAS Y POLÍTICAS EN EL SNS, 2000–2010.....	208
------------	--	-----

Resumen

Los informes sobre sistemas sanitarios en transición (HiT) son perfiles nacionales que proporcionan una exhaustiva descripción de un sistema sanitario, así como de las iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en un país concreto. Los perfiles HiT analizan las distintas formas de organizar, financiar y prestar servicios sanitarios y las funciones que desempeñan los principales actores de los sistemas sanitarios, describen el marco institucional, el proceso, el contenido y la implantación de políticas de salud y de atención sanitaria e identifican los desafíos y los ámbitos que precisan un análisis más profundo.

Esta edición del perfil HiT sobre España se centra en las consecuencias de la plena descentralización que se consolidó en 2002 y en la puesta en práctica de la hoja de ruta fijada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Muchas de las medidas que ya se han tomado subrayan el procedimiento de mejora elegido: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), del que forman parte el Ministerio de Sanidad y Política Social y las consejerías de salud de las comunidades autónomas, se ha convertido en la máxima autoridad del SNS, allanando así el camino para un novedoso proceso de formulación de políticas de forma consensuada, basado en la gestión del conocimiento, cuyos efectos comienzan a apreciarse. Dicha Ley preveía también la definición del catálogo de prestaciones del SNS y del marco de la política de recursos humanos del SNS, poniendo las piedras angulares de la coordinación y puesta en vigor del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este Plan incluye las actividades en curso para la implantación del Sistema de información sanitaria nacional, un sistema de identificación inequívoca de los pacientes que incluirá información clínica relevante, y el desarrollo de una historia clínica digital o electrónica para todo el territorio nacional, estableciendo así los fundamentos para que el SNS actúe de facto como asegurador único y garantizando a los pacientes la continuidad de la atención sanitaria fuera de la comunidad autónoma en la que residan. El Plan se ha convertido también en uno de los principales motores del diseño, la implantación y el seguimiento de normas de calidad en todo el SNS, con el desarrollo de Estrategias nacionales en salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes.

El Sistema Nacional de Salud tiene que afrontar todavía un buen número de desafíos, algunos comunes al resto de países occidentales desarrollados y otros derivados de sus propias características idiosincrásicas. La agenda fijada por el CISNS aborda aparentemente muchos de esos retos. Sin duda alguna, su puesta en práctica pondrá a prueba la madurez política del sistema, así como la de las herramientas de coordinación y cohesión desarrolladas. Los resultados que se deriven de su implantación merecerán un análisis detallado y determinarán la agenda de evaluación de los próximos años.

Resumen ejecutivo

Introducción

España es una monarquía parlamentaria desde 1978. A lo largo de los últimos 30 años, se ha llevado a cabo de forma progresiva la transferencia de las competencias a los gobiernos regionales. Así, la organización política del Estado español comprende actualmente el Estado central y 17 regiones muy descentralizadas (que reciben el nombre de comunidades autónomas), con sus respectivos gobiernos y parlamentos. España tiene una población de 46.661.950 habitantes (a 1 de enero de 2009) y una extensión de 505.955 km², lo que la convierte en el tercer país con mayor superficie de Europa Occidental.

La tasa de fertilidad es una de las más bajas de la Unión Europea (1,4 hijos por mujer en 2007), pero muestra una ligera tendencia alcista con respecto a las cifras registradas hasta los primeros años del presente siglo. La llegada de población inmigrante, especialmente en la última década, ha tenido consecuencias demográficas, puesto que ha rejuvenecido a una población que, por lo demás, envejece a gran velocidad. La esperanza de vida española es una de las más altas de Europa: 82,2 años en el caso de las mujeres y 77,8 años en el caso de los hombres, en datos de 2007.

Las tres principales causas de mortalidad en España desde 1970 han sido 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. Con todo, las tasas de mortalidad por las enfermedades citadas se encuentran entre las más bajas de la Región Europea de la OMS. Los indicadores de salud materno-infantil (tasas de mortalidad neonatal, perinatal y materna) han experimentado una espectacular mejora y las tasas actuales se sitúan por debajo de las medias europeas.

En lo que respecta a los factores del estilo de vida que afectan al estado de salud, el porcentaje de personas que fuman a diario ha ido descendiendo, aunque el consumo habitual de alcohol está bastante generalizado y el consumo peligroso afecta a aproximadamente el 7% de los hombres y el 3% de las mujeres. El sobrepeso y la obesidad están aumentando y la tasa registrada en la población adulta, un 15,6%, dobla ya la cifra de 1987.

Estructura organizativa

El Sistema Nacional de Salud español es un sistema de cobertura universal (incluidos los inmigrantes irregulares), financiado mediante impuestos y que opera principalmente dentro del sector público. Los servicios son gratuitos en el punto de prestación, con la excepción de los medicamentos recetados a personas menores de 65 años de edad, que deben participar en el pago con una aportación del 40% del precio de venta al público, con algunas excepciones. Las competencias en materia de salud están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales de 2002. Esta descentralización dio lugar a 17 departamentos de salud (consejerías o departamentos de sanidad) que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio. El sistema de financiación autonómica promueve la autonomía regional tanto en el capítulo de los gastos como en el de los ingresos (sobre todo, tras su

revisión de 2009). El Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) conserva la autoridad sobre determinados ámbitos estratégicos, como la legislación relativa a medicamentos, y también continúa siendo el garante de que la prestación de los servicios de salud se realice en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. El órgano que ostenta la máxima responsabilidad en la coordinación del Sistema Nacional de Salud es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), del que forman parte los 17 consejeros autonómicos de sanidad y que está presidido por la Ministra de Sanidad. Las decisiones del CISNS se adoptan por consenso y se plasman exclusivamente en recomendaciones, ya que afectan a cuestiones que han sido transferidas a las comunidades autónomas.

La estructura más habitual de los sistemas regionales de salud comprende una consejería o departamento de salud (o sanidad), responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria, y un servicio regional de salud que se encarga de la provisión de servicios. A estos departamentos de salud compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la designación de áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. El modelo más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), en cada área de salud. Sin embargo, los servicios de salud de las comunidades autónomas están poniendo en marcha cada vez con mayor frecuencia gerencias únicas de área que integran la atención primaria y la especializada. Las zonas básicas de salud son la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria. Normalmente, se organizan en torno a un único equipo de atención primaria (EAP) que constituye la puerta de entrada al sistema. En lo que respecta a las posibilidades de elección de los pacientes, la posibilidad de elegir especialista y hospital está relativamente menos desarrollada (con algunas diferencias entre comunidades autónomas) que en el caso de la atención primaria. En cualquier caso, para acceder a atención sanitaria especializada es preciso que el médico de familia o pediatra derive al paciente a la misma. Las responsabilidades en el área de la salud pública suelen estar centralizadas en la consejería o departamento de salud, aunque funcionalmente sigan la estructura básica de las áreas de salud. Cada área de salud debe cubrir una población de no menos de 200.000 habitantes y no más de 250.000.

El sector privado sin ánimo de lucro desempeña una función primordial en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estas contingencias están cubiertas por una serie de mutualidades, que financia la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, en su mayor parte mediante contribuciones de los empleadores.

Además, el sistema público subcontrata tradicionalmente con entidades privadas de servicios hospitalarios (con o sin ánimo de lucro) entre el 15% y el 20% aproximadamente de la prestación de servicios sanitarios especializados. Por lo general, esta fórmula se utiliza para la adquisición de determinados servicios de diagnóstico de alta resolución o de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el marco de la gestión de las listas de espera.

Los seguros privados voluntarios tienen un papel relativamente menor, aunque cada vez más relevante, en el sistema sanitario español. Estos seguros privados voluntarios son independientes del sistema público (ya que no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas) y de carácter complementario (en muchas ocasiones, se contratan para acceder a servicios para los que hay listas de espera en el sistema público, como la atención sanitaria especializada, o a

servicios como la atención bucodental de los adultos, que están incluidos de forma muy limitada en la cartera de servicios). Estos seguros cubren aproximadamente al 13% de la población, si bien existen considerables variaciones regionales.

Existe una notable excepción al sistema general descrito: las tres mutuas denominadas Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) cubren exclusivamente a los funcionarios públicos y sus beneficiarios (el 4,8% de la población). Se financian mediante un sistema mixto de contribuciones por nómina e impuestos. Los funcionarios son el único grupo que puede renunciar a la cobertura del Sistema Nacional de Salud, optando por servicios totalmente privados.

Financiación

El gasto sanitario en España ha seguido la tendencia al alza internacional, alcanzando los 2.671 dólares estadounidenses per cápita (en términos de paridad del poder adquisitivo o PPA) y el 8,5% del Producto Interior Bruto (PIB) en 2007; no obstante, sigue por debajo de la media europea. La mayor parte del gasto sanitario (71%) se paga con fondos públicos (recaudados principalmente a través de los impuestos). El porcentaje del gasto que corresponde a los seguros privados asciende al 5,5% y los gastos sufragados directamente por los ciudadanos han registrado un ligero descenso hasta alcanzar el actual 22,4%. Estos últimos gastos incluyen principalmente el copago en el caso de las recetas extendidas a personas de menos de 65 años, así como la atención dental para adultos y los productos ópticos.

El gasto sanitario público se desglosa de la siguiente forma: un 54% corresponde a la atención especializada (hospitalaria y ambulatoria), el 16%, a la atención primaria, el 19,8%, al gasto farmacéutico y el 1,4% se dedica a salud pública y prevención. Todas estas partidas de gasto se han incrementado durante la última década, aunque la magnitud de los avances difiere; cabe destacar que el crecimiento anual del gasto farmacéutico ha experimentado una desaceleración.

Las comunidades autónomas administran el 89,81% de los recursos sanitarios públicos, mientras que la administración central gasta el 3% de los mismos y los municipios gestionan el 1,25%. La atención sanitaria es la competencia más importante de las comunidades autónomas. En promedio, representa el 30% de su presupuesto total.

En la actualidad, la práctica totalidad del gasto público en sanidad (excluyendo las mutualidades de funcionarios) se financia a través del sistema tributario general. Por esta vía se genera el 94,07% de los recursos públicos, mientras que las contribuciones de trabajadores y empleadores a las mutualidades de accidentes laborales y enfermedades profesionales ascienden al 2,53% de los fondos sanitarios y las mutuas de funcionarios proporcionan el 3,4% de los recursos.

Desde el año 2002, las comunidades autónomas financian la atención sanitaria con cargo a sus presupuestos generales; las transferencias del Estado central no son finalistas. El sistema incluye varios fondos específicos destinados a cubrir las necesidades estimadas de gastos en cada comunidad autónoma y a compensar las distintas necesidades de inversión y combatir las desigualdades entre las regiones. La fórmula utilizada para la adjudicación de fondos se basa en un criterio per cápita, ponderado por la estructura y la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio.

Además, se han creado o ampliado fondos finalistas para promover la puesta en práctica de políticas destinadas a incrementar la eficiencia y reducir las desigualdades en

todo el SNS. Estos fondos se utilizan, por ejemplo, para compensar a las regiones expuestas a problemas relacionados con la asistencia sanitaria transfronteriza.

Regulación y planificación

El marco jurídico básico del Sistema Nacional de Salud es el establecido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Dentro de este marco, los gobiernos autonómicos suelen repartir sus funciones en el ámbito de la salud entre la autoridad sanitaria, que es la consejería o el departamento de salud regional, 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 la 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 mayor parte de los proveedores de servicios del SNS pertenecen al sector público y el modelo de gobierno predominante tiene muchos elementos de gestión directa. La principal herramienta de este modelo es el contrato programa, que funciona como un sistema de gestión por objetivos, incorporando incentivos para reforzar determinadas líneas estratégicas. No se establecen sanciones por el incumplimiento de objetivos, ni tampoco se produce una transferencia real del riesgo a los proveedores. Los equipos, y en ocasiones profesionales individuales, pueden recibir incentivos económicos por el cumplimiento de determinados objetivos estratégicos (por ejemplo, la prescripción racional de medicamentos, el uso de medicamentos genéricos, la reducción de los tiempos de espera en determinados procedimientos, etc.). No obstante, el importe de dichos incentivos es siempre marginal con respecto a la retribución total.

Además de este modelo predominante, existen otras formas de gestión de la prestación de servicios sanitarios, que pueden enmarcarse también en la gestión directa, pero que permiten la existencia de entidades con personalidad jurídica propia diferenciadas del servicio de salud regional. Todas estas fórmulas de gestión directa pueden clasificarse en función del tipo de régimen contractual, del personal y presupuestario. En un extremo se encontrarían las estrictas limitaciones impuestas por el Derecho administrativo y, en el otro, los sistemas caracterizados por la existencia de entidades sujetas a Derecho privado (aunque la propiedad puede seguir siendo pública y la misión de la organización continúa siendo el servicio público). Entre estos dos extremos, el resto de las fórmulas entre las que pueden elegir los gobiernos regionales. También se utilizan algunas fórmulas de gestión indirecta o subcontratación que, en la mayoría de las comunidades autónomas, están confinadas a la realización de pruebas diagnósticas complementarias y procedimientos ambulatorios, así como a servicios auxiliares, como el catering hospitalario, la lavandería, el mantenimiento, la limpieza y la seguridad. Algunas comunidades autónomas han ensayado con fórmulas de iniciativas de financiación privada, realizando en su territorio concesiones administrativas a una empresa o una unión temporal de empresas para la prestación de atención sanitaria a un área de salud entera. En otros casos, el experimento tiene las características de una iniciativa de financiación privada clásica para la construcción de hospitales.

Recursos materiales y humanos

La red de atención primaria es pública en su totalidad y la mayor parte de los proveedores son profesionales asalariados del sector público, con las escasas excepciones descritas (en la Comunidad Valenciana y Cataluña se subcontrata con arreglo a distintas fórmulas a proveedores privados para prestar atención primaria). Los centros de atención primaria están atendidos 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 laboratorio y diagnóstico por imagen, que pueden encontrarse en el mismo centro o estar centralizados y prestar servicio a varios centros próximos. En total, hay 13.121 centros de atención primaria, cada uno de los cuales atiende a una media de 3.523,3 ciudadanos.

Aproximadamente el 40% de los hospitales pertenecen al Sistema Nacional de Salud. El resto son de titularidad privada, aunque varios de ellos conforman la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio y reciben financiación pública por su actividad, de tal forma que cerca del 40% de las altas de hospitales privados en España están financiadas con cargo al presupuesto del SNS. La cifra total de camas hospitalarias asciende a 160.981, es decir, 3,43 camas por cada 1.000 habitantes; el 71,2% de las camas instaladas dependen funcionalmente del sector público. En términos globales, aproximadamente el 40% de la dotación total de camas instaladas se concentra en grandes hospitales de alta tecnología con más de 500 camas (principalmente públicos). Todas las comunidades autónomas cuentan como mínimo con uno de estos centros, con variaciones en función de consideraciones de acceso, como el volumen y la dispersión de la población. Durante las dos últimas décadas se ha producido una fuerte reducción de las camas psiquiátricas, mientras que el número de camas para tratamientos de larga duración ha experimentado cierto incremento. El SNS gestiona el 80% de la dotación de camas de agudos, pero sólo el 36% de las camas de hospitales psiquiátricos y el 30% de las camas en hospitales de larga estancia. Estos datos parecen indicar que la capacidad de camas instaladas para este tipo de atención sanitaria presenta una tendencia de desplazamiento al sector privado. El número de camas de agudos por 1.000 habitantes se ha reducido igualmente, una tendencia que se ha observado también en otros países europeos. Uno de los factores que ha pesado en esta reducción de las camas de agudos es la progresiva introducción de la ambulatorización, en detrimento de la hospitalización, de determinados procedimientos quirúrgicos, la quimioterapia y la diálisis, entre otros tratamientos.

La inversión en tecnologías de la información (TI) se ha acelerado en los últimos años. Una de las acciones en el marco del desarrollo de servicios públicos digitales es el programa Sanidad en línea. Este programa ha permitido la cofinanciación de la infraestructura de tecnologías de la información y la evolución en este ámbito de las comunidades autónomas, así como los avances del nodo central de información del SNS, posibilitando así la implantación de la identificación inequívoca del paciente y la historia clínica digital del SNS.

Como en la mayor parte de los países europeos, las cifras de personal sanitario por 100.000 habitantes se han incrementado con el transcurso del tiempo en todas las categorías. No obstante, conviene destacar el crecimiento experimentado en España por determinados perfiles profesionales, como las enfermeras, los dentistas o los farmacéuticos (cuyas cifras se han multiplicado varias veces en el contexto de una población en crecimiento), que contrasta con la relativa estabilidad del número de médicos. Este fenómeno refleja bien la ampliación de las funciones de estos

profesionales dentro de la gama de servicios ofrecidos. De media, los ratios de población por profesional de atención primaria son 1.410 personas por cada médico de familia, 1.029 niños y niñas por cada pediatra y 1.663 pacientes por cada enfermera. Los trabajadores sanitarios disponibles por cada 1.000 habitantes en el ámbito hospitalario se distribuyen como se indica a continuación: 1,7 médicos, 2,93 enfermeras y 2,47 profesionales de áreas asociadas a la enfermería.

Durante un tiempo, España fue un exportador neto de médicos y enfermeras a países como el Reino Unido y Portugal. Sin embargo, durante la mayor parte de la última década, la escasez de profesionales sanitarios se ha convertido en el principal problema de la planificación de los recursos humanos en el campo de la salud.

Principales reformas sanitarias

Las reformas sanitarias de la década de los 80 del pasado siglo tuvieron como principal objetivo la ampliación de la cobertura y del acceso a los servicios sanitarios, completando así la transición desde un sistema de seguridad social restringido hasta un servicio nacional de salud de cobertura universal financiado a través de impuestos. Como consecuencia del contexto económico imperante en los años 90, las reformas de esta década se centraron en la contención de los costes y la innovación en la gestión. Las últimas reformas puestas en marcha en la primera década del siglo XXI estaban destinadas a lograr la coordinación y la cohesión tras el traspaso de las competencias de salud. La finalización del traspaso pleno de las competencias en materia de salud a las comunidades autónomas se tradujo en una búsqueda de mecanismos para equilibrar la tensión entre la federalización y un punto de vista nacional coherente que garantice la igualdad de derechos de los españoles con independencia de la comunidad autónoma en la que residan. Las reformas pueden agruparse en torno a los cuatro elementos clave que tratan de mejorarse en un contexto de descentralización.

1. *Adaptación de los organismos y las herramientas a la nueva arquitectura federal.* Partiendo de la base de la Ley General Sanitaria, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 estableció la hoja de ruta. Se elevó al CISNS a la posición de máxima autoridad del Sistema Nacional de Salud, allanando así el camino para un novedoso proceso de formulación de políticas de forma consensuada basado en la gestión del conocimiento. Este enfoque se reforzó con la aprobación en 2005 del Plan de Calidad del SNS, que se ha convertido en uno de los principales motores del diseño, la implantación y el seguimiento de normas de calidad en todo el SNS, con el desarrollo de Estrategias nacionales en salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes.

2. *Cartera de servicios comunes.* La nueva cartera de servicios que preveía la Ley de Cohesión y Calidad del SNS debía ser lo suficientemente amplia para incluir todos los servicios enumerados en el catálogo de 1995 y también las nuevas prestaciones que se habían consolidado desde entonces. En vigor desde 2006, también abordaba la modernización de determinados conceptos, como las prestaciones de salud pública. La otra innovación de la nueva Ley era el establecimiento de un procedimiento de actualización acordado de la cartera de servicios que regulaba explícitamente los mecanismos y requisitos para la inclusión de nuevas prestaciones en la cartera. Se hacía especial hincapié en el papel de la evaluación de las técnicas, tecnologías o procedimientos sanitarios y en la aplicación de un enfoque de evaluación basado en la relación entre coste y efectividad.

3. *Adjudicación y distribución de fondos para ayudar a las administraciones regionales a asumir las competencias traspasadas.* La revisión de la ley de financiación autonómica de 2001 dio lugar al primer sistema de financiación en el que se suprimieron las transferencias finalistas de fondos para sanidad y estos fondos se integraron en el sistema general de financiación (con el resto de las competencias traspasadas). Sin embargo, se han detectado varios defectos en este sistema, que se pretende solucionar con la nueva modificación de la ley aprobada en 2009, que se aplicará a partir de los presupuestos generales de 2011. Las modificaciones aprobadas se traducen en una mayor autonomía fiscal de las comunidades autónomas, incrementando el porcentaje de cesión de los tributos parcialmente cedidos a éstas hasta el 50% en el caso de los impuestos generales (IRPF, IVA) y hasta el 58% para los impuestos especiales de fabricación (hidrocarburos, alcohol, tabaco). Asimismo, se redefinen las herramientas de mejora de la equidad horizontal y vertical: se establecen fondos de compensación y garantía a fin de asegurar que las comunidades autónomas con rentas más bajas puedan prestar la misma cantidad de servicios, y con la misma calidad, que las que tienen rentas más elevadas. Asimismo, se modifica el criterio de reparto per cápita, que se basa ahora en la población ajustada por la población protegida efectiva, la población en edad escolar y mayor de 65 años, además de los factores geográficos tenidos en cuenta anteriormente.

4. *Un sistema nacional de información, que abarque tanto el nivel autonómico como el nacional y que dote de transparencia al seguimiento de los resultados y a la distribución de recursos en todo el territorio nacional.* El Plan de Calidad del SNS incluye las actividades en curso para la implantación del Sistema de información sanitaria del SNS, un sistema de identificación fiable de los pacientes que incluirá información clínica relevante y el desarrollo de una historia clínica digital o electrónica para todo el territorio nacional, estableciendo así los fundamentos para que el SNS actúe de facto como asegurador único y garantizando a los pacientes la continuidad de la atención sanitaria fuera de la comunidad autónoma en la que residan.

Evaluación del sistema sanitario

Atendiendo a criterios de medición internacionales, el SNS ocupa, en general, una posición bastante elevada, ya que obtiene de forma sostenida buenos resultados en distintos ámbitos evaluados, tales como:

- parámetros relativos al estado de salud de la población
- parámetros de equidad en la cobertura, el acceso y la financiación
- resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario, calidad y seguridad de la atención sanitaria
- la satisfacción de los usuarios y la legitimidad del sistema según la opinión de la población (con la excepción de la información dirigida a los pacientes y la gestión de las listas de espera).

Estos logros se han alcanzado con un nivel relativamente bajo de gasto (en la actualidad, el 8,5% del PIB español, un porcentaje inferior al promedio europeo). La conclusión que puede extraerse de estos datos es que, en términos generales, los ciudadanos españoles disfrutan de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad.

Aunque la comparación internacional ofrece información importante, en el caso de un país cuasifederal como España es esencial evaluar el sistema en todo el territorio

nacional. De hecho, desde el punto de vista de las diferencias geográficas de utilización y resultados, se ha comprobado la existencia de una amplia variabilidad injustificada en el acceso, la calidad, la seguridad y la eficiencia, no sólo entre regiones, sino también y sobre todo entre áreas de salud y hospitales. A continuación se ofrecen algunos ejemplos.

- La utilización de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) presenta un rango de variación en el que las áreas de salud con mayor utilización quintuplican las tasas de aquellas con menor utilización, diferencias que persisten pese a que el uso de la ACTP se ha incrementado con el transcurso del tiempo. Igualmente, el riesgo de mortalidad tras una ACTP puede ser el doble en un hospital que en otro.
- También se ha analizado la variabilidad en el uso inapropiado de procedimientos. Así, las tasas de prostatectomía (con toda la controversia sobre su incidencia en la supervivencia en caso de cáncer) aumentan con el tiempo, de la misma forma que crece la variabilidad entre áreas de salud (la razón de variación llega hasta 7,7). La cifra de cesáreas, por otra parte, se incrementa de forma injustificada, aunque la variabilidad entre hospitales está reduciéndose debido a la convergencia en tasas altas de todos los proveedores.
- Indicadores de seguridad, como la tasa de mortalidad causada por grupos diagnósticos de baja mortalidad, las úlceras de decúbito, las infecciones relacionadas con el uso de catéteres, el embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda después de procedimientos quirúrgicos o la sepsis postoperatoria, registraron diferencias entre áreas de salud que se expresan en razones de variación de entre 2,2 y 4,5.
- En cuanto a la gestión de las afecciones crónicas, las hospitalizaciones evitables relacionadas con las complicaciones a corto plazo de la diabetes pueden ser hasta 12 veces más frecuentes en un área de salud que en otra, una variabilidad que, además, se ha incrementado con el paso de los años. De forma similar, los ingresos en hospitales de agudos debido a psicosis afectivas pueden ser 28 veces más frecuentes en un área que en otra.
- Las diferencias entre hospitales (clasificados por tamaño) en el índice de eficiencia técnica son notables: el 26% de los hospitales con entre 501 y 1.000 camas eran, como mínimo, un 15% más ineficientes que el estándar (la eficiencia “media” calculada a partir del universo de ingresos que se han producido en los hospitales de la muestra). Asimismo, el 12% de los hospitales con entre 201 y 500 camas eran, como mínimo, un 25% menos eficientes que el estándar para el tratamiento de pacientes similares.

Más allá de estas evidencias cuantitativas, se han llevado a cabo varias iniciativas destinadas a recoger las opiniones de las partes involucradas del SNS sobre los principales problemas del mismo. Los distintos actores (pacientes, profesionales y responsables políticos) parecen coincidir en que la información es básica para la mejora de la calidad, la fiabilidad y la sostenibilidad del SNS.

Pese a que se han puesto en práctica importantes acciones para desarrollar la base tecnológica, la información del sistema sanitario en España carece de un marco común de valoración de los resultados. De hecho, el sistema está todavía basado en exceso en datos de recursos o de actividad (en detrimento de la información sobre resultados) y la

conectividad entre los sistemas de información sanitaria continúa siendo limitada (tanto dentro de las comunidades autónomas como entre ellas). Esta situación ha frenado la posibilidad de una evaluación sistemática del rendimiento del SNS a cualquier nivel de desagregación.

1 Introducción

1.1 Aspectos geográficos y sociodemográficos

España tiene una población de 46.661.950 habitantes (a 1 de enero de 2009; INE 2009) y una extensión de 505.955 km², lo que la convierte en el tercer país con mayor superficie de Europa Occidental. La España peninsular limita al norte con Francia y al oeste con Portugal. Con una altitud media de 660 metros sobre el nivel del mar, es un país con grandes variaciones geográficas y climáticas. El territorio español comprende también las Islas Canarias, situadas junto a la costa occidental de África, y dos ciudades autónomas ubicadas en el norte del continente africano, Ceuta y Melilla. Las Islas Baleares, en el Mediterráneo, constituyen el otro territorio insular de proporciones significativas de España. Administrativamente, el territorio está configurado en 17 comunidades autónomas (CC.AA.), más las dos ciudades autónomas del norte de África (Figura 1.1). La densidad media de población en 2008 era de 91,2 habitantes por km². No obstante, la población tiende a concentrarse en zonas urbanas y a lo largo de las costas, siendo la capital, Madrid, la que registra la mayor densidad de población (781 hab./km²). El centro del país sufre una creciente despoblación, con una densidad de población media próxima a los 20 habitantes por km². Esta distribución de la población se debe en parte a condiciones climáticas e hídricas y en parte a los patrones históricos de industrialización. A la considerable variación climática y económica de las distintas zonas del país se superponen además marcadas diferencias de lenguaje, de cultura y de tradiciones político-administrativas.



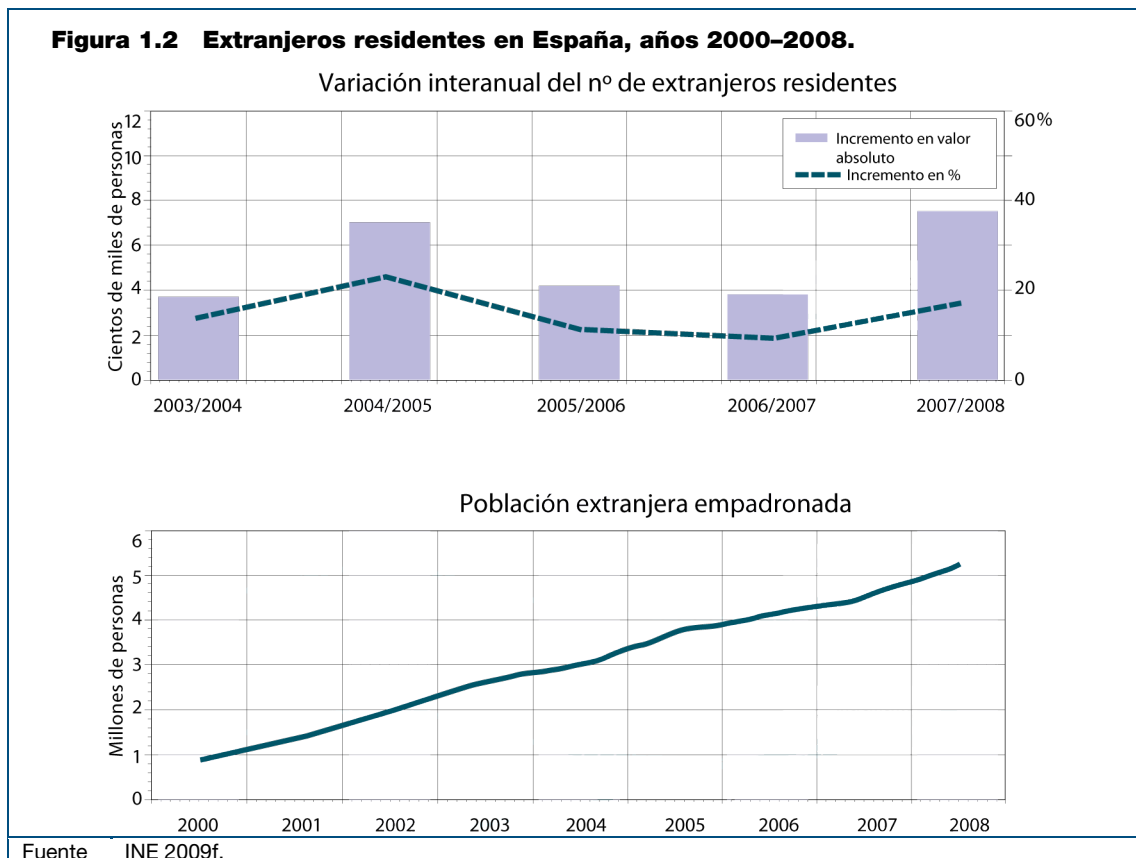
En la [Tabla 1.1](#) se sintetizan las principales características sociodemográficas de España y su evolución desde finales de los años 70 del siglo pasado. El perfil se asemeja mucho al observado en otros países mediterráneos europeos: un incremento de la población total y un envejecimiento progresivo general, así como caídas significativas de las tasas de natalidad y fertilidad. Este fenómeno se explica por el destacable cambio social que se ha producido en estos países católicos del sur de Europa. A finales de la década de los 70 y en los años 80, un elevado porcentaje de las mujeres en edad de procrear accedió al mercado laboral – reservado tradicionalmente para los hombres y para las mujeres solteras – puesto que podían optar por retrasar la maternidad, o incluso por renunciar a ella por completo. Como consecuencia, el número de nacimientos por mujer sufrió un descenso muy acusado, cuyas consecuencias se hicieron notar hasta el comienzo del presente siglo.

Tabla 1.1 Principales indicadores sociodemográficos, 1970–2008, años seleccionados.								
	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2007	2008
Población total, miles*	33.779	37.386	38.836	39.200	40.500	44.109	45.201	46.158
Población femenina (% del total)	51,10	51,00	51,00	51,10	51,10	50,62	50,58	50,50
Población de 0 a 14 años (% del total)	27,92	26,00	19,71	16,62	14,77	14,60	14,60	-
Población de 65 y más años (% del total)	9,70	11,20	13,4	15,27	16,86	16,80	16,60	-
Población de 80 y más años (% del total)*	1,55	1,94	2,96	-	3,96	-	4,53	-
Crecimiento de la población (tasa media anual de crecimiento)	-	1,06	0,38	1,87	0,66	1,78	1,23	2,11
Densidad de población (habitantes por km2)	N/D	N/D	77,0	77,49	79,40	85,73	85,73	91,2*
Población urbana (% del total)	66,00	73,00	78,00	77,00	77,61	76,7	-	-
Tasa de fertilidad total (nacimientos por mujer)	2,80	2,20	1,50	1,30	1,20	1,40	1,40	-
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	19,43	15,06	10,30	9,27	9,90	10,98	10,98	-
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)	8,29	7,71	8,55	8,83	9,00	8,90	8,40 (2006)	-
Tasa de dependencia (población de 0 a 14 años y de 65 y más años/población de 15 a 64 años)†	59,70	58,50	50,30	47,00	46,20	45,40	45,30	-
Nivel educativo	-	-	79,70	82,40	83,59	87,59	88,35	-
Proporción de hogares unipersonales*	-	-	-	14,20	16,00	16,80 (2001)	-	-
Tasa de alfabetización (%) en la población de más de 15 años	91,50	94,30	96,30	97,00	97,60	97,70	97,90	-

Fuente Oficina Regional para Europa de la OMS 2009; *INE 2009f, 2009h; †OCDE 2009b.

Sin embargo, durante la última década se ha producido una ligera inversión de esta tendencia a la baja. Es posible que la llegada de inmigrantes, especialmente significativa durante este periodo, haya contribuido a este cambio de tendencia dada la composición comparativamente más joven de la población inmigrante y su mayor tasa de fertilidad. Según datos de Eurostat (2009a), las tres cuartas partes del crecimiento de la población de la Unión Europea en 2008 eran atribuibles a los flujos migratorios. En términos relativos, España ha experimentado desde 2000 el cuarto mayor flujo migratorio de

Europa, hasta alcanzar un total de 5,3 millones de residentes extranjeros a finales de 2008, lo que supone un 12% de la población residente registrada (véase la [Figura 1.2](#)). La mayoría de los extranjeros residentes en España se concentran en las Islas Baleares (20,8%), la Comunidad Valenciana (16,8%) y Madrid (16,0%). Por país de origen, más del 30% de los extranjeros residentes proceden de países de la UE27, y otro 25% es originario de países latinoamericanos. Los marroquíes conforman otro grupo destacado de extranjeros residentes, con un 11,4% del total.



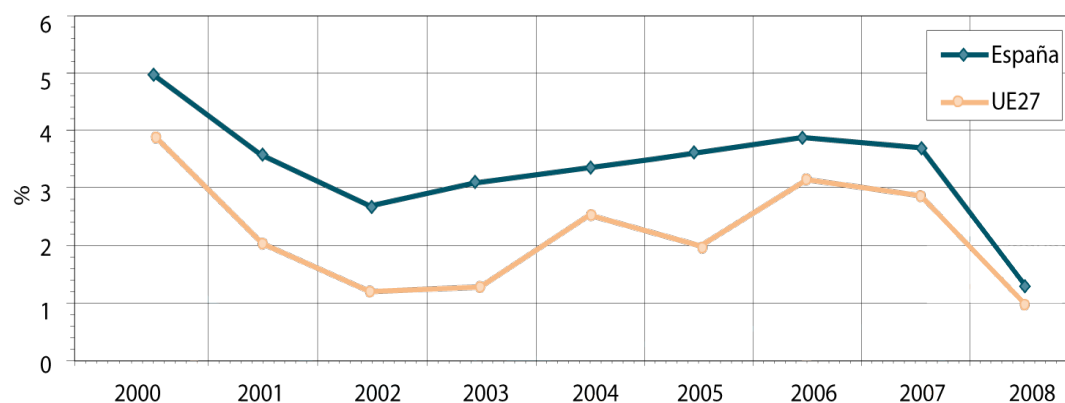
1.2 Contexto económico

Tras la profunda crisis sufrida a principios de la década de los 90 por la economía española, España disfrutó de un periodo caracterizado por un significativo crecimiento anual del PIB ([Tabla 1.2](#)), muy superior al promedio de la UE ([Figura 1.3](#)). Sin embargo, las consecuencias del reciente colapso financiero mundial se aprecian ya en las cifras macroeconómicas más recientes, las correspondientes a 2008, tal y como puede verse en la [Tabla 1.3](#). La cifra estimada del PIB a precios de mercado de 2008 es de 1.095 miles de millones de euros (1.461 miles de millones de dólares estadounidenses en términos de paridad del poder adquisitivo (PPA)), un 1,2% más que el año anterior. Sin embargo, la tasa de crecimiento converge rápidamente con el promedio de la UE27 y refleja ya una acusada ralentización.

Tabla 1.2 Crecimiento anual del PIB de España, años 1994–2008.

Año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Crecimiento del PIB (% anual)	2,38	2,76	2,44	4,03	4,35	4,20	4,20	2,70	2,00	2,40	3,30	3,60	3,90	3,70	1,20

Fuente INE 2009m (en base a precios de 1995 para permitir la comparación entre países).

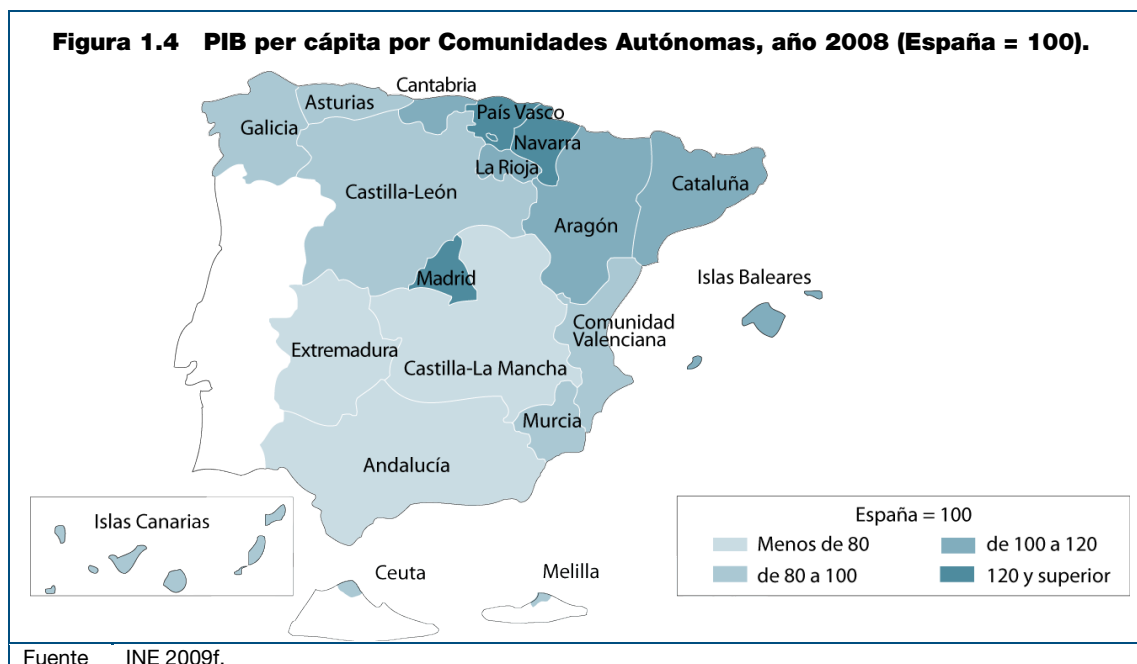
Figura 1.3 Tendencias de la tasa anual de crecimiento del PIB real, España y UE27, años 2000–2008.

Fuente Eurostat 2009c.

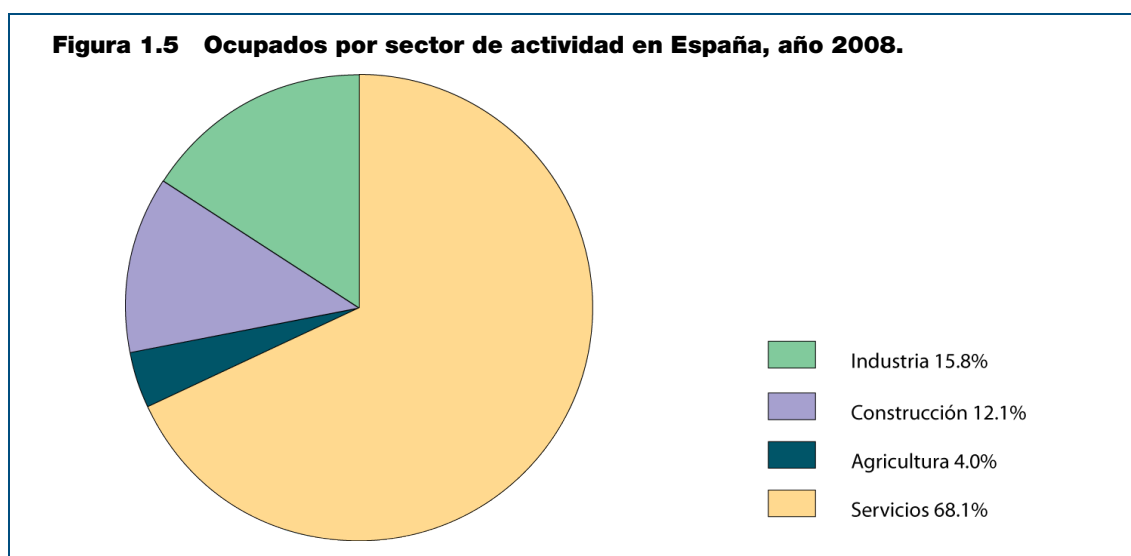
Tabla 1.3 Crecimiento anual del PIB de España, años 1994–2008.

PIB (miles de millones de EUR)	1.095
PIB, PPA (miles de millones de dólares internacionales corrientes)	1.461
PIB per cápita (dólares corrientes)	31.586
PIB per cápita, PPA (dólares internacionales corrientes, UE27 = 100)	105,50 ^(b)
Valor añadido en la industria (% del PIB)	15,90
Valor añadido en la agricultura (% del PIB)	2,50
Valor añadido en el sector servicios (% del PIB)	62,60
Relación necesidad/capacidad de financiación de las administraciones públicas (% del PIB)	2,21
Población activa, total	22.800.000 ^(a)
Desempleo, total (% de la población activa total)	11,30 ^(a)
Tipo de cambio oficial (moneda local/USD)	0,73 ^(c)
Tipo de interés real (% , promedio de 2007)	4,30
Índice de Gini (%)	31,40 ^(d)
Tasa de pobreza (%)	19,70 ^(a)
Observaciones	(b) 2007; (c) promedio de 2007; (d) 2004.
Fuente	OECD 2009b; (a) INE 2009c, 2009l.

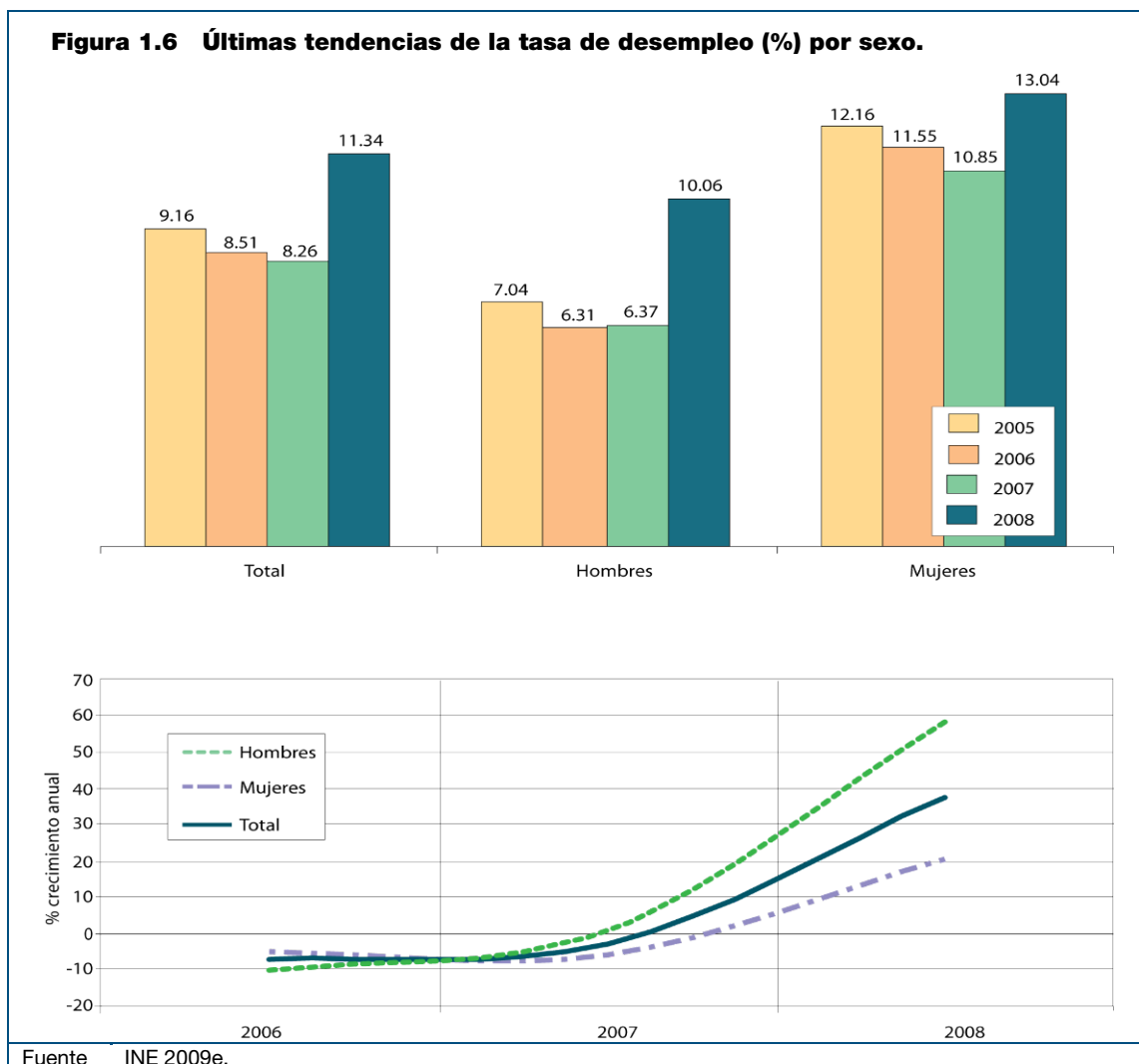
En 2008, el PIB per cápita de España a precios corrientes ascendía a 24.020 euros (31.586 USD en términos de PPA; OECD 2009b), un 2,6% más que el año anterior y ligeramente por debajo del índice de la UE27, que era de 25.100 euros. Dentro del territorio nacional, este indicador oscilaba entre los 16.828 euros de Extremadura y los 32.133 euros del País Vasco. Siete comunidades autónomas registraron cifras de PIB superiores al promedio de la UE en ese año. En la [Figura 1.4](#) se muestra el valor relativo del PIB de las distintas comunidades autónomas en 2008, utilizando como referencia la media nacional.



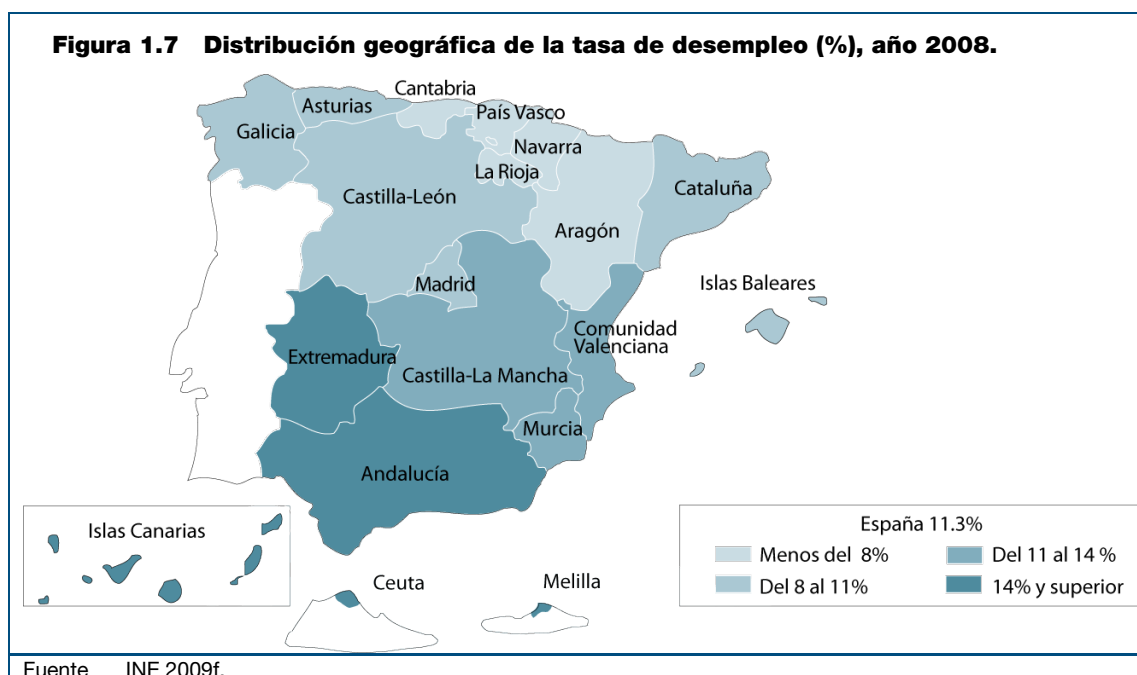
Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE 2009i), la población activa total era un 59,8% de la población de 16 y más años. La tasa era inferior en la población femenina (50,5%) que en la masculina (69,5%). Por sectores económicos, la construcción se encontraba ya en una fase recesiva en 2008, con un descenso del empleo del 10,9%, seguida por la agricultura (-5%) y la industria (-1,1%). Únicamente el sector servicios registró un incremento del empleo (del 2,1%) en 2008. En la [Figura 1.5](#) puede comprobarse la distribución del empleo por sector económico.



La **Figura 1.6** muestra la evolución de la tasa de desempleo desde 2005. Parece que la tendencia a la baja registrada hasta 2007 ha terminado, dando paso a un rápido incremento hasta el 11,3% en 2008 y una tasa que podría superar el 17% de la población activa según los datos preliminares para 2009 (INE 2009i). Los datos registrados muestran el patrón diferencial del desempleo femenino, que se sitúa sistemáticamente por encima de las tasas masculinas. Si estos datos se analizan más detenidamente (véase el panel derecho de la **Figura 1.6**) se puede comprobar que, hasta 2007, la reducción de la tasa de desempleo femenino era más acelerada que la de la población masculina (probablemente como consecuencia de la aplicación de una política de empleo centrada en superar esa diferencia secular), así como que, cuando la tasa de paro empezó a subir de nuevo en 2008, el incremento porcentual del desempleo masculino superó en varios puntos al de las mujeres. La mayor parte de la grave pérdida de puestos de trabajo que se produjo en 2008 tuvo lugar en el sector de la construcción, que emplea principalmente a varones.



La distribución del desempleo tampoco es uniforme en términos geográficos. La [Figura 1.7](#) ilustra las considerables diferencias existentes entre CC.AA. Este patrón se solapa en muchos aspectos con el del PIB per cápita relativo ([Figura 1.4](#)).



1.3 Contexto político

Tras la aprobación de la Constitución en 1978, el Estado español se convierte en una monarquía parlamentaria, después de un largo periodo de dictadura. Desde entonces, la estructura política y el marco jurídico del país han sufrido grandes transformaciones. La profunda descentralización política de las estructuras del Estado llevada a cabo desde el inicio de la transición democrática constituye el elemento fundamental de esta metamorfosis. Así, la organización política territorial del Estado español comprende actualmente el Estado central y 17 administraciones regionales (que reciben el nombre de comunidades autónomas), con sus respectivos gobiernos y parlamentos.

En el nivel central, el poder legislativo reside en el Parlamento, que consta de dos cámaras, el Congreso y el Senado. El Senado se concibió inicialmente para que desempeñara las funciones de una cámara territorial una vez completado el proceso de descentralización del Estado español. Sin embargo, este papel no se ha materializado íntegramente y en los últimos tiempos se han debatido varias propuestas de reforma destinadas a reforzar su posición en el sistema como cámara de representación territorial. Cada cuatro años se celebran elecciones generales para elegir a diputados y senadores; los diputados eligen por mayoría al Presidente del Gobierno. El Presidente del Gobierno designa a los miembros del gobierno central, que debe responder ante el Parlamento nacional.

En el contexto regional, el modelo político español establece que cada cuatro años cada una de las comunidades autónomas celebra elecciones para conformar un

parlamento regional, que posteriormente elige por mayoría al Presidente del Gobierno regional. A continuación, éste nombra un gobierno regional que rinde cuentas al parlamento regional. También existen 52 provincias y más de 8.000 municipios. Asimismo, como ya se ha indicado, el territorio español incluye dos ciudades del norte de África, Ceuta y Melilla, que disponen de su propio Estatuto de Autonomía.

El tamaño de las comunidades autónomas presenta diferencias considerables, desde los 8.202.220 habitantes de Andalucía hasta los 317.501 habitantes de La Rioja. La población de los municipios oscila entre los cerca de cuatro millones de habitantes de Madrid hasta menos de 10 habitantes en los municipios aislados del centro y el noroeste de España. Hay cerca de 6.000 municipios con menos de 2.000 habitantes y unos 3.800 con una población inferior a 500 personas (INE 2009j). El pequeño tamaño medio de los municipios españoles ha supuesto tradicionalmente un obstáculo para la descentralización de competencias a este nivel. Por esta razón, entre otras, durante la mayor parte del siglo XX la descentralización administrativa ha primado el nivel provincial. Desde 1978 en adelante, sin embargo, las iniciativas de descentralización políticas se concentraron en las comunidades autónomas, que constituyen el nivel subcentral de gobierno políticamente más relevante en la España contemporánea.

Cada una de las 17 comunidades autónomas se ha dotado de una norma institucional básica, el Estatuto de Autonomía, una figura jurídica que reconoce la Constitución de 1978. La Constitución establece las materias que son competencia exclusiva del Estado central, las que pueden ser asumidas íntegramente por las comunidades autónomas y aquellas en que las competencias son compartidas. Los Estatutos de Autonomía tienen carácter de acuerdos bilaterales sobre el reparto de competencias entre la administración central y la administración autonómica correspondiente, deben ser aprobados por los parlamentos nacional y regional, y han de respetar el marco constitucional general. Los Estatutos se renovaron a lo largo de la década de los 90 y en la actualidad los 17 Estatutos son objeto de una nueva revisión destinada a profundizar en el traspaso de las competencias que en estos momentos se comparten con la administración central.

Las negociaciones multilaterales entre la administración central y las comunidades autónomas tienen lugar en consejos sectoriales integrados por las autoridades regionales y centrales correspondientes. Estos consejos suelen establecer el mandato de grupos de trabajo específicos y encargar análisis expertos sobre los que basar sus debates. El gobierno central y las administraciones regionales están obligados a poner en práctica los acuerdos aprobados en el seno de estos consejos (véase el Capítulo 2, en el que se ofrecen detalles adicionales sobre el proceso de toma de decisiones dentro de estos órganos). Uno de los aspectos más destacados de la relación entre la administración central y las administraciones autonómicas es la financiación de los gobiernos regionales; la negociación sobre esta materia tiene lugar en el marco del Consejo de Política Fiscal y Financiera¹. Este Consejo ha aprobado recientemente una reforma del modelo de financiación, que sustituirá al sistema actual, vigente desde 2001. Como su predecesor, el nuevo modelo de financiación autonómica tiene dos niveles.

¹ Integrado por el Ministerio de Economía y Hacienda, el Ministerio de Administraciones Públicas y todos los departamentos regionales de economía y hacienda; se creó en 1980, en virtud de lo previsto en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), con el fin de coordinar la actividad de financiación entre las comunidades autónomas y la Hacienda Pública.

El primer nivel está integrado por las transferencias procedentes de los presupuestos generales del Estado, es decir, la parte de los presupuestos nacionales que se asigna a cada administración autonómica con arreglo a una fórmula de asignación de recursos. Esta fórmula incluye variables de ajuste que se utilizan para afinar el criterio de la población total, como son la población en edad escolar, la población de más de 65 años, la densidad de población, la extensión y la insularidad, así como políticas de igualdad lingüística. Se han incluido criterios de suficiencia *estática* y dinámica de la financiación. Para esta fuente de financiación se han previsto dos herramientas de distribución: el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, que incluyen la sanidad, los servicios sociales, la educación y las prestaciones sociales, es decir, los componentes del estado del bienestar que son responsabilidad de las comunidades autónomas, ya que la administración central tiene competencias exclusivamente como garante de la equidad con respecto al nivel mínimo de servicios en todo el país. Esta herramienta asigna recursos en función de unidades de necesidad o *población protegida equivalente* – ajustadas por la estructura de la población – y no en función de la población protegida total. La otra herramienta es el Fondo de Suficiencia Global, que garantiza que ninguna comunidad autónoma pierda ingresos con respecto al año base acordado, 2007, como consecuencia de la aplicación de la nueva fórmula de asignación. Este nivel, con las dos herramientas descritas, supone el 80% del total de los recursos para la financiación autonómica.

El segundo nivel corresponde a los recursos fiscales obtenidos con la cesión por parte de la administración central de un porcentaje mayor de los ingresos tributarios generados dentro de cada comunidad autónoma. En comparación con el sistema de 2001, el nuevo modelo incrementa sustancialmente la capacidad de generación de ingresos de forma directa de las comunidades autónomas, así como su capacidad normativa en el ámbito tributario (impuestos indirectos y especiales, pero también parte del impuesto sobre la renta). Esta fuente de ingresos supone el 16,5% del total de recursos disponibles.

La administración central ha creado dos mecanismos adicionales de redistribución de los recursos, denominados Fondos de Convergencia Autonómica (que suman el 3,5% del total de los recursos de la financiación autonómica). Estos fondos proporcionan recursos adicionales destinados a incrementar la financiación por habitante ajustado de las autonomías que se hallan por debajo del nivel nacional (Fondo de Competitividad) y a aportar fondos de convergencia a las comunidades autónomas con un PIB per cápita inferior al 90% de la media nacional o a aquellas que tienen una densidad de población inferior a la cifra resultante de multiplicar por 1,25 la densidad media o un crecimiento de la población por debajo del 90% de la tasa nacional (Fondo de Cooperación).

Es preciso destacar que el País Vasco y Navarra gozan de un régimen especial, basado en prerrogativas históricas que asignan a la administración autónoma plena jurisdicción fiscal en su territorio. Esto implica que los fondos recorren el camino en sentido inverso, puesto que la comunidad autónoma los transfiere al gobierno central como compensación por el uso de los servicios prestados y las estructuras proporcionadas por la administración central en su territorio, como la justicia, la policía nacional, la defensa y las grandes infraestructuras.

La asistencia sanitaria y la seguridad social son áreas de responsabilidad compartida. En la actualidad, las comunidades autónomas gozan de considerables poderes legislativos y amplia autonomía en lo que respecta a la política de sanidad y asistencia social, aunque sus facultades de ejecución son limitadas en el ámbito de la seguridad

social. La sanidad se regula tanto mediante normas de Derecho primario como mediante actos de Derecho derivado. En todos aquellos campos en los que el Estado no tiene responsabilidad exclusiva, las leyes autonómicas tienen el mismo estatus jurídico que las del Estado, y los conflictos entre ambas deben ser resueltos ante el Tribunal Constitucional.

Las 17 comunidades autónomas tienen importantes poderes legislativos y de gestión en los campos de la salud pública, la atención comunitaria y la mayoría de los servicios sociales. En algunas comunidades, las provincias y los ayuntamientos de grandes ciudades disponen históricamente de la propiedad de la mayoría de los hospitales psiquiátricos, centros de salud mental y residencias asistidas, aunque su papel en la gestión y regulación de estos centros se ha limitado bastante durante los últimos cinco años. Las reformas de la atención a la salud mental en la mayoría de las comunidades autónomas se han traducido en diversos grados de integración de estos servicios de salud mental en los sistemas sanitarios regionales. En algunas comunidades autónomas, los ayuntamientos conservan determinadas responsabilidades de gestión en el ámbito del saneamiento, actividades sanitarias relacionadas con el medio ambiente y la salud pública.

Desde la aprobación de la Constitución de 1978, tres partidos políticos han ocupado el gobierno central. Primero, el partido de centro derecha *Unión de Centro Democrático* (UCD), que dirigió la transición en el periodo entre 1976 y 1978 y gobernó entre 1979 y 1982. Después, el socialdemócrata Partido Socialista Obrero Español (PSOE), que estuvo en el poder entre 1982 y 1996, con el mismo Presidente del Gobierno. Durante este periodo, los socialdemócratas también gobernaron en dos tercios de las comunidades autónomas españolas (desde 1993 necesitaron el apoyo de partidos regionales para legislar, puesto que no contaban con mayoría absoluta en el Parlamento). De marzo de 1996 a marzo de 2004 el Partido Popular (PP), de centro derecha, gobernó durante dos legislaturas consecutivas (también con el mismo Presidente del Gobierno). Durante la primera, tuvo que contar con el apoyo en el Parlamento de dos partidos autonómicos de ámbito no estatal para gobernar (los partidos vasco y catalán de centro-derecha, los mismos grupos que anteriormente habían apoyado al PSOE entre 1993 y 1996). En marzo de 2000, el PP volvió a ganar las elecciones generales, en esta ocasión con mayoría de los votos y más del 50% de los escaños en ambas cámaras del Parlamento nacional. En marzo de 2004, el PSOE volvió al gobierno con el 42,64% de los votos, renovando su mandato por otros cuatro años en 2008, con el 43,87% de los votos. No obstante, en ambas ocasiones, el número de escaños que poseía en el Parlamento (a doce y siete escaños de la mayoría absoluta, respectivamente) sólo le permitió formar un gobierno en minoría, que tuvo que negociar con otros partidos políticos para aprobar normas legislativas. También en este caso fue decisivo el papel de los pequeños partidos regionales en las negociaciones. La opción ecologista y la coalición de izquierdas Izquierda Unida (IU) son en la actualidad partidos muy minoritarios en el Parlamento nacional, aunque siguen siendo decisivos como socios en algunos parlamentos regionales.

La mayoría de los gobiernos regionales han estado presididos en el pasado por uno de los dos grandes partidos mayoritarios (PP o PSOE), una situación que no ha cambiado. Cinco notables excepciones a esta norma han sido los gobiernos de Cataluña, las Islas Canarias, Galicia, Navarra y el País Vasco, en los que los partidos regionales se han alternado con los nacionales en el poder, o incluso han dominado. Conviene destacar la diferencia entre partidos regionalistas y partidos nacionalistas: mientras que para estos

últimos el autogobierno es una prioridad – e incluso pueden tener aspiraciones separatistas –, los primeros son tan solo partidos con proyectos políticos restringidos a la región a la que pertenecen. A continuación se detalla el actual reparto de poder en las comunidades autónomas:

- Siete comunidades autónomas están gobernadas por el PSOE: Andalucía, Aragón (en coalición con el partido regionalista aragonés y con IU), Asturias (con el apoyo de IU y del partido verde local), las Islas Baleares (donde gobierna en minoría en coalición con dos partidos regionalistas y los partidos verdes locales), Castilla-La Mancha, Extremadura y el País Vasco (en este último caso, con un gobierno en minoría apoyado por el PP para derrotar al Partido Nacionalista Vasco, de carácter conservador, que había monopolizado el Gobierno vasco desde las primeras elecciones democráticas).
- Seis comunidades autónomas están gobernadas por el PP: Castilla-León, Galicia, Madrid, Murcia, La Rioja y la Comunidad Valenciana, en todos los casos con mayoría absoluta en los parlamentos regionales. Las dos ciudades autónomas, Ceuta y Melilla, también cuentan con gobiernos con mayoría absoluta del PP.
- Las comunidades autónomas con gobiernos presididos por partidos locales son:
 - Las Islas Canarias, donde Coalición Canaria, un partido regionalista de tinte conservador, gobierna con el apoyo del PP;
 - Cantabria, con un gobierno presidido por el Partido Regionalista de Cantabria y apoyado por el PSOE;
 - Cataluña, gobernada por una coalición de tres partidos, dos de los cuales son versiones regionales (aunque autónomas) del PSOE y de IU, bajo la denominación de Partido Socialista de Cataluña (PSC), e Iniciativa por Cataluña-Los Verdes, y el partido nacionalista de izquierdas Esquerra Republicana;
 - Navarra, que cuenta con un gobierno en minoría del partido regionalista, la Unión del Pueblo Navarro.

En lo que respecta a su participación en estructuras de gobierno supranacionales, España entró en la UE en 1986. También es miembro de otras organizaciones internacionales como las Naciones Unidas, la OCDE, el Espacio Económico Europeo (EEE), la Organización Mundial del Comercio (OMC), la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) y el Consejo de Europa, entre otros, y ha firmado la mayoría de los tratados internacionales más importantes con consecuencias directas o indirectas para la salud, como el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio Europeo de Derechos Humanos y la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

1.4 Estado de salud

Los indicadores de salud generales de España han mejorado progresivamente desde la década de los 70 del pasado siglo (Tabla 1.4). La esperanza de vida media es una de las más altas del mundo: en datos de 2007, ascendía a 82,2 años en el caso de las mujeres y 77,8 años en el caso de los hombres. También las tasas de mortalidad infantil han venido reduciéndose desde mediados de los años 70 hasta alcanzar un nivel muy similar a los promedios de la UE (de 20,78 por 1.000 nacidos vivos en 1970 se ha pasado a 3,46 en 2007).

Tabla 1.4 Indicadores de mortalidad y estado de salud en España, 1970–2007, años seleccionados.						
	1970	1980	1990	2000	2005	2007^a
Esperanza de vida al nacer, en años	72,88	75,60	77,00	79,49	80,44	81,10
Esperanza de vida al nacer, en años, hombres	70,14	72,46	73,42	75,95	77,09	77,80
Esperanza de vida al nacer, en años, mujeres	75,51	78,64	80,57	83,03	83,80	82,20
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes	8,29	7,71	8,55	8,97	8,93	8,59
Reducción de la esperanza de vida por defunciones antes de los 65 años (b)	7,31	5,98	5,54	4,54	4,08	–
Reducción de la esperanza de vida por defunciones antes de los 65 años, hombres	8,68	7,36	7,08	5,87	5,25	–
Reducción de la esperanza de vida por defunciones antes de los 65 años, mujeres	5,79	4,36	3,66	2,92	2,63	–
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes, hombres	8,75	8,26	9,24	9,63	9,44	–
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes, mujeres	7,86	7,17	7,88	8,34	8,42	–
Tasa de mortalidad de niños menores de un año por 1.000 nacidos vivos	20,78	12,41	7,60	4,38	3,78	3,46
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos (c)	–	277,05	183,25	111,70	94,70	88,95
Observaciones	(b) el incremento hipotético de la esperanza de vida si la mortalidad del grupo de edad 0-64 fuera igual a cero. Fórmula: esperanza de vida a 65+ - esperanza de vida al nacer.					
Fuente	Oficina Regional para Europa de la OMS 2009; ^(a) INE 2009a; ^(c) Instituto de Salud Carlos III 2009.					

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 (Tabla 1.5). En 2007, se registró un total de 385.361 fallecimientos en todo el país; un 32,2% de los mismos se debió a enfermedades cardiovasculares, la principal causa de mortalidad, seguida por los tumores malignos (26,8%) y las enfermedades respiratorias (11,43%) (INE 2009b). Conviene aclarar que el incremento de la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias en 2005 con respecto al año anterior (un 11,4% más) se debió a la incidencia excepcionalmente elevada de la gripe en ese periodo. Si se compara la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias de 2007 con el periodo agregado 2002-2006, el incremento es muy inferior (4%).

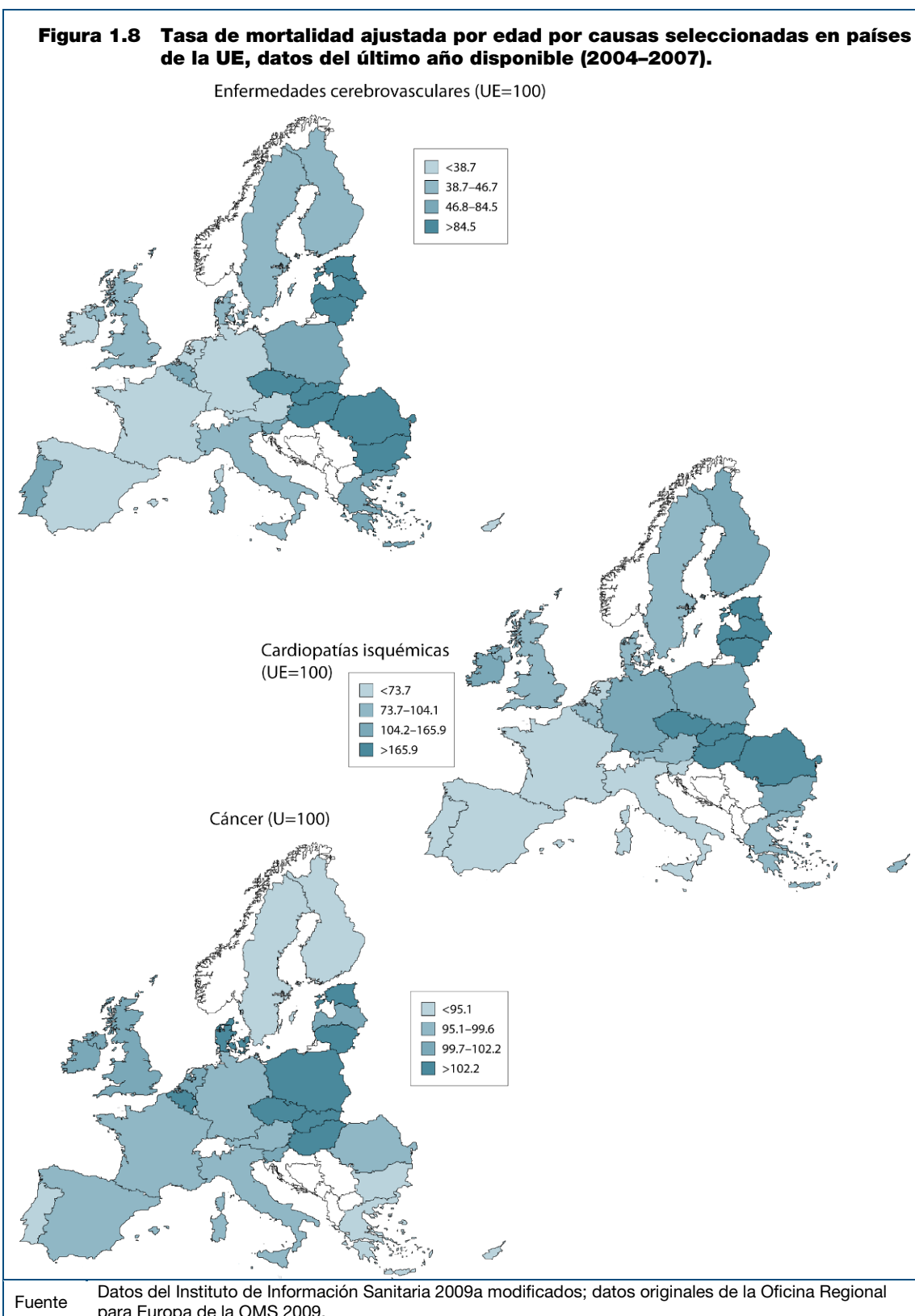
Un análisis más exhaustivo de las estadísticas de mortalidad revela que las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causaron la mayor parte de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares y fueron, de hecho, la primera y la segunda causa de mortalidad general en España en 2005. En la [Figura 1.8](#) se comparan las tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares y cáncer de España con las de otros países de la Unión Europea y el promedio de la UE.

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. España registró la segunda tasa de mortalidad por cardiopatías isquémicas más baja de Europa, por detrás de Francia, y en el caso de la mortalidad por ictus, es uno de los cuatro países con menores tasas de mortalidad (por detrás de Francia, Austria e Irlanda).

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. Esta reducida cifra en términos relativos puede atribuirse en parte a la tasa de mortalidad causada por el cáncer de mama, que, junto con la de Portugal, es la más baja de Europa.

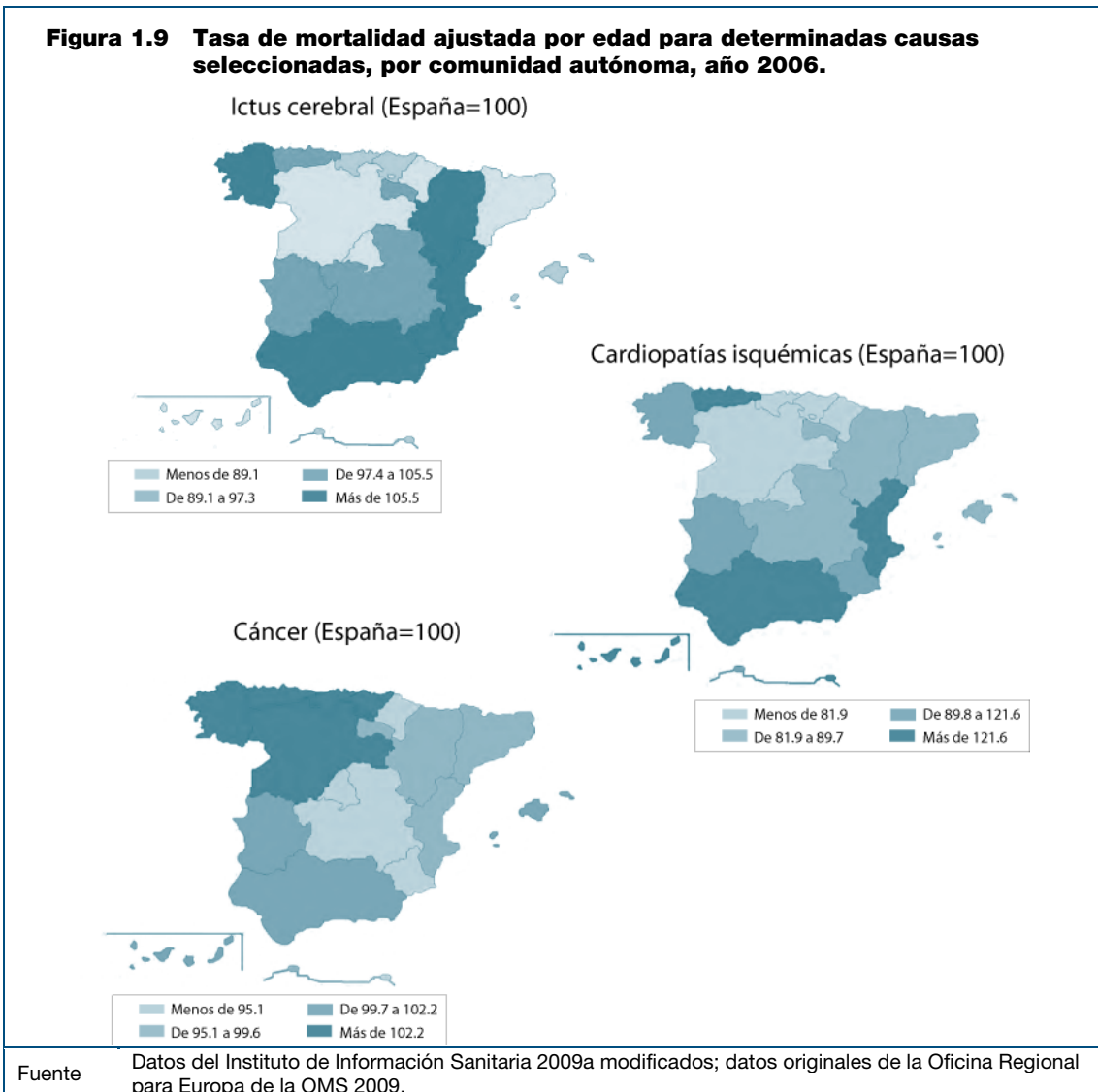
Tabla 1.5 Principales causas de mortalidad, 1970–2005, años seleccionados (SDR, todas las edades, por 100.000 habitantes).

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2003	2004	2005
Todas las causas	978,70	819,50	735,10	674,5	610,70	596,50	600,06	565,23	568,47
Enfermedades del sistema circulatorio	435,23	378,12	287,64	241,69	197,90	191,04	187,37	173,54	171,99
Neoplasmas malignos	156,10	162,56	175,90	179,81	170,40	171,40	167,06	164,21	159,73
Enfermedades del sistema respiratorio	101,52	76,20	68,44	60,48	62,91	56,04	61,63	53,25	61,83
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales	19,10	11,89	21,67	28,63	33,12	34,44	39,12	35,30	36,86
Cáncer de pulmón, bronquios y tráquea	17,30	24,43	32,74	35,31	34,23	35,02	34,67	34,77	33,86
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	42,96	42,94	45,76	37,43	35,72	33,74	33,58	32,93	31,67
Enfermedades del sistema digestivo	54,78	49,37	42,92	36,77	32,20	31,53	31,64	30,27	29,77
Enfermedades infecciosas y parasitarias	22,52	10,89	8,88	8,68	11,97	12,12	12,63	12,12	12,10
Tuberculosis	N/D	4,19	2,27	1,54	0,89	0,86	0,78	0,72	0,75
Observaciones	SDR: tasa de mortalidad ajustada por edad.								
Fuente	Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.								



En la [Figura 1.9](#) se examina la variación de las tasas dentro de España con datos de 2006. Las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares muestran una pauta general según la cual las mayores tasas de mortalidad tienden a concentrarse en las regiones sudorientales de España y las más bajas, en el centro y el norte del país. Las Islas Canarias, Melilla y la Comunidad Valenciana registraron las tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas más elevadas (entre el 30% y el 40% por encima de las tasas nacionales). En el otro extremo, la mortalidad por la misma causa en el País Vasco, Cantabria y Navarra fue un 25% inferior a la tasa nacional. Las tasas más altas de mortalidad por ictus se observaron en Andalucía (40% por encima de la tasa nacional), la Comunidad Valenciana (28%) y Murcia (11%). Castilla-León y Madrid registraron las tasas más bajas de mortalidad por ictus (30% y 20% por debajo de la tasa nacional). Conviene destacar que la mayor parte de los fallecimientos por ictus se producen en personas a partir de 75 años de edad, sobre todo en el caso de las mujeres (el 87% de las muertes de mujeres por ictus en 2006 y sólo el 70% en el caso de los hombres). Esta proporción se ha mantenido bastante estable a partir de 1990 en ambos sexos. Por lo tanto, la incidencia de esta causa de muerte en la mortalidad prematura era escasa.

La mortalidad por cáncer también muestra una pauta geográfica característica. Las tasas son permanentemente más elevadas en las regiones del noroeste y más bajas en el sudeste. Las diferencias no son tan espectaculares como las observadas en los casos de la cardiopatía isquémica y el ictus: Asturias registró la mayor tasa de mortalidad por cáncer, un 13% por encima de la tasa nacional, seguida por Galicia y el País Vasco, cuya tasa supera en un 5% la media nacional. Castilla-La Mancha, Madrid, Murcia y Navarra fueron las comunidades autónomas con tasas de mortalidad por cáncer más bajas. El análisis de la mortalidad prematura como consecuencia de cánceres reproduce el mismo patrón geográfico. Según datos del Instituto de Información Sanitaria (2009a), la tasa de mortalidad por cáncer ajustada por edad ha bajado un 9% en España entre 1990 y 2006. Esta caída ha sido más acusada en el caso de las mujeres, que han experimentado un descenso del 12% frente al 8,6% de los hombres. No obstante, el cáncer continúa siendo la principal causa de muerte prematura; en 2006, un 41% del total de fallecimientos de personas menores de 75 años se debió al cáncer (un 39,8% en el caso de los hombres y un 43,8% en el caso de las mujeres). De hecho, la importancia relativa del cáncer como causa de muerte prematura ha aumentado un 25% (para hombres y mujeres) desde 1990, pese a la caída de la tasa de mortalidad.



El tumor maligno que más afecta a las mujeres es el cáncer de mama. La tasa de mortalidad por este tipo de cáncer en 2006 fue de 26,7 por cada 100.000 mujeres. La tasa de mortalidad ajustada por edad por esta causa se redujo un 23% entre 1990 y 2006. Aunque en 2006 el 60% de los fallecimientos correspondieron a mujeres de menos de 75 años, la mortalidad prematura atribuible al cáncer de mama en este grupo de edad ha descendido de forma constante desde 1990. Los casos de cáncer de pulmón representaron el 20% de todos los fallecimientos por cáncer en 2006 (un 27,5% en el caso de los hombres y un 7,1% en el caso de las mujeres). Sin embargo, pese a que la proporción de los fallecimientos por cáncer causados por el cáncer de pulmón se ha reducido ligeramente entre los hombres, ha aumentado cerca del 50% en el caso de las mujeres. Es posible que esto se deba principalmente a la evolución en sentido opuesto que ha experimentado el tabaquismo en cada uno de los dos sexos en países como

España, en los que la conciencia de la necesidad de dejar de fumar apareció más tarde que en otros países (Instituto de Información Sanitaria 2009a).

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, *Europa en Cifras* de 2009 (Eurostat 2009b), en 2005 España experimentó una caída de más del 30% en la cifra de accidentes de trabajo mortales y de aproximadamente el 15% en los accidentes de trabajo graves, en comparación con los datos de 1998. En lo que respecta a los accidentes de tráfico, la incidencia también se ha reducido como consecuencia de una activa campaña sobre las consecuencias de la conducción bajo los efectos del alcohol, así como mediante la instauración en 2005 del nuevo permiso de conducir por puntos (Ley 17/2005, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial), que prevé graves sanciones (incluidas penas de cárcel) y la suspensión o retirada del permiso de conducir para cualquier conductor que supere el límite de velocidad o conduzca con un nivel de alcohol en sangre por encima del permitido. La ley estableció también la obligación de llevar puesto el cinturón de seguridad en todos los asientos del vehículo (los pasajeros son los responsables del pago de las multas por sus propias infracciones), incluso en medios de transporte colectivos como taxis o minibuses. La entrada en vigor de esta norma se acompañó de la intensificación de los controles policiales, sobre todo en fines de semana y periodos festivos. Además, patrullas especiales vigilaron de forma específica a los conductores de camiones y vehículos de transporte público para obligarles a respetar los tiempos máximos de conducción y los tiempos mínimos de descanso. A partir de 2008 se pusieron también en práctica medidas destinadas a mejorar la seguridad de los conductores de motocicletas, mediante la retirada de determinados elementos de seguridad vial peligrosos para éstos, así como campañas de educación dirigidas a públicos concretos. Como consecuencia, la tasa de mortalidad se ha reducido desde las 486 muertes registradas en 1991 a los 197 fallecimientos de 2008; a partir de 2006 la cifra de víctimas ha registrado un descenso anual próximo al 20%.

Factores del estilo de vida que afectan al estado de salud

Según datos de la OMS, un 26,4% de la población española (de 15 o más años) fumaba a diario en 2006, el último año del que se disponen cifras (Oficina Regional para Europa de la OMS 2009). Esta proporción se ha venido reduciendo en la última década para la población en su conjunto (Tabla 1.6), pese al incremento relativo entre las mujeres que ya se ha mencionado. A partir de enero de 2006 se han adoptado importantes medidas legislativas para reducir la prevalencia del tabaquismo, prohibiendo fumar en lugares públicos con algunas excepciones². El consumo de alcohol y las causas de mortalidad relacionada con el alcohol han disminuido en España durante los últimos 20 años (Tabla 1.6). Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2006), el 48,4% de la

² La Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, prohibió fumar en todos los centros de trabajo y locales públicos, con la única excepción de locales de ocio como bares, cafeterías, restaurantes y clubes nocturnos, que pueden optar por ser locales para no fumadores o no, y deben advertir de ello en la entrada. Sin embargo, los locales que superan un determinado tamaño deben preservar una zona sin humo instalando sistemas de purificación del aire en las zonas para fumadores (véase la Sección 6.1 Salud pública).

población de 16 y más años consume alcohol de forma habitual. No obstante, 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. En 1987, el 7,4% de la población española de más de 18 años era obesa (el 6,9% de los hombres y el 7,9% de las mujeres). Este porcentaje se había doblado para 2006, año en el que alcanzó el 15,6% de la población adulta (el 15,7% de los hombres y el 15,4% de las mujeres). En el caso del sobrepeso, el 37,8% de la población adulta tiene un índice de masa corporal entre 25 y 30 (un 45% en la población masculina y un 30% en el caso de las mujeres) (ENSE 2006). Algo más del 60% de la población adulta afirmó que realizaba actividad física en su tiempo libre (ENSE 2006). En cuanto a los niños y jóvenes de entre dos y 17 años de edad, dos de cada 10 tenían sobrepeso y uno de cada 10 era obeso.

Tabla 1.6 Factores que afectan al estado de salud en España, 1970-2006, años seleccionados:

	1970	1980	1990	2000	2001	2003	2004	2005	2006
% de fumadores habituales de la población, 15 y más años	N/D	N/D	N/D	N/D	31,70	28,10	-	-	26,40
SDR, causas de mortalidad relacionada con el tabaco seleccionadas, por 100.000 habitantes	N/D	266,96	236,07	193,07	186,83	183,63	170,78	169,70	-
Alcohol puro consumido, litros per cápita, 15 y más años	11,61	13,63	10,78	9,82	9,79	9,99	-	-	-
SDR, causas de mortalidad relacionada con el alcohol seleccionadas, por 100.000 habitantes	N/D	106,08	108,15	56,53	54,00	52,88	51,37	49,50	-
% de población con sobrepeso sobre la población total 25<IMC<30(a)	N/D	N/D	N/D	N/D	35,7	35,3	-	-	37,05
% de población obesa sobre la población total IMC>30(a)	N/D	N/D	N/D	N/D	12,6	13,1	-	-	14,90
Fuente	Oficina Regional para Europa de la OMS 2009; (a) OCDE 2009b.								

Percepción subjetiva de la salud

En la percepción subjetiva del estado de salud general de la población española se observa una ligera tendencia a la baja. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987 (ENSE 1987), el 73,9% de la población (77,9% de los hombres y 70% de las mujeres) valoraban su estado de salud general como positivo, mientras que en 2006 este grupo era del 70% de la población (ENSE 2006). Los hombres suelen valorar mejor su estado de salud que las mujeres: un 75,1% de los hombres considera que su estado de salud general es bueno o muy bueno, frente a un 65% de las mujeres. La percepción positiva del estado de salud descende con la edad: en el grupo de edad de 75 y más años, solo el 41,6% de los hombres y el 29,1% de las mujeres afirman que tienen un buen estado de salud general. También puede observarse cierto gradiente socioeconómico: los grupos menos acomodados suelen declarar un estado de salud peor que el del grupo más acomodado, con una diferencia próxima al 15% en ambos sexos.

La salud mental se evaluó por primera vez de forma específica en la Encuesta Nacional de Salud de 2006, utilizando el cuestionario GHQ-12 para los adultos y el SDQ

(cuestionario de capacidades y dificultades) en el caso de los niños. Estas herramientas permiten hacer un cribado poblacional detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico en la población. Según el resultado de la encuesta, el 21,3% de la población de 16 y más años (el 15,6% de los hombres y el 26,85 de las mujeres) mostraban algún riesgo de enfermedad mental. Este riesgo se incrementa con la edad; así, en el grupo de edad a partir de los 75 años, la población en riesgo aumenta hasta el 25% de los hombres y el 39,5% de las mujeres. En lo que respecta a la población en el grupo de edad de entre cuatro y 15 años, el 22,1% muestra algún riesgo de enfermedad mental (23,2% de los chicos y el 21% de las chicas).

Discapacidad y dependencia

España es desde hace tiempo uno de los cinco países con una tasa mayor de esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) del mundo, muy por encima del promedio de la UE de 71,7 años (Tabla 1.7). 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 1.7 puede comprobarse que, en el caso de España, la esperanza de vida ajustada por discapacidad ha aumentado, tanto en el caso de la población masculina como en el de la femenina, durante la última década (véanse las notas bajo la Tabla 1.7 en las que se indica la interrupción de la serie debido al cambio del método de cálculo en 2004). De estas cifras puede deducirse que el incremento de la esperanza de vida de los españoles ha estado asociado con 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.

De hecho, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2006) indican que el 65,6% de la población de 65 y más años se declaraba capaz de realizar las ocho actividades relacionadas con el cuidado personal (el 74,4% de los hombres y el 59,1% de las mujeres). Además, el 61,4% de este segmento de la población consideraba que podía llevar a cabo las 13 actividades relacionadas con labores domésticas (67,1% de los hombres y 57,2% de las mujeres) y el 68,6% se sentía capaz de realizar las seis actividades relacionadas con la movilidad (77,5% de los hombres y 62,0% de las mujeres).

De hecho, a pesar del envejecimiento de la población española, la tasa de discapacidad se ha reducido un 0,5% entre 1999 y 2008, porcentaje que se obtiene de la comparación de los resultados de la Encuesta de discapacidad y dependencia de 1999 con los datos de la del año 2008 (INE 2009d). Según los datos más recientes, el 8,5% de la población no institucionalizada (3.847.900 personas) sufre alguna discapacidad; de estas personas, el 58% tiene 65 o más años (Tabla 1.8). Estas cifras indican que la discapacidad suele aparecer a edades más tardías que en 1999, aunque el periodo de exposición al riesgo de discapacidad se ha ampliado debido al aumento de la esperanza de vida. Un total de 608.000 personas viven solas. Desglosada por sexo, la tasa de discapacidad por cada 1.000 habitantes de la población de 65 y más años es más elevada en el caso de las mujeres (106,35) que en el de la población masculina (72,58). Sin embargo, la tasa masculina supera a la femenina en el grupo de edad de menores de 45. En el grupo de edad de 45 y más años ocurre lo contrario y la diferencia se amplía con la edad.

Tabla 1.7 EVAD y esperanza de vida estimada, años 1999–2007.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
EVAD ^a	72,75	70,70	70,90	72,60	–	–	–	–	–
EVAD (hombres)	69,80	68,50	68,70	69,90	–	–	–	–	–
EVAD (mujeres)	75,70	72,90	73,00	75,30	–	–	–	–	–
Esperanza de vida estimada	78,70	78,76	78,90	79,60	80,00	80,00	–	–	–
Esperanza de vida estimada (hombres)	75,30	75,10	75,30	76,10	76,00	77,00	–	–	–
Esperanza de vida estimada (mujeres)	82,10	82,44	82,60	83,00	83,00	83,00	–	–	–
EVBS hombres*	65,60	66,50	66,00	66,60 ^e	66,80 ^e	62,50 ^b	63,20	63,70	63,20
EVBS mujeres*	69,50	69,30	69,20 ^e	69,90 ^e	70,20 ^e	62,50 ^b	63,10	63,27	62,90
Observaciones	(a) tasa calculada utilizando el método de Sullivan a partir de información desglosada por edades sobre la prevalencia de resultados no mortales. Las estimaciones nacionales de la EVAD se basan en las tablas de vida; (e) valor estimado; (b) interrupción de la serie.								
Fuente	Oficina Regional para Europa de la OMS 2009, datos extraídos en septiembre de 2009; * Eurostat 2009d.								

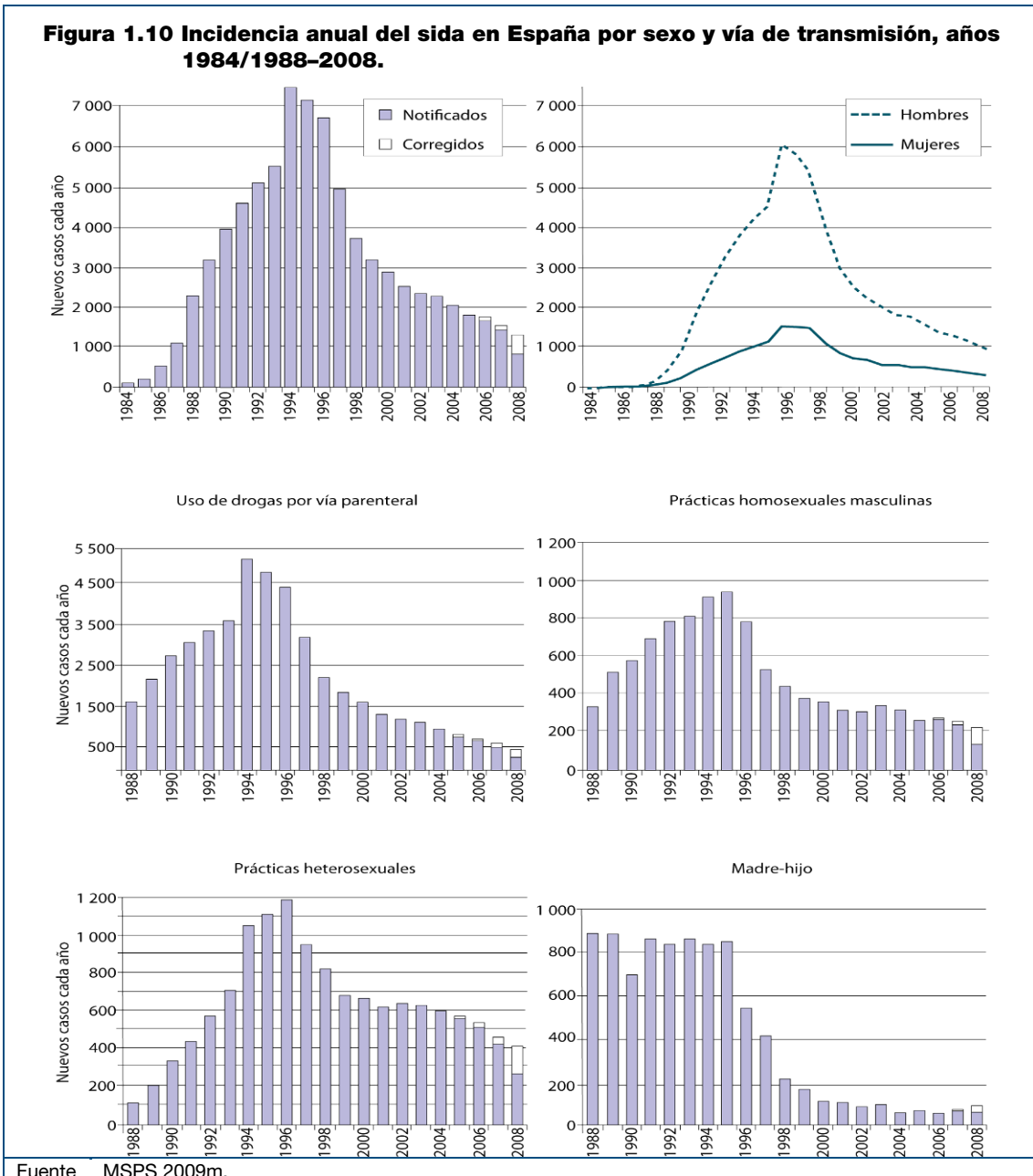
Tabla 1.8 Composición por grupos de edad de la población con discapacidad no institucionalizada, años 1999 y 2008.

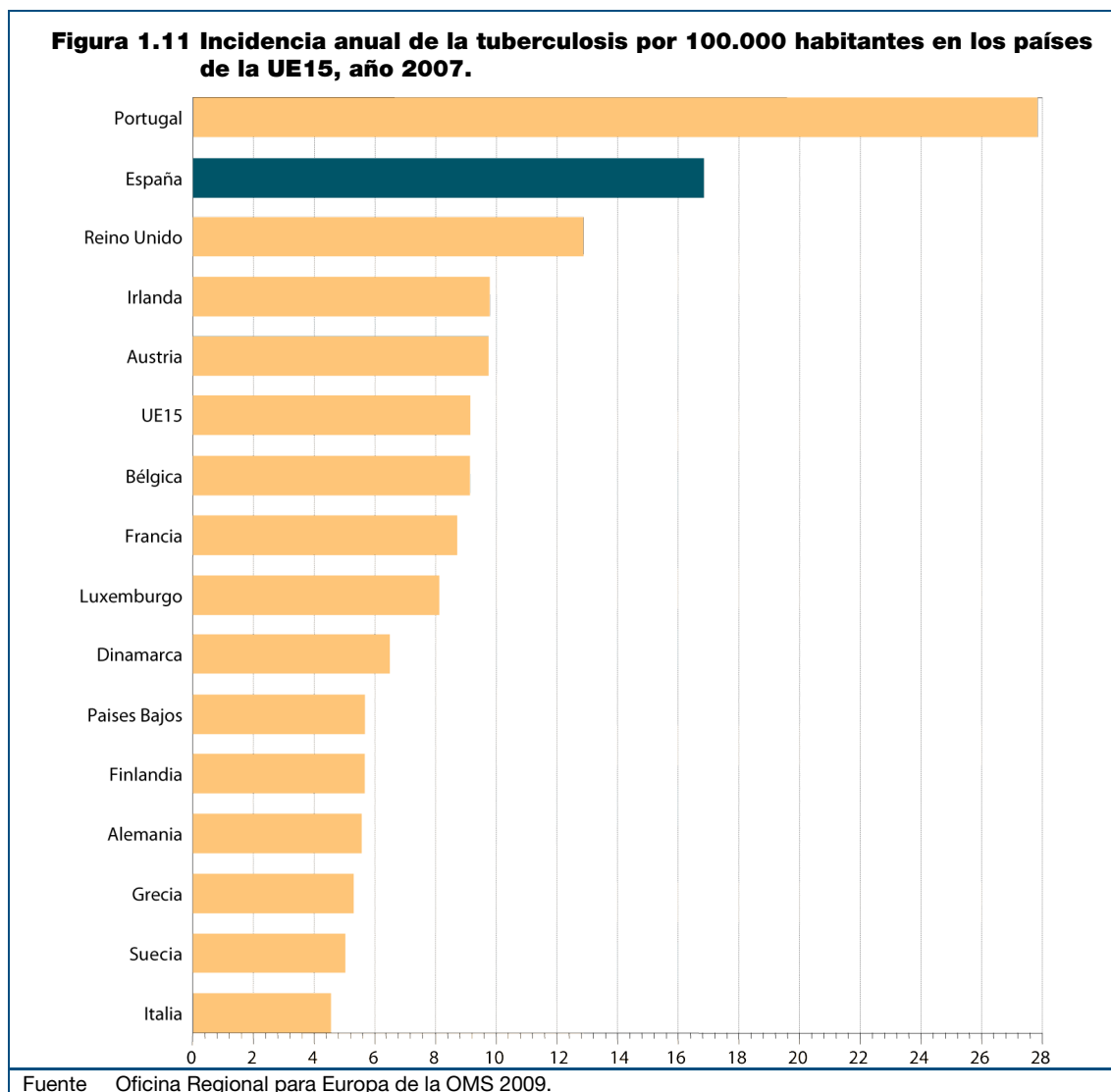
Edad	EDDS 1999		EDAD 2008		
	Personas con discapacidad (miles)	%	Personas con discapacidad (miles)	%	
0–5		49,6	1,4	60,4	1,6
6–64		1.406,0	39,9	1.560,0	40,5
65–79		1.320,5	37,4	1.201,7	31,2
80+		752,1	21,3	1.025,8	26,7
Total		3.528,2	100,0	3.847,9	100,0
Observaciones	EDDS: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud . EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia.				
Fuente	INE 2009d.				

SIDA/VIH

La incidencia del sida por 100.000 habitantes en España era de 3,5 en 2006, mientras que el promedio de la UE era de 1,37 (Oficina Regional para Europa de la OMS 2009). Sólo Portugal (6,57) tenía una tasa más elevada. Sin embargo, los últimos datos parecen indicar que el índice de infección por VIH está descendiendo ([Figura 1.10](#)): se ha producido una caída de la seropositividad en usuarios de drogas intravenosas (inyectables), el número de personas infectadas por prácticas sexuales se ha estabilizado y se ha registrado un descenso sustancial (del 80% entre 1995 y 2007) en la transmisión madre-hijo del VIH. La transmisión sexual es la principal vía de infección y supone el 50% del total de nuevos casos. La incidencia anual del sida ha disminuido un 80% desde 1996. Según el Registro Nacional de Casos de Sida, la cifra de nuevos casos diagnosticados en España en 2008 fue un 6,64% más baja que la del año anterior (1.283 casos nuevos de sida). 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. Una consecuencia destacada del sida y los factores relacionados con éste es la reaparición en España de la tuberculosis, una infección que alcanzó su techo en 1987 (aproximadamente 35 casos por 100.000 habitantes) y que desde entonces

ha registrado un descenso continuo, pero que no ha desaparecido. En 2007, España registró la segunda cifra de incidencia por 100.000 habitantes, con una tasa de 16,85, sólo por detrás de Portugal y muy por encima del promedio de la UE, que en ese año era de 9,15 (Figura 1.11). Parece que esta tasa se ha mantenido estable durante la última década tanto en España como en el grupo comparable de países de la UE (Oficina Regional para Europa de la OMS 2009). Cabe argumentar que el significativo flujo de inmigrantes procedentes de Europa Oriental y de fuera del Viejo Continente también puede haber contribuido a mantener estas tasas de incidencia relativamente elevadas.





Consumo de drogas ilegales

La drogadicción es un importante problema social y de salud pública en España. Según el *Boletín Estadístico de 2009* del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT 2010), que se basa en los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que se realiza cada dos años, el cannabis es la sustancia ilegal más consumida en el país. En 2005, el 28,6% de los encuestados de entre 15 y 64 años declararon que habían consumido cannabis alguna vez en su vida. La segunda sustancia más consumida era la cocaína (7,0%), seguida por el éxtasis (4,4%), mientras que la proporción de la población que había consumido anfetaminas y alucinógenos era idéntica (3,4%). En 2007, el 27,3% de los encuestados admitieron que habían consumido cannabis alguna vez en su vida, mientras que la segunda sustancia más consumida era la cocaína (8,3%), seguida por el éxtasis (4,2%) y las anfetaminas (3,8%). En 2007, un 10,1% de la población de dicha franja de edad había consumido cannabis en

el último año (11,2% en 2005) y un 7,1%, en el último mes. Estas cifras se sitúan entre las más elevadas de la UE, junto con las del Reino Unido. El consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y pastillas para dormir) pasó del 5,1% en 2005 al 8,6% en 2007. En ese mismo periodo, el consumo de cannabis registró un descenso y el de cocaína en polvo se mantuvo estable tras varios años de incrementos continuos. También entre 2005 y 2007, el consumo experimental (alguna vez en la vida) y habitual de cocaína base (crack) registró un considerable ascenso. El consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se ha estabilizado o presenta una tendencia a la baja. El consumo de heroína e inhalables volátiles se mantiene a niveles reducidos. Sin embargo, desde 1999 se ha observado una tendencia al alza del consumo experimental de estas sustancias.

En el grupo más joven de la población, la prevalencia más elevada de Europa de consumo de cannabis en el último mes en el grupo de edad de 15 y 16 años se presenta en España (20%), seguida de la República Checa (18%). En el segmento de niños y jóvenes en edad escolar, España y la República Checa son los únicos países que presentan niveles de prevalencia del consumo experimental de cannabis comparables a las cifras de Estados Unidos y Australia. En el caso del consumo de éxtasis entre adultos jóvenes (15-34), la situación es más heterogénea. Después de que a finales de la década de los 80 y principios de los 90 se produjeran incrementos generales del consumo de esta sustancia en los países europeos, como consecuencia de los cuales a mediados de los 90 el consumo de éxtasis era muy similar en Alemania, España y el Reino Unido, la prevalencia del consumo en el último año ha caído hasta un promedio europeo estimado del 1,6%. Es posible que la cocaína esté sustituyendo a las anfetaminas y al éxtasis en algunos países y entre determinados sectores de la población consumidora de drogas. Esta hipótesis puede observarse en el Reino Unido y, en cierta medida, en España y otros países como Dinamarca, en los que se han producido de forma simultánea un incremento del consumo de cocaína y un descenso del consumo de anfetaminas (OEDT 2008). En términos globales, parece que el consumo de cocaína se concentra en unos pocos países, en particular en España, Dinamarca, Italia, Irlanda y el Reino Unido, mientras que el consumo de drogas sigue siendo relativamente bajo en el resto de Europa. El consumo es especialmente elevado entre los hombres jóvenes (15-34 años), grupo de edad que presenta un consumo de cocaína en el último año de entre el 4,2% y el 7,7% en España, Dinamarca, Irlanda, Italia y el Reino Unido. En la mayoría de los países, la razón hombres-mujeres de la prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre los adultos jóvenes es como mínimo de 2:1. Dos Estados, España y el Reino Unido (datos de Inglaterra y Gales), presentan cifras más elevadas que Australia, y sólo España registra cifras estimadas más altas que las de Estados Unidos.

Grupos vulnerables y desigualdades en salud

El equilibrio entre eficiencia y equidad dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) español se ha caracterizado por un sesgo favorable a la equidad (SESPAS 2006). La mayoría de los problemas parecen estar relacionados con el riesgo moral (consumo excesivo de servicios ineficaces ofrecidos de forma gratuita) o la infrautilización de intervenciones que se sabe que son muy eficaces³, más que con la existencia de

³ Este punto ha sido documentado ampliamente por el Grupo Atlas de Variaciones de la Práctica Médica en sus informes a partir de 2005 (<http://www.Atlasvpm.org>).

diferencias injustas en el acceso a la asistencia sanitaria por razón de sexo, edad o estatus socioeconómico. No obstante, está justificada la aplicación de medidas específicas destinadas a evitar que el gradiente social subyacente determinado por estas características llegue a enquistarse en el funcionamiento del SNS, lo que podría ampliar la brecha social existente. En las páginas anteriores hemos destacado las diferencias regionales en cuanto a las principales causas de fallecimientos. También se han comentado las diferencias por sexo y edad. Sin embargo, queda pendiente de analizar un tema relativo a grupos especialmente vulnerables, como los inmigrantes *económicos* y las minorías étnicas autóctonas, en el caso de España exclusivamente la población gitana.

El significativo incremento de los inmigrantes residentes se ha comentado ya en la Sección 1.1 *Aspectos geográficos y sociodemográficos*. La población inmigrante es típicamente más joven y sana que la media española, por lo que suelen hacer un uso comparativamente menor de los servicios sanitarios. Por lo general, su estado de salud es mejor que el de sus compatriotas que se han quedado en su país natal, debido al efecto de selección (la selección de las personas más productivas y sanas de las sociedades de origen, conocido también como *efecto del inmigrante sano*). Sin embargo, su salud presenta un elevado riesgo de deterioro por sus condiciones de vida, caracterizadas por la pobreza, el hacinamiento y la marginalidad. El marco jurídico español da derecho a todos los residentes en el territorio español a la plena cobertura sanitaria, con independencia de su nacionalidad o situación legal. Por lo tanto, las principales barreras de acceso son de índole cultural y lingüística (Ribera et al. 2008). El sistema todavía tiene que adaptarse a estos “nuevos usuarios”. En la [Tabla 1.9](#) se ofrecen algunas cifras comparativas basadas en la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ENSE 2003).

El estado de salud de los gitanos, que no son una población migrante al contrario que en muchos otros países europeos, se ha evaluado de forma sistemática utilizando los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENSE 2006). En lo que respecta al estado de salud percibido, se detectan diferencias en la población de 55 y más años. En el caso de la población femenina, solo el 10,5% de las mujeres gitanas comprendidas en este grupo de edad declara que su estado de salud es positivo, frente al 38,2% de la población general. Lo mismo ocurre en el caso de los hombres de este grupo de edad, con un 33,4% de los hombres gitanos frente al 59,6% de la población masculina general. Estas diferencias se modulan por el gradiente de educación y nivel económico. Así, las cifras de los subgrupos con niveles educativos más elevados y mejores condiciones de vida son idénticas a las de la población general. Algunas enfermedades enumeradas en la encuesta, como la hipercolesterolemia, la depresión, las úlceras pépticas y los dolores de cabeza, son más frecuentes entre la comunidad gitana y en algunos casos parece que se inician a etapas más tempranas que en la población general. En cuanto a la prevalencia de factores de riesgo asociados al estilo de vida, las tasas de consumo de alcohol y tabaco son más altas en la población masculina gitana que en la población masculina general y la edad a la que se inician en el consumo de alcohol y tabaco es más temprana; en la población femenina ocurre lo contrario. La obesidad muestra una mayor prevalencia en la población gitana de todas las edades, pero las diferencias con la población general son especialmente destacadas en el caso de las mujeres.

Tabla 1.9 Indicadores del estado de salud general: comparación entre los españoles y los extranjeros residentes.

	% residentes españoles	% residentes extranjeros
Percepción subjetiva del estado de salud		
Muy bueno o bueno	64	77
Regular	26	19
Malo o muy malo	10	4
Presencia de enfermedad en el último año (frecuencia)	25	16
Enfermedades más frecuentes		
Artritis	26	23
Fractura ósea	13	15
Enfermedades cardiovasculares	4	9
Enfermedades del sistema digestivo	10	5
Trastornos mentales	8	8
Problemas con actividades de la vida diaria (frecuencia)	36	26
Fuente	Ribera et al. 2008. Datos basados en ENSE 2003.	

Salud dental y vacunación

En el ámbito de la salud dental, la [Tabla 1.10](#) muestra la evolución positiva a lo largo de las décadas del indicador básico “dientes cariados, perdidos o empastados” (DCPE) a los 12 años de edad.

Tabla 1.10 DCPE a los 12 años de edad (valor medio).

Año	1984	1994	2000
Índice DCPE	4,2	2,3	1,12
Fuente	Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.		

En España, el sistema público ofrece normalmente asistencia dental para los niños hasta los 14-18 años (dependiendo de la región), exceptuando la ortodoncia. En el marco del Plan Nacional de Salud Dental del SNS, el MSPS ha financiado un amplio catálogo de medidas de prevención y asistencia de salud dental en 2008 y 2009. Las intervenciones incluyen revisiones anuales de los dientes y la cavidad oral y tratamiento dental (empastes, endodoncias, extracciones y limpiezas), en un intento por homogeneizar las prestaciones básicas de salud dental disponibles para los niños en las distintas comunidades autónomas. Gracias a estas subvenciones finalistas se ha proporcionado asistencia dental a 867.328 niños de entre siete y 10 años. Este programa continuará en 2010 y se ampliará para incluir a los niños de entre siete y 12 años.

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 20 años. Según datos de UNICEF, en 2003 el 98% de la población española estaba vacunada contra la DTP3 y la Pol3, el 97% contra el sarampión y el 83% contra la HepB3 (UNICEF 2010). En los últimos años se ha observado un ligero descenso de esas cifras, que coincide con las tendencias en otros países europeos y de la OCDE. Este fenómeno puede deberse a cierta controversia social sobre la seguridad de la vacunación sistemática ([Tabla 1.11](#)). En la [Figura 1.12](#) se

muestran los niveles de inmunización contra el sarampión de la Región Europea de la OMS en 2008.

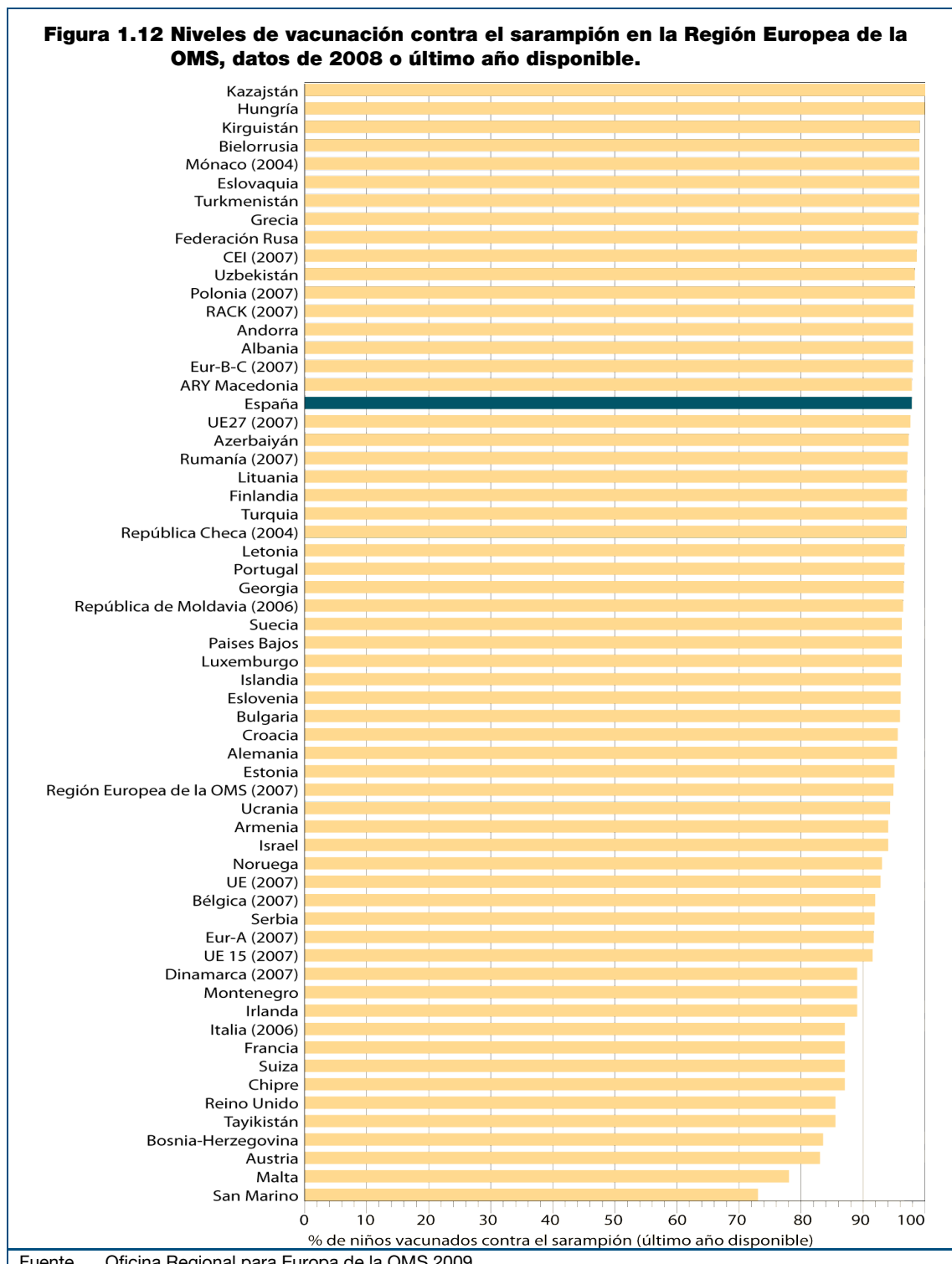


Tabla 1.11 Niveles de vacunación de los niños en España, 1985-2007, años seleccionados.

% niños vacunados contra	1985	1990	1995	2000	2001	2003	2004	2005	2006	2007
Difteria	79,00	93,00	90,00	95,00	96,00	98,02	96,40	96,20	97,90	96,30
Tétanos	87,00	93,00	90,00	95,00	96,00	98,02	96,40	96,20	97,90	96,30
Tos ferina	87,00	93,00	90,00	95,00	96,00	98,02	96,40	96,20	97,90	96,30
Sarampión	79,00	99,00	90,00	94,00	96,00	97,15	97,30	96,80	96,90	97,10
Poliomielitis	73,00	94,00	88,00	95,00	96,40	98,23	96,70	96,20	97,90	96,40

Fuente Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.

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 se muestran, junto con las tasas de mortalidad de las madres, en la [Tabla 1.12](#). Entre principios de la década de los 70 y 1990 se produjo un descenso espectacular, ya que las cifras de mortalidad neonatal llegaron a ser un cuarto de las registradas a comienzos del periodo y la mortalidad perinatal y materna pasó a ser seis veces más baja (desde 1970).

Tabla 1.12 Principales indicadores de salud materno-infantil en España, años 1960-2007.

Año	Mortalidad neonatal (niños de menos de 28 días) Defunciones por 1.000 nacidos vivos	Mortalidad perinatal(a) Defunciones por 1.000 nacidos vivos	Mortalidad materna Defunciones por 100.000 nacimientos
1960	20,2	42,8	N/D
1965	20,0	37,1	N/D
1970	17,5	31,1	33,1
1975	12,6	20,9	21,7
1980	8,5	14,4	11,1
1985	5,9	10,9	4,4
1990	5,0	7,6	5,5
1991	4,6	7,2	3,3
1992	4,6	7,3	4,8
1993	4,1	6,6	3,1
1994	3,9	6,5	3,6
1995	3,5	6,0	3,0
1996	3,5	6,4	3,0
1997	3,2	6,3	2,2
1998	3,0	5,9	2,7
1999	2,8	5,7	4,0
2000	2,8	5,4	3,5
2001	2,8	5,6	4,2
2002	2,8	5,2	3,3
2003	2,5	4,9	4,5
2004	2,6	4,9	4,6
2005	2,4	4,9	3,9
2006	N/D	N/D	2,9
2007	N/D	N/D	2,9

Observaciones (a) defunciones en la primera semana de vida más muertes fetales (periodo mínimo de gestación de 28 semanas o peso mínimo de 1.000 gramos).

Fuente OCDE 2009b.

Los cambios económicos y sociales que tuvieron lugar en ese periodo, así como la progresiva extensión de la cobertura sanitaria y la creación del SNS se encuentran detrás de ese profundo cambio. La tendencia a la baja se mantuvo durante el resto de la década de los 90 y hasta 2007 (últimas cifras disponibles), obviamente a un ritmo mucho más lento, dejando las tasas ligeramente por debajo de los promedios europeos (Tabla 1.13).

Tabla 1.13 Principales indicadores de salud materno-infantil en Europa (países UE15), años 2000–2007.

	Tasa de mortalidad infantil (defunciones por 1.000 nacidos vivos)								Mortalidad neonatal (defunciones por 1.000 nacidos vivos)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Austria	4,8	4,8	4,1	4,5	4,5	4,2	3,6	3,7	3,3	3,3	2,8	3,1	3,2	3,0	2,6	2,5
Bélgica	4,8	4,5	4,4	4,3	4,3	3,7	–	–	2,9	2,3	2,1	2,1	2,2	2,3	–	–
Dinamarca	5,3	4,9	4,4	4,4	4,4	4,4	3,8	–	4,0	3,5	3,4	3,2	3,4	3,3	3,2	–
Finlandia	3,8	3,2	3,0	3,1	3,3	3,0	2,8	–	2,5	2,2	2,2	2,1	2,4	2,1	2,0	–
Francia	4,5	4,6	4,2	4,2	4,0	3,8	3,8	–	2,9	3,0	2,7	2,8	2,7	2,5	2,5	–
Alemania	4,4	4,3	4,2	4,2	4,1	3,9	3,8	–	2,7	2,7	–	2,7	2,7	2,5	2,6	–
Grecia	5,4	5,1	5,1	4,0	4,1	3,8	3,7	3,6	3,9	3,6	3,5	2,7	2,6	2,6	2,5	2,3
Irlanda	6,2	5,7	5,0	5,3	4,6	4,0	3,7	3,1	4,3	4,0	3,6	3,8	3,4	2,9	2,6	2,1
Italia	4,5	4,6	4,3	3,9	3,9	3,8	3,7	–	3,2	3,4	3,2	2,8	2,8	2,8	2,7	–
Luxemburgo	5,1	5,9	5,1	4,9	3,9	2,6	2,5	–	3,8	3,3	3,6	2,6	2,2	1,5	1,5	–
Países Bajos	5,1	5,4	5,0	4,8	4,4	4,9	4,4	4,1	3,9	3,9	3,8	3,6	3,4	3,7	3,3	3,2
Portugal	5,5	5,0	5,0	4,1	3,8	3,5	3,3	–	3,4	2,9	3,4	2,7	2,6	2,2	2,1	–
España	4,4	4,1	4,1	3,9	4,0	3,8	3,8	–	2,8	2,8	2,8	2,5	2,6	2,4	–	–
Suecia	3,4	3,7	3,3	3,1	3,1	2,4	2,8	2,5	2,3	2,5	2,2	2,2	2,2	1,5	1,8	1,7
Reino Unido	5,6	5,5	5,2	5,2	5,1	5,1	5,0	4,8	3,9	3,6	3,5	3,6	3,5	3,5	3,5	3,3
Media	4,9	4,8	4,4	4,3	4,1	3,8	3,6	3,6	3,3	3,1	3,1	2,8	2,8	2,6	2,5	2,5
	Mortalidad perinatal (defunciones por 1.000 nacidos vivos)								Mortalidad materna (defunciones por 100.000 nacimientos)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Austria	6,7	6,2	6,4	6,4	6,1	5,9	6,0	5,9	2,6	6,6	2,6	2,6	3,8	3,8	2,6	3,9
Bélgica	6,7	7,0	6,7	6,8	6,4	5,9	–	–	8,1	7,6	6,9	3,3	2,5	7,7	7,0	–
Dinamarca	7,0	6,8	6,2	6,4	7,7	7,6	–	–	–	–	10,9	10,8	9,2	7,7	9,2	14,0
Finlandia	5,8	5,2	4,9	4,8	4,0	3,7	3,9	–	5,3	5,3	5,4	3,5	12,2	5,2	6,8	1,7
Francia	6,9	7,1	10,2	11,1	11,1	10,8	11,2	–	6,5	7,3	8,8	7,2	6,8	5,3	–	–
Alemania	6,1	5,9	–	5,9	5,9	5,5	5,5	–	5,6	3,7	2,9	4,2	5,2	4,1	6,1	4,1
Grecia	7,9	8,0	7,2	6,6	6,3	5,7	4,9	3,9	–	3,9	1,0	1,9	2,8	0,0	1,8	1,8
Irlanda	9,0	9,2	9,0	8,5	7,8	6,2	–	–	1,8	5,2	8,3	0,0	1,6	3,1	0,0	1,4
Italia	5,6	5,7	5,4	5,1	5,1	5,2	5,2	–	3,0	2,1	3,4	5,2	–	–	2,0	–
Luxemburgo	7,3	6,7	6,0	5,3	4,9	4,8	3,3	–	17,5	–	–	–	18,3	18,6	0,0	–
Países Bajos	7,8	7,9	7,6	7,4	6,6	6,9	6,0	5,7	8,7	6,9	9,9	4,0	5,2	8,5	8,1	5,0
Portugal	6,2	5,6	6,0	5,1	4,4	4,3	4,6	–	2,5	6,2	6,1	7,1	8,2	2,7	5,7	–
España	5,4	5,6	5,2	4,9	4,9	4,9	–	–	3,5	4,2	3,3	4,5	4,6	3,9	2,9	2,9
Suecia	5,6	5,7	5,3	5,2	4,9	4,1	4,4	4,3	4,4	3,3	4,2	2,0	1,0	5,9	4,7	–
Reino Unido	6,9	8,0	8,2	8,5	8,2	8,0	7,9	7,7	6,8	7,5	6,0	7,9	7,7	5,7	7,2	6,9
Media	6,7	6,7	6,7	6,5	6,3	6,0	5,7	5,5	5,9	5,4	5,7	4,6	6,4	5,9	4,6	4,6
Fuente	OCDE 2009b.															

A pesar de las reducidas cifras logradas, si se analiza detenidamente la evolución de la mortalidad materna en la última década, puede apreciarse un ligero techo alrededor de 2004 (Figura 1.13), mientras que la tendencia de la mortalidad perinatal no ha cambiado. Se trata de las consecuencias de un fenómeno bien conocido en toda Europa: el retraso de la maternidad y el progresivo aumento de la edad de las madres en la fecha del parto se ha traducido en un aumento de la morbilidad y la mortalidad de las mujeres.

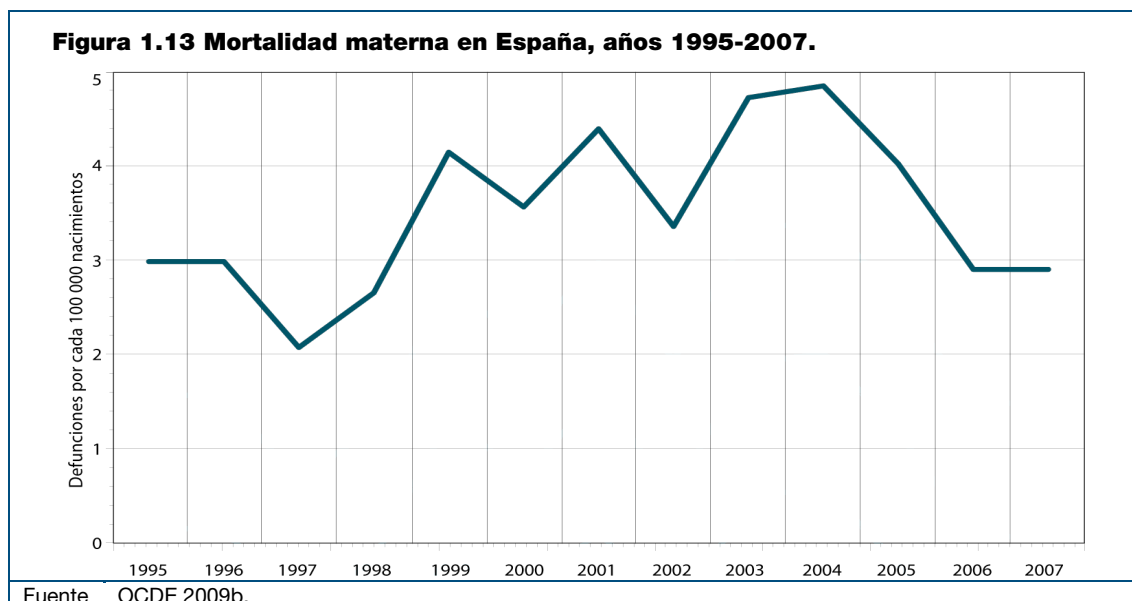


Tabla 1.14 Proporción de nacidos vivos de mujeres de 35 y más años de 15 países europeos (UE15), años 2000-2005.

Países (UE15)	LBMA \geq 35 años (n)	Total nacidos vivos (N)	Proporción % (P)
Italia	75.190	3.176.749	23,6
Irlanda	83.441	355.940	23,4
España	565.354	2.585.701	21,9
Suecia	110.412	579.153	19,1
Países Bajos	228.506	1.193.527	19,1
Luxemburgo	.103	32.616	18,7
Alemania	797.526	4.318.210	18,5
Finlandia	62.703	340.619	18,4
Reino Unido	757.974	4.150.737	18,3
Austria	72.212	404.309	17,8
Francia	786.333	4.807.827	16,3
Grecia	101.912	626.738	16,2
Dinamarca	62.301	390.264	16,0
Portugal	100.083	678.359	14,8
Bélgica	-	-	-
Total (UE15) (referencia)	4.486.050	23.640.749	19,0
Observaciones	LBMA: nacidos vivos por edad materna.		
Fuente	Luque Fernández et al. 2009.		

Un estudio reciente (Luque Fernández et al. 2009) muestra la elevada proporción de embarazos de mujeres de 35 y más años en España en comparación con otros países europeos (Tabla 1.14). Este cambio del patrón sugiere que es necesario intensificar la vigilancia de la mortalidad materna en España. Recopilar las distintas variables necesarias para permitir la investigación de las causas y los factores determinantes de las defunciones, tales como las circunstancias socioeconómicas y sanitarias de los fallecimientos, podría ser de gran utilidad.

A partir de 2007 se viene aplicando una Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS (véanse los Capítulos 2 y 4 y las secciones relativas al Plan de Calidad para el SNS), que se espera contribuya a continuar reduciendo la morbilidad y la mortalidad.

En lo que atañe a las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo, el marco legal actual se basa en la Ley Orgánica 9/1985, que despenalizó el aborto para determinados supuestos (como la violación y el riesgo para la vida o la salud mental de la madre). La amplia interpretación realizada del criterio basado en el riesgo para la salud mental de la madre abrió la puerta a una utilización menos restrictiva del procedimiento que la que cabría esperar teniendo en cuenta la letra de la ley. En marzo de 2010 se aprobó una nueva ley (no sin cierta polémica generada durante años por los grupos antiabortistas), que entrará en vigor en septiembre de 2010 y que prevé exclusivamente restricciones en función del periodo de gestación. La [Tabla 1.15](#) muestra la tendencia de los casos de abortos por comunidad autónoma en los últimos años. El número de casos ha aumentado con el transcurso de los años. El grupo de edad de entre 20 y 24 años es el que registró las tasas más elevadas por 1.000 mujeres durante la totalidad del periodo y en 2007 triplicaba el número de casos de 1992. El aborto se ha incrementado también notablemente entre las menores de 19 años, un ascenso que ha sido particularmente rápido desde finales de los años 90.

Tabla 1.15 Número de abortos en España, años 1992-2007.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Centros que han notificado la práctica de abortos																
	87	95	101	102	106	115	117	123	121	121	124	128	133	134	135	137
Total casos de abortos																
	44.962	45.503	47.832	49.367	51.002	49.578	53.847	58.399	63.756	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138
Tasas de aborto por 1.000 mujeres																
15-44 años	5,10	5,15	5,38	5,53	5,69	5,52	6,00	6,52	7,14	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49
<19 años	3,93	3,89	4,22	4,51	4,91	5,03	5,71	6,72	7,49	8,29	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79
20-24 años	7,54	7,75	7,92	8,16	8,35	8,13	9,13	10,26	11,88	12,86	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65
25-29 años	6,15	6,44	6,66	6,32	7,02	6,84	7,35	7,90	8,66	9,34	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57
30-34 años	5,35	5,40	5,73	5,76	5,89	5,57	5,99	6,37	6,90	7,44	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07
35-39 años	4,54	4,37	4,57	4,54	4,70	4,45	4,65	4,86	5,11	5,42	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67
>40 años	2,34	2,26	2,36	2,43	2,37	2,27	2,35	2,34	2,35	2,47	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25
Fuente	INE 2009a; MSPS 2010b.															

Según datos de la Encuesta sobre la salud y los hábitos sexuales realizada por el MSPS en 2003 (MSPS 2003), la edad media para la primera relación sexual en el grupo de edad de menos de 30 años es de 17,5 años para los chicos y 18,2 años para las chicas. Sin embargo, en el grupo de la población de 18 y 19 años de edad, la primera relación sexual se produjo de media a la edad de 16,4 años en el caso de los chicos y 16,6 años en el de las chicas; el 23,8% de los chicos y el 18,9% de las chicas de entre 18 y 19 años se habían iniciado en la actividad sexual antes de los 16 años. En 2007 se puso en marcha un paquete de medidas integrales de salud sexual y reproductiva destinadas a segmentos jóvenes de la población. La finalidad de este paquete de medidas era reducir las tasas de embarazos entre las adolescentes y controlar las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Durante los años 80 y 90 del pasado siglo, las ITS registraron una tendencia a la baja, que se invirtió en 2001, año en el que el Registro nacional de enfermedades de declaración obligatoria registró 805 casos de infección gonocócica, cifra que aumentó hasta 1.174 casos en 2005; la misma tendencia se observó en el caso de la sífilis, que pasó de 700 casos notificados en 2001 a 1.255 casos en 2005.

Los resultados de la nueva Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009, publicada por el MSPS en 2010 (MSPS 2010d), muestran que la actividad sexual se inicia a edades aún más tempranas, ya que el 55% de las mujeres de entre 16 y 24 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 16 años (casi el 65% de los hombres del mismo grupo de edad). De estas mujeres, el 35% afirma que no utilizó ningún método anticonceptivo en este primer contacto (ni ellas ni su pareja), aunque cerca del 20% de las mismas explican que no era necesario debido al tipo de práctica sexual. De forma similar, la proporción de hombres del grupo de edad de 16 a 24 años que afirman que no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual se aproxima al 35%, de los que más del 20% declararon que no era necesario debido al tipo de práctica. Estos resultados justifican la necesidad de una intervención de salud pública intensiva y sostenida.

2 Estructura organizativa

2.1 Descripción general del sistema sanitario

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español es un sistema de cobertura universal, financiado casi en su totalidad mediante impuestos¹. La asistencia tiene lugar en su mayor parte en centros públicos. Los servicios son gratuitos en el punto de atención, con la excepción de los medicamentos prescritos a personas menores de 65 años, que deben participar en el pago con una aportación del 40% del precio de venta al público².

Tras 25 años de transición del modelo centralizado de legislación, planificación y prestación de servicios sanitarios, las competencias sanitarias están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales de 2002. Esta descentralización ha dado lugar a 17 departamentos o consejerías regionales de sanidad (o salud) que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios en su territorio, como consecuencia de lo cual el gasto sanitario viene determinado fundamentalmente por las administraciones regionales. Las recientes modificaciones del mecanismo de financiación autonómica tienen por objeto incrementar la capacidad normativa para la recaudación de ingresos (por vía tributaria); este punto se explica más detenidamente en el Capítulo 3.

El Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) 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 en todo el país. Esta última competencia incluye la definición de la cartera de servicios y prestaciones del SNS, el establecimiento de los umbrales mínimos de gasto y calidad de los servicios y una función de supervisión denominada “alta inspección”. En esencia, el Ministerio tiene encomendada la difícil tarea de desempeñar la función central de coordinación de un Sistema Nacional de Salud repartido en 17 sistemas sanitarios regionales, que únicamente rinden cuentas ante sus parlamentos regionales y que, por consiguiente, no dependen jerárquicamente de la administración nacional. Como consecuencia de este marco legal, la negociación, el consenso y la financiación finalista adicional son factores primordiales de la formulación de políticas en el SNS. La mayor parte de este diálogo tiene lugar en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Concebido como el órgano con la máxima responsabilidad en la coordinación del Sistema Nacional de Salud, el CISNS está constituido por la Ministra de Sanidad (que ostenta la presidencia) y por los 17 consejeros competentes en materia de salud de las comunidades autónomas. El Ministerio, en su calidad de coordinador del SNS, actúa

¹ Aproximadamente el 2% del total de la financiación procede del fondo de la Seguridad Social atribuible al régimen especial de los funcionarios, atendidos por tres mutualidades con financiación pública: MUFACE, MUGEJU e ISFAS (más información sobre el estatus de los funcionarios en el apartado 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de descentralización*).

² Los pacientes con determinadas enfermedades crónicas están exentos de este copago. El copago farmacéutico se introdujo de forma generalizada en 1978 para los usuarios de la Seguridad Social menores de 65 años; inicialmente ascendía al 20% del precio real de venta al público de los medicamentos recetados, un porcentaje que se incrementó hasta el 30% en 1979 y hasta el actual 40% en 1980. Los medicamentos prescritos a pacientes ingresados están excluidos del copago.

como secretario del Consejo, elaborando las propuestas y aplicando los acuerdos alcanzados en el seno del mismo, además de ser el responsable de tomar medidas para que se adopten las recomendaciones del CISNS (en la Sección 2.3 *Descripción de la estructura organizativa se describe más exhaustivamente el funcionamiento del CISNS*).

Otros actores, como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Ciencia e Innovación, así como los municipios, desempeñan también determinadas funciones en la estructura global del SNS. La [Figura 2.1](#) ilustra la naturaleza de esas funciones.

Asimismo, en los últimos tiempos se ha otorgado al Ministerio de Sanidad la responsabilidad de la política social (tradicionalmente vinculada al Ministerio de Trabajo y, durante un breve periodo de tiempo, al Ministerio de Educación), con el mandato de poner en marcha el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), de carácter nacional. Esta configuración es tan reciente – data de junio de 2009 – que todavía no es posible dar a conocer las consecuencias funcionales de la integración de la política social con la política sanitaria. La jurisdicción principal sobre la administración y prestación de servicios y las transferencias de fondos dentro del SAAD corresponde también a los gobiernos autonómicos. Por lo tanto, el papel de la administración nacional en el ámbito de los servicios sociales se asemeja al que desempeña en el ámbito sanitario; también en este caso la estructura de gobierno actual prevé un Consejo Interterritorial del SAAD, que hasta la fecha está formado por el consejero con competencia sobre la cartera de servicios sociales de cada comunidad autónoma (en la mayoría de los casos, el consejero de trabajo) y el ministro competente del gobierno nacional (en la actualidad, la Ministra de Sanidad y Política Social). La relación (de haberla) con el marco de gobierno sanitario actual todavía no se ha establecido de forma detallada.

2.2 Antecedentes históricos: el proceso de descentralización

El desarrollo de la protección social en España comenzó durante el último cuarto del siglo XIX, dentro del marco de la recién creada Comisión de Reformas Sociales. A principios del siglo XX se creó el Instituto Nacional de Previsión (INP) con el objetivo de coordinar el diseño y la implantación de las primeras políticas de seguros sociales. El INP llevó a cabo el primer intento de desarrollar un seguro sanitario social para trabajadores con salarios bajos durante la Segunda República (1931–1936). En aquel momento, todos los partidos políticos apoyaron la propuesta de introducción de un paquete de seguridad social integral, si bien por diferentes motivos ideológicos y políticos. En 1936, el general Franco dio un golpe de estado y, tras tres años de guerra civil (1936–1939), instauró un régimen totalitario que duró hasta su muerte en 1975. Tras la guerra civil, el gobierno de Franco recuperó de una forma u otra muchas de las propuestas políticas de épocas anteriores. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social gestionó a través del INP la asistencia sanitaria de la Seguridad Social entre 1942 y 1977. Durante las décadas de los 40 y 50, el sistema de asistencia sanitaria pública para personas en situación económica desfavorecida continuó siendo en gran medida marginal en términos de cobertura de la población y extensión de las prestaciones. A modo de ejemplo, en 1942 el sistema público de seguro daba cobertura al 20% de la población, en 1950, al 30% y en 1960, al 45%. Con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1967, se inició la ampliación de la cobertura a los profesionales autónomos y a los

funcionarios con titulación. Como consecuencia, el porcentaje de población con cobertura ascendió del 53,1% en 1966 al 81,7% en 1978.



Durante los años 60, el sistema de seguridad social desarrolló una extensa red de centros y servicios de titularidad pública dedicados a la medicina general, la atención ambulatoria especializada y la asistencia hospitalaria. Esta actividad alcanzó su punto álgido con la creación de una amplia red de modernos hospitales públicos durante los años 60 y 70. Desde mediados de la década de los 60, el sector público ha sido el propietario del 70% de las camas hospitalarias disponibles y ha dado empleo al 70–80% de los médicos de hospitales. De hecho, ésta es una de las características distintivas más destacadas del sistema español actual y explica por qué la inmensa mayoría de los servicios de atención sanitaria son de titularidad pública, así como la elevada proporción de funcionarios y empleados públicos que se da entre el personal sanitario.

Hasta 1977 la asistencia sanitaria de la Seguridad Social estuvo encomendada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, entre 1977 y 1981 pasó al nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y desde 1981 es responsabilidad del Ministerio de Sanidad. La gestión de las redes públicas de centros y servicios sanitarios correspondió al INP desde 1942 hasta 1978, mientras que desde ese año y hasta 2002 estuvo en manos del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), entonces la máxima autoridad en la gestión de la asistencia sanitaria en el país, pese a que dependía jerárquicamente del Ministerio correspondiente.

Para finales de la década de los 70, el desequilibrio entre la moderna red de hospitales y la incompleta red de atención primaria era abrumador a favor de la primera, tanto en términos de presupuesto como en lo referente a las infraestructuras y a los recursos humanos. Las delegaciones provinciales eran la máxima autoridad gubernamental a nivel local y estaban encabezadas por un director provincial nombrado

por el Ministro del ramo. Dentro de las provincias, los ambulatorios y los hospitales presentaban una estructura organizativa similar, con un director médico y un consejo de gobierno, constituido fundamentalmente por funcionarios de la Seguridad Social, así como por algunos representantes del personal asistencial, del sindicato franquista y de la Organización Médica Colegial (OMC). Por otra parte, la organización de la atención primaria estaba muy fragmentada, ya que las responsabilidades se repartían entre distintos departamentos del Estado y, en general, adolecía de una escasa coordinación.

Históricamente, los servicios de salud pública, cuya creación se remonta a 1855, han sido competencia del gobierno central y, en particular, del Ministerio de la Gobernación (actual Ministerio del Interior). El papel del gobierno en este campo se centraba en los problemas de salud que afectan a la población en general, dejando los problemas de salud individuales en manos de las redes de asistencia sanitaria descritas. En esencia, la infraestructura y los servicios de salud pública sufrieron modificaciones muy poco significativas, con varias oleadas de descentralización y re-centralización. Este sistema de salud pública contaba inicialmente con el complemento de una red de hospitales generales u hospicios, propiedad de los municipios y las provincias, que se dedicaban a la asistencia sanitaria de la beneficencia y al tratamiento de enfermedades infecciosas. El papel de estas instituciones se redujo progresivamente conforme los centros de la Seguridad Social adquirían una función fundamental en la prestación de la asistencia sanitaria. La excepción era la atención a la enfermedad mental, que siguió prestándose en su mayor parte en hospitales psiquiátricos propiedad de las administraciones locales. Otras redes de asistencia sanitaria complementarias eran la asistencia sanitaria militar (Ministerio de Defensa), los hospitales universitarios (Ministerio de Educación) y los servicios sanitarios penitenciarios (Ministerio del Interior).

Ésta era la situación al comienzo de la transición (1976), por lo que los primeros gobiernos democráticos hubieron de afrontar diversos problemas que se enumeran a continuación.

- La variedad de redes de asistencia sanitaria y el gran número de departamentos responsables de las mismas llevaban aparejada una deficiente coordinación y una organización inadecuada. Por ejemplo, 53 departamentos de distintos ministerios tenían responsabilidades sanitarias en la administración central.
- La atención primaria y la prevención presentaban un grave retraso y estaban separadas de las principales redes de asistencia sanitaria. El sistema de Seguridad Social gestionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (principalmente centrado en la red hospitalaria) prestaba una significativa proporción de los servicios de asistencia sanitaria (en particular, la asistencia curativa), mientras que los servicios de salud pública eran responsabilidad del Estado (Ministerio del Interior). La asistencia sanitaria de beneficencia y la atención a la enfermedad mental – que dependían sobre todo de las autoridades locales – permitían atender a las personas que no estaban cubiertas por la Seguridad Social.
- La distribución geográfica de las estructuras y los recursos sanitarios era muy irregular, con un claro sesgo desfavorable a las zonas menos acomodadas del país y al ámbito rural.
- La cobertura sanitaria no era universal y existían graves desigualdades entre los tres grupos de población resultantes: los más necesitados (con un acceso restringido a la red de beneficencia, que también era limitada), el grueso de

los trabajadores asalariados (con cobertura de la red de la Seguridad Social) y las clases altas (que en su mayoría acudían al sistema privado de atención sanitaria, sobre todo para la atención primaria y preventiva).

En 1977 todos los programas, departamentos y centros sanitarios se integraron bajo la responsabilidad del recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. La Constitución de 1978 consagró el derecho de todos los españoles a la protección de la salud y estableció un nuevo marco organizativo basado en las regiones. Los objetivos constitucionales básicos se definieron como el reconocimiento del derecho de todos los españoles a un medio ambiente saludable y servicios sanitarios públicos adecuados; la definición de la división territorial de competencias en el ámbito de la salud pública y la asistencia sanitaria; y la consecución de la equidad en la distribución territorial de los recursos sanitarios, así como en el acceso a la asistencia sanitaria. En última instancia, esto permitió que se estableciera la cobertura universal y una significativa descentralización del sistema sanitario, que se puso en práctica progresivamente. Los primeros pasos dados por el gobierno central se indican a continuación.

- En primer lugar, en 1979 la responsabilidad de la administración sanitaria se otorgó a un organismo independiente denominado INSALUD, de carácter nacional y dependiente del Ministerio de Sanidad.
- En segundo lugar, se reformó el sistema de formación de los médicos generales, con la introducción en 1978 de la medicina de familia y comunitaria como una especialidad separada en el programa selectivo de médicos internos residentes (MIR) nacional.
- En tercer lugar, se pusieron en marcha las primeras fases del proceso de descentralización a las regiones (véase la [Figura 2.2](#)).

Estas reformas prepararon el terreno para la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS 1986), por la que se creó el SNS. 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 del modelo de financiación mediante cotizaciones a la Seguridad Social a un modelo financiado fundamentalmente mediante los impuestos generales. La excepción fueron tres mutualidades con financiación pública: MUFACE, MUGEJU e ISFAS, a las que pueden acceder exclusivamente los funcionarios públicos y que tienen un estatus cuasipúblico especial. Los funcionarios son el único grupo que puede elegir libremente entre la cobertura del SNS y la provisión privada³. La Ley General de Sanidad de 1986 define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de “todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud” y “el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas”. Los principios generales establecidos por la ley son:

³ En 2008, este grupo comprendía 2.242.783 personas, un 4,8% de la población española; aproximadamente el 14% de estas personas opta por la asistencia pública. Esta cifra se ha mantenido estable durante los últimos cinco años (MUFACE 2008; ISFAS 2008; MUGEJU 2008).

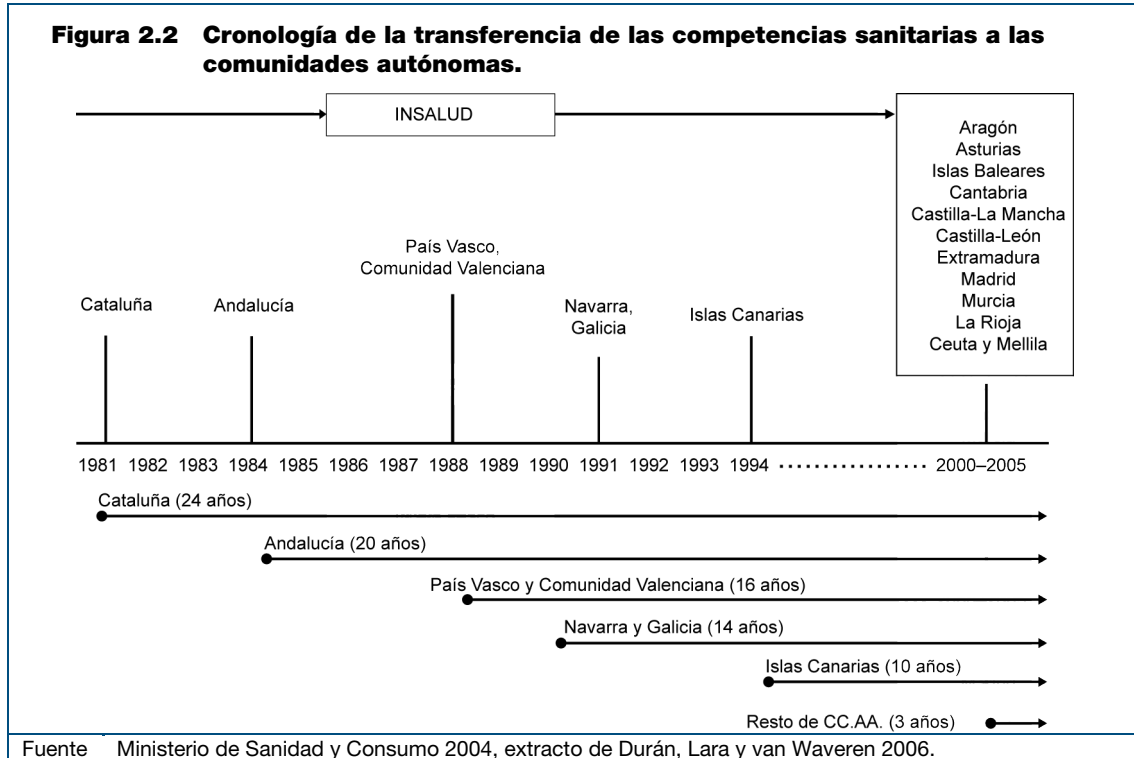
- la cobertura universal con libre acceso de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria;
- la financiación pública, fundamentalmente a través de los impuestos generales;
- la integración de las distintas redes de servicios sanitarios en la estructura del SNS;
- la transferencia de las competencias a las comunidades autónomas y la organización regional de los servicios sanitarios en áreas y zonas básicas de salud; y
- un nuevo modelo de atención primaria, que hace especial hincapié en la integración de las actividades de promoción, prevención y rehabilitación dentro de este nivel.

Desde finales de los años 80 y durante la década siguiente se fueron llevando a cabo poco a poco la mayoría de las reformas prescritas por la Ley General de Sanidad de 1986. La descentralización se realizó de forma progresiva. Se partía de una base común, ya que entre 1979 y 1981 se habían transferido a las 17 comunidades autónomas las competencias en materia de salud pública y planificación sanitaria. Además, todas las comunidades autónomas tenían ya responsabilidad sobre las múltiples redes públicas de asistencia sanitaria de ámbito local, muchas de las cuales se habían creado antes incluso del establecimiento del sistema de la Seguridad Social (SS). Estas redes incluían las antiguas redes de vigilancia y tratamiento de las enfermedades infecciosas, el sistema de beneficencia, la mayor parte de las actividades de prevención y promoción de la salud, la antigua red de asistencia primaria rural, la asistencia psiquiátrica y algunos programas de asistencia sociosanitaria (para simplificar, las denominaremos “redes anteriores a la SS”). Estas redes anteriores a la SS representaban aproximadamente el 15% del gasto sanitario total y su gestión fue el embrión de los servicios regionales de salud creados por cada una de las administraciones regionales para prepararse para la transferencia de la red de atención sanitaria de la Seguridad Social (es decir, el 85% restante del gasto sanitario) en una fase posterior. Los servicios regionales de salud eran responsables (y todavía lo son) de la gestión del sistema sanitario y de la prestación de los servicios correspondientes (inicialmente, sólo les correspondía la gestión de las redes primitivas enumeradas anteriormente) dentro de su territorio. Estaban bajo la jurisdicción de las consejerías de sanidad correspondientes, que en esa época, eran las encargadas de la planificación y la supervisión y cuya capacidad normativa se limitaba a la legislación subsidiaria.

El INSALUD gestionó la red de la Seguridad Social desde 1978. La transferencia de las competencias a los servicios regionales de salud se produjo de forma gradual, desde 1981 hasta 2002, cuando se realizaron las últimas transferencias (véase la [Figura 2.2](#)). Este proceso se desarrolló de forma asimétrica, por dos vías distintas que avanzaban a diferente velocidad.

- La vía rápida fue adoptada por comunidades autónomas con una tradición de autogobierno que se remontaba a periodos anteriores a la dictadura (el País Vasco, Navarra y Cataluña) o que contaban con una fuerte identidad regional (Galicia, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias). Estas siete comunidades autónomas, que aglutinan las dos terceras partes de la población española, lograron el traspaso prácticamente íntegro de las competencias en materia de salud entre ocho y 20 años antes que las otras.

- El segundo grupo, el de las otras 10 comunidades autónomas, que suman el otro tercio de la población española, permaneció dentro del INSALUD y, por lo tanto, bajo el control directo y la supervisión de la administración central hasta 2002.



La consecuencia directa del carácter fragmentado de este proceso a dos velocidades fue la enorme diversidad de niveles de experiencia y tradiciones de gestión de los distintos gobiernos regionales. Sin duda, esto contribuyó a la variedad y riqueza que se pretendía lograr con la descentralización. Permitted cierto grado de experimentación, sobre todo en el caso de las comunidades autónomas de vía rápida y, en cualquier caso, fomentó la necesaria formación de capacidad en la periferia (en el ámbito de la estructura, pero también en lo que respecta a la capacidad de gestión y, en términos más generales, a la cultura organizativa). Asimismo, preparó a las administraciones autonómicas para la enorme carga que supone asumir todo el control del sistema sanitario en su territorio.

Sin embargo, este planteamiento no estuvo exento de problemas, puesto que su principal virtud era también su principal defecto: las nuevas autoridades sanitarias regionales tenían toda clase de incentivos para centrarse de forma exclusiva en su propio territorio y, con frecuencia, perdieron la perspectiva más amplia necesaria en un sistema nacional de salud. En el periodo anterior, hasta 2001, el Ministerio de Economía y Hacienda establecía el presupuesto para sanidad en virtud de lo previsto en la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las comunidades autónomas (LOFCA). El presupuesto para sanidad era finalista y el Ministerio de Sanidad administraba la parte correspondiente al territorio del INSALUD y participaba en las negociaciones bilaterales con cada una de las consejerías autonómicas de salud. Obviamente, el monto de los recursos y la complejidad de las negociaciones diferían mucho, dependiendo de la fase en que se encontrara el proceso de transferencia de las

competencias. Las comunidades autónomas que ya habían integrado todas las redes asistenciales en sus servicios regionales de salud estaban acostumbradas al sistema de presupuestación anual incremental propio del INSALUD, pero se encontraban ahora sin el componente de la planificación central. No había ningún techo de gasto explícito, por lo que estaban autorizadas a generar un déficit y trasladarlo al siguiente periodo presupuestario. La administración central asumía ese déficit como base para el cálculo del próximo incremento, es decir, la diferencia entre el presupuesto vigente y el próximo presupuesto asignado. El gobierno central estaba “obligado” a reembolsar esa “deuda”. Al acumularse durante años, este problema – la llamada “deuda histórica” – se convirtió en una exigencia de las comunidades autónomas y fue objeto de duras negociaciones (y algunos regateos) durante el propio proceso de descentralización. El argumento utilizado normalmente era que el mecanismo de asignación por el que se determinaba la próxima asignación de fondos no era capaz de tener debidamente en cuenta la nueva situación y que algunas economías de escala habían desaparecido con la regionalización del sistema de salud, lo que hacía que la financiación fuera sistemáticamente insuficiente.

Un ejemplo ilustra las consecuencias de esta tendencia inicial de “ignorar” los intereses nacionales durante los años 90: la transferencia del personal sanitario del INSALUD que trabajaba en las comunidades autónomas de vía rápida al nuevo régimen, en el que pasaban a ser empleados de los servicios regionales, se tradujo en incrementos del coste de la mano de obra que no siempre fueron razonables. A esto contribuyó la feroz competencia entre las administraciones regionales para ofrecer a los trabajadores – que hasta entonces podían desplazarse dentro del país al ser funcionarios de la administración central – incentivos para permanecer en un territorio concreto durante el resto de su carrera profesional (Repullo 2007).

El primer intento eficaz de introducir el principio de corresponsabilidad fiscal en la financiación de los sistemas regionales de salud se produjo en 2001, justo antes de que se completara el proceso de transferencias. El Consejo de Política Fiscal y Financiera (el órgano de coordinación interterritorial en el que se sientan representantes del Ministerio de Economía y Hacienda y de los departamentos o consejerías regionales competentes) aprobó un nuevo sistema de financiación aprobado por el Parlamento nacional (Ley 21/2001). Esta ley se centró en los dos principales problemas de la anterior ley de financiación regional (LOFCA 1980): la suficiencia (todas las comunidades autónomas debían tener ingresos suficientes para financiar los servicios transferidos desde la administración central) y la solidaridad entre territorios, que se articulaba mediante políticas de redistribución. No obstante, el sistema de financiación autonómica de 2001 incluía también varias novedades: la primera era que, por primera vez, la financiación sanitaria no era finalista, sino que estaba integrada en el importe total de fondos asignados a cada comunidad autónoma. Como consecuencia, eran los gobiernos regionales los que establecían el presupuesto de sanidad tras analizar sus gastos en todos los sectores⁴. La única condición era que el gasto no podía ser inferior al del año de referencia, 1999. La segunda característica novedosa era la fórmula de asignación, que se basaba en un criterio per cápita ponderado por la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio. La tercera innovación, y probablemente la de mayor entidad, fue el reconocimiento de cierto grado de autonomía a los gobiernos regionales,

⁴ La mayor parte de la denominada “deuda histórica” tuvo que liquidarse incluso antes de que entrara plenamente en vigor el nuevo sistema de financiación.

que les permitía regular determinados componentes del sistema tributario nacional⁵. Esto suponía, por ejemplo, que podían modificar determinados tramos del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) y determinadas exenciones fiscales dentro de su territorio. El grueso de la financiación se obtenía con la cesión directa a las regiones de parte de los ingresos tributarios generados en el territorio de cada comunidad autónoma pero recaudados por la administración central: el 40% del IRPF, junto con el 35% del IVA y el 40% de otros impuestos indirectos, como los que gravan el alcohol, el tabaco y los hidrocarburos, así como el 100% del impuesto sobre la electricidad, el impuesto de sociedades, el impuesto sobre sucesiones y donaciones y el impuesto sobre el patrimonio. El sistema establece la existencia de mecanismos de nivelación regional y solidaridad interterritorial. Así, los fondos asignados con cargo al Fondo de Suficiencia se calculan en función de la diferencia entre los ingresos generados en una comunidad autónoma y la necesidad real de gasto determinada por la población ajustada. De esta forma, las comunidades autónomas más prósperas, como las Islas Baleares y Madrid, tienen un saldo negativo y son contribuyentes netas al Estado, mientras que otras comunidades, como Extremadura y Galicia, son receptoras netas. Actualmente este sistema está siendo objeto de una reforma destinada a profundizar en la autonomía financiera de las comunidades autónomas. La ley que recoge el nuevo sistema de financiación fue aprobada por el Parlamento en diciembre de 2009 y el nuevo sistema comenzará a aplicarse a partir de los presupuestos generales del Estado de 2011 (más detalles en el Capítulo 3).

Una vez completado el proceso de descentralización en 2002, el Parlamento español aprobó en 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, una norma legislativa que tiene por objeto lograr el equilibrio entre la descentralización y la coordinación nacional. Esta ley establecía un nuevo marco de coordinación, que respetaba la actual distribución de poderes, pero trataba de construir un marco nacional para garantizar la equidad y la calidad del SNS, fomentando la cooperación y el aprendizaje mutuo. Por medio de esta ley se crearon la Agencia de Calidad del SNS, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del SNS (organismos que se describen más adelante) y se asignó una función primordial a los organismos de coordinación que ya había creado la Ley General de Sanidad de 1986, tales como el CISNS.

La anterior legislatura (2004–2008) se caracterizó por un clima político con un nivel de confrontación poco común y las políticas sanitarias no fueron una excepción, lo que limitó la capacidad del CISNS para llevar a cabo su mandato. La división de las comunidades autónomas en dos bloques políticos distintos (grosso modo, autonomías gobernadas por el PSOE y autonomías gobernadas por el PP) impidió el correcto funcionamiento de los mecanismos básicos de consenso previstos por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Era necesario dar un paso más para consolidar los mecanismos de coordinación nacional y ese paso fue el Pacto por la Sanidad de 2008. Apoyado de forma unánime por todos los consejeros autonómicos (que pertenecían a gobiernos de todos los partidos políticos) y enmarcado en el CISNS, el Pacto tenía como objetivo explícito dejar fuera de la confrontación partidaria el SNS y la política sanitaria básica. El documento firmado identifica una serie de materias estratégicas para el SNS, que deben ser prioritarias en las deliberaciones del CISNS y que deben regularse por consenso. Estas materias son:

⁵ El País Vasco y Navarra disfrutaban de un privilegio histórico de autonomía total en la recaudación de impuestos en sus respectivos territorios, fuera del mecanismo general. Por lo tanto, su nivel de autogobierno fue muy elevado desde el comienzo en todos los frentes.

- los recursos humanos, incluida la planificación en relación con la escasez relativa de determinados perfiles
- la cartera de servicios sanitarios comunes
- la acreditación de servicios y centros de referencia nacionales
- las necesidades de financiación
- la salud pública, incluido el calendario vacunal
- los tiempos máximos de espera
- la política sobre drogadicción
- la calidad
- la innovación

Cuadro 2.1 Cronología de la reforma sanitaria, 1997-2009.

1997 Tiene lugar un amplio debate parlamentario y un proceso de consulta pública sobre la reforma sanitaria, que culmina con la aprobación de la Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS (con los mismos contenidos que el anterior Decreto de 1996).

1998 Se actualiza la lista de productos farmacéuticos excluidos de la financiación pública y se firma el primer acuerdo sobre medidas para la contención de costes con la principal patronal de empresas farmacéuticas (Farmaindustria). Se alcanza un nuevo acuerdo sobre el sistema de financiación autonómica sanitaria.

1999 Se aprueban deducciones fiscales para los planes de seguros sanitarios de empresa, a través de una provisión incluida en la Ley de los Presupuestos Generales del Estado. Se suprimen las anteriores deducciones fiscales al gasto sanitario privado. Mediante la misma ley, se abre el camino para la transformación de todos los hospitales públicos en agencias independientes, con el estatus legal de fundaciones públicas sanitarias. Se inicia un debate sobre los derechos de acceso al sistema público de los inmigrantes ilegales. Como consecuencia, se hace efectivo el acceso a todas las prestaciones públicas de los menores extranjeros, aprobado en 1990. Además, la Ley de Inmigración de 1999, aprobada por todos los partidos de la oposición pero no por el gobierno en minoría del Partido Popular, incluye plenos derechos también para los inmigrantes adultos.

2001 Aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica: por primera vez las competencias sanitarias se financian a través del presupuesto general para las comunidades autónomas y no mediante transferencias finalistas. La corresponsabilidad fiscal pasa a formar parte del sistema de financiación, con la cesión directa a las comunidades autónomas de parte de los ingresos fiscales generados en su territorio.

2002 El SNS completa el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las consejerías de sanidad. Las responsabilidades directas del gobierno central quedan restringidas a la regulación del marco general y la coordinación del SNS bajo el mandato del CISNS, así como la gestión de los fondos centralizados específicos previstos por el nuevo sistema de financiación autonómica.

2003 Entra en vigor la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud aprobada en 2002. Se refuerza el papel del CISNS y se crean, dentro de la estructura del Ministerio, la Agencia de Calidad del SNS y dos organismos dependientes de ésta, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del SNS.

2006 El CISNS aprueba la cartera de servicios comunes del SNS (que actualiza y precisa el contenido de la que se había establecido en 1995) e introduce un procedimiento de actualización.

2008 El Pacto por la Sanidad es aprobado por unanimidad en el CISNS, cuyos integrantes representan a todo el espectro político. El Pacto es un compromiso para mantener fuera de la lucha partidista determinadas materias estratégicas relativas al SNS.

2009 La política social de la administración central pasa a ser responsabilidad del Ministerio de Sanidad, que a partir de entonces se denomina Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS).

Fuente Actualizado de Rico y Sabés 2000.

La cartera de servicios del SNS se definió por primera vez en 1995 mediante un real decreto (Real Decreto 63/1995). Pese a las tendencias predominantes en otros países en esos momentos, el objetivo de esta norma no fue en ningún caso establecer prioridades o restringir los servicios a un paquete mínimo de servicios básicos comunes, sino consolidar todos los servicios existentes como servicios básicos y, por lo tanto, de prestación obligatoria para las comunidades autónomas. El resultado fue una cartera muy amplia

que sólo excluía la atención dental para los adultos⁶ y parcialmente la asistencia sociosanitaria. Además, las prestaciones farmacéuticas fueron objeto de una extensiva regulación en la década de los 90 (véase el epígrafe *Cartera de servicios* en la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia* y la Sección 6.6 *Prestación farmacéutica*). La Ley de Cohesión y Calidad del SNS estableció que la cartera de servicios básicos debía ser común a todo el sistema e incluir la atención primaria, la atención especializada, la prestación farmacéutica, la atención ortoprotésica, los productos dietéticos y el transporte sanitario, así como la salud pública y los servicios sociosanitarios, dejando la regulación explícita de la cartera de servicios a las comunidades autónomas. Sin embargo, en 2006 en el seno del CISNS se llegó a un acuerdo para definir la cartera de servicios comunes y establecer un procedimiento de revisión y actualización periódicas. Las comunidades autónomas ya han regulado, o lo están haciendo actualmente, sus respectivas carteras de servicios. Las administraciones autonómicas pueden ampliar o complementar la cartera de servicios comunes, pero están obligadas a garantizar como mínimo estas prestaciones a fin de lograr la equidad en todo el SNS. La inclusión de esta cuestión en el Pacto por la Sanidad de 2008 constituyó un hito importante para la cohesión del SNS (véase el [Cuadro 2.1](#)).

2.3 Descripción de la estructura organizativa

En la [Tabla 2.1](#) se resume el actual reparto de competencias entre las distintas administraciones con competencias en el Sistema Nacional de Salud. En los epígrafes siguientes se describen de forma exhaustiva las características y funciones de cada una de las administraciones, así como de las principales entidades públicas implicadas.

Tabla 2.1 Reparto de competencias en el SNS.		
Administración sanitaria estatal (Gobierno central)	Legislación básica y coordinación general del SNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)
	Asuntos sanitarios internacionales	
	Política farmacéutica	
	Gestión del INGESA ^(a)	
17 administraciones sanitarias regionales (CC.AA)	Legislación sanitaria autonómica	
	Aseguramiento	
	Planificación de servicios sanitario	
	Gestión y prestación de servicios sanitarios	
Autoridades locales (provincias y municipios)	Salud pública	
	Saneamiento	
	Colaboración en la prestación de servicios sanitarios y gestión directa de servicios de salud pública y sociosanitarios "residuales"	
Observaciones	(a) El organismo encargado de la asistencia sanitaria en las dos ciudades autónomas del norte de África, Ceuta y Melilla	

⁶ Las prestaciones excluían las limpiezas dentales para adultos (excepto en algunas comunidades y determinadas circunstancias), las prótesis dentales (excepto en los seguros de los funcionarios, que ofrecen un reembolso parcial), los aparatos de ortodoncia en adultos (y algunos niños) y las endodoncias e implantes.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)

Desde su creación en abril de 1987 hasta 2003, el CISNS estaba compuesto por un total de 34 miembros (17 representantes de la administración central y 17 de las comunidades autónomas). La Ley de Cohesión y Calidad del SNS elevó a este Consejo a la posición de máximo órgano de coordinación y modificó su composición (a partir de entonces está integrado por el máximo responsable del Ministerio de Sanidad y los consejeros de salud) para reflejar mejor la actual distribución de las responsabilidades sanitarias. Por lo tanto, desde 2003 el CISNS está integrado por 18 miembros de pleno derecho: la Ministra de Sanidad y los 17 consejeros autonómicos responsables de sanidad, más dos observadores permanentes, que representan a la administración sanitaria de las dos ciudades autónomas, Ceuta y Melilla. Cuando se debaten cuestiones específicas pueden incorporarse al CISNS, por nombramiento de la Ministra o de los consejeros autonómicos, representantes adicionales de la administración central o de las comunidades autónomas. Estos invitados pueden participar en el debate pero no tienen derecho a voto.

Las decisiones del CISNS se adoptan por consenso y se plasman exclusivamente en recomendaciones, ya que afectan a cuestiones que han sido transferidas a las comunidades autónomas (y sobre las que no existe relación jerárquica alguna entre el gobierno central y las administraciones autonómicas). En algunos casos, las comunidades autónomas y el gobierno central pueden firmar acuerdos que son vinculantes para ambas partes.

Según lo previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, el CISNS conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre materias esenciales relacionadas con la planificación, la evaluación y la coordinación del SNS. Para ello, el CISNS puede constituir comisiones técnicas – algunas permanentes, otras ad hoc – y grupos de trabajo. A fin de ilustrar estas funciones, en la [Tabla 2.2](#) se resume la actividad del CISNS en 2008 y se detallan también los órganos y grupos de trabajo activos durante ese año. El CISNS cuenta con una comisión de apoyo, la Comisión Delegada del CISNS, integrada por el Secretario General de Sanidad (administración central) y un miembro de cada comunidad autónoma con rango de viceconsejero o equivalente. Esta Comisión se encarga de preparar las reuniones del CISNS, asume la supervisión efectiva de las comisiones de expertos y los grupos de trabajo y aplica los acuerdos alcanzados en el seno del CISNS.

El Comité Consultivo del CISNS articula la participación de la sociedad civil. Este Comité recibe informes y asesora sobre el contenido y la formulación de los proyectos normativos que afectan a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico; se le consulta sobre los planes integrales de salud; y asesora sobre cualquier acuerdo o disposición del CISNS que afecte a los derechos y obligaciones de los pacientes y cualquier proyecto de disposiciones que afecten a los principios básicos de la política de personal del SNS. El Comité está integrado por los siguientes miembros:

- seis representantes de la administración general del Estado
- seis representantes de las comunidades autónomas
- cuatro representantes de la administración local
- ocho representantes de las organizaciones empresariales

- ocho representantes de las organizaciones sindicales

Tabla 2.2 Actividad del CISNS en 2008.

Plenos, comisiones y grupos de trabajo	Nº de reuniones 2008
Plenos del CISNS	3
Comisión Delegada del CISNS	3
Subcomisión de Sistemas de Información	3
Comité Técnico del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	1
Comisión de Transplantes y Medicina Regenerativa	3
Subcomisión de Transplantes de Progenitores Hematopoyéticos	1
Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones	1
Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica	2
Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud	2
Comisión Permanente de Farmacia	4
Comisión de Salud Pública	4
Ponencia de Sanidad Ambiental	5
Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica	2
Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas	1
Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud	1
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	2
Grupo de Vigilancia de la Gripe	1
Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria	2
Comisión contra la Violencia de Género	–
Comisión de Coordinación de la Inspección del Sistema Nacional de Salud	4
Comisión para Asuntos Relacionados con los Consejos de la Unión Europea	4
Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud	1
Fuente	CISNS 2009.

Administración general del Estado (gobierno central)

Varios órganos y ministerios del gobierno central tienen funciones relevantes en el Sistema Nacional de Salud. El gobierno central mantiene competencias en determinadas áreas estratégicas, entre las que cabe citar:

- la coordinación general y la legislación básica sanitaria
- la coordinación general y la legislación básica en materia de asistencia social
- la financiación del sistema
- la definición del catálogo de servicios y prestaciones mínimos garantizados por el SNS y el SAAD
- la sanidad internacional
- la política farmacéutica
- la regulación de la formación universitaria de grado y de postgrado en Medicina
- la investigación y la innovación.

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)

El Ministerio de Sanidad y Política Social garantiza el derecho efectivo de todos los habitantes a la protección de la salud. Es la máxima autoridad encargada de la coordinación del Sistema Nacional de Salud, así como de elaborar la política sanitaria y la legislación básica necesaria en materia de salud. También es la máxima autoridad nacional en temas de consumo. Como ya se ha indicado, el Ministerio ha asumido recientemente también la máxima responsabilidad en el ámbito de los servicios sociales y la atención a la dependencia (Real Decreto 1041/2009). Sus responsabilidades se enmarcan principalmente en el área de la elaboración de las líneas políticas fundamentales en materia de cohesión social, inclusión social, protección de la familia y de la infancia (las competencias de gestión y prestación efectivas de estos servicios están transferidas a las administraciones regionales y, en ocasiones, a las locales). Asimismo, es responsable de la coordinación del nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Los organismos que se indican a continuación operan bajo la autoridad directa del Ministerio y articulan las funciones enumeradas en la [Figura 2.3](#).

El Subsecretario de Sanidad y Política Social supervisa a los organismos que se citan a continuación:

- La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Esta Agencia se encarga de garantizar que todos los productos farmacéuticos registrados en España cumplan criterios de calidad, seguridad y eficacia clínica. Desde 1999, la Agencia es la responsable de evaluar la eficacia clínica de los medicamentos nuevos y de autorizar su registro comercial. Aunque se realiza de forma independiente, esta tarea complementa la labor de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, que depende de la Secretaría General de Sanidad (véase más adelante) y se encarga de la financiación pública de los medicamentos registrados.
- Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios. Es el órgano que ejerce las funciones directivas en materia de gestión del personal del Ministerio. Asimismo, le corresponde la gestión económico-presupuestaria y las funciones relacionadas con las tecnologías de la información.

Además, hay dos Secretarías Generales, una de sanidad y la otra de política social y consumo.

(1) La Secretaría General de Sanidad tiene competencias en materia de cooperación y sanidad exterior para el Sistema Nacional de Salud y supervisa directamente la actividad de los órganos que se indican a continuación.

La *Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios* se encarga de determinar qué medicamentos deben contar con financiación pública. El mecanismo se basa en *listas negativas*, es decir, listas de medicamentos excluidos por su reducido valor terapéutico o porque no han demostrado una relación coste efectividad incremental suficiente. Esta Dirección General desempeña también una importante función en la fijación de precios de los medicamentos. La estrategia de contención de costes en este ámbito se traduce en la fijación de “precios de referencia”. Se calcula así un precio recomendado para los medicamentos genéricos basado en todas las presentaciones que contienen el mismo principio activo. El resultado que se pretende lograr y que, según los datos disponibles,

efectivamente se ha alcanzado, es una reducción automática de todos los precios. Este sistema está en vigor desde 2003 (en la Sección 6.6 *Prestación farmacéutica se ofrecen más detalles sobre el mismo*).

La *Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior* es el órgano que asume las funciones de coordinación y regulación nacional en materia de información epidemiológica, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, salud laboral y sanidad ambiental. Asimismo, le corresponde la determinación de los criterios que permitan establecer la posición española ante la Unión Europea y en los foros internacionales en materia de salud pública, en colaboración con otros departamentos ministeriales. A la Dirección General de Salud Pública se adscribe el Plan Nacional sobre el Sida. Éste es el organismo encargado de la coordinación de la investigación, la información, la prevención y el tratamiento del sida.

La *Organización Nacional de Transplantes* es el organismo encargado de la coordinación de la extracción y el transporte de órganos y de la selección de los pacientes receptores en todo el territorio nacional.

La *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud* tiene bajo su control el Instituto de Información Sanitaria, la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. En esta Agencia se concentran las funciones de evaluación y supervisión a escala nacional y también la gestión de la financiación discrecional vinculada a la evolución del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Observatorio publica informes anuales sobre el Sistema Nacional de Salud y desarrolla o encarga análisis ad hoc en función de las necesidades del CISNS. El Instituto de Información Sanitaria es el organismo encargado de recopilar y custodiar bases de datos administrativas y estadísticas básicas relacionadas con la salud correspondientes a las comunidades autónomas, mediante la gestión del proyecto REBECA, bajo los auspicios de la Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS. Este ambicioso proyecto, iniciado en 2008, recopila un gran repertorio de datos generados en las comunidades autónomas, incluidos los determinantes de la salud (estilo de vida, condiciones de vida y trabajo, salud ambiental, seguridad alimentaria), la población (demografía), el estado de salud (indicadores generales del estado de salud, morbilidad y mortalidad), el sistema sanitario (calidad y resultados de la asistencia sanitaria, catálogo de servicios y accesibilidad, promoción, protección y prevención, recursos sanitarios y utilización de la asistencia sanitaria), el gasto sanitario, los medicamentos y productos sanitarios y los derechos del consumidor. Asimismo, el Instituto elabora el Conjunto Mínimo Básico de Datos nacional del alta hospitalaria, el Catálogo nacional de hospitales, el Catálogo nacional de centros de atención primaria y la Estadística nacional de establecimientos sanitarios con régimen de internado. También gestiona la Encuesta Nacional de Salud, el Barómetro Sanitario y el Registro Nacional de Mortalidad. Todas estas fuentes de información han permitido la elaboración del Conjunto de indicadores clave del SNS (INCLASNS). Los indicadores escogidos cubren datos demográficos, del estado de salud y sus factores determinantes, la oferta de recursos sanitarios, la actividad, la calidad, el gasto y la satisfacción del ciudadano. Estos indicadores se comunican periódicamente y constituyen el armazón de los informes anuales del Observatorio del SNS y de otras publicaciones ad hoc del Ministerio. Por desgracia y pese a que en los últimos dos años se han logrado avances considerables, todavía son escasos los formatos que ofrecen información comparativa completa de las comunidades autónomas. La implantación de la historia clínica digital nacional establecería sin duda unos cimientos sólidos para avanzar en la dirección correcta (véase una explicación detallada en el epígrafe *Regulación de la calidad asistencial* de la Sección 4.1 *Regulación*, así como en el epígrafe *Sistemas de información* de la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información*

sanitaria y en el epígrafe *Tecnología de la información* de la Sección 5.1 *Recursos materiales*).

El objetivo de la *Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad* es desarrollar, mantener y divulgar normas de calidad y estándares de práctica, indicadores, directrices clínicas, registros de buenas prácticas y registros de acontecimientos adversos. Este organismo es el encargado de elaborar y aplicar las estrategias de calidad del SNS previstas en el Plan de Calidad del SNS. Con frecuencia, estas estrategias llevan aparejados fondos finalistas destinados a ayudar a las administraciones en su aplicación. La acreditación de centros de referencia del SNS (y el desarrollo de la metodología para ello) también es responsabilidad de esta Oficina.

El *Observatorio de Salud de las Mujeres* está integrado igualmente en la Agencia de Calidad del SNS y asume las funciones de vigilancia y difusión de conocimiento para contribuir a la erradicación de las desigualdades en salud por razón de género. Asimismo, promueve activamente la integración del enfoque de género en el análisis del SNS en el marco del Plan de Calidad del SNS.

El *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)* es el órgano que gestiona los servicios sanitarios en las dos ciudades con Estatuto de Autonomía ubicadas en el continente africano (que representan el 0,3% de la población española).

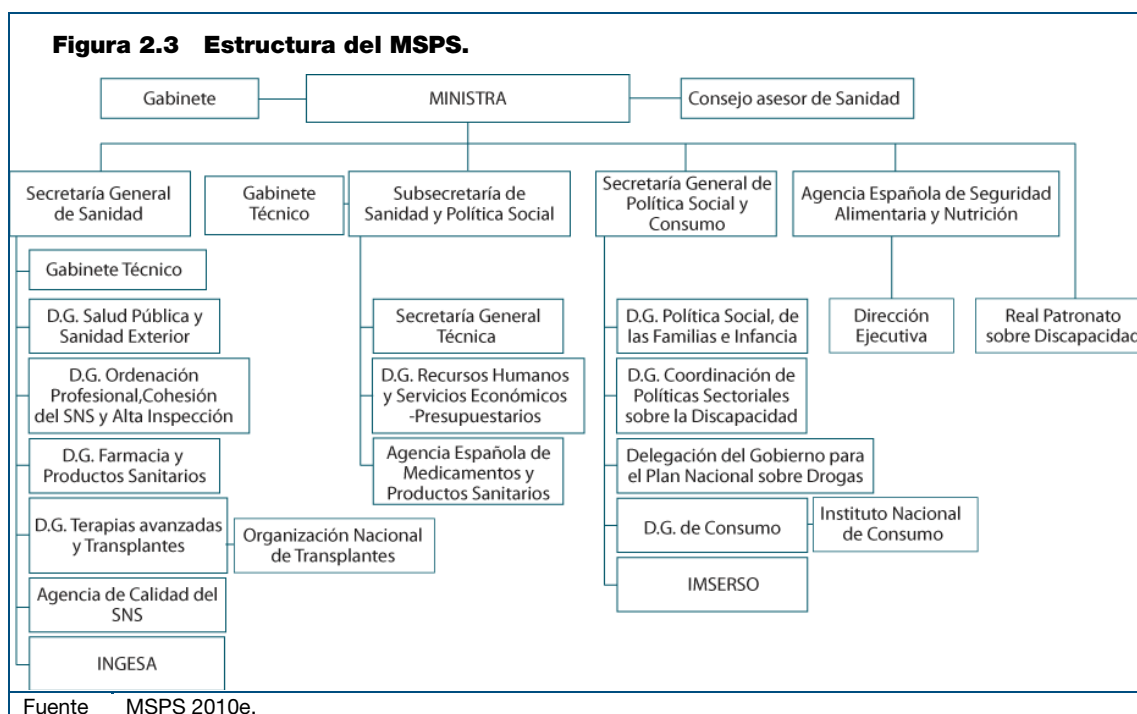
La *Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección* ha adquirido una mayor relevancia en los últimos dos años con la aplicación del Programa 311O (Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de 2009), que refuerza el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos del CISNS en las administraciones central y autonómica. Esta actualización de la función de alta inspección se traduce en una evaluación sistemática del nivel de aplicación de los acuerdos, la utilización de los fondos y la coherencia de los nuevos aspectos de la política regional con el marco nacional acordado.

(2) La Secretaría General de Política Social y Consumo es responsable de:

- El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): esta entidad gestora de la Seguridad Social se encarga de los servicios sociales complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social para las personas mayores, así como de los servicios para las personas en situación de dependencia.
- La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: corresponden a este organismo las funciones de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas.
- El Instituto Nacional del Consumo: es el organismo encargado de la inspección, el arbitraje, la investigación, la formación y otras tareas conexas en el ámbito del consumo. Sus competencias incluyen la coordinación con las administraciones autonómicas correspondientes.

Por otro lado, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad y Política Social, con la misión de coordinar la regulación y la inspección para garantizar el más alto grado de seguridad alimentaria. La cartera de funciones de la Agencia en el ámbito de la política sobre nutrición es amplia e incluye el diseño y la puesta en práctica de políticas centradas en la prevención de la obesidad y la reducción de enfermedades no infecciosas relacionadas con la alimentación. La Agencia puso en marcha en 2005 la Estrategia para la Nutrición,

Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Esta estrategia ha recibido el reconocimiento de la UE por su carácter innovador, ya que permite integrar muchos sectores distintos y ampliar de forma efectiva el ámbito de intervención (familia y comunidad, escuela, restaurantes y hoteles, productores, distribuidores y minoristas de alimentación, etc.). En la Sección 6.1 *Salud pública se analiza más detenidamente la estrategia NAOS* (MSPS 2009h).



Ministerio de Ciencia e Innovación

Desde julio de 2008, el Ministerio de Ciencia e Innovación tiene las competencias en materia de investigación e innovación en salud (anteriormente bajo la jurisdicción del Ministerio de Sanidad). De hecho, en la actualidad este Ministerio aúna toda la capacidad investigadora de distintos departamentos, con el fin de alcanzar mejores sinergias y una cooperación intersectorial más eficaz.

Existe una comisión conjunta a través de la que el MSPS se incorpora al proceso de toma de decisiones sobre el principal órgano nacional de investigación sanitaria, el Instituto de Salud Carlos III. Este Instituto tiene encomendadas funciones de promoción y coordinación de la investigación biomédica; formación de personal en salud pública y gestión de servicios sanitarios; servicios de salud pública; información sanitaria; evaluación de tecnologías; acreditación científica y técnica; y asesoría técnica. El Instituto realiza estas funciones a través de diversos organismos e institutos de investigación, como la Escuela Nacional de Sanidad, el Fondo de Investigación Sanitaria (principal origen de la financiación pública para investigación sanitaria y sobre servicios de salud) y una serie de centros nacionales de referencia encargados de diversas áreas de servicios de investigación sanitaria (epidemiología, investigación clínica y medicina preventiva, nutrición, salud ambiental, información sanitaria, microbiología y biología fundamental). Entre ellos, merece especial mención la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que evalúa la eficiencia y eficacia de las nuevas tecnologías

médicas y dirige la introducción coordinada de nuevas tecnologías en la cartera de servicios comunes del SNS. Como ejemplos de estas nuevas tecnologías cabría citar el tratamiento quirúrgico de la epilepsia y el tratamiento no farmacológico del Parkinson.

Conviene destacar que las funciones de evaluación de las tecnologías sanitarias se comparten con las comunidades autónomas, algunas de las cuales han creado sus propias agencias (especialmente Andalucía, el País Vasco, las Islas Canarias, Cataluña, Galicia y Madrid), que en ocasiones son anteriores a la propia agencia nacional. Las agencias autonómicas se crearon con el objetivo de dar una respuesta rápida a problemas locales relativos a la introducción de nuevas tecnologías y el uso correcto de las tecnologías ya aprobadas. Durante muchos años se ha debatido si la disponibilidad de este recurso en el ámbito local compensa la pérdida potencial de economías de escala derivada de la fragmentación de la capacidad de evaluación, la posible duplicación de esfuerzos y la puesta en cuestión de la lógica de la cartera de servicios comunes (más información en la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria*).

El sistema sanitario se apoya también en la labor de otros ministerios:

- El Ministerio de Educación es el responsable de la regulación de la formación universitaria de los profesionales sanitarios y, en colaboración con el MSPS, de la formación de postgrado y de la planificación de recursos humanos. Varias comisiones conjuntas y organismos especializados contribuyen a esta actividad.
- El Ministerio de Economía y Hacienda elabora el anteproyecto de ley de presupuestos generales del Estado, incluidos los de sanidad y política social, y se encarga de las transferencias de fondos a las comunidades autónomas y de la regulación de los seguros privados. Como se ha explicado en la Sección 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de descentralización*, el Consejo de Política Fiscal y Financiera desempeña una importante función en la negociación con las comunidades autónomas.
- El Ministerio de Medio Ambiente se encarga de asuntos de salud ambiental en coordinación con el MSPS.
- El Ministerio de Defensa, el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Administraciones Públicas, cada uno de los cuales gestiona un régimen de seguros que ofrece protección a sus funcionarios (véase también la Sección 2.1 *Descripción general del sistema sanitario*). Se trata de las mutualidades ISFAS, MUGEJU y MUFACE. Además, el Ministerio de Defensa continúa estando a cargo de la red de hospitales, centros sanitarios y farmacias militares, aunque la mayor parte de estos proveedores se han ido traspasando a los servicios regionales de salud.
- El Ministerio del Interior es responsable, a través de su Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, de la sanidad en los centros penitenciarios en la mayoría de las comunidades autónomas.

El papel de las administraciones autonómicas

La conclusión del proceso de transferencia de competencias en 2001 supuso el traspaso íntegro de las responsabilidades en el ámbito sanitario de la administración central a las administraciones autonómicas (véase la Sección 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de*

descentralización). Desde entonces, cada una de las comunidades autónomas tiene la jurisdicción primaria en la planificación y organización de su propio sistema sanitario, debiendo respetar tan solo el marco nacional establecido mediante la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003. Cada uno de los gobiernos autonómicos regula y desempeña las funciones de asegurador, comprador y proveedor para su población. El sistema de financiación autonómica les permite tomar decisiones sobre el presupuesto sanitario para su territorio, siempre que respeten los mínimos acordados a escala nacional. Asimismo, con el nuevo sistema han visto incrementada su capacidad de recaudación directa mediante impuestos (véase la Sección 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de descentralización*).

La estructura más habitual de los sistemas regionales de salud comprende una consejería o departamento de salud (o sanidad), responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria, y un servicio regional de salud que se encarga de la provisión de servicios. Hay unas pocas excepciones en las que las funciones de compra y provisión se han separado, incluyendo una red externa de proveedores. En estos casos, el servicio regional de salud actúa como comprador, subcontratando a una red de proveedores sin ánimo de lucro integrados en una red de proveedores públicos (más detalles en el Capítulo 4).

A estas consejerías o departamentos de salud compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la designación de áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. El modelo más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), en cada área de salud. Sin embargo, algunos de los servicios de salud de las comunidades autónomas han optado por crear una gerencia única de área que integra la atención primaria y la especializada. Las responsabilidades en el ámbito de la salud pública suelen estar centralizadas en la consejería o departamento de salud, aunque funcionalmente sigan la estructura básica de las áreas de salud (véase el Capítulo 4, en el que se describen de forma detallada los modelos de gestión).

En su calidad de principal asegurador de su población, el departamento de salud de cada comunidad autónoma define la cartera de servicios correspondiente. La cartera de servicios comunes se acuerda en el ámbito nacional en el seno del CISNS (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización). Sin embargo, las autoridades regionales tienen derecho a ampliar las prestaciones según las preferencias locales y criterios de necesidad y prioridad (este aspecto se explica más detenidamente en la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia*, así como en el Capítulo 6).

El papel de las administraciones locales

La Constitución española atribuye la mayor parte de las responsabilidades sanitarias locales a las comunidades autónomas, con la significativa excepción de las políticas básicas de saneamiento y otras actividades de salud medioambiental. Además, la Ley General de Sanidad de 1986 establece que los gobiernos locales deben mantener la propiedad y continuar financiando las redes de asistencia sanitaria heredadas del pasado, aunque la gestión y el personal deben ser transferidos a las comunidades autónomas. Esta peculiar configuración del reparto de poderes dio lugar a considerables problemas

durante los años 80 y 90, ya que algunos gobiernos locales bloquearon las transferencias o se negaron a seguir financiando los servicios de asistencia sanitaria gestionados por las comunidades autónomas. En un intento de resolver este problema, la ley concede a los gobiernos locales algunos derechos a participar en el gobierno del sistema, principalmente en funciones de asesoramiento, a través de su presencia en los Consejos de salud de área. Estos Consejos de salud de área se describen en la Ley General de Sanidad como órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión. Sin embargo, tras este conflictivo periodo de transición, la situación se ha estabilizado y ha adoptado múltiples formas según las fórmulas de colaboración ad hoc acordadas por las administraciones locales y su autoridad autonómica correspondiente. En la actualidad, el papel de las administraciones locales en el sistema es limitado, pero todas siguen encargadas de garantizar un medio ambiente saludable y en ocasiones también colaboran en la gestión de servicios sanitarios. Asimismo, todavía desempeñan una función clave en la implantación de programas de promoción de la salud y prevención de la drogadicción, así como en la atención sociosanitaria.

El papel de las compañías de seguros

El sector privado sin ánimo de lucro desempeña una función primordial en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estas contingencias están cubiertas por una serie de mutualidades, que financia la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, en su mayor parte mediante contribuciones de los empleadores. Hasta 1996, los servicios de salud laboral se gestionaban a través de los propios fondos mutualistas de la Seguridad Social, o directamente a través del Sistema Nacional de Salud. Desde ese año, estos servicios se han concertado progresivamente con entidades privadas sin ánimo de lucro, que también están capacitadas para gestionar las bajas por enfermedad correspondientes. En el sistema actual, el SNS y las mutualidades de la Seguridad Social se encargan de la incapacidad temporal por causas ordinarias, pero cuando la incapacidad se debe a la actividad profesional de una persona o a un accidente laboral, estas mutuas se hacen cargo de la prestación de la asistencia sanitaria y la rehabilitación necesarias, así como de la gestión de la transferencia de fondos que debe realizarse al trabajador para cubrir el periodo de incapacidad.

Las compañías de seguros con ánimo de lucro tienen un papel relativamente menor, aunque cada vez más relevante, en el sistema sanitario español. Su negocio depende en gran medida de su relación con las tres mutualidades de financiación pública a las que pueden adherirse exclusivamente los funcionarios de distintos departamentos gubernamentales. Como se ha explicado en la Sección 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de descentralización*, los funcionarios pueden optar por la asistencia médica totalmente privada, quedando así fuera del sistema público. Las mutualidades contratan la prestación de servicios con empresas privadas para el porcentaje de sus beneficiarios (más del 80%) que eligen esta opción y sus dependientes (que, en total, representan el 4,8% de la población general). Estas empresas integran el aseguramiento y la prestación de servicios a través de fórmulas de propiedad conjunta o concertos a largo plazo. Habría que subrayar que se ha apreciado una tendencia dentro de este grupo de usuarios a recurrir a la asistencia hospitalaria pública para las intervenciones que requieren alta tecnología, pese a que la regulación estatal prohíbe expresamente esa posibilidad.

Por su parte, los seguros privados voluntarios cubren aproximadamente al 13% de la población, aunque existen variaciones regionales, ya que comunidades autónomas como las Islas Baleares, Cataluña y Madrid presentan cifras superiores al 20% de la población (Tabla 2.3). La contratación de un seguro privado voluntario no conlleva una renuncia al sistema público, sino que se realiza con el fin de adquirir una cobertura complementaria, que es independiente del sistema público. Los ciudadanos contratan estos seguros para acceder a servicios para los que hay listas de espera en el sistema público, como la atención sanitaria especializada, o a servicios como la atención bucodental de los adultos, que están restringidos en la cartera de servicios comunes. A mediados de los años 90 se llevaron a cabo varias reformas destinadas a ampliar el papel de los seguros privados dentro del sector sanitario, incluidas distintas medidas fiscales, como la desgravación del 15% aplicada a todos los pagos de seguros sanitarios privados, seguida en 1999 por la aprobación de deducciones para los seguros privados de empresa (que, sin embargo, supuso la supresión de la desgravación fiscal general anterior).

Sumando estas dos categorías de seguros privados (los puramente voluntarios y los seguros de empresa) y las mutualidades de funcionarios (con financiación pública) mencionadas en los párrafos anteriores, el porcentaje de la población española cubierta por seguros privados aumenta hasta el 15% aproximadamente.

Tabla 2.3 Tipos de cobertura sanitaria por comunidades autónomas (%).

	Exclusivamente pública	Exclusivamente privada	Ambas	Otras situaciones
Total	85,1	1,4	13,2	0,3
Andalucía	90,8	2,3	6,6	0,4
Aragón	86,9	0,9	11,8	0,4
Asturias	86,1	0,3	13,5	0,1
Islas Baleares	74,1	0,7	25,0	0,2
País Vasco	79,5	0,6	19,9	0,0
Islas Canarias	92,8	2,0	4,9	0,3
Cantabria	92,7	1,7	5,4	0,3
Castilla-León	88,8	0,7	10,4	0,1
Castilla-La Mancha	92,4	0,7	6,5	0,5
Cataluña	74,9	1,1	23,9	0,2
Extremadura	97,3	0,4	2,3	0,0
Galicia	91,1	0,3	8,5	0,0
Madrid	75,3	1,9	22,7	0,1
Murcia	91,6	2,4	5,4	0,6
Navarra	94,4	0,8	4,2	0,5
La Rioja	92,0	0,3	7,8	0,0
Comunidad Valenciana	88,5	1,8	8,8	1,0
Ceuta y Melilla	96,0	1,8	2,3	0,0
Fuente	INE 2006.			

Conviene destacar los resultados del Barómetro Sanitario 2008 (una encuesta nacional sobre la percepción que la población tiene del SNS, encargada por el Ministerio a un organismo independiente, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), MSPS 2008b). Este análisis permitió comprender mejor las preferencias sobre el uso de distintos tipos de servicios y la función de la cobertura privada adicional. En lo que respecta a la atención primaria, el 62,9% de la población optaría por servicios públicos, frente a un 31% que preferiría la asistencia privada. En el caso de los servicios especializados ambulatorios, el 47,9% prefiere la prestación pública y el 43,6% se decanta por la privada. Por otra parte, cuando se trata de servicios en régimen de internado, los encuestados muestran una clara preferencia por los hospitales públicos (59%) frente a los centros privados (33,4%) y el patrón es muy similar en el caso de los

servicios de urgencias (el 61% prefiere los servicios públicos, frente al 31% que se decanta por los privados). También resulta revelador que el 50,2% de los encuestados consideraban que la situación de las listas de esperas para atención especializada ambulatoria y hospitalaria no había cambiado, y que aproximadamente el 34% pensaba que las autoridades sanitarias no estaban tomando medidas para mejorarla.

Otros proveedores

El sistema público concierta tradicionalmente con entidades privadas de servicios hospitalarios (en la mayoría de los casos, sin ánimo de lucro) entre el 15% y el 20% aproximadamente de la prestación de servicios sanitarios especializados. Por lo general, esta fórmula se utiliza para la adquisición de determinados servicios de diagnóstico de alta resolución o de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el marco de la gestión de las listas de espera (véase más información en la Sección 3.5 *Función de compra y relaciones comprador-proveedor*, así como en el Capítulo 7). Sin embargo, existen algunas excepciones en las que los servicios regionales de salud establecen contratos por los que se asigna íntegramente a otros proveedores la prestación de servicios a la población de una determinada área de salud.

El caso de Cataluña es particular, ya que en esta comunidad dos tercios de los servicios hospitalarios públicos los prestan hospitales privados sin ánimo de lucro integrados en la red de proveedores públicos por medio de contratos a largo plazo. Esta particularidad se debe a la configuración histórica de la infraestructura sanitaria catalana, derivada de la tradición de mutualismo de la sociedad civil catalana, vinculada a los trabajadores industriales. Con la creación del Servicio Catalán de Salud (Cat Salud) en 1981 y del SNS en 1986, la capacidad existente se incorporó a la prestación pública.

Más recientemente, desde mediados de la década de los 90, las comunidades autónomas han puesto en práctica distintas fórmulas que permiten la existencia de diversos proveedores. Sin embargo, en todos los casos estas fórmulas tienen un peso muy reducido en comparación con la provisión pública predominante. Algunas de estas nuevas fórmulas son los hospitales constituidos como empresas públicas, las fundaciones y los hospitales privados sin ánimo de lucro que son subcontratados para prestar servicios a un territorio concreto. En otros casos, se han introducido sistemas de iniciativa público-privada, realizando concesiones a empresas privadas que en ocasiones son propietarias y gestoras del servicio, mientras que, en otros casos, se limitan a construir el hospital y gestionar servicios. Andalucía, Galicia, Murcia, la Comunidad Valenciana y Madrid ofrecen ejemplos de estos sistemas (puede consultarse un análisis más extenso en la Sección 3.5 *Función de compra y relaciones comprador-proveedor* y en la Sección 4.1 *Regulación*).

El papel de los grupos de usuarios

La Ley General de Sanidad regula la participación ciudadana a través de la introducción de comités participativos en todos los niveles de la estructura de gestión del sector sanitario. No obstante, la mayoría de estos comités están integrados por representantes de los gobiernos locales y de grupos profesionales y el porcentaje de representación que se reserva a las asociaciones cívicas es bastante escaso. Este enfoque refleja en parte un intento por superar los problemas de coordinación creados por el patrón de reparto de

poderes entre niveles de gobierno y en parte el escaso desarrollo de las asociaciones de usuarios y las organizaciones de voluntariado en España, en comparación con otros países. Existen organismos de participación en los niveles que se enumeran a continuación.

- Los Consejos de salud de área, que actúan en cada área de salud para asesorar en la gestión de la asistencia primaria y comunitaria.
- Las Comisiones de participación hospitalaria, órganos consultivos establecidos para permitir la participación de los representantes de los municipios y las asociaciones locales de consumidores en la gestión hospitalaria. En 1990 estas comisiones se transfirieron a la estructura de gestión de las áreas de salud, con el objetivo de otorgarles un mayor papel en la coordinación de los servicios primarios y especializados a nivel territorial.
- El Comité Consultivo del CISNS a nivel nacional (véase el apartado sobre el CISNS), que informa, asesora y formula propuestas para el trabajo del Consejo Interterritorial y articula la representación de sindicatos, empresarios, consumidores y expertos.

Históricamente, la participación de la sociedad no siempre ha sido eficaz, en parte debido a la escasa actividad de las asociaciones españolas de consumidores como representantes políticos y en parte a la falta de receptividad de los órganos técnicos, dominados por profesionales, lo que en la práctica desincentivaba la participación activa de los profanos. Sin embargo, en la actualidad otra modalidad de participación está adquiriendo una creciente relevancia. Durante los últimos años se han producido avances considerables en este ámbito que merecen un reconocimiento. Los grupos de defensa de los intereses de los pacientes han proliferado como espacios para incorporar los puntos de vista de los pacientes al proceso de elaboración de políticas. Diversas asociaciones de pacientes con determinadas patologías (cáncer, trastornos mentales, enfermedades crónicas) han adquirido cierta capacidad estructurada de influencia en los órganos consultivos del SNS. La mayoría de estas asociaciones están organizadas en un grupo de presión, el Foro Español de Pacientes, que se está convirtiendo en el referente nacional para la interlocución política. Este grupo se inspira claramente en el Foro Europeo de Pacientes para la Comisión y el Parlamento Europeo, además de estar integrado en esa iniciativa. Esta novedosa representación de los pacientes se ha incluido sistemáticamente en la metodología para el diseño de las estrategias en salud del SNS bajo el paraguas del Plan de Calidad del SNS (más detalles, en la Sección 4.1 *Regulación*). Además, el tema de la participación pública está adquiriendo importancia también en la política regional y algunas comunidades autónomas están poniendo en marcha iniciativas destinadas a fomentar la participación ciudadana.

La representación de los profesionales

La debilidad de las asociaciones cívicas en España, en gran medida resultado de su prohibición durante el franquismo, también afecta a las asociaciones profesionales. Las únicas instituciones que pudieron actuar durante la dictadura fueron los colegios médicos provinciales, que se integraban en el nivel nacional en una estructura corporativa vertical, el Consejo General de Colegios de Médicos. Este consejo estaba representado dentro de las estructuras de gestión sanitaria por la Organización Médica Colegial

(OMC), un organismo político creado para proteger los intereses de la profesión y representarla en el nivel estatal. En los primeros años del periodo democrático, se crearon múltiples asociaciones profesionales con una base política o ideológica, aunque el porcentaje de profesionales que las integraban no era muy grande dentro del grueso de la profesión médica (según los datos de encuestas, el porcentaje de médicos afiliados era tan solo del 20%). Los principales sindicatos del sector son el sindicato de médicos CESM y la asociación de profesionales de la enfermería SATSE, así como los sindicatos de clase UGT (socialista) y CCOO (comunista).

Entre las asociaciones profesionales que han tenido un mayor impacto en la formulación de políticas se encuentran la OMC, de carácter conservador, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), a la izquierda del espectro político, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), que ha desempeñado un importante papel en el diseño, la formulación y la implantación de las reformas de la atención primaria y, más recientemente, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que ha adquirido una creciente influencia en las esferas política, de gestión y profesional. Además, los sindicatos mencionados, UGT y CCOO, han apoyado con frecuencia a la FADSP y a la SEMFYC en sus intentos de promover el desarrollo y la mejora del sistema sanitario público. Los sindicatos profesionales CESM y SATSE también han tenido una considerable influencia en los acuerdos salariales del sector.

Por último, existe una asociación profesional para cada una de las especialidades médicas. Estas sociedades médicas desempeñan un papel muy importante en la autorregulación de la profesión, el reclutamiento y la formación de profesionales. Todas ellas están representadas en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que ejerce algunas funciones de regulación, aunque su papel es generalmente de asesoramiento de las autoridades sanitarias. En el ámbito de la atención primaria, el SEMFYC, que representa a los facultativos que han recibido formación especializada en medicina de familia, coexiste con otras dos asociaciones (SEMG y SEMERGEN), que representan a otros sectores de la profesión.

La asociación nacional de proveedores privados (Federación Nacional de Clínicas Privadas) tiene una escasa fuerza tanto en términos políticos como en términos organizativos, excepto en Cataluña. En esta comunidad autónoma, hay dos asociaciones que rivalizan por la representación del sector privado concertado, la Unión Catalana de Hospitales (UCH) y el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC). Su influencia política en el ámbito catalán ha sido considerable, especialmente durante los años 90, tanto como grupos de interés como en el papel de consultores independientes.

El proceso de formulación de políticas

La mayoría de las características del proceso de formulación de políticas sanitarias en España se han descrito ya en las anteriores secciones. A modo de resumen, este proceso puede describirse como el proceso multilateral característico de cualquier Estado federal. Sus rasgos más peculiares, como la existencia de órganos de cohesión y coordinación se han explicado ya y también se han detallado los principales actores del proceso y sus respectivas competencias y funciones.

Como puede inferirse de la descripción anterior, la evaluación del rendimiento del SNS corresponde en última instancia al CISNS. Sin embargo, la actividad de evaluación se reparte entre los muchos organismos y comisiones enumerados en los apartados

anteriores, que han recibido el mandato explícito de evaluar distintos aspectos del sistema o políticas específicas. La responsabilidad de integrar toda la información generada y evaluar sistemáticamente el SNS en un marco conceptual de rendimiento no se ha otorgado de forma explícita a ningún órgano. Probablemente, el candidato natural entre los organismos existentes sería el Observatorio del SNS. De hecho, sus informes anuales sobre el SNS (cuyos datos proceden del sistema de información del SNS y de la información cualitativa facilitada por las comunidades autónomas) se elaboran con el fin de ofrecer una imagen completa del SNS. Sin embargo, suelen ser más descriptivos que evaluativos. Por otra parte, los análisis del rendimiento del sistema llevados a cabo por instituciones independientes o grupos de investigación tienden a centrarse en dimensiones específicas, en lugar de realizar evaluaciones globales. En el Capítulo 8 se recopila la información de evaluación disponible y se indican las áreas en las que existe un déficit de evidencias.

2.4 Empoderamiento de los pacientes

Derechos del paciente

La Ley General de Sanidad de 1986 establece el marco de referencia para los derechos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud:

- derecho a ser informado de sus derechos por las autoridades sanitarias;
- derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna razón;
- derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso;
- derecho a la confidencialidad;
- derecho a que se le asigne un médico, que será el *responsable médico* y su interlocutor principal con el equipo asistencial;
- derecho a ser advertido de si los procedimientos sanitarios que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación; en todo caso, será imprescindible la previa autorización del paciente;
- derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluido el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento;
- derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso;
- será preciso el consentimiento informado escrito previo del usuario para la realización de cualquier intervención, con algunas excepciones;
- derecho a negarse al tratamiento, solicitando el alta voluntaria, excepto en el caso de riesgo para la salud pública;
- derecho a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias;
- derecho a recibir un informe de alta por escrito, en el que se documente el proceso de atención en su estancia hospitalaria;
- derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud; y

- derecho a elegir el médico y los demás profesionales sanitarios de entre los disponibles.

Los principales derechos enumerados son también aplicables a los servicios sanitarios privados, aunque respetando el régimen particular de cada tipo de institución sanitaria.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reguló más exhaustivamente los derechos relativos a la información y la documentación clínica en el Sistema Nacional de Salud. Esta ley no se ciñe exclusivamente a los datos clínicos personales, sino que también regula la información relativa a los procesos administrativos (servicios y unidades sanitarias disponibles y requisitos para acceder a los mismos). Esta nueva ley permite a los usuarios poner en práctica otros derechos, como la libre elección de médico y de centro, la recepción de información sobre listas de espera, la solicitud de una segunda opinión médica, etc., que se detallan en los epígrafes siguientes. Asimismo, insta a las comunidades autónomas a establecer una estructura adecuada para mejorar el ejercicio de estos derechos. Específicamente, regula el derecho de acceso a la historia clínica y la custodia de ésta, permitiendo a los pacientes obtener copia de los datos que figuran en ella, y obliga a los centros sanitarios y a los profesionales individuales a conservarla en un formato que permita su transmisión (para el paciente), así como a prevenir de forma diligente el acceso no autorizado a la historia clínica por parte de terceros, excepto en situaciones muy concretas.

Dentro de este marco, todas las comunidades autónomas han desarrollado sus propias cartas de derechos y obligaciones de los pacientes, en algunos casos como parte de la ley autonómica de sanidad. La figura del defensor del paciente existe en la mayoría de los sistemas autonómicos y sus informes tienen cierta capacidad de influencia en la defensa de los derechos de los pacientes gracias a su repercusión en los medios de comunicación.

Derecho del paciente a elegir

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 (MSPS 2010h). En lo que respecta a la capacidad de elección del paciente, algunos servicios autonómicos de salud han desarrollado estos derechos de forma distinta para la atención primaria y para los servicios especializados utilizando normas ad hoc. Otras han regulado este derecho exclusivamente en el caso de la atención primaria, mientras que algunas comunidades autónomas se limitan a citarlo en su legislación sanitaria. Como es lógico, el desarrollo de normas y reglamentos en las comunidades autónomas ha dependido claramente de la fecha en que cada una de ellas asumió las competencias en materia de salud. En general, la posibilidad de elegir especialista y centro hospitalario está relativamente menos desarrollada que la misma opción en el ámbito de la atención primaria, donde es más común, aunque en la mayoría de los casos se puede elegir tan solo entre los médicos de familia disponibles en la unidad territorial del usuario, o en su área o zona de salud. En todos los casos, para acceder a la atención especializada es preciso que el médico de familia derive al paciente a la misma. En el caso de los usuarios menores de 14 años, esta función de puerta de entrada al sistema la realiza el pediatra de atención primaria, que está integrado en el equipo de atención primaria (EAP) multidisciplinar.

La administración sanitaria de la Comunidad de Madrid ha dado un paso más en 2009, con la creación de la denominada “área única sanitaria” de Madrid. Esta iniciativa conlleva la supresión de las áreas de salud, lo que permite a los pacientes elegir cualquier médico o centro sanitario, tanto de atención primaria como de atención especializada, de la red de utilización pública de la región. Hasta la fecha no se ha facilitado información sobre el marco normativo previsto ni sobre el funcionamiento de este sistema. Tampoco se dispone de pruebas sobre si el actual nivel de elección individual tiene alguna incidencia en la equidad y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

Información para los pacientes e historias clínicas

La ausencia inicial de disposiciones normativas sobre la historia clínica en la Ley General de Sanidad permitió la proliferación de regulaciones autonómicas, lo que dio lugar a una diversidad de sistemas de información y diseños de la documentación clínica, conducentes en última instancia a la introducción de historias clínicas digitales. En un intento de encontrar un mínimo común denominador y orientar a las comunidades autónomas que acababan de recibir las competencias de salud, la Ley 41/2002 estableció el concepto básico y el contenido mínimo de la historia clínica digital que debían cumplir las comunidades autónomas. Asimismo, estableció mecanismos para la coordinación nacional: el Instituto de Información Sanitaria recibió el mandato de desarrollar, en colaboración con las comunidades autónomas, un sistema de interoperabilidad aplicable en todo el país, estableciendo las bases para una historia clínica digital única por paciente. La Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS promueve y supervisa los avances en la implantación de los sistemas de interoperabilidad que permitirán la existencia de esta historia clínica única electrónica. La fase piloto está bastante avanzada y se espera que la implantación culmine a finales de 2010 (puede consultarse información exhaustiva sobre este asunto en el epígrafe *Sistemas de información* de la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria* y en la Sección 5.1 *Recursos materiales*).

En lo que respecta al acceso a la información de personas con discapacidad, España, como el resto de Estados miembros de la Unión Europea, cumple los requisitos de la Directiva 2004/27/CE, según la cual los envases del medicamento deben incluir información en Braille desde el 30 de octubre de 2005. De hecho, la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento ya había regulado este aspecto.

Las medidas destinadas a mejorar el acceso a la información de las personas que no hablan español han sido escasas y, en general, se han limitado a la disponibilidad de las cartas de derechos y deberes de los pacientes en otros idiomas, como árabe, chino, inglés y francés. La presencia de mediadores culturales y traductores en el SNS es poco frecuente y normalmente está vinculada a servicios sociales.

Vías de reclamación (mediación, reclamaciones), seguridad del paciente y compensación

El artículo 10.12 de la Ley General de Sanidad establece el derecho a utilizar vías de reclamación y propuesta de sugerencias (reflejando, de hecho, el contenido de los documentos sobre derechos y obligaciones de los pacientes que ya estaban vigentes en esa época). El artículo mencionado reconoce el derecho de cualquier ciudadano a presentar una reclamación, pero también garantiza la protección de ese derecho. Esta redacción es coherente con la legislación general de la Seguridad Social y con las normas que regulan el funcionamiento interno de los centros de atención primaria y los hospitales. Los cambios sociales que se han producido en los últimos años como

consecuencia de la evolución económica, jurídica y tecnológica se han reflejado en la generalización de los procedimientos jurídicos que garantizan estos derechos. De hecho, estos derechos se conciben como un imperativo legal, pero también como una oportunidad para mejorar la prestación de servicios mediante la interconexión de los procedimientos de reclamación y las sugerencias para la mejora de la calidad en centros, servicios y unidades sanitarias.

En la práctica, la forma de asegurar que los ciudadanos puedan ejercer sus derechos es garantizar que todos los centros sanitarios de las comunidades autónomas tengan directrices en las que se establezcan los derechos y las obligaciones de los usuarios, los servicios disponibles, sus características y también el procedimiento de presentación de reclamaciones o sugerencias.

La mayoría de las comunidades autónomas han publicado estos derechos y obligaciones mediante normas de rango legislativo o reglamentario. Además, la mayoría ofrece esta información también en Internet.

Los centros sanitarios tienen contratada cobertura de seguros para asistir a los profesionales en caso de litigio. En general, los distintos servicios de salud han creado unidades específicas a distintos niveles organizativos que actúan como el protector del paciente, como los *Servicios de Atención al Paciente* (SAP) o las *Unidades de Atención al Usuario* (UAU) y, como ya hemos indicado, la mayoría de las comunidades autónomas cuentan con un defensor del paciente.

Según los datos del Barómetro Sanitario 2008 (MSPS 2008a), las principales causas de las reclamaciones formales presentadas fueron: los tiempos de espera (29%), desacuerdos con los procedimientos asistenciales (19,4%), errores en el tratamiento clínico (17,9%) y un trato personal deficiente (11,4%).

La satisfacción de los pacientes y la percepción pública de los sistemas sanitarios

La cuestión de la satisfacción de los pacientes es objeto de atención continua en España. Se dispone de gran cantidad de información sobre la valoración que los pacientes hacen de distintos aspectos del sistema sanitario. En la [Tabla 2.4](#) se presentan los resultados de la última encuesta sobre el sistema sanitario encargada por el MSPS y realizada por el CIS, el Barómetro Sanitario, que se publicó por primera vez en 1995. Según los resultados de 2008, la satisfacción general con el sistema sanitario público alcanza, en una escala del 1 al 10, un 6,3, frente al 5,9 obtenido en 2002. La mayoría de los encuestados (el 68,1%) consideraba que el sistema “funcionaba bien o bastante bien”. Sin embargo, el 48,9% de los mismos entendía que “eran necesarios algunos cambios”. En comparación con las cifras obtenidas en 2004, el número de encuestados que afirman que el SNS funciona bien ha registrado un moderado incremento. El porcentaje de personas que consideran que el sistema necesita cambios fundamentales se ha reducido ligeramente (un 0,9%). El porcentaje de encuestados que consideran que el sistema debe rehacerse completamente se ha mantenido bastante estable, cerca del 5%.

Si se analiza la evolución de la satisfacción de los usuarios con los distintos componentes del sistema sanitario, se aprecia que, tras varios años en los que la valoración de la situación se mantuvo relativamente estable, a partir de 2000 se ha producido un descenso de los índices agregados de satisfacción. Entre 2002 y 2008, la percepción de los pacientes se ha deteriorado ([Figura 2.4](#)): en 2002, la mayoría de la población consideraba que el sistema de atención primaria había mejorado durante los cinco años precedentes y sólo el 5% creía que había empeorado. Por el contrario, para 2008 la valoración positiva había caído 10 puntos y la negativa prácticamente se había

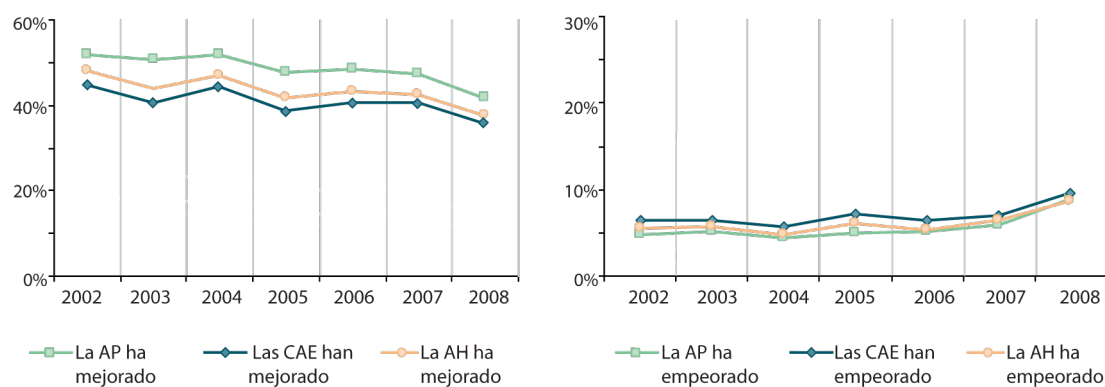
doblado. Esta tendencia puede apreciarse también en la valoración de la atención especializada ambulatoria y hospitalaria.

Tabla 2.4 Satisfacción de los pacientes o los ciudadanos con la asistencia sanitaria y/o con el sistema sanitario.

	2008	Variación		2004
		Absoluta	Relativa	
En general, el sistema sanitario funciona bastante bien (bien o bastante bien)	19,20%	-0,60%	-3,03%	19,80%
El sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	48,90%	1,80%	3,82%	47,10%
El sistema sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan	26,20%	-0,90%	-3,32%	27,10%
El sistema sanitario debería rehacerse completamente	4,90%	-0,10%	-2,00%	5,00%
No sabe/no contesta	0,80%	-0,10%	-11,11%	0,90%

Fuente MSPS 2009a.

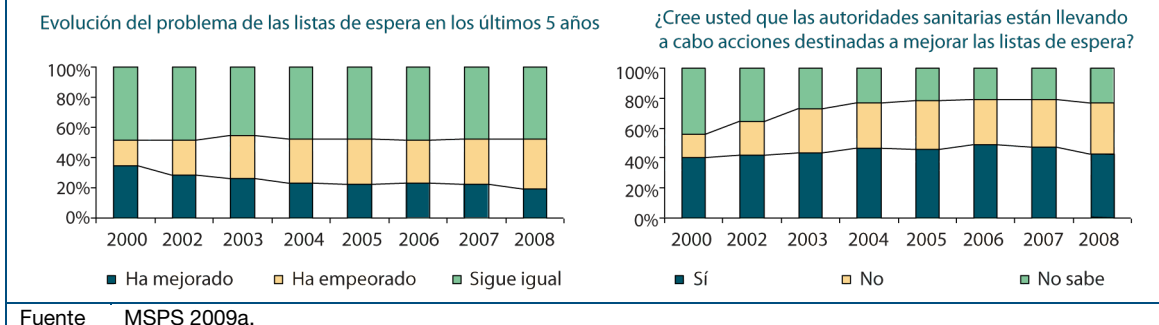
Figura 2.4 Valoración de los pacientes de la evolución de los distintos componentes de la atención sanitaria, años 2002-2008.



Observaciones CAE: consultas de atención especializada; AH: atención hospitalaria.

Fuente MSPS 2009a.

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 se deben a esta causa). En la [Figura 2.5](#) puede observarse la evolución de la percepción del público sobre este extremo. Durante la totalidad del periodo analizado, aproximadamente la mitad de la población considera que la situación se ha estancado y la proporción de personas que creen que la situación está mejorando ha ido reduciéndose con el transcurso de los años: el 30% lo pensaba en 2002, mientras que en 2008 sólo el 20% estaba de acuerdo con esa afirmación. Conviene resaltar que una proporción considerable de la población (en ligero aumento durante el mismo periodo) supone que las autoridades están tomando medidas para solucionar el problema; el descenso del porcentaje de personas que afirman que “no saben” si es así refleja el nivel de concienciación del público sobre este asunto.

Figura 2.5 Percepción del público de la evolución de las listas de espera y las medidas tomadas, años 2000–2008.

La percepción sobre el acceso a una cita con el médico y los tiempos de espera para entrar a la consulta una vez en el centro sanitario también ha empeorado, tanto en la atención primaria como en la especializada. Los problemas relacionados con la información reciben una puntuación más baja. En particular, la información institucional presenta el mayor descenso (más concretamente, la información sobre derechos y vías de reclamación, así como sobre la legislación y la normativa aprobadas por las autoridades sanitarias).

Acceso físico

Desde el 19 de mayo de 1989, fecha de aprobación del Real Decreto 556/1989, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios, se han aprobado diferentes normas de distinto rango legislativo destinadas a promover el acceso físico a los edificios públicos. Las comunidades autónomas pueden mejorar la normativa nacional y, en este sentido, desde 1981 se han aprobado varias leyes autonómicas para mejorar la accesibilidad o financiar las reformas necesarias en los edificios más antiguos. Además, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003 incluye la accesibilidad a las instalaciones sanitarias en los indicadores de calidad de los servicios sanitarios. En 2004, la Agencia de Calidad del SNS presentó al Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) las directrices de accesibilidad para hospitales y centros de atención primaria, que establecen los criterios que todos los centros sanitarios deben cumplir y fijan nuevos parámetros mínimos nacionales.

Atención sanitaria transfronteriza

La estructura cuasifederal del SNS suscita el problema de la atención sanitaria “transfronteriza” dentro del propio territorio español. El análisis exhaustivo más reciente sobre este problema es el presentado en 2007 por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario a la Conferencia de Presidentes Autonómicos (véase la Sección 3.1 *Gasto sanitario, en la que se incluye información más detallada sobre estos dos grupos*; véase también *Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario 2007*); los datos se refieren al periodo 2001–2005. En la [Tabla 2.5](#) se muestra la evolución del fenómeno,

indicando el número total de pacientes tratados fuera de su comunidad autónoma de residencia (“pacientes desplazados”) y los costes asociados⁷.

Tabla 2.5 Evolución del número de pacientes atendidos fuera de su comunidad autónoma de residencia y del coste del tratamiento.

	Flujos de pacientes desplazados entre CC.AA. (nº pacientes)	Coste total (EUR)	Coste medio por paciente (EUR)
2001	60.449	240.889.792	3.985
2002	61.207	253.198.046	4.137
%Δ 2002	1,25	5,11	3,81
2003	60.581	258.84.799	4.270
%Δ 2003	-1,02	2,17	3,22
2004	58.746	280.303.215	4.771
%Δ 2004	-3,03	8,36	11,74
2005	58.556	290.344.930	4.958
%Δ 2005	-0,32	3,58	3,92
Fuente	Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario 2007.		

En términos generales, el volumen de pacientes atendidos fuera de su comunidad autónoma de residencia se ha ido reduciendo, mientras que los costes totales y el coste medio por paciente atendido fuera de su comunidad autónoma de residencia han aumentado. Sin entrar en las posibles variaciones de precios que pueden haber provocado un ascenso de los costes de producción, conviene tener en cuenta dos factores. Por una parte, los instrumentos de financiación autonómica que permiten la compensación de los costes en que incurren las comunidades autónomas al atender a pacientes desplazados se crearon en 2001. Dado que el periodo observado es el transcurrido entre 2001 y 2005, es posible que las mejoras de la precisión de la facturación expliquen en parte el ascenso registrado en los costes totales y medios. Por otra parte, podría ser que los pacientes que reciben atención fuera de sus comunidades autónomas presenten patologías cada vez más complejas (y, por lo tanto, más caras).

La cifra de ciudadanos extranjeros tratados en los hospitales del SNS ha ido en aumento y en 2005 ascendía a 14.272 personas (véase la [Tabla 2.6](#)). La primera consideración a tener en cuenta es que estos datos se refieren únicamente a extranjeros no residentes en España (el sistema no diferencia entre los españoles y los extranjeros residentes). El incremento anual medio de las altas hospitalarias de extranjeros ha sido del 7,13%, una cifra considerablemente superior al porcentaje anual de crecimiento del total de altas (1,80%) durante el mismo periodo. Cuando se incluyen las cifras de hospitales privados, el crecimiento anual medio de las altas de extranjeros en hospitales españoles llega al 9,60%, frente al 0,64% del incremento anual medio del número total de altas entre 2001 y 2005. Andalucía, las Islas Baleares, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Ceuta y Melilla son las regiones que reciben el mayor volumen de pacientes extranjeros. El coste medio por paciente es claramente inferior al correspondiente a los pacientes procedentes de otras comunidades autónomas.

⁷ Estos costes en que incurre la Comunidad Autónoma receptora deben ser compensados por el Fondo de Cohesión Sanitaria (véase la Sección 3.3 *Recaudación de ingresos/origen de los fondos*, en la que se describe este fondo y su funcionamiento).

Tabla 2.6 Evolución del número de pacientes extranjeros que reciben el alta de hospitales del SNS y su coste por comunidad autónoma.

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Casos	Coste	Casos	Coste	Casos	Coste	Casos	Coste	Casos	Coste
Andalucía	1.550	5.025,8	1.492	5.226,2	2.364	6.815,3	2.614	8.237,0	3.918	13.977,3
Aragón	143	385,2	112	339,8	143	408,8	91	359,2	131	465,4
Asturias	53	161,9	63	234,7	58	218,0	57	208,2	68	248,9
Islas Baleares	1.443	4.579,3	1.346	4.553,8	1.282	4.410,2	1.377	5.676,3	1.267	5.179,7
Islas Canarias	163	573,1	192	618,0	66	281,5	69	223,5	17	146,9
Cantabria	543	1.389,0	721	1.868,3	918	2.410,3	1.122	3.009,0	1.183	3.464,6
Castilla-León	314	997,7	382	1.261,7	350	1.488,2	358	1.533,1	294	1.292,7
Castilla-La Mancha	73	205,1	113	373,6	85	287,6	-	-	73	425,0
Cataluña	2.923	8.857,3	3.135	10.037,1	2.709	10.156,1	2.908	12.038,4	3.155	13.095,5
Comunidad Valenciana	1.548	4.475,9	1.335	4.199,0	1.535	4.811,8	1.404	5.139,7	1.230	4.607,4
Extremadura	30	90,8	216	776,2	197	778,3	192	734,9	198	881,7
Galicia	-	-	196	710,5	221	869,2	241	969,3	230	1.041,0
Madrid	199	942,6	216	901,0	199	964,6	239	1.159,6	205	979,5
Murcia	117	397,7	138	618,7	103	460,6	69	240,4	87	363,3
Navarra	2	4,1	1	3,5	1	2,7	1	8,4	2	24,1
País Vasco	87	273,7	179	700,9	169	650,4	180	688,6	167	642,8
La Rioja	1	3,0	-	-	-	-	-	-	2	6,6
Ceuta	482	1.204,3	468	1.162,2	614	1.513,1	871	2.430,4	910	2.620,5
Melilla	845	1.888,9	640	1.462,7	1.030	2.517,2	986	2.905,1	1.135	3.487,4
TOTAL	10.516	31.455,4	10.945	35.048,0	12.044	39.044,0	12.779	45.561,0	14.272	52.950,0
Coste medio		2.991,0		3.202,0		3.242,0		3.565,0		3.710,0
Observaciones	Coste en miles de euros.									
Fuente	Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario 2007.									

3 Financiación

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se caracteriza por dos rasgos principales: el acceso universal a la sanidad de todos los ciudadanos españoles y la transferencia íntegra de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas españolas en un proceso que finalizó en 2002. La población, incluidos los inmigrantes en situación irregular, tiene derecho al acceso gratuito a una cartera bastante amplia de servicios y prestaciones, que no obstante, presenta determinadas limitaciones en la asistencia de larga duración y en los servicios dentales, así como cierta diversidad regional en el caso de algunas prestaciones concretas.

En el presente capítulo se describen los aspectos económicos y financieros del SNS, se abordan aspectos relativos a los gastos (incluido su análisis por comunidad autónoma, por funciones y por categorías económicas) y se explica el origen de la financiación y el procedimiento de asignación. La [Figura 3.1](#) ofrece una imagen global de los flujos financieros del sistema.

3.1 Gasto sanitario

El gasto sanitario en España ha seguido las tendencias alcistas internacionales, tanto en términos del gasto per cápita como del gasto como porcentaje del PIB ([Tabla 3.1](#)). La mayor parte del gasto sanitario se financia con fondos públicos. El porcentaje concreto se redujo progresivamente entre 1980 y 2000 y permaneció estable, aproximadamente en el 71%, durante la última década. El porcentaje del gasto sanitario financiado con seguros privados ha seguido una tendencia idéntica pero de signo opuesto, sin que desde 2005 se hayan registrado cambios significativos (6% del gasto sanitario total). Por otra parte, los gastos sufragados directamente por los ciudadanos han registrado un ligero descenso hasta el actual 21%.

En la [Figura 3.2](#) se analiza más detenidamente la dinámica anual durante el periodo 1991–2007. En lo que respecta al gasto sanitario total, parece que la tendencia al alza se aceleró a partir de 2002, año en que finalizó el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas. En total, la contribución privada al gasto sanitario total era del 21,3% en 1990. Para 2005 este porcentaje había registrado un significativo incremento, hasta el 30%, nivel al que se ha mantenido, con ligeros descensos, a partir de ese año. La introducción de incentivos fiscales para estimular el mercado de seguros privados en la segunda mitad de la década de los 90 puede explicar en parte este fenómeno (Rico y Sabés 2000).

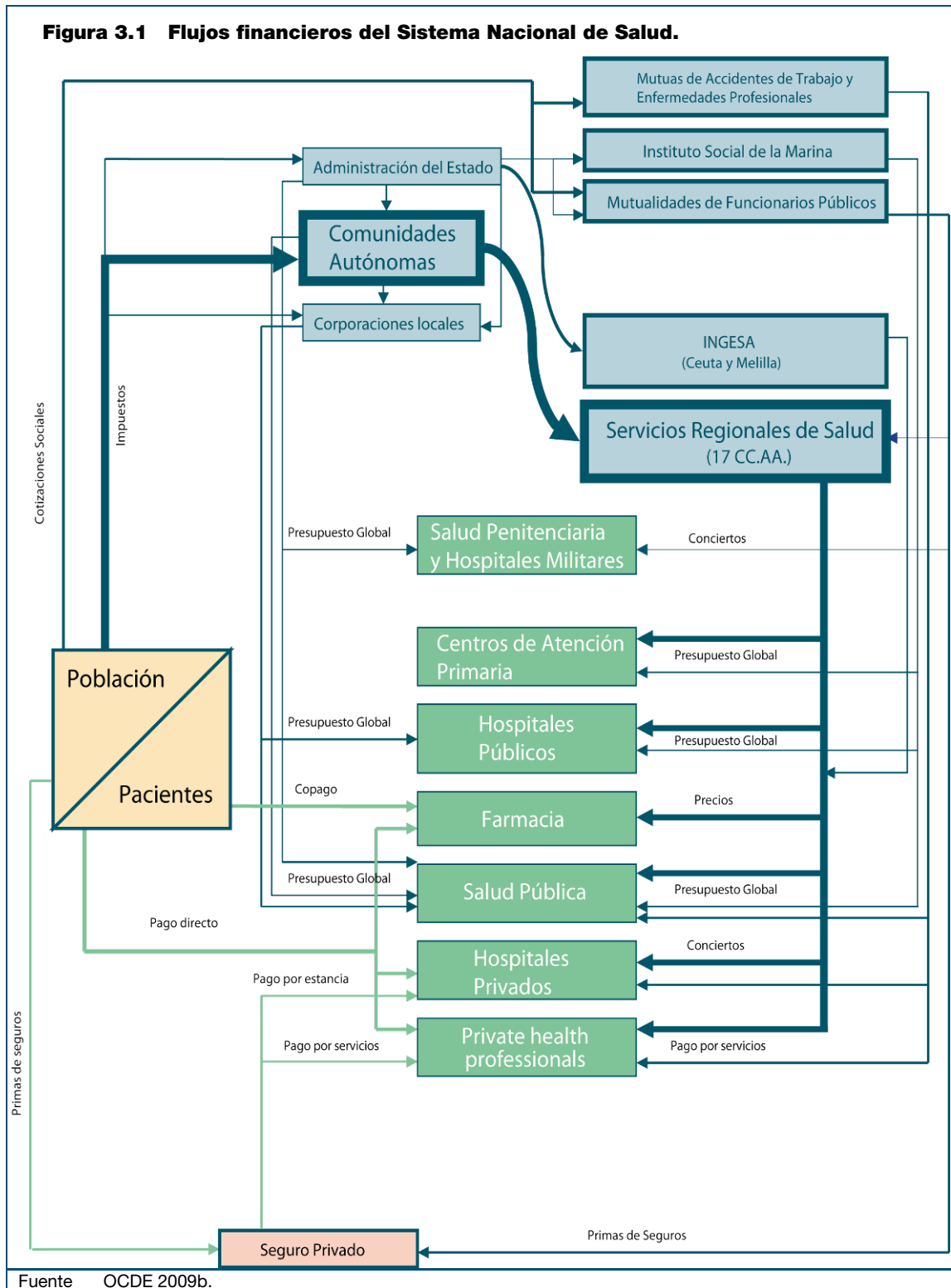
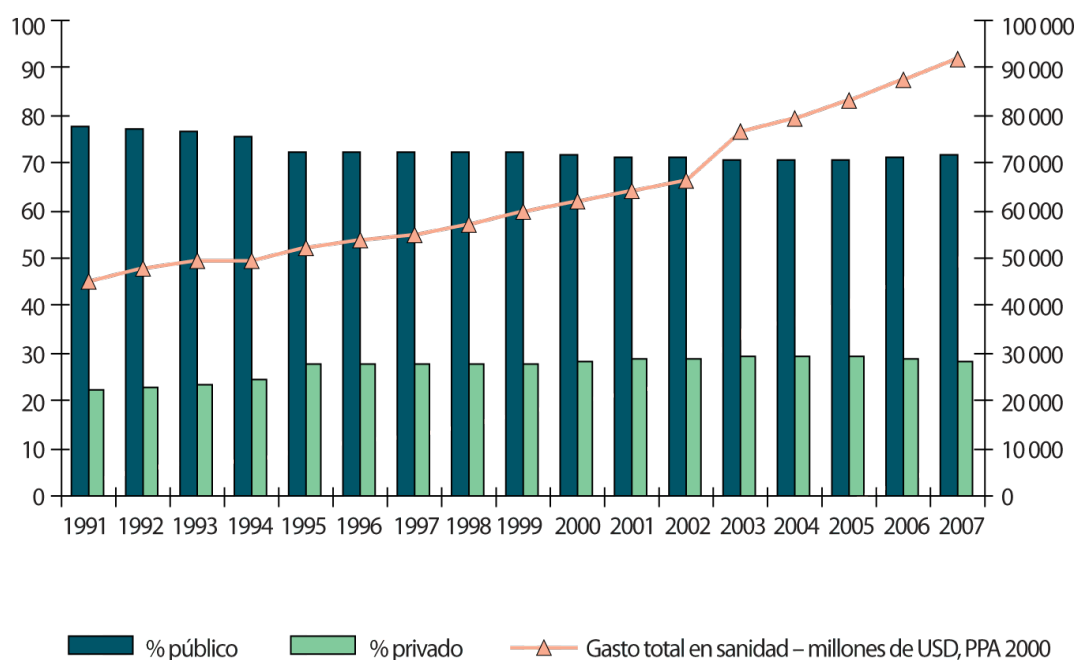


Tabla 3.1 Tendencias en el gasto sanitario en España, años 1980-2007

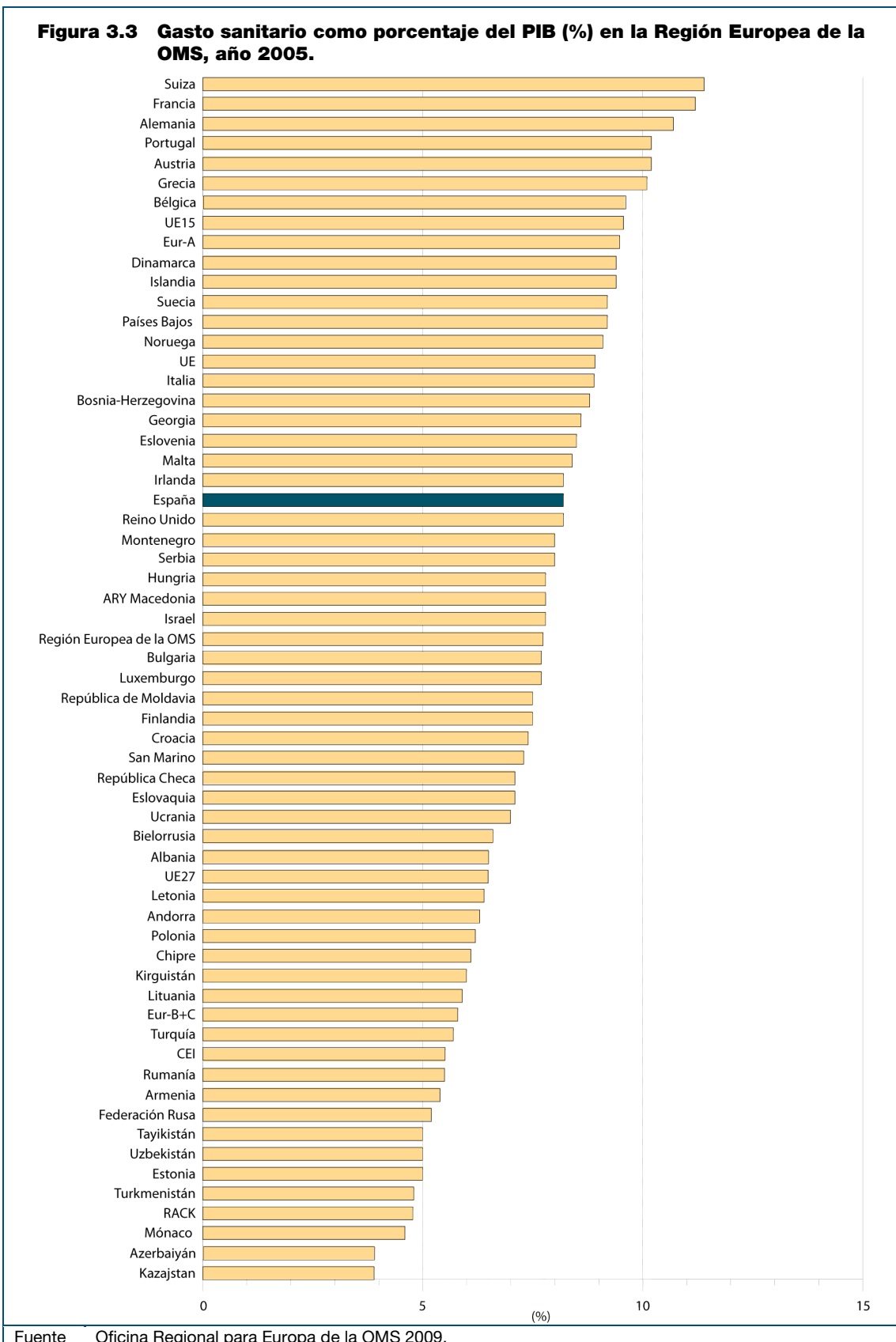
	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Gasto sanitario total per cápita USD en términos de PPA	363	496	872	1.193	1.536	2.267	2.466	2.671
Gasto sanitario total como % del PIB	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	8,4	8,5
Gasto sanitario público como % del gasto sanitario total	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,6	71,2	71,8
Seguros privados como % del gasto sanitario total	3,2	3,7	3,7	3,4	3,9	5,9	6,0	5,9
Gastos sufragados directamente por los ciudadanos como % del gasto sanitario total	N/D	N/D	N/D	23,6	23,6	22,4	21,5	21,0
Pagos directos de los ciudadanos per cápita USD en términos de PPA	N/D	N/D	N/D	281	362	507	530	562

Fuente: OCDE 2009b.

Figura 3.2 Evolución del gasto sanitario y peso relativo de los recursos públicos/privados.

Fuente: OCDE 2009b.

En comparación con el gasto sanitario de otros países de la Región Europea de la OMS, España invierte en sanidad un porcentaje del PIB (8,3%) ligeramente inferior al promedio de los Estados miembros de la UE15 (cerca del 10%) y similar a los niveles del Reino Unido y de Irlanda para el año de referencia (Figura 3.3). El gasto per cápita, 2.267 dólares estadounidenses (USD) en términos de paridad del poder adquisitivo (PPA), también es inferior al de la UE15 (por encima de los 2.900 USD PPA), y se sitúa justo por debajo de la cifra de Finlandia y por encima de la de Portugal para el año de referencia (Figura 3.4).



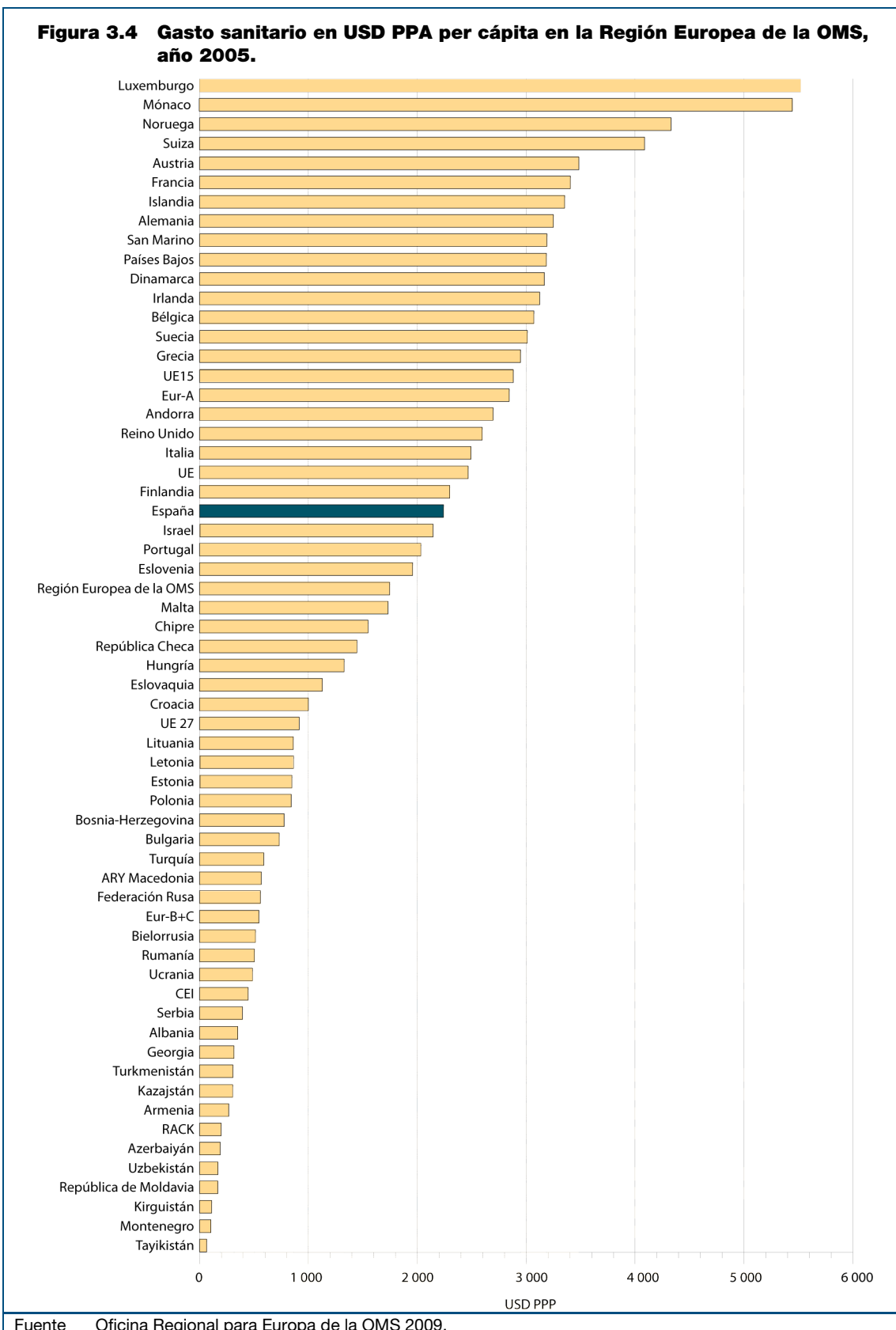
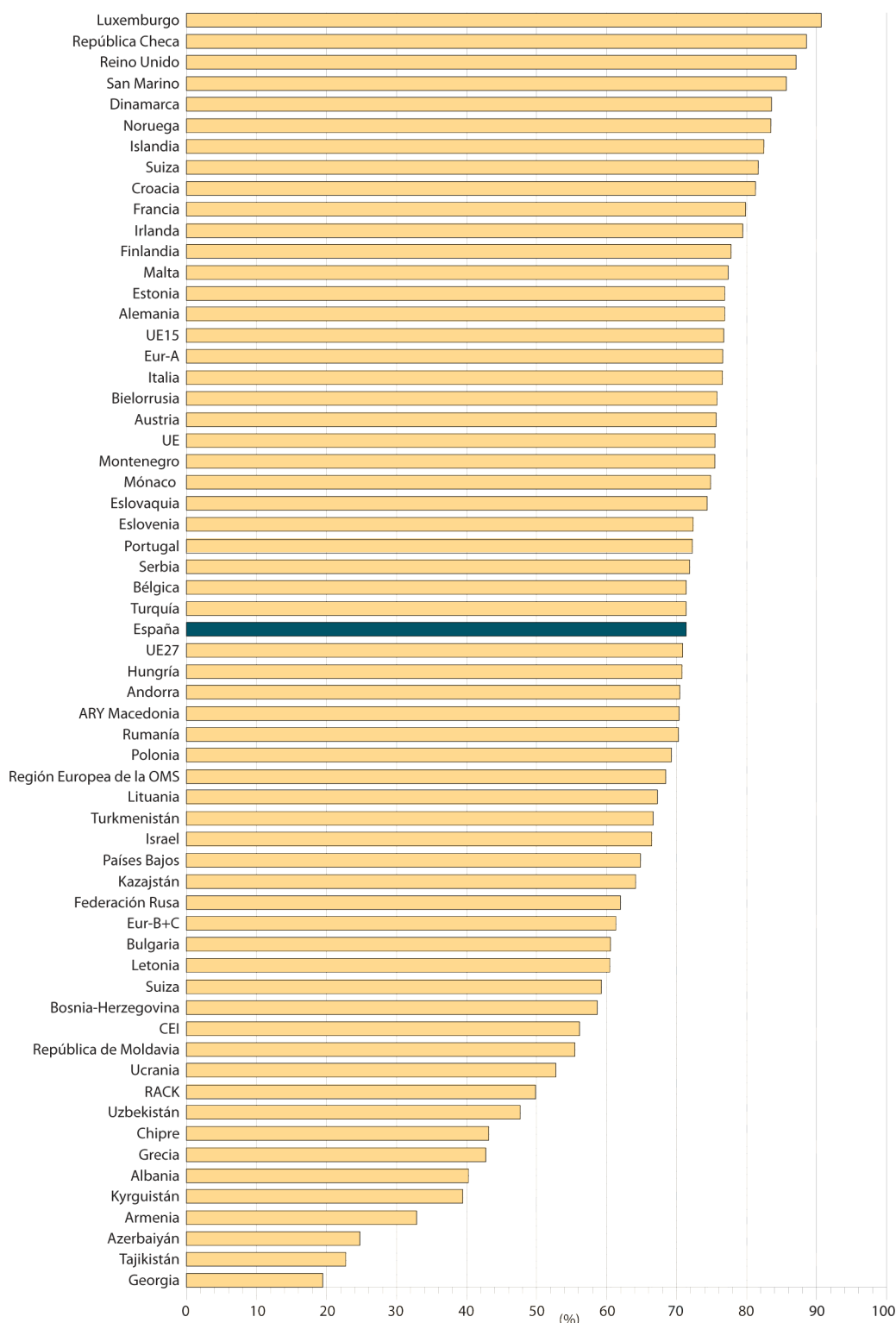


Figura 3.5 Gasto sanitario público como porcentaje del gasto sanitario total, año 2005.



Fuente Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.

El porcentaje del gasto sanitario total correspondiente al sector público en España (70,6%) se halla entre los más bajos de la UE15, cuyo promedio se sitúa cerca del 78% para el último año de referencia disponible (Figura 3.5).

Las cifras internacionales más recientes referentes a España (2007; OCDE 2009b) indican que un 28,8% del gasto sanitario total se financia con fondos privados. De este porcentaje, un 22,4% es sufragado directamente por los hogares (principalmente a través del copago de los productos farmacéuticos recetados a los menores de 65 años y el pago directo de medicamentos sin receta, la atención dental y artículos ópticos como gafas y lentillas), el 5,5% corresponde a seguros privados y el 0,9% restante lo gastan entidades privadas sin ánimo de lucro que atienden a las familias.

El gasto público también merece un análisis más profundo. La fuente de información más fiable en este ámbito es el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, un grupo de trabajo integrado por expertos y liderado por la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), que depende del Ministerio de Economía y Hacienda, y que se reúne bajo los auspicios de la Conferencia de Presidentes Autonómicos¹. Según datos del último informe publicado por este grupo de trabajo, las comunidades autónomas administran el 89,81% de los recursos públicos, la administración central gasta el 3% y el 1,25% corresponde a los municipios; las dos ciudades autónomas del norte de África representan el 0,01% del gasto público.

Tal como se describe en el Capítulo 2, hasta 2002 coexistieron en España distintos modelos de organización del gasto. El modelo más extendido, aplicado en 10 comunidades autónomas, se caracterizaba por la administración y financiación centralizadas de la asistencia sanitaria por parte del INSALUD. El segundo modelo, que se daba en cinco comunidades autónomas, estaba definido, por el contrario, por la descentralización de la administración y de la responsabilidad sobre los gastos. En estas cinco comunidades autónomas, el gasto se financiaba mediante fondos específicos, que permitían una escasa autonomía fiscal y, a su vez, dificultaban la asignación de recursos adicionales a la sanidad pública. El tercer y último modelo era el vigente en Navarra y el País Vasco, dos comunidades autónomas que disfrutaban de autonomía de gasto y de un elevado nivel de autogobierno en el ámbito tributario. El proceso de descentralización de la sanidad y la financiación en España se ha extendido desde 2002 a todas las comunidades autónomas. Además, el nuevo sistema se aleja del anterior modelo, que establecía fondos finalistas para la asistencia sanitaria, en tanto en cuanto integra la financiación sanitaria en el sistema de financiación general de las comunidades autónomas (véase la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia*).

La atención sanitaria es la competencia más importante de las comunidades autónomas. Representa, junto con otra partida de gasto social, la dedicada a la

¹ El Presidente del Gobierno convoca esta cumbre de alto nivel en la que se reúnen los presidentes de todas las comunidades autónomas. Hasta la fecha han tenido lugar cuatro de estas Conferencias de Presidentes temáticas (la primera, en 2005). Cada una de ellas ha abordado asuntos políticos relevantes sobre los que tienen competencias tanto la administración central como las comunidades autónomas, tales como la investigación y la innovación, la coordinación del Sistema Nacional de Salud, la financiación autonómica y la asignación de recursos, la política del agua, el desempleo y la crisis económica. De estas Conferencias surgen acuerdos y recomendaciones que constituyen mandatos para los correspondientes órganos encargados del diseño de políticas, por ejemplo, el CISNS. La Conferencia de Presidentes de 2005 dispuso la creación del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, que trabaja desde entonces para generar pruebas en las que puedan basarse los acuerdos sobre financiación autonómica y el funcionamiento de los fondos de compensación y garantía en el ámbito sanitario. Hasta la fecha este grupo ha publicado dos informes, el primero se publicó en 2005 y abarcaba el periodo 1999–2003, mientras que el segundo incluía datos del periodo 2003–2007 y se publicó en 2008.

educación, más del 70% del total de los fondos públicos que gestionan las comunidades autónomas.

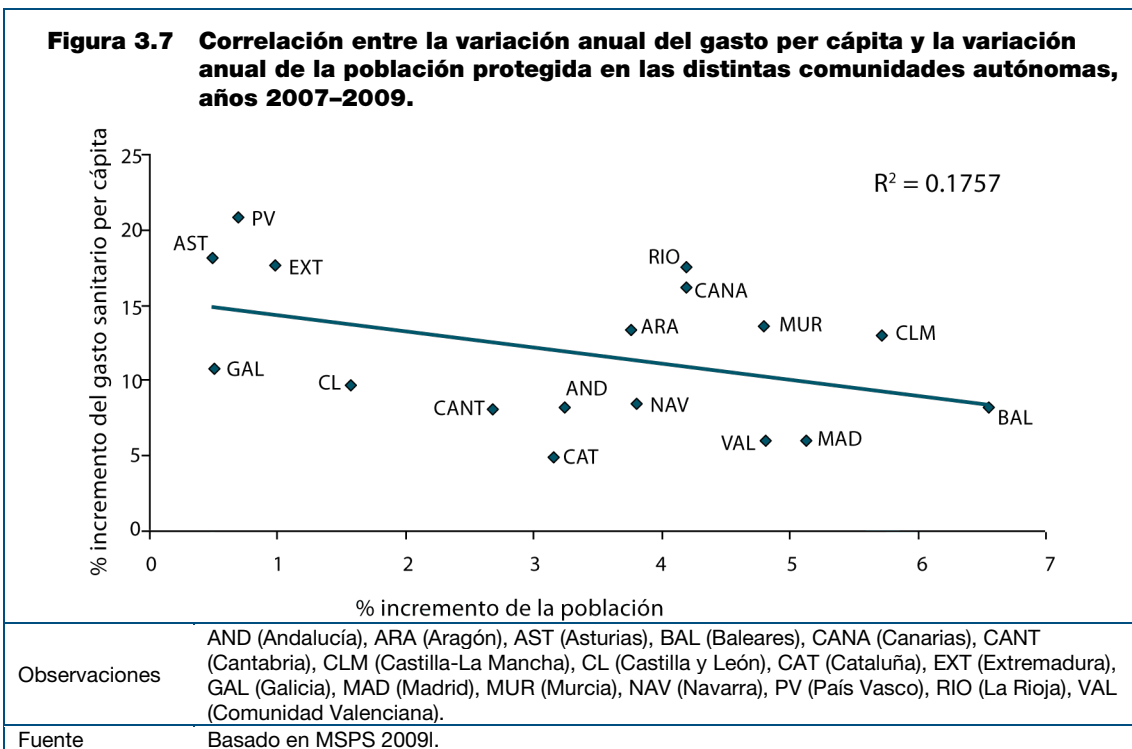
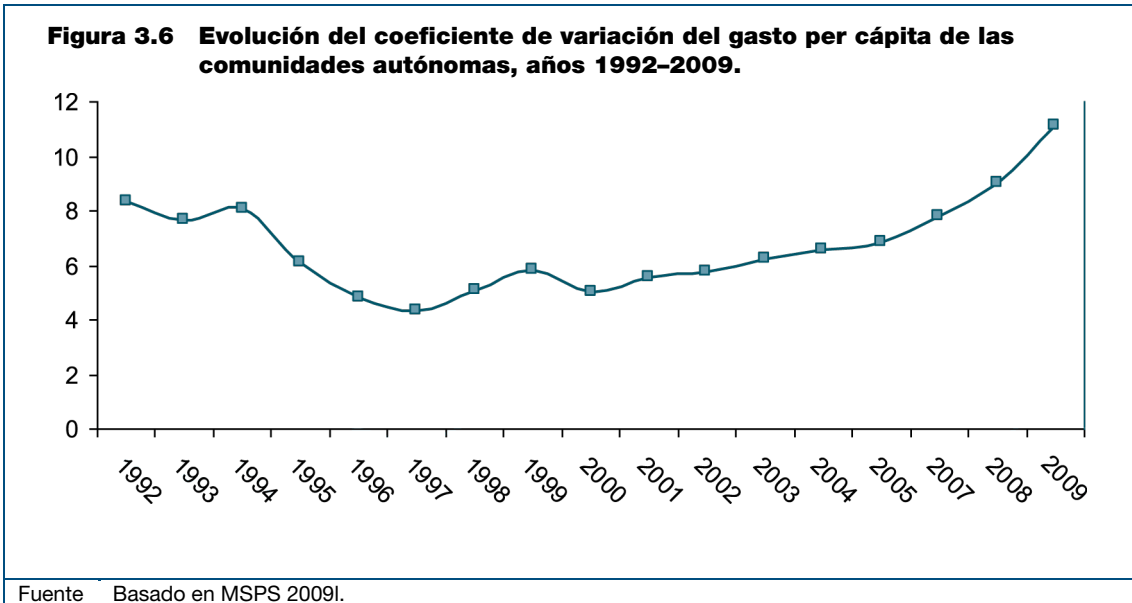
El gasto per cápita nacional registró un incremento medio anual del 6,97% en el periodo 1999–2005, con variaciones interanuales que oscilaron entre el 4,82% (2001) y el 9,05% (2003). En el ámbito autonómico, el gasto per cápita (sin tener en cuenta los gastos de capital, sino tan solo los gastos corrientes) ha experimentado un incremento anual medio de entre el 5,38% y el 10,82% durante el mismo periodo, en el que se han producido también ascensos sustanciales de la población protegida. En la [Tabla 3.2](#) se presentan las cifras correspondientes al periodo 2007–2009. En este caso, el incremento porcentual del gasto per cápita a escala nacional fue del 6% en 2008 y del 3,2% en 2009 (es posible que la austeridad forzada por la crisis económica esté detrás de esta desaceleración del crecimiento).

Tabla 3.2 Gasto de las comunidades autónomas por persona protegida e incremento anual, años 2007–2009.

	2007 (€)	2008 (€)	2009(a) (€)	08/07 (%)	09/08 (%)
Andalucía	1.096,2	1.171,11	1.186,45	6,77	1,31
Aragón	1.252,41	1.324,19	1.418,95	5,73	7,16
Asturias	1.236,27	1.268,77	1.460,58	2,63	15,12
Baleares	1.040,93	1.096,12	1.126,43	5,30	2,76
País Vasco	1.219,07	1.72,76	1.432,04	12,61	4,32
Canarias	1.338,39	1.479,88	1.617,42	10,57	9,29
Cantabria	1.203,05	1.334,84	1.397,97	10,95	4,73
Castilla y León	1.215,25	1.254,63	1.313,96	3,24	4,73
Castilla-La Mancha	1.105,75	1.177,64	1.249,27	6,50	6,08
Cataluña	1.197,97	1.279,00	1.314,36	6,76	2,76
Extremadura	1.326,28	1.443,95	1.560,82	8,87	8,09
Galicia	1.216,28	1.299,60	1.347,14	6,85	3,66
Madrid	1.084,18	1.134,55	1.148,84	4,65	1,26
Murcia	1.125,53	1.243,66	1.279,09	10,50	2,85
Navarra	1.287,73	1.360,67	1.397,38	5,66	2,70
La Rioja	1.032,99	1.076,68	1.094,82	4,23	1,68
Comunidad Valenciana	1.196,73	1.240,42	1.255,86	3,65	1,24
TOTAL 17 comunidades autónomas	1.152,15	1.221,86	1.261,22	6,05	3,22
Desviación estándar	92,35	113,80	147,05	–	–
Coefficiente de variación	7,8%	9,00%	11,1%	–	–
Observaciones	(a) datos provisionales				
Fuente	MSPS 2009l.				

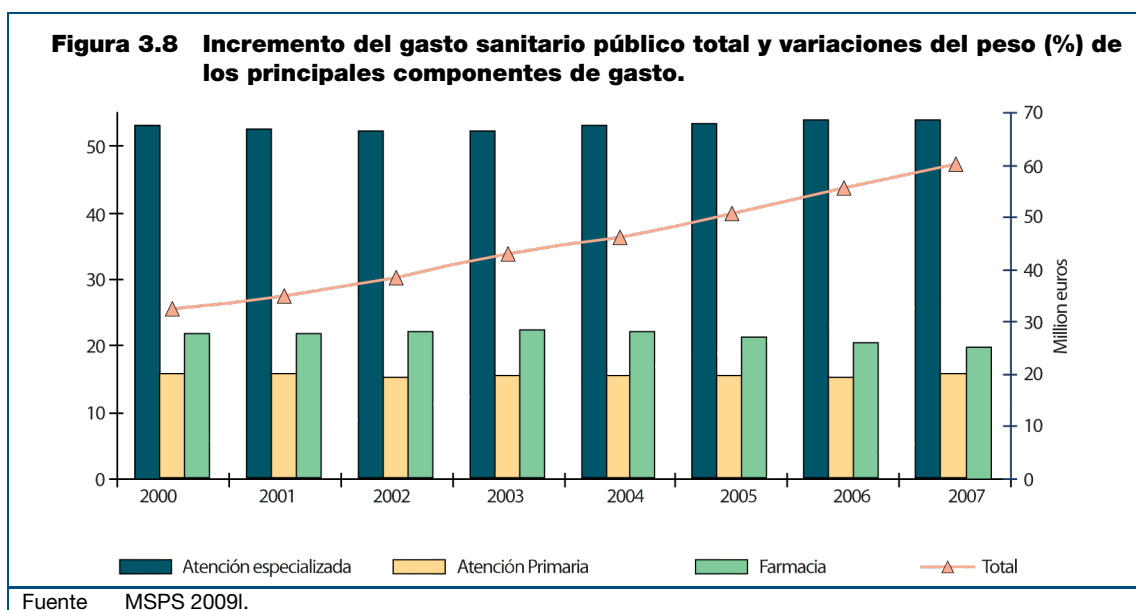
El rango de variación del gasto per cápita en las distintas comunidades autónomas es moderado, pero la serie muestra un coeficiente de variación creciente que suscita algunas preguntas (la [Figura 3.6](#) muestra el coeficiente de variación a partir de 1992). Como han señalado algunos autores, en un primer momento pareció que el nivel de variabilidad no se incrementaba tras las reformas de 2002 (Cantarero y Lago Peñas 2008). Sin embargo, las cifras más recientes sugieren que la variabilidad entre las distintas regiones está aumentando ([Figura 3.6](#)). La aproximación más sencilla, que ilustra la [Figura 3.7](#), indica que los cambios del volumen de la población protegida no explican esta variabilidad. La estructura y la dispersión de la población, así como factores geográficos como la insularidad, se consideran factores relevantes para ajustar el gasto per cápita en España (véase la fórmula de asignación de recursos en la Sección 3.2). No obstante, al evaluar estas variaciones es preciso tener en cuenta la incidencia potencial de las posibles diferencias del volumen y la calidad de los servicios prestados en cada territorio. Esta necesidad justifica los sustanciales esfuerzos promovidos por el CISNS para ampliar y

perfeccionar la capacidad de supervisión del SNS a fin de mejorar la aplicación de mecanismos de compensación que logren garantizar la equidad en todo el sistema.



El gasto sanitario público puede desglosarse atendiendo a sus elementos funcionales. La mayor partida de gasto sanitario es, como es habitual, la dedicada a la atención especializada (hospitalaria y ambulatoria), que en 2007 ascendió al 54% del gasto total (Figura 3.8 y Tabla 3.3). De hecho, la proporción del gasto público dedicada a esta categoría se ha mantenido prácticamente constante durante todo el periodo analizado.

Sin embargo, dado que el gasto sanitario público total de 2007 fue un 84% mayor que el de 2000, el crecimiento real de los recursos dedicados a los servicios de atención especializada se encuentra entre los más elevados, con un incremento próximo al 87% con respecto a 2000. El gasto público en atención primaria también ha registrado un ascenso sustancial desde 2000 (un crecimiento del 84%), manteniendo una cuota de entre el 15% y el 16% del gasto público total. El porcentaje anual de crecimiento se volvió a acelerar en 2007, alcanzando tasas interanuales similares a las registradas en 2003.



Los medicamentos representan la segunda partida por porcentaje del gasto sanitario y su tasa anual de crecimiento también ocupó el segundo lugar hasta 2003. La aplicación de las medidas de racionalización del gasto acordadas en el seno del CISNS en 2004 ha logrado ralentizar el crecimiento de la factura farmacéutica (véase la Sección 6.6 *Prestación farmacéutica, en la que se ofrecen más detalles al respecto*). Como consecuencia, no sólo se ha desacelerado la tasa de incremento interanual, sino que incluso el porcentaje que el gasto farmacéutico representa con respecto al gasto sanitario total registra un descenso constante desde 2004. En 2007, el crecimiento del gasto farmacéutico fue del 5,3%, lo que contrasta claramente con el incremento anual del 13,2% registrado en 2003. Asimismo, en 2007 el gasto farmacéutico suponía el 19,8% del gasto sanitario del sector público, mientras que en 2003 ese porcentaje era del 22,4%.

El incremento del gasto de la prestación farmacéutica presenta algunas variaciones entre comunidades autónomas. La [Tabla 3.4](#) muestra el gasto público total por recetas facturadas dentro del SNS en las distintas comunidades autónomas entre 2002 y 2008, mientras que la [Tabla 3.5](#) presenta los incrementos anuales correspondientes. En 2003, los incrementos superaban el 10% en la mayoría de las regiones, mientras que en 2008 el crecimiento del gasto relacionado con recetas de medicamentos se situaba por debajo del 7% en la mayor parte del territorio español. No obstante, las diferencias entre comunidades autónomas continúan siendo significativas. En 2008, Cantabria, Cataluña, Madrid y La Rioja registraron ascensos del gasto en recetas con respecto al año anterior de entre el 8% y el 9%; en el otro extremo del espectro se situaron Castilla-León y Galicia, con incrementos próximos al 5% y comunidades autónomas como la Comunidad

Valenciana y Murcia, que se aproximaron al 6%. Si se analiza el número de recetas y el gasto medio por receta correspondientes al mismo año (Tabla 3.6), el patrón no se corresponde con el anterior, ya que las cuatro comunidades autónomas que presentan las menores tasas de variación interanual del gasto son también las que tienen mayores incrementos tanto del volumen como del coste de las recetas de medicamentos. Cataluña y Madrid, por otra parte, han experimentado un incremento medio del número de recetas, pero un ascenso especialmente reducido del gasto por receta (inferior al 1%).

Tabla 3.3 Gasto sanitario público por funciones en euros, años 2000–2007.

	Servicios hospitalarios y especializados	Servicios de atención primaria	Servicios de salud pública	Servicios colectivos de salud ^b	Farmacia	Traslados, prótesis y elementos terapéuticos	Gastos de capital	Total
2000	17.363.703	5.129.117	517.142	897.201	7.109.907	537.835	1.115.877	32.670.782
2001	18.488.305	5.517.888	545.516	964.746	7.679.896	563.877	1.371.107	35.131.335
% Δ00/01	6,5	7,6	5,5	7,5	8	4,8	22,9	7,5
2002	20.142.303	5.879.320	571.254	1.274.486	8.487.170	630.193	1.578.320	38.563.045
% Δ01/02	8,9	6,6	4,7	32,1	10,5	11,8	15,1	9,8
2003	22.502.542	6.561.856	491.616	1.373.673	9.611.402	694.624	1.721.175	42.956.889
% Δ02/03	11,7	11,6	-13,9	7,8	13,2	10,2	9,1	11,4
2004	24.576.854	7.148.588	572.054	1.320.176	10.152.795	767.875	1.810.339	46.348.681
% Δ03/04	9,2	8,9	16,4	-3,9	5,6	10,5	5,2	7,9
2005	27.004.400	7.824.212	630.734	1.486.662	10.757.586	799.382	2.083.862	50.586.839
% Δ04/05	9,9	9,5	10,3	12,6	6	4,1	15,1	9,1
2006^a	30.043.254	8.443.846	737.797	1.644.236	11.303.003	971.365	2.538.557	55.682.059
% Δ05/06	11,3	7,9	17	10,6	5,1	21,5	21,8	10,1
2007^a	32.503.175	9.438.423	835.340	1.839.048	11.901.950	1.074.905	2.582.585	60.175.426
% Δ06/07	8,2	11,8	13,2	11,8	5,3	10,7	1,7	8,1
% Δ00//07	87,2	84	61,5	105	67,4	99,9	131,4	84,2
Observaciones	(a) datos provisionales. (b) Los servicios colectivos incluyen la administración general, la investigación, etc.							
Fuente	MSPS 2009I.							

El gasto en servicios de prevención y salud pública ha seguido un patrón algo errático durante este periodo, con recortes reales del gasto absoluto que incluso se tradujeron en una tasa de variación anual negativa próxima al -13% en 2003. Sin embargo, esta partida de gasto ha registrado durante el periodo un incremento que supera el 60% y representa el 1,4% del gasto sanitario total en 2007, un porcentaje sólo ligeramente inferior al de 2000 (véase la Tabla 3.3). La futura Ley nacional de Salud Pública puede promover un enfoque más coherente (véase la Sección 6.1 *Salud Pública*).

Tabla 3.4 Gasto de la prestación farmacéutica por comunidad autónoma, años 2002–2008 (millones de euros).

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	1.393,91	1.525,87	1.628,12	1.664,61	1.755,11	1.842,69	1.956,74
Aragón	257,94	283,75	306,01	322,16	345,04	363,76	391,96
Asturias	230,60	256,66	273,92	285,83	305,20	318,50	339,14
Baleares	136,58	154,47	167,30	178,43	188,53	198,28	212,19
País Vasco	383,98	421,61	451,72	484,54	513,12	531,72	565,75
Canarias	100,24	111,34	120,43	126,89	135,43	144,11	154,08
Cantabria	373,60	427,66	450,14	475,59	509,43	540,93	586,66
Castilla-La Mancha	471,22	529,05	571,92	597,31	630,19	660,66	705,63
Castilla y León	1.332,46	1.484,13	1.564,13	1.623,35	1.702,69	1.747,53	1.843,77
Cataluña	322,44	367,99	407,01	434,27	465,25	489,43	533,30
Extremadura	596,99	656,23	697,26	737,81	788,07	817,31	871,54
Galicia	808,08	908,87	981,64	1.037,88	1.122,97	1.192,56	1.247,59
Madrid	243,53	276,37	307,56	331,96	361,56	385,94	416,19
Murcia	107,52	119,43	128,53	136,53	145,37	151,59	160,86
Navarra	986,10	1.105,16	1.201,05	1.274,31	1.367,85	1.453,53	1.554,74
La Rioja	53,02	59,37	64,16	68,79	73,64	77,73	84,58
Comunidad Valenciana	225,15	250,56	267,12	279,41	298,03	311,87	330,92
España	8.039,04	8.956,30	9.607,75	10.080,85	10.729,97	11.251,60	11.981,89
Fuente	MSPS 2009c.						

El gasto de capital ha registrado un crecimiento considerable (superior al 130% durante el periodo 2000–2007). En el transcurso de estos años se produjeron dos picos de gasto, el primero durante el periodo inmediatamente anterior a la finalización de la transferencia de las competencias sanitarias a los gobiernos autonómicos (2001–2002), y el segundo tras la puesta en marcha del nuevo sistema de financiación autonómica, que a partir de 2005 incrementó sustancialmente la capacidad discrecional de las administraciones autonómicas para determinar el gasto sanitario (véase la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia*). Sin embargo, en 2007 se ha producido una drástica ralentización del crecimiento de esta partida (de un incremento del 21,8% en 2006 se ha pasado a un ascenso de tan solo el 1,7% en 2007). No obstante, la incidencia de este frenazo ha sido irregular en las distintas comunidades autónomas (Tabla 3.7).

Tabla 3.5 Variación anual del gasto de la prestación farmacéutica por comunidad autónoma, años 2002-2008 (incremento porcentual).

	02/03 %Δ	03/04 %Δ	04/05 %Δ	05/06 %Δ	06/07 %Δ	07/08 %Δ
Andalucía	9,47	6,70	2,24	5,44	4,99	6,19
Aragón	10,01	7,84	5,28	7,10	5,43	7,75
Asturias	11,30	6,72	4,35	6,78	4,36	6,48
Baleares	13,10	8,31	6,65	5,66	5,17	7,02
País Vasco	9,80	7,14	7,27	5,90	3,62	6,40
Canarias	11,07	8,16	5,36	6,73	6,41	6,92
Cantabria	14,47	5,26	5,65	7,12	6,18	8,45
Castilla-La Mancha	12,27	8,10	4,44	5,50	4,84	6,81
Castilla y León	11,38	5,39	3,79	4,89	2,63	5,51
Cataluña	14,13	10,60	6,70	7,13	5,20	8,96
Extremadura	9,92	6,25	5,82	6,81	3,71	6,64
Galicia	12,47	8,01	5,73	8,20	6,20	4,61
Madrid	13,48	11,29	7,93	8,92	6,74	7,84
Murcia	11,08	7,62	6,22	6,47	4,28	6,12
Navarra	12,07	8,68	6,10	7,34	6,26	6,96
La Rioja	11,98	8,07	7,22	7,05	5,55	8,81
Comunidad Valenciana	11,29	6,61	4,60	6,66	4,64	6,11
España	11,41	7,27	4,92	6,44	4,86	6,49

Fuente | MSPS 2009c.

Tabla 3.6 Incremento del número de recetas financiadas por el SNS y del gasto público medio por receta en 2008.

	Nº de recetas del SNS % Δ	Gasto medio del SNS por receta % Δ
Andalucía	6,07	0,12
Aragón	4,19	3,42
Asturias	3,95	2,43
Baleares	4,39	2,52
País Vasco	4,73	1,59
Canarias	7,57	1,29
Cantabria	4,06	2,75
Castilla-La Mancha	5,49	2,81
Castilla y León	4,54	2,17
Cataluña	4,57	0,90
Extremadura	3,95	2,08
Galicia	4,51	2,03
Madrid	4,03	0,56
Murcia	6,01	1,73
Navarra	4,83	1,22
Comunidad Valenciana	5,55	1,34
La Rioja	4,82	3,81
TOTAL	5,07	1,35

Fuente | MSPS 2009c.

Tabla 3.7 Gasto de capital por persona protegida por comunidad autónoma, años 2007-2009.

	2007(€)	2008 (€)	2009(a) (€)	07/08 % Δ	08/09 % Δ
Andalucía	48,77	60,23	59,42	23,50	-1,35
Aragón	82,40	66,54	55,48	-19,25	-16,62
Asturias	47,86	37,10	27,25	-22,47	-26,56
Baleares	49,73	56,48	55,38	13,57	-1,95
Canarias	95,74	71,81	46,73	-25,00	- 4,93
Cantabria	92,72	89,59	85,39	-3,38	-4,69
Castilla y León	86,98	108,54	98,13	24,79	-9,59
Castilla-La Mancha	167,09	168,34	173,82	0,75	3,26
Cataluña	35,32	32,21	39,77	-8,81	23,47
Comunidad Valenciana	47,73	46,42	45,65	-2,74	-1,67
Extremadura	99,58	104,87	97,21	5,31	-7,31
Galicia	68,36	72,92	72,46	6,67	-0,63
Madrid	51,36	38,67	33,22	-24,72	-14,08
Murcia	61,32	62,15	59,38	1,35	-4,45
Navarra	74,92	77,69	75,79	3,70	-2,45
País Vasco	54,46	63,64	58,07	16,86	-8,75
La Rioja	357,51	244,54	30,27	-31,60	-87,62
TOTAL	65,19	64,66	60,42	-0,81	-6,56
Desviación estándar	75,77	53,09	35,21	-	-
Promedio	89,52	82,46	65,50	-	-
Coefficiente de variación (%)	84,60	64,40	53,80	-	-
Observaciones	(a) Gasto presupuestado				
Fuente	MSPS 2009I.				

3.2 Cobertura de la población y derecho a la asistencia

La cobertura de la población del SNS es casi universal (99,5%) y garantiza una cartera de servicios y prestaciones bastante amplia a todos los ciudadanos. Por lo tanto, el derecho a la asistencia del SNS es independiente de la situación laboral y de la riqueza personal. Sólo el 0,5% de la población queda fuera de la red de bienestar social: se trata de un grupo de personas no asalariadas con elevados ingresos que no están obligadas a pertenecer al sistema de la Seguridad Social según lo previsto en el Real Decreto 1088/89.

Grosso modo, existen tres fórmulas de acceso a la cobertura sanitaria. La primera y más habitual mantiene el mismo nombre que tenía cuando el sistema vigente era un régimen de seguro social (véase la Sección 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de descentralización*). El denominado régimen general de la Seguridad Social integra aproximadamente al 95% de la población cubierta por el sistema. La segunda fórmula es la destinada a los funcionarios públicos y sus dependientes, que se acogen al régimen especial de la Seguridad Social de los funcionarios civiles del Estado (véase el Capítulo 2), que les permite permanecer en el Sistema Nacional de Salud u optar de forma exclusiva por la asistencia privada. La tercera fórmula disponible es la aplicada a los extranjeros residentes en España y está regulada por la Ley Orgánica de 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, así como por la legislación subsidiaria derivada de la misma. Los extranjeros residentes pueden obtener el derecho a la asistencia por distintas vías, dependiendo de su país de origen y de su situación legal y administrativa. Los ciudadanos de la Unión Europea y las

personas originarias de países con los que existen acuerdos bilaterales quedan incluidos por medio de estos acuerdos, pero continúan estando asegurados por sus regímenes nacionales. Si residen y trabajan de forma permanente en España, tienen los mismos derechos que los ciudadanos españoles a través del régimen general de la Seguridad Social. También es así en el caso de los inmigrantes de terceros países con permiso de trabajo en España. Los inmigrantes en situación administrativa irregular también tienen derecho a la asistencia sanitaria, siempre que estén empadronados en el municipio². En cualquier caso, todos los ciudadanos tienen derecho a asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, con independencia de su situación legal o administrativa. Los menores y las mujeres embarazadas tienen un derecho explícito a la cobertura plena con independencia de su situación legal.

Todas las comunidades autónomas sin excepción incluyen en su normativa el principio de universalidad de la atención sanitaria personal y colectiva, extendiendo ese derecho a todos sus residentes. La mayoría de las comunidades autónomas reproducen la norma central básica (los ciudadanos españoles que viven en la región, más los residentes temporales y los ciudadanos desplazados según lo previsto en la norma española tienen cobertura sanitaria, mientras que los ciudadanos de la UE y los de países no pertenecientes a la UE gozan de cobertura dependiendo de los acuerdos internacionales y tratados firmados por el Estado español).

Cartera de servicios

Como ha ocurrido en otros países europeos, la ampliación del paquete de servicios y prestaciones sanitarias que ofrece el SNS ha tenido lugar de forma progresiva según se han ido produciendo avances en los campos de la medicina y la tecnología científica. Durante los años 90, el debate propiciado por el Informe Abril (llamado así por el presidente de la comisión parlamentaria que evaluó la eficiencia y sostenibilidad del SNS) avivó la controversia sobre la falta de una evaluación suficiente de las nuevas intervenciones, la posible incidencia negativa sobre la calidad de la sanidad y las consecuencias para el control de gastos.

Mediante el Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, se elaboró por primera vez un catálogo de las prestaciones garantizadas por el sistema público de salud (con el fin de consolidar el derecho a las prestaciones que ya estaban disponibles y hacer universales aquellas que todavía no estaban disponibles para todos los ciudadanos). La seguridad, la eficacia, la calidad y la eficiencia fueron proclamadas criterios clave para regular la introducción de nuevos servicios y tecnologías en la cartera de servicios, pero no se definió un procedimiento estructurado para dicha introducción. Las prestaciones incluidas en 1995 se enumeran a continuación.

- *La atención primaria*, que cubre la medicina general y la asistencia pediátrica tanto en la consulta del médico como en el domicilio del paciente, así como los programas de prevención de enfermedades, promoción de la salud y rehabilitación.

² La legislación española permite la existencia de algunos datos no compartidos por las distintas administraciones para proteger la intimidad de los ciudadanos; así, los extranjeros que residen en España en situación irregular pueden inscribirse en los padrones municipales (y muchos de ellos lo hacen), lo que les permite acceder a la sanidad y la educación.

- La asistencia sanitaria especializada, que incluye la atención ambulatoria y el tratamiento hospitalario de agudos, y cubre todas las especialidades médicas y quirúrgicas.
- *La prestación farmacéutica*, que se organiza de tal forma que los pacientes menores de 65 años están obligados a un copago del 40% del precio de venta al público de los medicamentos recetados. El copago no es aplicable en el caso de los pacientes hospitalizados y de determinados pacientes exentos, como las personas con discapacidades graves o quienes han sufrido accidentes laborales. Existe un determinado grupo de medicamentos para enfermedades crónicas en el que el usuario sólo paga el 10% del precio, con un techo que se actualiza anualmente. A partir de diciembre de 1995, esta reducción se aplica también a los pacientes de sida. Todos los usuarios de las mutualidades de funcionarios, incluidos los ya jubilados (a partir de 65 años) pagan el 30% del precio de venta al público de los medicamentos.
- *Prestaciones complementarias*, que incluyen las prótesis, los productos ortopédicos, las sillas de ruedas, el transporte sanitario, las dietas complejas y la terapia de oxígeno a domicilio. Los audífonos para los menores se incorporaron posteriormente a este paquete de prestaciones. En general, los usuarios de estas prestaciones complementarias no tienen que pagar, excepto en el caso de determinados productos ortopédicos y prótesis.

Una serie de prestaciones quedaron excluidas explícitamente de la financiación pública en el Real Decreto de 1995:

- el psicoanálisis y la hipnosis
- la cirugía de cambio de sexo (aunque algunas comunidades autónomas como Andalucía, Aragón y Extremadura decidieron incluirla en su territorio)
- los tratamientos en balnearios
- la cirugía plástica que no esté relacionada con accidentes, enfermedades o malformaciones congénitas.

Los criterios utilizados para justificar las exclusiones y las omisiones se indican a continuación.

- La falta de evidencia científica sobre la seguridad o eficacia clínica, o la evidencia de que dicha intervención es redundante con otros procedimientos alternativos disponibles (por ejemplo, en 1993 se introdujo por primera vez una lista negativa de medicamentos, actualizada en 1998, en la que se excluían de la financiación pública todos los productos con un valor terapéutico reducido).
- La clasificación de la intervención como actividad de ocio, relacionada principalmente con el descanso y el confort, por ejemplo los deportes, las mejoras estéticas o cosméticas, las terapias acuáticas o los balnearios o centros de residencia.
- La atención dental y los artículos ópticos, como las gafas y las lentes de contacto, permanecieron fuera de la cartera de servicios y prestaciones en 1995. Esta ausencia puede explicarse por la falta de presión social para su

inclusión, ya que la población estaba acostumbrada a recurrir al sector privado para estos servicios.

La articulación territorial del SNS ha cambiado de forma sustancial desde 1995, lo que ha obligado a revisar los motivos que sustentan la definición y actualización de la cartera de servicios. En la actualidad, con las competencias transferidas a las comunidades autónomas, la cartera de servicios comunes tiene por fin mejorar la equidad en el SNS con independencia de cuál sea la comunidad de residencia de los ciudadanos. Por lo tanto, esta cartera prescribe los servicios mínimos que las comunidades autónomas deben prestar con sus fondos y, como consecuencia, debe negociarse y acordarse en el seno del CISNS. El Real Decreto de 1995 había abierto la puerta a que las comunidades autónomas incorporaran prestaciones y servicios sanitarios adicionales, sufragando el coste de los mismos. La existencia de servicios distintos en unas y otras comunidades autónomas reflejaba preferencias locales (por ejemplo, la atención dental se ha incluido en la cartera de servicios de varias comunidades autónomas). Sin embargo, esta diversidad podía dificultar el acceso a la sanidad de los ciudadanos desplazados temporalmente a otra región y poner en riesgo la equidad en todo el SNS.

En 2006 se aprobó, previo acuerdo del CISNS, un nuevo Real Decreto (1030/2006), que revisaba la cartera de servicios sanitarios comunes y establecía el procedimiento de inclusión de nuevos servicios o nuevas tecnologías en esta cartera. La inclusión de un determinado servicio sanitario en la cartera de servicios comunes implica que todos los ciudadanos tienen derecho a recibir este tipo de atención por cuenta del SNS, incluso si no está disponible en su comunidad autónoma de residencia (para contribuir a que este derecho sea efectivo existe una lista de centros de referencia nacionales; véase una descripción más adelante). Este decreto es más explícito y cubre una serie de nuevos servicios, además de detallar más prolijamente las características de los servicios ya incluidos. Las novedades más destacadas se enumeran a continuación.

- Los servicios de salud pública se incluyen por primera vez como una prestación básica.
- Las prestaciones de atención primaria se enumeran de forma más detallada, describiendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos accesibles en este nivel de atención, las actividades de promoción de la salud y prevención (incluida la atención familiar y la atención comunitaria), la rehabilitación y la atención específica a la mujer, la infancia, la adolescencia, los enfermos crónicos y la tercera edad. También se incluye la atención a fumadores y el apoyo a la deshabituación. Por otra parte, los servicios de salud mental y los cuidados paliativos se amplían en el marco de las prestaciones de atención primaria, a las que se incorporan igualmente determinados aspectos de la salud dental.
- A diferencia del enfoque seguido en el Real Decreto de 1995, en el Real Decreto de 2006 la descripción de las prestaciones de atención especializada hace numerosas referencias a la atención ambulatoria y no sólo a los servicios hospitalarios. También incorpora a la cartera de servicios la cirugía ambulatoria, la asistencia en hospitales de día, así como el alta hospitalaria precoz y la hospitalización a domicilio.
- La terapia fotodinámica, la anestesia epidural en partos normales, el tratamiento de la obesidad mórbida, las bombas de infusión subcutánea

continua de insulina, la tomografía por emisión de positrones (PET), el dispositivo intrauterino (DIU), la rehabilitación cardiovascular, la logopedia y los cuidados paliativos para los enfermos terminales son algunos de los nuevos servicios que se incluyen en la cartera de servicios comunes.

- El contenido de los servicios de trasplantes y tejidos y de las terapias de reproducción asistida se actualiza para reflejar los avances médicos y tecnológicos.
- La cartera de prestaciones de salud mental y rehabilitación se amplía para incluir programas comunitarios.

El Ministerio de Sanidad y Política Social y las consejerías de salud de las comunidades autónomas han creado grupos de trabajo de análisis técnico con el fin de definir los criterios de acreditación de *servicios y centros de referencia* nacionales. Estos centros de excelencia prestan servicios concretos de gran complejidad técnica (y que, por lo tanto, no están disponibles en todas las comunidades autónomas) incluidos en la cartera de servicios comunes. Otro grupo de trabajo tiene el mandato de definir las prioridades para la inclusión de prestaciones nuevas en la cartera de servicios comunes. El Real Decreto de 2006 establece que las nuevas prestaciones deben someterse a una evaluación previa de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en colaboración con la red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias autonómicas (véase el epígrafe *Evaluación de tecnologías sanitarias* de la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria*). El resultado de esta evaluación se comunica al CISNS, que toma la decisión final. Tanto las comunidades autónomas como la administración sanitaria nacional tienen derecho a proponer la inclusión de una nueva prestación, pero esta iniciativa debe estar respaldada por los correspondientes informes técnicos y económicos de evaluación de las repercusiones de esa prestación para el SNS. Siempre que se considera que la incidencia presupuestaria de la nueva tecnología va a ser elevada, en el proceso de toma de decisiones participan la comisión interministerial del Ministerio de Sanidad y Política Social y el Ministerio de Economía, y Hacienda, y el Consejo de Política Fiscal y Financiera (integrado por las autoridades económicas nacionales y autonómicas).

Hasta ahora, las comunidades autónomas tienen libertad para aprobar sus respectivas carteras de servicios sanitarios, que complementan a la cartera de servicios comunes del SNS. Las comunidades autónomas deben informar sobre estas prestaciones complementarias al CISNS, que debatirá sobre las mismas y, en su caso, emitirá las recomendaciones correspondientes. Hasta 2010 las actividades de las comunidades autónomas en lo referente al desarrollo de las carteras de prestaciones autonómicas se han limitado a la adopción de la cartera básica de servicios comunes definida por el Real Decreto de 2006, especificando más ampliamente las condiciones de acceso a los servicios ortoprotésicos y la atención dental en sus territorios.

3.3 Recaudación de ingresos/origen de los fondos

El origen de los fondos con los que se financia el SNS es fundamentalmente público. En la actualidad, la práctica totalidad del gasto público en sanidad (excluyendo las mutualidades de funcionarios) se financia a través del sistema tributario general, aunque una pequeña cantidad la generan pacientes con otros tipos de cobertura. Por la vía

tributaria se genera el 94,07% de los recursos públicos, mientras que las contribuciones de trabajadores y empleadores a las mutualidades de accidentes laborales y enfermedades profesionales ascienden al 2,53% de los fondos sanitarios y las mutuas de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) proporcionan el 3,4% de los recursos, que se financian con una mezcla de contribuciones por nómina e impuestos (MSPS 2010a). La mayor parte de la financiación privada corresponde al gasto sufragado directamente por las familias por medio del copago de medicamentos prescritos.

Impuestos

Como ya se ha explicado anteriormente (véase la Sección 1.3 *Contexto político*), la recaudación de ingresos y la agrupación de fondos en España han evolucionado rápidamente en los últimos años, adaptándose a la regionalización del SNS. Desde la transición a la democracia, la recaudación de la mayoría de los impuestos relacionados con la sanidad ha correspondido a la administración central, dada la limitada autonomía fiscal de las administraciones autonómicas y locales españolas. Los recursos de las comunidades autónomas procedían de impuestos cedidos total o parcialmente por el Estado. Antes de 2001, la legislación establecía que los fondos relacionados con la red de servicios sanitarios previa a la creación de la Seguridad Social debían transferirse a las comunidades autónomas (al recibir éstas la totalidad de las competencias en materia sanitaria), en cumplimiento del modelo de financiación autonómica vigente en ese momento. Por lo tanto, cada una de las comunidades autónomas elaboraba el presupuesto anual de gastos operativos sanitarios, respetando el mínimo establecido por el sistema de financiación autonómica vigente. Una vez aprobado, el presupuesto debía remitirse a la administración central, que fijaba el importe total asignado a asistencia sanitaria.

El Gobierno central comenzó a otorgar a las comunidades autónomas poderes discrecionales sobre determinados impuestos durante la década de los 80, aunque las principales partidas impositivas siguieron en manos de la administración central. La transferencia comprendía tanto la entrega de impuestos recaudados por la administración central como facultades limitadas de recaudación de impuestos en el caso de algunos impuestos directos. En los años 90, la administración central del Estado acordó ceder a las comunidades autónomas una parte del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF), además de parte de los impuestos indirectos sobre el consumo generados en sus territorios. En diciembre de 2001 dejaron de estar vigentes simultáneamente las tres formas de financiación de los servicios sanitarios susceptibles de transferencia a las comunidades autónomas (una para los denominados servicios comunes, otra para los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la tercera, para los servicios sociales de la Seguridad Social), así como el concierto especial para el País Vasco basado en consideraciones históricas. Esta situación reforzó la necesidad de adoptar un modelo de financiación integrado. El Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó un nuevo sistema que, con ligeras modificaciones, se recogió en una ley (Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía). Este modelo tenía por objeto garantizar la sostenibilidad financiera y suponía un paso adelante en el ámbito de la corresponsabilidad fiscal y la solidaridad entre comunidades autónomas. Mediante esta nueva ley, la financiación de la sanidad se integraba en el modelo general de

financiación, acabando progresivamente con las transferencias finalistas de la administración central.

Los principales cambios introducidos por la Ley 21/2001 en cuanto a la corresponsabilidad fiscal incluían:

- la cesión a las comunidades autónomas de parte del rendimiento en su territorio de determinados tributos;
- un incremento de su competencia normativa para modificar determinados impuestos; y
- el comienzo de la participación de las comunidades autónomas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

En el ámbito de la suficiencia de los recursos, destacan los siguientes aspectos:

- una nueva distribución de recursos entre las comunidades autónomas con arreglo a una fórmula de asignación basada en la población protegida;
- la existencia de otras fuentes de financiación, como asignaciones especiales de los presupuestos generales del Estado con fines de nivelación (véase más adelante); y
- el establecimiento de mínimos garantizados de financiación pública del sector sanitario.

Por último, en el ámbito de la solidaridad entre regiones se introdujeron los siguientes cambios:

- un nuevo sistema de regulación de los recursos de los Fondos de Compensación Interterritorial (FCI); y
- la inclusión en la fórmula de asignación de recursos de criterios que perfeccionaban el enfoque de asignación en función de la población total, mediante la introducción de variables de ponderación, como la proporción de personas mayores y la extensión e insularidad de los territorios.

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

- *Recursos fiscales.* La reforma del sistema tributario incluía el control directo de las comunidades autónomas sobre el impuesto sobre sucesiones y donaciones, el impuesto sobre el patrimonio, el impuesto sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados y los tributos sobre el juego, así como la cesión de aproximadamente el 35% del IRPF y el IVA y el 40% del impuesto sobre hidrocarburos, incluido el impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos, el impuesto sobre las labores del tabaco, el impuesto sobre el alcohol y bebidas derivadas y el impuesto sobre la electricidad. Estos tributos se ceden a cada una de las comunidades autónomas en función del lugar de residencia del sujeto pasivo (en el caso del

IRPF) y de la ubicación del bien inmueble determinado (cuando se trata de impuestos que gravan operaciones relacionadas con inmuebles). En lo que respecta al IVA que grava el consumo, el pago se realiza en función del lugar en el que se produce dicho consumo o con arreglo a un índice de consumo territorial calculado estadísticamente.

- Importes con cargo a los presupuestos generales del Estado. Estos fondos se estructuran como se indica a continuación.
 - El Fondo de Suficiencia, creado por la ley de financiación de las comunidades autónomas de diciembre de 2001, tiene la finalidad de proporcionar a las regiones los recursos necesarios para cubrir plenamente sus necesidades de financiación. Los fondos asignados con cargo al Fondo de Suficiencia se calculan para cada comunidad autónoma en función de la diferencia entre sus necesidades de financiación (calculadas con arreglo a los parámetros de la fórmula de asignación) y los recursos tributarios obtenidos por esa comunidad autónoma. De esta forma, las comunidades autónomas más prósperas, como las Islas Baleares y Madrid, tienen un saldo negativo y son contribuyentes netas al Estado, mientras que otras comunidades, como Extremadura y Galicia, son perceptoras netas.
 - El Fondo de Compensación Interterritorial (FCI), creado en 1984, se diseñó para financiar proyectos de inversión destinados a solventar los desequilibrios económicos entre las regiones (aplicando así un principio de solidaridad entre comunidades autónomas). Tras la reforma de este Fondo en 1990, sólo las comunidades autónomas con una renta per cápita baja se benefician del FCI. Estas comunidades autónomas se definen cada año y la financiación se canaliza a través de los presupuestos generales del Estado.

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 la sanidad. Este umbral se fija aplicando indicadores demográficos y geográficos para calcular el gasto en el año de referencia (1999) ajustado por las necesidades sanitarias y se actualiza cada año en consonancia con el incremento que experimenten los ingresos tributarios del Estado (ITE).
- Se han creado o ampliado fondos finalistas para cubrir determinados gastos destinados a promover la puesta en práctica de políticas para incrementar la eficiencia y reducir las desigualdades en todo el SNS. Entre los ejemplos de estos fondos cabe citar el Fondo “Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal”, que responde al primer objetivo citado, y el Fondo de Cohesión Sanitaria, que se enmarca en la lucha por la igualdad efectiva en el SNS. El acuerdo firmado en 2001 asignó aproximadamente 240,4 millones de euros al Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, que se distribuyen entre las comunidades autónomas en función de la población cubierta. El Fondo de Cohesión Sanitaria se concibe como una herramienta gestionada por el Ministerio de Sanidad para garantizar la cohesión y la equidad en el SNS. Se utiliza, por ejemplo, para compensar a las comunidades autónomas que

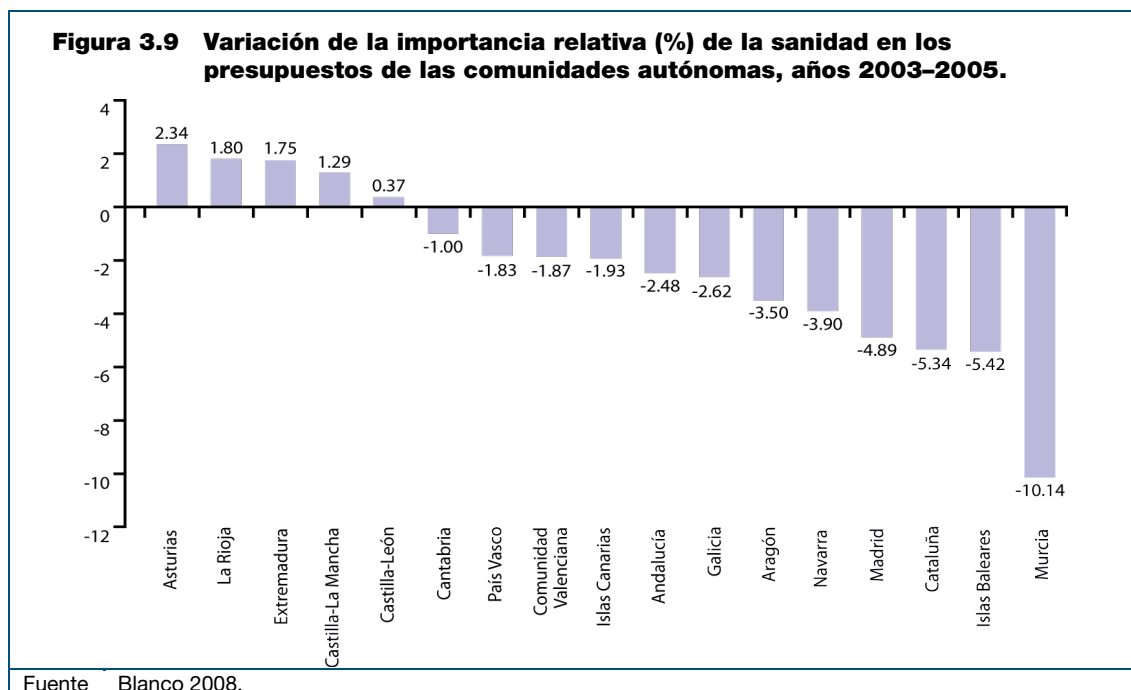
prestan servicios sanitarios a personas con residencia en otra comunidad autónoma, a ciudadanos de la UE que se desplazan temporalmente a España y a personas de terceros países que han firmado acuerdos recíprocos de asistencia sanitaria con España.

En la [Tabla 3.8](#) se muestra, por comunidad autónoma, la proporción del presupuesto autonómico destinada a la sanidad durante los tres años siguientes a la entrada en vigor del nuevo sistema de financiación. En la [Figura 3.9](#) se resumen los cambios observados en la importancia relativa del presupuesto sanitario con respecto al presupuesto total, en términos porcentuales. Existe cierto grado de variabilidad entre comunidades autónomas, que va desde caídas porcentuales próximas al 10% (Murcia) a incrementos superiores al 2% (Asturias).

Tabla 3.8 Proporción (%) del presupuesto general dedicada al presupuesto sanitario por comunidad autónoma, años 2003–2005.

	2003	2004	2005
TOTAL	32,54	30,13	29,82
Andalucía	29,72	27,72	27,24
Aragón	32,21	27,92	28,71
Asturias	33,82	35,24	36,16
Baleares	37,52	31,94	32,10
Canarias	34,79	31,55	32,86
Cantabria	35,13	33,98	34,13
Castilla y León	30,18	30,32	30,55
Castilla-La Mancha	28,22	26,69	29,51
Cataluña	34,16	31,07	28,82
Comunidad Valenciana	35,91	32,83	34,04
Extremadura	27,92	28,70	29,67
Galicia	30,74	28,45	28,12
Madrid	36,51	33,13	31,62
Murcia	38,19	27,29	28,05
Navarra	25,29	22,93	21,39
País Vasco	32,29	30,72	30,46
La Rioja	34,52	35,32	36,32
Fuente	Blanco 2008.		

La aplicación de este modelo y su análisis por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario puso de relieve algunas dificultades. Un problema importante fue que el uso del año de referencia (1999) como base para el cálculo de la financiación mínima no proporcionaba un modelo suficientemente dinámico para hacer frente a los cambios demográficos. Asimismo, la utilización de un criterio per cápita ponderado por factores geográficos en el cálculo de las aportaciones del Fondo de Suficiencia resultó insuficiente como medida *proxy* de la necesidad de servicios; para sustituirlo se recomendó la introducción del concepto de *población equivalente*. Este concepto se deriva de la asignación de distintas ponderaciones a grupos de edad diferentes, a fin de reflejar la proporción relativa de, por ejemplo, los menores en edad escolar o las personas de la tercera edad, lo que permite adoptar un enfoque más útil para calcular la necesidad real de servicios públicos básicos. Como consecuencia de estas consideraciones, el Consejo de Política Fiscal y Financiera acordó en julio de 2009 un nuevo sistema de financiación autonómica, que se reguló mediante las correspondientes normas legales (Ley Orgánica 3/2009 y Ley 22/2009), que se aprobaron en diciembre de 2009 y se aplicarán a partir de los presupuestos generales del Estado de 2011.



Además de modificar el criterio per cápita (adoptando el criterio de la población ajustada por la población protegida efectiva, la población de menores en edad escolar y la de personas de 65 y más años, más los factores geográficos que ya se venían aplicando), el nuevo sistema define los denominados *servicios públicos fundamentales* (sanidad, educación y servicios sociales, incluido el nuevo SAAD) y establece fondos de compensación y garantía destinados a garantizar que las comunidades autónomas con menores niveles de renta puedan prestar la misma cantidad de servicios, y con la misma calidad, que las que se encuentran en los primeros tramos de nivel de renta. Para ello, el 80% de los recursos transferidos se reservan para cubrir los *servicios públicos fundamentales* y el 20% restante se utiliza para abonar los gastos en otros ámbitos sobre las que las comunidades autónomas tienen competencias.

En este nuevo sistema, las fuentes de financiación provienen de:

- *Impuestos.* Las comunidades autónomas gozarán de una mayor autonomía fiscal en comparación con el modelo anterior; se incrementa el porcentaje de cesión de los tributos parcialmente cedidos a las comunidades autónomas hasta el 50% en el caso de los impuestos generales (IRPF, IVA) y hasta el 58% para los impuestos especiales de fabricación (hidrocarburos, alcohol, tabaco).

Las transferencias de los presupuestos generales del Estado se estructuran como se indica a continuación:

- *Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales.* El cálculo de la proporción de este fondo asignada a cada comunidad autónoma se basa en la población, la extensión, la dispersión, la insularidad (criterios que ya se estaban aplicando anteriormente), pero también en la población protegida equivalente (distribuida en tres grupos de edad: 0-4 años, 5-64 años y 65 y

más años, a los que se asignan distintas ponderaciones), la población de 65 y más años y la población de entre 0 y 16 años (la educación es obligatoria hasta los 16 años).

- *Fondo de Suficiencia Global*. Este Fondo se calcula como la diferencia entre las necesidades globales de financiación estimadas de cada comunidad autónoma y la suma de los ingresos tributarios y los importes procedentes del Fondo de Garantía.

Las variables serán objeto de actualizaciones anuales y la validez del sistema se evaluará cada cinco años. Además, el sistema cuenta con dos fondos de convergencia (el Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación), sobre los que la administración central goza de mayor capacidad discrecional.

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 destacable de estos pagos es el copago de los medicamentos prescritos – que se describe en la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia* –, junto con los pagos de la atención dental y los productos ópticos, que no están incluidos en la cartera de servicios en la mayor parte del territorio nacional. Las primas de seguros privados también se cuentan dentro de los pagos sufragados directamente por los ciudadanos, aunque su aportación es muy reducida.

Según los datos más recientes de la Encuesta de Presupuestos Familiares realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el gasto familiar anual en sanidad (sin incluir los seguros sanitarios obligatorios como MUFACE en el caso de los funcionarios) se incrementó desde 902 euros en 2006 hasta 1.000 euros en 2008, lo que supone un ligero aumento, del 2,9% al 3,2%, del porcentaje que el gasto sanitario representa con respecto al gasto total de los hogares. El gasto específico en medicamentos y aparatos médicos también ha aumentado, tanto en términos del porcentaje del presupuesto familiar (el 1,3% en 2008 frente al 1,21% en 2006) como en términos del gasto medio, que ha registrado un incremento hasta los 416 euros al año.

Tabla 3.9 Gastos sufragados directamente por los hogares en relación al gasto sanitario y al gasto específico en medicamentos.

	2006	2007	2008
Gasto total en artículos sanitarios (€)	14.303.548,7	15.501.466	17.138.304
% sobre el gasto total del hogar	2,94	2,98	3,21
Gasto medio por hogar (€)	902,11	952,16	1.023,71
Gasto total en medicamentos y aparatos médicos (€)	5.887.525,7	6.576.151,6	6.964.861,8
% sobre el gasto total del hogar	1,21	1,26	1,30
Gasto medio por hogar (€)	371,32	403,93	416,03
Fuente	INE 2009o.		

En el mercado español de seguros no existen seguros sanitarios voluntarios que cubran el copago. Probablemente la falta de éxito de este tipo de producto sanitario, muy popular en el resto del mundo, se deba al reducido importe de estos copagos sufragados directamente por las familias.

Seguros sanitarios privados

La cobertura privada está orientada en España a complementar el sistema público de Seguridad Social, con el que no está vinculada. Los seguros sanitarios voluntarios básicamente proporcionan cobertura para los mismos bienes y servicios que ofrece el sector público, pero se contratan presumiblemente porque proporcionan un acceso más rápido, más posibilidad de elección del consumidor y mejores comodidades. Excepto en el caso de los funcionarios que ya se ha explicado, no es posible optar exclusivamente por un seguro sanitario privado.

Aproximadamente el 81% de todas las pólizas de seguros sanitarios voluntarios se basa en la provisión directa de los servicios por la compañía aseguradora. El resto proporciona compensaciones en caso de enfermedad o el reembolso de los gastos médicos, en este último caso con un copago. Los seguros sanitarios de empresa son minoritarios y representan aproximadamente el 20% de todos los seguros sanitarios voluntarios.

Tabla 3.10 Indicadores del volumen de negocio de los seguros sanitarios privados en España, años 2000–2006.

	Asegurados (personas)	Primas	Volumen total de las primas (EUR)
2000	6.177.073	2.631.072	2.384.786,959
2001	6.382.927	2.775.798	2.611.146,347
2002	6.784.941	2.961.521	2.847.231,934
2003	7.105.255	3.157.841	3.165.847,392
2004	8.622.850	2.338.218	3.456.538,657
2005	8.570.040	4.674.937	3.780.588,590
2006	6.897.454	2.924.813	4.131.148,635
Fuente	Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones 2006. Las compañías de seguros (incluidas las empresas que venden seguros de enfermedad) están agrupadas en una asociación nacional, UNESPA. Según el informe anual de 2008 de UNESPA (UNESPA 2008), el sector de seguros sanitarios registró un incremento del 7,7% en 2008, alcanzando un volumen de 5.825.000 millones de euros en primas. Los datos del número de primas y de asegurados en 2008 no están disponibles.		

Conocer en detalle las características del mercado de seguros resulta difícil, como consecuencia de los graves problemas de los sistemas de información y de los intereses comerciales que afectan a la información (algunos datos de especial relevancia sólo están disponibles comprándolos a un instituto de investigación privado, denominado *Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA)*). No obstante, existen algunas estadísticas públicas, elaboradas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda. En la [Tabla 3.10](#) se resume la evolución del mercado de seguros entre 2000 y 2006 atendiendo al número total de personas aseguradas, el número total de primas y el volumen total de ingresos obtenidos por las compañías de seguros con esas primas. Las cifras indican que el número de primas y de asegurados mostró una tendencia alcista hasta 2005, registrando a partir de ese año un acusado descenso (del 37% del número de primas). Sin embargo, los ingresos por primas de las compañías continuaron creciendo durante todo el periodo.

3.4 Función de compra

En la sección anterior se ha descrito cómo se agrupan los fondos y la forma en que se asignan al nivel regional del Sistema Nacional de Salud. Una vez allí, las diferencias entre las funciones externas de elaboración de presupuestos y compras se difuminan en la integración vertical que caracteriza con frecuencia a los proveedores. La estructura típica de los sistemas regionales de salud ya se ha descrito en el Capítulo 2. Consiste en una consejería autonómica o departamento de sanidad o salud, que es el principal receptor del presupuesto sanitario asignado a través del procedimiento presupuestario autonómico y aprobado por el parlamento 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 anuales globales con el servicio de salud, que a su vez negocia contratos globales anuales con sus proveedores integrados de atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria, así como de servicios de salud pública y de prevención. Parte de la actividad puede concertarse con proveedores privados, normalmente con el fin de reducir las listas de espera de procedimientos quirúrgicos o de pruebas de diagnóstico de alta tecnología³. Normalmente se trata de contratos programa prospectivos, con algunas cláusulas de corrección *a posteriori*.

Hay unas pocas excepciones en las que las funciones de compra y provisión se han separado para incluir una red externa de proveedores. En estos casos, el servicio regional de salud actúa como comprador, subcontratando la prestación de servicios a una red de proveedores sin ánimo de lucro integrados en una red de proveedores públicos (más detalles en el Capítulo 4).

3.5 Relaciones comprador-proveedor

Como se ha explicado en la Sección 3.1 *Gasto sanitario*, históricamente las figuras del pagador o financiador y del proveedor de servicios no han tenido en España una separación funcional clara, pero en los últimos años se han introducido distintas fórmulas contractuales a tal fin.

Durante la segunda mitad de los años 90, todo el sistema, y en particular las comunidades autónomas de Andalucía, País Vasco y Cataluña, iniciaron pruebas piloto con sistemas de financiación prospectiva más sofisticados basados en Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) o categorías de gestión de pacientes, para lo que elaboraron presupuestos orientativos o sombra (*shadow budgets*). Para ello, algunas instituciones (hospitales en la mayoría de los casos, pero también servicios de urgencia y otras unidades) se transformaron en empresas públicas o fundaciones, en las que el equipo directivo tiene un mayor margen de maniobra, pero que todavía no pueden

³ Se ha indicado ya que Cataluña es una excepción, ya que ha integrado a la mayoría de los proveedores privados sin ánimo de lucro en su red pública de proveedores. Otras Comunidades Autónomas, como Galicia, Madrid, Murcia y la Comunidad Valenciana, han puesto en práctica algunas experiencias de iniciativa público-privada, en las que empresas privadas construyen hospitales públicos y los alquilan mediante contratos de arrendamiento a largo plazo al sector público o gestionan directamente centros de atención especializada para una determinada área o zona básica de salud.

asumir riesgos financieros, es decir, no pueden trasladar un déficit o un superávit al ejercicio siguiente, ni tampoco contratar préstamos.

La financiación de los hospitales en el sector privado suele realizarse de forma prospectiva, mediante la negociación de un contrato programa entre el hospital y el tercero pagador (la autoridad autonómica), en el que se establecen los objetivos que el hospital debe cumplir y se asigna financiación a los mismos. Las organizaciones compradoras supervisan los contratos a intervalos acordados entre las partes contratantes.

El uso generalizado de sistemas de contrato programa para la financiación hospitalaria ha dado lugar a la utilización de una serie de indicadores – el Conjunto Mínimo Básico de Datos o CMBD – destinado a permitir el ajuste de riesgos en la financiación y, por lo tanto, una asignación de recursos más equitativa. Hasta 1997, la mayoría de los contratos programa hospitalarios se acordaban mediante exhaustivas negociaciones entre el pagador y el hospital y se ponían en práctica como un documento acordado con especificaciones para un año. Pese a que se estructuraban con cálculos muy detallados (casi como “contratos coste-volumen”), en la práctica los contratos funcionaban básicamente como “contratos en bloque”, en los que el comprador realizaba pagos adicionales para compensar hasta el total de fondos esperados por los centros. No estaban vinculados adecuadamente a los niveles de actividad o a la calidad, no tenían en cuenta la coordinación con la asistencia primaria o con los planes de salud existentes, no eran sometidos a evaluación y seguimiento y no incorporaban un traspaso real del riesgo a los profesionales o a los gerentes. De hecho, establecían incentivos económicos demasiado débiles para el cumplimiento de los objetivos contractuales. Los contratos acordados por las organizaciones compradoras y proveedoras eran básicamente contratos sombra o contratos orientativos, con consecuencias financieras limitadas.

Sin embargo, a finales de la década de los 90 se produjeron importantes avances, con la incorporación de indicadores de eficacia y calidad más adecuados e intentos por vincular los contratos efectivamente al plan de salud regional. Los contratos también se ampliaron a hospitales psiquiátricos y otros hospitales de larga estancia y en varias comunidades autónomas (País Vasco, Cataluña, etc.) se introdujeron cambios significativos en la misma línea. El primer plan estratégico del INSALUD, aprobado en 1998, implicó un cambio importante, con la incorporación de un plan de mejora de la calidad (diseñado con la participación de las sociedades científicas) en los contratos, la introducción de un coordinador del plan en el nivel hospitalario y el desarrollo de incentivos económicos más claros vinculados al cumplimiento de los objetivos de calidad. Aproximadamente en la misma época, se autorizó a los hospitales públicos a recurrir a una fuente de financiación adicional, aunque de menor importancia, prestando servicios sanitarios o de cobertura de riesgos a personas o planes no cubiertos por el SNS.

Los hospitales no pertenecientes al SNS que dependen de sus propias fuentes de financiación (puramente privadas o con participación de otros organismos de la administración pública) pueden prestar también servicios al SNS, regulados a través de conciertos o contratos. Las condiciones económicas de estos conciertos las determinan los departamentos o consejerías de salud autonómicos, dependiendo de la naturaleza de la actividad concreta. Esta actividad se medía tradicionalmente en función de los días-cama, pero desde mediados de los 90 se ha introducido progresivamente el pago por acto. Las condiciones de los acuerdos se revisan anualmente y pueden adoptar la forma de un contrato programa con un presupuesto global. Las condiciones de los contratos con proveedores privados suelen ser más estrictas en términos de sus repercusiones que

las de los acuerdos firmados por proveedores públicos. De hecho, el papel de los hospitales privados concertados está aumentando desde mediados de los 90 como consecuencia de la especial atención concedida a la reducción de los tiempos de espera. En el marco de este esfuerzo, con frecuencia se han establecido también compensaciones económicas para los médicos de hospitales públicos que trabajan por la tarde y se ha reconocido el derecho de los pacientes cuya espera supera un tiempo determinado a elegir otro hospital público o privado concertado (véase el Capítulo 6).

En lo que respecta a los contratos de atención primaria, el grado de integración entre compradores y proveedores de estos servicios era aún más elevado que en el caso de los servicios hospitalarios. Así, la práctica más habitual ha sido copiar los contratos programa descritos, que establecen niveles de actividad orientativos y que en la práctica funcionan como presupuestos globales para garantizar la prestación. Normalmente los contratos programa presentan un importante elemento de capitación (que en la mayoría de los casos tiene en cuenta la naturaleza de la población a la que se atiende) y reflejan objetivos específicos en función de los programas asistenciales prioritarios introducidos (como los destinados a los enfermos crónicos, las madres y los bebés, etc.) o de determinadas actividades de promoción de la salud y prevención, así como algunos incentivos vinculados al cumplimiento de objetivos de programas de prescripción racional de medicamentos.

En algunos casos aislados, sobre todo en Cataluña y la Comunidad Valenciana, la atención primaria de un área de salud o de una zona básica de salud concreta se ha concertado con proveedores privados: por ejemplo, en el caso de Cataluña, con las EBA (entidades de base asociativas), grupos de médicos de atención primaria similares a los antiguos “*GP fund-holders*” británicos. En la Comunidad Valenciana, esta medida forma parte de un acuerdo más amplio con compañías de seguros sanitarios que gestionan tanto la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria) como la atención primaria de la población de un área de salud (véase la Sección 4.1 *Regulación*).

3.6 Mecanismos de transferencia de recursos

En la presente sección se analizan los mecanismos de pago derivados de los flujos financieros que se muestran en la 3. Para ello se establece una distinción entre el método de pago de los servicios sanitarios y el sistema de retribución del personal sanitario.

Servicios sanitarios

La financiación de los hospitales se realiza normalmente mediante un presupuesto global, establecido a partir de los capítulos individuales de gasto. Tradicionalmente, el gasto hospitalario se reembolsaba retrospectivamente, sin negociación previa entre los terceros pagadores y los proveedores. Sin embargo, desde principios de los años 90 algunos servicios de salud autonómicos han cambiado progresivamente la forma en que se fijan los presupuestos hospitalarios. El Gobierno catalán fue el pionero en estas reformas, así como en otras innovaciones en gestión y organización introducidas durante la década, en parte debido a la prevalencia en su comunidad autónoma de un sector hospitalario dominado por proveedores privados sin ánimo de lucro, lo que hizo

necesario conceder una mayor prioridad al diseño de instrumentos de contratación eficientes.

A partir de 1991 se definieron medidas de actividad brutas agregadas para permitir la comparación entre hospitales y se diferenciaron cuatro niveles de producción hospitalaria. La primera unidad agregada definida para su uso en la financiación de los hospitales públicos fue la unidad ponderada asistencial (UPA), que el Ministerio de Sanidad adaptó de la UBA del sistema catalán para su aplicación en los hospitales gestionados por el INSALUD en aquel momento. La UPA fue sometida posteriormente a ligeras modificaciones por parte de algunas comunidades autónomas para adaptarla a sus propios sistemas.

La UPA y el resto de unidades agregadas desarrolladas a partir de la misma se basan en la conversión de toda la actividad hospitalaria en múltiplos o submúltiplos de una actividad base estándar (la estancia), después de analizar los costes medios en cada tipo de servicio hospitalario, que dependen fundamentalmente de la tecnología y el equipamiento hospitalario. Las actividades especialmente sofisticadas (como los trasplantes), costosas (como la diálisis) o que se consideran intervenciones prioritarias por la duración de las listas de espera (como la cirugía mayor ambulatoria) permanecen fuera de la tasa general de las UPA y su financiación se calcula por separado. La UPA se ha utilizado como medida de la producción (una especie de unidad básica de facturación) y como medida *proxy* de la actividad hospitalaria global (agrega productos intermedios ponderados; véase la [Tabla 3.11](#)), estableciendo así la base para realizar comparaciones de la productividad históricas y entre centros. Partiendo de estas medidas *de primera generación* se ha evolucionado hasta instaurar un sistema del tipo GRD. Aunque el uso de los Grupos Relacionados de Diagnóstico con fines de análisis y evaluación está bastante desarrollado, su utilización como unidades de medida en contratos no está en absoluto generalizada.

Como ya se ha indicado, la nueva generación de contratos, con frecuencia denominados contratos programa, introduce algunos elementos de calidad coherentes con los objetivos de las estrategias autonómicas de calidad, normalmente programas de reducción de las listas de espera, enfoques de extensión de la cirugía ambulatoria, etc. Básicamente, los contratos programa definen la cartera de servicios, fijan los objetivos de calidad, cantidad y actividad a alcanzar y determinan la financiación relacionada con actividades específicas desarrolladas en el hospital. Sin embargo, el grado de sofisticación es bastante desigual entre comunidades autónomas.

Los contratos programa también están extendidos en el nivel de asistencia primaria, en el que siguen el mismo enfoque basado en la cartera de servicios. Normalmente, la gerencia de atención primaria del área de salud firma un contrato programa anual con el servicio regional de salud, que se basa en criterios de capitación (en muchos casos con algún componente de estructura demográfica y dispersión de la población) e incluye como líneas de producción los distintos programas de salud. Las especificaciones de este contrato se trasladan a los contratos con el equipo de atención primaria de cada zona básica de salud. Se trata de un proceso negociado, mediante el que se establecen objetivos y estándares asistenciales; por ejemplo, ha sido el principal vehículo para aplicar programas de uso racional de los medicamentos y promover la prescripción de medicamentos genéricos.

Tabla 3.11 Unidades ponderadas asistenciales (UPA) para contratos hospitalarios.

		UBA	UPA	EVA	UCA	UMA
Producto intermedio		1,00	–	–	1,00	1,00
Estancia hospitalaria.	Médica	–	1,00	1,00	–	–
	Quirúrgica	–	1,50	1,00	–	–
	Obstétrica	–	1,20	1,20	–	–
	Pediátrica	–	1,30	1,30	–	–
	Neonatólogica	–	1,30	1,30	–	–
	De intensivos	–	5,80	5,80	–	–
Cirugía con hospitalización		–	5,00	2,00	–	–
Cirugía ambulatoria		0,50	0,25	0,25	0,75	1,00
Consulta ambulatoria	Primera	0,50	0,25	0,25	0,40	0,40
	Sucesiva	0,25	0,15	0,15	0,20	0,20
Urgencia		0,40	0,30	0,30	0,40	0,50
Diálisis		–	–	–	1,28	–
Rehabilitación (sesión)		–	–	–	0,10	–
Hospital de día		–	–	10,00	–	–
Observaciones	UBA (Cataluña), UPA (INSALUD), EVA (Andalucía), UCA (País Vasco), UMA (Comunidad Valenciana).					
Fuente	Repullo e Iñesta 2006.					

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, aunque esta proporción se ha ido reduciendo con el paso de los años y la mayor parte de los nuevos contratos son más flexibles. En ninguna comunidad autónoma española se permite que el personal sanitario obtenga ingresos adicionales facturando por sus servicios dentro del sector público.

La fórmula más habitual para los médicos de familia incluye un salario más un complemento capitativo (aproximadamente el 15% del total), que tiene en cuenta la naturaleza de la población a la que atienden, su concentración y el porcentaje de la población mayor de 65 años. En Cataluña se utiliza también un ajuste adicional por las condiciones socioeconómicas de la población atendida.

En el caso de los médicos de hospitales y los especialistas que trabajan en centros de especialidades, el gobierno central regula el salario básico del personal estatutario, aunque las comunidades autónomas tienen capacidad para modificar algunos de los componentes que constituyen el sueldo total. Los salarios de los médicos que trabajan en fundaciones hospitalarias u otras formas de empresas públicas que se rigen por la normativa laboral privada dependen de la dinámica del mercado. Existe una variación considerable entre las comunidades autónomas, tanto en el tipo como en la cantidad de los complementos salariales que se aplican. En la [Tabla 3.12](#) se muestra el promedio nacional del salario anual de enfermeras y médicos de atención primaria y especializada. Los datos abarcan el periodo entre 1999 y 2004⁴ y también presentan cierta variabilidad entre regiones. Los salarios anuales se han incrementado para todos los profesionales durante el periodo observado, a un ritmo anual medio próximo al 6% en el caso de los

⁴ Pese a que esta información está clasificada como pública, las cifras no se publican regularmente y se han calculado mediante el análisis de distintas bases de datos, complementado con la recopilación de datos ad hoc. En la actualidad está en marcha un proyecto de investigación que está recopilando nuevos datos con el fin de actualizar este análisis. Por desgracia, en la fecha de redacción del presente documento no se disponía todavía de nuevas cifras.

profesionales de la enfermería tanto de centros de atención primaria como de centros de atención especializada y de los médicos de atención primaria, y de casi el 4% en el caso de los médicos especialistas.

Las diferencias salariales entre comunidades autónomas se han ampliado con el transcurso de los años en los grupos de enfermeras de atención primaria y médicos especialistas, registrando coeficientes de variación crecientes. Por el contrario, los salarios de las enfermeras de hospitales y los médicos de atención primaria muestran una moderada tendencia a la convergencia entre regiones, con una reducción de los coeficientes de variación durante el periodo observado.

En 2004, el salario medio anual en España era de 18.260 euros, con un promedio de 1,52 sueldos por hogar, mientras que el salario mínimo interprofesional superaba por poco los 6.870 euros. Según el último estudio disponible (Hidalgo y Matas 2004), el salario anual de los médicos oscilaba entre los 33.448,54 y los 68.573,02 euros (es decir, entre dos y cuatro veces por encima del salario anual medio). En la [Tabla 3.13](#) pueden consultarse las distintas bandas salariales de los médicos de atención primaria y hospitalaria dependiendo del tipo de contrato.

Conviene destacar que, además de este régimen general, en el SNS existen fórmulas más precarias de contratos a tiempo parcial y diarios que se utilizan para cubrir la escasez de profesionales o servicios de urgencias.

La retribución de otras categorías de profesionales sanitarios también se realiza mediante un salario. Entre ellos, cabe citar a los fisioterapeutas, los trabajadores sociales y los profesionales de la salud pública (tanto los especialistas en salud pública con formación médica como otros profesionales de la salud pública), pero no se dispone de cifras actualizadas de sus ingresos. Los farmacéuticos que son empleados públicos, tanto en la asistencia sanitaria como en los hospitales, son igualmente trabajadores asalariados, mientras que los farmacéuticos que poseen su propia farmacia son empresarios privados (aunque pueden contratar a otros farmacéuticos como personal asalariado; véase el epígrafe *Farmacéuticos* de la Sección 5.2 *Recursos humanos* y la Sección 6.6 *Prestación farmacéutica*).

El personal directivo suele ser personal asalariado. Sin embargo, con frecuencia tienen 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 vinculadas a los resultados. Estos contratos están regulados por un régimen distinto y pueden resolverse en cualquier momento en función de decisiones políticas.

Los salarios y los métodos de pago los fijan los organismos financiadores, aunque en ocasiones también se celebran negociaciones bilaterales. El sistema de pago de los profesionales de los hospitales es bastante polémico en la actualidad y no satisface ni a los financiadores del sistema ni a los propios médicos. Se cree que los incentivos económicos y de otros tipos que se aplican a los profesionales sanitarios de atención especializada no recompensan claramente la eficiencia de la actividad ni mejoran los resultados de salud ni la calidad. Esto está relacionado con la condición de personal estatutario de los profesionales y con la duración vitalicia de los contratos en el sector público. La experiencia en el uso de incentivos económicos vinculados al logro de objetivos no ha demostrado una especial efectividad. Esto podría deberse a que las partidas destinadas a incentivos por el cumplimiento de objetivos de eficiencia sólo constituyen un porcentaje muy reducido del salario total del facultativo. Además, los mecanismos de evaluación del desempeño en el sector sanitario siguen siendo muy rudimentarios y la aplicación de las medidas destinadas a evaluar la eficiencia ha

resultado muy complicada. Todavía no se han diseñado fórmulas satisfactorias para el pago de complementos.

Tabla 3.12 Salarios anuales de profesionales sanitarios seleccionados y variación entre comunidades autónomas, años 1999-2004.

	Salario anual medio (EUR)						Variación porcentual anual de los salarios					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	Incremento anual medio 99/04
Enfermera de AP												
Salario nacional medio	18.893	19.465	20.127	21.626	23.374	25.028	3,03	3,40	7,45	8,08	7,08	5,79
Desviación típica	744	805	821	1.451	1.485	1.633						
Coficiente de variación entre CC.AA.	3,94	4,13	4,08	6,71	6,36	6,52						
Enfermera hospitalaria												
Salario nacional medio	18.138	18.840	19.701	21.305	22.708	24.233	3,87	4,57	8,14	6,58	6,72	5,97
Desviación típica	1.576	1.510	1.465	1.337	1.411	1.495						
Coficiente de variación	8,69	8,01	7,44	6,27	6,21	6,17						
Médico de AP												
Salario nacional medio	31.602	32.937	34.606	36.637	39.031	41.248	4,23	5,07	5,87	6,53	5,68	5,47
Desviación típica	3.451	2.495	1.685	2.230	3.375	4.014						
Coficiente de variación	10,92	7,57	4,87	6,09	8,65	9,73						
Médico especialista												
Salario nacional medio	33.048	33.728	34.503	35.785	37.962	40.113	2,06	2,30	3,71	6,09	5,67	3,95
Desviación típica	2.026	2.178	2.253	2.141	3.013	2.987						
Coficiente de variación	6,13	6,46	6,53	5,98	7,94	7,45						
Observaciones	AP: atención primaria.											
Fuente	Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario 2007.											

Tabla 3.13 Salario anual (EUR) de médicos de hospitales públicos y médicos de atención primaria por tipo de dedicación y contrato.

	Propietario (1) sin dedicación exclusiva (2) y sin guardias		Propietario (1) con dedicación exclusiva (2) y 50 horas de guardia		Médico interino (3) con dedicación exclusiva (2) y 50 horas de guardia	
	Hospital	AP	Hospital	AP	Hospital	AP
Promedio	38.338.39	39.733.59	56.881.27	53.653.98	51.661.34	48.434.03
Máximo	47.845.78	49.450.39	68.573.02	62.509.54	60.877.00	55.293.97
Mínimo	33.448.54	34.095.82	50.565.94	48.232.70	44.517.88	37.858.28
Observaciones	AP: atención primaria. (1) El estatuto de la mayoría de los profesionales sanitarios (personal estatutario) es análogo al de los funcionarios. Sin embargo, formalmente no son funcionarios. (2) Por dedicación exclusiva se entiende que el contrato del profesional no le permite la práctica privada fuera del horario de trabajo en el sector público, por lo que recibe una compensación. (3) Los médicos interinos tienen contratos temporales hasta que la plaza sea cubierta por personal estatutario.					
Fuente	Hidalgo y Matas 2004.					

4 Regulación y planificación

4.1 Regulación

En el Capítulo 2 se han descrito ya muchos aspectos de la regulación del sistema sanitario en España desde el punto de vista organizativo (por ejemplo, la relación entre el sector público y el sector privado, los respectivos papeles de las administraciones central y autonómicas, la cobertura de la población, el derecho a la asistencia y las prestaciones, los derechos del paciente, etc.). En esta sección procederemos a analizar otros aspectos regulatorios y a profundizar en una serie de cuestiones que ya se han mencionado en las secciones precedentes.

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 la 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. El sistema integrado que imperaba anteriormente (en el que las autoridades, los responsables de la planificación, la función de compra y los proveedores formaban parte de la misma organización) dio paso a este desdoblamiento a principios de los 90, cuando se aceptó de forma generalizada la necesidad de introducir elementos de *simulación de condiciones de mercado* para incrementar la eficiencia en sistemas sanitarios públicos altamente integrados. Con este mismo espíritu, los servicios regionales de salud han adoptado una amplia variedad de regímenes jurídicos en un intento de lograr flexibilidad y autonomía, aumentando la credibilidad de la función del proveedor. Así, 11 servicios regionales de salud han adoptado la forma de “organismos autónomos de carácter administrativo”; otros cinco se han constituido como “entes de derecho público” o “entes públicos” y el último es una “empresa pública regional”.

Sin embargo, en la práctica las decisiones de “compra” están estrechamente vinculadas con la gestión diaria de las instalaciones y los recursos humanos existentes. Como es lógico, las consecuencias de permitir que uno de estos proveedores desaparezca del mercado no son asumibles para ninguna administración sanitaria responsable de mantener el acceso a la atención sanitaria y obligada a encontrar un sustituto de inmediato (lo que es bastante poco probable, dados los enormes costes que deben asumir los recién llegados para entrar en el mercado y la falta de alternativas, ya sean entidades privadas con ánimo de lucro o no, en la mayor parte del territorio). Por lo tanto, en la actualidad el objetivo real de este reparto de funciones es principalmente la modernización de las fórmulas de gestión del SNS a fin de mejorar la flexibilidad, y no la introducción real de elementos de mercado. En este sentido se aprecia una consecuencia positiva, derivada claramente de la progresiva introducción de una cultura de evaluación de la que el sistema carecía anteriormente. El vínculo entre presupuesto y actividad se ha reforzado, con el fin de mejorar la eficiencia del uso de los recursos. Así, la medición de la productividad se ha convertido en una práctica de rutina, aunque la medición de los resultados y los costes todavía está poco generalizada. No obstante, el rápido progreso actual del perfeccionamiento y la normalización de los sistemas de información (véase la

Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria*) comienza a contribuir al despegue de una significativa actividad de evaluación comparativa (*benchmarking*) y la evaluación de resultados está adquiriendo cierto impulso.

La herramienta básica que regula la relación entre la consejería de sanidad y el servicio regional de salud es el *contrato programa*, que ya se ha descrito en el Capítulo 3. Básicamente, este instrumento establece los objetivos (derivados del plan regional de salud y del plan estratégico regional)¹, el presupuesto y el sistema de evaluación. El contrato programa se negocia cada año, lo que obliga a ambas partes a reflexionar sobre lo que desean lograr y cómo desean lograrlo, en un ejercicio que probablemente reforzará el pensamiento estratégico en el ámbito de la mejora del desempeño. Más allá de la retórica, resulta difícil detectar pruebas de ese efecto, en parte por la relativa ineficacia que continúa caracterizando a los sistemas de información y en parte por la consabida resistencia al cambio de las organizaciones y las personas.

Como ya se ha mencionado en el Capítulo 3, 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), que con frecuencia no se corresponden con municipios u otras entidades político-administrativas². Estas unidades básicas se han concebido como la piedra angular de la estructura de gestión y sustentan la organización del sistema regional de salud. De hecho, estas subdivisiones ya estaban vigentes antes de que se completara el proceso de transferencia de las competencias sanitarias. Sin embargo, la mayoría de las autoridades sanitarias autonómicas han reconfigurado sus mapas sanitarios para adaptarlos a los cambios demográficos y a otras necesidades locales. Según la Ley General de Sanidad de 1986, las *áreas de salud* se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climáticos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Cada área debe extender su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000.

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; y
- 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 la misma. 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 éstos el equipo de profesionales (cuyos miembros rotan para pasar consulta en el centro de especialidades).

¹ Estos planes, que establece la consejería autonómica de sanidad, se renuevan habitualmente cada cuatro o cinco años.

² En términos generales, los mapas sanitarios no incluyen los mapas de servicios sociales, ni coinciden necesariamente con los mismos, ya que éstos dependen en la mayoría de los casos de una administración regional distinta (con la notable excepción de Cataluña; véase: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut 2007). No obstante, en la mayoría de los casos, tanto el personal de los centros de atención primaria como el de los hospitales incluye trabajadores sociales y algunos centros asistenciales de larga y media estancia están integrados en la estructura de provisión de servicios de asistencia sanitaria, lo que constituye un ejemplo de la paradoja que supone la presencia simultánea de un desdoblamiento y un solapamiento de las administraciones sanitaria y de servicios sociales.

Habitualmente, en cada área coexisten dos estructuras gerenciales: la gerencia de atención primaria y la gerencia de atención especializada. Esta estructura doble tenía por objeto dotar a la atención primaria de un nuevo estatus y una mayor relevancia, tal y como exigían las reformas políticas de los años 90, así como contrarrestar el poder y la influencia que tradicionalmente tenían los hospitales en la estructura de servicios sanitarios (en el Capítulo 2 se explica la evolución histórica de ambas redes). Los equipos gerenciales, tanto en la atención primaria como en la especializada, son nombrados por el servicio regional de salud y deben rendir cuentas ante el mismo. Las características concretas de su organización varían de una comunidad autónoma a otra. Esta bicefalia ha generado considerables dificultades en la coordinación de la atención. Su papel en la interrupción de la continuidad asistencial ha formado parte del debate de los expertos durante las dos últimas décadas (SESPAS 2008). A lo largo de los años han proliferado iniciativas para mejorar la continuidad asistencial, en forma de vías clínicas y protocolos de coordinación (Andalucía puede citarse como un ejemplo muy prolífico). Sin embargo, la rivalidad subyacente entre los dos niveles de asistencia y los obstáculos organizacionales derivados de las distintas prioridades de los equipos gerenciales han dificultado la implantación de todas estas iniciativas y las pruebas sobre resultados continúan siendo escasas. Varias comunidades autónomas han puesto en marcha innovaciones destinadas a integrar la gestión de las áreas de salud. No obstante, esta configuración sigue sin ser la más frecuente, e incluso en esas comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Galicia y Navarra), los sistemas caracterizados por una gerencia integrada de área continúan en la fase piloto. No obstante, parece que los avances en esa dirección están adquiriendo cierto impulso en todo el Sistema Nacional de Salud.

Existe otra subdivisión del territorio, las *zonas básicas de salud*, que son 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 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 desde el domicilio del paciente. 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. Normalmente se organizan en torno a un único equipo de atención primaria, que también es la principal unidad de gestión de la zona y coordina las actividades de prevención, promoción, tratamiento y atención comunitaria. El director del equipo de atención primaria (que normalmente es un médico que compagina este cargo con la práctica clínica) suele depender jerárquicamente del gerente de atención primaria del área de salud.

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 tercero pagador o financiador encargado de la compra de servicios en su territorio.

En Cataluña, el Departamento de Salud es el organismo encargado de la financiación, planificación y supervisión de los servicios sanitarios. Por su parte, el servicio regional de salud CatSalud es el comprador, mientras que la prestación de servicios se realiza a través de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). Esta

red incluye proveedores tanto públicos como privados (la justificación histórica de esta peculiaridad se explica en el Capítulo 2), algunos de los cuales se encuentran bajo la gestión directa de una organización independiente dentro del gobierno regional, el Instituto Catalán de Salud (ICS). Sin embargo, en su mayoría la red está constituida por muy diversos proveedores, entre los que cabe citar consorcios y sociedades municipales, empresas públicas, fundaciones privadas, mutualidades, organizaciones benéficas de órdenes religiosas, empresas privadas y asociaciones profesionales o cooperativas constituidas para gestionar equipos de atención primaria (*entidades de base asociativas o EBA*) (más detalles en el epígrafe *Regulación y fórmulas de gestión de los proveedores*). El modelo vigente en Madrid presenta algunas diferencias. El Servicio Regional de Salud (SERMAS) es el comprador encargado de configurar y asignar el presupuesto sanitario, mientras que la Consejería de Salud es la autoridad sanitaria y ostenta funciones de planificación. La principal diferencia con el modelo catalán es que el propio SERMAS es también el principal proveedor. No obstante, además de una concesión de larga duración a la compañía sanitaria internacional que gestiona el Hospital de la Concepción (inicialmente en manos de una fundación privada) para la prestación de asistencia especializada en una de sus áreas sanitarias, el SERMAS ha iniciado recientemente algunas asociaciones con el sector privado. La mayor parte de la innovación en este ámbito está relacionada con ocho nuevos hospitales construidos con la participación de iniciativa privada (la fórmula exacta es la de los contratos administrativos de obra pública y contratos de servicios, modalidad de concesión administrativa), dotados de personal por el SERMAS, pero de los que son propietarias y gestoras empresas privadas que los alquilan para su uso público (véase el siguiente epígrafe *Regulación y fórmulas de gestión de los proveedores*).

El papel de tercero financiador del SERMAS podría verse reforzado con la adopción del *área única*. Como se indica en el Capítulo 2, Madrid tiene previsto fusionar las 11 áreas de salud de su actual mapa sanitario en una única área en la que se atendería a más de seis millones de personas. Se pretende con esta medida aplicar plenamente la libertad de elección de los pacientes regulada por la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la sanidad de la Comunidad de Madrid, que abre la puerta para que los pacientes puedan elegir el centro o el profesional que prefieran de entre los proveedores públicos y, en última instancia y dependiendo de factores como las listas de espera de determinados procedimientos o las consultas de especialidades, también de entre proveedores privados³. Este proyecto ha suscitado cierta controversia y no está claro cómo se aplicaría esta libertad de elección si se mantiene la actual función de puerta de entrada al sistema de los médicos de familia. Por otra parte, algunos expertos (Repullo 2009) ponen en duda la necesidad de eliminar las estructuras de gestión territoriales para poder ofrecer a los pacientes la libre elección de facultativos y prefieren hacer hincapié, en cambio, en la posibilidad de ampliar la cuota de proveedores privados con ánimo de lucro como motor real de la reforma. En cualquier caso, si el proyecto de área única llega a ponerse en práctica, el papel del SERMAS como tercero pagador se vería probablemente reforzado. Conviene destacar que la contratación de seguros privados voluntarios en Madrid supera ampliamente la media nacional – más del 20% de la población – y que la concentración de proveedores privados con ánimo de lucro es

³ Este cambio organizativo precisa la aprobación de dos proyectos de decreto que se están debatiendo actualmente en el parlamento regional. El objetivo de ambos es desarrollar el marco fijado por la citada Ley 6/2009. Uno de los proyectos de decreto regula los mecanismos para el ejercicio de la libertad de elección y el otro establece las estructuras básicas sanitarias y directivas de atención primaria del área de salud única (Comunidad de Madrid 2009, 2010).

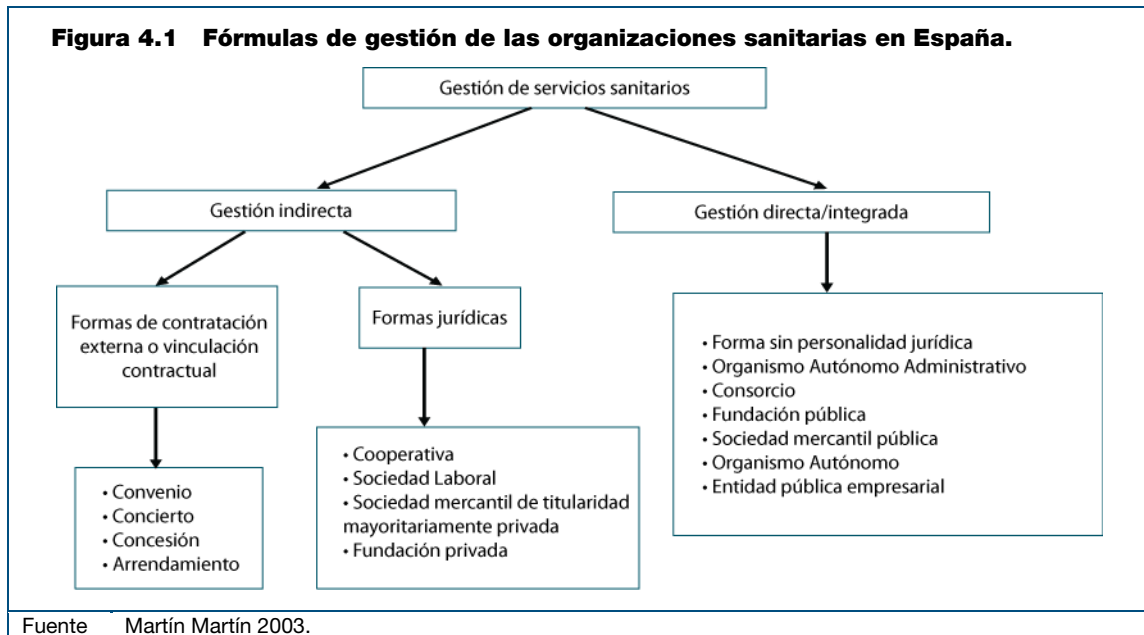
bastante elevada en comparación con otras partes del país. Esta medida podría dar un nuevo estímulo a la actividad en este sector.

Regulación y fórmulas de gestión de los proveedores

Como ya se ha explicado anteriormente, la mayor parte de los proveedores de servicios del SNS pertenecen al sector público y el modelo de gobierno predominante tiene muchos elementos de gestión directa heredados de la estructura integrada original. La principal herramienta de este modelo es también el contrato programa descrito en esta misma sección y en el Capítulo 3. El contrato programa firmado por la consejería de salud y el servicio regional de salud se traslada en cascada cada año a las estructuras gerenciales: los equipos gerenciales de cada área de atención primaria y área de atención especializada negociarán su contrato programa específico con el servicio regional de salud y, a su vez, cada uno de ellos negociará otro contrato programa con los equipos de atención primaria y la gerencia hospitalaria del área. Como es lógico, los objetivos, el presupuesto y el sistema de evaluación de estos contratos se derivan de los previstos en el contrato programa anual negociado entre el servicio regional de salud y la consejería de salud. De hecho, la inmensa mayoría de los proveedores finales de asistencia forman parte de la estructura del servicio regional de salud y no son entidades autónomas desde el punto de vista jurídico. Por lo tanto, el contrato programa funciona como una herramienta de gestión por objetivos, incorporando incentivos para reforzar determinadas líneas estratégicas. No se establece ninguna sanción para el incumplimiento de los objetivos, ni tampoco se produce una transferencia real del riesgo a los proveedores. Sin embargo, su existencia justifica la intervención para identificar las causas de cualquier incumplimiento y corregirlo. Los equipos y, en ocasiones, profesionales individuales pueden recibir incentivos económicos por el cumplimiento de determinados objetivos estratégicos (por ejemplo, la prescripción racional de medicamentos, el uso de medicamentos genéricos, la reducción de los tiempos de espera en determinados procedimientos, etc.); no obstante, su importe es siempre marginal con respecto a la retribución total.

Además de este modelo imperante, existen, tal y como puede comprobarse en la 4, otras modalidades de gestión de los proveedores, en virtud de las que éstos siguen sometidos a la gestión directa, pero tienen personalidad jurídica propia diferenciada del servicio regional de salud⁴. En la [Figura 4.1](#) también se recopilan las distintas fórmulas jurídicas existentes. Todas estas fórmulas de gestión directa pueden clasificarse en función del tipo de régimen contractual, del personal y presupuestario. En un extremo se encontrarían las estrictas limitaciones impuestas por el Derecho administrativo y, en el otro, los sistemas caracterizados por la existencia de entidades sujetas a Derecho privado (aunque la titularidad puede seguir siendo pública y la misión de la organización continúa siendo el servicio público). La relajación de los estrictos límites impuestos por el Derecho público y el paso al Derecho privado puede afectar a todos o a alguno de estos tres elementos y ofrece a los gobiernos regionales una amplia gama de fórmulas de entre las que elegir. En la [Tabla 4.1](#) se resumen las principales características de las actuales fórmulas de gestión directa.

⁴ Muchas de ellas son fórmulas muy recientes derivadas de la Ley Orgánica de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (Ley 6/97, LOFAGE), aprobada en 1997.



La fórmula del consorcio se ha utilizado ampliamente en Cataluña (aunque no exclusivamente en esta comunidad autónoma) como mecanismo jurídico para agrupar las distintas administraciones que ya prestan servicios (principalmente atención hospitalaria) a una determinada población de referencia, o que poseen las estructuras necesarias para prestarlos, con el fin de alcanzar una prestación más eficiente. Algunos ejemplos son el Consorcio Hospitalario de Vic, el Consorcio Sanitario de Barcelona o la Corporación de Salud de El Maresme y La Selva, todas ellas en Cataluña.

Las fundaciones públicas constituyen una variante concreta de estas fórmulas de gestión directa creada por la Ley 30/1994 de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general. Las fundaciones hospitalarias son entidades con personalidad jurídica propia, gestionadas por un consejo supervisado por las autoridades sanitarias públicas (los mismos organismos que contratan sus servicios y, por lo tanto, deciden sus ingresos). Algunos hospitales de Baleares, Galicia y Madrid han adoptado esta modalidad jurídica. Conviene destacar que esta fórmula se ha aplicado sobre todo para la puesta en marcha de nuevos hospitales, sin que sea habitual la conversión de instituciones ya existentes en fundaciones.

Tabla 4.1 Fórmulas de gestión directa de proveedores en el Sistema Nacional de Salud.

	Forma sin personalidad diferenciada	Organismo autónomo de carácter administrativo	Ente de derecho público (Ente público)	Consorcio	Fundación	Sociedad mercantil pública	Organismo autónomo	Entidad pública empresarial (EPE)
Legislación básica	Ley 6/1997, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE). Leyes autonómicas	Estatutos de autonomía; Leyes autonómicas	Ley de creación; Leyes autonómicas	Reglamento de Servicios de Régimen Local y Ley de Bases de Régimen Local Real Decreto Legislativo 781/1986; Leyes autonómicas	Ley 30/1994 de fundaciones. Real Decreto 316/1996. Ley 50/2002 de fundaciones. Ley 49/2002 de Régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de incentivos fiscales al mecenazgo.	Ley 2/1995 de Sociedades de Responsabilidad Limitada o el Código de Comercio. Ley de Patrimonio del Estado.	Ley 6/1997, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE).	Ley 6/1997, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE).
Definición	Entidad territorial prestadora de servicios públicos sin personalidad jurídica diferenciada.	Entidad de Derecho público creada por ley, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que actúa en régimen de descentralización administrativa y que tiene como función la organización y administración de un servicio público, de los fondos que tiene adscritos y de actividades y bienes.	Organización con personalidad y organización jurídica pública, pero que actúa en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creada para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad.	Entidad dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio, creada por diversos entes públicos de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la administración pública distintos. La legislación local también admite que puedan integrarse en ella entidades privadas sin ánimo de lucro.	Organización dotada de personalidad jurídica y constituida sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que por voluntad de sus creadores tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general.	Sociedad mercantil en la que la administración pública o sus organismos públicos cuentan con la mayoría de acciones o participaciones.	Organismo autónomo que se rige por el Derecho administrativo y al que se encomienda en régimen de descentralización funcional y en ejecución de programas específicos de la actividad un ministerio, la realización de actividades de fomento, prestacionales o de gestión de servicios públicos.	Organismo público que realiza actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación.
Régimen jurídico	Derecho público.	Derecho público.	Derecho público y privado.	Derecho público y privado.	Derecho público y privado.	Derecho privado (mercantil, civil y laboral).	Derecho público.	Derecho público y privado.

Forma de constitución	Mediante Real Decreto u orden, dependiendo del rango del órgano.	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los estatutos.	Ley de creación.	Real Decreto u orden.	Ley, Real Decreto u orden, dependiendo de la naturaleza del órgano que la crea.	Acuerdo del Consejo de Ministros.	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los estatutos.	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los estatutos.
Órgano de dirección	Titular nombrado por el órgano superior.	Según Ley de creación. Presidente o director nombrado por decreto. Consejo de administración.	Según Ley de creación. Presidente o director nombrado por decreto. Consejo de administración.	Junta general o Consejo de gobierno.	Patronato.	Consejo de administración.	Según Estatutos.	Según Estatutos.
Patrimonio	No tiene patrimonio propio.	Propio o cedido.	Propio y/o cedido.	Propio y/o cedido.	Propio y/o cedido.	Propio y/o cedido.	Propio y/o adscrito.	Propio y/o adscrito.
Contratación	Ley 30/2007, de Contratos del Sector Público	Ley 30/2007, de Contratos del Sector Público	Ley 30/2007, de Contratos del Sector Público	Derecho privado. Principios de publicidad y concurrencia.	Derecho privado (salvo contratos de obras y servicios elevados).	Derecho privado.	Ley 30/2007, de Contratos del Sector Público	Ley 30/2007, de Contratos del Sector Público
Régimen jurídico del personal	Funcionario o estatutario (laboral para determinados nuevos contratos de carácter fijo o indefinido)	Funcionario o estatutario (laboral para determinados nuevos contratos de carácter fijo o indefinido)	Derecho laboral (funcionario o estatutario, si lo establece la Ley de creación)	Funcionario/estatutario/laboral. (funcionario o estatutario, si lo establece la Ley de creación)	Derecho laboral.	Derecho laboral.	Funcionario o laboral	Derecho laboral.
Experiencias	Agencia de Evaluación de Tecnología Andaluza, Servicio Valenciano de Salud, Unidades clínicas.	Servicio Andaluz de Salud, Servicio Navarro de Salud, Servicio Gallego de Salud, etc.	Servicio Catalán de Salud, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), Hospital Costa del Sol, Empresa pública de Emergencias Sanitarias, hospitales de Poniente, de Andújar, de Pallars, de Mora de Ebre.	Consorcio Hospitalario de Vic, de Parc Taulí, Consorcio Sanitario de Barcelona, Sanitario de Mataró.	Hospitales de Verín, Manacor, Alcorcón, Cee, Barbanza de Ribeira, Villagarcía de Arosa, Centro Gallego de Transfusiones.	Hospital San Jaime de Calella, Escuela Andaluza de Salud Pública.	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.	No hay.
Fuente	Martín Martín 2003.							

En los últimos años se han realizado algunas innovaciones más en el ámbito de la organización, destinadas a mejorar la calidad de la atención y a fomentar la participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones. Así, se han creado varios institutos clínicos (que agrupan distintos servicios sujetos a coordinación interna) y unidades clínicas. Estas entidades han generado un amplio catálogo de experiencias de delegación de poderes, mediante distintas modalidades y en grados diferentes, a grupos clínicos. Como ejemplos de institutos clínicos se pueden citar el Instituto de Enfermedades del Corazón del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, el Instituto Oncológico del Hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia y el Área del Corazón del Hospital Juan Canalejo de A Coruña, Galicia. El Hospital Virgen del Rocío en Andalucía se ha reorganizado totalmente en departamentos o institutos clínicos tras un cambio de la lógica de gestión clínica.

En cuanto a las fórmulas de gestión indirecta, en la mayoría de las comunidades autónomas la concertación externa está limitada a la realización de pruebas diagnósticas complementarias y procedimientos ambulatorios, así como a servicios auxiliares, como el servicio de comidas en hospitales, la lavandería, el mantenimiento, la limpieza y la seguridad. De hecho, la contratación con empresas privadas de la prestación de servicios auxiliares se ha convertido en una práctica bastante generalizada, hasta tal punto que la prestación integrada se está abandonando en la mayor parte del sistema. Estos contratos, sujetos a licitación pública, suelen adoptar la forma de una concesión a una entidad privada que prestará dichos servicios específicos, con medios ajenos a los de la administración pública, en las instalaciones públicas. La administración pública se reserva la facultad de inspeccionar el cumplimiento de las condiciones de prestación pactadas. La duración de la concesión puede variar, pero en general se trata de contratos plurianuales.

Por otra parte, cuando se trata de servicios clínicos, la fórmula de contratación más habitual es el concierto con proveedores privados para la prestación de servicios quirúrgicos o de diagnóstico muy concretos¹. Los proveedores pueden estar constituidos con arreglo a cualquiera de las fórmulas jurídicas enumeradas en la [Figura 4.1](#) bajo el título *gestión indirecta*. Una vez que se contrata un servicio mediante cualquiera de estas fórmulas, los profesionales de la estructura del servicio regional de salud identifican a los pacientes que lo necesitan. A continuación, los pacientes pueden remitirse al proveedor privado (normalmente dependiendo de la prioridad o simplicidad relativa de su problema), que realiza la intervención y devuelve al paciente al sistema. Con carácter general, estos proveedores son retribuidos mediante un sistema de “pago por acto médico”. En el contrato puede fijarse un umbral mínimo por volumen de casos en función de la necesidad estimada. Los importes a pagar por ese paquete acordado pueden basarse en tarifas distintas, que se negocian anticipadamente. La contratación externa de servicios está relacionada con frecuencia con la reducción de las listas de espera. Sin embargo, en algunos casos puede estar vinculada a la decisión de comprar servicios de alta tecnología para una población determinada a un proveedor privado ya instalado, en lugar de soportar los costes de instalación de nuevo equipo.

Dos de las fórmulas jurídicas que pueden adoptar los proveedores en el modelo de gestión indirecta merecen una descripción más detallada debido a su peculiaridad. La

¹ Otro caso habitual es la contratación, para la prestación de servicios de media y larga estancia, de entidades privadas sin ánimo de lucro (con frecuencia propiedad de órdenes religiosas). Estos servicios suelen prestarse a pacientes mayores dependientes o a pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas. Con frecuencia, los servicios regionales de salud utilizan estos contratos para poder hacer frente a la escasez de recursos de este tipo en el SNS.

primera es la de las entidades de base asociativas (en catalán, *Entitats de Base Associativa* (EBA)); estas entidades se introdujeron en Cataluña en la década de los 90 en el marco de la experimentación con el modelo británico de “*GP-fundholders*” (grupos de médicos de familia destinatarios y gestores de un presupuesto en función de la población atendida). Una EBA es un grupo de profesionales de atención primaria constituido como sociedad con personalidad jurídica propia. Las EBA firman un contrato con el servicio regional de salud por el que se comprometen a gestionar una zona básica de salud, convirtiéndose en el equipo de atención primaria de referencia. También se les puede otorgar un presupuesto para la compra de productos intermedios y de consultas externas especializadas. En el contrato se introducen de forma explícita mecanismos de corresponsabilidad financiera.

La segunda fórmula jurídica ha dado lugar a las experiencias más radicalmente innovadoras (y también más controvertidas) en la organización de la prestación sanitaria. Se trata de la concesión administrativa a una sociedad o a una unión temporal de empresas (UTE) de la prestación sanitaria a un área de salud entera. El modelo se introdujo por primera vez en el área de Alzira en Valencia. En 1999, el gobierno valenciano adjudicó en régimen de concesión administrativa la prestación de atención hospitalaria en Alzira a una UTE que encabezaba la aseguradora privada Adeslas. La duración del contrato fue de 10 años, a cambio de la construcción del hospital local de La Rivera a cargo del adjudicatario. Los pagos al adjudicatario se realizan con arreglo a un modelo per cápita. Sin embargo, la concesión inicial terminó en 2003. La rentabilidad de la fórmula no estaba clara y finalmente la administración regional reembolsó al adjudicatario, la UTE Ribera Salud, la inversión inicial en la puesta en marcha del hospital y le compensó por el lucro cesante correspondiente a los seis años de contrato no cumplidos por la resolución anticipada del mismo. Una nueva concesión reemplazó a la anterior, incrementando el importe pagado per cápita y ampliando el alcance del contrato para incluir la atención primaria y la especializada ambulatoria. De esta forma, el adjudicatario presta casi toda la atención sanitaria con financiación pública en Alzira. El nuevo concurso se adjudicó a la misma UTE que anteriormente gestionaba la atención hospitalaria, en esta ocasión con una duración prevista de 15 años, hasta 2018. En teoría, los ciudadanos tienen la posibilidad de elegir donde van a ser atendidos. Así, si un paciente de Alzira decide recibir atención fuera del área integrada, el adjudicatario debe reembolsar al proveedor alternativo el 100% del coste medio por GRD. Si se da la situación inversa, es decir, si un paciente de otra área quiere que se le atienda en Alzira, el servicio regional de salud reembolsaría al adjudicatario el 80% del coste medio por GRD.

El principal motivo de controversia es si las mejoras de la eficiencia son suficientes para compensar los costes que deben incluir los beneficios de las empresas (o la compensación por el lucro cesante), los costes operativos y los costes de supervisión derivados del seguimiento, así como cuestiones relacionadas con la calidad y la equidad. El Servicio Valenciano de Salud (SVS) fue el pionero y el principal defensor de este modelo como un medio para obtener una estructura sanitaria necesaria (un nuevo hospital) sin poner en peligro el presupuesto regional (el clásico argumento a favor de la iniciativa financiera privada). Sus críticos han argumentado que en realidad los costes han aumentado (aunque se han repartido en el tiempo, hipotecando durante 20 años los presupuestos sanitarios valencianos), sin que se haya demostrado ningún resultado favorable para la población atendida. No obstante, este modelo se ha extendido en la Comunidad Valenciana y ya están vigentes otras cuatro concesiones administrativas en Torre Vieja (2006) y Denia, Manises y Eix-Crevillente (2009). En total, aproximadamente

el 16% de la población de la Comunidad Valenciana recibe asistencia bajo este modelo. Madrid también ha adoptado esta fórmula para uno de los ocho nuevos hospitales² (Valdemoro) y los cuatro hospitales adicionales cuya construcción está prevista, todos incluidos en el Plan de Infraestructuras Sanitarias 2007-2011 de la Comunidad de Madrid. En la práctica, la concesión administrativa se ha convertido en la bandera de la política sanitaria de los gobiernos regionales conservadores. Por desgracia, el debate sobre las virtudes y los defectos de esta fórmula se ha visto determinado en exceso por la lucha partidista y la propaganda y demasiado poco por los datos y una evaluación comparativa rigurosa. Por lo tanto, la reciente solicitud en el Parlamento de que una comisión de expertos independientes evalúe el funcionamiento y la incidencia de estas innovaciones en el Sistema Nacional de Salud es una buena noticia y se espera que permita arrojar algo de luz sobre el asunto.

Regulación y fórmulas de gestión del proceso de compra

Como se ha indicado en las anteriores secciones, el proceso de compra en el Sistema Nacional de Salud se enmarca en la inmensa mayoría de los casos en el contrato programa descrito, con proveedores públicos sujetos a distintas modalidades de gestión directa. Conforme el sistema iba madurando, se han introducido nuevos contratos programa con cláusulas mucho más específicas sobre la naturaleza y la calidad de los servicios y los procedimientos de evaluación.

Cuando se contrata con proveedores independientes desde el punto de vista jurídico (los indicados en la categoría de gestión indirecta en la sección anterior), la consejería autonómica de salud establece un presupuesto total y publica directrices que deben cumplir los servicios regionales de salud (o el INGESA cuando se trata de las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), en los que se delegan las facultades para utilizar esos recursos predeterminados. Así, en la mayoría de los casos, los servicios regionales de salud o INGESA son la verdadera contraparte en la contratación de servicios con estos proveedores. Los detalles de los conciertos presentan enormes variaciones. Pueden ser aisladas o tener continuidad en el tiempo. En este último caso, las especificaciones del contrato deben garantizar tanto la viabilidad financiera como la posibilidad de que se realicen las inversiones a medio plazo necesarias para que la tecnología del proveedor responda a las necesidades del comprador.

Regulación de la calidad asistencial

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud estipula claramente los fundamentos para el establecimiento de un marco nacional de vigilancia y mejora de la calidad en todo el país. En el Capítulo 2 se ha analizado el papel de la Agencia de Calidad del SNS en la promoción de normas de calidad a través de su Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, así como en su calidad de secretaria del CISNS para la

² Los otros siete nuevos hospitales se construyeron también con iniciativa financiera privada, pero la gestión sanitaria corresponde a una empresa pública y el régimen de contratación del personal mezcla el personal estatutario y el laboral. En Cataluña, Castilla-León y las Islas Baleares pueden encontrarse otros ejemplos de esta fórmula.

implantación del Plan de Calidad del SNS. Este Plan, que tiene su origen en la segunda Conferencia de Presidentes Autonómicos y cuenta con financiación específica, se ha convertido en la principal herramienta para establecer y divulgar normas de calidad y estándares de práctica, indicadores, guías clínicas, registros de buenas prácticas y registros de acontecimientos adversos. Su gestión reproduce el enfoque de funcionamiento por consenso que caracteriza al CISNS, el organismo en el que se decidió su creación, con la participación activa y la adhesión voluntaria de las comunidades autónomas. El Plan, vigente desde 2005, se articula en torno a cuatro ejes:

1. *Estrategias en salud del SNS*³. Destinadas a mejorar la asistencia a los pacientes con enfermedades de gran prevalencia que conllevan una elevada carga social. Existen ya nueve estrategias nacionales, aprobadas por el CISNS, que cubren enfermedades como el cáncer, la cardiopatía isquémica, la diabetes, las enfermedades raras, la EPOC y el ictus, o servicios específicos como los cuidados paliativos y los servicios de salud mental. Para finales de 2010 está prevista la aprobación de tres estrategias adicionales (enfermedades musculoesqueléticas, atención al paciente con dolor y atención a enfermos crónicos). Estas estrategias deben evaluarse periódicamente y contienen un conjunto de indicadores tanto de buenas prácticas como de implementación que se utilizan para su evaluación.
2. *Salud de la mujer*. Además de la aplicación de una estrategia nacional de atención al parto normal, existe una estrategia específica de prevención y gestión de la violencia de género. El **papel** del Observatorio de Salud de las Mujeres se ha explicado ya en el Capítulo 2, en el que se describe la Agencia de Calidad del SNS.
3. *Gestión del conocimiento*:
 - a) *Guías de práctica clínica*. Elaboración y divulgación de guías de práctica clínica vinculadas a la implantación de las Estrategias en salud del SNS. La principal herramienta es *GuíaSalud*,⁴ un organismo del Sistema Nacional de Salud que depende directamente del CISNS y en el que participan todas las comunidades autónomas. Se creó para ser la referencia metodológica nacional para la elaboración e implantación de instrumentos basados en la evidencia (incluidas guías clínicas). Su secretaría está ubicada en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Sus principales objetivos son:
 - la normalización de la metodología para la elaboración de guías de práctica clínica;
 - la evaluación de las guías de práctica clínica elaboradas en distintas partes del SNS para su divulgación;
 - la elaboración de guías de práctica clínica (con frecuencia coordinando equipos ubicados en distintos sistemas regionales) y métodos para su aplicación;
 - la evaluación de la implantación y penetración de sus productos basados en la evidencia; y
 - la formación de profesionales en la utilización y producción de evidencias clínicas.
 - b) Sistemas nacionales de información sanitaria (véase el epígrafe Sistemas de información de la Sección 4.2 Planificación y gestión de la información sanitaria). Las prioridades en el marco del Plan de Calidad del SNS son:

³ Pueden consultarse los documentos del MSPS (2009d, 2009j, 2009o).

⁴ Más información en: <http://portal.guiasalud.es>

- mejorar el Sistema de información de atención primaria (SIAP) del SNS, poniéndolo al nivel de los sistemas de información hospitalarios;
- desarrollar una historia clínica digital unificada, partiendo de la base de las versiones regionales ya existentes;
- consolidar la tarjeta sanitaria individual unificada y un sistema único de identificación fiable de los pacientes válido en todas las comunidades autónomas.

4. *Rediseño de procesos:*

- a) Seguridad del paciente. Este ámbito ha generado una considerable cantidad de trabajo e iniciativas. Las comunidades autónomas han participado activamente en esta actividad, financiada en el marco de la Estrategia Nacional de Seguridad de los Pacientes. Este aspecto ocupa un lugar prioritario en todas las agendas autonómicas y en esta ocasión la Agencia de Calidad del SNS ha tenido tiempo para organizar y liderar la elaboración de un enfoque común antes de que las comunidades autónomas desarrollaran sus propias estrategias de seguridad de los pacientes. El enfoque adoptado es doble: por una parte, se hace hincapié en la divulgación de conocimiento y en la promoción de una cultura de seguridad en el SNS; por otra, se trabaja para generar un corpus de evidencia sobre la situación actual en el SNS y para perfeccionar y adaptar las metodologías acordadas en el contexto internacional para la medición de la seguridad de los pacientes. Se han abierto varias líneas de trabajo:
- formación en seguridad de los pacientes para los profesionales sanitarios, los equipos directivos del sistema sanitario y grupos de pacientes, con financiación y apoyo técnico a las comunidades autónomas para que puedan llevar a cabo estas actividades;
 - diseño, implantación y desarrollo de sistemas de información orientados al aprendizaje para la notificación de acontecimientos adversos en el SNS (que en última instancia servirán para crear un registro nacional de incidentes y acontecimientos adversos) y la implantación de recomendaciones de “prácticas seguras” para los hospitales del SNS;
 - investigación sobre:
 - la epidemiología de los efectos adversos en los hospitales del SNS (estudio ENEAS 2006), la seguridad de los pacientes en la atención primaria (estudio APEAS 2008), la seguridad de los pacientes en centros de larga estancia (estudio EARCAS, iniciado en 2010) y un análisis epidemiológico de las infecciones nosocomiales⁵;
 - la evaluación del uso seguro de medicamentos en los hospitales del SNS;
 - la validez para el contexto español de los indicadores de seguridad de los pacientes utilizados en el ámbito internacional (OCDE);
 - el establecimiento de estándares de calidad de cuidados para la seguridad de los pacientes y la evaluación de su cumplimiento en los hospitales del SNS (proyecto SENECA; véase MSPS 2009e);
 - implantación de prácticas seguras recomendadas por organizaciones internacionales a través de acuerdos específicos con las regiones sanitarias, en particular las que se indican a continuación, en colaboración con la OMS:
 - Campaña Higiene de Manos;

⁵ Estos informes pueden consultarse en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-en/informacion/publicaciones/epidemiological-studies.html>

- proyecto Bacteriemia Zero: para prevenir las bacteriemias relacionadas con el uso de catéteres en las unidades de cuidados intensivos (UCI);
 - empoderamiento de pacientes y ciudadanos mediante el desarrollo de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente y estudios sobre la percepción de la seguridad en los hospitales del SNS; y
 - participación internacional como socio activo en redes de países europeos como EUnetPAs⁶, en el Patient Safety and Quality of Care Working Group de la Unión Europea⁷, en el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS⁸ y en el Proyecto de Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria de la OCDE⁹.
- b) Estándares y recomendaciones para unidades/departamentos sanitarios sensibles del SNS¹⁰. Además de dirigirse a unidades sanitarias concretas, también pueden publicarse para el tratamiento de tipos especiales de pacientes (como los que presentan patologías múltiples) o procedimientos (determinados tipos de intervenciones quirúrgicas) que se consideran especialmente sensibles en términos de seguridad y calidad de la atención. A modo de ejemplo, la lista de estándares y recomendaciones publicados hasta la fecha cubre los siguientes temas:
- unidad de pacientes pluripatológicos
 - bloque quirúrgico
 - hospital de día
 - unidad de cirugía mayor ambulatoria
 - maternidad hospitalaria y atención hospitalaria al parto.

Elaborados por la Agencia de Calidad del SNS en estrecha colaboración con grupos de expertos que representan a las principales asociaciones profesionales, estos documentos no tienen un carácter normativo para la autorización de la apertura de una nueva unidad ni para la renovación de la acreditación de funcionamiento de las ya existentes, sino que se conciben como una herramienta de apoyo para las autoridades, los equipos gerenciales y los profesionales sanitarios, ya que ofrecen criterios para garantizar las condiciones de calidad y seguridad del paciente en estas unidades prioritarias. Las recomendaciones atienden a aspectos clave de las diferentes unidades, como la seguridad y los derechos del paciente, la organización y la gestión, la estructura física, los recursos, así como algunos indicadores para evaluar el nivel de calidad asistencial.

En consonancia con el enfoque de fomento de la excelencia que se deriva de las iniciativas descritas, la Agencia de Calidad del SNS ejerce también una función normativa de regulación de la auditoría y acreditación de centros y servicios sanitarios. Esta acreditación por una autoridad nacional¹¹ es necesaria tanto para el cumplimiento de sus funciones docentes de formación especializada como para la designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS (CSUR-SNS). La figura de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS (CSUR-SNS) se creó mediante el Real Decreto 1302/2006. El objetivo es garantizar la equidad en el acceso a una atención

⁶ Véase: <http://www.eunetpas.eu/>

⁷ Véase: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_en.htm

⁸ Véase: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>

⁹ Véase: <http://www.oecd.org/health/hcqi>

¹⁰ Pueden consultarse los documentos del MSPS (2009d, 2009f, 2009o).

¹¹ Las autoridades sanitarias regionales tienen plena competencia sobre la acreditación y autorización periódica de centros sanitarios en su territorio. Además, el Plan de Calidad del SNS prevé el acuerdo de las comunidades autónomas para crear un conjunto de requisitos mínimos comunes y garantías de calidad y seguridad que deberán cumplir los nuevos centros para recibir autorización de apertura.

sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con enfermedades que, por sus características, precisan cuidados de elevado nivel de especialización que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de sofisticados centros/servicios terciarios. Dicha norma prevé la creación de un comité nacional de designación de CSUR-SNS, que eleva propuestas para su aprobación al CISNS. Desde 2007, se han determinado 43 patologías muy concretas para las que era necesaria la designación de un CSUR-SNS (véase MSPS 2009b). A modo de ejemplo, en 2008 se designaron cuatro unidades clínicas de cuatro hospitales para tratar patologías concretas en el ámbito de la oncología, 39 unidades de 17 hospitales en oftalmología, 30 unidades de 13 hospitales para trasplantes y 10 unidades pertenecientes a nueve hospitales para determinados procedimientos de cirugía plástica (MSPS 2009b).

Según la información comunicada por las comunidades autónomas para el Informe Anual 2008 elaborado por el Observatorio del SNS, todos los sistemas sanitarios regionales aplican modelos de mejora continua de la calidad basados en normas de la Organización Internacional de Normalización (ISO) o de la Fundación Europea de Gestión de la Calidad (EFQM). No obstante, parece que coexisten distintos niveles de implantación, ya que algunas comunidades autónomas han finalizado el proceso de acreditación, e incluso de renovación de acreditaciones, para todas las organizaciones, centros, servicios y procesos, mientras que otras todavía están elaborando mapas de procesos.

Todas las comunidades autónomas comunican también la realización de actividades de formación y capacitación para mejorar la calidad y promover la cultura de seguridad dirigidas a todos los niveles de sus organizaciones. La creación o consolidación de unidades de calidad de área y de unidades funcionales de seguridad del paciente son habituales en los servicios autonómicos de salud, igual que la participación en programas nacionales como el de Higiene de Manos para la prevención de infecciones nosocomiales y el de Bacteriemia Zero, destinado a reducir las infecciones relacionadas con los catéteres, así como en programas para la prevención de las caídas en hospitales y de las úlceras por presión.

4.2 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 sus respectivos Planes de Salud (PS). Los Planes de Salud son el principal instrumento para identificar las líneas de actuación a seguir y planificar los recursos necesarios para la consecución de objetivos de salud definidos previamente. La elaboración de Planes de Salud se prevé en la Ley General de Sanidad de 1986 y en cada una de las leyes autonómicas de sanidad. Aunque existen grandes variaciones en el diseño y el contenido de los distintos Planes de Salud autonómicos, todos comparten el objetivo de responder a necesidades de salud identificadas y ofrecer estrategias para la acción de los sistemas sanitarios, inspirándose en las estrategias Salud para Todos (Health for All) y Salud 21 (HEALTH21) de la OMS. En la actualidad, todas las comunidades autónomas han publicado como mínimo un Plan de Salud y algunas han realizado hasta cinco revisiones (en la [Tabla 4.2](#) se indican los distintos Planes de Salud elaborados por cada consejería autonómica). Cada una de las versiones del plan suele estar vigente durante un periodo de cuatro o cinco años. A su vez, estos planes se materializan en planes estratégicos regionales, planes de infraestructuras, estrategias regionales de salud y programas de salud.

Tabla 4.2 Planes de Salud por comunidad autónoma.

CC.AA.	Planes de Salud
Andalucía	1993–1998, 1999–2002, 2003–2008
Aragón	1999–2003
Asturias	2003–2007
Baleares	2003–2007, 2008–2011
País Vasco	1988–2000, 1994–2000, 2002–2010
Canarias	1997–2001, 2003–2007, 2009–2014
Cantabria	1996–2000
Castilla-La Mancha	1995–2000, 2001–2010
Castilla y León	1991–2000, 1998–2007, 2008–
Cataluña	1993–1995, 1996–1998, 1999–2001, 2002–2005, 2006–2010
Comunidad Valenciana	2001–2004
Extremadura	1997–2000, 2001–2004
Galicia	1998–2001, 2002–2005
Madrid	1995–2004
Murcia	2003–2007
Navarra	1991–2001, 2001–2005, 2006–2012
La Rioja	1995–1999; nuevo PS en elaboración
Fuente	Actualizado de Durán, Lara y van Waveren 2006, basado en los datos de MSPS 2010i.

En los Planes de Salud publicados en los últimos años (conocidos en la literatura como “planes de segunda generación”), se están proponiendo objetivos más realistas, tanto en cuanto a su número como en cuanto a su alcance, así como indicadores perfeccionados y algunos sistemas de evaluación. Habitualmente los Planes de Salud abordan enfermedades de alta prevalencia y patologías crónicas (enfermedades oncológicas, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) y suelen adoptar la forma de programas específicos que ponen en práctica los servicios regionales de salud. En la mayoría de los Planes de Salud se incluyen programas de salud mental y de consumo de drogas. Los programas específicos dirigidos a las mujeres y los niños también son muy frecuentes (MSPS 2010h).

Además de estos programas específicos de una patología (o dirigidos a un grupo de población concreto), los Planes de Salud suelen incluir objetivos, medios e indicadores relativos a tecnologías de la información, recursos humanos e investigación clínica. Muchas comunidades autónomas comunican planes específicos relativos a la participación de los ciudadanos en los servicios sanitarios y destinados a incrementar el cumplimiento efectivo de los derechos de los pacientes. Asimismo, en la planificación de las consejerías es frecuente la presencia de objetivos de reducción de los tiempos máximos de espera para operaciones quirúrgicas, consultas de especialistas o procedimientos de diagnóstico.

Evaluación de tecnologías sanitarias

Conviene destacar que las funciones de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) se desarrollan tanto en el nivel regional como en el nacional (véase la Sección 2.3 *Descripción de la estructura organizativa*). 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: en Andalucía (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AETSA, un organismo adscrito a la Secretaría General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía); en el País Vasco (Servicio de

Evaluación de Tecnologías Sanitarias, OSTEBA, dependiente de la Viceconsejería de Calidad, Investigación e Innovación Sanitaria del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco); en Cataluña (Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, AATM, que funciona como una empresa pública dentro del Servicio Catalán de Salud); en Galicia (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AVALIA-T, que también depende de la Consejería de Sanidad); en Madrid (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios, que depende de la Viceconsejería de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras de la Consejería de Sanidad). En algunos casos, su existencia es incluso anterior a la creación de la agencia nacional. Las agencias autonómicas se crearon con el objetivo de dar una respuesta rápida a problemas locales relacionados con la introducción de nuevas tecnologías y el uso correcto de las tecnologías ya aprobadas. Durante muchos años se ha debatido si la disponibilidad de este recurso en el ámbito local compensa la pérdida potencial de economías de escala derivada de la fragmentación de la capacidad de evaluación, la posible duplicación de esfuerzos y la potencial puesta en cuestión de la lógica de la cartera de servicios comunes.

Aunque la mayoría de las agencias regionales de ETS y la propia agencia nacional pertenecen a título individual a redes internacionales como la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (INAHTA) o a la iniciativa europea Colaboración europea para la evaluación de intervenciones sanitarias y evaluación de tecnologías sanitarias (ECHTA/ECAHI), faltaba un programa nacional de coordinación. La reciente creación de la plataforma de agencias de ETS, AUnETS¹², ha supuesto un punto de inflexión en los esfuerzos para fomentar la coordinación y las sinergias. En realidad, la misión que se ha establecido para esta plataforma es promover la coordinación para lograr los objetivos que se enumeran a continuación:

- compartir recursos de forma eficiente en la elaboración de los distintos productos y servicios;
- actuar como agente de interlocución efectiva ante las instituciones nacionales y europeas; y
- promover proyectos comunes y líneas de trabajo conjuntas entre los miembros.

La plataforma forma parte del plan de evaluación de tecnologías sanitarias del Sistema Nacional de Salud, bajo los auspicios del CISNS. De momento resulta prematuro evaluar si esta estructura fluida logrará incrementar la racionalidad y eficiencia del sistema.

La regulación de la inclusión de nuevas prestaciones en la cartera de servicios comunes del SNS (véase la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia*) establece explícitamente como paso previo su evaluación por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias nacional en colaboración con AUnETS. Sin embargo, este proceso es muy reciente, por lo que las prestaciones que ya forman parte de dicha cartera no tuvieron que someterse a dicha evaluación antes de su introducción en la cartera de servicios comunes. Por lo tanto, es probable que la evaluación de tecnologías sanitarias adquiera de ahora en adelante un mayor peso en el proceso de formulación de políticas, lo que debería proporcionar el incentivo necesario para

¹² Véase: <http://aunets.isciii.es>

impulsar una intensa colaboración para ampliar la capacidad y poder hacer frente así a un papel que puede ser más exigente.

Sistemas de información

En los capítulos anteriores se han explicado ya varios aspectos de los esfuerzos llevados a cabo por SNS por lograr un equilibrio entre la transferencia íntegra de competencias a las administraciones regionales y el gobierno del sistema en su conjunto. Como es lógico, los sistemas de información tienen un papel central en este delicado equilibrio. 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 90 y a principios de la primera década del presente siglo, sin tener en cuenta cuestiones de compatibilidad e interoperabilidad. La comunicación obligatoria de datos a la administración central era percibida por las administraciones autonómicas como un vestigio del control y la tutela del ministerio nacional y, por lo tanto, algo que debía reducirse al mínimo posible. Como consecuencia, la escasez de datos del sistema en su conjunto se convirtió en la norma en un entorno caracterizado por el creciente entusiasmo por la información local. Con el transcurso del tiempo, esta tendencia centrífuga cambió, al quedar patente que la divergencia tecnológica resultante estaba poniendo en grave peligro la capacidad del SNS de afrontar cuestiones como la movilidad de los pacientes por su territorio, la cooperación “transfronteriza” entre regiones vecinas, la asignación de recursos, las estrategias nacionales, la coordinación más allá de las capacidades regionales y la evaluación de la calidad, la equidad y la eficiencia del sistema, entre muchas otras. Como en otras ocasiones, el CISNS se convirtió en el punto de contacto para buscar un terreno común, en aplicación del mandato que le confiere la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003. La Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS es una de las más activas y en la actualidad es el foro en el que se desarrolla la coordinación entre comunidades autónomas y el trabajo para establecer sistemas de información sanitaria nacionales. Como ya se indicó en el epígrafe *Regulación de la calidad asistencial* de la Sección 4.1 *Regulación*, la mejora de los sistemas nacionales de información sanitaria es una de las prioridades del Plan de Calidad del SNS, que cuenta con su propio presupuesto específico.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS creó el Instituto de Información Sanitaria dentro de la estructura de la Agencia de Calidad del SNS (véase el epígrafe *Administración general del Estado (gobierno central)* de la Sección 2.3 *Descripción de la estructura organizativa, en la que se ofrecen detalles adicionales sobre su adscripción y sus funciones*). El Instituto ocupa desde entonces la secretaría de la Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS. Como tal, se impuso la tarea de consolidar los escasos sistemas de información que todavía se gestionaban de forma centralizada en el Ministerio, como el Catálogo nacional de hospitales, la Estadística nacional de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI), el Conjunto Mínimo Básico de Datos del alta hospitalaria (CMBD) o la Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Con el apoyo de las comunidades autónomas, el Instituto comenzó también a reforzar los exigüos sistemas de información de atención primaria, creando el SIAP, que incluye información desglosada por áreas de atención primaria sobre la estructura de la población asignada a cada tipo de profesional del área, los recursos humanos y

estructurales disponibles, el catálogo de servicios ofrecidos por cada tipo de profesional y la organización de los distintos tipos de recursos disponibles en la atención primaria y comunitaria. Por último, pero no por ello menos importante, el Instituto se encuentra inmerso en el proceso de articulación de un nuevo sistema de información compartido que contenga la información mínima necesaria para permitir la movilidad de los pacientes por todo el sistema, así como el análisis de la calidad, la eficiencia y la equidad del sistema en su conjunto.

El enfoque adoptado en este trabajo puede parecer excesivamente complicado y quizás no parezca el mejor posible. Sin embargo, responde perfectamente al compromiso alcanzado, que prevé aprovechar la diversidad de los sistemas de información sanitaria ya disponibles, en lugar de normalizar los elementos de los sistemas de información sanitaria autonómicos. Dos ejemplos pueden ilustrar este punto: la introducción de la identificación unívoca del paciente y de las tarjetas sanitarias individuales (TIS) en los años 90 y a principios de la década de 2000 se tradujo en la coexistencia de siete modelos distintos de tarjetas: uno para las 10 regiones gestionadas anteriormente por el INSALUD más las Islas Canarias y otros seis modelos correspondientes a las otras seis comunidades autónomas a las que se habían transferido plenamente las competencias. Estas siete tarjetas no eran interoperables. Asimismo, el desarrollo de la historia clínica digital y de la receta electrónica siguió muy diversos caminos y presenta niveles de implantación muy distintos. El primer paso que debía darse era establecer un sistema único de identificación de los pacientes válido en todo el territorio nacional independientemente de dónde se expidiera la tarjeta sanitaria individual. A fin de mantener el código específico que se utilizaba en cada sistema de información regional (y que se correspondía con la arquitectura de cada uno de ellos), se asignó otro código nacional a todos los ciudadanos. Este código vincula e integra la información de distintas bases de datos administrativas ubicadas en las comunidades autónomas para crear una nueva base de datos nacional de tarjetas sanitarias individuales (regulada por el Real Decreto 183/2004). En términos generales, la estrategia básica adoptada consiste en acordar una estructura común de datos básicos que se extraerán automáticamente del sistema regional de información. También se acuerda un “*lenguaje común*”, que permita traducir los datos pertinentes de la “*lengua*” regional a la “*lingua franca*”, logrando la interoperatividad semántica. Esta información se almacena en el Nodo Central del SNS (el repositorio nacional de información compartida) y está disponible desde cualquier punto del SNS. La clave de acceso a los datos de cada paciente es un número de identificación único para todo el SNS que coexiste con el identificador regional. Ya se ha incorporado al sistema a la población de 15 comunidades autónomas y de INGESA. Cataluña se encuentra en la última fase de la simulación de carga de datos y se espera que esté plenamente operativa en los próximos meses. El País Vasco, la última comunidad autónoma en adherirse al sistema, está todavía probando la interoperabilidad.

El Proyecto SNS se puso en marcha a principios de 2008 y en la actualidad está finalizando su fase de pruebas en 10 comunidades autónomas. Los bloques de información incluidos en la historia clínica digital del SNS se acordaron tras intensos esfuerzos de consenso liderados por el Instituto de Información Sanitaria y en los que participaron varios grupos de trabajo de expertos de los ámbitos clínico, de gestión e informático procedentes de todas las comunidades autónomas. Dicho contenido básico se estructura en seis conjuntos de datos:

- la historia clínica resumida (que incluye los datos estrictamente necesarios para que un profesional pueda atender al paciente en cualquier punto del SNS) y los informes clínicos de atención primaria
- informes clínicos de consulta externa de especialidades
- informes clínicos de urgencias (de atención primaria, hospitalaria o unidades móviles)
- informes de resultados de pruebas de laboratorio
- informes de resultados de pruebas de imagen
- informes de cuidados de enfermería.

La exhaustiva información que se introducirá en el sistema con la plena implantación de la historia clínica digital del SNS representará sin duda un importante paso adelante para la coordinación y cohesión del SNS. Conviene destacar que el SNS también participa en el proyecto europeo ePSOS (European Patient – Smart Open Services)¹³ en el marco de la iniciativa sobre salud digital e-Health 2010. El objetivo es bastante similar al de la historia clínica digital del SNS, es decir, desarrollar la interoperabilidad transfronteriza de dos servicios básicos: la historia clínica digital resumida y la receta electrónica.

La información disponible se está introduciendo ya en varios conjuntos de indicadores del SNS disponibles en la página web del MSPS (MSPS 2009k), de entre los que merecen especial mención los INCLASNS (indicadores clave del SNS) que se han descrito ya en el epígrafe *Administración general del Estado (gobierno central)* de la Sección 2.3.

Investigación y desarrollo

El marco común de referencia de la investigación se establece en la Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología (ENCYT) vigente para el periodo 2007–2015. Los principales actores (la administración central, las comunidades autónomas, los investigadores y los agentes sociales) participaron en la elaboración de esta estrategia (Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología 2007). La ENCYT incluye una Acción Estratégica en Salud, en la que se enmarcan la promoción y coordinación de la investigación en este campo. Esta acción estratégica reconoce la naturaleza complementaria de las carreras profesionales científicas y clínicas, así como la necesidad de establecer incentivos suficientes para recompensar y promover la capacidad de investigación integrada en el SNS. Asimismo, introduce la acreditación y sistemas de desarrollo profesional para investigadores clínicos y biomédicos del sistema. También promueve la creación de institutos de investigación biomédica y redes científicas para el uso compartido de infraestructuras de investigación y el desarrollo de proyectos de investigación cooperativos.

Dentro de este marco, la principal herramienta es el VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (R+D+I) 2008–2011. El Plan establece cuatro áreas prioritarias: generación de conocimientos y de capacidades científicas y tecnológicas, fomento de la cooperación en I+D+I, desarrollo e innovación

¹³ Véase: <http://www.epsos.eu/>

tecnológica sectorial y acciones estratégicas. La Acción Estratégica en Salud (AES) aborda principalmente cuestiones relacionadas con recursos humanos, proyectos, fortalecimiento institucional, infraestructuras y la articulación e internacionalización del sistema de I+D+I. Sus objetivos explícitos incluyen el incremento de la inversión pública y privada en I+D+I en salud, el aumento del número y la calidad de los recursos humanos en I+D+I en salud, el incremento de la producción científica y la dimensión internacional de la I+D+I en salud y el aumento de la transferencia de tecnología y conocimiento en salud (reduciendo las distancias entre la investigación básica y la práctica clínica).

La Acción Estratégica en Salud se desarrolla a través de varias líneas de acción:

Línea 1: Recursos humanos. Introduce programas de formación y movilidad para investigadores en salud o biomedicina, contratos especiales para la incorporación de nuevos investigadores y acuerdos de colaboración e intercambio con instituciones nacionales e internacionales.

Línea 2: Proyectos. Tres subprogramas de financiación que cubren la “Investigación en salud”, la “Investigación clínica no comercial” (medicamentos huérfanos, farmacoepidemiología y seguridad de medicamentos autorizados en la práctica clínica real, medicación para grupos específicos de población – sobre todo población infantil – terapias génicas y celulares, etc.) y la “Investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud”.

Línea 3: Infraestructuras. Se otorga prioridad a la adquisición de infraestructuras y equipamiento de investigación de uso comunitario para los equipos de investigación de los centros del SNS.

Línea 4: Fomento de estructuras y redes estables de investigación cooperativa. Cuenta con tres instrumentos de financiación: CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red), RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud) y CAIBER (Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red). En la [Tabla 4.3](#) se resumen las principales cifras de estos instrumentos.

Línea 5: Acciones complementarias de refuerzo de aspectos concretos de las líneas anteriores. Incluye acciones para mejorar la cooperación público-privada en la investigación clínica y promover la creación de institutos de investigación en el SNS.

La investigación científica y tecnológica a nivel del SNS es coordinada por el Instituto de Salud Carlos III, recientemente adscrito al Ministerio de Ciencia e Innovación y cuyo mandato se describe en el Capítulo 2.

El gobierno español puso en marcha la iniciativa INGENIO a fin de lograr la convergencia con la Unión Europea en I+D+I, incrementando la inversión hasta el 3% del PIB para 2010. En el ámbito de la salud, esto significa que los instrumentos de financiación disponibles, como CIBER y RETICS, deben centrarse en el desarrollo y el fortalecimiento de estructuras estables de investigación cooperativa. Es posible que el actual frenazo del crecimiento económico y las reducciones presupuestarias que se prevén interrumpen la continuidad de estos planes de mejora.

Tabla 4.3 Instrumentos para el fomento de estructuras y redes de investigación cooperativa hasta finales de 2008.

CIBER			
Título	Nº de grupos	Nº de investigadores	Financiación asignada (millones €)
Bioingeniería, biomateriales y nanomedicina	55	544	.749
Epidemiología y salud pública	55	547	4.466
Fisiología de la obesidad y nutrición	32	288	4.030
Enfermedades hepáticas y digestivas	50	432	6.305
Enfermedades neuro degenerativas	64	493	6.862
Enfermedades respiratorias	35	309	4.466
Enfermedades raras	64	609	7.612
Diabetes y enfermedades metabólicas	32	265	4.659
Salud mental	26	244	3.612
TOTAL	413	3.731	47.761
RETICS			
Título de la red	Nº de grupos	Nº de investigadores	Financiación asignada (€)
Red de trastornos adictivos	1	7	40.710
Red de insuficiencia cardíaca (REDINSCOR)	7	19	48.300
Red de Sida	1	11	40.710
Red española de investigación en patologías infecciosas (REIPI)	2	14	68.858
Red de terapia celular	1	15	34.716
Red temática de investigación cooperativa en envejecimiento y fragilidad (RETICEF)	1	14	40.710
Factores de riesgo, evolución y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y sus mecanismos (RECAVA)	2	27	75.427
Red de investigación en enfermedades renales (REDINREN)	2	15	58.644
Red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud en atención primaria (REDIAP)	2	28	63.439
Red temática de investigación cooperativa de cáncer	3	24	110.144
Enfermedades tropicales: de la genómica al control (RICET)	1	5	34.717
Red neurovascular (RENEVAS)	2	20	69.433
Alimentación saludable en la prevención primaria de enfermedades crónicas (PREDIMED)	1	6	34.716
Red española de esclerosis múltiple (REEM)	3	19	104.150
Patología ocular del envejecimiento, calidad visual y calidad de vida	2	13	69.433
Red de investigación de reacciones adversas a alérgenos y fármacos (RIRAAF)	1	6	34.717
Red temática de investigación cooperativa en biomedicina computacional (COMBIOMED)	1	15	34.717
Red de salud materno infantil y del desarrollo	13	105	700.380
Red de investigación en inflamación y en enfermedades reumáticas	22	165	962.544
TOTAL	68	528	2.626.465
Fuente	FIS 2008.		

5 Recursos materiales y humanos

5.1 Recursos materiales

Tal como se ha indicado en numerosas ocasiones en el presente documento, la transferencia de las competencias sanitarias ha supuesto la asunción por parte de las comunidades autónomas de la mayor parte de las facultades de gestión y elaboración de políticas en materia de salud. Por lo tanto, en la actualidad hay 17 organismos autonómicos que toman sus propias decisiones con respecto a la planificación de los recursos en sus respectivas regiones. Existen algunos principios básicos compartidos en el ámbito de la planificación, sobre todo relativos a los estándares mínimos de recursos y de calidad de los servicios prestados a la población española con independencia del lugar de prestación. El CISNS, la Agencia de Calidad del SNS y la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección supervisan el grado de cumplimiento de dichos estándares en todas las comunidades autónomas. Como se ha destacado en los capítulos anteriores, la relación entre estos organismos y los gobiernos regionales se basa fundamentalmente en la coordinación y en el consenso, y no tanto en el cumplimiento obligatorio.

Por otra parte, el sector privado está regulado por las leyes del mercado y la distribución de la infraestructura en este sector depende de decisiones empresariales.

Infraestructuras e inversión

La consolidación del sistema de información del SNS permite que cada año se publique información actualizada sobre los centros y recursos disponibles en todo el país tanto en la atención primaria (SIAP-SNS) como en la atención especializada (SIAE, Catálogo nacional de hospitales y Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI)). Además de estar disponibles en el sitio web del MSPS, estos datos se actualizan cada año en el informe anual sobre el SNS elaborado por el Observatorio del SNS y aprobado por el CISNS (MSPS 2010f, 2010h).

Infraestructura de atención primaria

La red de atención primaria española es pública en su totalidad y la mayor parte de los proveedores son profesionales asalariados del sector público, con las escasas excepciones descritas en el Capítulo 4 (en la Comunidad Valenciana y Cataluña se subcontrata, con arreglo a distintas fórmulas, a proveedores privados para prestar atención primaria).

En la distribución de los recursos de atención primaria entre las áreas de salud y las zonas básicas de salud se observa una destacable variabilidad (véase la [Tabla 5.1](#)), que puede atribuirse a las diferencias de tamaño y dispersión de la población existentes en el territorio nacional¹. Así, algunas áreas de salud pueden estar divididas en hasta 211

¹ En el Capítulo 4 se ha descrito ya la división territorial de la asistencia sanitaria en el SNS en áreas de salud y zonas básicas de salud. Los criterios utilizados para la definición de estas unidades y la variación en el territorio nacional se describen también en dicho capítulo.

zonas básicas de salud, mientras que otras comprenden tan solo una. Hay dos tipos de centros para la prestación de atención primaria, que se diferencian entre sí por los recursos asignados y el tipo de servicio que ofrecen. Los más completos se conocen como *centros de salud*. Cada uno de ellos da servicio a una zona básica de salud, en el marco de un modelo de asistencia primaria en el que recibe atención la mayoría de la población española. 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 laboratorio y diagnóstico por imagen, que pueden encontrarse en el mismo centro o estar centralizados y prestar servicio a varios centros próximos. Con frecuencia, varios equipos de atención primaria (dos o más) están radicados en el mismo centro de salud, a fin de cubrir el horario completo, desde las 8.00 horas hasta las 21.00 horas de lunes a viernes. También se dispone de servicios de urgencias y visitas a domicilio fuera del horario de apertura y durante los fines de semana.

El otro tipo de estructura de atención primaria es el llamado *consultorio local* y se da principalmente en zonas rurales con una escasa densidad de población. Varios consultorios locales están adscritos a la misma zona básica de salud y al mismo equipo de atención primaria. En cierta forma, se trata de estructuras de atención primaria *descentralizadas*, diseñadas para acercar los servicios de consultas de atención primaria a la población que reside en estas localidades, con frecuencia bastante envejecida. El horario de atención al público está limitado a determinados días y horas a la semana y su personal suele estar integrado por médicos de familia y enfermeras con sede en la principal población que se organizan de forma rotatoria, prestando atención a una parte determinada del territorio de la zona básica de salud en cada turno. Fuera del horario de consultas programado, la atención se presta en servicios de emergencia, que también están centralizados. El equipamiento suele ser bastante limitado. En la [Tabla 5.2](#) se resumen los números de ambos tipos de centros por comunidad autónoma y la organización territorial en cada una de ellas. Castilla-León y Castilla-La Mancha son las comunidades autónomas que presentan un número más elevado de consultorios locales, ya que se trata de las regiones con densidades de población más bajas. Como es lógico, el ratio de población protegida por centro de atención primaria también presenta grandes variaciones. A modo de ejemplo, según los últimos datos actualizados a diciembre de 2008, el promedio nacional es de aproximadamente 3.500 personas por centro de salud o consultorio local. Sin embargo, si no se tienen en cuenta los datos de INGESA, las cifras oscilan entre las más de 15.000 personas por centro de salud o consultorio local en Madrid y las cerca de 600 personas de Castilla-León ([Tabla 5.2](#)).

Tabla 5.1 Distribución de recursos estructurales por área de salud en España, año 2008.

	Zonas básicas	Centros de salud	Consultorios locales
Máximo	211	230	594
Media	17	19	65
Mínimo	1	2	0
Fuente	MSPS 2010h.		

Infraestructura de atención hospitalaria

Según datos del Catálogo nacional de hospitales, a principios de 2008 había 804 centros hospitalarios en España, aproximadamente el 40% de ellos pertenecientes al SNS. El

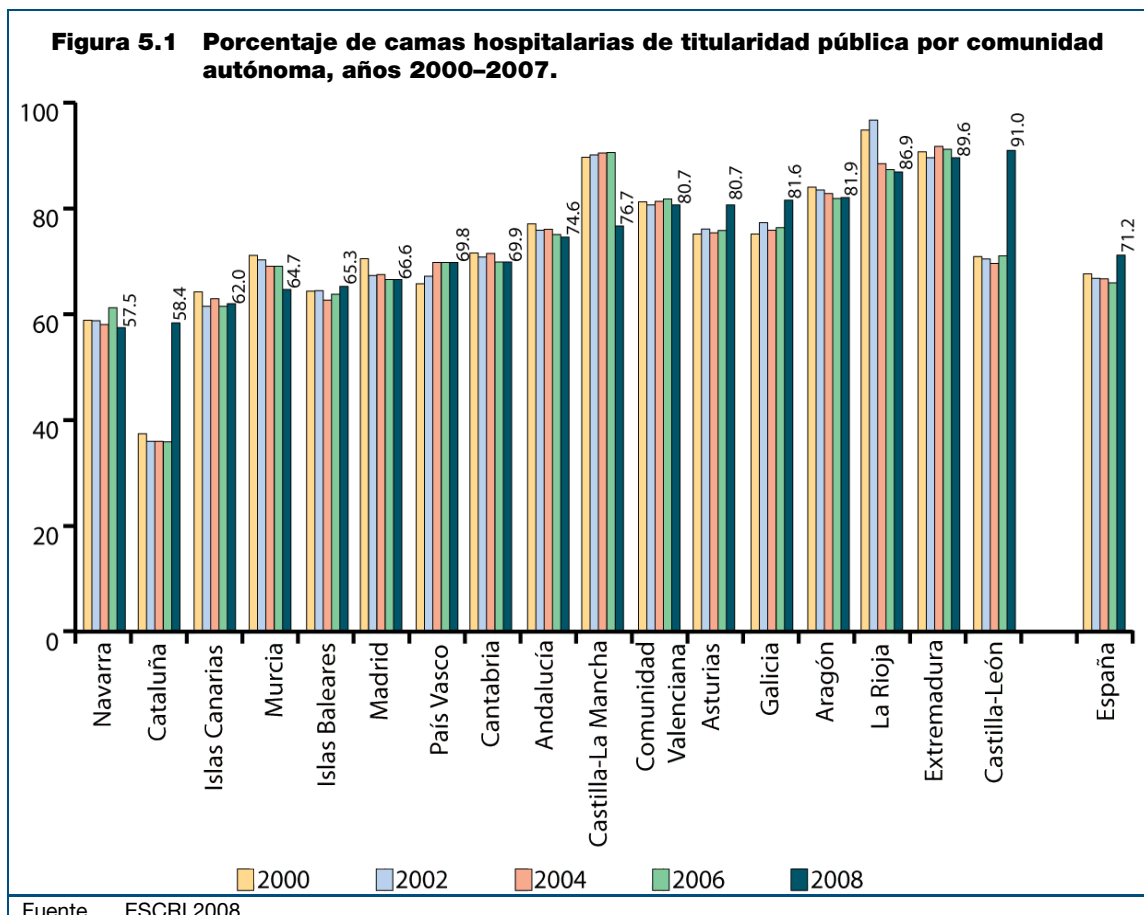
resto de hospitales son de titularidad privada, aunque muchos de ellos conforman la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio y reciben financiación pública por su actividad, de tal forma que cerca del 40% de las altas de hospitales privados en España están financiadas con cargo al presupuesto del SNS (MSPS 2010c). El número total de camas hospitalarias es de 160.981, lo que representa 3,43 camas por cada 1.000 habitantes. En términos globales, aproximadamente el 40% de la dotación total de camas instaladas se concentra en grandes hospitales de alta especialización con más de 500 camas (principalmente públicos) (MSPS 2009h). Todas las comunidades autónomas cuentan como mínimo con uno de estos centros, con variaciones en función de consideraciones de acceso, como el volumen y la dispersión de la población.

Tabla 5.2 Organización y distribución de recursos estructurales de atención primaria por comunidad autónoma, año 2008.

CC.AA.	Población protegida	Áreas de salud	Zonas básicas	Centros de salud	Consultorios locales	Total AP	Población protegida/unidad de AP
Andalucía	8.106.717	33	216	390	1.097	1.431	5.451,7
Aragón	1.341.557	8	125	116	915	1.031	1.301,2
Asturias	1.071.966	8	84	68	150	218	4.917,3
Baleares	1.015.123	3	55	55	104	159	6.384,4
País Vasco	2.279.745	7	116	135	183	318	7.169,0
Canarias	1.926.657	7	109	109	160	269	7.162,3
Cantabria	572.433	4	40	38	134	172	3.328,1
Castilla y León	2.450.507	11	248	240	3.644	3.864	630,9
Castilla-La Mancha	2.002.292	8	197	196	1.138	1.327	1.501,0
Cataluña	7.611.692	7	358	407	827	1.199	6.168,3
Extremadura	1.079.355	8	113	106	417	523	2.063,8
Galicia	2.770.275	7	315	389	96	485	5.711,9
Madrid	6.309.170	11	307	257	158	415	15.202,8
Murcia	1.413.247	6	85	76	189	265	5.333,0
Navarra	616.107	3	54	54	244	298	2.067,5
La Rioja	313.496	1	19	19	171	190	1.650,0
Comunidad Valenciana	5.218.147	22	240	252	580	832	6.271,8
INGESA	130.583	2	7	7	0	7	18.654,7
Total	46.229.069	156	2.688	2.914	10.207	13.121	3.523,3
Media	-	-	-	-	-	-	5.631,9
Observaciones	AP: atención primaria.						
Fuente	Basado en datos del SIAP-SNS 2008, MSPS 2010h.						

Según los datos de la última Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI 2008), el 71,2% de las camas disponibles dependen funcionalmente del sector público. Desde 2000, la proporción de la dotación de camas instaladas de titularidad pública ha registrado un ligero descenso en varias comunidades autónomas (Figura 5.1), probablemente como consecuencia del mencionado incremento de la proporción de la actividad sanitaria en manos del sector privado (véase el epígrafe *El papel de las compañías de seguros* de la Sección 2.3 *Descripción de la estructura organizativa*). Navarra y Cataluña presentan los porcentajes más bajos de camas públicas (por debajo del 60%), aunque en 2007 se produjo un acusado incremento de las mismas en Cataluña. Castilla-León y Extremadura se encuentran en el extremo opuesto de la franja, con cerca del 90% de las camas en manos públicas.

La distribución de estas camas entre la atención de agudos y otras formas de atención ha experimentado cambios sustanciales en las dos últimas décadas (Tabla 5.3). Por ejemplo, se ha producido una espectacular reducción del número de camas psiquiátricas como consecuencia del cierre generalizado de hospitales psiquiátricos tras la reforma de la atención a la salud mental. El número de camas para tratamientos de larga estancia, por otra parte, experimentó cierto incremento en una primera fase, pero posteriormente se estancó, llegando incluso a registrar un ligero descenso. Esta evolución se debe en parte a la trayectoria seguida en la ampliación de la asistencia social, en la que un primer momento se optó por el ingreso en centros residenciales para decantarse después por soluciones de atención en la comunidad. Resulta interesante analizar esta tendencia de forma separada en el sector público y en el sector privado (Tabla 5.4). La reducción porcentual de las camas públicas para agudos que se viene produciendo desde 2000 es inferior a la caída del 3,7% registrada por las camas para agudos del sector privado. Sin embargo, esta tendencia se invierte en el caso de las camas psiquiátricas² y se convierte incluso en un incremento neto en las camas de larga estancia de titularidad privada (próximo al 15%). Básicamente, el SNS gestiona el 80% de la dotación de camas de agudos, pero sólo el 36% de las camas de hospitales psiquiátricos y el 30% de las camas en hospitales de larga estancia. Estos datos parecen indicar una orientación hacia el sector privado en lo que se refiere a las camas instaladas para este tipo de atención.



² Los grandes centros psiquiátricos que cerraron tras las reformas de la atención a la salud mental eran públicos en su mayor parte.

Tabla 5.3 Camas instaladas en España, desglosadas por hospitales de agudos, hospitales psiquiátricos e instituciones de larga estancia, años 1980–2006.

	1980	1985	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006
Camas en hospitales de agudos por 100.000 habitantes	398,40	350,92	333,43	303,66	284,06	275,24	273,07	270,81	270,81
Camas en hospitales psiquiátricos por 100.000 habitantes	114,44	91,79	70,67	60,29	52,23	48,57	47,59	45,77	46,59
Camas en residencias asistidas y geriátricos por 100.000 habitantes	22,65	12,85	21,72	30,45	32,54	33,40	33,34	33,06	32,74

Fuente Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.

Tabla 5.4 Evolución del número de camas instaladas por dependencia y finalidad, años 2000–2007.

Públicos/SNS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% 00/07
Agudos	105.532	103.582	102.587	103.159	102.421	101.689	102.510	102.854	-2,5
Psiquiátricos	7.563	7.225	6.912	6.396	6.319	5.926	5.832	5.690	-24,8
Larga estancia	4.342	3.957	3.692	3.888	4.087	4.282	3.909	4.231	-2,6
Total	117.437	114.764	113.191	113.443	112.827	111.897	112.251	112.775	-4,0
Privados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% 00/07
Agudos	26.839	26.407	26.843	24.762	24.941	24.889	25.121	25.852	-3,7
Psiquiátricos	10.388	10.436	10.758	10.625	10.673	11.216	10.918	10.229	-1,5
Larga estancia	8.227	8.184	8.319	8.646	9.627	9.143	9.215	9.450	14,9
Total	45.454	45.027	45.920	44.033	45.241	45.248	45.254	45.531	0,2

Fuente ESCRI 2008. Reproducido de MSPS 2010h.

En la [Tabla 5.5](#) se examina más detenidamente la distribución de la dotación de camas instaladas en las distintas comunidades autónomas. Cataluña, Cantabria y Aragón presentan el mayor ratio de camas por 1.000 habitantes (por encima de cuatro), mientras que la Comunidad Valenciana, Andalucía y Castilla-León presentan ratios por debajo del tres por 1.000. No obstante, el rango de variación es bastante estrecho (entre 2,68 y 4,41).

Los ratios de camas instaladas en centros privados de atención psiquiátrica y de larga estancia por cada 1.000 habitantes son sistemáticamente más elevados que los ratios de camas de titularidad pública con el mismo uso en todas las comunidades autónomas. En el caso de las camas para agudos, esta tendencia se invierte en la mayoría de las comunidades autónomas, con la excepción de Cataluña, donde el número de camas privadas por 1.000 habitantes supera ligeramente al de camas en centros públicos (1,40 frente a 1,35, prácticamente la mitad del ratio total de camas para este uso; véanse los Capítulos 2 y 4, en los que se analizan las peculiaridades históricas de la red catalana de proveedores).

Si se compara la evolución de la dotación de camas en hospitales de agudos en España con la tendencia en otros países de la región europea ([Figura 5.2](#)), se puede apreciar que la tendencia de descenso del ratio de camas por cada 100.000 habitantes parece ser una característica común en los siete países analizados. Se comparan los ratios de los dos países de la UE que presentaban cifras muy por encima del promedio de la

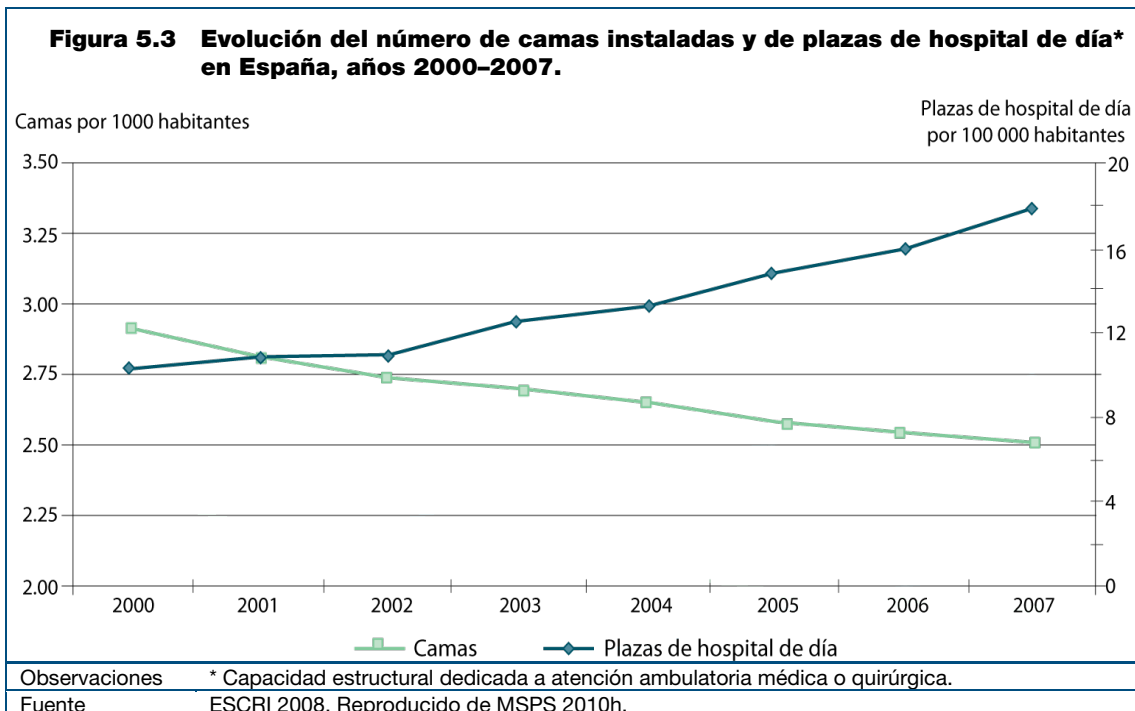
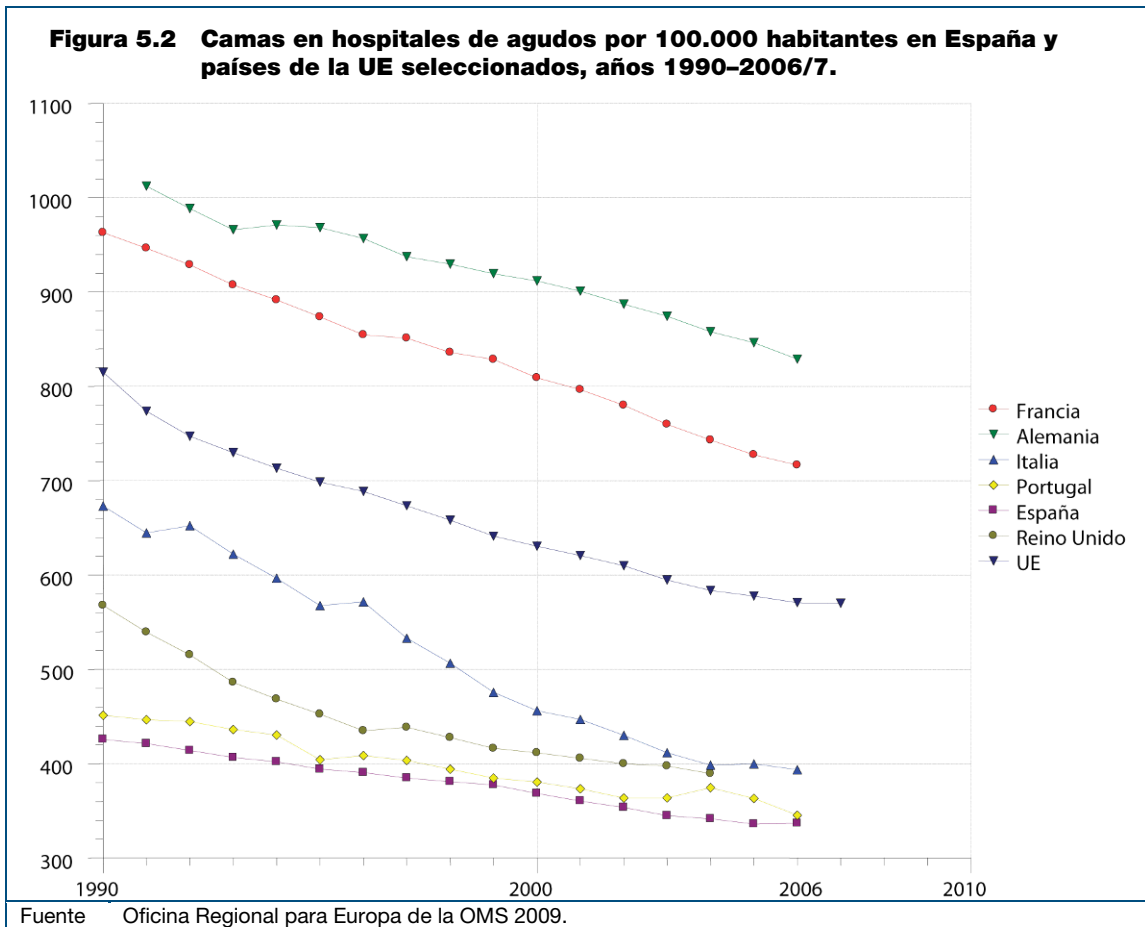
UE en la década de los 90 (Alemania y Francia) y los del Reino Unido y dos países mediterráneos (Italia y Portugal), que se encuentran por debajo del promedio de la UE. España comenzó el periodo con el ratio más bajo de todos estos países y mantenía esa posición al final del periodo (1990–2006). Sin embargo, puede ser interesante destacar que el porcentaje de descenso de España (la pendiente en la [Figura 5.2](#)) se asemeja al de Francia, Alemania y la UE en su conjunto, y no a la caída más acusada experimentada en Italia y el Reino Unido.

Tabla 5.5 Número de hospitales y ratios de camas por comunidad autónoma, año 2007.

	Hospitales de agudos				Larga estancia				Psiquiátricos				Total	
	Públicos		Privados		Públicos		Privados		Públicos		Privados		Hospitales	Camas x 1000 habitantes
Hospitales	Camas x 1000 habitantes	Hospitales	Camas x 1000 habitantes	Hospitales	Camas x 1000 habitantes	Hospitales	Camas x 1000 habitantes	Hospitales	Camas x 1000 habitantes	Hospitales	Camas x 1000 habitantes			
Andalucía	42	2,05	48	0,54	–	–	4	0,04	1	0,02	5	0,12	100	2,78
Aragón	12	2,89	5	0,37	3	0,11	2	0,14	4	0,40	2	0,25	28	4,16
Asturias	9	3,02	7	0,80	–	–	2	0,15	–	–	2	0,07	20	4,05
Baleares	8	2,00	13	1,27	2	0,23	–	–	1	0,17	–	–	24	3,67
Canarias	9	2,01	20	1,20	5	0,32	2	0,15	–	–	2	0,07	38	3,75
Cantabria	4	2,78	2	0,28	–	–	1	0,27	1	0,19	1	0,73	9	4,26
Castilla-La Mancha	14	2,90	20	0,59	–	–	3	0,09	1	0,02	3	0,21	41	3,81
Castilla y León	15	2,32	9	0,20	1	0,12	2	0,06	3	0,21	–	–	30	2,91
Cataluña	28	1,35	71	1,40	5	0,10	57	0,85	3	0,14	17	0,57	181	4,41
Com. Valenciana	27	1,97	23	0,47	3	0,09	2	0,02	3	0,10	3	0,03	61	2,68
Extremadura	8	2,80	8	0,24	–	–	2	0,16	2	0,76	–	–	20	3,96
Galicia	15	2,87	20	0,76	–	–	3	0,08	1	0,07	5	0,08	44	3,86
Madrid	21	2,01	39	0,83	3	0,12	3	0,12	2	0,10	7	0,30	75	3,48
Murcia	10	2,11	6	0,40	–	–	8	0,71	1	0,07	2	0,07	27	3,37
Navarra	5	2,28	4	1,12	–	–	–	–	1	0,03	3	0,59	13	4,01
País Vasco	11	2,15	18	0,61	3	0,24	2	0,11	4	0,38	6	0,48	44	3,97
La Rioja	2	2,17	2	0,42	–	–	–	–	1	0,58	–	–	5	3,17
Ceuta y Melilla	4	3,10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	3,10
TOTAL	244	2,11	315	0,75	25	0,08	93	0,22	29	0,13	58	0,23	764	3,53

Fuente ESCRI 2008; MSPS 2010h.

Uno de los factores que ha pesado en esta reducción de las camas de agudos es la progresiva introducción de la atención ambulatoria, en detrimento de la hospitalización, para determinados procedimientos quirúrgicos, la quimioterapia y la diálisis entre otros.



Capital e inversiones

La actual distribución de la capacidad hospitalaria en España es razonable (Tabla 5.6). Cataluña, Andalucía, Madrid y la Comunidad Valenciana, las comunidades autónomas con mayores poblaciones protegidas (véase la Tabla 5.2), cuentan con el mayor número de centros de todos los tamaños. Sin embargo, existe un factor adicional que determina esta abundancia relativa: el sector privado se ha concentrado en determinadas comunidades autónomas como Cataluña y Madrid siguiendo la demanda del mercado (véase la Tabla 5.4).

La mayoría de los centros públicos se han reformado ampliamente durante los últimos años (especialmente los grandes hospitales universitarios con más de 500 camas que se construyeron en los años 70; véase el Capítulo 2 *Estructura organizativa*) o son de reciente creación. La información sobre el número, la ubicación y el tamaño de los hospitales puede consultarse en el Catálogo nacional de hospitales, que el MSPS publica anualmente. En la Tabla 5.6 se resumen las cifras más recientes.

Tabla 5.6 Tamaño y distribución de hospitales y camas, año 2008.

CCAA	Hasta 99 camas		100-199 camas		200-499 camas		>449 camas		TOTAL	
	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas
Andalucía	49	2.238	22	2.986	20	5.716	13	11.490	104	22.430
Aragón	11	454	10	1.418	6	1.483	2	2.107	29	5.462
Asturias	8	408	5	655	6	1.795	1	1.324	20	4.182
Baleares	9	540	10	1.527	3	793	1	810	23	3.670
Canarias	19	1.219	12	1.968	4	990	4	3.482	39	7.659
Cantabria	2	54	4	477	2	681	1	955	9	2.167
Castilla-La Mancha	10	634	5	1.379	3	1.637	31	2.047		5.697
Castilla y León	17	916	10	1.199	6	2.029	7	5.361	40	9.505
Cataluña	90	4.138	70	9.709	36	11.355	10	8.060	206	33.262
Comunidad Valenciana	23	1.110	15	2.130	17	5.185	6	4.552	61	12.977
Extremadura	11	447	3	325	6	1.906	2	1.516	22	4.194
Galicia	29	1.663	6	743	4	1.052	7	7.123	46	10.581
Madrid	28	2.016	26	3.818	17	5.421	12	11.310	83	22.565
Murcia	10	578	11	1.447	3	1.029	2	1.451	26	4.505
Navarra	5	243	5	765	2	897	1	500	13	2.405
País Vasco	21	1.195	12	1.623	8	2.683	3	2.858	44	8.359
La Rioja	3	207	1	180	0	0	1	589	5	976
Ceuta	1	50	1	163	-	-	-	-	2	213
Melilla	-	-	1	172	-	-	-	-	1	172
España	349	18.110	234	32.684	145	44.652	76	65.535	804	160.981

Fuente: MSPS 2009i.

Las inversiones en capital en el SNS se han analizado ya detalladamente en el Capítulo 3, en términos del volumen de gasto, las tendencias y los mecanismos de financiación. El papel del sector privado en las inversiones en capital en el SNS ha adquirido mayor relevancia, aunque continúa siendo marginal. Uno de los primeros casos de asociaciones entre el sector público y el sector privado para la inversión en infraestructuras fue el hospital de Alzira, en la Comunidad Valenciana. Recientemente se ha puesto en marcha en la Comunidad Autónoma de Madrid otra iniciativa de financiación privada para construir ocho nuevos hospitales (en el Capítulo 4 puede consultarse información más completa).

Equipamiento y aparatos médicos

La adquisición de equipamiento en España está sujeta a las decisiones discrecionales de los encargados de la elaboración de políticas y no siempre está bien regulada. La capacidad de influencia de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) debería incrementarse en el marco de la nueva estructura de evaluación y como consecuencia de los aparentes cambios de la agenda política de las comunidades autónomas y del CISNS (véase el epígrafe *Evaluación de tecnologías sanitarias* de la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria*).

Hasta 2006, la autorización para utilizar determinadas técnicas, tecnologías y procedimientos – a fin de determinar si se incluían en la cartera de servicios con financiación pública – estaba regulada exclusivamente por el artículo 22 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS. En 2006, el CISNS aprobó la nueva cartera de servicios comunes del SNS y estableció el procedimiento formal de incorporación de nuevas tecnologías a dicha cartera (Real Decreto 1030/2006). Este Real Decreto establece que las nuevas prestaciones deben someterse a una evaluación previa de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en colaboración con la red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias autonómicas. El resultado de esta evaluación se eleva al CISNS, que toma la decisión definitiva. Como se ha explicado en la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia*, tanto las comunidades autónomas como la administración sanitaria nacional tienen derecho a proponer la inclusión de una nueva prestación. Esta iniciativa debe estar respaldada por los correspondientes informes técnicos y económicos de evaluación de las repercusiones de esa prestación para el SNS. Siempre que se considera que la incidencia presupuestaria de una nueva tecnología va a ser elevada, en el proceso de toma de decisiones participa la comisión interministerial que integran representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social y del Ministerio de Economía y Hacienda, así como el Consejo de Política Fiscal y Financiera (integrado por las autoridades económicas nacionales y autonómicas). Otra tendencia que el Real Decreto ha consolidado es la concentración de servicios muy técnicos (determinados tipos de cirugía, por ejemplo) en centros específicos que prestan asistencia muy especializada a pacientes de todo el país, concentrando los casos y la tecnología necesaria. Estos centros de referencia, ubicados en distintas comunidades autónomas, atienden a toda la población nacional (véase el epígrafe *Regulación de la calidad asistencial* de la Sección 4.1 *Regulación*, en el que se explica detenidamente esta figura).

Aunque el acceso a pruebas de diagnóstico en centros de atención primaria ha mejorado y determinados equipos están ampliamente disponibles en este nivel asistencial (oftalmoscopios, otoscopios, electrocardiógrafos, espirómetros, radiología), las tecnologías más caras no suelen estar disponibles y tienden a concentrarse en centros de especialidades u hospitales. No obstante, los médicos de familia pueden prescribir la práctica de pruebas con algunas de dichas tecnologías.

Conviene mencionar que, dado que la fuente de información disponible es el Catálogo nacional de hospitales, los ratios de población indicados a continuación ([Tabla 5.7](#)) se refieren a la tecnología instalada en centros autorizados como hospitales o dependientes de los mismos (públicos o privados) y no incluyen las tecnologías ubicadas en centros no reconocidos como hospitales (aunque la inclusión de los datos de este tipo de centros no produciría variaciones significativas en los ratios indicados).

Tabla 5.7 Equipos de tecnología de diagnóstico por imagen en funcionamiento por cada 1.000 habitantes, años 2005 y 2008.

Equipos	2005	2008
TAC (Tomografía Axial Computerizada)	0,014	0,015
RM (Resonancia Magnética)	0,008	0,009
GAM (Gammacámara)	0,005	0,005
HEM (Sala de Hemodinámica)	0,004	0,005
ASD (Angiografía por Sustracción Digital)	0,003	0,004
LIT (Litotricia por ondas de choque)	0,002	0,002
BCO (Bomba de Cobalto)	0,001	0,001
ALI (Acelerador de Partículas)	0,003	0,004

Fuente Basado en MSPS 2009i.

La distribución del equipamiento médico de alta tecnología por comunidades autónomas se refleja en la [Tabla 5.8](#). El volumen de la población protegida justifica sólo parcialmente las diferencias regionales en cuanto a la disponibilidad de equipamiento. Madrid presenta, por delante de Cataluña, las cifras más altas en casi todos los tipos de equipamiento. Como ocurre también con el número de hospitales, esto se debe en parte al papel del sector privado en el incremento de la disponibilidad relativa de estas tecnologías.

Durante la última década, la utilización de alta tecnología ha aumentado tanto en cifras absolutas como en relación con la población ([Tabla 5.9](#)). El caso de la resonancia magnética nuclear (RM) es especialmente destacable, ya que el uso de esta tecnología se había multiplicado por cinco al final del periodo observado. La mayor parte de esta actividad corresponde aparentemente al sector privado, al contrario que en el resto de las tecnologías estudiadas ([Figura 5.4](#)).

Tabla 5.8 Dotación tecnológica por comunidad autónoma (clasificadas por población), enero de 2008.

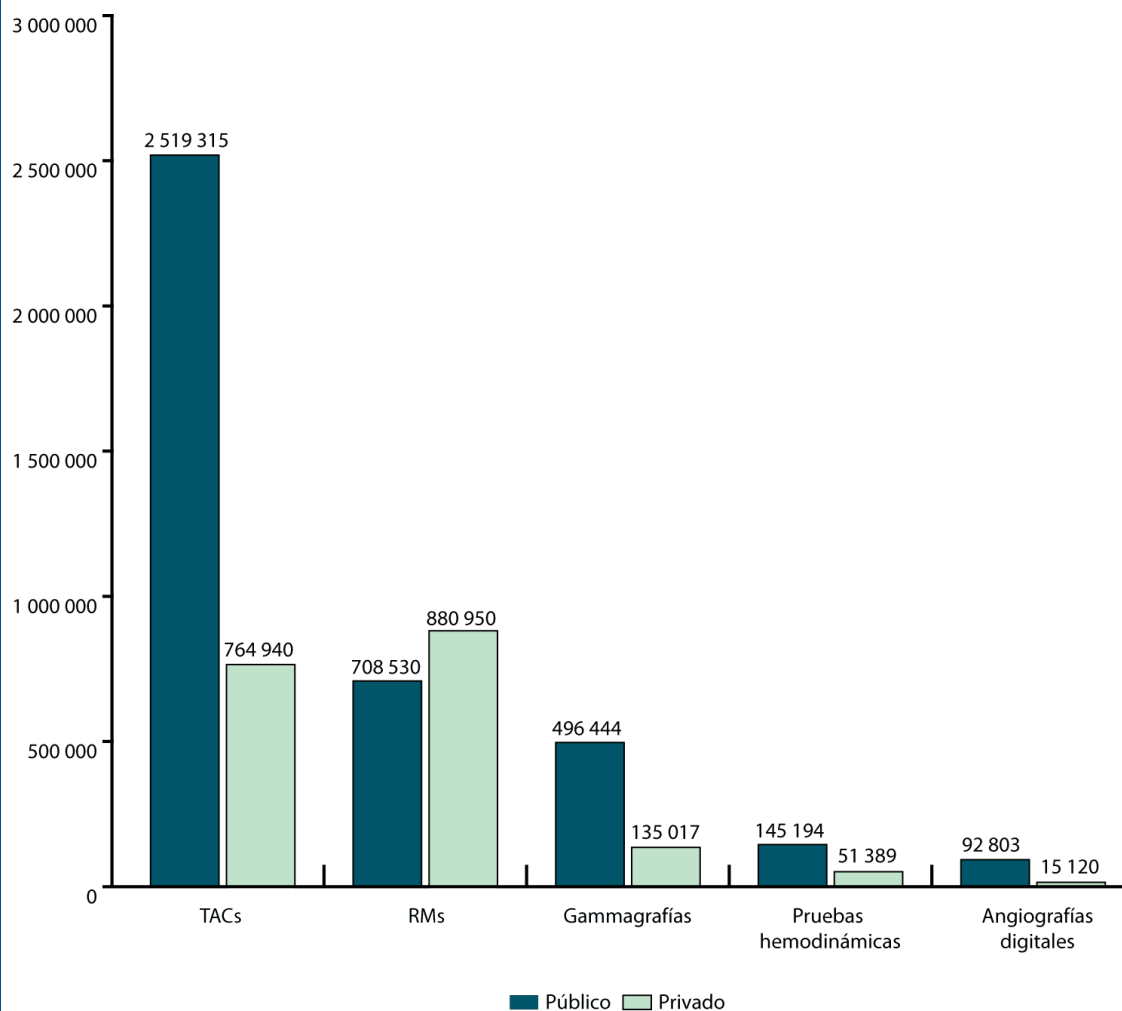
CC.AA.	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI	Población
Andalucía	102	48	33	33	23	13	7	20	8.202.220
Cataluña	92	52	40	33	27	18	12	27	7.364.078
Madrid	98	97	50	46	34	13	6	36	6.271.638
Comunidad Valenciana	75	48	26	23	22	9	2	22	5.029.601
Galicia	48	33	13	14	13	5	2	11	2.784.169
Castilla y León	33	19	7	6	6	3	0	3	2.557.330
País Vasco	32	18	12	10	16	5	1	11	2.157.112
Canarias	33	22	12	11	12	5	3	7	2.075.968
Castilla-La Mancha	38	22	12	8	6	4	1	10	2.043.100
Murcia	21	15	3	5	6	1	0	3	1.426.109
Aragón	22	12	7	6	6	2	2	3	1.326.918
Extremadura	22	11	6	6	2	3	0	5	1.097.744
Asturias	18	13	3	3	3	1	1	5	1.080.138
Baleares	20	14	5	8	7	5	1	3	1.072.844
Navarra	10	6	4	3	3	3	1	7	620.377
Cantabria	7	5	4	2	3	1	0	4	582.138
La Rioja	4	3	2	1	1	1	0	2	317.501
Ceuta	1	0	0	0	0	0	0	0	77.389
Melilla	1	0	0	0	0	0	0	0	71.448
Total	677	438	239	218	190	92	39	179	46.157.822

Fuente MSPS 2010h.

Tabla 5.9 Evolución de la utilización de pruebas diagnósticas de alta tecnología seleccionadas y ratios por 1.000 habitantes.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
TAC	1.553.210	1.917.330	2.294.433	2.621.271	2.899.607	3.284.255
RM	319.165	530.738	723.794	1.070.926	1.328.506	1.589.480
Pruebas hemodinámicas	84.033	107.916	130.369	147.547	179.151	196.583
Angiografías digitales	94.635	109.015	101.920	105.673	109.805	107.923
Gammagrafías	488.704	522.083	535.250	603.721	626.352	631.461
TAC por 1.000 habitantes.	39,2	48,0	56,3	62,4	66,8	73,2
RM por 1,000 habitantes,	8,1	13,3	17,8	25,5	30,6	35,4
Pruebas hemodinámicas por 1,000 habitantes,	2,1	2,7	3,2	3,5	4,1	4,4
Angiografías digitales por 1,000 habitantes,	2,4	2,7	2,5	2,5	2,5	2,4
Gammagrafías por 1,000 habitantes,	12,3	13,1	13,1	14,4	14,4	14,1

Fuente ESCRI 2008; MSPS 2010h.

Figura 5.4 Pruebas diagnósticas realizadas en el sector público y en el sector privado, año 2007.

Fuente ESCRI 2008; MSPS 2010h.

Madrid, las Islas Baleares, la Comunidad Valenciana, Navarra, Asturias y Galicia son las comunidades autónomas en la que se dan los ratios más elevados de RM y TAC por 1.000 habitantes. Los ratios por 1.000 habitantes de las pruebas realizadas por el sector privado también son especialmente elevados para estas dos pruebas diagnósticas en las comunidades autónomas citadas ([Tabla 5.10](#)).

En la [Tabla 5.11](#) se sitúan las cifras de España en el contexto internacional. Si se compara con el resto de países europeos de la OCDE, España se sitúa por debajo del promedio de dotación por millón de habitantes, pero cerca de Francia, Alemania y los países nórdicos.

Tabla 5.10 Pruebas diagnósticas por 1.000 habitantes realizadas por el sector público y el sector privado por comunidad autónoma, año 2007.

CC.AA.	Sector Público						Sector Privado					
	Radiografías	TAC	RM	Sala hemodinámica	Angiografías digitales	Gammagrafías	Radiografías	TAC	RM	Sala hemodinámica	Angiografías digitales	Gammagrafías
Andalucía	754,9	55,5	15,4	4,4	1,4	10,6	132,5	8,1	10,5	0,5	0,1	0,6
Aragón	735,7	62,5	13,3	1,8	0,7	12,1	155,7	8,0	13,7	0,5	–	0,9
Asturias	729,4	69,6	24,4	3,1	0,9	4,7	106,6	9,8	17,3	0,2	–	0,7
Baleares	534,6	41,6	10,2	1,7	2,2	10,0	310,2	36,0	39,6	1,3	0,7	3,0
Canarias	552,4	46,3	8,5	3,1	2,4	15,6	174,2	13,5	30,6	0,7	0,6	5,3
Cantabria	534,3	58,9	12,4	4,5	0,9	15,9	57,9	1,3	0,3	–	–	–
Castilla-La Mancha	668,3	57,3	9,3	4,2	1,5	10,5	49,3	6,5	6,4	0,2	–	0,2
Castilla y León	747,2	66,5	23,8	1,9	1,8	10,5	95,9	8,1	16,7	0,2	–	2,8
Cataluña	286,8	37,8	8,1	2,6	2,1	6,1	360,5	28,7	14,2	1,2	0,6	3,0
Comunidad Valenciana	664,2	61,2	25,5	4,5	4,1	6,9	107,1	15,9	21,1	3,0	0,1	4,4
Extremadura	631,2	49,8	16,0	2,3	0,3	46,6	47,1	4,5	3,4	–	–	1,1
Galicia	625,8	67,9	22,1	3,2	2,4	8,4	189,6	24,2	26,1	0,4	0,1	6,9
Madrid	546,5	62,1	21,5	2,6	2,2	15,6	235,2	27,1	44,3	1,2	0,7	5,2
Murcia	663,6	52,4	9,2	2,9	0,6	11,7	181,2	6,6	5,4	0,3	–	–
Navarra	428,1	66,3	19,1	2,3	0,9	15,6	154,6	39,5	21,5	13,0	3,5	4,8
País Vasco	602,4	79,6	9,2	3,0	3,9	8,9	144,8	14,4	18,4	1,6	0,3	5,2
La Rioja	647,9	22,7	13,0	–	2,2	9,3	64,4	2,0	4,0	–	–	–
Ceuta y Melilla	626,7	38,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Total	592,4	56,1	15,8	3,2	2,1	11,1	182,0	17,0	19,6	1,1	0,3	3,0
Desviación estándar	93,48	18,17	14,79	3,15	1,28	9,05						
Media	760,01	71,31	32,62	4,26	2,19	15,48						
Coefficiente de variación	12,30	25,49	45,35	73,85	58,37	58,48						
Fuente	ESCRI 2008; MSPS 2010h.											

Tabla 5.11 Tecnología médica por millón de habitantes en países seleccionados de la OCDE, año 2007.

	RM	TAC	Radioterapia	Litotricia
Austria	17,7	29,8	4,6	1,9
Bélgica	7,5	41,6	6,4	4,6
Dinamarca***	10,2	17,4	5,4	–
Finlandia	15,3	16,4	15,4	0,6
Francia	5,7	10,3	6,1	1,5
Alemania	8,2	16,3	4,6	3,9
Grecia**	13,2**	25,8**	–	1,4**
Islandia*	19,7*	26,3*	13,1*	3,3*
Italia	18,6	30,3	3,8	–
Luxemburgo	10,5	27,3	4,5	2,1
Portugal	8,9	26,0	2,9	3,0
España	9,3	14,6	3,8	2,0
Suecia	7,9†	14,2†	–	–
Suiza	14,4	18,7	9,7	4,9
Reino Unido	5,6 e*	7,6 e*	4,0e*	–
Media	11,8	22,0	6,5	2,7

Observaciones e: cifra estimada; los datos del año 2007 no estaban disponibles para todos los países; se han sustituido por los datos de años anteriores en los casos indicados: *2006, **2005, *** 2004 y †1999; media: cálculo de los autores basado en los datos del último año disponible.

Fuente OCDE 2009b.

Tecnologías de la información

La mayoría de los aspectos relevantes relativos al contexto y al desarrollo de las TI en el SNS se han descrito ya en el epígrafe *Sistemas de información* de la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria* y están claramente relacionados con el desarrollo de la identificación inequívoca de los pacientes y la historia clínica digital del SNS.

Explicar brevemente el uso que se hace en España de las tecnologías de la información en general puede resultar útil para describir el contexto en el que se enmarca la utilización de las TI en el área de la salud y en el SNS. La Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2009 (INE 2010) revela que el 51,3% de los hogares españoles tiene una conexión a Internet de banda ancha y que el número de usuarios de Internet asciende a cerca de 21 millones de personas en la franja de edad entre 16 y 74 años. Existe un gradiente de edad, que muestra una mayor utilización por los grupos más jóvenes y por debajo de los 35 años (Tabla 5.12). En los grupos de edad por encima de los 55 años los usuarios de Internet constituyen una minoría.

Entre las personas que sí usan Internet, el 53,8% afirma que lo utiliza para buscar información relacionada con la salud (más de 11 millones de personas). La mayoría de los usuarios de Internet de todos los grupos de edad declara este uso y sólo el grupo de menores de 25 años parece menos propenso a utilizar la red con fines relacionados con la salud (si bien el porcentaje de los que sí lo hacen es del 44%).

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 2009), “*Avanza2*” (Ministerio de Industria, Turismo y Comercio 2010). Este plan, bajo la dirección del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (MITC), tiene el objetivo general de desarrollar la sociedad de la información y el conocimiento. Uno de los programas

puestos en marcha en el marco de su eje de desarrollo de servicios públicos digitales es el programa *Sanidad en línea*, que se apoya en un acuerdo marco con el MSPS¹. Este programa ha permitido la cofinanciación de la infraestructura de TI y la evolución en este ámbito de las comunidades autónomas, así como los avances del nodo central de información del SNS, posibilitando así la implantación de identificador único del paciente en el ámbito del SNS y la historia clínica digital del SNS. El presupuesto total para la primera fase del programa Sanidad en línea (MITC, MSPS y CC.AA.) ascendía a 252 millones de euros, que se gastaron entre 2006 y 2008. La segunda fase, firmada en julio de 2009 y con una duración de tres años, está dotada con una inversión de 101,60 millones de euros aportados por la administración central (55 millones del MITC y 46,6 millones del MSPS). Como en la fase anterior, la participación de las comunidades autónomas es voluntaria. Se estima que su aportación ascenderá a 93,60 millones de euros durante el periodo, por lo que el presupuesto total hasta diciembre de 2012 sumaría 195,20 millones de euros (Ministerio de Industria, Turismo y Comercio 2009).

Tabla 5.12 Uso de Internet y uso de Internet relacionado con la salud, año 2009.

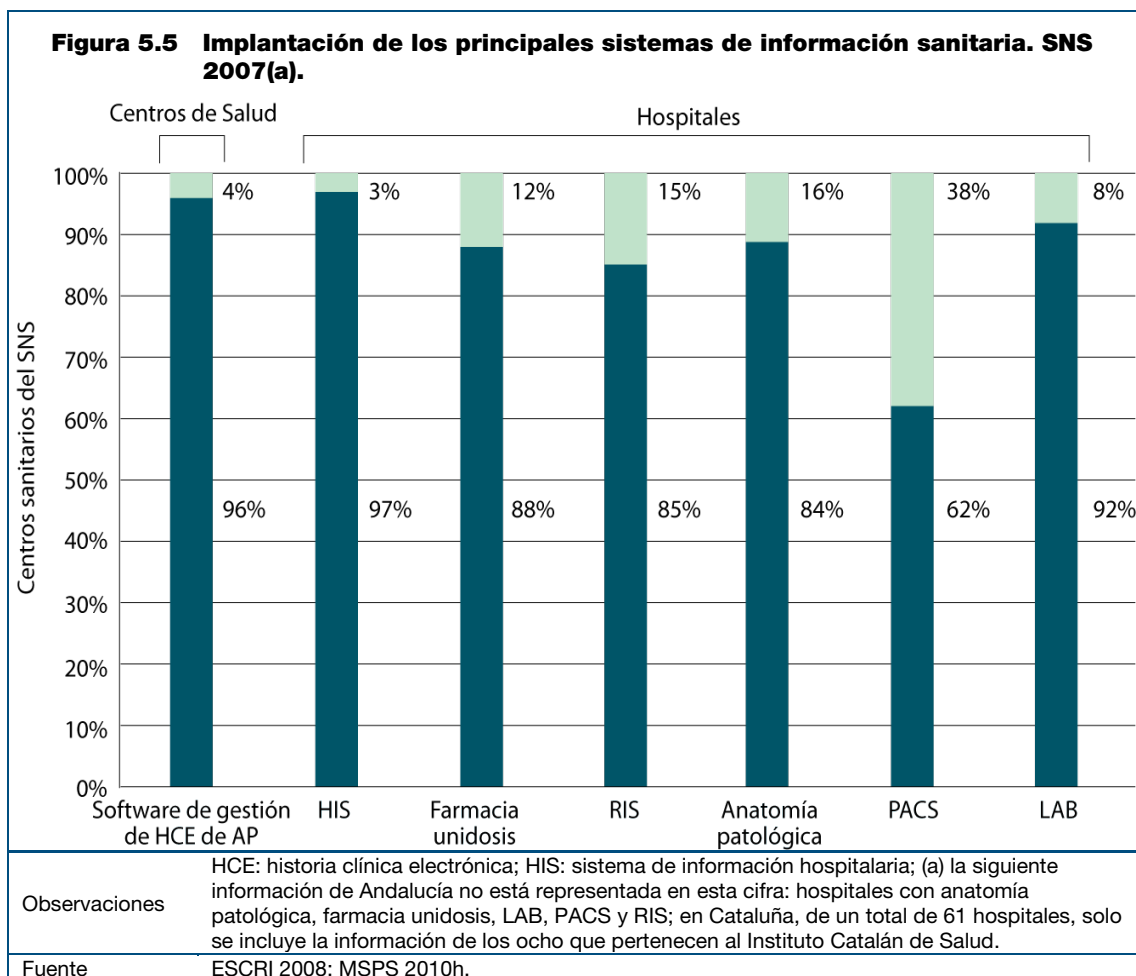
	Uso de Internet en los últimos tres meses (%)	Búsqueda de información relacionada con la salud (%)
Total	59,8	53,8
Edad		
16-24 años	92,3	44,0
25-34 años	80,1	54,7
35-44 años	68,2	59,3
45-54 años	54,9	56,5
55-64 años	29,1	52,3
65-74 años	11,0	53,3
Tamaño del municipio de residencia		
Municipios de más de 100.000 habitantes	65,5	54,2
50 000-100 000 habitantes	61,1	52,4
20.000-50.000 habitantes	60,9	54,4
10.000-20.000 habitantes	55,7	54,2
Municipios de menos de 10.000 habitantes	49,9	52,7
Fuente	INE 2010.	

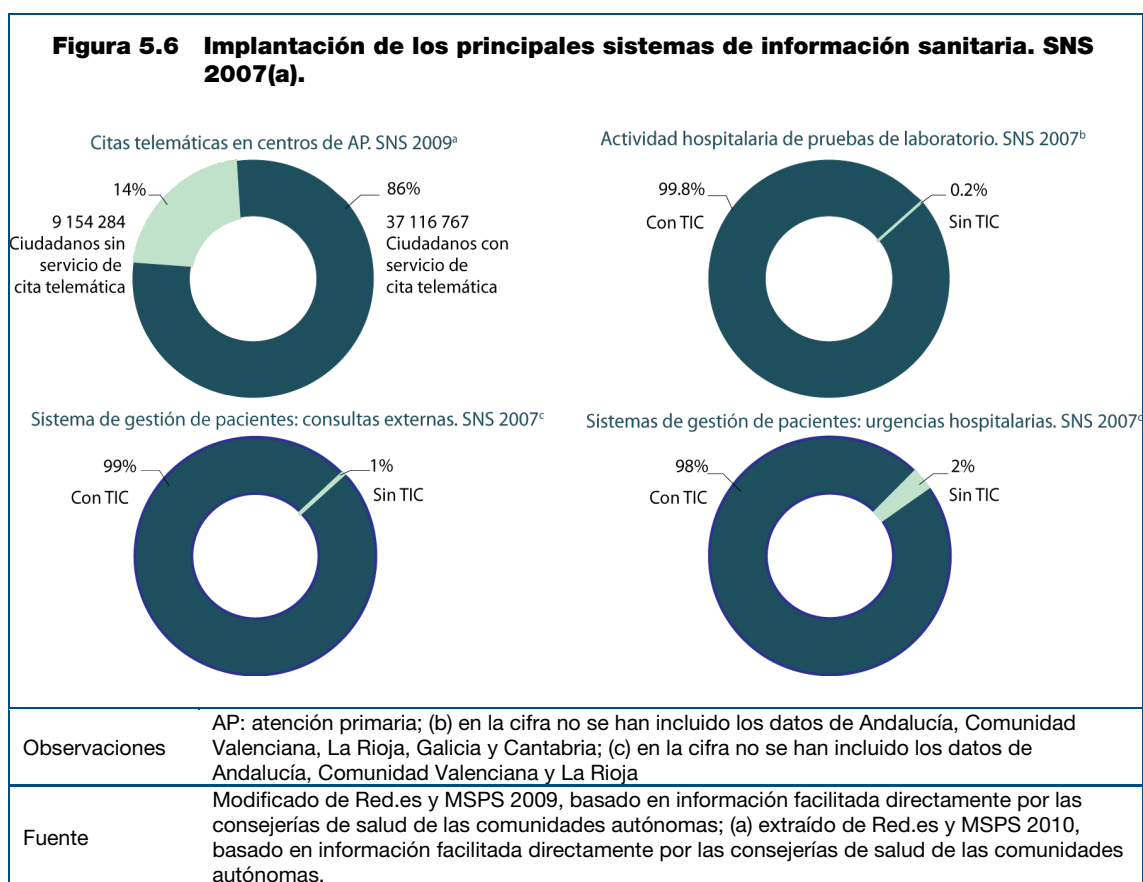
La evaluación de la primera fase del programa Sanidad en línea fue publicada en 2009 por el MSPS y Red.es, la entidad dependiente de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información que gestiona el plan “*Avanza*”. En enero de 2010 se publicó una actualización de los avances realizados (Red.es y MSPS 2010). Estos son los datos más fiables sobre la capacidad instalada y la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el SNS. En estos informes se presenta una serie de indicadores para controlar los avances realizados, agrupados para evaluar las infraestructuras y los sistemas de información, por una parte, y la implantación de los servicios de eSalud, por otra. En la [Figura 5.5](#) se puede comprobar el grado de implantación de los principales sistemas de información sanitaria en el SNS. En el ámbito de la atención primaria, la historia clínica digital está disponible en el 96% de los centros. En el caso de los hospitales, el 97% de los centros del SNS cuenta con un sistema de información hospitalario informatizado que permite gestionar las camas, admisiones, citas de consultas externas, historias clínicas, agendas, quirófanos

¹ Como ya se ha indicado en el Capítulo 4, el Plan de Calidad del SNS incluye entre sus estrategias el programa Sanidad en línea.

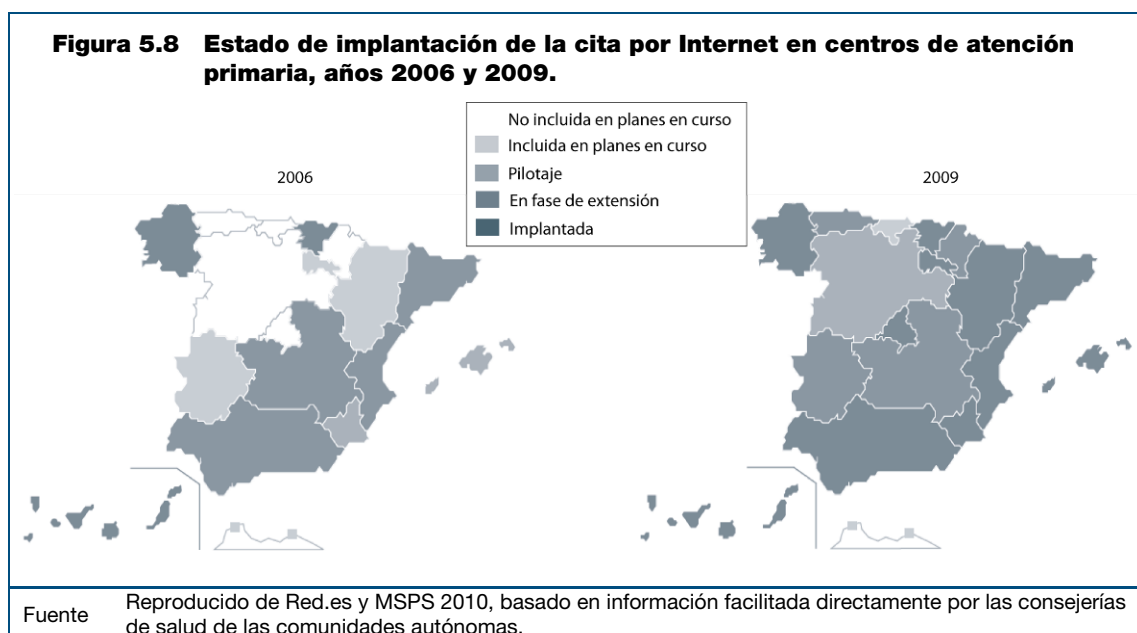
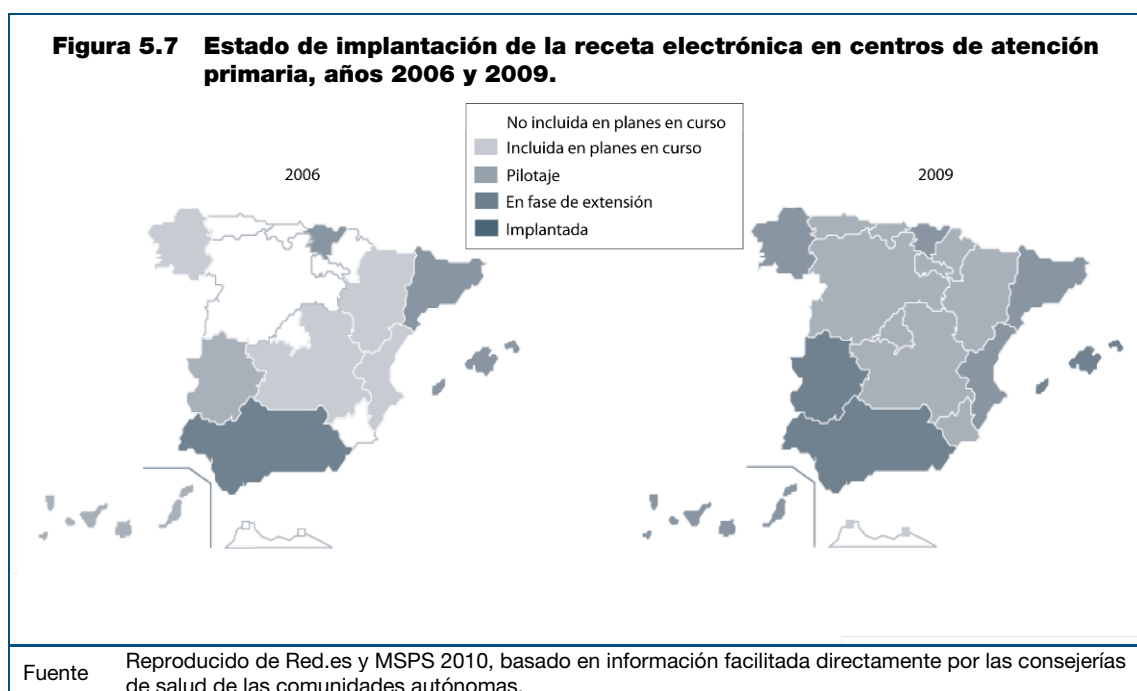
y urgencias. Asimismo, más del 90% de los hospitales dispone de un sistema de información de laboratorios (LAB) y aproximadamente el 85% dispone de un sistema de gestión de la actividad de radiología (RIS), anatomía patológica y unidosis de medicamentos. Los sistemas de almacenamiento y transmisión de imagen en formato digital (PACS) están menos generalizados y sólo el 62% de los hospitales de la red del SNS cuenta con uno de ellos.

En la [Figura 5.6](#) pueden consultarse datos sobre la proporción de la actividad llevada a cabo por el SNS que cuenta con el respaldo de un sistema de información sanitaria, es decir, el porcentaje de citas con médicos de familia y especialistas, de pruebas de laboratorio y de urgencias que se gestionan con sistemas de información. En 2007 este porcentaje se aproximaba al 100% para las comunidades autónomas que habían facilitado datos (las que no los habían facilitado se indican en las notas bajo la [Figura 5.6](#)).

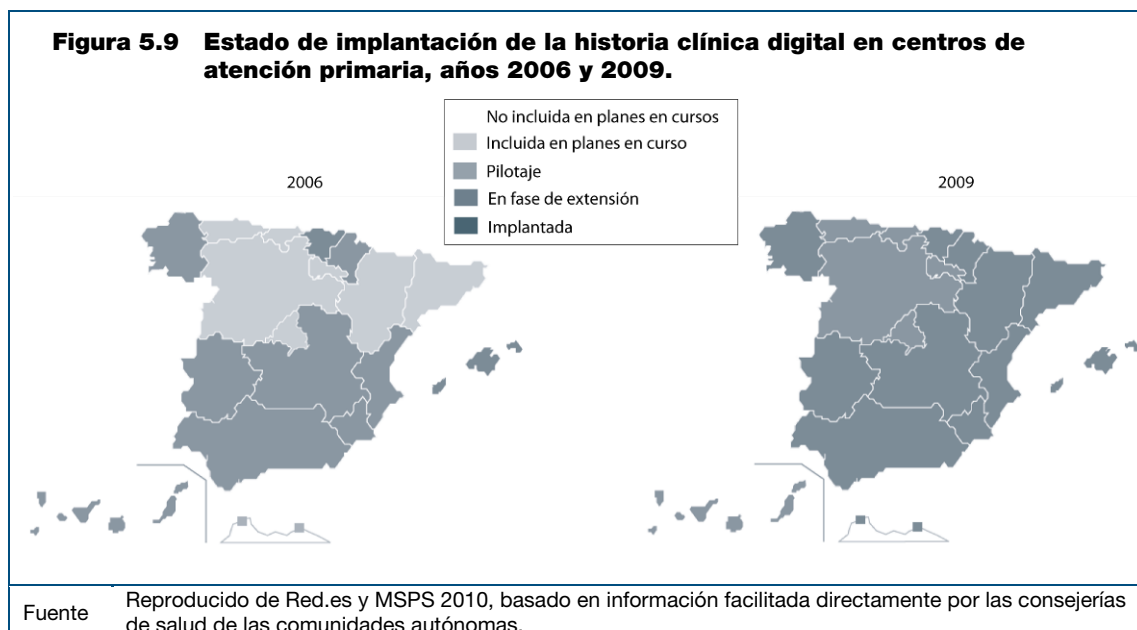




En lo que respecta a la disponibilidad de servicios de eSalud, la evolución de la receta electrónica se muestra en la [Figura 5.7](#). En 2009, todas las comunidades autónomas se encontraban como mínimo en la fase de pilotaje de una solución informática y la mayoría la habían implantado ya o estaban en la fase de extensión. En 2009, era posible concertar citas de atención primaria por Internet en 12 comunidades autónomas, que habían implantado plenamente este servicio. Asturias, Castilla-La Mancha, Extremadura y Navarra estaban en la fase de extensión y sólo Cantabria seguía realizando pruebas piloto ([Figura 5.8](#)).



El avance de la implantación de la historia clínica electrónica, que permite la atención integrada (atención primaria, atención especializada ambulatoria y pruebas), ha sido más rápido, como puede comprobarse en la [Figura 5.9](#). En 2006, todas las comunidades autónomas trabajaban ya para implantarla: muchas estaban en la fase de pilotaje, algunas en la de extensión. Para 2009 estaba plenamente implantada en la mayor parte del territorio y sólo cinco comunidades autónomas estaban todavía terminando la fase de extensión.

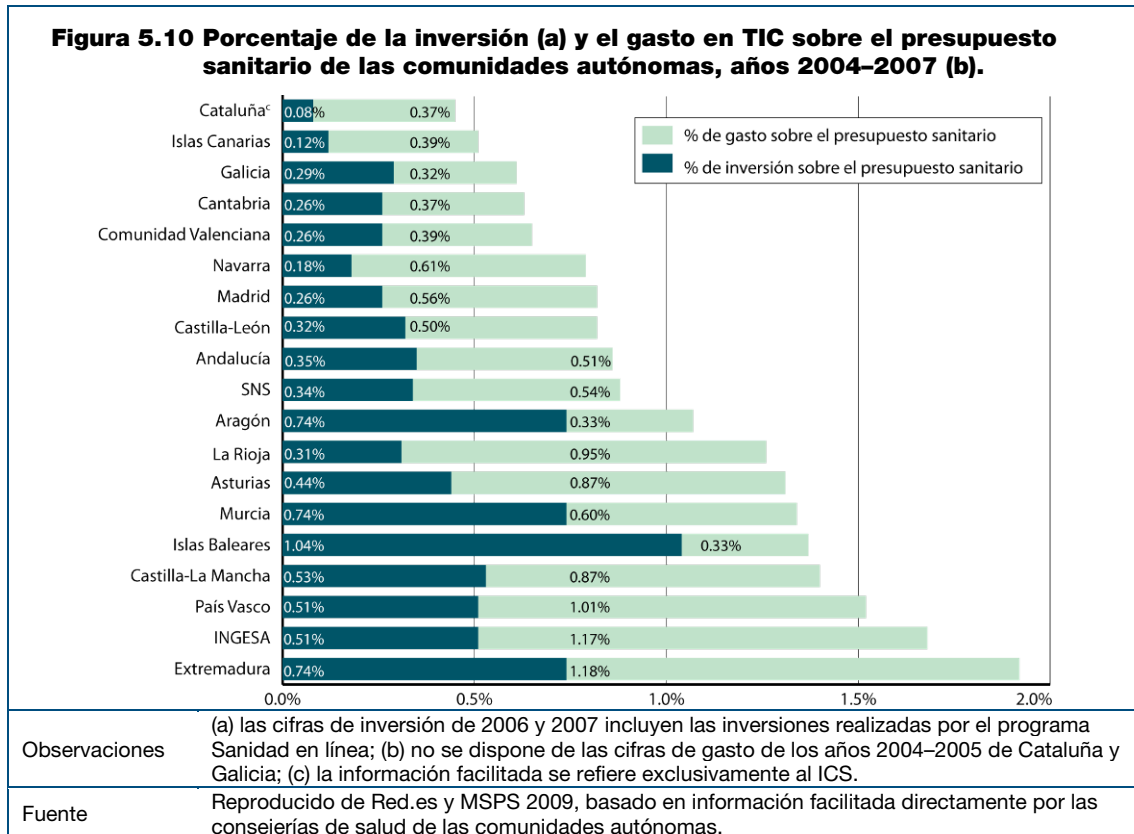


Estos rápidos progresos del desarrollo y la utilización de soluciones TIC contaron con el respaldo de un esfuerzo presupuestario. El gasto total en TIC en las comunidades autónomas en el periodo 2004–2007 osciló entre el 1,2% del gasto sanitario en Extremadura e INGESA (Ceuta y Melilla) y el 0,4% en Cataluña y las Islas Canarias. La cifra del SNS en su conjunto asciende a aproximadamente el 0,5% del gasto total. En términos de porcentajes del presupuesto, las Islas Baleares ocupan la primera posición, con el 1% de su presupuesto dedicado a las TIC, seguidas por Aragón, Extremadura y Murcia, que gastan en esta partida más del 0,7% de su presupuesto. La cifra del SNS en su conjunto es la mitad de ese porcentaje (Figura 5.10). En el periodo 2008–2009, la suma de la inversión y el gasto público del SNS en TIC aumentó un 23% (Figura 5.11). En términos relativos, la inversión en TIC de 2009 constituyó el 0,35% del presupuesto total del SNS, mientras que el gasto corriente en TIC supuso el 0,57% de dicho presupuesto.

El informe publicado por Red.es y el MSPS en 2009 y su actualización de 2010 (Red.es y MSPS 2009, 2010), en los que se ha basado el análisis precedente de los avances realizados en el ámbito de las TIC en el SNS, fueron recibidos como un ejercicio de transparencia de gran utilidad. El informe estableció las bases para el seguimiento periódico de los progresos en este ámbito, fijando una serie de indicadores que pueden recopilarse de forma regular y que se integran en un conjunto más amplio de datos que la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información ya actualiza periódicamente y publica en su página web para otros sectores de la economía². Sin embargo, la limitada disponibilidad de datos actualizados hace temer que esta iniciativa no tenga continuidad. Probablemente sea justo reconocer que el trabajo de la Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS que se ha descrito en la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria* tiene en la actualidad una función de supervisión. Sin embargo, los datos publicados no son especialmente abundantes en lo que se refiere al análisis por comunidades autónomas. Como ya se ha indicado en los capítulos anteriores, las comunidades autónomas se muestran en general poco dispuestas

² Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (<http://www.ontsi.red.es/index.action>).

a exponerse a una comparación sistemática, y los mecanismos de consenso por los que se rige el CISNS dificultan en ocasiones la comunicación de este tipo de datos, que se sacrifica en aras del avance de la coordinación de las políticas. Una nota positiva en este ámbito es que la continuidad del programa Sanidad en línea, que se acaba de renovar hasta finales de 2013, también conlleva la elaboración de informes de evaluación, lo que puede dar un impulso a la comunicación sistemática de datos.

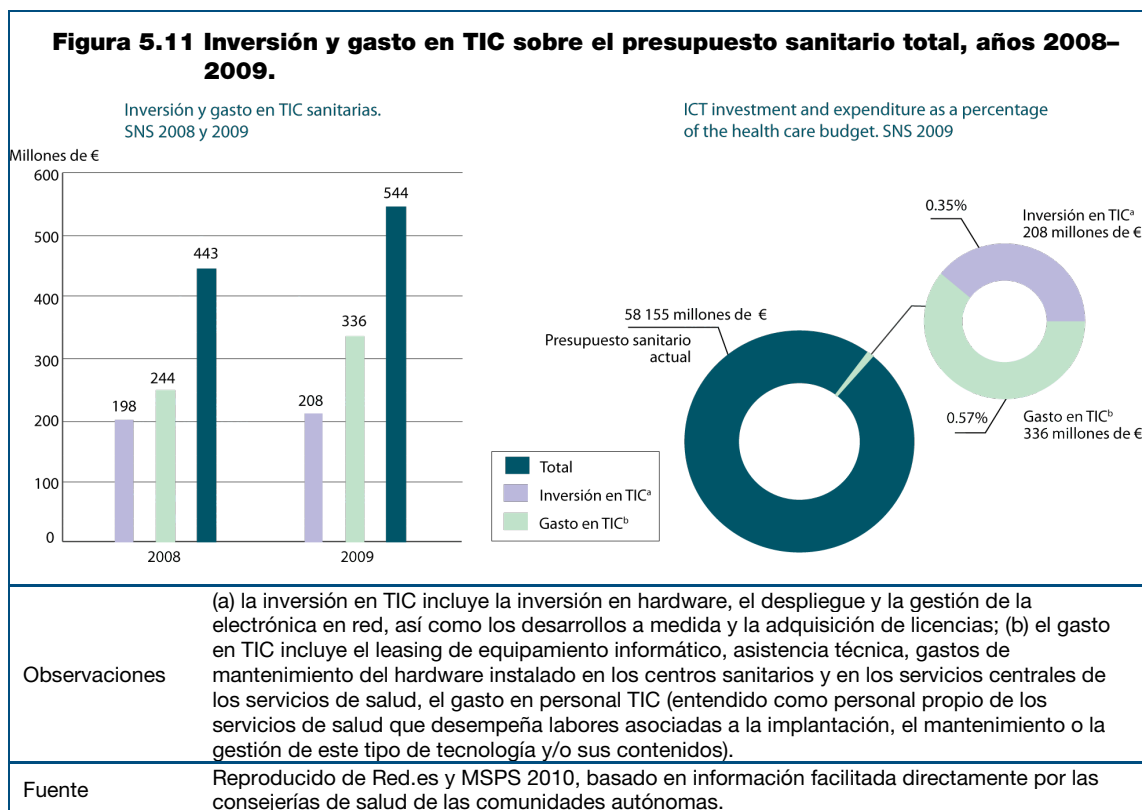


Además, conviene destacar avances concretos en el campo de las TI que respaldan líneas de trabajo de suma importancia como la mejora de la prescripción de medicamentos y la seguridad del paciente.

Según el Observatorio del SNS (MSPS 2010h), todas las comunidades autónomas comunican avances en política farmacéutica vinculadas a la mejora de los sistemas de información. La prescripción informatizada de medicamentos se ha considerado clave para el logro de los objetivos de prescripción de medicamentos genéricos y la lucha contra las interacciones adversas mediante el asesoramiento y las alertas automáticas para el prescriptor integradas en el sistema en varias comunidades autónomas (Aragón, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, País Vasco, La Rioja y Ceuta y Melilla). La implantación de sistemas de prescripción asistida o de receta electrónica se encuentra en fases diferentes en estas regiones y, en muchas ocasiones, sigue en la fase piloto.

La línea de trabajo de las TI que apoya la Estrategia Nacional de Seguridad de los Pacientes tiene el objetivo de desarrollar sistemas de notificación de acontecimientos adversos que puedan introducir información en el sistema para determinar las causas y encontrar una solución. Este proyecto se encuentra en una fase muy preliminar, en la

que se ha diseñado un prototipo de sistema de notificación que se está probando en dos hospitales. El diseño está basado en una amplia revisión del marco jurídico y consultas estructuradas con expertos, tanto del ámbito clínico como de las TI, así como con pacientes.



5.2 Recursos humanos

Evolución del personal sanitario

En la [Tabla 5.13](#) se muestra la evolución del personal sanitario en España durante los últimos 25 años según datos de la OMS. Como en la mayoría de los países europeos, las cifras de personal sanitario por 100.000 habitantes se han incrementado con el transcurso del tiempo en todas las categorías de profesionales. No obstante, conviene destacar el crecimiento experimentado en España por determinados perfiles profesionales, como las enfermeras, los dentistas o los farmacéuticos (cuyas cifras se han multiplicado varias veces en el contexto de una población en crecimiento), que contrasta con la relativa estabilidad del número de médicos. Este fenómeno refleja bien el aumento de la relevancia del papel de estos profesionales en los servicios ofrecidos por los sistemas sanitarios modernos y, por ende, en el SNS.

Las cifras disponibles nacionalmente difieren ligeramente de las facilitadas por la OMS debido a que las fuentes nacionales se actualizan más rápidamente que las internacionales, así como a algunas diferencias en la especificación de los indicadores.

Los métodos para contabilizar los profesionales disponibles son especialmente sensibles en el caso de España, porque no existe un registro central de profesionales sanitarios. La Comisión de Recursos Humanos del SNS (creada bajo los auspicios del CISNS) comenzó a desarrollar el Registro Nacional de Profesionales Sanitarios en 2007 con el fin de abordar este problema. Dicho registro nacional debía basarse en los registros regionales correspondientes. Durante los últimos tres años se han producido algunos avances en varias comunidades autónomas, pero el registro nacional no es todavía una realidad. En ausencia de esta futura fuente fiable, las estimaciones disponibles se basan en tres enfoques alternativos.

Tabla 5.13 Personal sanitario en España por 100.000 habitantes, 1980–2007, datos de años seleccionados.

	1980	1990	1995	2000	2001	2003	2004	2005	2006	2007
Médicos	N/D	369,8	247,4	316,4	307,5	322,1	337,3	376,7	368,6	375,6
Médicos, grupo de especialidades médicas (PF)	N/D	30,9	33,4	39,7	39,7	43,5	45,3	46,3	48,0	N/D
Dentistas (PF)	10,5	26,6	35,7	43,7	45,6	47,3	49,3	51,0	53,7	56,2
Farmacéuticos (PF)	62,1	59,0	63,5	81,2	100,9	85,2	86,0	94,7	92,0	N/D
Enfermeras (PF)	316,2	406,8	576,9	642,2	663,6	750,4	743,7	741,5	743,7	N/D
Observaciones	PF: personas físicas.									
Fuente	Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.									

Utilización de los datos de colegiación (obligatoria) de los profesionales. El principal problema es que los datos de colegiación son útiles tan solo para la profesión médica, ya que la colegiación es voluntaria para el resto de profesionales y presenta niveles dispares. Además, incluso en el caso de los médicos, no se trataría de un recuento completo, puesto que en unas pocas comunidades autónomas los médicos no están obligados a colegiarse. Incluso en aquellas comunidades autónomas en las que la colegiación es obligatoria, los registros de los colegios son bastante restringidos y no facilitan información sobre la actividad del médico colegiado.

Utilización de los datos de nóminas, contando los profesionales empleados por cada uno de los servicios regionales de salud. El principal problema de este método es que, aunque permite obtener información sobre disponibilidad, está restringido a los trabajadores contratados por cada uno de los servicios regionales de salud. Así, todos los médicos contratados exclusivamente por el sector privado o que trabajen de forma autónoma quedan fuera del recuento³.

El tercer enfoque, y hasta la fecha el preferido por los recuentos oficiales, utiliza una *combinación de fuentes de información recopilada regularmente*. Una de estas fuentes es el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). La hipótesis de que esta fuente recoge la realidad en su mayor parte es bastante probable dada la absoluta predominancia del sector público en este nivel de atención. En el ámbito hospitalario, tanto ambulatorio como en régimen de internado, la fuente sería la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI), que deben cumplimentar obligatoriamente los hospitales, tanto públicos como privados, de todo el país. Esta última fuente presenta cierto riesgo de recuento doble, sobre todo en el caso de los

³ La aplicación de este mismo método (uso de nóminas) en el sector privado presenta dos complicaciones, sobre todo, aunque no exclusivamente, en el ámbito de la profesión médica: en primer lugar, una elevada proporción de los médicos serían empleados del sector público que también trabajan en el sector privado (recuento doble); en segundo lugar, la variedad de fórmulas contractuales y relaciones en el sector privado hace posible que una parte sustancial de los profesionales que trabajan en un centro no estén en la nómina del hospital, sino que presten servicios en el mismo en virtud de un contrato con una compañía aseguradora.

médicos, ya que los especialistas del sector público trabajan con frecuencia en hospitales privados y no pueden distinguirse en el recuento de recursos. El otro sesgo potencial es la ausencia de los profesionales que trabajan en centros privados de atención especializada ambulatoria sin vinculación con hospitales, aunque es probable que el número de estos profesionales sea muy bajo. La ESCRI también presenta otra limitación, ya que sólo incluye el personal médico, de enfermería y auxiliar de enfermería. Para otros profesionales sanitarios, como por ejemplo los dentistas o los farmacéuticos, debe utilizarse como fuente el colegio profesional correspondiente.

En resumen, en el momento actual, parece que el tercer enfoque, que se basa en una combinación de fuentes, proporciona los datos estimados más fiables de los recursos humanos de la sanidad en España. En la [Tabla 5.14](#) se ofrece un desglose de los profesionales de atención primaria del SNS en 2008. Las diferencias entre comunidades autónomas se dan principalmente en el ratio de población protegida por profesional de enfermería (que oscila entre cerca de 1.200 en Castilla-La Mancha y aproximadamente 2.000 en Madrid) y en el caso del personal administrativo y auxiliar (el ratio nacional es de unas 3.000 personas por profesional, pero oscila entre las 2.500 personas de Navarra y las 4.700 de La Rioja). Conviene destacar que la normativa general (por ejemplo, en materia de definición de las zonas básicas de salud en cada comunidad autónoma) es menos estricta a la hora de fijar ratios para este tipo de profesionales que cuando se establecen para los médicos de familia o los pediatras. Se aprecia una pauta, según la cual Castilla-La Mancha es la región con el menor número de habitantes asignados por médico de cabecera (939) y por enfermera de atención primaria (1.165), mientras que las Islas Baleares es la comunidad autónoma con los ratios más elevados de población por profesional (claramente destacada en el caso de los médicos de cabecera, con más de 1.700 personas, y entre las regiones con ratios más altos para las enfermeras, con más de 1.900 personas por profesional, cifra que sólo superan Madrid y la Comunidad Valenciana). En el caso de los pediatras, parece que Asturias es la comunidad autónoma con el menor ratio de población por pediatra (779). Cataluña se sitúa en el extremo contrario, con 1.180 pacientes por pediatra. Al analizar estas variaciones deben tenerse en cuenta factores como la dispersión de la población y la evolución de la proporción de la población en edad pediátrica.

La [Tabla 5.15](#) refleja los recursos humanos en la asistencia hospitalaria y especifica las cifras correspondientes a profesionales que trabajan en el SNS y el total (que incluye a los profesionales del sector privado). El peso del sector público es predominante en todas las comunidades autónomas y los profesionales del sector privado suman una cifra marginal con respecto al número total de profesionales por 1.000 habitantes en todas las categorías. El ratio nacional de médicos especialistas es de 1,70 por cada 1.000 habitantes (oscila entre 1,41 en Andalucía y 2,1 en Navarra), mientras que el ratio de personal de enfermería en hospitales es de 2,93 (con un elevado rango de variación de casi dos puntos entre Andalucía y Navarra). La [Tabla 5.16](#) muestra la distribución relativa por especialidad de los médicos que trabajan en hospitales.

En comparación con los países de Europa Central y del Mediterráneo, o con el Reino Unido, la cifra relativa de médicos en España se recupera desde mediados de los 90 hasta alcanzar en los últimos años uno de los primeros puestos, muy por encima del promedio de la UE y sólo por detrás de las cifras de Italia ([Figura 5.12](#)). Lo mismo cabe decir del número de profesionales de la enfermería ([Figura 5.13](#)), cuyo avance es aún más acusado. En este ámbito España presenta cifras similares a las de Francia y Alemania y converge con el promedio de la UE.

Tabla 5.14 Recursos humanos del SNS en atención primaria y ratio de población protegida asignada por profesional, año 2008.

	Médicos de familia	Población asignada por médico de familia	Pediatras	Población asignada por pediatra	Personal de enfermería	Población asignada por enfermera	Personal no sanitario	Población asignada por profesional no sanitario
Andalucía	4.755	1.442	1.110	1.069	4.257	1.890	6.096	2.838
Aragón	959	1.229	163	997	920	1.458	401	4.078
Asturias	657	1.481	128	779	707	1.516	420	3.219
Baleares	517	1.685	136	1.059	536	1.894	331	3.691
Canarias	1.079	1.519	295	974	1.118	1.723	653	3.568
Cantabria	365	1.361	73	1.035	376	1.522	211	3.407
Castilla-La Mancha	2.379	939	301	901	2.104	1.165	1.153	3.326
Castilla y León	1.382	1.276	239	1.041	1.454	1.376	722	3.379
Cataluña	4.270	1.474	993	1.180	4.750	1.572	3.154	2.575
Comunidad Valenciana	2.632	1.555	738	994	2.492	1.936	2.634	3.080
Extremadura	803	1.199	132	969	886	1.218	440	3.954
Galicia	1.845	1.347	360	900	1.760	1.574	1.110	2.880
Madrid	3.509	1.541	867	1.044	3.239	1.948	2.418	4.006
Murcia	812	1.466	232	972	779	1.814	567	3.633
Navarra	370	1.418	95	977	437	1.413	250	2.470
País Vasco	1.292	1.563	288	905	1.334	1.709	886	2.573
La Rioja	220	1.251	40	950	204	1.535	102	4.673
INGESA	67	1.550	25	1.068	80	1.632	58	3.957
Total	27.911	1.410	6.215	1.029	27.433	1.663	21.606	3.102
Fuente	MSPS 2008c.							

Tabla 5.15 Recursos humanos hospitalarios y ratio por 1.000 habitantes, año 2007.

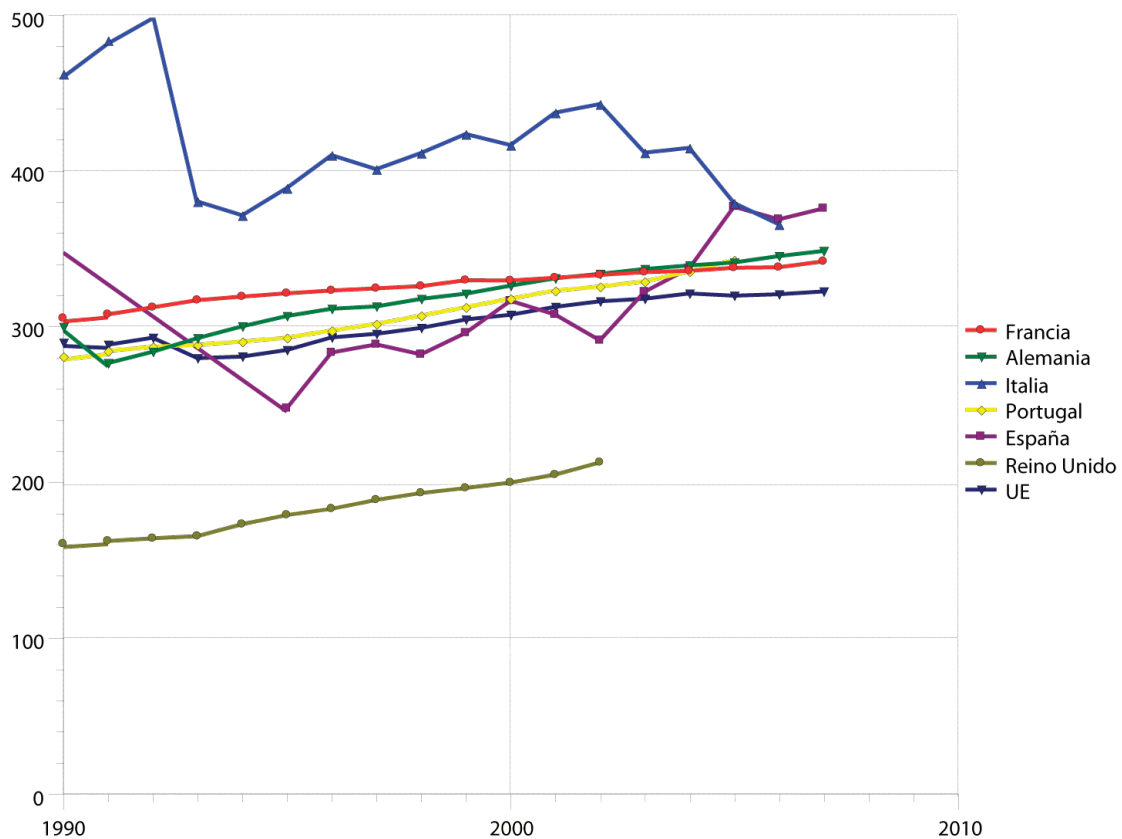
	Médicos				Personal de enfermería				Auxiliares de enfermería				Personal no sanitario			
	Número		Por 1000 hab		Número		Por 1000 hab		Número		Por 1000 hab		Número		Por 1000 hab	
	Públicos-SNS	Total	Públicos-SNS	Total	Públicos-SNS	Total	Públicos-SNS	Total	Públicos-SNS	Total	Públicos-SNS	Total	Públicos-SNS	Total	Públicos-SNS	Total
Andalucía	10.315	11.223	1,29	1,41	18.980	20.759	2,38	2,60	14.904	17.307	1,87	2,17	69.729	81.189	8,73	10,16
Aragón	2.514	2.695	1,95	2,10	4.446	4.762	3,46	3,70	3.721	4.242	2,89	3,30	15.982	17.991	12,43	13,99
Asturias	2.009	2.168	1,90	2,05	3.126	3.317	2,95	3,13	2.613	2.903	2,47	2,74	12.110	13.374	11,44	12,63
Baleares	1.621	1.949	1,58	1,90	3.053	3.836	2,97	3,73	2.742	3.472	2,67	3,38	11.110	15.342	10,80	14,92
País Vasco	2.971	3.273	1,40	1,54	4.729	5.573	2,22	2,62	3.658	4.656	1,72	2,19	16.441	21.279	7,72	9,99
Canarias	2.654	3.279	1,31	1,62	4.993	5.894	2,47	2,92	4.551	6.009	2,25	2,98	19.096	24.245	9,46	12,01
Cantabria	986	1.040	1,74	1,83	1.749	1.859	3,08	3,28	1.504	1.814	2,65	3,20	6.281	7.158	11,08	12,62
Castilla y León	3.948	4.141	1,58	1,66	7.025	7.510	2,82	3,01	5.132	5.857	2,06	2,35	24.570	28.051	9,86	11,26
Castilla-La Mancha	3.097	3.205	1,59	1,64	5.364	5.604	2,75	2,87	4.310	4.550	2,21	2,33	20.544	22.184	10,53	11,37
Cataluña	13.424	14.657	1,87	2,05	17.852	21.351	2,49	2,98	12.381	18.210	1,73	2,54	64.551	85.114	9,01	11,88
Comunidad Valenciana	6.848	7.470	1,42	1,55	11.145	12.385	2,31	2,57	8.328	9.727	1,73	2,02	38.174	46.054	7,91	9,55
Extremadura	1.738	1.791	1,61	1,66	2.743	2.860	2,55	2,66	2.479	2.612	2,30	2,43	11.217	12.160	10,42	11,29
Galicia	4.306	4.631	1,58	1,70	7.756	8.419	2,84	3,09	6.114	6.966	2,24	2,55	27.935	32.036	10,24	11,74
Madrid	9.570	10.584	1,57	1,73	16.506	19.275	2,70	3,15	12.602	15.933	2,06	2,61	60.869	77.835	9,96	12,74
Murcia	2.043	2.179	1,47	1,57	3.597	3.983	2,58	2,86	3.083	3.707	2,21	2,66	12.963	15.562	9,31	11,18
Navarra	967	1.334	1,61	2,22	1.641	2.612	2,73	4,35	1.197	1.908	1,99	3,18	5.823	8.911	9,70	14,84
La Rioja	506	518	1,64	1,67	934	964	3,02	3,12	723	771	2,34	2,49	3.378	3.563	10,92	11,52
INGESA	225	225	1,61	1,61	419	419	2,99	2,99	323	323	2,30	2,30	1.614	1.614	11,51	11,51
Total	69.742	76.362	1,55	1,70	116.058	131.382	2,59	2,93	90.365	110.967	2,01	2,47	422.387	513.662	9,41	11,45

Fuente: ESCRI 2007.

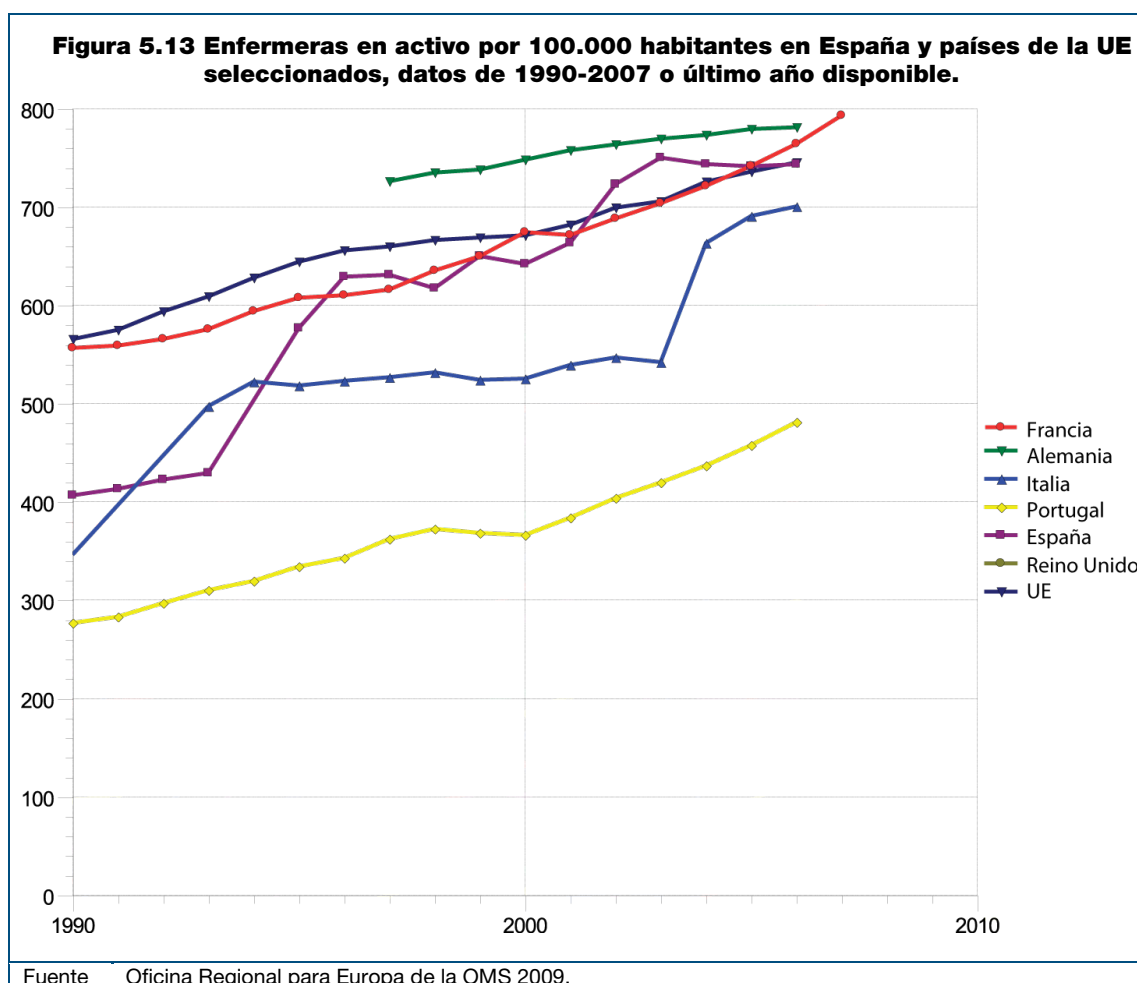
Tabla 5.16 Distribución relativa de especialidades de los médicos que trabajan en hospitales.

Especialidad	% sobre la cifra total de médicos que trabajan en hospitales
Medicina interna y especialidades médicas	27,1
Servicios centrales	21,4
Cirugía general y especialidades quirúrgicas	16,8
Obstetricia y ginecología	5,8
Ortopedia	6,0
Pediatría	4,7
Psiquiatría	4,1
Otras especialidades	14,1
Fuente	ESCRI 2007.

Figura 5.12 Médicos en activo por 100.000 habitantes en España y países de la UE seleccionados, datos de 1990-2007 o último año disponible.



Fuente Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.



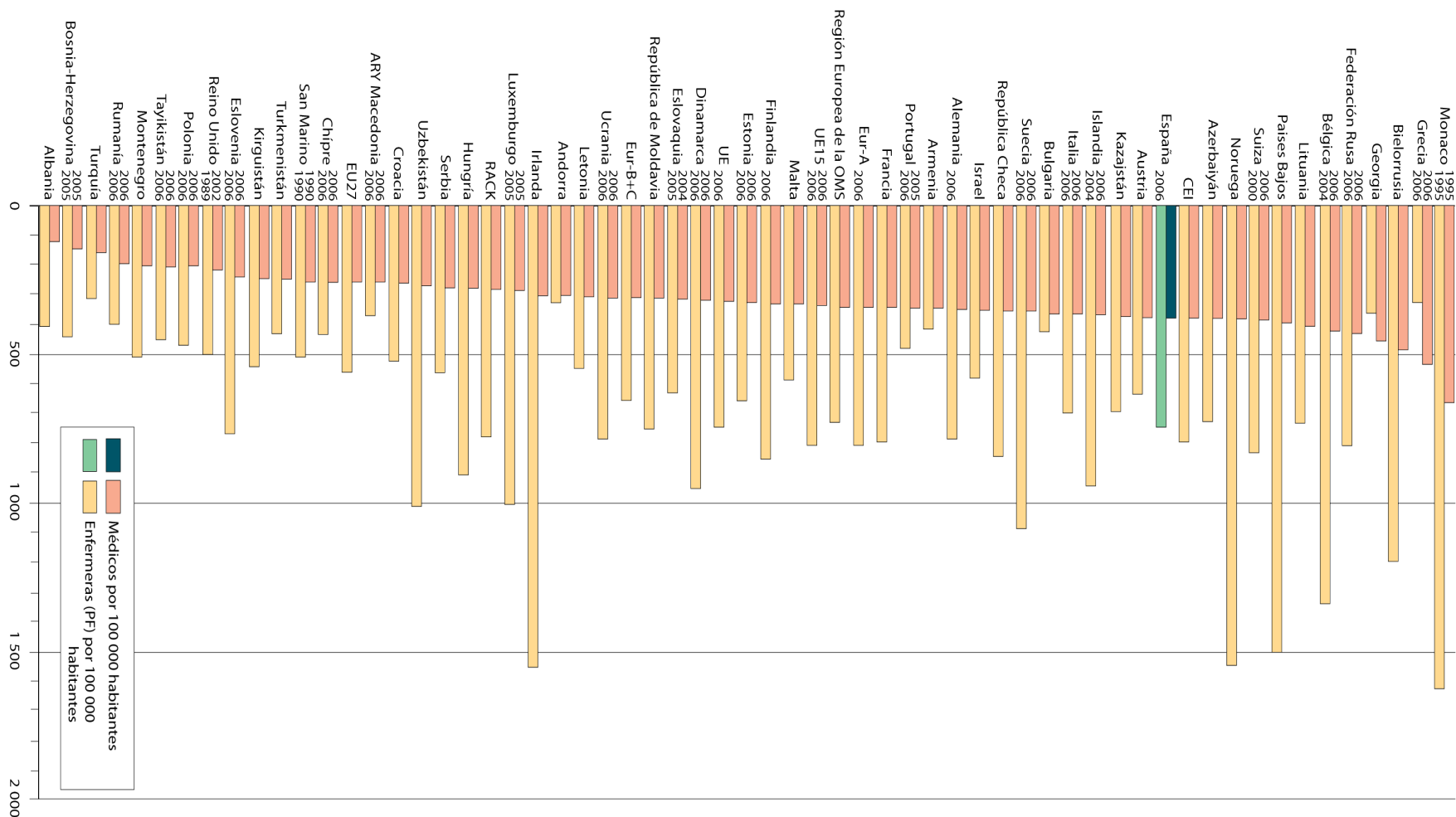
El ratio de médicos/enfermeras se ilustra en la [Figura 5.14](#). Aunque países como Noruega y los Países Bajos presentan un ratio relativo de médicos similar al de España, muestran cifras muy superiores en el caso del personal de enfermería, ya que el sistema español sigue estando más centrado en los médicos que el de otros países.

En lo que respecta a otros profesionales como los dentistas, la [Figura 5.15](#) muestra la tendencia alcista de las cifras. No obstante, el ratio sigue siendo uno de los más bajos, en todo caso muy inferior al promedio de la UE. Sin embargo, conviene recordar la cautela con la que debe tratarse la fiabilidad de estos datos, que con frecuencia se basan en la colegiación no obligatoria de los profesionales.

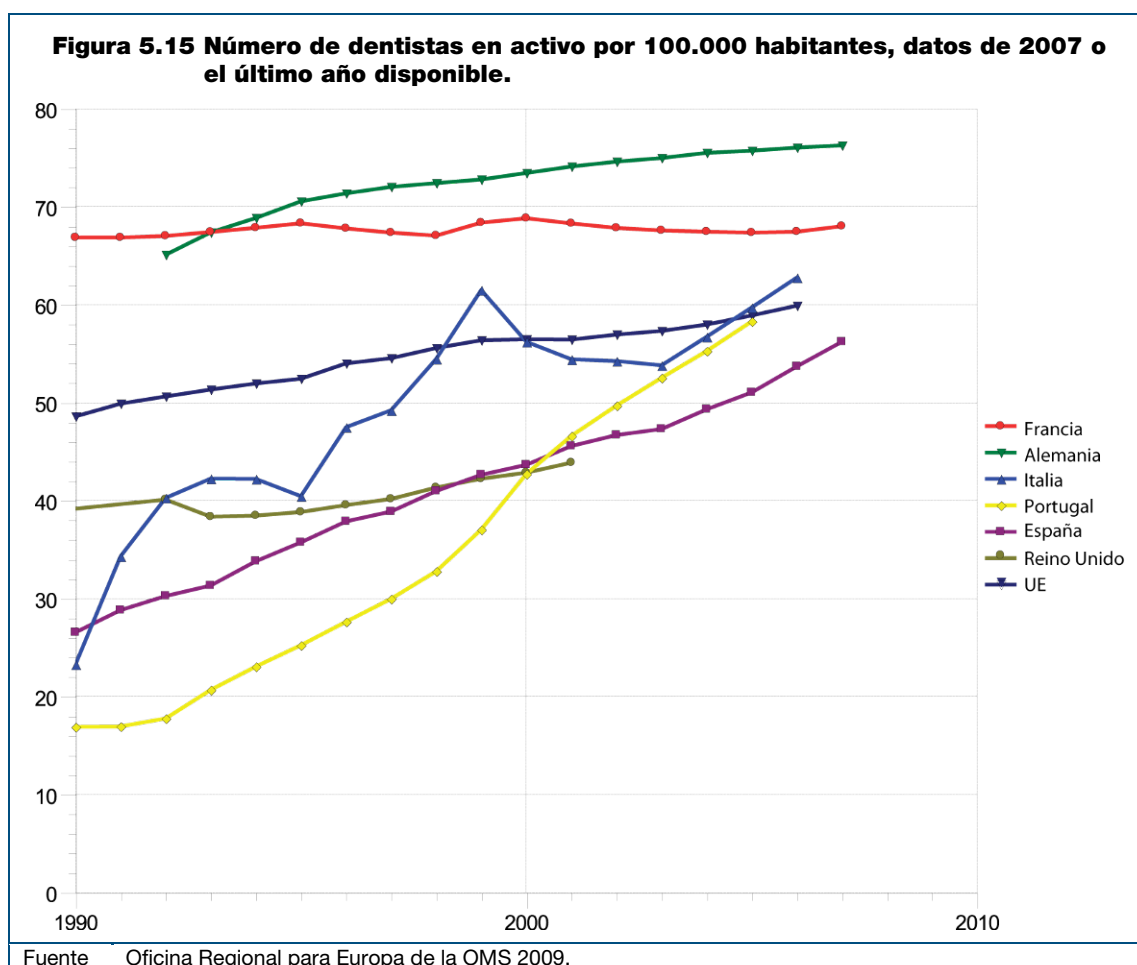
Los últimos datos disponibles en España según el INE indican un ratio de 0,5 dentistas colegiados por 1.000 habitantes y de 1,4 farmacéuticos por 1.000 habitantes hasta diciembre de 2007.

Desafortunadamente, no se dispone de datos sobre otros profesionales sanitarios relevantes, como las matronas, los fisioterapeutas, los psicólogos clínicos y otros terapeutas.

Figura 5.14 Número de médicos y enfermeras en activo por 100.000 habitantes, datos de 2007 o el último año disponible.



Fuente Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.



Planificación de los recursos humanos sanitarios

Al igual que en muchos otros países europeos, en los últimos años se ha producido en España un cambio de enfoque en la planificación. Durante los años 80 y hasta bien entrados los 90, los encargados de la planificación de los recursos humanos en el ámbito sanitario se vieron obligados a restringir el número de profesionales formados. Los profesionales, bastante jóvenes, que constituían el personal del nuevo SNS, contratados principalmente como personal estatutario o funcionario, generaban en la práctica un cuello de botella para las siguientes generaciones de profesionales sanitarios, los últimos hijos del *baby-boom*, que el sistema no podía absorber (por ejemplo, a finales de los años 80 había en España unos 20.000 médicos desempleados). Como consecuencia, durante un tiempo España ha sido un proveedor neto de médicos y personal de enfermería para países como el Reino Unido y Portugal. Varias cohortes de nuevos profesionales se vieron afectadas por una estricta política de *numerus clausus*, por medio de la que se redujo drásticamente el número de plazas de formación disponibles en las facultades sanitarias (especialmente de médicos y fisioterapeutas) y en los programas de especialización (MIR en el caso de los médicos, PIR en el de los psicólogos clínicos, FIR para los farmacéuticos clínicos y BIR para los biólogos médicos). Por otra parte, la

compensación que los nuevos titulados esperaban obtener de sus duros esfuerzos durante un periodo formativo tan largo perdió atractivo ante la falta de perspectivas laborales claras una vez finalizada la formación. La consecuencia de esta circunstancia, que sorprendentemente no previeron las autoridades de planificación, caracterizadas por la visión a corto plazo, fue una inversión de la situación 20 años después: la generación que actuaba como cuello de botella se aproxima a la jubilación y de las facultades de Ciencias de la Salud y de la formación especializada no salen profesionales suficientes para sustituirles. Por lo tanto, durante la mayor parte de la última década, el principal problema ha sido la escasez de profesionales sanitarios.

Resulta sencillo señalar los dos actores más destacados en este ámbito: por una parte, el sistema educativo (responsable de la formación básica de los profesionales sanitarios y de la acreditación de especialidades) y, por otra, el sistema sanitario (encargado de fijar las necesidades de profesionales y proporcionar formación especializada). En ambos casos, el proceso de descentralización que hemos descrito en numerosas ocasiones en esta monografía ha configurado una estructura compleja caracterizada por la existencia de 17 nodos autónomos. Varias comunidades autónomas han comenzado tímidamente a planificar la llegada de contingentes de médicos formados en el extranjero (principalmente procedentes de América Latina debido a la ventaja lingüística) en determinadas especialidades para las que prevén un déficit de profesionales. Las cifras reales de estos ejercicios de importación no están disponibles, pero hasta la fecha no pueden considerarse significativas.

Como en otros ámbitos que hemos analizado ya, parece que la situación sólo ha podido desbloquearse mediante un acuerdo de consenso en el CISNS. A la Comisión de Recursos Humanos del SNS se le encomendó, como parte de su mandato establecido por el CISNS, la tarea de fomentar una planificación de recursos humanos que respondiera a las necesidades del SNS. El Plan Nacional de Calidad, establecido en 2006, contemplaba, como una de sus líneas estratégicas, la realización de un análisis prospectivo de las necesidades en materia de recursos humanos del SNS, sobre todo en lo referente a los médicos especialistas¹. El informe resultante se presentó en marzo de 2009 e incluía un análisis de la situación actual y de escenarios previstos para el periodo 2008–2025 (Barber Pérez y González López-Valcárcel 2009).

El estudio utiliza para sus estimaciones los datos que se enumeran a continuación:

- datos de empleo equivalente a tiempo completo (ETC), actualizados en junio de 2007 por los servicios autonómicos de salud;
- encuesta sobre la estimación de necesidades de las comunidades autónomas (2006);
- el análisis sobre las tendencias de la necesidad de médicos especialistas en España de un panel de expertos, formado por expertos del MSPS, de las administraciones regionales y externos (2008);
- ESCRI (2006); y.
- otras fuentes, como los colegios profesionales, los registros autonómicos de profesionales existentes, sociedades científicas, análisis realizados por los servicios autonómicos de salud, bolsas o listas de profesionales desempleados, plazas de formación especializada (MIR) y títulos extranjeros homologados.

¹ Conviene destacar que la especialización de los médicos es obligatoria en España desde 1995. Los médicos de cabecera son en su mayor parte médicos especializados en medicina de familia y comunitaria a través de un programa de residencia de tres años de duración.

Según el informe, el actual contingente de médicos (medido en función de datos de empleo equivalente a tiempo completo – ETC) puede estimarse en 144.379, de los cuales 141.579 ETC son especialistas y 104.598 ETC trabajan para el SNS. El 68,5% tiene una especialidad médica, el 22,5%, una especialidad quirúrgica y el otro 9% trabaja en diagnóstico y en laboratorios. El informe calcula que cuatro de cada diez especialistas se jubilarán durante los próximos 15 años (el 31% de los especialistas tiene entre 50 y 60 años y el 10% supera los 60 años de edad). Por especialidades, las más envejecidas (con más de la mitad de los médicos por encima de los 50 años) son las de análisis clínicos, cirugía pediátrica, neurocirugía, medicina nuclear, cirugía general y urología. En el otro extremo, el perfil de especialidades como geriatría, oncología médica y farmacología clínica es el más joven (sólo el 25% de los especialistas tiene más de 50 años). La variabilidad entre comunidades autónomas detectada por el estudio es irrelevante. En el estudio se analizan los dos orígenes posibles de los profesionales: las facultades de Medicina y la inmigración de médicos extranjeros. Teniendo en cuenta la trayectoria del actual nivel de limitación de las plazas formativas disponibles, el modelo prevé una reducción acumulada del 40% de los licenciados en Medicina – el equivalente a 7.000 plazas – para 2015. En lo que respecta a la homologación de títulos extranjeros, las cifras se han estabilizado aproximadamente en 3.700 homologaciones anuales durante los últimos cuatro años. La formación especializada a través del MIR también se ha estabilizado en cerca de 6.500 plazas al año.

Según el panel de expertos del Ministerio y las comunidades autónomas sobre las necesidades de médicos especialistas, el déficit actual es del 2%, es decir, 3.200 especialistas (o 2.800 en unidades ETC). El modelo prevé que, sin intervención, se produzca un moderado incremento de la necesidad hasta 2015, hasta el 5% (9.000 especialistas en términos de personas físicas, 8.000 ETC). Para 2025, el horizonte del modelo de previsión, la necesidad aumentará hasta el 14%, es decir, un déficit de 22.000 especialistas ETC (25.000 personas físicas). Las especialidades pueden agruparse en aquellas que presentan una necesidad moderada (medicina de familia y comunitaria y pediatría), especialidades con una necesidad leve (anestesiología, ortopedia y radiología) y especialidades con una necesidad baja (cirugía plástica y reconstructiva, cirugía pediátrica y urología).

Partiendo de este análisis, el informe recomienda diez acciones apoyadas por la Comisión de Recursos Humanos del SNS:

1. desarrollar herramientas de planificación estratégica sostenida para el SNS, concretamente, impulsar la consolidación del Registro Nacional de Profesionales Sanitarios incluyendo tanto al sector público como al sector privado, además de a los médicos dedicados a actividades no clínicas, así como actualizar cada dos años la evaluación de necesidades;
2. definir con las comunidades autónomas los estándares de la evaluación de la necesidad actual y futura de especialistas;
3. tratar de ajustar la capacidad de las facultades de Medicina y el programa de especialización (MIR) a las necesidades estimadas;
4. reformar el programa de especialización para fomentar la versatilidad, para poder hacer frente a las cambiantes necesidades, introduciendo un programa troncal y elaborando itinerarios flexibles de especialización;
5. fomentar la eficiencia en el SNS implantando plenamente soluciones de eSalud que puedan aliviar parcialmente las necesidades;

6. mejorar el reciclaje de los especialistas estableciendo programas específicos de formación;
7. desarrollar estrategias de contratación impulsando el desarrollo de carreras profesionales en el ámbito nacional y permitiendo la movilidad entre comunidades autónomas;
8. desarrollar el marco legal previsto por la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) para acelerar la acreditación de los médicos no comunitarios con títulos homologados;
9. promover en las comunidades autónomas una acción general destinada a mejorar el equilibrio entre la vida familiar y laboral; y
10. crear una oficina para la repatriación de los profesionales sanitarios que trabajan en el extranjero.

Se espera que este decálogo oriente la política de recursos humanos del SNS en el futuro inmediato. Por desgracia, y en parte debido a la escasez de información, no se dispone de estimaciones para otros grupos de profesionales sanitarios distintos de los médicos. Es posible que el Registro Nacional de Profesionales Sanitarios contribuya a subsanar esta situación.

Formación del personal sanitario

El personal sanitario 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; y
- *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 en Medicina dura seis años en todas las universidades, públicas y privadas, y muchos hospitales y centros de atención primaria del SNS 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 los fisioterapeutas se forman en escuelas universitarias y sus estudios duran tres años. En la actualidad está en marcha un proceso de implantación de especialidades de enfermería, como la enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), la enfermería de salud mental, la enfermería del trabajo, la enfermería comunitaria, etc. La mencionada Ley 44/2003 (LOPS) establece el marco normativo para esta implantación. Las carreras del ámbito de las Ciencias de la Salud están inmersas en un proceso de cambio a fin de adaptarlas al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) derivado del proceso de Bolonia.

Además, la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales se traspuso al marco normativo español mediante el Real Decreto 1837/2008. La Directiva incluía seis profesiones sanitarias: las de médico, enfermero responsable de cuidados generales, matrona, farmacéutico, veterinario y odontólogo. Estas profesiones se consideran reguladas (es decir, sujetas a disposiciones legales que limitan el acceso y el derecho de ejercicio de la actividad profesional a las personas que poseen cualificaciones concretas) y, como tales, el texto regula el procedimiento de homologación y reconocimiento de títulos obtenidos en otros Estados miembros. En el caso de estas seis profesiones, la ley prevé un procedimiento automático, exento de requisitos como la acreditación de experiencia y pruebas específicas. Esta automatización conlleva la aplicación de un estándar común de formación en todos los Estados miembros. En el caso de la Medicina, la formación básica equivale a 5.500 horas de enseñanza teórica y práctica, mientras que para obtener el título de médico especialista se precisa recibir formación a tiempo completo como residente en un centro acreditado durante un mínimo de entre tres y cinco años, dependiendo de la especialidad. La formación básica de las enfermeras comprende el equivalente a un mínimo de 4.600 horas o tres años, más 18 meses de formación específica para las matronas. Los veterinarios, odontólogos y farmacéuticos deben cursar estudios durante cinco años.

Formación de médicos especialistas

La formación de postgrado de médicos especialistas y médicos de familia y comunitarios se estructura a través del sistema de formación de postgraduados denominado MIR (médico interno residente) y se basa en un periodo de prácticas pagadas de entre tres y cinco años de duración (dependiendo de la especialización) en centros y servicios que están acreditados específicamente como centros docentes. Cada especialización se rige por lo previsto por una comisión nacional, compuesta por representantes de las sociedades científicas pertinentes, académicos, profesionales sanitarios, residentes y colegios de médicos. Esta comisión diseña los programas de formación para cada especialidad y define la duración de la formación. Cualquier centro, público o privado, puede solicitar la acreditación como centro docente, que está condicionada al cumplimiento por parte de dicho centro de rigurosos estándares, que audita un equipo de inspectores médicos. Los centros que pasan el proceso de acreditación obtienen autorización para proporcionar formación a determinado número de licenciados durante un periodo máximo de tres años, después del cual deberán renovar su acreditación. El MSPS y las consejerías autonómicas de salud y el Ministerio de Educación y las consejerías de educación gestionan conjuntamente este proceso de acreditación, en colaboración con el Consejo Nacional de Especialidades.

En 2008, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud elaboró un informe en el que recomendaba la introducción de cierta flexibilidad en el sistema formativo a fin de permitir la adaptación a nuevas especialidades emergentes que requerían una formación multidisciplinar. Según este informe, las especialidades médicas deben agruparse en tres tipos: el tronco médico, el tronco quirúrgico y el tronco médico y de laboratorio clínico. Se recomendaba la creación de un programa de formación común para cada uno de estos troncos, centrado en las competencias básicas, y el diseño de sistemas de acceso y de desarrollo profesional para cada tronco. En la actualidad, un grupo de trabajo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS coordina el ajuste institucional para la implantación de esta reforma.

Desde 1978, el número de plazas de formación médica de postgrado disponibles se fija anualmente y los candidatos son seleccionados mediante un examen de entrada competitivo. En general, durante los primeros años de la década de los 80 se ofrecían unas 2.000 plazas al año, mientras que cada curso se licenciaban unos 8.000 nuevos médicos. Durante la segunda mitad de los 80, el número de plazas se dobló, mientras que el número de egresados se redujo a la mitad. En la década de los 90 se mantuvo esta tendencia, aunque los incrementos fueron mucho más moderados. El número total de plazas disponibles varía de año en año. Por lo general, desde mediados de los 90 se ofrecen entre 4.500 y 5.000 plazas anuales. El número de plazas disponibles para cursar formación especializada (incluida la medicina de familia) en la convocatoria de 2006/2007 fue de 6.517, mientras que en el curso 2007/2008 se convocaron 6.216 plazas.

Formación especializada del personal de enfermería

La especialización en enfermería continúa en fase de desarrollo. En 1996 se pusieron en marcha únicamente las especialidades de enfermería de salud mental y enfermería obstétrico-ginecológica (matronas). El 22 de abril de 2005 el Gobierno español aprobó un nuevo Real Decreto sobre especialidades de enfermería. Mediante esta norma se han incluido las siguientes especialidades: enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería de salud mental, enfermería geriátrica, enfermería del trabajo, enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica. El Decreto ha sido evaluado positivamente por la Comisión de Recursos Humanos del SNS, el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería. También ha recibido la aprobación general de los sindicatos (SATSE, UGT y CCOO), tras un largo periodo de presiones de estos agentes sociales y de amenazas de huelgas en el sector. El Decreto establece un sistema de formación por el sistema de residencia similar al de los médicos y regula los procedimientos de acreditación de la experiencia del personal de enfermería actual para acceder a cada título de especialidad.

El número total de plazas para enfermeras generalistas también se limitó a finales de los años 90 a aproximadamente 7.000 al año, a pesar de que se preveía cierta escasez de enfermeras a medio plazo. El número de plazas de especialidad ofrecidas durante los últimos años en enfermería obstétrico-ginecológica (matronas) y enfermería de salud mental ha aumentado de forma continua.

Formación del personal de gestión sanitario

No existe ningún título oficial en gestión sanitaria, aunque varias Escuelas de Salud Pública y otras entidades de enseñanza, públicas y privadas, ofrecen cursos de formación en el área de gestión. El sistema sanitario no exige cualificaciones específicas a las personas contratadas para llevar a cabo funciones de gestión. No obstante, en términos generales, los gestores sanitarios deben tener un título universitario y se valora la formación en gestión. Con frecuencia los gestores sanitarios en España tienen formación en Medicina o en Salud Pública.

Registro y habilitación

El registro y la habilitación de los profesionales sanitarios en España se rige por la LOPS (44/2003). Su principal objetivo es mejorar la calidad de la sanidad garantizando los niveles de competencia necesarios para ejercer la práctica de las profesiones sanitarias a fin de salvaguardar el derecho de la población a la protección de su salud. La Ley

reconoce como “profesiones sanitarias” aquellas que la normativa universitaria considera titulaciones del sector sanitario y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos. Hay dos niveles universitarios: *licenciado* (titulado de grado superior, como por ejemplo los médicos) y *diplomado* (titulado de grado medio, normalmente más técnico, como por ejemplo las enfermeras).

Para trabajar como profesionales sanitarios, ya sea de forma independiente o en el marco de una organización, los candidatos deben recibir el correspondiente título universitario y cumplir la normativa establecida por la organización profesional competente. Además, están obligados a recibir formación continua a fin de garantizar la continuidad de la habilitación de su competencia profesional. Los centros sanitarios están obligados a comprobar cada tres años que sus profesionales sanitarios continúan cumpliendo los requisitos necesarios para ejercer la profesión, a fin de determinar la continuidad de la habilitación del profesional. Las medidas de evaluación concretas dependen de la legislación de cada comunidad autónoma. La LOPS también establece la necesidad de sistemas de identificación de profesionales, es decir, registros públicos de profesionales cualificados a disposición del público y de las autoridades sanitarias. En estos registros se inscribirá el nombre, titulación, especialización y otros datos que la Ley estipula que deben tener carácter público.

El desarrollo profesional es voluntario y requiere motivación y compromiso con la institución. Se articula en cuatro grados, en función de los conocimientos, las competencias, la formación continua acreditada, la actividad docente y la actividad de investigación del profesional. Para solicitar el acceso al siguiente grado se deben acumular un mínimo de cinco años de experiencia adicionales. La Comisión de Recursos Humanos del SNS, que está integrada por representantes del gobierno central y de las comunidades autónomas, se encarga de la homologación, el reconocimiento mutuo de niveles de cualificación y la libre circulación de profesionales dentro del SNS.

Por su parte, los colegios profesionales aplican la Ley de Sociedades Profesionales y su principal actividad es la de ocuparse de cuestiones deontológicas, aunque también tienen una función en los registros profesionales en fase de creación.

Desarrollo profesional de los profesionales sanitarios

Desde 2003 se han dictado en España numerosas normas sobre el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios (incluidos médicos, enfermeras y matronas). La implantación de este nuevo marco normativo todavía no ha concluido, por lo que la situación actual puede calificarse como de transición. Los antiguos criterios, bastante poco estrictos y basados en los años de servicio (que se traducían en una carrera profesional bloqueada de facto para la mayoría de los profesionales del sistema) deberían dar paso a un itinerario de desarrollo estructurado dependiente de la evaluación de méritos. El reconocimiento local y proteccionista de los méritos debe sustituirse también por un sistema de habilitación común que fomente la movilidad de los profesionales entre servicios regionales de salud.

La primera iniciativa normativa en esta dirección tuvo lugar en 2003 y tenía por fin establecer herramientas jurídicas para la homogeneización de las condiciones de trabajo en los distintos servicios regionales de salud (véase la Sección 2.1 *Descripción general del sistema sanitario*, en la que se describen las consecuencias de la descentralización para las políticas de recursos humanos). Se trataba de la Ley 44/2003 de ordenación de las

profesiones sanitarias. El artículo 38 de esta Ley establece los principios generales del desarrollo profesional, organizado en cuatro grados o etapas:

- para poder solicitar la evaluación necesaria para acceder al primer grado, los profesionales deben acreditar un mínimo de cinco años de ejercicio profesional;
- la evaluación para acceder a los grados superiores (hasta el cuarto) puede solicitarse una vez transcurridos cinco años de la anterior evaluación positiva;
- en caso de evaluación negativa en cualquier momento, el profesional puede solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde ésta; y
- la evaluación la lleva a cabo un comité específico creado en cada centro o institución; el comité debe estar integrado en su mayoría por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado (médico, enfermera, etc.), así como por representantes del servicio o unidad al que pertenezca el profesional evaluado y evaluadores externos.

El desarrollo profesional es voluntario, por lo que corresponde al profesional decidir si solicita la evaluación para acceder al grado superior. La transición entre grados se basa en la valoración de méritos vinculados a los conocimientos, las competencias, la formación continua acreditada, la actividad docente y la actividad de investigación. Los resultados de la actividad asistencial y el cumplimiento de los estándares de calidad, así como la participación en la gestión clínica (la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, la participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios, dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, la organización de formación especializada y de investigación, etc.) se citan como méritos adicionales que deberán tenerse en cuenta en esta evaluación.

La adquisición de un grado superior se traduce en complementos financieros que regula cada sistema regional de salud.

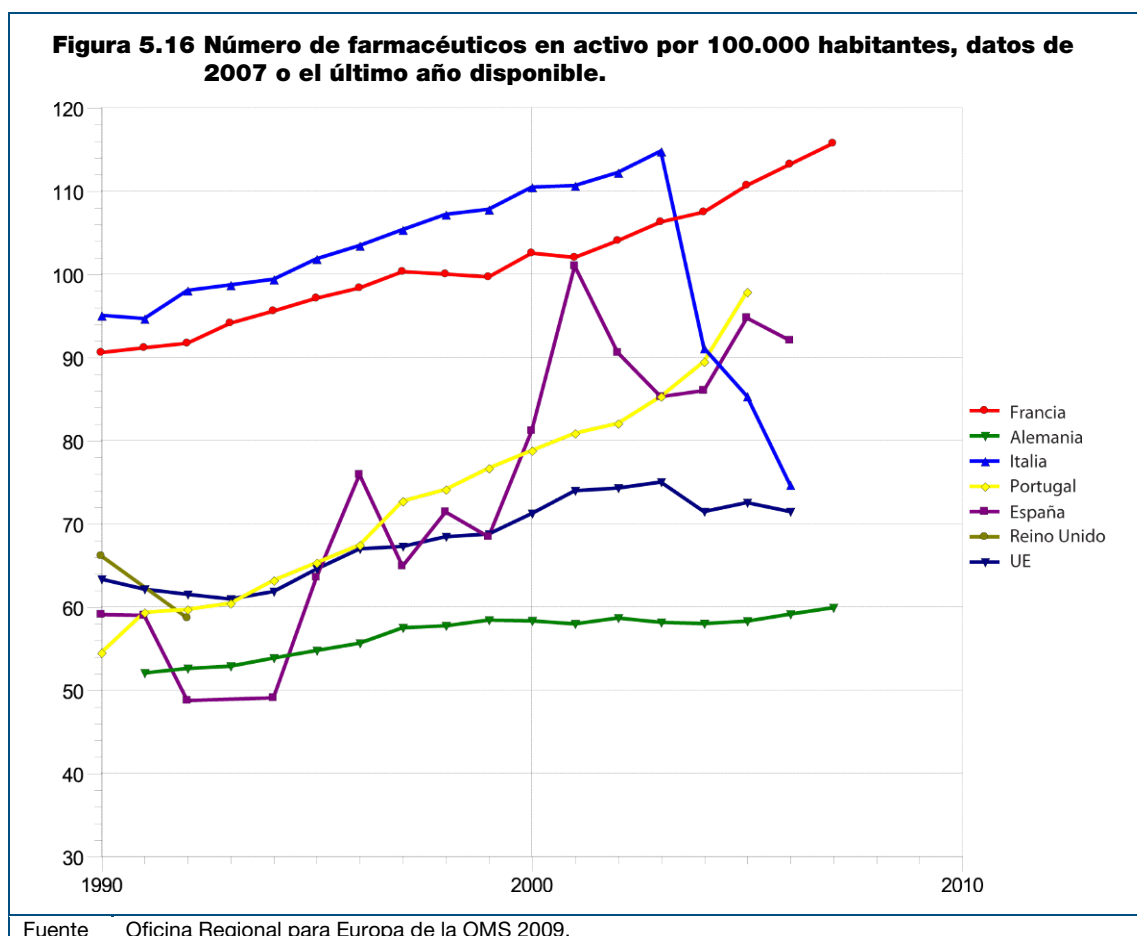
La Ley 55/2003, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, se basa en la Ley 44/2003. El artículo 40 de la Ley establece los criterios generales para la definición de la carrera profesional y encomienda a la Comisión de Recursos Humanos del SNS (que depende del CISNS) que establezca los principios y criterios generales de homologación de sistemas de desarrollo profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del SNS. El artículo 40 también prevé que las comunidades autónomas deben encargarse de la organización y realización de evaluaciones de méritos y mecanismos de acreditación, así como fomentar la negociación con los profesionales afectados en sus respectivos territorios.

El consenso general y el marco jurídico ya están consolidados. El nivel de implantación operativa varía entre los distintos sistemas de salud autonómicos, aunque la mayoría de las comunidades autónomas ya cuentan con una regulación o se encuentran en la fase de negociación con las partes interesadas locales.

Farmacéuticos

La situación de los farmacéuticos se ilustra en la [Figura 5.16](#). Los ratios superan el promedio de la UE, pero son inferiores a los de Francia y Portugal. Sin embargo, las

acusadas oscilaciones anuales que muestra la **Figura 5.16** contribuyen a subrayar la necesidad de tratar estos datos con prudencia, puesto que la única causa plausible de tan abruptos incrementos y descensos es la inestabilidad de los datos.



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 otro 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 de 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 metros². 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

² Hay modificaciones regionales de estos criterios, basadas en el carácter rural o turístico de la zona, etc.

puede ser objeto de compra-venta y existe un mercado para ellas, aunque sólo puede ser adquirida por otro farmacéutico titulado.

En la [Tabla 5.17](#) puede comprobarse que el número de oficinas de farmacia ha crecido más que la población en las últimas décadas (con un incremento de unas 200 nuevas farmacias al año y una reducción del ratio de población por farmacia del 6% durante el periodo 1990–2005).

Tabla 5.17 Evolución del número de oficinas de farmacia.												
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de farmacias	17.896	18.745	18.909	19.080	19.222	19.439	19.641	19.766	20.098	20.348	20.461	20.579
Incremento anual	245	849	164	171	142	217	202	125	332	250	113	118
Habitantes por farmacia	2.172	2.101	2.098	2.084	2.073	2.068	2.062	2.080	2.082	2.099	2.111	2.143
Fuente	Reproducido de Meneu 2008, que utiliza datos del CGCOF.											

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), el 85% de los farmacéuticos colegiados trabaja en una oficina de farmacia. De los farmacéuticos colegiados, 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 (CGCOF 2007). Sin embargo, el número medio de empleados por farmacia es relativamente bajo (Vogler, Arts y Habl 2006).

6 Provisión de servicios

6.1 Salud pública

Las competencias de salud pública (SP) se transfirieron a las 17 comunidades autónomas entre los años 1979 y 1981, mucho antes que el resto de competencias en materia de salud. Esta transferencia constituyó en cierta forma la primera piedra en la construcción de los nuevos departamentos o consejerías de salud regionales, construcción que comenzó con la unificación de las redes locales y la planificación de servicios en su territorio (véase la Sección 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de descentralización*, en la que se explica exhaustivamente este proceso). Los servicios descentralizados han sido objeto de una reordenación en todas las comunidades autónomas, aunque a distintas velocidades. Se integraron así varias inspecciones de asuntos sanitarios, anteriormente dispersas en distintos sectores (sanidad, agricultura, industria, medio ambiente, etc.) y en distintas administraciones (municipios, diputaciones provinciales, etc.).

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 MSPS, 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 de la coordinación de las redes de vigilancia de salud pública. En el ámbito de los programas dirigidos a la población, el MSPS es el máximo responsable de programas intersectoriales, como los de control y vigilancia de los determinantes medioambientales de la salud (por ejemplo, la evaluación, autorización y registro de productos químicos, la aplicación del reglamento europeo sobre agentes químicos, el REACH) y programas integrales como el plan de prevención del sida nacional y el plan nacional de salud laboral. Además, en virtud del mandato del CISNS, el MSPS se encarga de coordinar y supervisar las políticas de salud pública de las comunidades autónomas.

Los servicios de salud pública forman parte de la cartera de servicios del SNS desde que se reguló por primera vez en 1995 (véase la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia*). La cartera de servicios sanitarios comunes revisada en 2006 (Real Decreto 1030/2006) define la prestación de salud pública como el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población a través de acciones colectivas o sociales. La definición establece que las estructuras de salud pública de las administraciones y la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud son el vehículo privilegiado a través del que se prestarán los servicios integrales de salud pública. De hecho, la cartera de servicios comunes de atención primaria definida por el Real Decreto 1030/2006 incluye los programas de salud pública dirigidos al individuo (véase la Sección 6.3 *Atención primaria/especializada ambulatoria*). Por lo tanto, la mayor parte de la medicina preventiva y la 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 las enfermeras. Con frecuencia las comunidades autónomas cuentan con una red de técnicos en salud pública distribuidos

en las distintas zonas básicas de salud que conforman la estructura de gestión de los servicios autonómicos de salud (véase la Sección 4.1 *Regulación*). Estos técnicos se encargan del tratamiento de la información epidemiológica de la zona y contribuyen al seguimiento de los programas de salud pública en vigor.

La orientación adoptada a la hora de definir servicios comunes de salud pública afecta a dos tipos de servicios. Uno se refiere al diseño de políticas de salud pública como servicio a la población protegida e incluye:

- el diseño, la implantación y la evaluación de políticas de protección frente a riesgos para la salud, de prevención de enfermedades y lesiones y de promoción de la salud;
- el ejercicio de la autoridad sanitaria para verificar y garantizar el cumplimiento de la normativa aprobada en apoyo de estas políticas; y
- sistemas de información y vigilancia epidemiológica con una doble finalidad: vigilancia continuada y elaboración de informes sobre el estado de salud de la población y sobre problemas de salud emergentes, y respuesta rápida ante amenazas para la salud y epidemias detectadas, dando respuesta a alertas y emergencias de salud pública.

El segundo tipo se refiere a programas que se dirigen directamente a la población. En la cartera de servicios comunes de salud pública se establecen dos tipos de programas:

- *programas intersectoriales*: las actuaciones de salud pública sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud; ejemplos de estos programas son los de protección y promoción de la salud en el trabajo, los de salud ambiental (calidad del agua y el aire, infecciones transmitidas por animales, saneamiento), los de regulación y vigilancia de la seguridad alimentaria, los de control y vigilancia de riesgos derivados del tráfico internacional de personas y mercancías (fronteras, aeropuertos, puertos marítimos, transporte nacional e internacional); y
- *programas transversales*, agrupados en programas y actividades en las distintas etapas de la vida, programas y actuaciones sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles, lesiones y accidentes, o programas para grupos de población con necesidades especiales.

La adopción de la iniciativa de la OMS “Salud en todas las políticas” ha motivado la creación del *Centro en Red para la Evaluación de Impacto en Salud (CREIS)*, cuya finalidad es abordar las consecuencias directas e indirectas de las políticas sanitarias y de otros ámbitos en la salud de la población. Aunque resulta muy prometedora, esta iniciativa es muy reciente y está dando sus primeros pasos. No obstante, casa perfectamente con iniciativas como la “Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud” en Europa que la Presidencia española de la UE en 2010 ha decidido impulsar como elemento vital para la protección de la salud de los ciudadanos europeos. Esta evolución de la cuestión de las desigualdades en salud supone una interesante oportunidad para los servicios españoles de salud pública. España ha elaborado una serie de declaraciones políticas en las que se defiende de forma inequívoca el principio de equidad en salud. Sin embargo, más allá de las prestaciones sociales no contributivas, la incidencia de factores socioeconómicos

(ingresos, nivel educativo, género, nacionalidad) en la salud se ha abordado fundamentalmente enfatizando el acceso a la sanidad, y han sido escasas las iniciativas con poblaciones objetivo diferenciadas destinadas a identificar y abordar problemas relacionados con la equidad.

Dos iniciativas políticas recientes en los ámbitos de la coordinación nacional y los marcos políticos tienen por fin influir de forma significativa en el panorama de la salud pública en España. La primera se enmarca en el Pacto por la Sanidad de 2008 (véase la Sección 2.2 *Antecedentes históricos: el proceso de descentralización* y el Capítulo 7) y tiene por fin mejorar los sistemas de información de salud pública nacionales y armonizar los elementos fundamentales de las políticas de salud pública que son responsabilidad directa de las comunidades autónomas, como el calendario vacunal, los recursos humanos de salud pública (cualificaciones y planificación), la cartera de servicios y la normativa de salud pública. La segunda es en cierto modo consecuencia natural del camino a seguir marcado por el Pacto y consiste en la elaboración de una Ley de Salud Pública¹, que se debatirá en el Parlamento antes del final de 2010. El contenido de la Ley de Salud Pública se está negociando con todas las partes interesadas, incluidos los agentes sociales, sociedades científicas, las distintas administraciones, las universidades y la industria. El objetivo es actualizar el concepto de servicios de salud pública en consonancia con el enfoque de “Salud en todas las políticas” y, a tal fin, clarificar la distribución de funciones entre las distintas administraciones, definir una estrategia nacional de salud pública y crear los órganos y sistemas de información necesarios para llevarla a la práctica (véase el Capítulo 7).

El marco general descrito se materializa en varios programas básicos, que merecen una explicación más detallada.

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, donde se mantiene un registro de casos de enfermedades bajo vigilancia. La aplicación de las normas en este ámbito conlleva, entre otras medidas, la elaboración de guías para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades infecciosas y la creación de una red nacional de laboratorios epidemiológicos vinculados a instituciones internacionales del mismo carácter. Se ha creado también una red telemática (PISTA) con el fin de facilitar la transmisión de información epidemiológica entre las distintas autoridades sanitarias. Asimismo, la Escuela Nacional de Salud Pública y el Centro Nacional de Epidemiología proporcionan formación específica de epidemiología de campo.

¹ Conviene destacar que varias comunidades autónomas han aprobado ya sus propias leyes autonómicas de salud pública, en las que definen las carteras de servicios de salud pública y actualizan los recursos humanos y las estructuras. Dos ejemplos serían las leyes aprobadas por Cataluña y Andalucía en 2009.

Plan Nacional sobre el Sida

La administración central y las comunidades autónomas comparten la responsabilidad en el ámbito del sida y el 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. Cuenta con el apoyo de una estructura específica cuyo mandato es el de vigilar la situación epidemiológica y evaluar programas: la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. Desde su creación en 1993, la Comisión ha estimulado el desarrollo de organismos intersectoriales en el ámbito autonómico. La propia Comisión, que está adscrita al MSPS, reúne a representantes del Instituto de Salud Carlos III (vigilancia e investigación epidemiológica), el Ministerio de Defensa (ejército), el Ministerio de Educación (educación sexual en colegios y centros educativos), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (investigación), el Ministerio del Interior (centros penitenciarios), el Ministerio de Trabajo, las 17 comunidades autónomas y ciudades autónomas, autoridades locales, organizaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales (ONG) relacionadas con el sida. La Secretaría de esta Comisión gestiona las relaciones con los organismos internacionales que trabajan en el ámbito del sida. Las áreas de actividad de la Comisión incluyen la epidemiología, la prevención, la asistencia y la investigación.

Además, la Comisión Nacional cuenta con un Consejo Asesor Clínico, compuesto por profesionales de reconocido prestigio en los campos de la investigación, la asistencia y la salud pública del sida, expertos en Derecho médico y en Bioética y una representación del movimiento ciudadano. Tiene el objetivo de coordinar y supervisar las acciones que se emprendan desde el Plan Nacional sobre el Sida.

En lo que respecta a la investigación en este campo, el Ministerio cuenta con la colaboración de dos entidades: la Fundación para la Prevención e Investigación del Sida en España (FIPSE), que se creó para aunar esfuerzos públicos (MSPS) y privados (industria farmacéutica) en la lucha contra el sida, mediante el desarrollo de fármacos antirretrovirales y la promoción de la creación de redes de investigación multidisciplinar sobre sida en todo el país. El otro organismo es un grupo de trabajo, el Grupo de Estudio de Sida (GESIDA), integrado por profesionales sanitarios socios de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Este grupo se centra principalmente en promover, fomentar y divulgar el estudio de la investigación de la infección por el VIH y sus complicaciones.

Existe una red de vigilancia epidemiológica específica del sida y un registro nacional de casos, que publica un informe semestral sobre una serie de indicadores, como la incidencia, la prevalencia, la mortalidad y las vías de transmisión. Además, el Plan ha establecido un conjunto de indicadores de seguimiento (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida 2003), divididos en indicadores clave (los que acabamos de mencionar, junto con la utilización de los servicios sanitarios y el gasto) e indicadores específicos para evaluar las áreas de programación, que abarcan las acciones dirigidas a la población general, los jóvenes, los usuarios de drogas por vía parenteral, los presos, los hombres con prácticas homosexuales, las personas que ejercen la prostitución, las mujeres, los inmigrantes, la prevención de la transmisión vertical, la promoción de la prueba del VIH, la asistencia y la investigación. En la [Tabla 6.1](#) se recogen datos recientes de incidencia

del sida por comunidad autónoma. En términos generales, la reducción de la tasa de casos diagnosticados es muy notable, ya que la tasa de 2008 es la mitad de la de 2006. En términos absolutos, el número de casos diagnosticados ha caído de aproximadamente 48.000 casos en 2006 a unos 870 en 2008. Madrid y el País Vasco fueron las comunidades autónomas con las tasas de diagnóstico más elevadas en 2006. En 2008 las cifras de ambas comunidades se redujeron a menos de la mitad.

Tabla 6.1 Casos de sida por millón de habitantes y año de diagnóstico, años 2006-2008.

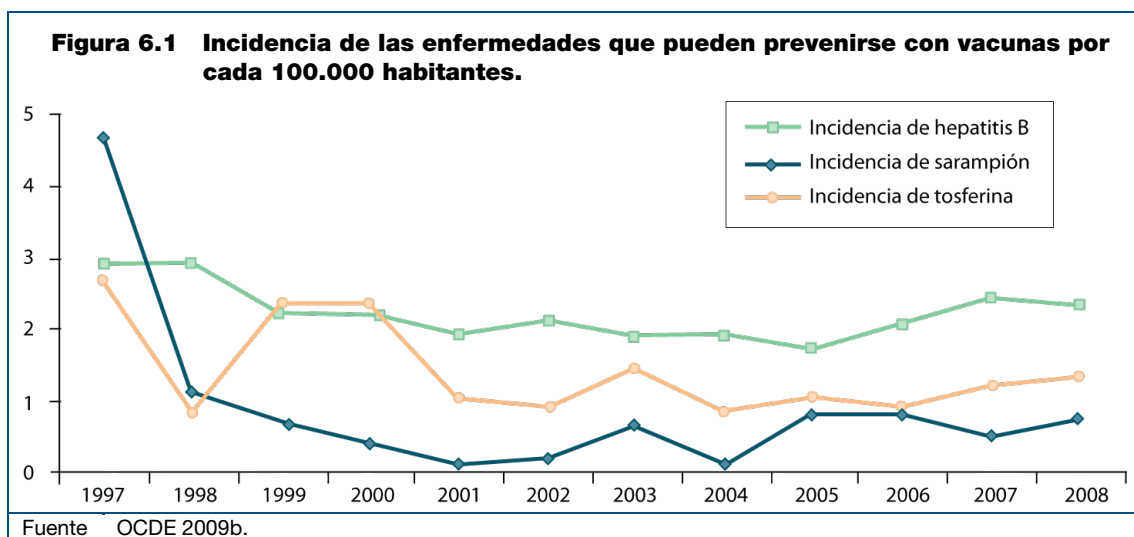
	Población 2008	Casos 2006	Casos 2007	Casos 2008
Andalucía	8.202.220	34,5	26,7	18,3
Aragón	1.326.918	28,7	31,0	25,4
Asturias	1.080.138	22,7	19,0	6,7
Baleares	1.072.844	61,5	54,4	35,2
Canarias	2.075.968	24,0	18,7	13,5
Cantabria	582.138	14,4	16,1	3,6
Castilla-La Mancha	2.557.330	30,4	29,3	8,1
Castilla y León	2.043.100	15,9	11,0	11,4
Cataluña	7.364.078	37,8	37,1	11,1
Comunidad Valenciana	5.029.601	27,4	25,0	20,1
Extremadura	1.097.744	19,6	7,4	3,7
Galicia	2.784.169	35,8	35,0	18,8
Madrid	6.271.638	62,4	50,0	24,8
Murcia	1.426.109	37,4	43,5	34,3
Navarra	620.377	27,1	26,9	26,7
País Vasco	2.157.112	57,9	35,6	25,6
La Rioja	317.501	43,3	29,7	26,2
Ceuta	77.389	42,0	28,0	28,1
Melilla	71.448	44,9	-	-
TOTAL	46.157.822	37,6	32,2	18,9
Fuente	Modificado de MSPS 2010c. Datos originales: Registro Nacional de Sida, cifras de casos actualizadas en diciembre de 2008.			

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 CISNS. Hace algunos años se produjo cierta controversia sobre la vacuna del meningococo C, avivada por la mala gestión de un pequeño brote de meningitis en niños que causó una alarma social injustificada. Una de las lecciones aprendidas de esta situación fue que la falta de coherencia de las acciones y mensajes de las distintas comunidades autónomas confundió de forma innecesaria a los ciudadanos, lo que desde luego pasó factura al sistema. La reciente crisis de la gripe A ha puesto a prueba tanto la coordinación en el sistema como la capacidad de todas las autoridades sanitarias para transmitir mensajes claros y armonizados al público. La rapidez con la que se alcanzó un consenso sobre el tratamiento de la crisis ha sido ejemplar, ya que todas las administraciones sanitarias autonómicas establecieron los mismos grupos de población para la vacunación y movilizaron, dentro de sus respectivos territorios, los recursos necesarios para la realización de campañas de información, de la vacunación y la planificación de la posible llegada masiva de pacientes y casos sospechosos a los servicios sanitarios. Conviene destacar que, gracias a la anterior experiencia con las alertas de gripe aviar, se disponía de herramientas de coordinación maduras, como el Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el

seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe y la actualización del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe.

Los programas de vacunación han logrado un éxito rotundo en España, con elevados niveles de cobertura y un descenso de las tasas de prevalencia de enfermedades vacunables (Figura 6.1 y Tabla 6.2; véase también el epígrafe *Salud dental y vacunación* de la Sección 1.4 *Estado de salud*, en el que se ofrecen cifras pertinentes sobre los niveles de vacunación). No se han registrado casos de difteria desde 1987, ni de poliomielitis desde 1988. Esto último refleja los significativos esfuerzos realizados en el marco del Plan de erradicación de la poliomielitis, puesto en marcha en 1996 siguiendo las recomendaciones de la OMS². Los niveles de inmunización de las principales enfermedades infantiles para las que existen vacunas se acercan en todos los casos al 100% y la incidencia de estas enfermedades es de aproximadamente un caso por cada 100.000 habitantes en cifras de 2008 (sólo la parotiditis se acerca a ocho casos por 100.000 habitantes). La incidencia del sarampión ha caído desde 55,6 casos por cada 100.000 habitantes en 1995 hasta 0,7 en 2008. La hepatitis B es un caso ligeramente distinto, ya que en 1996 se introdujo en el calendario vacunal para los adolescentes, mientras que en el caso de los neonatos no se incluyó hasta 2003; los datos de vacunación infantil contra esta enfermedad están disponibles desde 2004 y la cobertura se aproxima al 100%. Las tasas de incidencia se han estabilizado entre dos y tres casos por cada 100.000 habitantes. En España, las vías de transmisión más frecuentes son el uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. La transmisión por el uso de productos sanguíneos contaminados o a través de los profesionales sanitarios ha experimentado una fuerte reducción gracias a la implantación de protocolos de higiene y estrategias de seguridad de las transfusiones y a la vacunación del personal sanitario.



² La vacunación sistemática contra la poliomielitis en España comenzó en 1963 y tuvo efectos inmediatos en la tasa de incidencia. Tras un moderado rebrote consecuencia de una reducción temporal de los porcentajes de vacunación, desde 1976 prácticamente no se han producido casos. El último caso se registró en 1988. En 2002, la OMS certificó la erradicación oficial de la poliomielitis en España.

Tabla 6.2 Enfermedades que pueden prevenirse con vacunas, casos notificados y tasas por 100.000 habitantes, años 2006–2008.

	Casos notificados			Tasas por 100.000 habitantes		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Difteria	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Parotiditis	6.885	10.343	3.845	17,4	23,4	8,6
Poliomielitis	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Rubéola	89	60	63	0,2	0,1	0,1
Sarampión	334	241	308	0,8	0,5	0,7
Tétanos	21	12	15	0,1	0,0	0,0
Tos ferina	383	554	663	1,0	1,3	1,5

Fuente Reproducido de MSPS 2010c. Datos originales: Registro nacional de enfermedades de declaración obligatoria.

Educación sanitaria y otros programas de salud

El Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud del CISNS, de carácter permanente, ha trabajado de forma bastante activa para elaborar documentos de consenso destinados a la mejora de las estrategias en este ámbito, con recomendaciones para las administraciones autonómicas de salud pública. Las comunidades autónomas organizan y ponen en práctica la mayor parte de los programas de promoción de la salud y prevención, con frecuencia aplicando estas recomendaciones y prioridades nacionales, aunque también estableciendo sus propios programas en función de necesidades o prioridades específicas de la región.

Mediante estas estrategias se abordan riesgos relacionados con el estilo de vida, como el consumo de alcohol y drogas, así como las consecuencias derivadas de dicho consumo en términos de conductas de riesgo, como la conducción bajo los efectos del alcohol o las drogas, las conductas sexuales no seguras, los accidentes y las lesiones. El tabaco tiene, como es lógico, un lugar prioritario en estas estrategias educativas. El sexo sin protección y las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, también son temas destacados. Además del énfasis clásico en los factores de riesgo, proliferan cada vez más estrategias centradas en la promoción de un estilo de vida saludable que mejore la salud: la actividad física, la nutrición, la buena salud mental y una vida sexual positiva. A menudo las estrategias se conciben como un paquete integral que se adapta a un grupo de población concreto para abordar todas las cuestiones relevantes desde el punto de vista de ese grupo. Los jóvenes y los adolescentes, las personas mayores y las mujeres son grupos obvios a los que se suelen dirigir este tipo de estrategias. Un buen ejemplo es la estrategia “*Ganar salud con la juventud*”, que surgió del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud del CISNS y ha sido adoptada por las comunidades autónomas. Este documento se centra en la educación en salud de los jóvenes y abarca aspectos como el consumo de alcohol, la salud mental y la salud sexual y reproductiva de este grupo de población (MSPS 2002). Además, existe un acuerdo con el Ministerio de Educación que ha permitido introducir la educación en salud en los planes de estudios de los colegios. En las administraciones autonómicas también se ha llegado a un acuerdo similar. La mayoría de las comunidades autónomas se centran en la educación en salud para niños y adolescentes, promoviendo estilos de vida saludables en centros de enseñanza primaria (alimentación saludable y salud dental) y centros de enseñanza secundaria (educación afectiva y sexual, y consumo de drogas, alcohol y tabaco).

La Dirección General de Salud Pública del MSPS es responsable de la puesta en marcha de campañas nacionales de información sobre problemas concretos como el consumo de drogas y alcohol, las enfermedades de transmisión sexual y el consumo de tabaco. España ha experimentado considerables avances en la regulación del consumo del tabaco y el alcohol, mediante disposiciones legislativas centradas en la regulación de la venta minorista, del consumo y de la publicidad en todo el territorio nacional. La Ley del tabaco de 2005 prohibió fumar en todos los lugares públicos y centros de trabajo, con la única excepción de locales de ocio como bares, cafeterías, restaurantes y discotecas, negocios a los que se permitió – tras una dura negociación – optar por ser locales libres de humo o no, circunstancia que deben anunciar debidamente a la entrada. Sin embargo, los negocios que superan determinadas dimensiones están obligados en todos los casos a preservar una zona libre de humo mediante la instalación de sistemas de purificación del aire en las zonas de fumadores. No obstante, es de justicia decir que estas soluciones híbridas presentan un elevado nivel de fracaso en cuanto al aislamiento real de los espacios, pese a las inversiones que la ley obligó a realizar a los propietarios de los locales. Las comunidades autónomas han aprobado con posterioridad legislación autonómica que desarrolla la regulación de la venta minorista, el consumo y la publicidad del tabaco en sus territorios.

Pese a estas deficiencias, parece que estas medidas sí han tenido ciertas repercusiones en el consumo de tabaco. Al comparar los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud, actualizada por última vez en 2006 (tras casi dos años de vigencia de la Ley del tabaco), con los datos de 2001, se puede apreciar que las cifras de personas que se declaran fumadores diarios se han reducido para ambos sexos (Tabla 6.3). Sin embargo, aunque en el caso de las mujeres parece que la disminución se da principalmente en las mujeres jóvenes, que compensan el incremento del número de fumadoras en el grupo de edad de más de 44 años, en el caso de los hombres se ha producido una reducción en todos los grupos de edad. Además, el porcentaje de ex fumadores ha aumentado para ambos sexos, sobre todo en el caso de los mayores de 44 años.

Tabla 6.3 Fumadores, distribución porcentual entre la población de 16 y más años, años 2001 y 2006/2007.

Fumador diario	Mujeres		Hombres	
	2001	2006/2007	2001	2006/2007
65 y más años	1,8	2,7	17,2	14,2
45-64 años	16,1	20,9	39,8	34,3
25-44 años	39,9	30,4	49,8	38,8
16-24 años	36,8	28,9	36,4	25,0
TOTAL	24,6	21,5	39,1	31,5
Ex fumador				
65 y más años	3,0	4,5	53,3	54,3
45-64 años	8,6	15,3	31,0	39,0
25-44 años	15,2	18,7	16,2	17,2
16-24 años	6,4	6,7	4,5	5,3
TOTAL	9,4	13,2	24,7	28,1

Fuente Reproducido de MSPS 2010c; datos originales: ENSE 2006.

El Ministerio del Interior ha desarrollado también una amplia labor en el ámbito de la seguridad vial, mediante campañas de sensibilización centradas especialmente en la conducción bajo los efectos del alcohol. Según los datos estadísticos publicados por la Dirección General de Tráfico (2009), la cifra total de fallecimientos por accidente de tráfico se ha reducido de los 5.400 registrados en 2003 a los 3.100 de 2008 (cifras

consolidadas más recientes). Los heridos graves también han disminuido, pasando de 26.000 en 2003 a 16.488 en 2008. En términos porcentuales, durante los seis años observados se ha producido una caída del 42,6% de la mortalidad y del 36,6% en el caso de los heridos graves.

En el marco de la estrategia de la OMS sobre alimentación saludable y actividad física, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia España de Seguridad Alimentaria y Nutrición, puso en marcha en 2005 la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Los objetivos de esta estrategia incluyen mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención de la obesidad en la etapa infantil. Participan en esta estrategia varios ministerios y una amplia variedad de actores, incluida la industria alimentaria. En el marco de la misma se han elaborado varias guías de promoción de hábitos alimentarios saludables y de la actividad física y se han puesto en marcha medidas educativas, dirigidas a distintos ámbitos, como los comedores escolares y los lugares de trabajo en el caso de las medidas de prevención de la obesidad. También se abordan de forma específica los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia, haciendo especial énfasis en desmontar estereotipos de moda sobre la delgadez. El Ministerio ha llegado a un acuerdo con las principales empresas españolas organizadoras de desfiles de moda para establecer un índice de masa corporal mínimo para las modelos contratadas. Varias cadenas textiles muy populares en España han acordado voluntariamente cambiar el tallaje de las prendas para ofrecer tallas más “reales”.

Estos programas de hábitos alimentarios y actividad física constituyen también una parte esencial de las estrategias de prevención de los riesgos cardiovasculares y del cáncer colorrectal en la población adulta.

En esta misma línea, muchas comunidades autónomas han optado por dirigir sus estrategias sobre trastornos alimentarios y prevención de la obesidad a la población general. Sin embargo, también abundan programas destinados a niños y adolescentes, fundamentalmente en el marco de la atención primaria (véase la Sección 6.3 *Atención primaria/especializada ambulatoria*).

En el caso del cribado de cáncer, históricamente se ha llevado a cabo en el ámbito autonómico, ya que todas las comunidades autónomas han puesto en marcha programas regionales en distintos momentos, sobre todo en el caso del cribado del cáncer de mama (además de pruebas realizadas con carácter oportunista). Algunas comunidades autónomas ya han alcanzado una cobertura del 100% de la población objetivo. En muchos casos, estos programas están integrados en el plan oncológico autonómico o en programas de salud específicos de la mujer.

La implantación de la Estrategia en Cáncer del SNS, que se deriva del Plan de Calidad del SNS, hace especial hincapié en la armonización de estándares y criterios de conformidad con las guías europeas con recomendaciones de calidad para los programas de cribado para la detección del cáncer de mama y del cáncer de cuello de útero.

Los programas de detección temprana del cáncer de cuello de útero están consolidados en cierta medida en varias regiones y utilizan sobre todo el test de Papanicolau. Sin embargo, en la mayoría de los casos se trata de cribados oportunistas que suelen realizarse en el ámbito de la atención primaria. Algunas comunidades autónomas han introducido recientemente nuevas técnicas de cribado, como la citología en fase líquida y la detección del virus del papiloma humano. Los primeros programas de cribado del cáncer de mama se pusieron en marcha a principios de los años 90 en Navarra y Asturias. El resto de las comunidades autónomas siguieron su ejemplo y, para

1999, todas ellas habían elaborado ya su programa regional. La cobertura de la población objetivo ha mejorado de forma espectacular, alcanzando prácticamente el 100% en 2007 (con las excepciones de las Islas Baleares, con el 91% y la ciudad de Ceuta, con el 48%; véase Programas de cáncer de mama 2007).

Salud laboral

Históricamente el campo de la salud laboral ha estado insuficientemente desarrollado, aunque en los últimos años se han producido ciertos avances. 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 organiza en cada empresa, ya sea mediante la creación de un servicio de prevención propio o mediante su externalización a empresas homologadas. Las principales instituciones de salud laboral en España son la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. La falta de personal ha sido un problema durante años y las cifras relativamente elevadas de accidentes de trabajo han sido motivo de preocupación para los sindicatos. Trabajar en pequeñas empresas, la reducida cualificación de los trabajadores y los contratos temporales se han considerado los principales factores de riesgo.

En la Ley General de Sanidad y en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se encomienda a las autoridades sanitarias la función de coordinación de la definición de planes de salud laboral en los órganos de representación y diálogo social y en los comités intersectoriales. Como ocurre con muchas otras políticas, es importante fomentar el consenso entre las autoridades autonómicas para poner en práctica acciones de prevención de riesgos laborales y salud laboral. Se trata de una función de carácter predominantemente consultivo, sin que exista una responsabilidad real, ya que la responsabilidad última reside en las autoridades laborales.

El punto de partida de la normativa en este ámbito fue la Directiva Marco 89/391/CEE, que se traspuso a la legislación española mediante la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales. Desde 1996 existe un Grupo de Trabajo de Salud Laboral en el seno de la Comisión de Salud Pública del CISNS. El trabajo de este Grupo de Trabajo se estructura en torno a tres líneas de actuación:

- Servicios de prevención. Sus objetivos son los siguientes:
 - definir las actividades de carácter sanitario a desarrollar en las empresas por los servicios de prevención que establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales;
 - elaborar criterios para la evaluación, control y, en su caso, aprobación de las actuaciones de carácter sanitario que realicen los servicios de prevención;
 - elaborar guías y protocolos de vigilancia sanitaria específica de los riesgos laborales, con la finalidad de prestar asistencia técnica a los miembros de los servicios de prevención.
- Sistemas de información. Estos sistemas se centran en:
 - identificar los registros de recogida sistemática y periódica de información que permitan incrementar el conocimiento sobre los riesgos y daños de origen laboral;

- definir la información mínima que los servicios de prevención deben remitir a las autoridades sanitarias.

En la actualidad se está en la fase de desarrollo del software informático del Sistema de Información Sanitaria sobre Salud Laboral (SISAL) para realizar la experiencia piloto de recogida del conjunto mínimo de datos.

- Formación. El objetivo es supervisar y definir la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario, tanto el que forma parte de los servicios de prevención, como el del propio SNS, tanto la formación inicial como la formación continuada.

Desde la aprobación del Reglamento de los Servicios de Prevención (Real Decreto 39/1997), España cuenta con un sistema de provisión fundamentalmente doble, compuesto por los servicios de prevención de las empresas y servicios de prevención externos. Las empresas que no tienen un servicio de prevención interno suelen contratar un servicio de prevención externo prestado por una mutua de seguros, que también se hace cargo de la compensación en caso de accidentes y enfermedades laborales (véase el epígrafe *El papel de las compañías de seguros* en la Sección 2.3). Como consecuencia, se produce una externalización a gran escala de los servicios preventivos, que a su vez tiene con frecuencia la consecuencia de que la prevención se vea como un producto y como una actividad separada de la empresa, como si no fuera necesaria ni la participación ni el compromiso del empleador. A menudo la participación de los trabajadores es reducida y la prevención se reduce a una formalidad, que no detecta factores de riesgo emergentes.

6.2 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 familia actúan como puerta de entrada del SNS, puesto que son el primer punto de contacto con el sistema, a excepción de las urgencias (el itinerario de las urgencias se describe más adelante).

Cuando aparecen síntomas, los pacientes acuden a la consulta del médico de familia que se les ha asignado³. 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 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. Los médicos de familia españoles tienen formación y están preparados para tratar una amplia variedad de patologías, por lo que la mayoría de los procesos de los pacientes se resuelven en este nivel asistencial. Cuando no es así y es necesario remitir al paciente a la atención especializada, se le proporciona una cita con el especialista correspondiente, que normalmente le atenderá en el ambulatorio (centro de especialidades) de su área de salud. Basándose en el informe del médico de familia y en su valoración clínica, el

³ Dentro de los límites marcados por la capacidad disponible, los pacientes pueden elegir médico, normalmente en función del horario de consulta que más les conviene y, en ocasiones, basándose en referencias positivas o negativas sobre el médico de sus conocidos.

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 el paciente.

Si el tratamiento por el que opta el médico precisa una estancia hospitalaria, el paciente ingresa en el servicio hospitalario correspondiente, aunque el momento del ingreso depende del tiempo de espera del procedimiento. 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. Los médicos están facultados para dar prioridad al paciente en función de su criterio clínico, a fin de acelerar el proceso. Normalmente, cuando el paciente recibe el alta hospitalaria, se le cita para una consulta de seguimiento en los servicios especializados ambulatorios del hospital o del centro de especialidades del área (que suelen estar atendidos por el mismo personal).

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. Si la patología del paciente se considera crónica en algún momento de las etapas descritas, o cuando recibe el alta de atención especializada, el médico de familia solicita la intervención de la enfermera de atención primaria para su apoyo y seguimiento continuo coordinado y, dependiendo de la situación social del paciente, la valoración de los servicios sociales. Si es necesario, se puede remitir a los pacientes a servicios de rehabilitación, ya sea de especialistas o de centros de atención primaria.

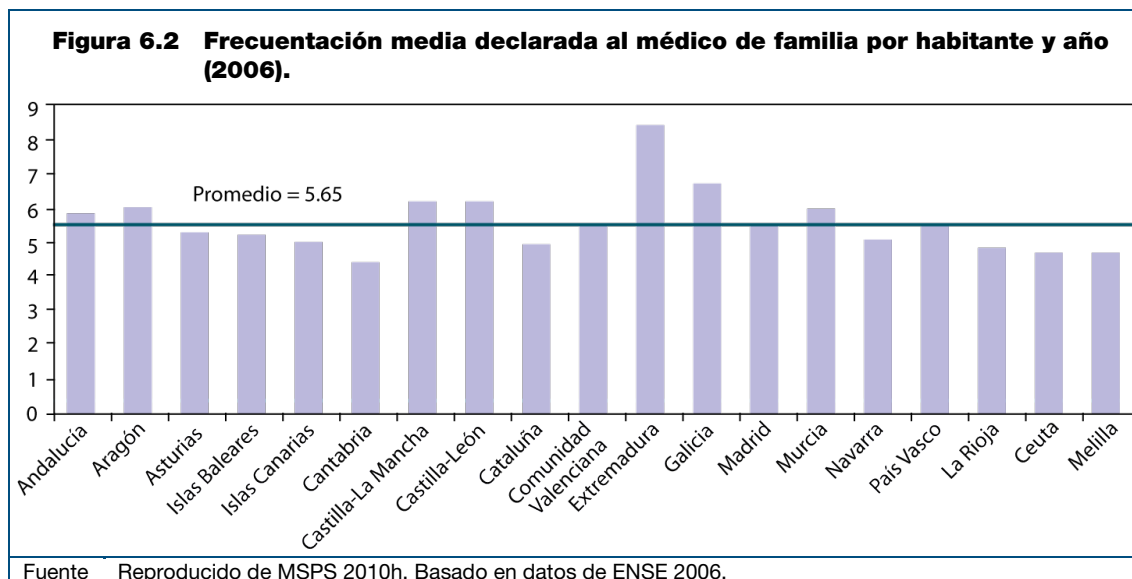
Aparte de este itinerario normal, los pacientes pueden acudir libremente a dos sistemas de urgencias: los centros de atención primaria con atención de urgencias 24 horas (normalmente hay como mínimo uno en cada área de salud) y las unidades de urgencias de los hospitales. Además, si el estado del paciente no le permite acudir al centro médico, puede solicitar una consulta domiciliaria del servicio de atención primaria o llamar al centro de coordinación de urgencias sanitarias para pedir un equipo móvil de urgencias. Se recomienda a los pacientes que utilicen los servicios de urgencias de atención primaria, y no las urgencias hospitalarias, cuando se trata de problemas que no suponen un riesgo para la vida. Los tiempos de espera son más breves y normalmente el personal está equipado para tratar los problemas urgentes más habituales. Si finalmente resulta necesario, los pacientes remitidos a las urgencias hospitalarias por los servicios de atención primaria tienen prioridad en la oficina de admisión de urgencias.

6.3 Atención primaria/especializada ambulatoria

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 multidisciplinares y presta servicios sanitarios personales y de salud pública. Concentra la mayor parte de la actividad del sistema en atención sanitaria, mantenimiento de la salud, recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social.

Según los últimos datos disponibles (ENSE 2006), la frecuentación media nacional (personas que declaran haber consultado con un médico de familia o pediatra en un año)

ascendió a 5,65 consultas por habitante, mientras que las cifras de frecuentación de las comunidades autónomas oscilaron entre 4,41 y 8,32 (Figura 6.2).



La Tabla 6.4 muestra el número real de consultas registradas en los informes de actividad del SNS. El número de consultas registradas con los médicos de familia se corresponde bastante bien con las cifras declaradas por la población. El número de consultas con pediatras es muy similar al de consultas con médicos de familia y las cifras de consultas con enfermeras representan aproximadamente la mitad de las consultas con médicos. Esto se debe al papel desempeñado por los profesionales de la enfermería en el equipo de atención primaria, en el que se centran en la atención a pacientes crónicos, así como en tareas educativas y de prevención para todo tipo de pacientes. Así, un elevado porcentaje de la actividad de atención a agudos tiene lugar en las consultas médicas, aunque las enfermeras pueden intervenir en la realización de curas y pequeñas intervenciones quirúrgicas (véase más abajo la descripción de la cartera de servicios de atención primaria).

Tabla 6.4 Actividad asistencial de atención primaria: consultas médicas, urgencias y tasa de frecuentación por habitante, años 2007-2008.

	2007	2008
Actividad total durante el horario ordinario	390.285.231	406.132.862
<i>Medicina</i>		
Total	266.547.209	273.557.142
Medicina de familia	232.380.253	238.575.309
Pediatria	34.166.956	34.981.833
<i>Enfermería</i>	123.738.022	132.575.720
<i>Atención de urgencia fuera del horario ordinario</i>	29.590.478	30.002.020
Frecuentación general (a)	8,6	8,9
<i>Medicina</i>		
Total	5,9	6,0
Medicina de familia	5,9	6,1
Pediatria	5,4	5,5
<i>Enfermería</i>	2,7	2,9
<i>Atención de urgencia fuera del horario ordinario</i>	0,7	0,7
Observaciones	(a) número de consultas registradas por habitante en el SNS.	
Fuente	MSPS 2010c. Datos estimados del SIAP.	

Pese a que las comparaciones internacionales utilizan datos de 2003 ([Figura 6.3](#)) e incluyen las consultas de atención especializada ambulatoria además de las de atención primaria, parece evidente que la tasa de frecuentación por habitante española se encuentra entre las más elevadas en el contexto europeo. Los datos mostrados en la [Tabla 6.4](#) muestran una tendencia alcista de esta tasa en los últimos años, que podría sumarse a las consultas externas en centros especializados para obtener la cifra real (véase la [Tabla 6.5](#)).

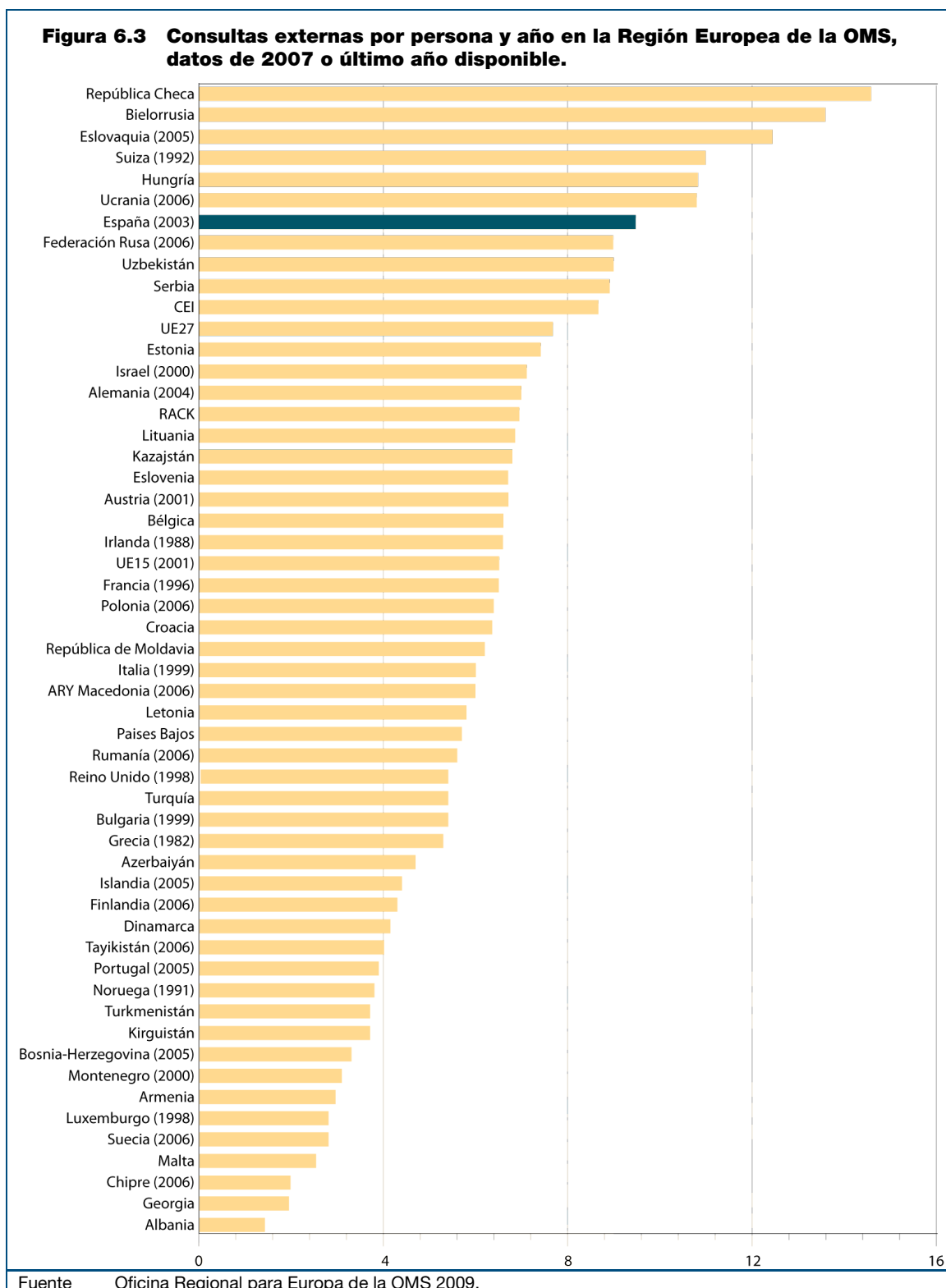
Los servicios de atención primaria en todas las comunidades autónomas se definen en el marco de la cartera de servicios comunes del SNS e incluyen ocho áreas principales que se enumeran a continuación.

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 aquellas actividades educativas y de prevención que realizan los distintos profesionales de atención primaria. Los menores de 15 años son atendidos por los pediatras y las enfermeras pediátricas que forman parte del equipo. La atención a los procesos más prevalentes, ya sean agudos o crónicos, se presta siguiendo protocolos bien definidos, con frecuencia mediante programas establecidos en función de las necesidades de salud de la población. Estos protocolos (que se describen más adelante) se utilizan para organizar la intervención de los distintos profesionales. Normalmente también tienen cierta incidencia en la definición de los objetivos y las medidas de evaluación para el contrato programa (véase la Sección 4.1 *Regulación*).

La actividad asistencial se presta tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente cuando su patología le impide acudir al centro (véase la Sección 6.2 *Itinerarios del paciente*); en ambos casos existen las tres modalidades que se indican a continuación.

- Consulta a demanda por iniciativa del paciente (se puede obtener directamente una cita para una consulta con el médico de familia, el pediatra o la enfermera); el personal administrativo del centro de salud correspondiente se encarga de gestionar las agendas de médicos y enfermeras para este tipo de cita, mediante la asignación de franjas horarias.
- Consulta programada con el médico, pediatra o enfermera. La finalidad de estas consultas puede ser completar una historia clínica exhaustiva tras un primer contacto con el sistema. El objetivo es elaborar la historia clínica familiar del paciente, en la que se incluirá toda la información a partir de esa fecha. Las consultas programadas pueden servir también para el seguimiento y la monitorización de procesos con arreglo a protocolos asistenciales específicos (véase más adelante la información sobre los programas de educación y prevención y de pacientes crónicos).
- Consulta urgente. Todos los centros de salud principales tienen un servicio de urgencias de 8.00 a 21.00 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.



El planteamiento general adoptado conlleva la atención familiar, considerando el contexto familiar a la hora de tratar al paciente individual. Para ello deben identificarse

la estructura familiar (incluso vinculando historias individuales), la etapa del ciclo vital familiar, acontecimientos vitales estresantes y sistemas de interacción en la familia, así como detectar disfunciones que pueden afectar al proceso del paciente. El papel de la enfermera es especialmente relevante en esta dimensión asistencial, aunque no es el único profesional implicado. También se puede solicitar en cualquier momento la intervención de los profesionales de trabajo social y/o salud mental del equipo de atención primaria.

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.

- El programa de atención a la infancia incluye el programa del recién nacido y el niño sanos, la prevención de la muerte súbita infantil, la prevención de accidentes infantiles, la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres, y la detección de problemas de salud con presentación de inicio en estas edades, como metabolopatías, hipoacusia, luxación congénita de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad. También incluye el seguimiento de los niños con discapacidades físicas y psíquicas, y la detección y seguimiento del niño con patologías crónicas.
- El programa de atención a la adolescencia se centra en la anamnesis y consejos sobre hábitos que comporten riesgos para la salud (como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes), la valoración y consejos en relación a la conducta alimentaria y la imagen corporal, la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad y la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- El programa de atención a la mujer se centra en la prevención del cáncer, la atención a la maternidad y la menopausia. Comprende por tanto la detección de grupos de riesgo y el diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama; la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos, así como sobre la interrupción voluntaria del embarazo; la atención al embarazo normal y al puerperio; la educación en salud y la detección temprana de complicaciones, así como la educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de la incontinencia urinaria y la preparación al parto; y la prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.
- El programa de atención al adulto comprende la valoración del estado de salud, los consejos sobre estilos de vida saludable y la detección de problemas de salud o factores de riesgo. El programa funciona como un sistema de cribado para la detección temprana de pacientes con procesos crónicos que deben remitirse a un protocolo específico.
- La atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes:
 - diabetes mellitus, incluyendo el suministro del material necesario para el control de su enfermedad
 - enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma bronquial
 - hipercolesterolemia

- hipertensión arterial
- insuficiencia cardiaca crónica
- obesidad
- problemas osteoarticulares crónicos o dolor crónico musculoesquelético
- Atención a personas con VIH y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejorar su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, que comprende:
 - valoración integral de las necesidades del paciente para el establecimiento de un plan de cuidados médicos y de enfermería, así como la coordinación con los servicios sociales
 - acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente
 - información y asesoramiento al cuidador principal y a otras personas vinculadas al paciente
- La atención a personas con conductas de riesgo comprende:
 - atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco
 - detección de consumidores excesivos de alcohol, asesoramiento y oferta de asistencia para el abandono del alcohol
 - detección de otras conductas adictivas, asesoramiento y oferta de apoyo sanitario especializado para el abandono de la dependencia
 - detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes y otros
- La atención a las personas mayores comprende actividades de promoción y prevención dirigidas a este grupo de edad, el seguimiento de pacientes polimedicados y con pluripatología y la detección y seguimiento de los ancianos en situación de riesgo social. Existen programas asistenciales específicos para estas personas, que incluyen la valoración de la discapacidad y el análisis de la red familiar y social, para elaborar un plan integrado de cuidados sanitarios que se coordina con la atención especializada y los servicios sociales y que con frecuencia se prestan en el domicilio del paciente. El apoyo y la formación de los cuidadores principales es un factor de gran importancia en estos planes.
- Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad. En los últimos tiempos se han realizado grandes esfuerzos para concienciar y formar a los profesionales que se enfrentan con estos problemas. La inclusión de este programa en la cartera de servicios comunes da fe de la seriedad de estos esfuerzos. Se han puesto en marcha protocolos para la detección temprana y el seguimiento, de coordinación con las autoridades competentes y de coordinación con los servicios sociales.

Prevención

Además de las actividades de promoción de la salud y prevención descritas en el apartado anterior como parte de programas asistenciales dirigidos a grupos concretos, 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. Estos servicios incluyen también la profilaxis antibiótica para personas que han tenido contacto con pacientes con enfermedades infecciosas.

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. Estos servicios incluyen:

- la prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos
- tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos
- la recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves
- tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos
- fisioterapia respiratoria
- orientación y formación sanitaria para el cuidador principal.

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. El alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida son los principales objetivos, junto con el apoyo a los cuidadores principales. Esta atención la presta, normalmente en el domicilio del paciente, un equipo especializado compuesto por un médico y una enfermera. El servicio, que incluye la atención tanto física como psicológica, se presta mediante visitas programadas, complementadas por visitas a demanda del paciente. En situaciones especialmente complejas, el equipo puede solicitar la intervención de los servicios sociales en el domicilio o en el centro sanitario. 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.

En la actualidad, el acceso a estos servicios depende mucho de los conocimientos y la actitud personal del médico que debe prescribirlos, así como de la capacidad de la familia para navegar con éxito por el sistema sanitario. Se han logrado algunos avances en el caso de los pacientes terminales de cáncer, gracias a la presión de asociaciones de pacientes de cáncer, con el apoyo de organizaciones de profesionales de la oncología. Sin embargo, otros pacientes en situación terminal, como los pacientes ancianos, tienen un acceso más limitado a estos servicios. Además de la escasez de recursos, otro obstáculo

para la prestación de esta atención es que todavía no se ha abordado un cambio cultural en el sistema en el ámbito de la gestión de la muerte, mediante el que se abandone el enfoque curativo para pasar al enfoque paliativo cuando llegue el momento. Se espera que la aprobación de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS, en el marco del Plan de Calidad del SNS presentado en 2006, contribuya a subsanar esta situación.

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 o la 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 (los antidepresivos y los ansiolíticos se encuentran entre los grupos de medicamentos de mayor prescripción en atención primaria; véase la Sección 6.6 *Prestación farmacéutica*). También forma parte de estos servicios la detección de conductas adictivas en pacientes con trastornos mentales.

Atención a la salud bucodental

La prestación de este servicio corresponde a los odontólogos y los especialistas en estomatología del equipo de atención primaria. El acceso a la consulta de estos profesionales se realiza de forma directa mediante citas programadas. Estos servicios incluyen:

- Información y formación sobre higiene dental.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos: procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral y detección y, en su caso, biopsia de lesiones premalignas. Las medidas terapéuticas disponibles en este nivel asistencial son la terapia farmacológica, las exodoncias, las exodoncias quirúrgicas y la cirugía menor de la cavidad oral.
- Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.
- Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil. La extensión de este servicio es una característica bastante reciente de la cartera de servicios de la mayoría de las comunidades autónomas, así que la amplitud de la gama de servicios prestados varía considerablemente entre unas regiones y otras. Algunas comunidades autónomas han optado por la distribución de cheques que cubren la atención de la salud dental de los niños en el sector privado, mientras que otras cuentan con un sistema propio; la situación continúa evolucionando y su evaluación no será posible hasta dentro de unos años.

Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud

Dado que se trata del primer punto de contacto con el sistema, la atención primaria es una fuente privilegiada de información para la valoración de la salud de la comunidad y la incidencia del sistema sanitario. Las deficiencias tradicionales del mantenimiento de historias y la elaboración de informes se han ido superando mediante la normalización de las historias clínicas y los sistemas de clasificación de pacientes, así como gracias a la introducción de servicios de TIC (véase el epígrafe *Tecnología de la información* de la Sección 5.1 *Recursos materiales*). Se espera que estas innovaciones sirvan para incrementar la información fiable sobre morbilidad disponible, que hasta la fecha escaseaba notablemente en el SIAP. Si efectivamente se logra este objetivo, será viable la evaluación de la calidad de la atención sanitaria y los resultados en este nivel asistencial. Asimismo, se podrá evaluar por fin la continuidad asistencial y los efectos de la interacción de los niveles de atención especializada y primaria en la producción de resultados en salud.

La vigilancia epidemiológica básica incluye la comunicación de información al Registro de enfermedades de declaración obligatoria, las redes de médicos centinelas para la vigilancia de ciertos problemas de salud pública y el sistema de farmacovigilancia que permite comunicar efectos adversos.

Atención comunitaria

Incluida en la cartera de servicios comunes, la atención comunitaria fue una característica destacada de las primeras reformas de la atención primaria, que contó con el apoyo entusiasta de los nuevos equipos multidisciplinares de atención primaria. Sin embargo, la presión de la demanda, que puede comprobarse en las cifras de la [Tabla 6.4](#) (inducida por la oferta en gran medida)⁴, ha erosionado progresivamente tanto la disposición como la disponibilidad de los equipos de atención primaria para prestar servicios de atención comunitaria.

En las Secciones 5.1 *Recursos materiales* y 5.2 *Recursos humanos* se han dado ya detalles sobre la disponibilidad y la distribución relativa de los recursos de atención primaria. La planificación, la gestión y los sistemas de organización se han descrito en los Capítulos 2 y 4. En el Capítulo 2 se recogen también las posibilidades de libre elección por parte de los pacientes y en el Capítulo 3 se describen los gastos específicos. En el Capítulo 8 se abordará la percepción de la población y la valoración que hacen de los servicios prestados.

6.4 Atención hospitalaria

La atención especializada hospitalaria en el SNS puede prestarse de forma ambulatoria o con ingreso hospitalario, y también en hospitales de día, dependiendo de la patología del

⁴ La amplitud de la cartera de servicios comunes descrita en los epígrafes anteriores habla por sí misma.

paciente y de sus necesidades especiales. En el Capítulo 5 se han analizado ya los recursos materiales y humanos que se destinan a la atención especializada. En el Capítulo 4 se ha descrito la organización de la atención especializada ambulatoria en distintos contextos (centros de especialidades y consultas hospitalarias externas), la organización y las fórmulas de gestión que se dan en los hospitales y el reparto de la atención entre proveedores públicos y privados.

La atención hospitalaria de urgencia (disponible 24 horas al día para los pacientes que sufren una situación clínica aguda que precisa atención hospitalaria urgente) se presta a los pacientes remitidos por el médico de atención primaria o especializada o por los centros de urgencias de atención primaria, así como a los pacientes que han sufrido un accidente o presentan una patología repentina con riesgo vital y que sólo puede tratarse en el medio hospitalario. Estos pacientes pueden acudir al centro hospitalario o ser trasladados por equipos móviles de los centros coordinadores de urgencias y emergencias médicas, que se encargan primero de estabilizar al paciente. No obstante, puesto que el acceso no está restringido, los pacientes pueden optar de forma inapropiada por acudir a los servicios de urgencia (y lo hacen con frecuencia) por otras patologías que precisan procedimientos para los que hay listas de espera, intentando saltarse la cola, o pueden usar los servicios de urgencia para que se les realicen rápidamente pruebas que su médico de cabecera no ha considerado necesarias. Sin embargo, a la mayoría de ellos se les rechaza tras la valoración inicial, aunque no se les niegan exámenes ni pruebas de carácter básico. Las campañas de sensibilización, las amonestaciones individuales y la saturación de los servicios de emergencias, que se traduce en prolongadas esperas en función de la valoración de la prioridad en el momento de la admisión, han desincentivado en cierta medida este comportamiento. La disponibilidad de los servicios de urgencias de atención primaria anteriormente descritos también ha contribuido a eliminar la carga que no corresponde realmente a las urgencias hospitalarias.

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 enfermos 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.

Además, la atención especializada hospitalaria es el nivel responsable de la indicación y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre los que se incluyen los siguientes:

- diagnóstico prenatal en grupos de riesgo
- diagnóstico por imagen
- radiología intervencionista
- hemodinámica
- medicina nuclear
- neurofisiología
- endoscopias
- pruebas diagnósticas de laboratorio

- biopsias y punciones
- radioterapia
- radiocirugía
- litotricia renal
- diálisis
- técnicas de terapia respiratoria
- trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano.

La dotación de los hospitales del SNS presenta una gradación, que va desde la llamada “atención terciaria”, que conlleva la disponibilidad de una amplia variedad de servicios muy especializados y sofisticados desde el punto de vista técnico, a los hospitales generales básicos, que prestan atención en régimen de internamiento en cada una de las áreas de salud. El conjunto mínimo de servicios básicos de los hospitales generales del SNS incluye la medicina interna, la cirugía general, las principales especialidades quirúrgicas (oftalmología, otorrinolaringología), la ortopedia, la obstetricia y ginecología, la pediatría, la fisioterapia, la radiología y laboratorios. Los hospitales de mayor tamaño, normalmente ubicados en nodos urbanos, ofrecen servicios muy especializados (cirugía cardiovascular, neurocirugía, trasplantes de órganos, etc.), que no podrían prestarse cumpliendo criterios de coste-efectividad en áreas más pequeñas. Por lo tanto, los pacientes que precisan estos servicios tienen que ser remitidos a estos hospitales. Además, se ha dado otro paso en la racionalización de la prestación de nuevos servicios de elevada sofisticación con la creación de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS descritos en el epígrafe *Cartera de servicios* de la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia* y en el epígrafe *Regulación de la calidad asistencial* de la Sección 4.1 *Regulación*.

La mayoría de los hospitales generales públicos españoles son hospitales docentes (o pueden serlo tras el pertinente proceso de acreditación) en la fase de formación postgraduada, aunque las facultades de Medicina suelen estar vinculadas con hospitales de alta tecnología. En la red española existen también algunos hospitales *monográficos*. Estos centros, cuyo número es muy reducido en comparación con el de hospitales generales, se centran en una única especialidad y cuentan con un número de camas disponibles limitado. Entre las especialidades a las que se dedican se encuentran la obstetricia y la neonatología (hospitales de maternidad), la psiquiatría, la ortopedia, la oftalmología y las patologías cardíacas. No obstante, se ha tendido a integrarlos en estructuras de gestión más complejas asociadas con grandes hospitales generales.

Todas las comunidades autónomas tienen como mínimo un hospital general para el tratamiento de casos agudos, en el que están disponibles todas las especialidades y una cartera de servicios que refleja la totalidad de los avances médicos más recientes. Para acceder a estos servicios, el paciente debe ser remitido por otros servicios de atención especializada, puesto que los médicos de familia no están facultados para disponer el ingreso de un paciente en el hospital. Por lo tanto, los pacientes que precisan atención hospitalaria deben pasar por los tres niveles de asistencia (médico de familia, especialistas ambulatorios y especialistas hospitalarios; véase la Sección 6.2 *Itinerarios del paciente*). La coordinación entre estos tres niveles asistenciales ha supuesto durante años un considerable reto, que, como se ha descrito en los capítulos anteriores, se ha tratado de superar mediante distintas fórmulas que han tenido resultados desiguales.

Los hospitales privados suelen ser de menor tamaño que los públicos y tienen distintos niveles de tecnología y estructuras muy variadas (véanse las secciones al respecto de los Capítulos 4 y 5).

En la [Tabla 6.5](#) se recoge la distribución por sexos de las causas de hospitalización en los hospitales españoles según los datos de altas hospitalarias de 2007. El número de altas hospitalarias por 10.000 habitantes superó las 800 en el caso de las mujeres y las 700 en el caso de los hombres. Lógicamente, la causa más frecuente de estancia hospitalaria fue la relacionada con el embarazo y el parto. Le siguen las enfermedades circulatorias, respiratorias y digestivas, que afectan predominantemente a los hombres en los tres casos.

Si se analizan los datos de los tres últimos años consolidados disponibles ([Tabla 6.6](#)), se aprecia que la actividad por tipo de servicio ha aumentado en términos absolutos, pese a que el número de altas por 1.000 habitantes se ha reducido ligeramente. Esta tendencia alcista parece idéntica a la registrada en otros países europeos ([Tabla 6.7](#)). Sin embargo, España se encuentra entre los países con un número total de altas más bajo (la mitad de las cifras por 100.000 habitantes de Alemania y Francia según datos de 2007). Como se indica en la [Tabla 6.6](#), el SNS financia la inmensa mayoría de la atención especializada.

Tabla 6.5 Ingresos en hospitales del SNS por los principales grupos de CIE-9-MC y por sexo, total y ratio por 10.000 habitantes en 2007.

	Mujeres		Hombres	
	N	RA	N	RA
Enfermedades infecciosas y parasitarias	29.481	13,0	42.000	19,0
Neoplasias	158.542	69,8	180.556	81,5
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	37.406	16,5	28.005	12,6
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	18.286	8,1	17.069	7,7
Trastornos mentales	34.174	15,0	41.550	18,8
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	54.641	24,1	53.262	24,0
Enfermedades del sistema circulatorio	221.366	97,4	288.457	130,2
Enfermedades del aparato respiratorio	172.156	75,8	266.061	120,1
Enfermedades del aparato digestivo	187.973	82,7	246.792	111,4
Enfermedades del aparato genitourinario	118.069	52,0	93.786	42,3
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	504.696	222,2	0	0
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	16.053	7,1	19.794	8,9
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y del tejido conectivo	104.377	45,9	80.213	36,2
Anomalías congénitas	13.557	6,0	19.161	8,6
Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	28.997	12,8	35.984	16,2
Síntomas, signos y estados mal definidos	71.817	31,6	89.189	40,3
Lesiones y envenenamientos	140.130	61,7	159.883	72,2
Anexo 1 (a)	45.082	19,8	48.607	21,9
Otras	9.017	4,0	10.190	4,6
TOTAL	1.965.820	865,3	1.720.559	776,6
Observaciones	N se refiere al número de casos; RA se refiere al ratio por 10.000 habitantes. (a) Categoría complementaria en la que se incluyen otros factores que afectan al estado de salud y que dan lugar a contactos con los sistemas sanitarios.			
Fuente	Reproducido de MSPS 2010c. Basado en los datos de altas hospitalarias del CMBD del SNS.			

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 ([Tabla 6.6](#)). Si se comparan estas cifras con la actividad en otros países europeos ([Figura 6.4](#)), 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 o los Países Bajos. La proporción de cirugía ambulatoria en España continúa siendo inferior a la observada en estos tres países, por lo que parece que queda todavía cierto margen para la sustitución. Este patrón contrasta llamativamente con el de países como Dinamarca, donde las tasas de cirugía han aumentado para ambos tipos de

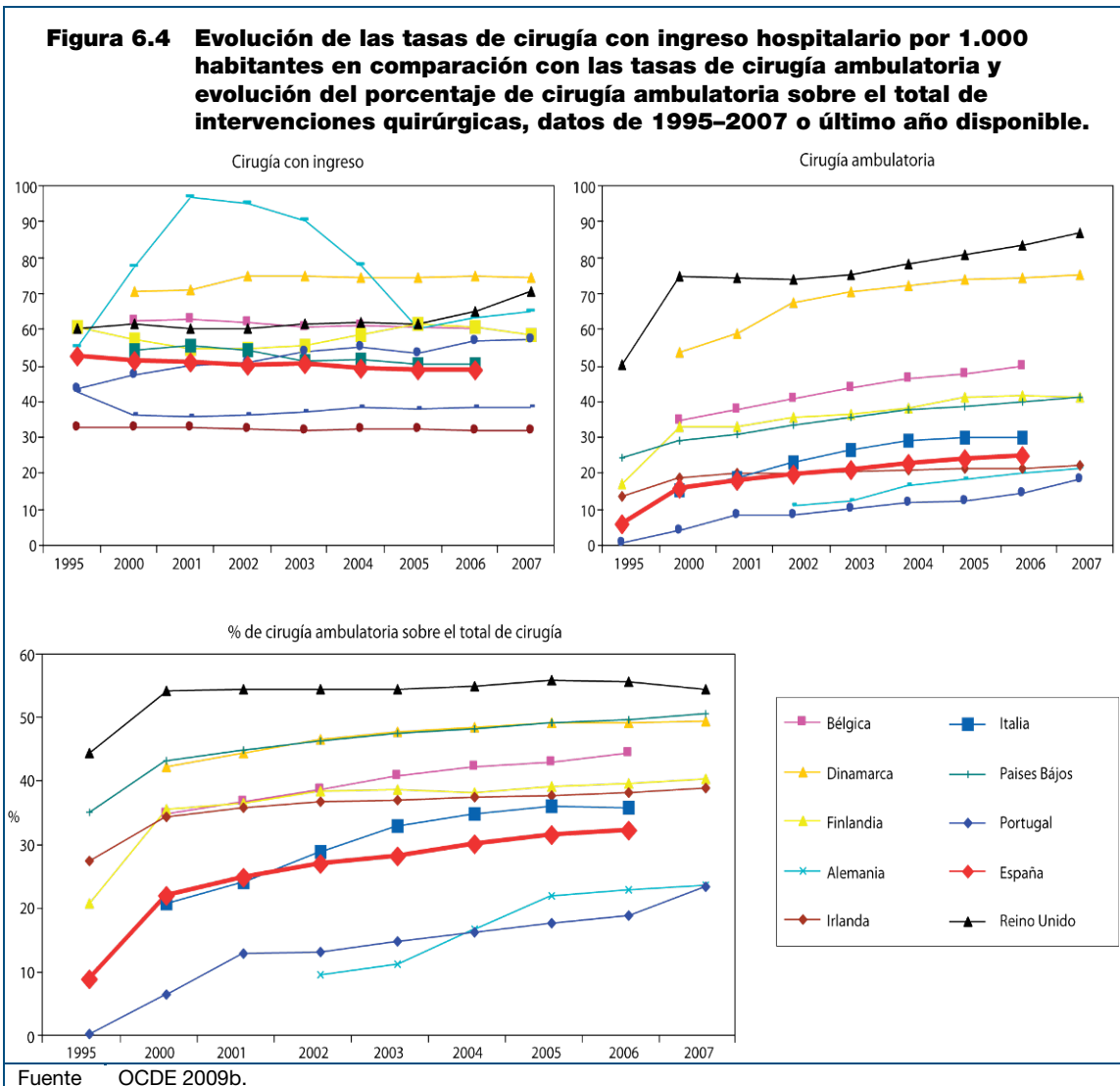
sistemas y la cirugía mayor ambulatoria ha alcanzado a la cirugía con ingreso hospitalario. El Reino Unido presenta la tasa más elevada de ambulatorización de la cirugía y los ratios más elevados por 1.000 habitantes, con cifras que se han mantenido durante la última década. Alemania, por otra parte, registraba las tasas más altas de cirugía con ingreso hospitalario durante la mayor parte del periodo, aunque estas cifras experimentaron un acusado descenso alrededor del año 2005, mientras que los ratios de cirugía ambulatoria registraron un ascenso moderado. Sin embargo, Alemania sigue presentando una de las tasas más reducidas de Europa de cirugía ambulatoria respecto al total de intervenciones.

Tabla 6.6 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de atención especializada: total, ratio por 1.000 habitantes y porcentaje financiado por el SNS, años 2005-2007.

	2005		2006		2007	
	Total	%SNS	Total	%SNS	Total	%SNS
Altas (miles)	5.097,1	78,7	5.156,8	77,6	5.239,4	78,3
Altas/1.000 hab.	117,4	–	117,0	–	116,8	–
Consultas médicas (miles)	71.661,4	89,0	73.735,3	87,1	77.114,4	87,3
Consultas médicas/1.000 hab.	1.651,2	–	1.675,3	–	1.718,5	–
Urgencias (miles)	24.395,9	78,5	25.300,4	77,2	26.265,1	77,1
Urgencias/1.000 hab.	56,1	–	574,1	–	585,3	–
Intervenciones quirúrgicas (miles)	4.221,9	–	4.316,3	–	4.449,8	–
Intervenciones quirúrgicas/1.000 hab.	97,3	–	97,9	–	99,2	–
Intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (miles)	1.003,0	80,0	1.052,8	79,5	1.134,5	79,5
Intervenciones de cirugía mayor ambulatoria/1.000 hab.	23,1	–	23,9	–	25,3	–
Partos vaginales	346.599,0	–	356.184,0	–	366.481,0	–
Cesáreas	116.650,0	–	125.208,0	–	124.561,0	–
% cesáreas	25,4	–	26,0	–	25,2	–
Total de partos	463.249,0	–	481.392,0	–	491.042,0	–
Observaciones	SNS se refiere a la actividad financiada por el SNS.					
Fuente	Reproducido de MSPS 2010c; datos originales basados en la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI).					

Tabla 6.7 Evolución de las altas hospitalarias entre 2000 y 2007 (todas las causas de la CIE/100.000 habitantes), países de la UE15 clasificados según las tasas de 2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Portugal	8.620	8.576	9.008	9.094	9.035	9.004	10.365	10.803
Países Bajos	9.265	9.125	9.388	9.707	10.169	10.414	10.689	10.931
España	11.183	10.839	10.851	10.928	10.826	10.780	10.724	10.660
Reino Unido	12.136	11.993	11.992	12.188	12.359	12.308	12.604	12.554
Irlanda	13.861	14.096	13.766	13.776	13.884	13.664	13.768	13.796
Italia	15.632	15.799	15.331	14.652	14.471	14.091	13.887	–
Suecia	16.458	16.255	16.009	15.956	16.002	16.052	16.248	16.481
Dinamarca	17.220	17.178	17.267	17.108	17.031	17.013	17.074	16.975
Luxemburgo	18.075	17.784	17.533	17.505	17.425	17.157	16.862	16.599
Bélgica	17.773	17.721	17.502	17.406	17.410	17.429	17.374	–
Grecia	16.076	16.469	17.106	17.603	18.406	18.791	–	–
Finlandia	26.663	21.349	21.046	20.817	20.484	20.131	19.621	19.007
Alemania	19.559	20.053	20.154	21.916	21.906	21.826	22.040	22.693
Austria	28.449	29.769	31.168	27.144	27.852	27.765	–	–
Francia	26.786	26.774	26.606	26.699	27.102	27.924	28.440	27.377
Fuente	OCDE 2009b.							



Atención ambulatoria de día

El concepto de la atención ambulatoria en el ámbito hospitalario ya se ha introducido al describir la infraestructura de atención hospitalaria en el Capítulo 5. La evolución del número de camas de atención hospitalaria ambulatoria (o plazas en hospitales de día según la terminología española) también se ha analizado en dicho capítulo y en la [Figura 5.2](#) se muestran los datos correspondientes. No obstante, hasta este momento no se ha presentado una definición formal. La variabilidad de la terminología y de los significados atribuidos a cada término ha sido tan habitual en España como en el resto del mundo. Al ser parte de la cartera de servicios comunes del SNS, el Real Decreto 1277/2003 definió las unidades de atención hospitalaria ambulatoria (o, para ser exactos, las unidades de hospitalización de día – UHdD) como unidades asistenciales donde, 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 de diagnóstico 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. Estas unidades suelen estar integradas en la estructura de un hospital general, aunque también pueden organizarse como un recurso independiente, especialmente las relacionadas con la atención a la salud mental (véase la sección dedicada específicamente a la salud mental más adelante), aunque no exclusivamente.

En 2009, la Agencia de Calidad del SNS, publicó, en el marco del Plan de Calidad del SNS, el documento *Hospital de día: estándares y recomendaciones* (MSPS 2009g). Las recomendaciones distinguían dos tipos de UHdD, que se indican a continuación.

- Los hospitales de día polivalentes atienden a pacientes que presentan patologías distintas, en el marco de procesos asistenciales diferentes y remitidos por una amplia variedad de unidades médicas o quirúrgicas. Se trata de entidades independientes dentro de la organización y que cuentan con su propio responsable de unidad. Estas unidades tienen como actividad principal la prestación de servicios a otras unidades funcionales que les remiten pacientes. En la mayoría de los casos, los pacientes acuden desde su domicilio, pero también pueden tratar a pacientes ingresados en otras unidades asistenciales del centro. Otras unidades, como las de pacientes con pluripatologías o los gabinetes de diagnóstico (endoscopia, hemodinámica, etc.), que incorporan camas de hospital de día en su estructura, son recursos claramente sustitutivos, que reducen la necesidad de UHdD polivalentes.
- Las UHdD especializadas tratan a pacientes con una patología concreta (por ejemplo, pacientes con patologías onco-hematológicas o pacientes con sida).

La lista de los procedimientos que pueden ser prestados en las UHdD incluye:

- aspiración
- biopsia (hepática, muscular, ósea, pleural, renal, etc.)
- bomba subcutánea
- cuidados post procedimiento diagnóstico o terapéutico
- extracción sanguínea
- cuidado de catéter venoso central y reservorios subcutáneos
- curas
- drenajes
- infusión intravenosa (quimioterapia)
- infusión intravenosa (otros)
- intubación nasogástrica
- inyección
- nebulización
- paracentesis
- punción-biopsia de médula ósea
- punción lumbar
- quimioterapia
- toracocentesis
- artrocentesis
- transfusión sanguínea.

Aparte de las cifras que se facilitan en la sección anterior (Tabla 6.6) y que indican el volumen de la actividad de cirugía mayor ambulatoria, resulta difícil estimar la proporción de la asistencia prestada en regímenes de hospitalización de día. No obstante, las cifras de recursos disponibles apuntan a una tendencia alcista durante la última década (Tabla 6.8). El número de plazas en hospitales de día se ha doblado, de igual forma que su ratio por habitante. La proporción de estos recursos que pertenece al sector privado se ha mantenido bastante estable cerca del 30% durante la totalidad del periodo analizado.

Tabla 6.8 Evolución del número de plazas de hospital de día, años 1997–2007.

Año	Total de plazas de hospital de día	Plazas de hospital de día privadas	% capacidad privada	Plazas de hospital de día por 100.000 habitantes	Plazas de hospital de día privadas por 100.000 habitantes
1997	4.163	1.163	27,9	10,5	2,9
1998	4.401	1.191	27,1	11,1	3,0
1999	5.177	1.498	28,9	13,0	3,8
2000	5.575	1.501	26,9	13,8	3,7
2001	5.804	1.558	26,8	14,3	3,8
2002	6.662	1.751	26,3	16,1	4,2
2003	7.317	2.120	29,0	17,4	5,0
2004	8.100	2.365	29,2	19,0	5,5
2005	8.814	2.771	31,4	20,3	6,4
2006	9.335	2.799	30,0	21,2	6,4
2007	10 468	3 061	29,2	23,3	6,8

Fuente | ESCRI 2008; MSPS 2010c.

6.5 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 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 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 a través de los servicios de atención primaria y especializada (ya descritos en las secciones anteriores), así como mediante servicios específicamente dedicados a la atención urgente. La coordinación de los distintos recursos de urgencias y de la movilización de los intervinientes según las necesidades está centralizada en los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias. Estos centros coordinan también los servicios sanitarios en el marco de planes de catástrofes y la colaboración con los servicios de urgencias y emergencias dependientes de las distintas administraciones, como Protección Civil, los Cuerpos de Prevención y Extinción de Incendios y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como las unidades de emergencia del ejército.

La cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia incluye:

- la atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial

- asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria y la información y la orientación o consejo sanitario;
- la evaluación inicial e inmediata de los pacientes, la clasificación de los mismos y, en caso de ser necesaria, la evacuación de los pacientes a un centro asistencial para la realización de exploraciones o procedimientos diagnósticos necesarios para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia;
 - los procedimientos diagnósticos precisos y los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios;
 - la monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera;
 - el transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica del paciente, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la urgencia sanitaria;
 - la información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente (en casos de accidentes, violencia, etc.);
 - una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado, incluido el internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial;
 - la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.

El itinerario normal del paciente en la atención de urgencia se ha descrito en la Sección 6.2 *Itinerarios del paciente*. Como se ha indicado en dicho apartado, los pacientes acuden, siempre que su situación clínica se lo permite, a las urgencias hospitalarias o a los centros de urgencias de atención primaria. Cuando esto no es posible, pueden llamar directamente al centro de atención primaria para solicitar una visita domiciliaria (éste es el procedimiento ordinario cuando pacientes inmovilizados que ya reciben visitas domiciliarias periódicas sufren agravamientos moderados de su situación fuera del horario normal de visitas), o al centro coordinador de urgencias y emergencias sanitarias. En este último caso, el operador del centro coordinador de urgencias sanitarias hará algunas preguntas al paciente para determinar la naturaleza de la emergencia y decidir qué recursos se deben movilizar. En algunas situaciones sencillas, aconsejará al paciente sobre cómo proceder, evaluando si la persona que llama puede afrontar la situación. El operador puede optar por enviar inmediatamente un equipo móvil de emergencia o pasar a la persona con el equipo médico, que le planteará nuevas preguntas o le dará consejos clínicos específicos. Si se moviliza al equipo móvil, éste 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 situaciones (se han comunicado considerables mejoras de los tiempos de respuesta en todo el territorio, pero no se dispone de información detallada de todas las comunidades autónomas).

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. Cuando el equipo llega al lugar en que se encuentra el paciente, valora su situación para

determinar el curso a seguir: bien se proporciona tratamiento in situ, dejando una copia del informe de urgencias en la que se detalla el diagnóstico, los procedimientos y las prescripciones, o bien se estabiliza y evacua al paciente a la unidad de urgencias de un hospital.

6.6 Prestación farmacéutica

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 del valor de mercado a precios de laboratorio⁵ (EFPIA 2009). La gran mayoría del mercado farmacéutico corresponde a los medicamentos con receta, que constituían el 96,7% de las ventas totales de 2008. Los medicamentos genéricos bioequivalentes representaban tan solo el 7,2% de las ventas (un 15% en la UE) y el 13,8% de las unidades vendidas (el 27% en la UE) en 2005 (Costa Font y Puig Junoy 2007). Según datos más recientes de la principal asociación de empresas farmacéuticas (Farmaindustria 2008), los genéricos registraron en 2008 una cuota de mercado más reducida, del 6,7% (presumiblemente debido al descenso de los precios que se analiza a continuación), pero un incremento de las unidades hasta el 15,7% del volumen total del mercado.

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, dado que estas administraciones son plenamente responsables de la gestión farmacéutica en los sistemas regionales de salud. Los principales actores del proceso de regulación farmacéutica se enumeran en la [Tabla 6.9](#). Entre ellos se incluyen varios organismos muy especializados que pertenecen a tres ministerios diferentes y a distintas administraciones. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos fija los precios de los medicamentos tras analizar las solicitudes de los fabricantes, siguiendo las directrices de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. La Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos, bajo los auspicios del CISNS, está integrada por representantes de las 17 comunidades autónomas, la industria farmacéutica, la profesión médica, organizaciones de consumidores y sindicatos, así como expertos nombrados por el MSPS.

La primera Ley del Medicamento se aprobó en 1990 y se modificó en julio de 2006 con la aprobación de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Ley 29/2006), que se desarrolló en 2007 y 2009 con el fin de actualizar el número de conjuntos de medicamentos para los que se establecen precios de referencia. Antes de la entrada en vigor de la nueva ley se publicó el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud, cuya finalidad era abordar los retos presentes en la nueva situación de transferencia plena de las competencias: 17 comunidades autónomas que compran y negocian con la industria, que evalúan la introducción de nuevos medicamentos autorizados en la cartera de prestaciones públicas de su territorio y que, además, controlan las políticas de incentivos para los prescriptores

⁵ Se refiere a las ventas farmacéuticas, a precios de laboratorio, a través de todos los canales de distribución (oficinas de farmacia, hospitales, médicos dispensadores, supermercados, etc.), con receta o sin ella (excluyendo las muestras y las ventas de medicamentos veterinarios).

(médicos y centros sanitarios). Esta Ley regula los medicamentos de uso humano y los productos médicos, incluida su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio/riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para, en su caso, la financiación con fondos públicos. La regulación también se extiende a las sustancias, excipientes y materiales utilizados para su fabricación, preparación o envasado. Asimismo, la ley establece los criterios y requisitos generales aplicables a los medicamentos veterinarios y, en particular, a los especiales, como las fórmulas magistrales, y los relativos a los medicamentos elaborados industrialmente.

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 primero de estos elementos se describe exhaustivamente en la Ley 29/2006. 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. Los medicamentos se agrupan por su principio activo y su indicación terapéutica. El MSPS actualiza periódicamente la lista de conjuntos previa negociación con la industria, aunque la ley no prevé ningún mecanismo sistemático de revisión. Aun cuando no existan equivalentes genéricos comercializados de un medicamento, la administración puede obligar al fabricante a reducir un 20% el precio del medicamento si el genérico correspondiente está disponible a un precio más bajo en otro Estado miembro de la UE.

En cuanto al segundo elemento mencionado, la regulación de precios del SNS para los medicamentos financiados se basa en el control de los precios “producto por producto”. Así, se espera que el precio fijado proporcione unos beneficios que oscilen entre el 12% y el 18% del capital invertido. Si las ventas superan el volumen previsto, los precios se bajan para ajustar los beneficios a la banda establecida. También se tienen en cuenta otros factores, como el precio de los medicamentos en otros países europeos y la indexación de precios (Costa Font y Puig Junoy 2007).

La nueva ley refuerza la prescripción por principio activo, en vez del uso de marcas comerciales en las recetas. A esta medida se une una norma que obliga a las oficinas de farmacia a sustituir cualquier receta con el medicamento genérico más barato, siempre que esté disponible. Esta sustitución obligatoria conlleva la exclusión de facto del mercado de aquellas marcas que no cumplen el precio de referencia (Puig Junoy 2007).

La ley regula también una escala de aportaciones progresivas que la industria debe realizar a fondos del SNS para investigación biomédica y fondos especiales de cohesión. Esta escala se basa en el volumen de ventas y se aplica como un porcentaje de cada euro facturado al SNS.

Tabla 6.9 Actores del proceso de regulación farmacéutica en España.

Responsabilidades	Actores
Regulación de los medicamentos	
Promoción de I+D	Ministerio de Ciencia e Innovación
Inclusión de los productos en la prestación farmacéutica con financiación pública	Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (MSPS)
Autorización de productos	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (MSPS)
Registro de patentes	Ministerio de Industria
Regulación de precios	Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (MSPS y Ministerio de Economía)
Márgenes de los distribuidores	Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (MSPS y Ministerio de Economía)
Coordinación	CISNS
Prescripción, dispensación y prestación sanitaria	Consejerías de sanidad autonómicas
Industria	
Fabricantes	Empresas internacionales que proporcionan medicamentos innovadores Farmaindustria (asociación de empresas farmacéuticas establecidas en España)
Productores de medicamentos publicitarios	Asociación para el Autocuidado de la Salud (que agrupa a los fabricantes de medicamentos sin receta y publicitarios)
Fabricantes de medicamentos genéricos	Asociación Española de Medicamentos Genéricos
Otros actores de los servicios sanitarios	
Médicos	Colegio de Médicos
Farmacéuticos	Colegio de Farmacéuticos
Distribuidores	Federación de Distribuidores Farmacéuticos
Consumidores	Asociación de Consumidores y Usuarios
Pacientes	Asociaciones de pacientes
Científicos	Sociedades científicas dedicadas a enfermedades concretas
Sindicatos	Sindicatos sectoriales
Fuente	Reproducido y modificado de Costa Font y Puig Junoy 2007.

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 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 sólo 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 la posesión de un título universitario de licenciado en Farmacia, no sólo para dispensar medicamentos, sino también para ser titular de una oficina de farmacia, así como la colegiación obligatoria en el Colegio de Farmacéuticos (véase la sección correspondiente del Capítulo 5). Conviene destacar que la autorización para abrir una farmacia conlleva un contrato automático de dispensación de medicamentos con receta al público (y reembolso) con las autoridades sanitarias correspondientes. En el ámbito de los mayoristas se observan patrones similares. El número de distribuidores prácticamente no ha registrado cambios, a pesar del proceso de integración del mercado único europeo, mientras que las ventas aumentan cada año (Costa Font y Puig Junoy 2007). El sistema de pago a los farmacéuticos y distribuidores mayoristas se basa en el margen fijo y proporcional al precio de los precios de venta al consumidor sin IVA (Tabla 6.10).

Tabla 6.10 Estructura de precios de los medicamentos (porcentaje correspondiente a los distintos actores).

	1986-1987	1988-1992	1993-1994	1995-1996	1997-1998	1990-2000	2001-2003
Precio de fábrica	59,00	58,20	59,90	59,30	61,70	62,70	63,30
Margen del distribuidor mayorista	8,00	7,90	8,20	8,10	7,60	6,60	6,50
Margen del minorista	27,30	28,20	29,00	28,80	26,80	26,80	26,40
Fuente	Farmaindustria 2005. Reproducido de Costa-Font y Puig-Junoy 2007.						

Según los datos de la Federación de Distribuidores Farmacéuticos (FEDIFAR), en 2002 había 191 almacenes mayoristas que pertenecían a 99 empresas que distribuían medicamentos a farmacias. Según el Colegio Oficial de Farmacéuticos, en 2003 había 20.384 oficinas de farmacia en España.

La publicidad directa a los consumidores está prohibida para todos los medicamentos financiados con fondos públicos y sólo los medicamentos autorizados concebidos para la utilización sin la intervención de un médico pueden publicitarse, siempre que no contengan sustancias psicotrópicas. El contenido de la publicidad es objeto también de una estricta regulación prevista en el artículo 78 de la Ley 29/2006.

Según la *Memoria Anual de Farmaindustria*, en 2008 las especialidades farmacéuticas publicitarias representaban tan solo el 3,3% de las ventas en farmacias y habían registrado un descenso del 13,1% en unidades y del 9,9% en ventas en relación con el año anterior. El mismo informe evalúa la incidencia en el mercado de prescripción de la modificación legal⁶ de 2007, por la que se añadieron 14 nuevos conjuntos al sistema de precios de referencia⁷. El crecimiento en 2008 fue el más bajo de los últimos años, con un incremento de tan solo el 5% y una subida del precio medio del 3,2%. En 2008 se comercializaron genéricos de 12 nuevas moléculas, con lo que ya son 151 las moléculas o asociaciones de las que existe algún genérico comercializado. A finales de 2008, el mercado a precios de referencia representaba el 34,4% del mercado total de prescripción en unidades y el 21% en ventas (Farmaindustria 2008).

Los datos de gasto público en medicamentos se han analizado ya en el Capítulo 3 (véanse la [Tabla 3.4](#) y la [Tabla 3.5](#) en las que se ofrece información detallada por años y comunidades autónomas).

Prestaciones farmacéuticas

Además de las facultades normativas descritas en la sección previa, el gobierno central es responsable de:

- garantizar el depósito de medicamentos de sustancias psicoactivas de acuerdo con lo dispuesto en los tratados internacionales;
- autorizar la importación de medicación extranjera y urgente no autorizada en España;

⁶ Orden SCO/3867/2007.

⁷ Esta norma se añadió a la promulgada en 2006, que afectó a los precios de 134 conjuntos de medicamentos.

- mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes; y
- adquirir y distribuir medicamentos y productos sanitarios para programas de cooperación internacional.

La prestación farmacéutica forma parte de la cartera de servicios comunes del SNS y comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

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 atención especializada.

En el caso de los pacientes externos, esta prestación comprende todos los medicamentos con receta autorizados e inscritos en el registro de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios⁸, fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia de acuerdo con lo establecido en el Formulario nacional, así como las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas. La prestación farmacéutica excluye expresamente los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares, los medicamentos calificados como publicitarios, los medicamentos homeopáticos y los efectos o accesorios de los que se realice publicidad dirigida al público en general.

Al contrario que otras prestaciones, que tienen carácter gratuito, en el caso de la prestación farmacéutica, ortopédica y protésica se ha establecido la obligación de los usuarios de participar en el pago (véase el Capítulo 3). La participación económica de los usuarios en la financiación del gasto farmacéutico es la siguiente:

- farmacia hospitalaria: los medicamentos dispensados en hospitales están exentos del copago;
- recetas médicas financiadas por el SNS:
 - los pensionistas y sus dependientes están exentos del copago;
 - el resto de los usuarios y sus dependientes deben abonar el 40% del precio de venta al público (las oficinas de farmacia facturan el otro 60% al servicio regional de salud de la comunidad autónoma de residencia del paciente); y
 - grupos específicos: los pacientes de sida o crónicos deben realizar una aportación reducida del 10% del precio de venta al público, sin que el importe total de la aportación pueda exceder de 2,64 euros por envase.

⁸ La financiación pública sólo estará disponible según lo previsto en la política de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del MSPS.

6.7 Rehabilitación/atención intermedia

La rehabilitación se realiza en atención primaria, en servicios de rehabilitación hospitalarios y en centros de día descritos en la Sección 6.3 *Atención primaria/especializada ambulatoria* y en la Sección 6.4 *Atención secundaria/hospitalaria*. La atención intermedia, o de convalecencia en la transición a la comunidad, no está muy desarrollada en España y suelen ser las familias (sobre todo las mujeres) las que se ven abocadas a ocuparse de esta tarea en el domicilio. En el apartado siguiente se mencionan algunos servicios específicos disponibles para ayudar a las personas con discapacidad y a sus cuidadores. En la sección dedicada a la atención a la salud mental se analiza más detenidamente la rehabilitación y la atención intermedia disponibles para los pacientes con trastornos mentales y sus familias.

6.8 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). En el Capítulo 2 se han descrito ya la organización general del SAAD y el Consejo Territorial del SAAD. En el presente apartado se ofrecen detalles adicionales sobre el tipo de servicios incluidos en el catálogo de servicios y su grado de implantación según los datos disponibles.

Catálogo de servicios

El artículo 15 de la Ley 39/2006 detalla una serie de servicios considerados prioritarios que deben ser prestados a través de la oferta pública de la red de servicios sociales de las comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

El derecho a los servicios y prestaciones está vinculado a la nacionalidad española y depende del nivel de dependencia y la capacidad económica del solicitante. Por lo tanto, la prioridad en el acceso a los servicios viene determinada por el grado y nivel de dependencia del solicitante (determinados mediante valoración) y, a igual grado y nivel, por su capacidad económica. Existe un sistema de copago en función del tipo de servicios que se precisan, que es proporcional a la capacidad económica del dependiente. Hasta que la red SAAD esté plenamente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios prestados por la red en aplicación del régimen de prioridad descrito tendrán derecho a una prestación económica que les permita financiar parcialmente los servicios que adquieran fuera de la red.

El catálogo de servicios comprende:

- servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal;
- servicio de teleasistencia;

- servicio de ayuda a domicilio:
 - atención de las necesidades del hogar;
 - cuidados personales;
 - servicio de centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años y centro de día de atención especializada, y servicio de centro de noche
- servicio de atención residencial:
 - residencia de personas mayores en situación de dependencia;
 - centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Estas prestaciones y servicios se integran en la red de centros y servicios del SAAD, que está formada por los centros públicos de las comunidades autónomas, los ayuntamientos, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia específicas, así como los centros privados concertados debidamente acreditados. Las comunidades autónomas tienen plena libertad para articular esta red en su territorio. Las ONG y las entidades sin ánimo de lucro pueden acceder a esta red en condiciones favorables, ya que se reconoce su experiencia y su prolongada actividad como proveedores clave en muchas partes del territorio. Los centros privados no concertados que prestan servicios en las comunidades autónomas también deben contar con la debida acreditación de la autoridad autonómica.

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. Pueden adoptar tres formas y están vinculadas principalmente a la adquisición de un servicio fuera de la red del SAAD.

- Prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio. Está disponible únicamente cuando no es posible el acceso a un servicio público o privado concertado de atención y cuidado. La cuantía de la prestación dependerá del acuerdo entre la administración estatal y la administración autonómica correspondiente.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Esta prestación está destinada al familiar que actúa como cuidador principal. Tiene carácter excepcional y únicamente se abona cuando el beneficiario está siendo atendido por su entorno familiar y se reúnen las debidas condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda. Además de la aportación económica, el sistema prevé programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso del cuidador principal. Para recibir esta prestación, el cuidador deberá afiliarse y darse de alta en la Seguridad Social, así como pagar la cotización correspondiente.
- La prestación económica de asistencia personal tiene por fin contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas al día, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. El Consejo Territorial del SAAD establecerá las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

El sistema cuenta con otra herramienta destinada a maximizar la autonomía de las personas con discapacidad, que incluye ayudas para:

- apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria;
- facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

La disponibilidad de este tipo de prestación está sujeta a la existencia de acuerdos bilaterales específicos entre la administración central y las comunidades autónomas.

La cuantía de las prestaciones económicas se determina en función de una escala de tres grados de discapacidad y dos niveles de dependencia, que se acuerdan en el seno del Consejo Territorial del SAAD y son aprobados posteriormente por el gobierno mediante Real Decreto. La revisión sistemática no se ha regulado con claridad. Mediante la combinación de las dos variables citadas, se ha establecido un conjunto de importes máximos de las prestaciones económicas, que se recogen en la [Tabla 6.11](#), en vigor desde el 1 de enero de 2009. La cuantía de la prestación económica que se paga en la práctica se determina aplicando a la escala un coeficiente de reducción que se calcula en función de la capacidad económica del beneficiario.

Dado que las competencias de atención social están plenamente transferidas a las comunidades autónomas, la ley establece únicamente un nivel mínimo de protección financiado por la administración nacional. 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, que resulta básica para la implantación del SAAD, es responsabilidad de la autoridad autonómica correspondiente. En la [Tabla 6.12](#) se muestra la actividad registrada por el sistema desde su aprobación en 2006 hasta enero de 2010 en las comunidades autónomas. El ritmo de resolución de las solicitudes varía de unas comunidades autónomas a otras, tal como se desprende de la comparación entre el porcentaje de solicitudes recibidas sobre el total nacional y el correspondiente porcentaje de dictámenes emitidos. Parece que algunas comunidades autónomas, como las Islas Canarias, presentan una tasa desproporcionada de dictámenes positivos, ya que la proporción de prestaciones concedidas sobre el total nacional no se corresponde con la proporción de solicitudes presentadas en esta comunidad autónoma. El ritmo de la aplicación práctica del derecho reconocido también difiere entre las comunidades autónomas, como puede comprobarse por la proporción de prestaciones en comparación con el porcentaje de personas beneficiarias con derecho a prestación.

La [Tabla 6.13](#) permite ver la proporción de la población de cada comunidad autónoma que solicita prestaciones del SAAD, mientras que la [Tabla 6.14](#) muestra la proporción de solicitudes para las que ya se ha emitido un dictamen, la proporción de personas a las que se les ha concedido la prestación en dichos dictámenes y la asignación de prestaciones en todo el territorio nacional y por comunidades autónomas.

Tabla 6.11 Cuantías máximas de las prestaciones económicas del SAAD por grado y nivel, enero de 2009.

	Prestación económica vinculada al servicio (euros mensuales)	Prestación económica para cuidados en el entorno del hogar (euros mensuales)		Prestación económica de asistencia personal (euros mensuales)
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS + FP	Cuantía
Grado III. Nivel 2.	831.47	519.13	–	831.47
Grado III. Nivel 1.	623.60	415.73	160.13	623.60
Grado II. Nivel 2.	460.80	336.24	–	–
Grado II. Nivel 1.	400.00	300.00	–	–

Fuente Real Decreto 7/2008.

Tabla 6.12 Solicitudes al SAAD, dictámenes, personas beneficiarias con derecho a prestación y prestaciones por comunidades autónomas, enero de 2010.

	Solicitudes		Dictámenes		Personas beneficiarias con derecho a prestación		Prestaciones	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Andalucía	392.508	28,75	327.591	26,93	230.421	26,02	216.008	32,76
Aragón	46.711	3,42	40.933	3,36	30.959	3,50	23.801	3,61
Asturias	35.081	2,57	27.599	2,27	19.752	2,23	13.455	2,04
Baleares	24.059	1,76	19.884	1,63	15.081	1,70	6.921	1,05
Canarias	28.878	2,12	21.832	1,79	17.856	2,02	7.186	1,09
Cantabria	21.722	1,59	21.842	1,80	15.482	1,75	12.151	1,84
Castilla-La Mancha	75.727	5,55	69.083	5,68	52.832	5,97	49.085	7,44
Castilla y León	78.214	5,73	65.262	5,36	45.847	5,18	37.023	5,61
Cataluña	210.511	15,42	207.624	17,07	157.362	17,77	95.245	14,44
Comunidad Valenciana	100.556	7,36	96.146	7,90	67.505	7,62	33.156	5,03
Extremadura	37.511	2,75	28.141	2,31	21.159	2,39	15.491	2,35
Galicia	75.511	5,53	67.026	5,51	53.468	6,04	33.886	5,14
Madrid	70.855	5,19	71.062	5,84	56.175	6,34	33.392	5,06
Murcia	43.476	3,18	39.843	3,28	29.798	3,36	17.291	2,62
Navarra	22.631	1,66	20.797	1,71	12.690	1,43	10.782	1,64
País Vasco	84.936	6,22	76.394	6,28	47.895	5,41	44.370	6,73
La Rioja	12.877	0,94	12.433	1,02	9.528	1,08	8.281	1,26
Ceuta y Melilla	3.566	0,26	3.002	0,25	1.838	0,21	1.865	0,28
Total	1.365.330	100	1.216.494	100	885.648	100	659.389	100

Fuente MSPS 2009n.

En cuanto a la capacidad estructural de cuidados de larga duración disponible, la [Tabla 6.15](#) resume el número de camas en funcionamiento en todo el país. Esta cifra incluye únicamente las camas en centros sanitarios, excluyendo las de centros psiquiátricos. La preponderancia del sector privado queda claramente confirmada por la evolución tanto de las cifras absolutas de camas en funcionamiento como del incremento relativo de las mismas: mientras que el número de camas públicas se ha reducido en cerca del 33%, el número de camas privadas ha experimentado un incremento del 52% durante el mismo periodo.

Tabla 6.13 Solicitudes en relación con la población de las comunidades autónomas, enero de 2010.

	Población CC.AA.		Solicitudes	
	Nº	%	Nº	%
Andalucía	8.302.923	17,76	352.532	4,25
Aragón	1.345.473	2,88	41.790	3,11
Asturias	1.085.289	2,32	29.729	2,74
Baleares	1.095.426	2,34	20.294	1,85
Canarias	2.103.992	4,50	26.300	1,25
Cantabria	589.235	1,26	19.539	3,32
Castilla-La Mancha	2.563.521	5,48	67.449	2,63
Castilla y León	2.081.313	4,45	70.452	3,38
Cataluña	7.475.420	15,99	189.187	2,53
Comunidad Valenciana	5.094.675	10,90	91.522	1,80
Extremadura	1.102.410	2,36	33.792	3,07
Galicia	2.796.089	5,98	64.328	2,30
Madrid	6.386.932	13,66	66.300	1,04
Murcia	1.446.520	3,09	39.186	2,71
Navarra	630.578	1,35	19.120	3,03
País Vasco	2.172.175	4,65	77.733	3,58
La Rioja	321.702	0,69	11.615	3,61
Ceuta y Melilla	152.134	0,33	3.228	2,12
Total	46.745.807	100	1.224.096	2,62

Fuente | MSPS 2009n.

Tabla 6.14 Proporción de solicitudes que han recibido dictamen, personas con derecho a prestación y prestaciones asignadas por comunidades autónomas.

	Solicitudes		Dictámenes		Grado III		Grado II		Total personas beneficiarias con derecho a prestación	
	Nº	%	Nº	Dictámenes %	Nº	Dictámenes %	Nº	Dictámenes %	Nº	Dictámenes %
Andalucía	352.532	28,80	303.485	86,09	115.875	38,18	92.522	30,49	208.397	68,67
Aragón	41.790	3,41	36.849	88,18	16.980	46,08	10.140	27,52	27.120	73,60
Asturias	29.729	2,43	23.070	77,60	9.959	43,17	5.642	24,46	15.601	67,62
Baleares	20.294	1,66	17.680	87,12	7.706	43,59	5.274	29,83	12.980	73,42
Canarias	26.300	2,15	20.194	76,78	11.491	56,90	4.913	24,33	16.404	81,23
Cantabria	19.539	1,60	19.442	99,50	8.228	42,32	5.442	27,99	13.670	70,31
Castilla-La Mancha	67.449	5,51	60.958	90,38	29.587	48,54	15.747	25,83	45.334	74,37
Castilla y León	70.452	5,76	60.075	85,27	25.088	41,76	16.186	26,94	41.274	68,70
Cataluña	189.187	15,46	187.143	98,92	82.855	44,27	55.278	29,54	138.133	73,81
Comunidad Valenciana	91.522	7,48	87.805	95,94	34.642	39,45	25.011	28,48	59.653	67,94
Extremadura	33.792	2,76	26.561	78,60	12.821	48,27	6.298	23,71	19.119	71,98
Galicia	64.328	5,26	60.108	93,44	30.079	50,04	16.916	28,14	46.995	78,18
Madrid	66.300	5,42	65.579	98,91	32.016	48,82	19.004	28,98	51.020	77,80
Murcia	39.186	3,20	35.539	90,69	15.738	44,28	9.757	27,45	25.495	71,74
Navarra	19.120	1,56	17.881	93,52	4.776	26,71	5.415	30,28	10.191	56,99
País Vasco	77.733	6,35	69.618	89,56	22.611	32,48	19.100	27,44	41.711	59,91
La Rioja	11.615	0,95	11.000	94,71	5.054	45,95	2.885	26,23	7.939	72,17
Ceuta y Melilla	3.228	0,26	2.814	87,17	909	32,30	768	27,29	1.677	59,59
Total	1.224.096	100	1.105.801	90,34	466.415	42,18	316.298	28,60	782.713	70,78

Fuente | MSPS 2009n.

Tabla 6.15 Evolución de las camas de larga estancia en funcionamiento.

Año	Camas de larga estancia en funcionamiento		Camas de larga estancia en funcionamiento por 1.000 habitantes	
	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas
1997	4.896	6.486	0,12	0,16
1998	3.847	7.571	0,10	0,19
1999	3.474	7.869	0,09	0,20
2000	3.516	7.991	0,09	0,20
2001	3.260	8.035	0,08	0,20
2002	2.950	8.178	0,07	0,20
2003	3.254	8.625	0,08	0,21
2004	3.518	9.367	0,08	0,22
2005	3.765	9.001	0,09	0,21
2006	3.302	9.256	0,07	0,21
2007	3.280	9.860	0,07	0,22

Fuente | ESCRI 2008, en MSPS 2010c.

6.9 Cuidados paliativos

Según datos de 2004, entre el 50% y el 60% de las defunciones en España se debieron al cáncer o a la evolución de enfermedades crónicas y, por lo tanto, técnicamente estos pacientes fueron los que precisaron cuidados paliativos (MSPS 2007). La Ley General de Sanidad de 1986, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003 y el Real Decreto de 2006 que establece la cartera de servicios comunes del SNS reconocen la atención paliativa como una parte fundamental de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. En el marco del Plan de Calidad del SNS, en 2006 se aprobó la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS, mientras que, en 2009, GuíaSalud, el organismo encargado de la elaboración de guías de práctica clínica (véase el Capítulo 4), publicó una guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. La Estrategia en Cuidados Paliativos se evaluó en 2008 y el informe con los resultados de la evaluación debía haberse publicado en 2009, pero la publicación del mismo se ha aplazado sine die.

En 2008 el Parlamento Europeo publicó un informe sobre cuidados paliativos en los Estados miembros, que clasificó a España en el séptimo lugar de los 23 Estados miembros (Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria del Parlamento Europeo 2008). No obstante, el informe señalaba un problema importante en los cuidados paliativos en España, relativo a la heterogeneidad de los sistemas de las distintas comunidades autónomas. Esta conclusión está plenamente en consonancia con la opinión de consenso de los expertos nacionales, que precisamente sirvió de impulso para el desarrollo de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS. La estimación global de los recursos disponibles incluía unas 1.098 camas de cuidados paliativos, distribuidas en 95 unidades en régimen de internado, 27 equipos de apoyo hospitalarios, 139 equipos de asistencia domiciliaria, 28 centros de día y dos servicios pediátricos, que sumaban un total de 350 unidades especializadas en cuidados paliativos (datos de 2006 utilizados en el informe del Parlamento Europeo). Datos más recientes de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Pascual y Rocafort 2009) indican un incremento de las unidades específicas, hasta aproximadamente 450 en todo el país. Sin embargo, la distribución está muy lejos de ser uniforme. Comunidades autónomas con un elevado desarrollo de esta atención, como Cataluña y Extremadura, coexisten con regiones con un desarrollo

medio, como el País Vasco y Cantabria, y unas pocas comunidades autónomas con un desarrollo relativamente escaso, como es el caso de Galicia.

Aproximadamente 1.600 profesionales trabajan en este campo. De ellos, unos 500 son médicos y cerca de 800 son profesionales de la enfermería. Asimismo, más de 100 psicólogos se dedican a atender las necesidades emocionales de estos pacientes y sus cuidadores. Nueve universidades ofrecen contenidos sobre medicina paliativa en sus facultades de Medicina y aproximadamente la mitad de las escuelas de Enfermería ofrecen también contenidos sobre este ámbito (normalmente optativos) durante los estudios de la diplomatura. Por el momento no hay en España ningún programa de doctorado sobre cuidados paliativos, aunque sí existen seis másteres, y los programas académicos de varias especialidades, como la oncología, incluyen contenidos sobre cuidados paliativos.

Asimismo, las familias (sobre todo las mujeres) tienen un papel preeminente en la atención a sus familiares dependientes y la legislación reciente en este ámbito, como la Ley 39/2006 que regula el SAAD, ha comenzado a abordar esta realidad (véase la Sección 6.8 *Atención prolongada y servicios sociales*), ofreciendo ayuda financiera a los familiares y cuidadores de personas dependientes.

En términos económicos, el SNS cubre tan solo entre el 60% y el 65% de los costes de los cuidados paliativos. El porcentaje restante lo financian entidades privadas, en la mayoría de los casos entidades sin ánimo de lucro como la Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer, que obtienen los fondos de muy diversas fuentes.

Ante este panorama, la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS se concibió para organizar y establecer estándares homogéneos de cuidados paliativos en todo el territorio nacional, garantizando un servicio mínimo a toda la población. Puesto que el informe de evaluación no se ha publicado, los datos disponibles se refieren a la situación anterior a la implantación de la Estrategia y no reflejan la posible incidencia de la misma. Los resultados de la evaluación se han dado a conocer de forma oficiosa en publicaciones especializadas nacionales (Pascual y Rocafort 2009) e indican que la mayoría de las comunidades autónomas han elaborado o iniciado la elaboración de un plan o programa regional de cuidados paliativos y que las distintas administraciones han llegado a un consenso sobre el modelo organizativo necesario para garantizar la disponibilidad de equipos de apoyo domiciliario y unidades hospitalarias especializadas en todas las áreas de salud.

6.10 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. Se puede definir como la historia de un cambio paradigmático, el que supuso el paso de la custodia de las personas con enfermedades mentales a la atención a la salud de los pacientes con trastornos mentales, sin olvidar otro avance adicional, que ha permitido pasar desde la restricción de movimientos con supervisión clínica a la atención comunitaria, la reinserción y el apoyo a la autonomía (a lo que ha contribuido la disponibilidad de nuevos tratamientos farmacológicos).

Hasta los años 70, la atención a los trastornos mentales crónicos se caracterizaba en España por una excesiva hospitalización (en centros que con frecuencia eran enormes psiquiátricos), una provisión insuficiente de atención ambulatoria y una notable carencia de recursos de servicios sociales. Otra característica agravaba aún más la situación: a

mediados de los años 80, una serie de organismos públicos de distintas administraciones e instituciones religiosas gestionaban diversas redes paralelas, sin ningún tipo de coordinación entre ellas, que prestaban algún tipo de atención a personas con enfermedades mentales (véase el Capítulo 2 para una descripción del contexto general).

El movimiento de la antipsiquiatría y el que promulgaba la atención comunitaria en los años 70 también tuvieron eco en España. En un primer momento, la evolución partió de algunos equipos de salud mental innovadores, que comenzaron a poner en práctica en el ámbito local un modelo comunitario del tratamiento de la salud mental. Las unidades piloto especializadas contrastaban vivamente con la “red de salud mental” existente, muy centrada en la hospitalización psiquiátrica. El inmediato éxito y el incremento de la demanda que experimentaron estos equipos demostraron claramente la existencia de grandes necesidades que no estaban siendo atendidas (García, Espino y Lara 1998; Lara 2005).

La reforma sistemática de la psiquiatría en España comenzó en 1983 con la creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. A este organismo se encomendó la labor de establecer el marco y los criterios para la reforma de los servicios psiquiátricos. 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, conjuntamente con el resto de servicios sanitarios. Desde entonces se han producido varios hitos en el proceso de reforma que merecen ser destacados, como la Ley General de Sanidad de 1986, que confirmó que los pacientes mentales debían ser considerados usuarios de igual manera que cualquier otro paciente y estableció disposiciones para la integración de las diversas redes de salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud. También merece especial mención el Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS, que incluía por primera vez una definición de salud mental, además de establecer un contenido explícito para la atención a la salud mental y la atención psiquiátrica. El Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS también incluye la salud mental y la prevención en los servicios comunes. Además de las prestaciones ya incluidas en la cartera de 1995 (el diagnóstico y seguimiento de los trastornos mentales; la psicofarmacoterapia; psicoterapias individuales, de grupo o familiares – excepto el psicoanálisis y la hipnosis; la terapia electroconvulsiva; y, en su caso, la hospitalización), la cartera de servicios comunes recalca especialmente la incorporación de elementos de salud mental en la atención primaria (véase la descripción de la cartera de servicios comunes de atención primaria) y enfatiza la continuidad asistencial, que debe mejorarse mediante las siguientes actuaciones de atención a la salud mental:

- actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios, la sociedad civil y los centros educativos;
- diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise;
- diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación;
- diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos el alcoholismo y las ludopatías;

- diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables;
- atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social; y
- información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador principal.

La Estrategia en Salud Mental del SNS presentada en 2007 (en virtud de lo previsto en el Plan de Calidad del SNS) puede considerarse el último hito en el camino de la reforma. Una amplia variedad de actores, entre los que cabe citar a sociedades científicas, grupos de defensa de los pacientes, autoridades públicas y empresas farmacéuticas, participaron en la elaboración de esta Estrategia, que aplica los principios de la Declaración de Helsinki firmada en 2005 por los Ministros de Sanidad de los países de la Región Europea de la OMS, que se comprometieron así con el cumplimiento del objetivo de mejorar la salud mental en Europa.

Existe un consenso general sobre los logros del proceso de reforma:

- los servicios de atención a la salud mental se han territorializado, junto con el resto de servicios sanitarios;
- la atención a la salud mental se ha integrado plenamente en la red sanitaria, lo que ha contribuido significativamente a mejorar tanto la calidad de los servicios como la percepción social de los trastornos mentales;
- el número de camas psiquiátricas en hospitales monográficos ha experimentado un descenso espectacular, dando paso a camas integradas en la red de hospitales generales;
- se ha desarrollado una red de atención comunitaria a la salud mental en todo el país;
- se ha regulado la formación de los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras de salud mental); y
- todas las comunidades autónomas han implantado un plan de salud mental en su territorio.

Sin embargo, tal como destaca el diagnóstico de la situación que se incluye en la Estrategia en Salud Mental del SNS de 2007, todavía es preciso hallar una solución para varios problemas:

- la insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental;
- la insuficiencia de los recursos de rehabilitación, atención intermedia y reinserción social;
- faltan en algunos territorios programas específicos de salud mental para grupos especialmente vulnerables, como niños, adolescentes, ancianos, inmigrantes y presos, y los que existen presentan niveles de implantación variables;
- falta una oferta más equitativa de servicios de salud mental y mayor colaboración entre comunidades autónomas y otras administraciones;

- la red de atención a las drogodependencias no está integrada todavía en la red general de atención;
- los sistemas de información de atención a la salud mental son muy deficientes y no están debidamente coordinados;
- falta una evaluación sistemática adecuada de los servicios de atención a la salud mental;
- se precisa una articulación más transversal y cooperativa de la red de salud mental en el ámbito del área sanitaria (atención primaria, atención especializada, rehabilitación y servicios sociales), con el fin de garantizar la continuidad y la integridad de la atención teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada paciente; y
- el desarrollo de los aspectos de prevención y promoción de la salud mental y de la evaluación de este trabajo en la comunidad es insuficiente.

Con el fin de abordar estas deficiencias, la Estrategia propone seis líneas estratégicas con objetivos generales y recomendaciones para su cumplimiento:

1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y el suicidio y erradicación del estigma asociado a las personas con trastornos mentales.

Objetivo 1: promover la salud mental de la población general y de grupos específicos.

Objetivo 2: prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general.

Objetivo 3: erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

2. Mejorar la equidad y la calidad de la atención a los problemas de salud mental e implantar procedimientos de contención que garanticen el respeto de los derechos y la dignidad del paciente; esto afecta a la hospitalización involuntaria, el tratamiento forzoso y las medidas de contención física⁹.

Objetivo 4: mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental, con la implantación efectiva por parte de las comunidades autónomas de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios comunes y de guías integradas de práctica clínica basadas en la evidencia.

Objetivo 5: implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes.

⁹ En el ámbito de la protección contra tratamientos obligatorios inapropiados y/o la retención de los pacientes, la Ley 13/1983 estableció que el tratamiento y la hospitalización obligatorios deben ser ordenados por un juez. Cuando es preciso el tratamiento urgente, el plazo máximo para la obtención de una autorización judicial es de 24 horas; en caso contrario, se debe respetar la voluntad del paciente y seguir el procedimiento habitual de solicitud de autorización judicial. La familia no tiene ninguna facultad legal, salvo que el juez declare al paciente incapacitado para decidir por sí mismo/a (en cuyo caso el juez designa un tutor).

3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.

Objetivo 6: promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

Objetivo 7: promover la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y los profesionales en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma.

4. Formación específica del personal sanitario e incremento del personal especializado.

Objetivo 8: potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

5. Investigación en salud mental.

Objetivo 9: potenciar la capacidad y la producción de la investigación en salud mental.

6. Sistemas de información y evaluación.

Objetivo 10: mejorar el conocimiento sobre la salud mental de la población y la atención prestada por el SNS.

La evaluación de esta Estrategia se programó para 2009 y tenía por fin monitorizar su implantación y evaluar su impacto. La Estrategia en Salud Mental del SNS 2009–2013 debía basarse en los resultados de dicha evaluación. En el marco de la evaluación se analizó el impacto poblacional, utilizando una serie de indicadores seleccionados por el Comité Científico (véase la [Tabla 6.16](#)), así como el nivel de cumplimiento de cada uno de los objetivos, para lo cual se llevó a cabo una evaluación cualitativa mediante un cuestionario remitido a las 17 comunidades autónomas. La evaluación mostró, en términos generales, que el nivel de cumplimiento de los objetivos (incluido el de impacto poblacional) era moderado y presentaba variaciones entre las distintas comunidades autónomas. Sólo tres objetivos relativos a la participación, la formación de los profesionales y la investigación se clasificaron como objetivos plenamente logrados. El resto de los objetivos se encontraban en las fases de cumplimiento iniciado o parcialmente logrado. Ninguno de los objetivos relacionados con la población o la atención a los usuarios se consideró cumplido.

La evaluación concluía con una serie de propuestas para la Estrategia en Salud Mental del SNS 2009–2013, entre las que se incluían las siguientes:

- una revisión de los objetivos, añadiendo a los iniciales varios indicadores operativos como, entre otros, la inclusión de la perspectiva de género;
- la adecuación de los sistemas de información de las comunidades autónomas y del MSPS para poder evaluar la Estrategia, sobre todo en lo que

corresponde a morbilidad atendida, datos de farmacia y dispositivos de salud mental disponibles;

- la inclusión de nuevos indicadores que midan los recursos humanos del modelo comunitario: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras de salud mental y trabajadores sociales; y
- un incremento de la periodicidad de la evaluación de dos a cuatro años, puesto que se consideraba que esta periodicidad es más adecuada para la detección de tendencias.

Tabla 6.16 Estrategia en Salud Mental del SNS, indicadores de 2007-2009.

Líneas estratégicas	Indicadores	Fuentes
1. Promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y erradicación del estigma	Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental	ENSE
	Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	ENSE
	Porcentaje de personas que declaran consumir drogas	EDADES
	Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas	ESTUDES
	Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol	ENSE
	Tasa de alta por autolesiones	CMBD
	Tasa de mortalidad por suicidio	INE
	Camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes	ESCRI
	Camas en hospitales monográficos por 100.000 habitantes	ESCRI
	Apoyo social y familiar	ENSE
	Discapacidad atribuida a trastorno mental	EDDES
2. Atención a la salud mental	Guías integradas de práctica clínica con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS	Guía Salud
	Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos	SI-CF
	Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos	SI-CF
	Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas	SI-CF
	Porcentaje de reingresos	CMBD
	Morbilidad atendida	CC.AA
	Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios	II.PP.
3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional	Mapa de dispositivos de salud mental	SIAP-SM
	Ratio de psiquiatras por población	ESCRI
4. Formación	Informe cualitativo	
5. Investigación	Número de proyectos de investigación	ISCIII
	Red de investigación en salud mental	ISCIII
6. Sistema de información	Informe	Instituto de Información Sanitaria – MSPS

Observaciones	ENSE: Encuesta Nacional de Salud; EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España; ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias; CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos; INE: Instituto Nacional de Estadística; ESCRI: Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento; EDDDES: Encuesta de discapacidades, deficiencia y estado de salud; GuíaSalud: desarrollo, evaluación y divulgación de guías de práctica clínica del SNS; SI-CF: Sistema de información de consumo farmacéutico del SNS; CC.AA: informes de las comunidades autónomas; II.PP: Instituciones Penitenciarias; SIAP-SM: datos del TSI del Sistema de Información de Atención Primaria – Salud Mental; ISCIII: Instituto de Salud Carlos III.
Fuente	Reproducido de Gómez Beneyto et al. 2010.

Uno de los principales obstáculos identificados para la implantación y evaluación de la Estrategia fue la existencia de sistemas de información deficientes. Por lo tanto, se concentrarán esfuerzos en la implantación de sistemas de información adecuados.

En la [Tabla 6.17](#) y la [Tabla 6.18](#) se resume el tipo de recursos disponibles en las comunidades autónomas (excepto Asturias, Cantabria e INGESA), tanto hospitalarios como comunitarios. La fuente escogida no incluye datos de las comunidades autónomas de Asturias y Cantabria. Sin embargo, se considera el *proxy* más detallado y actualizado de información sobre recursos de salud mental.

Tabla 6.17 Red comunitaria de atención a la salud mental: distribución de recursos asistenciales, año 2007.

CC.AA.	Unidades/centros de salud mental		Centros de rehabilitación psicosocial		Rehabilitación laboral (plazas)
	Adultos(a)	Niños/adolescentes	Centros	Tasa x 100.000 habitantes	
Andalucía	72	14	9	0,11	–
Aragón	20	8	21	1,62	–
Madrid	15	36	62	1,02	938
Murcia	36	9	5	0,36	150
Comunidad Valenciana	14	22	14	0,29	–
Castilla-La Mancha	58	7	19	0,96	–
Castilla y León	6	9	11	0,44	–
Cataluña	21	70	60	0,83	484
Extremadura	36	3	6	0,55	–
Galicia	69	7	26	0,94	0
Baleares	15	4	5	0,49	–
Canarias	35	2	19	0,94	197
La Rioja	8	1	1	0,32	–
Navarra	22	–	1	0,17	–
País Vasco	39	9	22	1,03	–
Total	466	155	175	–	–
Media	31,07	11,07	11,67	0,67	–
Desviación estándar	21,11	18,76	20,24	0,42	–
Observaciones	(a) cifras de 2005.				
Fuente	Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009.				

Tabla 6.18 Red hospitalaria de atención a la salud mental: distribución de recursos asistenciales, año 2007.

	Unidades de hospitalización breve/agudos				Hospital de día					Unidades hospitalarias de rehabilitación		Unidades de larga estancia	
	Unidades	Tasa por 100.000 habitantes	Camas adultos	Camas niños y adolescentes	Unidades	Plazas adultos	Tasa por 100.000 habitantes	Plazas niños y adolescentes	Tasa por 100.000 habitantes	Camas	Tasa por 100.000 habitantes	Camas	Tasa por 100.000 habitantes
Andalucía	19	0,24	–	39 ^a	11	260	3,23	252	3,13	280	3,47	–	–
Aragón	6	0,46	–	–	2	30	2,31	–	–	567	43,73	164	12,65
Madrid	16	0,23	55	39	13	320	5,26	170	2,80	190	3,12	746	12,27
Murcia	5	0,36	12	–	–	–	–	18	1,29	114	8,19	–	–
Comunidad Valenciana	19	0,35	16	5	4	90	1,84	–	–	119	2,44	220	4,50
Castilla-La Mancha	6	0,30	14	–	5	90	4,55	40	2,02	125	6,32	242	12,24
Castilla y León	11	0,40	30	8	5	90	3,56	–	–	290	11,47	94	3,72
Cataluña	17	0,24	87	72	26	619	8,58	388	5,38	452	6,27	2,624	36,39
Extremadura	2	0,18	180	–	–	–	–	–	–	124	11,38	–	–
Galicia	9	0,32	–	–	7	135	4,87	–	–	161	5,81	560	20,20
Baleares	7	0,58	8	6	5	78	7,57	–	–	55	5,34	23	2,23
Canarias	7	0,35	12	4 ^b	–	–	–	90	4,44	208	10,27	–	–
La Rioja	1	0,32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Navarra	3	0,33	–	4	3	50	8,25	–	–	16	2,64	210	34,66
País Vasco	8	0,23	9	20	21	527	24,60	13	0,61	466	21,76	1,114	52,01
Total	136	0,40	272	137	83	1.411,02	22,76	171,92	4,77	2.724,18	41,29	3.090,94	52,01
Media	17,27	0,33	27,20	17,13	7,55	128,27	6,78	24,56	2,81	194,58	10,16	309,09	19,09
Desviación estándar	10,87	0,10	56,93	23,99	8,04	218,32	6,34	186,93	1,69	168,65	10,92	845,38	16,65
Observaciones	(a) camas psiquiátricas y pediátricas; (b) camas pediátricas.												
Fuente	Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009.												

Por hospital psiquiátrico de día se entiende un recurso asistencial que proporciona tratamiento activo a pacientes con trastornos mentales en régimen de hospitalización parcial (de día) (véase la definición en el epígrafe *Atención ambulatoria de día* de la Sección 6.4 *Atención secundaria/hospitalaria*). El tratamiento activo se entiende como el uso terapéutico del espacio y el tiempo, integrando una serie de actividades terapéuticas dirigidas por un equipo multidisciplinar, con el objetivo de mejorar la autonomía del paciente. Normalmente, un paciente recibe como mínimo 20 horas de atención semanal. La atención está dirigida a pacientes con trastornos mentales graves (excepto desórdenes de la personalidad, conductas psicopáticas graves, comorbilidad con discapacidad psíquica, consumo de drogas psicotrópicas que puedan interferir con la terapia y que puedan tener un riesgo inmediato de suicidio) en el tramo de edad 18–65.

Este tipo de atención debe diferenciarse del resto de recursos de atención a la salud mental y servicios sociales que se enumeran a continuación.

- Centros de atención ambulatoria: los que proporcionan tratamiento inmediato y seguimiento a pacientes psiquiátricos, como las clínicas de litio o los programas de neurolépticos de depósito. Los hospitales de día psiquiátricos pueden contar con estos programas dentro de su oferta, pero el enfoque terapéutico es más amplio, intensivo y estructurado y limitado en el tiempo, con el fin de proporcionar una continuidad asistencial y una transición fácil a la comunidad.
- Centros de rehabilitación ambulatoria: proporcionan un programa de rehabilitación a los pacientes estabilizados.
- Centros psicosociales: centrados en actividades de ocio y resocialización de los pacientes estabilizados que viven en la comunidad.
- Centros de reinserción laboral.

7 Principales reformas sanitarias

7.1 Análisis de las reformas más recientes

La evolución del Sistema Nacional de Salud moderno, que comenzó con la llegada de la democracia a finales de los años 70 del pasado siglo, se ha expuesto ampliamente en el Capítulo 2. Las reformas sanitarias de la década de los 80 tuvieron como principal objetivo la ampliación de la cobertura y del acceso a los servicios sanitarios, completando así la transición desde un sistema de seguridad social restringido heredado del régimen franquista hasta un servicio nacional de salud de cobertura universal financiado a través de impuestos. Como consecuencia del contexto económico imperante en los años 90, las reformas de esta década se centraron en la contención de los costes y la innovación en la gestión, con cierto retraso con respecto al resto de países occidentales, pero siguiendo prácticamente la misma línea. El presente capítulo se centra en las reformas más recientes, las que se pusieron en práctica en la primera década del siglo XXI, que son bastante distintas, tanto por su naturaleza como por su finalidad, de los anteriores esfuerzos reformistas.

El lema de las reformas de la última década podría ser “coordinación y cohesión tras la descentralización”. La finalización del traspaso pleno de las competencias en materia de salud a las comunidades autónomas se tradujo en una búsqueda de mecanismos para equilibrar la tensión entre la federalización (política basada en intereses regionales) y un punto de vista nacional coherente que garantice la igualdad de derechos de los españoles con independencia de comunidad autónoma en la que residan. Probablemente éste sea uno de los aspectos más llamativos de este proceso de reforma: parece que la organización de la coordinación y la cohesión ha sido una prioridad a posteriori, impuesta por la realidad de los hechos, y no una condición previa integrada en el proceso de transferencia de las competencias. De hecho, el momento en que se tomaron las decisiones políticas clave denota que el enfoque de la reforma tiene un carácter más reactivo que proactivo. La cronología de las medidas políticas y normativas puede ilustrar este punto ([Cuadro 7.1](#)). En los párrafos siguientes analizamos más detenidamente este aspecto, centrándonos en cuatro cuestiones que son vitales para conseguir llevar a cabo un proceso de descentralización que también garantice la equidad en todo el país:

- creación de organismos y herramientas de gobierno adaptados a la nueva arquitectura “federal”;
- definición de la cartera de servicios comunes;
- asignación y distribución de fondos para ayudar a las administraciones regionales a asumir las competencias traspasadas; y
- diseño de un sistema nacional de información, que abarque tanto el nivel autonómico como el nacional y que dote de transparencia al seguimiento de los resultados y a la distribución de recursos en todo el territorio nacional.

Estos cuatro elementos se detectan claramente en las reformas realizadas en España durante los últimos diez años y en el presente capítulo vamos a utilizarlos como guía a la hora de describir el proceso y su cronología.

Cuadro 7.1 Cronología de las medidas normativas y políticas en el SNS, 2000–2010.

Año	Medidas
2000	Siete comunidades autónomas (que reúnen dos tercios de la población española) tenían ya plenas competencias en salud financiadas mediante fondos finalistas transferidos por la administración estatal; los otros diez sistemas sanitarios regionales los gestionaba centralmente el INSALUD, dependiente del Ministerio de Sanidad.
2001	Como parte de los preparativos para la preceptiva transferencia de las competencias del INSALUD a las comunidades autónomas, se aprobó un nuevo marco jurídico para la financiación de las comunidades autónomas (LOFCA 2001). La principal característica de este marco era la integración de la financiación sanitaria en el sistema general de financiación de las comunidades autónomas. También se introdujo el principio de corresponsabilidad fiscal, mediante la cesión de determinados impuestos a las administraciones autonómicas (véase el Capítulo 3, en el que se ofrece una exhaustiva descripción del sistema).
2002	Transferencia de las competencias del INSALUD a las diez comunidades autónomas restantes. Finalización del proceso de transferencia de las competencias sanitarias.
2003	Aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS; regulación de los órganos de gobierno e instrumentos del SNS. Resurgimiento del CISNS como máximo órgano de coordinación. Definición de la cartera de servicios comunes del SNS, así como de sus procedimientos de revisión y actualización, y algunas medidas para promover la concentración y economías de escala en la provisión de prestaciones muy sofisticadas incluidas en la cartera de servicios comunes. Aunque ya estaba previsto en la Ley de 2003, fueron necesarios cuatro años desde la finalización de las transferencias para que se alcanzara este acuerdo.
2006	Lanzamiento del Plan de Calidad del SNS (también previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS), que incluía: - el plan nacional de eSalud denominado Sanidad en línea y el Sistema de información sanitaria del SNS - la prescripción y el uso racionales de medicamentos - la ETS: red de agencias - Proyecto AP21 (Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI): destinado a reforzar la atención primaria como piedra angular de la capacidad de resolución y dar mayor relieve a la evaluación y la medición de resultados - Estrategia de recursos humanos del SNS.
2008	Pacto por la Sanidad
2009	Nueva LOFCA.
2010	Acuerdo del CISNS del 18 de marzo de 2010: “Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”.

Creación de organismos y herramientas de gobierno adaptados a la nueva arquitectura “federal”

A comienzos de la primera década del siglo XXI, cuando estaba a punto de completarse el proceso de transferencia de competencias, se necesitaba con urgencia un nuevo marco de gobierno. El papel de los principales actores del sistema, las administraciones central y autonómicas, debía ser objeto de cambios muy profundos para adaptarlo a la nueva situación. Por una parte, el Ministerio de Sanidad perdió su principal razón de ser hasta la fecha: encargarse de la regulación, planificación, titularidad y gestión directa del SNS en la mayor parte del territorio español. Su nueva función no se definió explícitamente hasta la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, un año después de que se completara la descentralización. Esta Ley establece para el Ministerio de Sanidad una función de autoridad supervisora, garante de derechos, pero sin capacidad ejecutiva sobre la organización y gestión diaria de los 17 sistemas regionales. Por lo tanto, era preciso desarrollar una nueva cultura de gobierno, dotada de nuevos mecanismos y alejada de la línea jerárquica aplicada hasta entonces. Por otra parte, las comunidades autónomas se

mostraron más que dispuestas a asumir sus nuevas responsabilidades pero, en cierta medida, también reticentes a soportar los riesgos económicos y políticos derivados de ellas; también en este lado de la ecuación se necesitaba una transición cultural para la asunción de la responsabilidad plena.

La Ley indicó el camino a seguir, estableciendo la gestión del conocimiento y el consenso como pilares básicos del gobierno del SNS. El CISNS renació como máxima autoridad de coordinación del SNS. La composición y el funcionamiento del CISNS¹ se modificaron a tal efecto, con una reducción de la representación del Ministerio a fin de equipararla con la de cada una de las comunidades autónomas (un alto representante por administración, que puede ser la máxima autoridad del Ministerio o consejería o su inferior inmediato). Al Ministerio de Sanidad se le asignó un mandato subordinado al CISNS. Los nuevos departamentos creados en el Ministerio (la Agencia de Calidad del SNS, que comprende el Instituto de Información Sanitaria, el Observatorio del SNS y la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad), junto con los departamentos que ya existían pero que fueron remodelados (la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, la Dirección General de Farmacia, etc.) tenían la finalidad de contribuir a la toma de decisiones en el seno del CISNS. La creación de comisiones temáticas, comités y grupos de trabajo bajo los auspicios del CISNS comenzó a ser el método preferente para abordar aspectos fundamentales del SNS, como los recursos humanos, la política farmacéutica, la cartera de servicios, los sistemas de información, la salud pública, etc. (véase la [Tabla 2.1](#) en la que se enumeran los grupos de trabajo activos en 2008). Todos estos grupos de trabajo están integrados por expertos y funcionarios de alto nivel con responsabilidades en el ámbito correspondiente de todas las comunidades autónomas²; en función del tema a tratar, distintos departamentos del Ministerio de Sanidad asumen la secretaría del grupo. Este formato de generación de evidencia, establecido por la Ley de Cohesión y Calidad, conlleva el uso de *know-how* regional y la búsqueda de consenso técnico en todo el SNS antes de la presentación ante el CISNS de la decisión política que debe adoptarse. Los resultados de los análisis realizados y de las recomendaciones derivadas de éstos se presentan al CISNS en sesión plenaria para su aprobación y, en su caso, su adopción. El mecanismo de decisión del CISNS es el consenso. Por lo tanto, las comunidades autónomas tienen libertad para decidir si implementan las recomendaciones emitidas por el Consejo. No obstante, los acuerdos firmados tienen más fuerza vinculante y con frecuencia se convierten en disposiciones normativas nacionales, de cumplimiento obligatorio para las comunidades autónomas.

En este contexto, la función del Ministerio es doble:

- proponer y coordinar el desarrollo de líneas de trabajo teniendo en cuenta la agenda del CISNS y a la vez conformándola; y
- promover y supervisar la aplicación voluntaria de las recomendaciones y el cumplimiento de los acuerdos por parte de las comunidades autónomas.

El marco de gobierno descrito incluye otro instrumento, el Plan de Calidad del SNS, puesto en marcha en 2005 bajo los auspicios de la Conferencia de Presidentes

¹ Véase el Capítulo 2, en el que se describe exhaustivamente el funcionamiento del CISNS.

² Todas las comunidades autónomas están invitadas y la participación en cada grupo de trabajo es voluntaria. El grado de implicación de las distintas comunidades autónomas puede variar dependiendo del tema, pero en condiciones normales la totalidad o una gran mayoría de las 17 consejerías regionales optan por participar, asignando expertos y representantes a cada comisión.

Autonómicos. Su contenido, sus implicaciones y su funcionamiento se han descrito ampliamente en el epígrafe *Regulación de la calidad asistencial* de la Sección 4.1 *Regulación* y en la Sección 2.3 *Descripción de la estructura organizativa*. Conviene destacar que esta herramienta se ha utilizado para articular la mayor parte de las líneas de trabajo conjunto relevantes en el SNS. Además de ser la principal herramienta para el establecimiento y la divulgación de normas de calidad y estándares de práctica, indicadores, guías de práctica clínica, registros de buenas prácticas y registros de acontecimientos adversos, el Plan tiene consecuencias de primer orden en ámbitos cruciales como los sistemas de información, las estrategias en salud del SNS, la reorganización de la atención, los recursos humanos, etc.

Definición de la cartera de servicios comunes

Además de fijar las normas y el papel de los actores en el nuevo Sistema Nacional de Salud plenamente descentralizado, la Ley de Cohesión y Calidad preveía la definición de la cartera de servicios comunes del SNS, considerada el conjunto de derechos básicos en materia sanitaria de todos los españoles. La cartera de prestaciones vigente databa de 1995, cuando la mayor parte del SNS seguía formando parte del INSALUD y en aquel momento se concibió más como un catálogo de servicios que como un conjunto de derechos básicos comunes. A lo largo de los años, las comunidades autónomas habían introducido nuevas prestaciones en sus respectivos territorios, por lo que las prestaciones disponibles para los ciudadanos en las distintas regiones presentaban cierto grado de disparidad. La nueva cartera de servicios que preveía la Ley de Cohesión y Calidad del SNS debía ser lo suficientemente amplia para incluir todos los servicios enumerados en el catálogo de 1995 y las nuevas prestaciones que se habían consolidado desde entonces. La Ley también abordaba la modernización de determinados conceptos, como las prestaciones de salud pública. La otra innovación era el establecimiento de un procedimiento de actualización acordado de la cartera de servicios que regulaba explícitamente los mecanismos y requisitos para la inclusión de nuevas prestaciones en la cartera de servicios comunes. Se encomendó al CISNS la tarea de llegar a un acuerdo sobre el contenido de la cartera de servicios comunes y de establecer el procedimiento para su actualización. La Comisión Delegada del CISNS se reunió en 2004 con el fin de elaborar la propuesta, que finalmente aprobó el Consejo en 2006 y que se materializó en el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

El contenido de la cartera de servicios comunes se ha descrito ya exhaustivamente en el Capítulo 3 y en el Capítulo 6. Sin embargo, en este punto nos parece oportuno presentar una descripción de los procedimientos que rigen su aplicación en virtud de lo previsto en el Real Decreto.

Se espera que las comunidades autónomas desarrollen sus propias carteras de servicios, que deben incluir, como mínimo, los recogidos en la cartera de servicios comunes. En el caso de algunas prestaciones, esto puede conllevar la reorganización o ampliación de los servicios sanitarios en algunas comunidades autónomas. Así, en los últimos cuatro años varias comunidades autónomas han publicado su cartera de servicios detallada. Los servicios autonómicos de salud que no pueden prestar en su territorio alguno de los servicios incluidos en la cartera de servicios comunes están obligados a establecer mecanismos para que otro servicio de salud regional preste ese servicio a todos los pacientes de su comunidad autónoma que lo necesiten (véase el

epígrafe *Cartera de servicios* de la Sección 3.2 *Cobertura de la población y derecho a la asistencia* y el epígrafe *Atención sanitaria transfronteriza* de la Sección 2.4 *Empoderamiento de los pacientes*). La compensación financiera por estos servicios se realiza a través de fondos específicos (véase más adelante). Además, la cartera de servicios comunes incluye servicios de gran complejidad técnica para patologías graves que deben prestar los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) establecidos a escala nacional (véase el Capítulo 3 y el epígrafe *Regulación de la calidad asistencial* de la Sección 4.1 *Regulación*). El Comité de Designación (en el que están representadas todas las administraciones) ha elaborado los criterios de selección de procedimientos y de acreditación de CSUR. Hasta la fecha, se han establecido 44 procedimientos o patologías para los que es necesario designar CSUR (MSPS 2009b), entre los que se incluyen trasplantes complejos, enfermedades raras, pacientes con quemaduras críticas, etc. El Fondo de Cohesión Sanitaria financia directamente el coste de estos servicios.

En cuanto al procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes, la normativa prescribe explícitamente la evaluación de cualquier tecnología cuya inclusión se haya propuesto y hace también especial hincapié en la necesidad de incluir elementos de costes en la evaluación, lo que supone un avance hacia un marco de evaluación basado en la relación entre coste y efectividad. Los criterios para que una nueva tecnología, técnica o procedimiento se considere relevante para la evaluación incluyen los siguientes:

- representar una aportación sustancialmente novedosa a la prevención, al diagnóstico, a la terapéutica, a la rehabilitación, a la mejora de la esperanza de vida o a la eliminación del dolor y el sufrimiento;
- ser nuevas indicaciones de equipos o productos ya existentes;
- requerir para su aplicación nuevos equipos específicos;
- modificar de modo significativo las formas o sistemas organizativos de atención a los pacientes;
- afectar a amplios sectores de población o a grupos de riesgo;
- suponer un impacto económico significativo en el Sistema Nacional de Salud;
- y
- que exista un riesgo para los usuarios o profesionales sanitarios o el medio ambiente.

La responsabilidad sobre el proceso de actualización de la cartera de servicios se ha encomendado a la Comisión Permanente de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones. Esta Comisión está integrada por responsables de la cartera de servicios de cada una de las comunidades autónomas (incluido el INGESA, que gestiona las dos ciudades autónomas del norte de África), de la mutualidad de funcionarios MUFACE y del Ministerio (la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección coordina esta Comisión, en la que, sin embargo, participan también otros departamentos con responsabilidades en el ámbito de servicios concretos, como la Dirección General de Farmacia, la Dirección General de Salud Pública, etc.).

Tanto las comunidades autónomas como la administración central pueden presentar propuestas para la inclusión de nuevas prestaciones, con el respaldo de una memoria técnica de evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en colaboración con la red de agencias de ETS autonómicas. El resultado de esta evaluación se comunica a la Comisión Permanente de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones,

que presentará la propuesta que corresponda al CISNS, organismos que tomará la decisión definitiva en sesión plenaria. Dependiendo de la incidencia presupuestaria que se calcule que tendrá la inclusión de la nueva prestación, se puede solicitar la participación del Consejo de Política Fiscal y Financiera (integrado por las autoridades económicas nacionales y autonómicas).

Todo este proceso cuenta con el apoyo de un sistema de información específico de reciente creación y radicado en el Ministerio, que contiene información actualizada sobre las prestaciones incluidas en la cartera de servicios comunes del SNS, las recogidas en cada comunidad autónoma y la cartera de prestaciones de MUFACE. Aunque en un primer momento se preveía que la información estuviera a disposición de las administraciones, los profesionales y los ciudadanos en general, en la actualidad el acceso está restringido a usuarios autorizados de las distintas administraciones. Como consecuencia, resulta complicado facilitar información comparativa completa sobre los avances en las distintas regiones.

Asignación y distribución de fondos

La asignación de fondos a las comunidades autónomas para la financiación de las competencias transferidas de la administración central ha sido objeto de una extensa regulación. La primera norma legal data de 1980 (Ley Orgánica 8/1980, LOFCA) y se revisó en 1996, 2001 y de nuevo en diciembre de 2009 (véase la Sección 2.1 *Descripción general del sistema sanitario*, en la que se detalla la evolución del sistema).

La revisión de la LOFCA de 2001 dio lugar al primer sistema de financiación en el que se suprimieron las transferencias finalistas de fondos para sanidad y estos fondos se integraron en el sistema general de financiación (con el resto de las competencias traspasadas). Dado que el sistema aprobado en 2001 es por el que se rigió la elaboración de los presupuestos generales del Estado entre 2002 (el año en el que se completó la transferencia de competencias sanitarias) y 2010, es el sistema que se ha descrito en los Capítulos 2 y 3. Sin embargo, este régimen de financiación presentaba ciertas carencias que son precisamente las que trata de subsanar la nueva ley, aprobada en 2009 y que será de aplicación a partir de los presupuestos generales de 2011.

Tanto la Constitución española como las leyes que han revisado la LOFCA con posterioridad reconocen tres principios rectores para el sistema:

- la autonomía financiera: la capacidad de las comunidades autónomas para fijar su propio nivel de gastos e ingresos;
- la suficiencia: la garantía de que las comunidades autónomas cuentan con recursos financieros suficientes para poner en práctica las competencias que se les han transferido; y
- la solidaridad: la articulación de mecanismos destinados a redistribuir los recursos y compensar los desequilibrios económicos entre comunidades autónomas.

Las carencias detectadas en el sistema de financiación aprobado en 2001 están relacionadas con estos tres principios. En cuando al *principio de autonomía financiera*, las transferencias de fondos de la administración central tenían todavía un peso considerable en el presupuesto con el que contaban las comunidades autónomas. Así, los ingresos del Fondo de Suficiencia suponían casi el 30% de la financiación garantizada de

las comunidades autónomas, una cifra que se incrementaba hasta el 60% si se incorporaban los ingresos obtenidos con impuestos sobre los que los gobiernos autonómicos no tenían competencias (Herrero et al. 2007). En lo que respecta al *principio de suficiencia*, el criterio de asignación en función de la población ajustada³ mostraba variaciones entre comunidades autónomas, por lo que se hacía necesario perfeccionarlo. En la **Tabla 7.1** se ilustra este punto, utilizando cifras de 2003 del Ministerio de Economía y Hacienda. Con la aplicación del Fondo de Suficiencia se pretendía incrementar la convergencia de las comunidades autónomas en la asignación por unidad de necesidad (por habitante ajustado), limando las diferencias que se pueden apreciar en la columna de la izquierda. Sin embargo, aunque el ajuste aplicado para calcular la financiación real (la columna de la derecha) reducía la variabilidad hasta cerca de 1, seguían apreciándose grandes disparidades no justificadas. Por ejemplo, La Rioja contaba con una financiación 20 puntos por encima de la media, mientras que otras comunidades autónomas apenas sobrepasaban el 80% de la misma.

Tabla 7.1 Incidencia del Fondo de Suficiencia (FS) en la financiación total garantizada de las comunidades autónomas en comparación con la media nacional.

	Índice sin FS	Posición sin FS	Índice con FS	Posición con FS
Madrid	1,48	1	0,95	12
Baleares	1,39	2	0,83	15
Cataluña	1,25	3	1,00	9
Aragón	1,05	4	1,05	5
Comunidad Valenciana	1,01	5	0,92	14
Cantabria	1,01	6	1,19	2
La Rioja	1,00	7	1,20	1
Asturias	0,95	8	1,04	7
Castilla y León	0,87	9	1,06	4
Murcia	0,83	10	0,92	13
Andalucía	0,81	11	1,03	8
Galicia	0,78	12	1,05	6
Castilla-La Mancha	0,74	13	0,99	10
Extremadura	0,63	14	1,14	3
Canarias	0,41	15	0,96	11
Observaciones	Media nacional = 1; FS = Fondo de Suficiencia.			
Fuente	Reproducido de Herrero et al. 2007.			

El último principio en el que se basa el sistema de asignación de fondos es la *solidaridad*. Ha quedado demostrado que los mecanismos de redistribución previstos en la Ley de 2001 eran vulnerables a varios factores de distorsión; el primero es intrínseco a la falta de claridad del objetivo de equidad que se pretendía alcanzar, ya que no se conocía si el sistema pretendía lograr la nivelación vertical u horizontal, ni cuál era el patrón distributivo que quería utilizarse para evaluar el grado de nivelación logrado. La falta de una distinción nítida entre los instrumentos concebidos para reducir las diferencias de renta entre territorios (equidad vertical) y las transferencias de nivelación destinadas a garantizar que todos los ciudadanos reciban un nivel similar de servicios públicos con independencia de su región de residencia (equidad horizontal) dio lugar en ocasiones a resultados no deseados, como la discriminación negativa que sufrían los ciudadanos residentes en comunidades autónomas prósperas. Otro factor relevante que tenía

³ Tamaño de la población ajustado por la extensión del territorio y la dispersión de la población, la insularidad, la población protegida y la población de más de 65 años (véase la Sección 3.3 Recaudación de ingresos/origen de los fondos).

consecuencias similares era la evolución demográfica de las comunidades autónomas. Dado que el sistema de 2001 utilizaba como año de referencia 1999, las estimaciones de la población protegida no estaban actualizadas. Este problema era especialmente importante para las regiones más ricas en términos relativos, cuya población experimentaba incrementos más acusados debido a la inmigración (nótese que ya estaban recibiendo una menor financiación relativa, como se ha indicado anteriormente).

Sin embargo, es de justicia reconocer que las comunidades autónomas no han hecho uso de su prerrogativa de incrementar sus ingresos subiendo los impuestos sobre los que tienen competencias. De hecho, la mayoría de las regiones han optado por reducirlos mediante la ampliación de beneficios fiscales en su territorio (Herrero et al. 2007).

El nuevo régimen de financiación autonómica define los denominados servicios públicos fundamentales (sanidad, educación y servicios sociales, incluido el nuevo SAAD) y establece fondos de compensación y garantía a fin de asegurar que las comunidades autónomas con rentas más bajas puedan prestar la misma cantidad de estos servicios, y con la misma calidad, que las que tienen rentas más elevadas. Así, la financiación comprometida para estos *servicios públicos fundamentales* asciende al 80% de los recursos transferidos y el 20% restante se utiliza para abonar los gastos en otros ámbitos sobre las que las comunidades autónomas tienen competencias. Asimismo, se modifica el criterio de reparto per cápita, utilizando ahora el de la población ajustada por la población protegida efectiva, la población en edad escolar y la población de 65 y más años, además de los factores geográficos tenidos en cuenta anteriormente.

Como en el régimen anteriormente vigente, se contemplan dos orígenes para los ingresos: tributos cedidos a las administraciones regionales y asignaciones de los presupuestos generales del Estado. Sin embargo, la composición y las herramientas son distintas.

- *Impuestos*: las comunidades autónomas gozan de una autonomía fiscal mayor que en el modelo anterior, ya que el porcentaje de cesión de los tributos parcialmente cedidos a las comunidades autónomas se incrementa hasta el 50% en el caso de los impuestos generales (IRPF, IVA) y hasta el 58% para los impuestos especiales de fabricación (hidrocarburos, alcohol, tabaco).
- Las transferencias de los presupuestos generales del Estado se estructuran como se indica a continuación:
 - Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales: el cálculo de la proporción de este fondo que se asigna a cada comunidad autónoma se realiza en función de los siguientes criterios: población, superficie, dispersión, insularidad (criterios ya aplicados anteriormente), más la población protegida equivalente (distribuida en tres grupos de edad: 0-4 años, 5-64 años y 65 y más años, a los que se asignan distintas ponderaciones), la población de 65 y más años y la población de entre 0 y 16 años (la educación es obligatoria hasta los 16 años); y
 - Fondo de Suficiencia Global: la participación de cada comunidad autónoma en este fondo se calcula, con arreglo a los citados criterios, como la diferencia entre las necesidades globales de financiación estimadas de cada comunidad autónoma y la suma de los ingresos tributarios y los importes procedentes del Fondo de Garantía.

Hasta ahora hemos hablado de los elementos destinados a lograr la equidad horizontal. En cuanto a los instrumentos concebidos para mejorar la equidad vertical, el sistema se basa en dos fondos de convergencia:

- *Fondo de Competitividad*: la finalidad de este fondo es compensar a las comunidades autónomas que cuentan con una financiación total por habitante ajustado inferior a la media tras la aplicación de los instrumentos de equidad horizontal (las que presentan cifras inferiores a 1 en la columna de la izquierda en el ejemplo de la [Tabla 7.1](#)). Los criterios para tener derecho a recibir financiación de este fondo son (1) que el índice de financiación homogénea por habitante ajustado respecto a la financiación homogénea por habitante ajustado media sea inferior a 1; o (2) que dicho índice sea inferior al índice de su capacidad fiscal por habitante ajustado. La asignación se basa en el peso relativo de la población ajustada de cada beneficiario con respecto al total de la población ajustada de las comunidades autónomas beneficiarias.
- *Fondo de Cooperación*: la dotación de este fondo se destina a las comunidades autónomas que cumplen cualquiera de los siguientes criterios:
 - tener un PIB per cápita inferior al 90% de la media correspondiente a las comunidades autónomas de régimen común⁴ (media de los tres últimos años);
 - tener una densidad de población inferior al 50% de la densidad media correspondiente a las comunidades autónomas de régimen común (en el último año); y
 - tener un crecimiento de la población (calculado con los datos de los tres últimos años) inferior al 90% y una densidad de población (en el último año) inferior a la cifra resultante de multiplicar por 1,25 la densidad media de las comunidades autónomas de régimen común.

Dos tercios del Fondo de Cooperación se distribuirán entre las comunidades autónomas beneficiarias en atención a su población relativa en relación al total de la población de las comunidades autónomas integrantes del fondo, ponderada por la distancia del PIB per cápita de cada comunidad autónoma respecto a la media. El otro tercio se reserva para las comunidades autónomas que tienen un crecimiento de población inferior al 50% de la media y se repartirá en atención a la población relativa. Sin embargo, en ningún caso una comunidad autónoma podrá ser beneficiaria de más del 40% del importe disponible; el exceso, en su caso, se repartirá entre todas las comunidades autónomas beneficiarias del Fondo de Cooperación con arreglo a los otros dos criterios.

Una de las principales virtudes de este modelo en comparación con el sistema de 2001 es que incorpora un enfoque dinámico a las variables de ajuste utilizadas para la asignación, en lugar de fijar un año de referencia determinado. El sistema de 2009 actualiza sus valores cada año, tomando el año precedente como referencia para los cálculos (o periodos relevantes como se ha indicado anteriormente). La otra lección de interés que se aprendió al implantar el modelo de financiación de 2001 es que es posible que factores no previstos distorsionen los objetivos de asignación. Precisamente por eso, el sistema vigente a partir de 2011 va a ser objeto de revisiones cada cinco años.

⁴ Véanse los Capítulos 2 y 3 en los que se explica la distinción entre las comunidades autónomas de régimen común y las que tienen un régimen especial.

Diseño de un sistema de información nacional

Sin duda alguna, la información constituye la columna vertebral de la gobernanza: dependiendo de su desarrollo, puede ser el principal elemento estructural o su principal defecto. Por desgracia, el proceso de transferencia de competencias del SNS que culminó en 2002 generó en las comunidades autónomas un cierto afán de diferenciarse unas de otras y de evitar lo que ellas percibían como una tendencia de "control de la administración central" en lugar de cómo una obligación de rendición de cuentas. Esto provocó una fragmentación del sistema de información del INSALUD y la congelación de todas las iniciativas destinadas a la creación de un sistema de información sanitaria nacional (véase el Capítulo 2 y el epígrafe *Sistemas de información* de la Sección 4.2 *Planificación y gestión de la información sanitaria*). Esta configuración conllevó retrasos considerables e hizo que se malgastaran algunos recursos. La Ley de Cohesión y Calidad del SNS tenía ya en cuenta esta situación, reforzando la estructura de apoyo con la creación del Instituto de Información Sanitaria. También hizo especial hincapié en la utilización de esa información y en la dimensión de rendición de cuentas del SNS al diseñar el nuevo Observatorio del SNS. La Subcomisión de Sistemas de Información del SNS fue el ámbito designado para las negociaciones técnicas y la formación de consensos entre las comunidades autónomas y con la administración central en esta materia. Sin embargo, el último impulso se dio en 2005 cuando, bajo el paraguas del Plan de Calidad del SNS, se aprobó el plan de Salud-e del SNS (Sanidad en línea) y el Sistema de información sanitaria del SNS. Se establecía como prioridad el desarrollo de un sistema nacional de información sanitaria y se destacaban tres áreas de especial interés: el desarrollo de un sistema nacional de información de atención primaria (equiparándolo con los sistemas de información hospitalaria), el desarrollo de una historia clínica digital unificada, a partir de las versiones regionales existentes, y la consolidación de la tarjeta sanitaria individual unificada y un identificador unívoco de los pacientes válido en todas las comunidades autónomas. El plan introducía también nuevos elementos de información que debían desarrollarse, como sistemas de información orientados al aprendizaje para la notificación de acontecimientos adversos en el SNS (que en última instancia debían dar lugar a un registro nacional de incidentes y acontecimientos adversos). Los logros obtenidos hasta la fecha en este ámbito se han descrito exhaustivamente en el Capítulo 5. En el presente capítulo basta con señalar que los avances han sido sustanciales y que el evidente cambio de la percepción de la necesidad y la utilidad de un sistema de información del SNS permite ser optimista sobre el futuro. No obstante, parece que el próximo obstáculo es incrementar el número de personas que tienen acceso a esta información. En estos momentos se dispone ya de información agregada a nivel nacional para la mayoría de los indicadores informativos. Sin embargo, el acceso a los datos que permiten realizar comparaciones entre comunidades autónomas está restringido a funcionarios autorizados de las administraciones públicas. Para lograr el objetivo de rendición de cuentas será necesario suprimir limitaciones de este tipo.

Además de estos cuatro ejes principales de las reformas de la última década, cabe citar otras iniciativas que han contribuido a conformar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud:

- las medidas para la racionalización del gasto farmacéutico acordadas en el CISNS en 2004 (plasmadas posteriormente en instrumentos legislativos), como la

introducción de precios de referencia y medidas muy contundentes de fomento de la utilización de genéricos, que han incluido campañas dirigidas al público en general, incentivos profesionales vinculados a la prescripción de genéricos y la obligación de los farmacéuticos de sustituir las prescripciones financiadas con dinero público con un equivalente genérico (véase la Sección 3.1 Gasto sanitario, en la que se describe la incidencia de estas iniciativas, y la Sección 6.6 Prestación farmacéutica, que esboza el marco normativo);

- el diseño de una política de recursos humanos y desarrollo de los profesionales, labor que se encomendó a la Comisión de Recursos Humanos del CISNS. Este esfuerzo se ha traducido en instrumentos legislativos de gran importancia, como la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley 55/2003 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (véase el epígrafe Desarrollo profesional de los profesionales sanitarios de la Sección 5.2 Recursos humanos). Estas leyes han contribuido al establecimiento del marco normativo. Sin embargo, el ritmo de aplicación de la legislación en esta materia es bastante decepcionante. Así, los sistemas de desarrollo profesional previstos en la normativa siguen en fase de desarrollo en la mayoría de las comunidades autónomas. El retraso en la creación de registros regionales de profesionales, que deberían servir como base posteriormente para el establecimiento del registro nacional, resulta aún más sorprendente, ya que esta información parece vital para cualquier planificación de recursos humanos que se implante para prevenir la escasez de profesionales con determinados perfiles.

7.2 Evolución futura

El *Pacto por la Sanidad* de 2008 (Sección 2.2) tenía como objetivo explícito alejar los principales aspectos de la política sanitaria de la lucha partidista, pero también anticipaba los aspectos políticos que tendrán la máxima vigencia durante los próximos años. Los temas enumerados en dicho Pacto pueden considerarse también una lista de los retos futuros y asuntos pendientes para el SNS:

- los recursos humanos, incluida la planificación en relación con la escasez relativa de determinados perfiles
- el desarrollo de la cartera de servicios comunes y de las carteras de servicios autonómicas
- la acreditación de servicios y centros de referencia nacionales
- las necesidades de financiación
- la salud pública, incluido el calendario vacunal
- los tiempos máximos de espera
- la calidad
- la innovación.

El 18 de marzo de 2010 el Pleno del CISNS (integrado por la Ministra de Sanidad y los consejeros autonómicos del ramo) firmó un acuerdo sobre Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS, que confirma la relevancia de estas cuestiones. Este acuerdo contempla una serie de reformas, que se dividen en medidas a corto plazo y medidas a medio plazo.

Entre las medidas a corto plazo se encuentran las siguientes: la regulación de un tiempo máximo de espera en el SNS, la implantación de un calendario vacunal único para todo el país, la ampliación de los servicios de Salud-e y la culminación de la implantación de la historia clínica digital del SNS. También se llegó a un acuerdo sobre el establecimiento de un procedimiento de compras de medicamentos y productos sanitarios agregado para todo el SNS, que permita incrementar la capacidad de negociación con los proveedores.

Las medidas a medio plazo acordadas para su adopción durante 2010 y su implantación en el periodo 2010–2013 incluyen, entre otras, las siguientes:

- establecer un sistema común de planificación de recursos humanos con criterios de distribución y necesidad para el SNS, identificando los ámbitos en los que haya escasez de profesionales;
- establecer y mantener actualizado el registro nacional de profesionales sanitarios, que deberá incorporar retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.;
- establecer un sistema nacional común de indicadores de resultados de salud en el SNS;
- reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias vinculada a la actualización de la cartera de servicios comunes del SNS.

Además de la atención prestada en el acuerdo al calendario de vacunación, recientemente se ha presentado una iniciativa política que tendrá una gran incidencia en el ámbito de la salud pública, especialmente en la naturaleza y la organización de estos servicios en el SNS. Se trata de un proyecto de ley de salud pública que se está debatiendo en el Congreso y en el Senado. El contenido de este proyecto de ley se ha elaborado con un amplio consenso de los actores pertinentes, entre los que se incluyen los agentes sociales, sociedades científicas, las distintas administraciones, las universidades y la industria. Entre sus principales características cabe citar la adopción del enfoque "Salud en todas las políticas", así como la reorganización y clarificación del reparto de responsabilidades entre las distintas administraciones. El proyecto de ley prevé también el establecimiento de un sistema nacional de información de salud pública que permita aplicar una estrategia nacional de salud pública y aborda los mecanismos para la armonización de los recursos humanos en el ámbito de la salud pública.

8 Evaluación del sistema sanitario

8.1 Introducción

Los objetivos fundacionales del SNS, que estableció la Ley General de Sanidad de 1986, continúan ocupando un lugar central en el sistema, y también sigue plenamente vigente el reto de su cumplimiento. De hecho, se puede decir con toda justicia que a lo largo de los años se han materializado logros considerables en la cobertura universal con acceso gratuito a la atención sanitaria, la solidaridad de la financiación pública a través de impuestos generales, la integración de las distintas redes de servicios sanitarios, la descentralización política y la organización basada en las comunidades autónomas y el desarrollo de la atención primaria. Sin embargo, al mismo tiempo estos objetivos continúan siendo algunos de los principales temas objeto de debate en el SNS.

La cobertura, que en enero de 2009 alcanzaba un elevadísimo 99% (véase la [Tabla 5.2](#)), y los cambios en la naturaleza del derecho, que conlleva el paso de un sistema de seguridad social a un sistema basado en los impuestos generales, han actuado eficazmente como motor de la redistribución de la renta. En la actualidad, la cobertura ha dejado de ser motivo de preocupación, pero lo son los obstáculos potenciales del acceso, como las listas de espera causadas por la insuficiente oferta, el efecto desigual del modelo de copago actual o los efectos secundarios de tener un sistema fiscal más regresivo para financiar el estado de bienestar. El desarrollo de la atención primaria (y, por lo tanto, de la organización regional) se ha ampliado de forma eficaz y la función que ésta representa como puerta de entrada al sistema continúa considerándose un importante activo del mismo. En estos momentos, el debate se centra más en la calidad de este tipo de atención, sobre todo en sus deficiencias en el ámbito de la efectividad, la continuidad asistencial y la inexistencia de historias clínicas digitales compartidas, todavía en fase de desarrollo. La descentralización política terminó en 2002. En la actualidad y ante las pruebas de una creciente variación del gasto per cápita de las distintas comunidades autónomas (véase la [Figura 3.6](#)), preocupa cada vez más el desarrollo desigual del sistema sanitario en el territorio nacional.

Aunque es imposible determinar si la consecución de estos objetivos ha contribuido a mejorar la salud de los españoles, en las distintas secciones de este capítulo se recogen las cifras de rendimiento o desempeño del sistema sanitario más recientes de que se dispone. No obstante, conviene hacer una advertencia antes de su presentación. En general, la información sobre el sistema sanitario español carece de un marco común de medición del rendimiento. De hecho, el sistema está todavía basado en exceso en datos de recursos o de actividad (en detrimento de la información sobre resultados) y la conectividad entre los sistemas de información sanitaria continúa siendo limitada (tanto dentro de las comunidades autónomas como entre ellas). Esta situación ha frenado la posibilidad de llevar a cabo una evaluación sistemática del rendimiento del SNS a cualquier nivel de desagregación. Como consecuencia de ello, nos hemos visto obligados a utilizar distintos conjuntos de datos para elaborar una especie de *collage* sobre el rendimiento del SNS. Por último, a los efectos de este capítulo, el rendimiento sanitario puede describirse utilizando como marco (hasta cierto punto) las dimensiones extraídas del Proyecto de indicadores de calidad de atención sanitaria de la OCDE (Kelley y Hurst 2006).

8.2 ¿Cuál es el rendimiento del SNS?

Si se analiza en el contexto internacional, el Sistema Nacional de Salud español ocupa en general una posición relativamente buena en cuanto a los indicadores de salud globales. Es preciso señalar que, con la excepción de unos pocos indicadores (por ejemplo, las reducidas cifras de peso al nacer), España se sitúa en los primeros lugares en casi todos los indicadores del estado de salud: así, ocupa la quinta posición en esperanza de vida (la tercera en el caso de las mujeres), la cuarta en esperanza de vida a los 65 años, la cuarta también en años potenciales de vida perdidos en el caso de las mujeres (se encuentra en el promedio en el caso de los hombres), está por debajo de la media en las tasas de mortalidad infantil (ocupa el sexto puesto en la tasa media anual de reducción de la mortalidad infantil desde los años 70).

En las secciones siguientes describiremos algunas cifras de calidad y seguridad, equidad, eficiencia y satisfacción, aplicando para ello el marco establecido por la OCDE.

Calidad y seguridad del paciente

En la [Tabla 8.1](#) se recoge la evolución de la mortalidad susceptible de ser evitada por la acción del sistema sanitario entre 1991 y 2005. El SNS ha experimentado importantes reducciones de esta mortalidad: una fuerte caída del 31,2% en enfermedades sensibles a prevención primaria, un descenso del 42,6% en enfermedades sensibles a cuidados médicos y una reducción del 33,5% en los años potenciales de vida perdidos.

Si se analizan los indicadores de la [Tabla 8.2](#), en los que se comparan las cifras del SNS con las de la OCDE, se comprueba que, con la excepción de las amputaciones y las tasas de mortalidad por caso en reingresos de enfermos cardiovasculares, las cifras del SNS son mejores que el promedio de los países de la OCDE (OCDE 2009a).

Tabla 8.1 Mortalidad evitable en España, años 1991–2005.

	1991	1996	2001	2005	% variación (3)
Mortalidad por enfermedades sensibles a prevención primaria (1)					
Total	568,5	458,1	447,0	391,1	-31,2%
Hombres	861,9	697,2	686,7	609,7	-29,3%
Mujeres	237,2	187,7	181,5	154,5	-34,9%
Mortalidad por enfermedades sensibles a cuidados médicos (1)					
Total	138,6	108,3	88,7	79,6	-42,6%
Hombres	155,1	119,5	94,8	84,8	-45,3%
Mujeres	120,1	95,5	82,0	74,0	-38,4%
Años potenciales de vida perdidos por muertes de 1 a 70 años (2)					
Total	49,3	44,4	36,5	32,8	-33,5%
Hombres	64,7	63,6	51,7	46,2	-28,6%
Mujeres	24,7	25,1	21,2	19,2	-22,3%
Observaciones	Como indicadores de calidad de la prevención primaria se han seleccionado las muertes por cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de vehículos a motor; como indicadores de calidad asistencial las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores; (1) por 10.000 defunciones; (2) tasas ajustadas por 1.000 habitantes; (3) porcentaje de variación: reducción relativa.				
Fuente	INE 2009g.				

Tabla 8.2 Indicadores de salud en España: comparación con la media de la OCDE.

		SNS	OCDE	Ratio (a)
Mortalidad evitable	Tasa de mortalidad por cardiopatías isquémicas (hombres)	78,0	126,0	0,62
	Tasa de mortalidad por cardiopatías isquémicas (mujeres)	34,0	66,0	0,52
Cáncer	Tasa de mortalidad por cáncer colorrectal	19,2	19,0	1,01
	Tasa de mortalidad por cáncer de mama	16,7	20,8	0,80
Enfermedades crónicas	Tasas de ingreso por asma en pacientes de 15 y más años	44,0	51,0	0,86
	Tasas de ingreso por EPOC	139,0	201,0	0,69
	Tasas de amputación de miembros inferiores por diabetes	26,0	15,0	1,73
	Tasas de ingreso por complicaciones agudas de la diabetes	18,0	21,0	0,86
	Tasas de ingreso por ICC en pacientes de 15 y más años	234,0	234,0	1,00
	Tasas de ingreso por hipertensión en pacientes de 15 y más años	13,0	84,0	0,15
	Tasas de mortalidad hospitalaria por infarto de miocardio agudo	6,1	4,9	1,24
	Tasas de mortalidad hospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico	6,5	5,0	1,30
	Tasas de mortalidad hospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico	24,2	19,8	1,22
	Salud mental	Reingresos no previstos por esquizofrenia	10,9	18,1
Reingresos no previstos por trastorno bipolar		11,1	16,8	0,66
Enfermedades transmisibles	Tasas de vacunación de tos ferina, 2 años de edad	96,4	93,5	1,03
	Tasas de vacunación de sarampión, 2 años de edad	97,2	92,0	1,06
	Tasas de vacunación de hepatitis B, 2 años de edad	96,3	95,1	1,01
	Tasas de vacunación de gripe, 65 años de edad	62,3	55,9	1,11
Obstetricia	Porcentaje de cesáreas	26,0	25,7	1,01
Observaciones	ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; (a) el ratio se refiere a la relación entre las tasas españolas y las de la OCDE; todas las tasas ajustadas por edad y sexo son tasas estimadas por 100.000 habitantes, excepto las relativas a vacunación y las tasas de mortalidad hospitalaria y de reingresos, que son tasas estimadas sobre 100 pacientes elegibles; las readmisiones en las tasas de mortalidad se refieren a ingresos 30 días después del ingreso.			
Fuente	Basado en OCDE 2009a.			

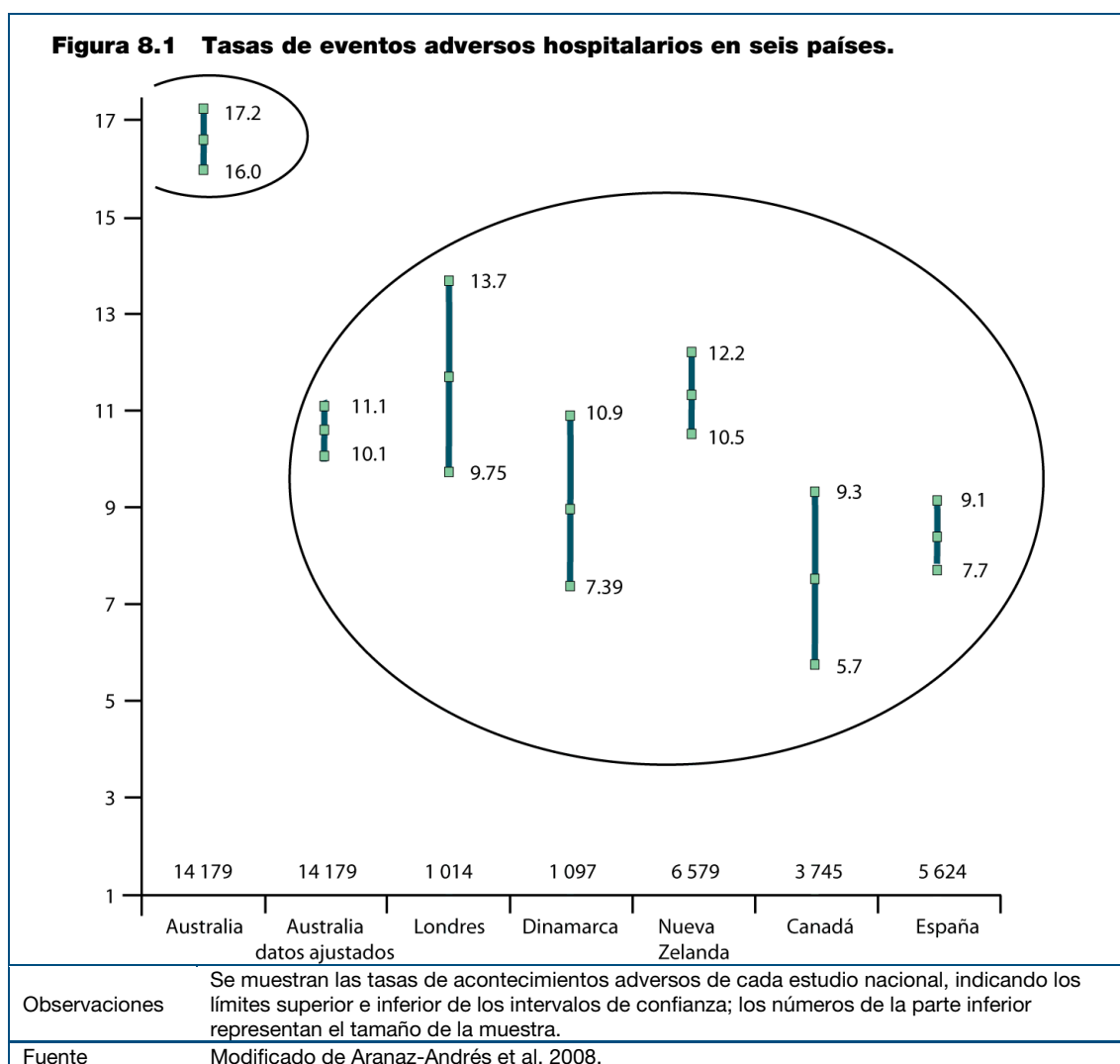
En lo que respecta a los indicadores de seguridad del paciente a escala nacional, la OCDE ha publicado recientemente un informe que incluye resultados en función de estos indicadores (Drösler, Romano y Wei 2009). En la [Tabla 8.3](#) se recogen las tasas por cada 100 pacientes en riesgo. Aunque los autores advierten sobre el contexto de esta obra (los resultados se obtuvieron a partir de un proceso de validación internacional más amplio) y sugieren que no se deben utilizar para realizar inferencias sobre la calidad de la atención, los datos muestran un buen rendimiento del SNS atendiendo a los datos facilitados por el sistema (siempre en los cuartiles inferiores de acontecimientos adversos).

Habida cuenta de las advertencias realizadas por los autores del estudio de la OCDE, sobre todo las relativas a los datos administrativos, parece conveniente mencionar algunos resultados disponibles de estudios ad hoc sobre acontecimientos adversos atribuibles a la atención médica. Al contrario que el informe de la OCDE, estos estudios proporcionan tasas que se han obtenido utilizando un método de dos pasos basado en las historias clínicas, a partir de una muestra representativa de hospitales e ingresos. Afortunadamente, una serie de artículos permite la comparación entre países (Aranaz Andrés et al. 2008). Como puede apreciarse en la [Figura 8.1](#), las tasas españolas se sitúan por debajo del promedio. De hecho, atendiendo al límite superior del intervalo de

confianza de la estimación, España presenta el valor más bajo de entre los estudios similares realizados en diversos países, como Australia, Nueva Zelanda, Londres, Dinamarca y Canadá.

Tabla 8.3 Tasas de seguridad del paciente en países seleccionados de la OCDE.

	Olvido de cuerpo extraño en cirugía (ISP 5)	Infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéteres (ISP 7)	Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorio (ISP 12)	Sepsis postoperatoria (ISP 13)	Laceración o punción accidental (ISP 15)	Trauma obstétrico – parto vaginal con instrumento (ISP 18)	Trauma obstétrico – parto vaginal sin instrumento (ISP 19)
Bélgica	0,007	0,178	0,470	1,717	0,281	2,682	0,602
Canadá	0,007	0,083	0,199	0,398	0,402	13,147	2,511
Dinamarca	0,002	0,033	0,271	0,240	0,045	6,043	2,582
Finlandia	0,002	0,004	0,128	0,264	0,033	3,521	0,633
Francia	–	–	–	–	–	1,556	0,338
Alemania	0,005	0,128	0,587	0,391	0,120	7,905	2,257
Islandia	–	–	–	–	–	–	6,681
Irlanda	0,003	0,064	0,575	0,650	0,077	3,537	1,070
Italia	0,002	0,006	0,220	0,144	0,013	2,370	0,710
Letonia	–	–	–	–	–	9,821	0,193
Nueva Zelanda	0,009	0,425	0,819	0,505	0,356	7,055	1,704
Noruega	0,000	0,026	0,438	8,081	0,000	3,768	2,021
Portugal	–	0,057	0,108	1,493	0,116	1,698	0,632
Singapur	0,006	0,123	–	0,140	–	7,434	0,975
España	0,005	0,189	0,281	0,440	0,183	2,611	0,505
Suecia	0,002	0,013	0,170	0,474	0,085	11,950	3,342
Suiza	0,011	0,056	0,399	0,226	0,285	6,564	1,997
Reino Unido	0,005	0,090	0,754	0,276	0,129	5,731	1,837
Estados Unidos	0,009	0,205	1,450	1,349	0,362	16,626	3,811
Fuente	Tabla extraída de Drösler, Romano y Wei 2009.						



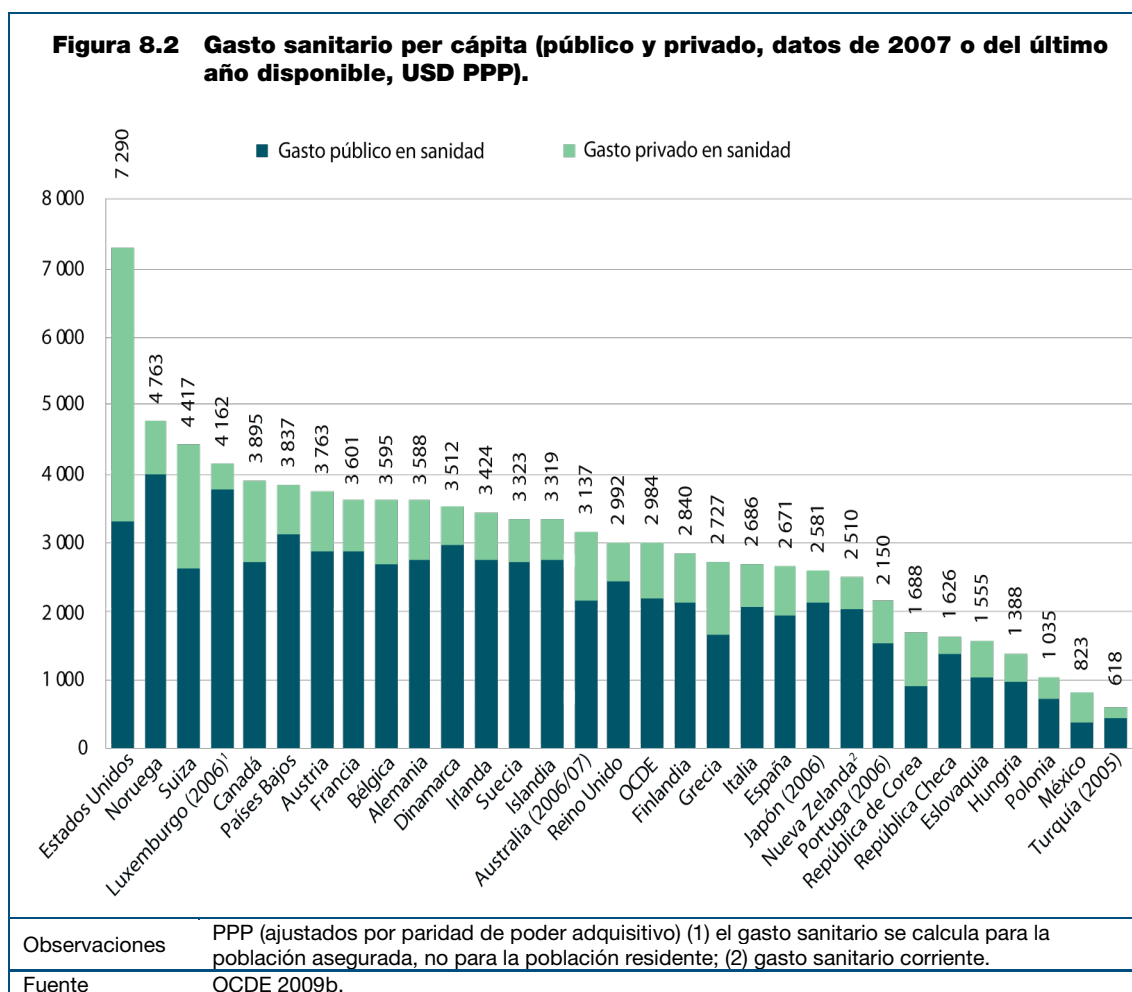
Equidad

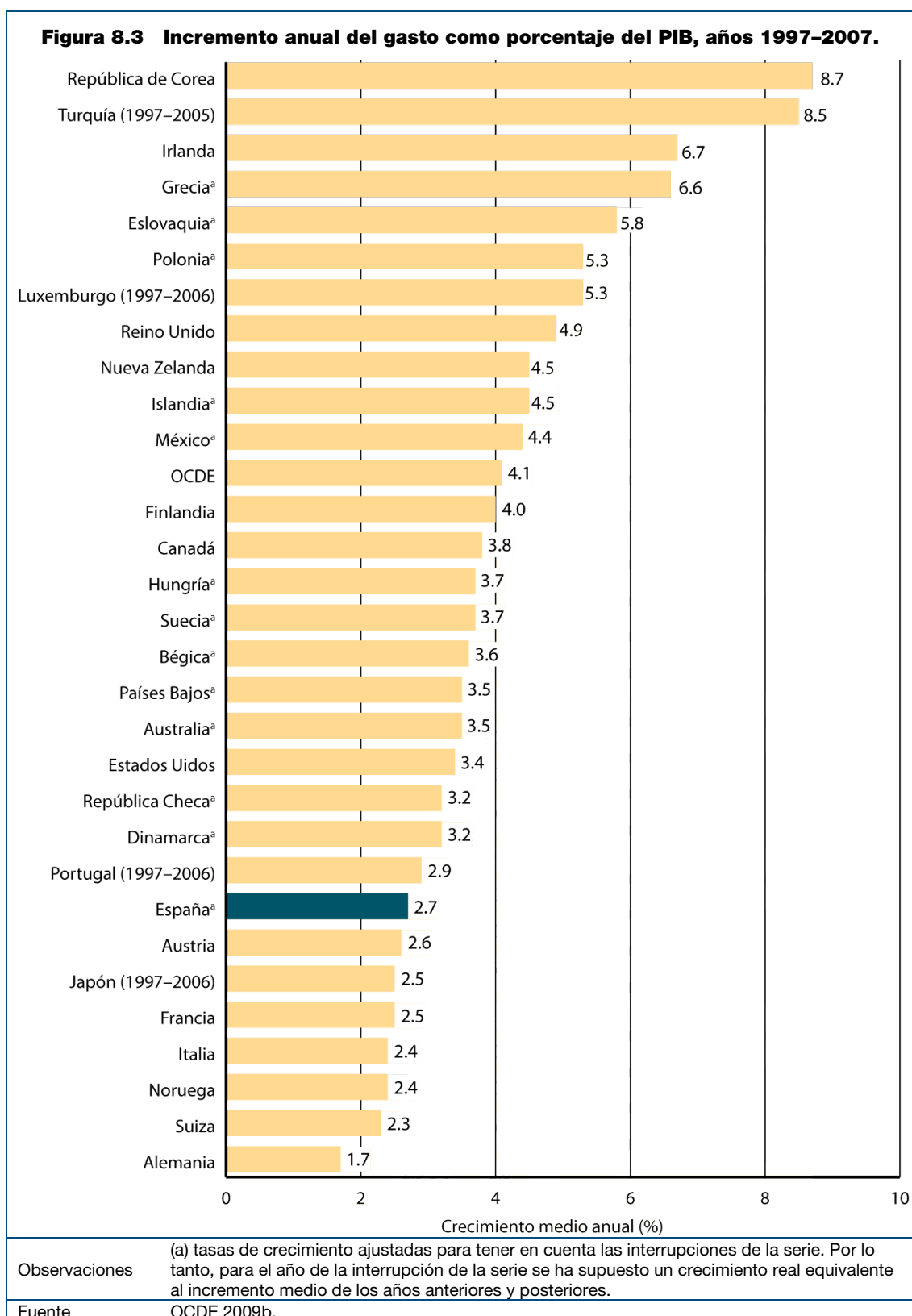
En lo que respecta a la equidad horizontal, la última comparación internacional disponible (datos de 2000 o el año más próximo disponible) (OCDE 2009a) mostraba que el SNS presentaba una equidad muy elevada en consultas con el médico de familia (la cobertura era del 99%, como ya se ha indicado). El estudio detectó peores resultados en el caso de las consultas de especialidades. La obligación de pasar por el médico de familia para poder acceder a los especialistas del sector público y el hecho de que en el sector privado haya que pagar por la atención o tener contratado un seguro médico pueden explicar estos resultados. Dada la naturaleza complementaria de los especialistas privados en España (con la excepción de los dentistas), no se prevé que estas cifras tengan una incidencia elevada en términos de inequidad horizontal. En cualquier caso, los datos no incluyen las últimas transferencias de competencias y se centran tan solo en las consultas, sin tener en cuenta otras dimensiones importantes de la equidad, como el acceso a procedimientos eficaces y seguros.

Eficiencia

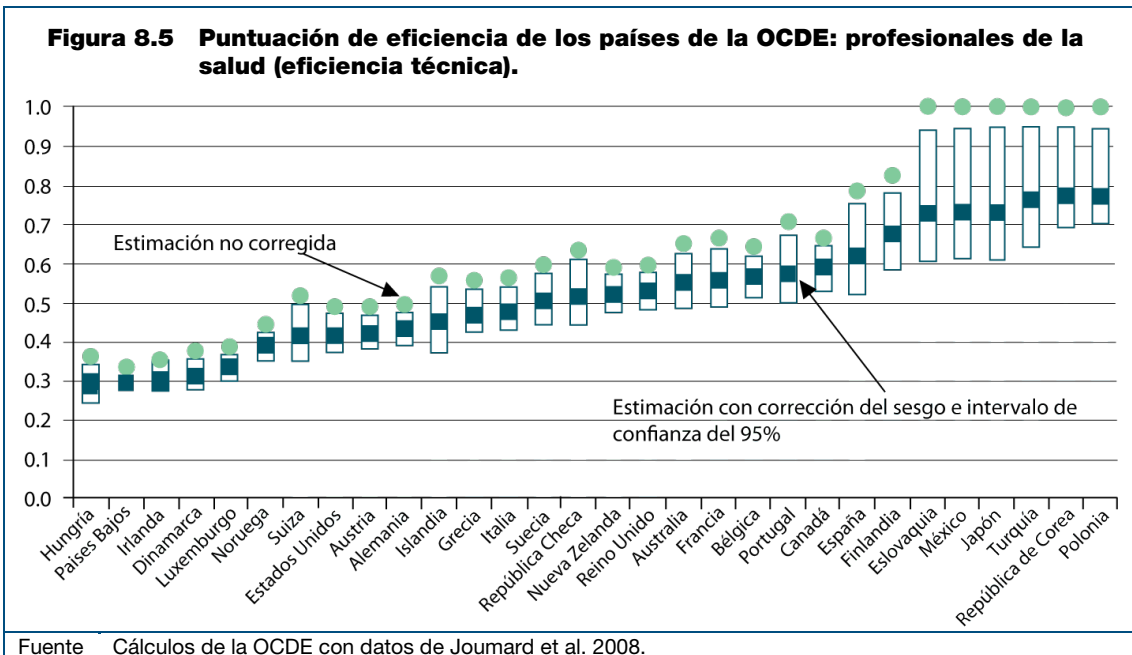
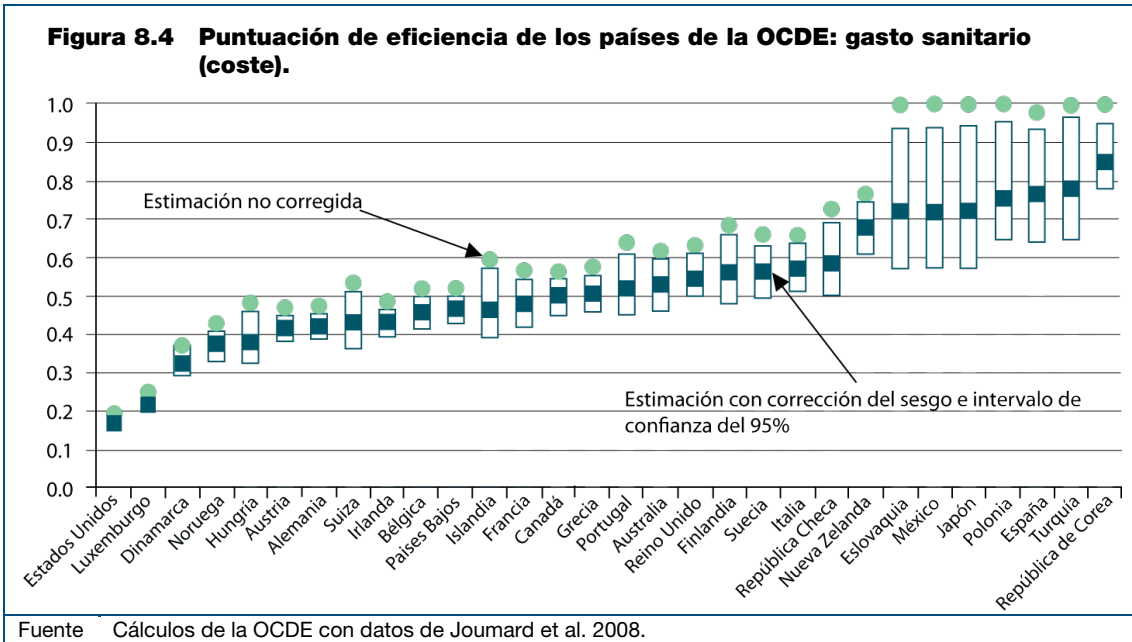
En la [Figura 8.2](#) se recoge el gasto sanitario per cápita (público y privado) en los países de la OCDE. España gasta 2.671 dólares estadounidenses PPP (ajustados por paridad de poder adquisitivo), un 12% menos que el Reino Unido, un 24% menos que Suecia y un 31% menos que Dinamarca. Este gasto representa el 8,5% del PIB. Por otra parte, durante la última década ([Figura 8.3](#)), el gasto español ha crecido tan solo un 2,7%, frente al promedio del 4,1% de la OCDE (OCDE 2009b).

Se ha argumentado que estas cifras, sobre todo el escaso crecimiento de los últimos años, así como la tendencia relativamente buena de los indicadores atribuibles a la atención sanitaria, son una clara prueba de la eficiencia global del SNS.



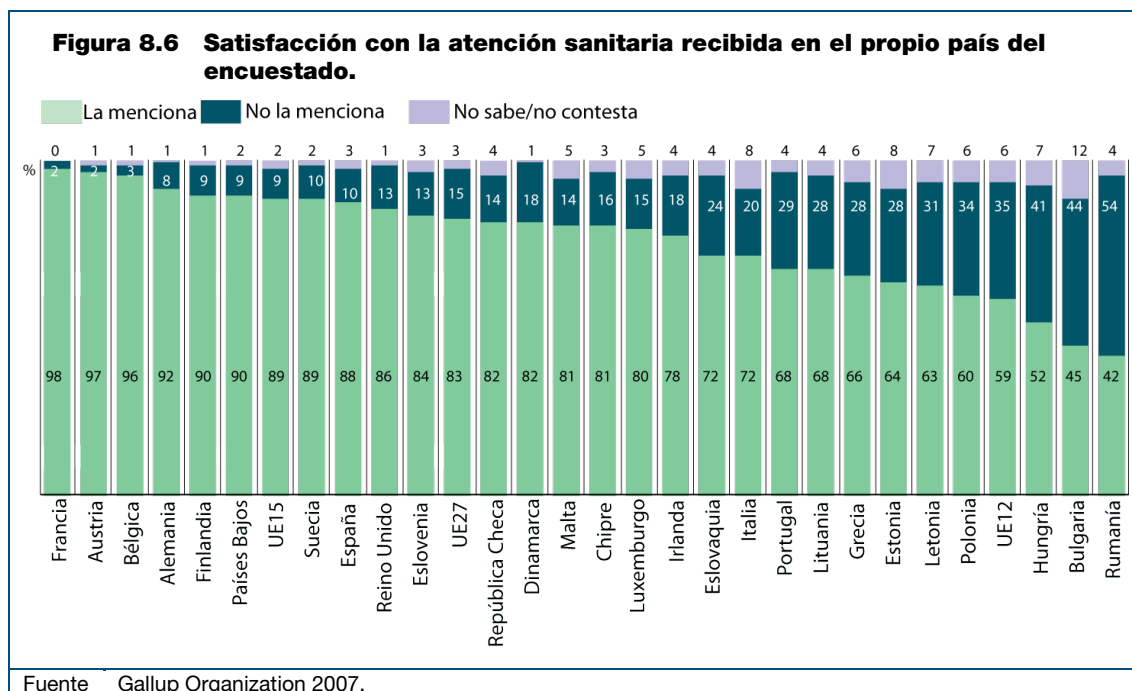


Un ejercicio más formal, publicado por la OCDE (Joumard et al. 2008), trataba de “arrojar luz sobre la contribución de la atención sanitaria y otros determinantes al estado de salud de la población y de proporcionar pruebas sobre si los recursos sanitarios presentan o no una relación coste-calidad similar en todos los países de la OCDE”. En los análisis que incluían datos de España y que consideraban la esperanza de vida como resultado, la eficiencia variaba dependiendo de las variables económicas: atendiendo al gasto sanitario, España se consideraba muy eficiente; atendiendo a los números de profesionales sanitarios, España ocupaba un lugar ligeramente por encima del promedio. En la [Figura 8.4](#) y la [Figura 8.5](#) se muestran estos resultados.



Satisfacción

Aunque no se concibió para comparar de forma directa la satisfacción entre países, la encuesta Eurobarómetro de 2007 sobre servicios de salud transfronterizos proporciona algunas pruebas indirectas (Gallup Organization 2007). Cuando se preguntó a los ciudadanos las razones por las que no viajarían a otros países para recibir asistencia sanitaria, entre los que mencionaron su "Satisfacción con la atención sanitaria en su propio país", España ocupaba un lugar ligeramente inferior a la media de la UE15, con un 88% de satisfacción declarada (Figura 8.5).



8.3 ¿Cuál es el rendimiento dentro del territorio nacional?

Las pruebas internacionales muestran un desempeño comparativo bastante bueno en todas las dimensiones estudiadas. Sin embargo, aunque la comparación internacional ofrece información importante, en el caso de un país cuasifederal como España es esencial proporcionar pruebas de la situación dentro del territorio nacional.

El CISNS aprobó recientemente, utilizando el marco del proyecto de indicadores de salud de la Comunidad Europea (Proyecto ECHI), un conjunto de indicadores clave del SNS (Instituto de Información Sanitaria 2007). En 2007 se publicó el primer informe destinado a evaluar el rendimiento del SNS en todo el territorio nacional. Por desgracia, esta importante iniciativa a escala nacional prácticamente no ofrecía información de las distintas comunidades autónomas y el acceso a la misma estaba restringido a funcionarios autonómicos autorizados. Como consecuencia, las comparaciones

regionales rara vez van más allá de la información que ya se había publicado sobre recursos o actividades (véase el Capítulo 5).

Es por ello que en el presente capítulo vamos a utilizar pruebas de estudios ad hoc para mostrar el rendimiento del SNS dentro del territorio nacional. No obstante, resulta importante señalar que la mayor parte de estas pruebas proceden de datos clínicos y administrativos recopilados de estudios ecológicos, transversales o, en el mejor de los casos, series temporales. Conviene tener en cuenta anticipadamente las advertencias sobre las inferencias y, por lo tanto, los autores han restringido sus comentarios de evaluación a la descripción de resultados, sin valorar las causas subyacentes.

Equidad

Un estudio en el que se examinaba la evolución de la equidad en el acceso a la atención sanitaria (consultas con médicos, visitas a urgencias y hospitalización) durante el periodo 1987–2001 detectó que las diferencias de renta no daban lugar a diferencias en el acceso a igual nivel de necesidad. Sin embargo, la posesión de un seguro sanitario privado generaba diferencias en la equidad horizontal, sobre todo en las consultas con especialistas, en las que es importante tener contratado un seguro privado y también el nivel de renta (García y López 2007).

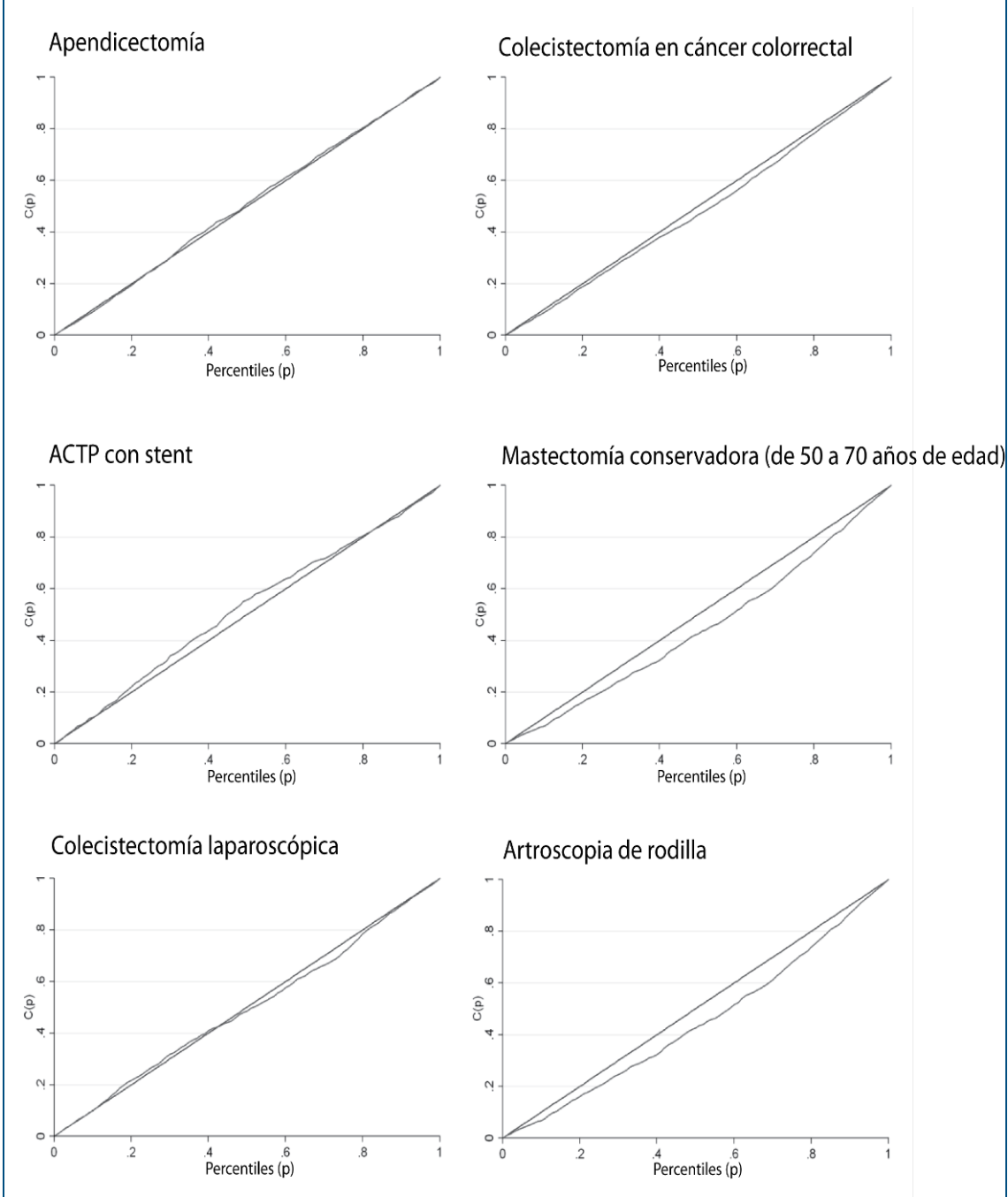
No obstante, pese a que cubren un periodo de tiempo prolongado, estas observaciones no son recientes, por lo que es imposible saber si estas cifras siguen estando vigentes. En cualquier caso, dado que estos resultados afectan esencialmente a servicios complementarios (ya que los servicios que se reciben mediante seguros sanitarios son de carácter privado), no se espera que estos hallazgos tengan consecuencias destacables.

Otro enfoque de la evaluación de la equidad en el acceso es el derivado de los estudios de variabilidad geográfica de prácticas médicas llevados a cabo por la iniciativa de investigación Atlas VPM¹. Este enfoque asume que las diferencias en la utilización pueden ser un *proxy* de la inequidad del acceso en los servicios basados en la evidencia (es decir, caracterizados por una importante carga de conocimiento sobre su eficacia y seguridad). En estos casos, las diferencias por nivel de renta de las tasas estandarizadas por sexo y edad se considerarán inequidades en el acceso.

Como puede comprobarse en la Figura 8.7 y en la Tabla 8.4, con la salvedad de la mastectomía conservadora entre los 50 y los 70 años de edad, que parece que presenta razones de utilización estandarizadas más elevadas en las áreas de salud más ricas (sólo la primera es significativa desde el punto de vista estadístico), el resto de los procedimientos, o bien se realizan más a las personas más desfavorecidas (por ejemplo, la ACTP) o bien no muestran diferencias estadísticamente significativas con respecto a la curva de equidad (curva de Lorenz de 45°).

¹ Véase: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Figura 8.7 Inequidades de acceso a seis procedimientos basados en la evidencia.



Observaciones	Las cifras representan curvas de concentración, en las que la distribución de las tasas de utilización se relaciona con el gradiente socioeconómico (renta) de la población. Las curvas por encima de la diagonal indican más utilización en áreas de salud más desfavorecidas. Las curvas por debajo de la diagonal indican más utilización en áreas de salud más prósperas. Cuanto mayor es la distancia de la diagonal, mayor es la inequidad. El análisis incluye 180 áreas de salud del país.
Fuente	Basado en datos de Atlas VPM (2009).

Tabla 8.4 Índices de concentración en seis procedimientos.

Servicio/procedimiento	Índice de concentración (IC 95%)
Apendicectomía	-0,01 (-0,03 a 0,02)
Colecistectomía en cáncer colorrectal	0,04 (-0,02 a 0,05)
Colecistectomía laparoscópica	0,01 (-0,01 a 0,04)
ACTP con <i>stent</i>	-0,04 (-0,08 a -0,002)
Mastectomía conservadora (de 50 a 70 años de edad)	0,10 (0,07 a 0,13)
Artroplastia de rodilla	0,04 (-0,003 a 0,08)
Fuente	Basado en datos de Atlas VPM (2009).

Desde este punto de vista, podría decirse que las diferencias en la utilización geográfica de servicios y procedimientos basados en la evidencia no se deben a diferencias de riqueza entre áreas de salud, sino a otros factores, como la distancia de los proveedores tecnológicos.

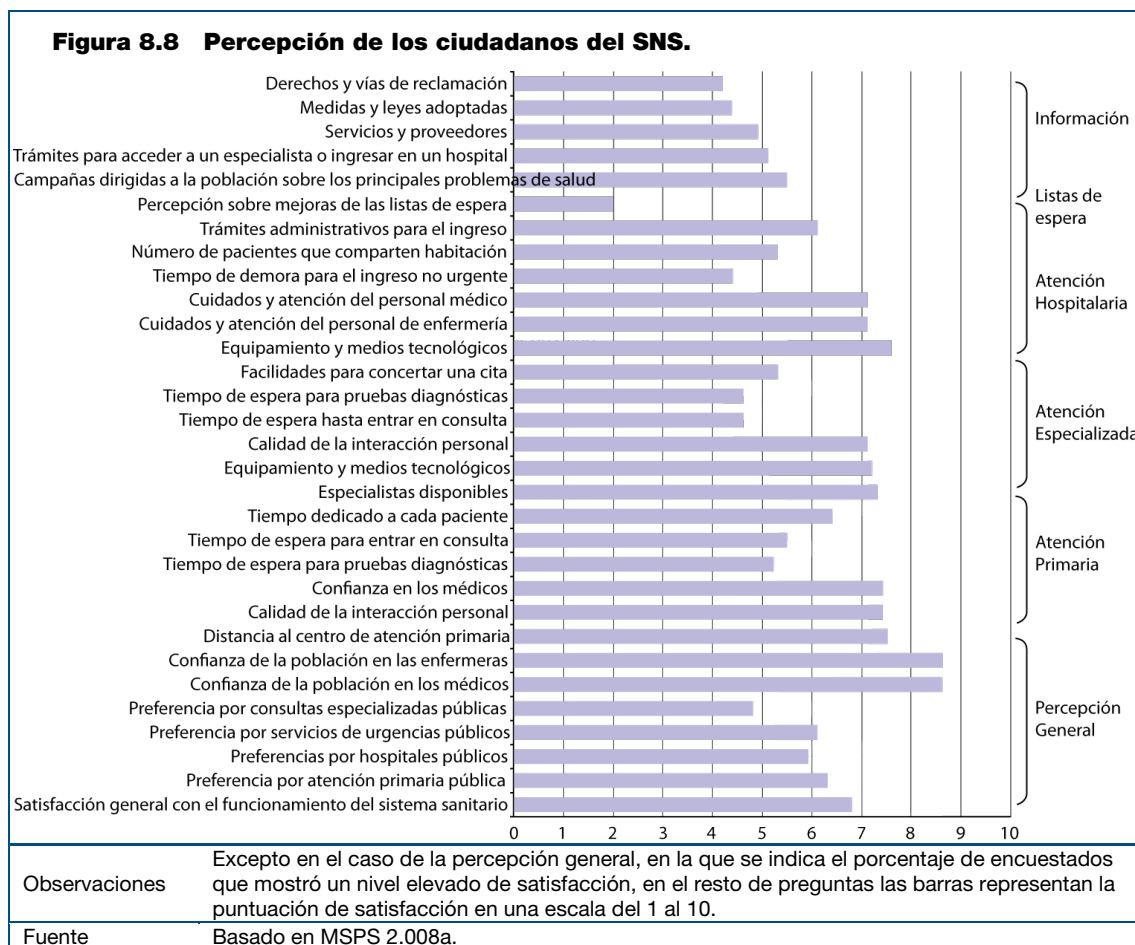
Satisfacción

Desde 1995 una encuesta específica denominada Barómetro Sanitario ha investigado las expectativas y opiniones de los ciudadanos, con el fin de contribuir al establecimiento de las prioridades de la política sanitaria. Esta encuesta ofrece información útil sobre el rendimiento del SNS, entre otros aspectos.

En el presente epígrafe se recogen los últimos datos disponibles sobre satisfacción (MSPS 2009a). En este año, la sanidad era el servicio social más importante para el 28,1% de los ciudadanos. La encuesta detectó que la población estaba en general satisfecha con el rendimiento sanitario del SNS (el 68% de los ciudadanos consideraba que el sistema funcionaba bien, aunque eran necesarios algunos cambios). En la atención primaria, la atención de urgencias y la atención hospitalaria, los encuestados mostraban una clara preferencia por el sistema público en detrimento del privado. Sin embargo, en el caso de las consultas de especialidades, aunque el sistema público también era el preferido, los porcentajes de ciudadanos que se decantaban por el sistema público y el sistema privado eran muy similares (47,9% frente al 43,6%). En general, los ciudadanos muestran una gran confianza en los profesionales y otorgan puntuaciones elevadas al equipamiento y la tecnología. Asimismo, consideran apropiada la interacción personal con los profesionales en todos los niveles de atención (la puntuación superaba los 7 puntos de un máximo de 10) (véase la [Figura 8.8](#)).

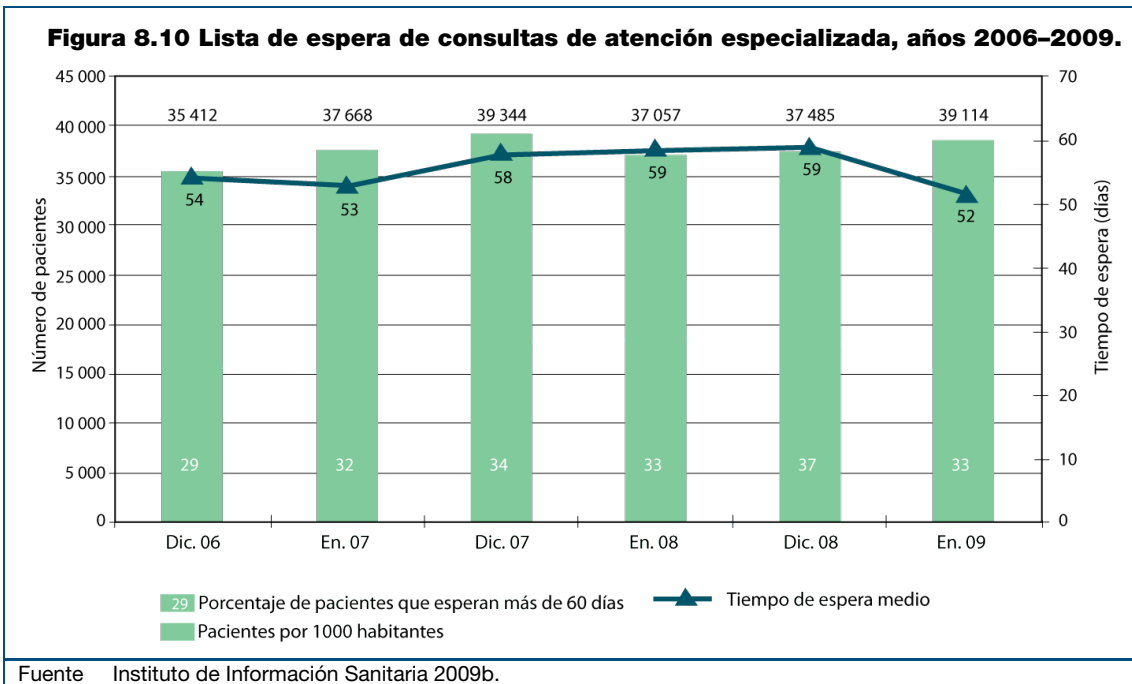
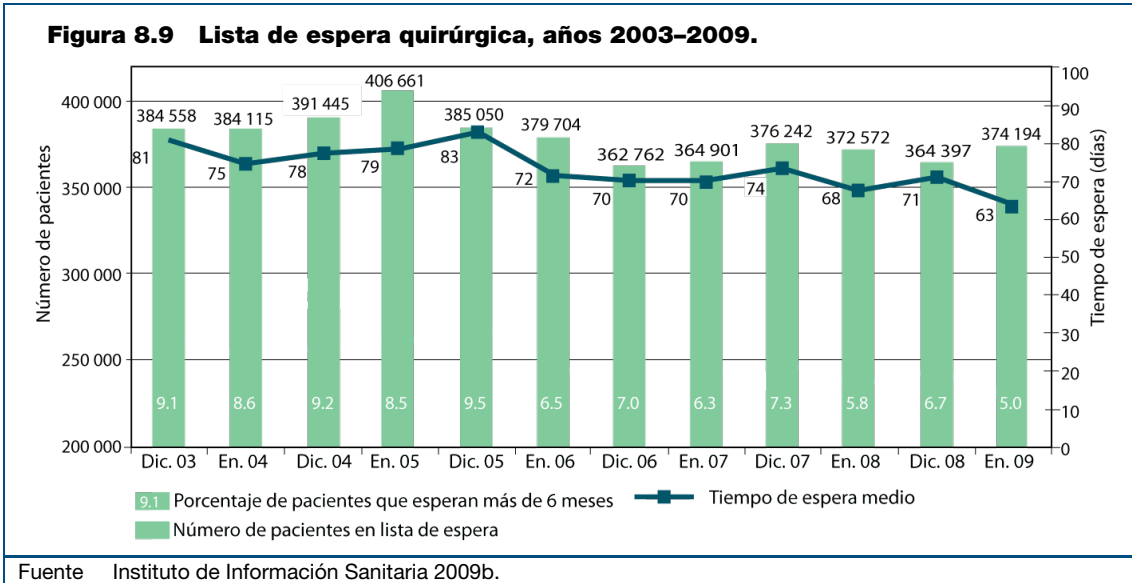
Sin embargo, la información institucional recibió peores puntuaciones. Los ciudadanos siguen teniendo problemas con la información sobre los servicios prestados en su zona (4,9), las medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias (4,4) y los derechos y vías de reclamación a su disposición (4,2) (véase la [Figura 8.8](#)).

Por otro lado, puede ser útil remitirnos al epígrafe *Vías de reclamación (mediación, reclamaciones), seguridad del paciente y compensación* de la Sección 2.4 *Empoderamiento del paciente* para destacar que, desde 2002, la percepción positiva del SNS de la población española ha caído 10 puntos, con un incremento de las personas que creen que el sistema ha empeorado durante este periodo (véase la [Figura 2.4](#)). Es probable que la causa subyacente de esa valoración sea la percepción negativa que los pacientes tienen de la evolución de las listas de espera, a la que se suma la sensación de que las autoridades sanitarias no toman medidas para mejorar esta situación ([Figura 2.5](#)).



De hecho, los aspectos relativos a las listas de espera son los que recibieron peores puntuaciones en el Barómetro Sanitario 2008: la satisfacción con las listas de espera recibe 2 puntos de un máximo de 10; el tiempo de espera para una consulta una vez que el paciente entra en lista de espera recibe una puntuación de 4,6, el tiempo de espera para la realización de pruebas diagnósticas también se puntúa con un 4,6 y el tiempo de demora para el ingreso no urgente recibe un 4,4 (véase la [Figura 8.8](#)).

Comparar estas puntuaciones con la evolución real de las listas de espera podría resultar útil para comprender el descontento mostrado por los ciudadanos. La [Figura 8.9](#) y la [Figura 8.10](#), que se han extraído del Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud (Instituto de Información Sanitaria, 2009b), un sistema de declaración de información acordado en el CISNS, muestran datos sobre las listas de espera quirúrgicas y de consultas externas. Por una parte, aunque el número de pacientes en lista de espera sigue superando los 350.000 y no presenta grandes variaciones, el tiempo de espera medio se ha reducido de 81 a 63 días desde 2003. Por otra, el porcentaje de pacientes que esperan más de seis meses ha experimentado un descenso del 9,1% al 5%. Sin embargo, esta evolución positiva no se ha producido en las consultas de especialidades, cuyas cifras no han mejorado desde 2006: en este caso se ha registrado un incremento del número de pacientes que entran en lista de espera, así como del tiempo medio que tienen que esperar y del porcentaje de pacientes que están por encima del límite “socialmente aceptable”.



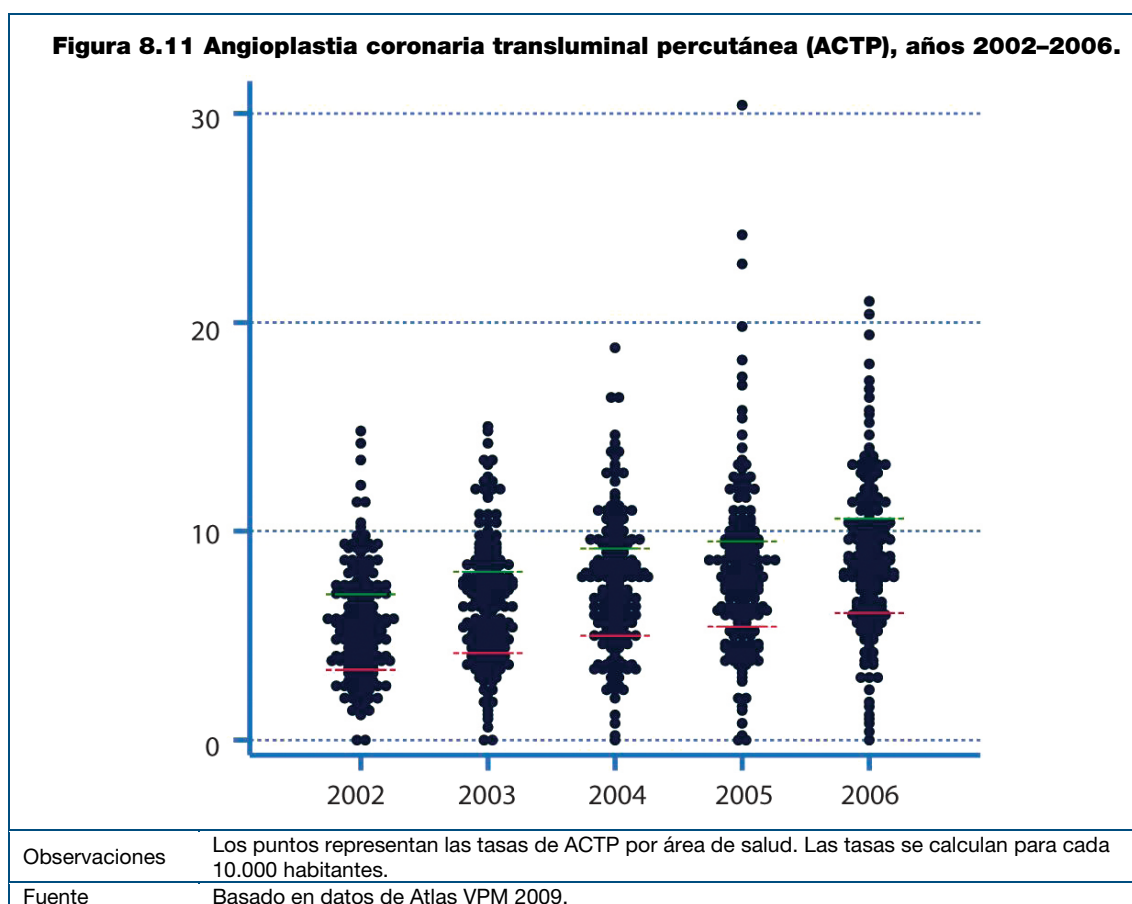
Calidad y seguridad

Como ya se ha mencionado, aunque el SNS presenta un rendimiento bastante bueno en términos de calidad y resultados atribuibles a la atención sanitaria, se han descrito amplias variaciones regionales. De la [Figura 8.11](#) a la [Figura 8.20](#) se muestran los indicadores de calidad y seguridad desarrollados en la iniciativa de investigación Atlas VPM. Los ejemplos, que con frecuencia utilizan distintos organismos internacionales como indicadores de rendimiento, se han seleccionado por la carga de enfermedad o

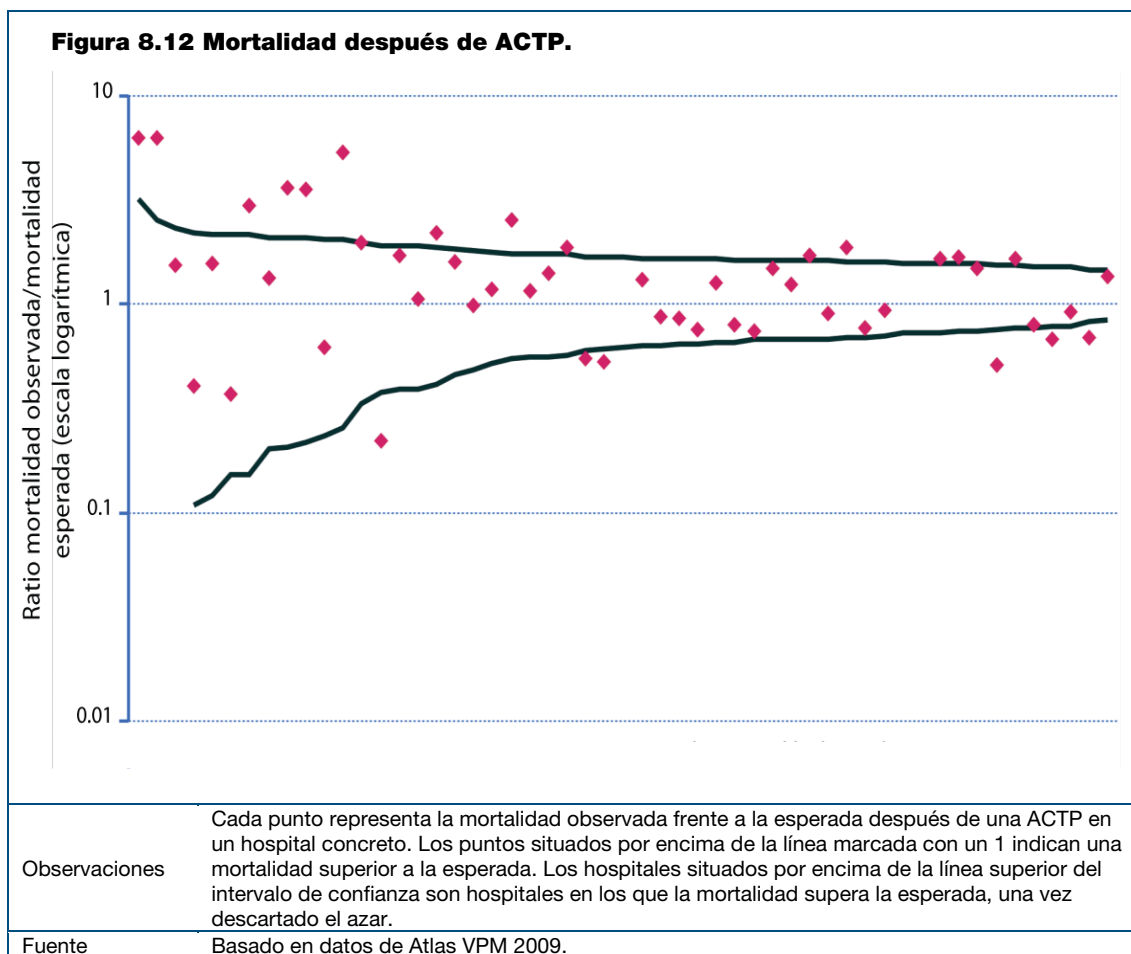
actividad que representan. Además, se corresponden con varias de las Estrategias en salud del SNS.

Cardiopatía isquémica

La [Figura 8.11](#) muestra el acceso desigual a la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) con *stent*. Se pueden apreciar razones de variación de hasta 5 entre áreas de salud. Además, a pesar de que la utilización de la ACTP aumenta durante el periodo, estas diferencias permanecen, lo que parece indicar un acceso no equitativo a innovaciones eficaces.

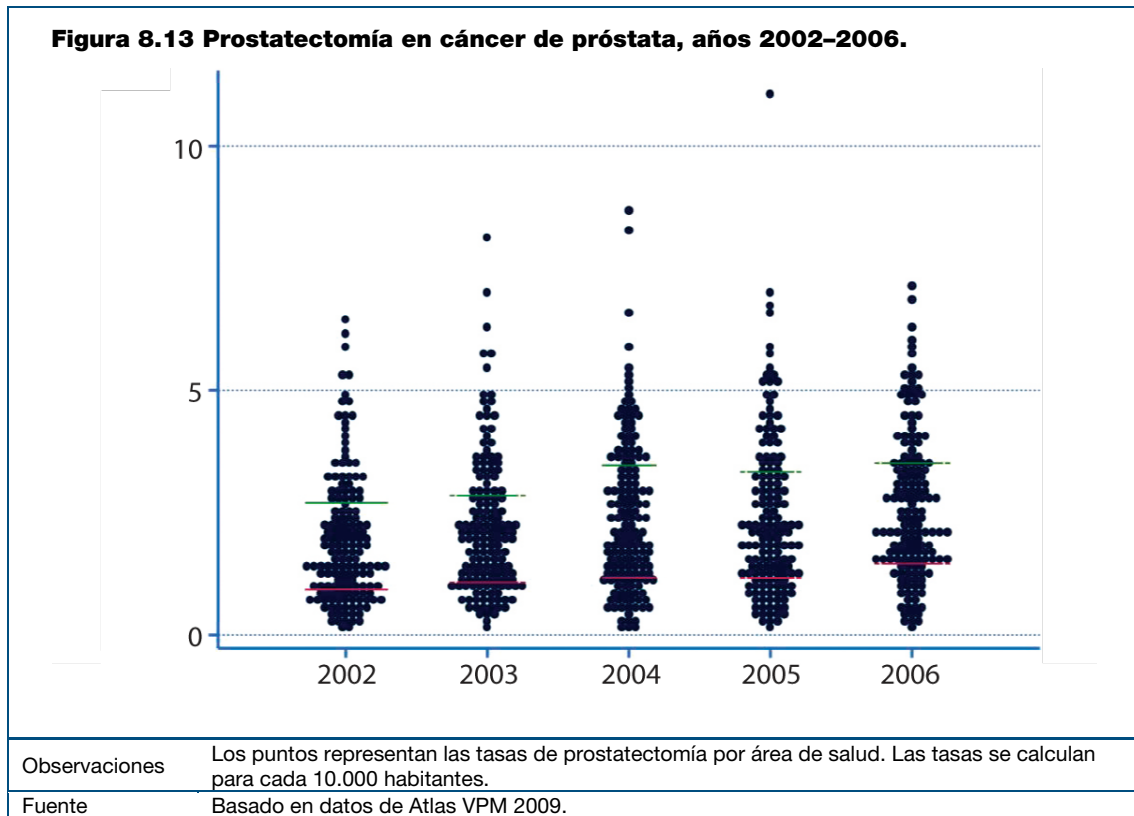


La [Figura 8.12](#) muestra las grandes diferencias en mortalidad después de una ACTP en función del hospital en el que el paciente se someta al procedimiento. El *funnel plot* representa el ratio entre la mortalidad observada y la mortalidad esperada. Aunque los hospitales incluidos en la [Figura 8.12](#) son hospitales de alta tecnología (es decir, con un elevado volumen de ACTP), existen enormes diferencias en las tasas de mortalidad una vez se ajusta el *case-mix* de cada hospital: el riesgo llega a ser más del doble en algunos centros.

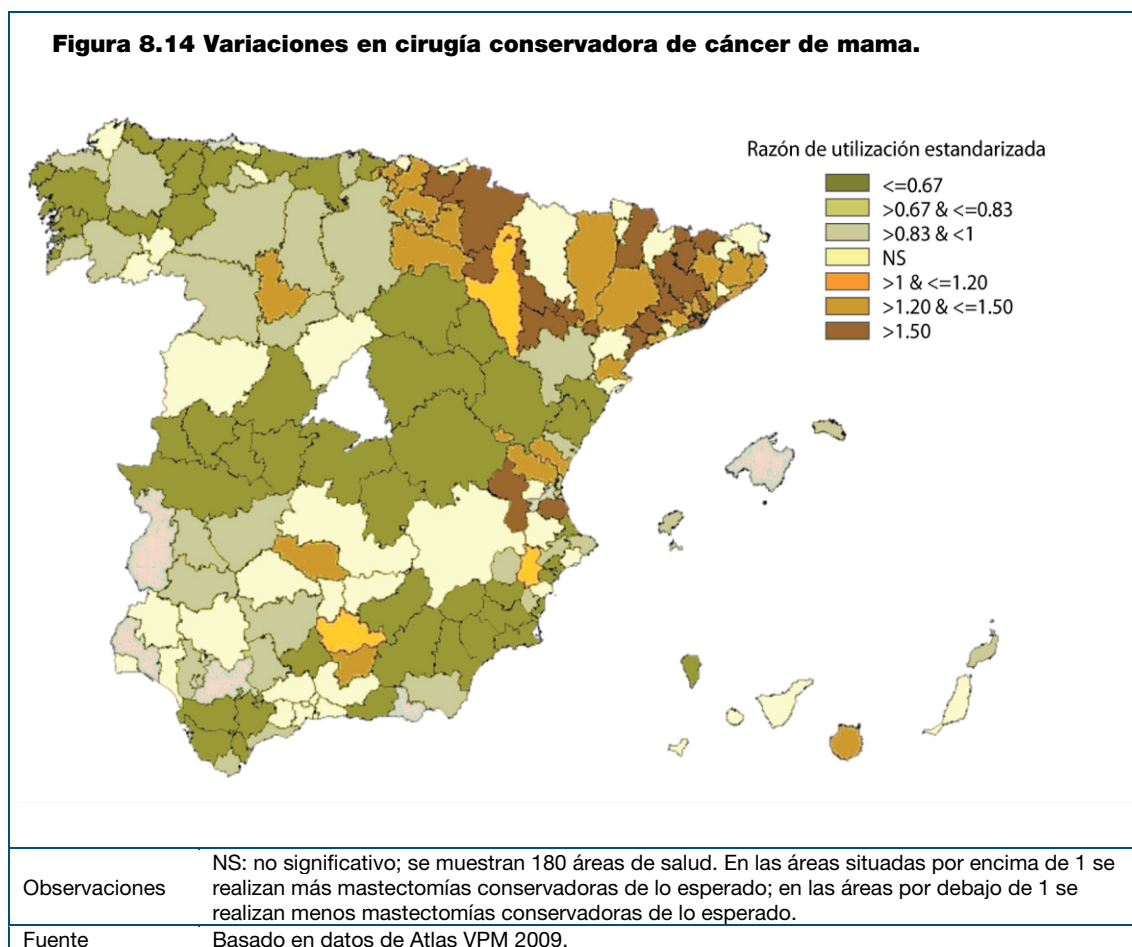


Cáncer

La [Figura 8.13](#) muestra la variación de las tasas de prostatectomía en pacientes con cáncer de próstata durante el periodo. Pese a que este procedimiento no es un tratamiento eficaz para incrementar la supervivencia en caso de cáncer de próstata y de que los eventos adversos son frecuentes y graves, las tasas de prostatectomías aumentan con el transcurso del tiempo, de la misma forma que crece la variabilidad entre áreas de salud (la razón de variación llega hasta 7,7).

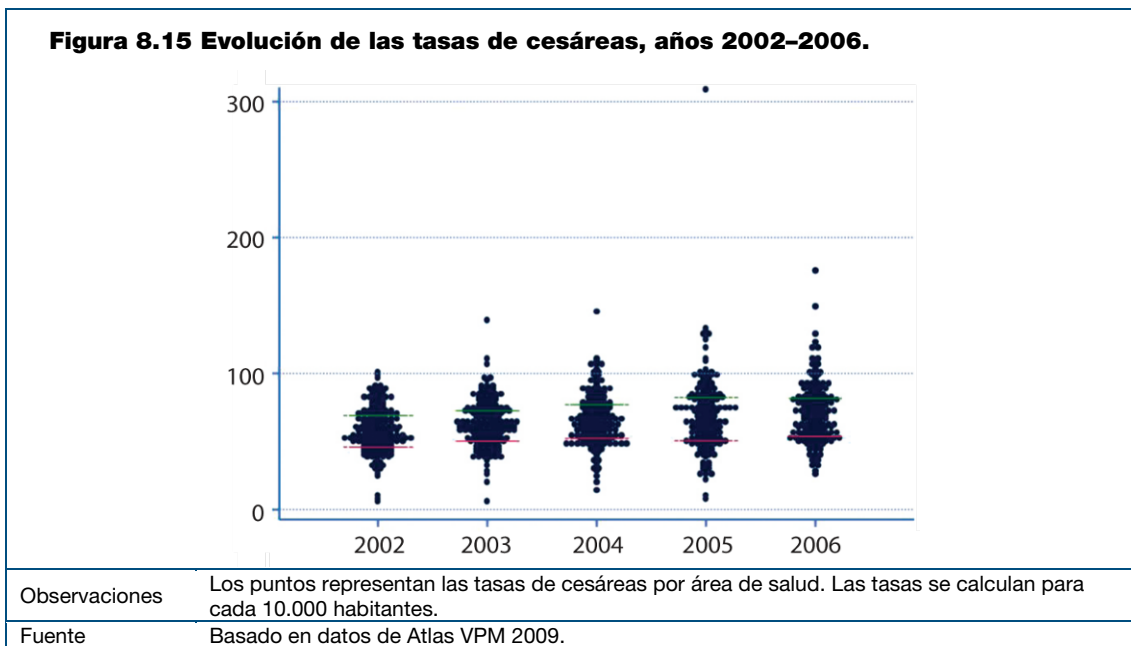


La [Figura 8.13](#) ilustra la variabilidad en la cirugía conservadora de cáncer de mama en mujeres. Se aprecia un ligero incremento del uso de mastectomías conservadoras en todo el país. Sin embargo, pese a que se trata del tratamiento de primera elección, se detecta una razón de variación de entre 4 y 7,7 entre áreas de salud. Además, las mujeres que viven en comunidades más desfavorecidas tienen menos probabilidades de ser sometidas a este procedimiento.

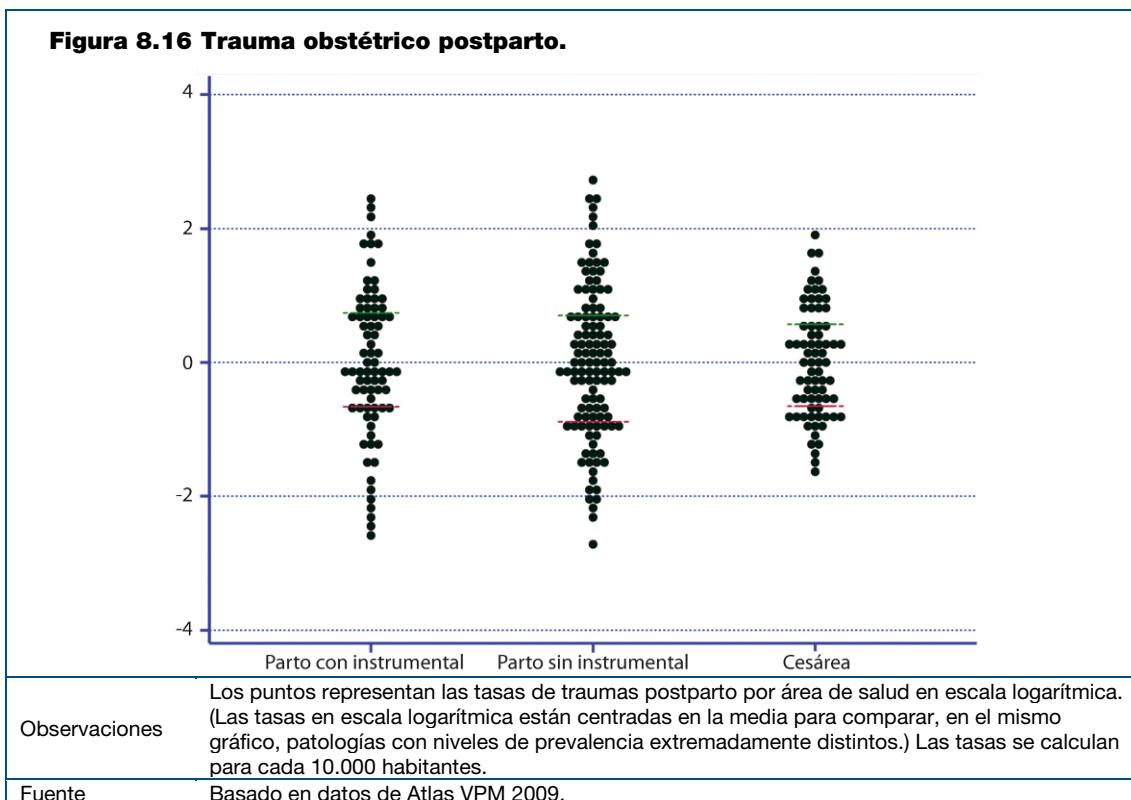


Obstetricia

La [Figura 8.15](#) ilustra las diferencias de las tasas de cesáreas y la evolución que éstas han presentado a lo largo del tiempo. Puede observarse un incremento injustificado (no necesario) de las tasas de cesáreas. La variación se reduce con el tiempo, pero esta reducción se debe a que los proveedores que inicialmente realizaban menos procedimientos de este tipo convergen con los más activos. En cualquier caso, siguen apreciándose diferencias próximas a una razón de 2,5.

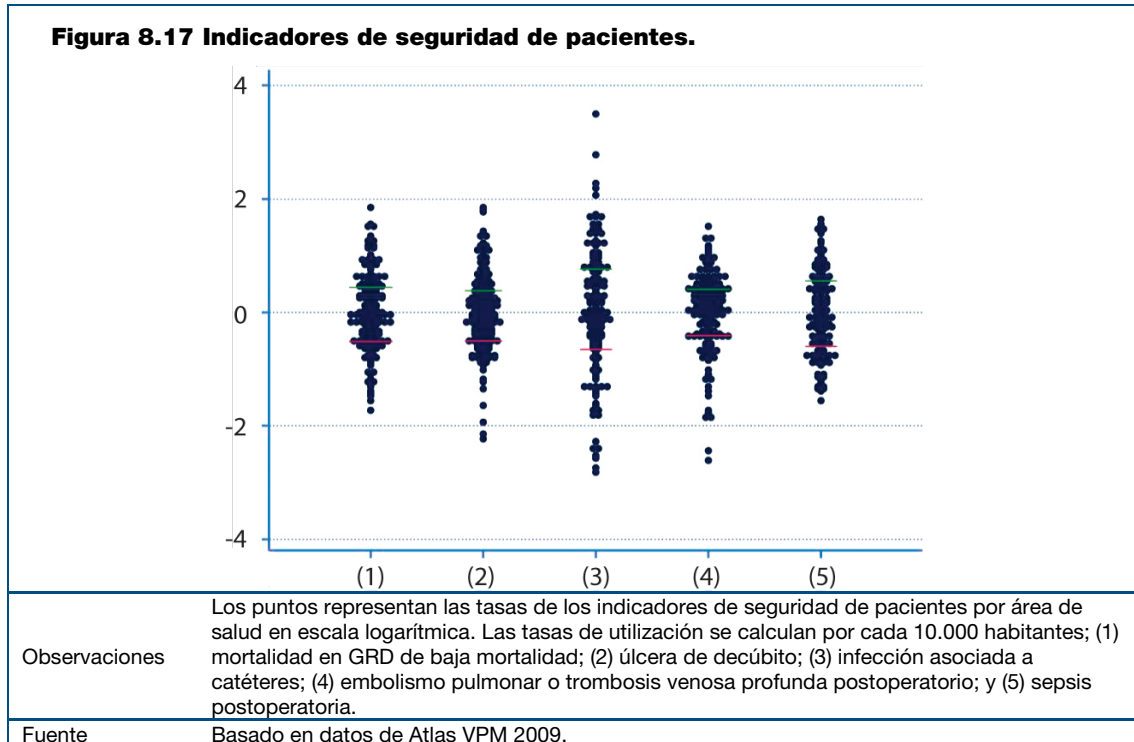


Pese a que la incidencia de acontecimientos adversos después del parto es muy pequeña, puede observarse una enorme variación sistemática entre hospitales. En la [Figura 8.16](#) se muestra la variación en traumas vaginales después de parto sin instrumental (55% por encima de la esperable por azar), después de parto con instrumental (46% por encima) y después de cesáreas (57% por encima).



Seguridad del paciente

En la [Figura 8.17](#) se muestra la inmensa variación, no atribuible al *case-mix*, que se detecta entre hospitales: una razón de variación de 2,2 en las tasas de mortalidad en GRD de baja mortalidad; una razón de variación de 4,5 en la úlcera de decúbito; una razón de variación de 3,8 en la infección asociada a catéter; una razón de variación de 2,2 en el embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda postoperatorio; y una razón de variación de 4,2 en la sepsis postoperatoria.



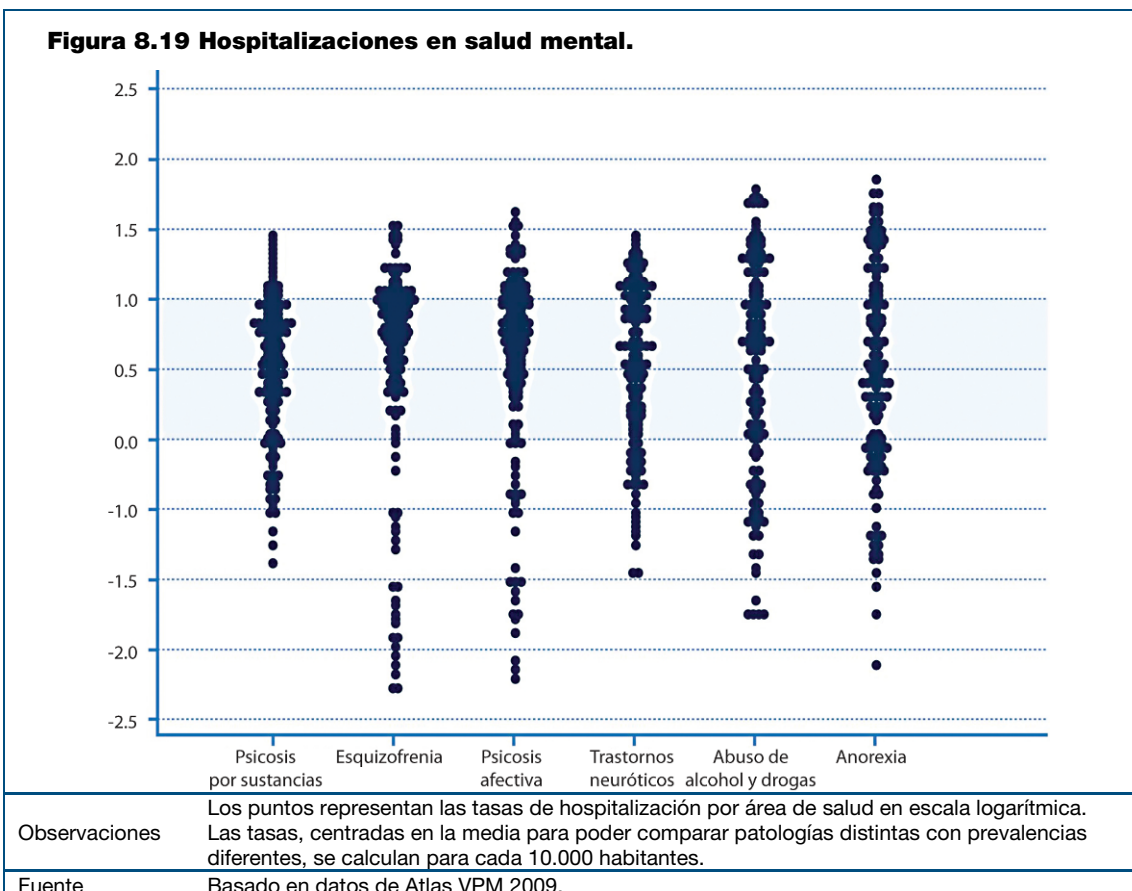
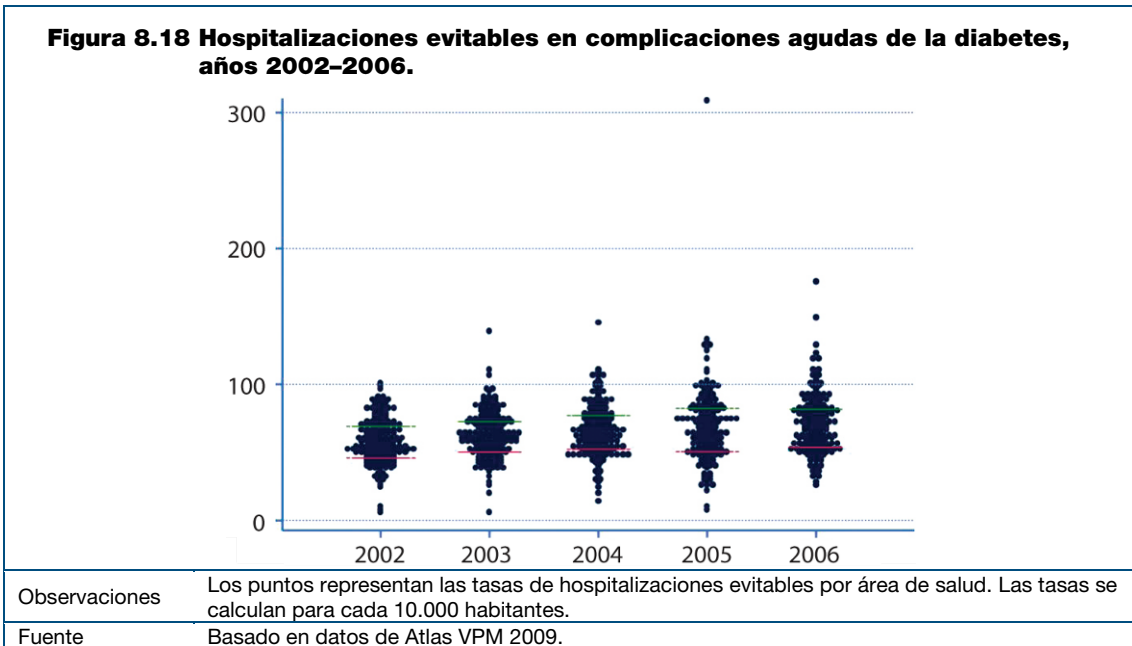
Enfermedades crónicas

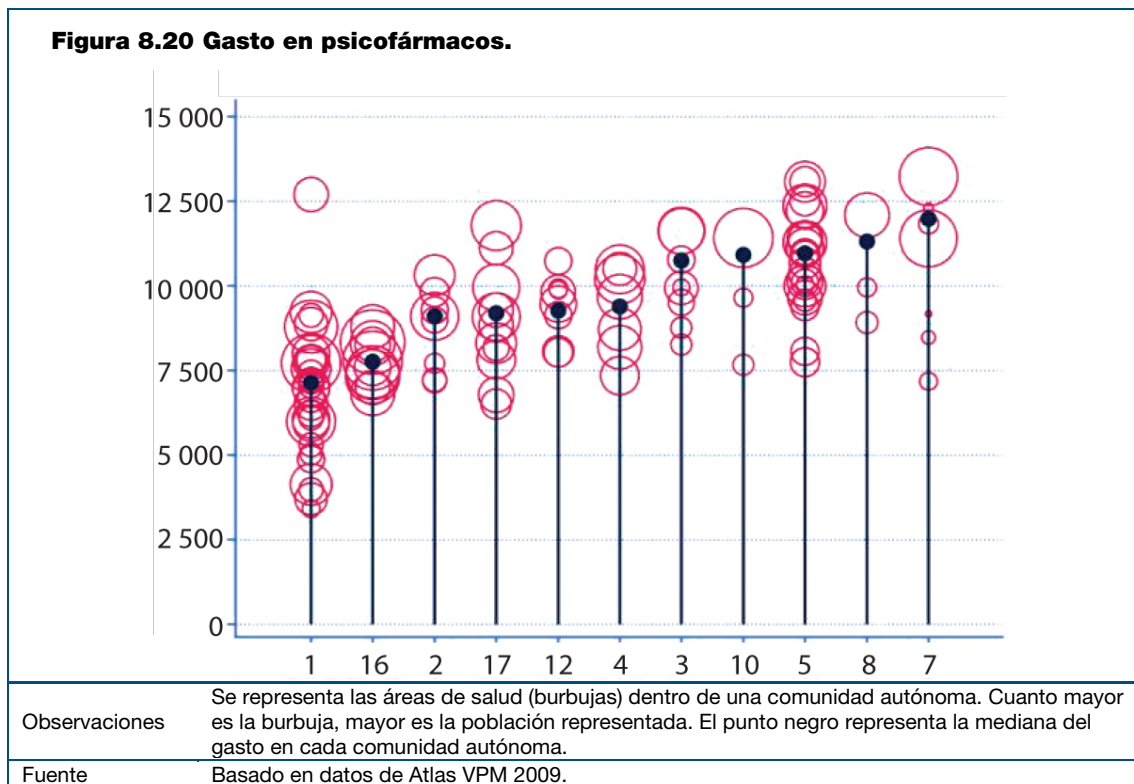
La [Figura 8.18](#) ilustra las diferencias en la hospitalización evitable relacionada con complicaciones a corto plazo de la diabetes. Aunque a lo largo de los años se ha ido difundiendo evidencia científica sobre el tratamiento y seguimiento que deben darse a los pacientes diabéticos, las tasas y la variación siguen siendo muy parecidas (una razón de variación de 10 entre áreas de salud en 2002 y de 12 en 2006).

Salud mental

La [Figura 8.19](#) y la [Figura 8.20](#) ilustran dos ejemplos de variaciones en la gestión de enfermedades mentales en el territorio nacional. En la primera, que se refiere a la hospitalización en hospitales de agudos, la variabilidad es extrema (la razón de variación oscila entre 10 en el caso de la psicosis por sustancias y 28 en la psicosis afectiva). En la

segunda figura, las variaciones en el gasto en medicamentos psicoterapéuticos son elevadas y muy variables; en general presentan una mayor variación dentro de las comunidades autónomas que entre ellas.





Eficiencia

En lo que respecta a la eficiencia en la distribución, no existen estudios formales, ni siquiera ejercicios analíticos, que comparen la eficiencia del uso de distintas variables (por ejemplo, atención primaria frente a atención hospitalaria, terapias farmacológicas frente a otras terapias, médicos frente a enfermeras, atención a largo plazo frente a atención a agudos, etc.) para lograr mejores resultados de salud. En opinión de los autores, las tendencias mostradas en los Capítulos 5 y 6 (Figura 5.2, Figura 5.3 y Figura 6.4) no deben considerarse *proxies* de la eficiencia en la distribución.

Lo mismo cabe decir de la eficiencia técnica. Pese a que las tendencias de las tasas de sustitución (por ejemplo, de la cirugía ambulatoria) muestran una mejora teórica de la productividad, no se dispone de estudios empíricos en los que estas tendencias reflejen una mejora similar de los resultados de salud.

Podría obtenerse una aproximación limitada a la eficiencia técnica en el país mediante la utilización de la duración de la estancia ajustada por GRD. Aplicando la idea original (Fetter 1991), una estancia hospitalaria más larga de lo previsto para el paciente medio en cada GRD sería un *proxy* de costes innecesarios. Por lo tanto, los hospitales que necesiten una estancia más prolongada que la estancia estándar para tratar el mismo *case-mix* de pacientes se considerarían ineficientes desde el punto de vista técnico. Para documentar esta sección se ha realizado un análisis ad hoc con todos los ingresos registrados en 2006 en 176 hospitales públicos de agudos. Los hospitales se clasificaron en cuatro categorías, atendiendo al número de camas (menos de 201 camas, entre 201 y 500 camas, entre 501 y 1.000 camas y más de 1.000 camas). A continuación se

calculó un índice de eficiencia técnica denominado "índice funcional" (IF). Cuando el IF era superior a 1, los hospitales eran menos eficientes que el estándar (la eficiencia "media" calculada a partir del universo de ingresos que se han producido en los hospitales de la muestra); cuando el IF era inferior a 1, los hospitales eran más eficientes. En la [Tabla 8.5](#) se muestran el rango de IF entre hospitales (valores extremos) y el número de hospitales cuyo índice de eficiencia técnica era peor que el estándar con una diferencia superior al 15% y con una diferencia superior al 25%.

Tabla 8.5 Eficiencia técnica en hospitales de agudos.

Categoría (Nº camas)	Nº (hospitales)	Rango de IF	Por encima del 15% nº (%)	Por encima del 25% nº (%)
< 201	65	0,11–1,57	6 (9)	4(6)
201–500	57	0,24–1,43	10 (17)	7 (12)
501–1 000	38	0,74–1,39	10 (26)	3 (8)
> 1 000	16	0,87–1,23	3 (20)	–
Observaciones	IF = Índice funcional.			
Fuente	Basado en datos de Atlas VPM (2009).			

Las diferencias en eficiencia dentro de las categorías establecidas eran notables. Especialmente destacable es el hecho de que el 26% de los hospitales con entre 501 y 1.000 camas eran, como mínimo, un 15% más ineficientes que el estándar. Asimismo, el 12% de los hospitales con entre 201 y 500 camas eran, como mínimo, un 25% menos eficientes que el estándar para el tratamiento de pacientes similares.

8.4 Retos para el gobierno del SNS: ¿qué piensan los actores involucrados?

En el periodo comprendido entre los años 2005 y 2009 se han multiplicado las iniciativas destinadas a recoger las opiniones de los actores del SNS sobre los principales retos del mismo. Uno de estos ejercicios merece especial atención porque recoge la opinión de los tres principales grupos de actores del SNS (pacientes, profesionales y políticos y gestores) en tres análisis Delphi distintos realizados entre 2005 y 2009 (Fundación SIS 2006, 2008, 2009). A estas partes interesadas se les pidió que hicieran una predicción para las próximas décadas sobre distintos aspectos: gobernabilidad y financiación, salud pública y atención sanitaria, grado de orientación al paciente, calidad, retos futuros, etc. En la [Tabla 8.6](#) y la [Tabla 8.7](#) se resumen las predicciones sobre los cambios que se esperan y los cambios que no se espera que se produzcan.

Como puede comprobarse, los distintos actores del sistema realizan predicciones similares sobre varios temas. Especialmente notables son las menciones al actual sistema de copago, así como el rechazo general a la extensión del copago a otros servicios médicos, o la referencia a la información como la base para mejorar la calidad del SNS y para tener un sistema fiable y sostenible. Por otra parte, es evidente que existe un sentimiento de que el propio SNS presenta ciertos obstáculos que suelen dificultar la realización de grandes reformas: el régimen contractual estatutario, los límites de la recertificación de competencias o la fragmentación de la atención, así como el desequilibrio en la prevalencia de la atención hospitalaria.

Tabla 8.6 Predicciones de los distintos actores del SNS sobre los cambios esperables.

Pacientes/ciudadanos (2008)	Profesionales sanitarios (2007)	Políticos y gestores (2005)
La confrontación política frenará las reformas necesarias.	Las transferencias de las competencias sanitarias a las CC.AA. incrementarán las inequidades.	El gasto sanitario va a aumentar.
El actual sistema de copago de los medicamentos evolucionará para convertirse en un sistema progresivo basado en la renta.	El número de personas con seguros sanitarios privados disminuirá debido a la recesión económica.	Se aplicarán impuestos específicos y se concederá capacidad normativa en el ámbito fiscal a las comunidades autónomas.
El mercado de los seguros sanitarios privados y proveedores privados de atención sanitaria crecerá, al igual que los problemas para mantener la actual cartera de servicios comunes con cobertura universal.	El uso de procedimientos de desarrollo profesional y la evaluación continua de las competencias será fundamental para conservar e incrementar la confianza de pacientes y ciudadanos.	El actual sistema de copago de los medicamentos evolucionará hasta ser un sistema progresivo basado en la renta con exenciones.
La corresponsabilidad del paciente en la toma de decisiones informadas (incluso compartidas) será asumida por pacientes y profesionales.	Se aplicará un sistema de copago de medicamentos e innovaciones terapéuticas.	Se mantendrá la hegemonía de la contratación estatutaria.
Se facilitará información sobre el rendimiento de los proveedores y para ayudar a pacientes y ciudadanos a escoger las mejores opciones.	Se publicará información sobre variaciones no justificadas en utilización, resultados y costes con el fin de contribuir a las políticas de calidad y seguridad.	El desarrollo de la TI será básico para la rendición de cuentas del SNS.
	Prevalecerán el empoderamiento de ciudadanos y pacientes y la toma de decisiones informadas (incluso compartidas).	Los gestores tendrán un perfil más profesional.
	La información sobre los resultados de los proveedores se facilitará a pacientes y ciudadanos.	La retribución de los profesionales se alineará con la consecución de objetivos.
	Los pacientes participarán en el diseño de indicadores de calidad orientados al paciente.	Aumentarán los fondos para I+D.
		Se hará mayor hincapié en la especialización de los hospitales, reduciendo la influencia de la atención primaria como centro del SNS.
		La información a pacientes y ciudadanos será básica para la sostenibilidad del sistema.
		Se facilitará información para ayudar a pacientes y ciudadanos a elegir proveedores de atención sanitaria y planes de seguros.

Tabla 8.7 Predicciones de los distintos actores del SNS sobre los cambios que no se espera que ocurran.

Pacientes/ciudadanos	Profesionales sanitarios	Políticos y gestores
La reacreditación continua de competencias y el desarrollo profesional en habilidades de comunicación.	Políticas destinadas a promover la contratación de seguros sanitarios privados (deducciones fiscales o pólizas de cobertura pública pero prestación privada; etc.).	Reasignación de recursos sanitarios a otros sectores relacionados con la salud (educación, medio ambiente, servicios sociales, etc.).
La representación directa en los órganos de decisión del sistema.	La estrategia "Salud en todas las políticas" como una política más eficaz de mejora de la salud de la comunidad.	Copago por servicios sanitarios.
	El copago por pruebas diagnósticas o consultas médicas.	Uso de procedimientos de desarrollo profesional continuado y reevaluación de competencias.
	En la atención primaria, una estructura más integrada, con gestores de casos.	Ni la reducción de la cartera de servicios comunes actual ni decisiones autonómicas unilaterales sobre la cartera de servicios comunes de financiación pública.
	En la atención primaria, la posibilidad de que los pacientes elijan médico o centro.	Representación de pacientes y ciudadanos en los órganos de toma de decisiones.
	En la atención especializada, la reducción de la utilización ineficaz de procedimientos o tecnologías.	

9 Conclusiones

En los capítulos precedentes se han revisado de forma pormenorizada las pruebas cuantitativas y cualitativas disponibles sobre los resultados del Sistema Nacional de Salud español. La conclusión general es que, a lo largo de los años, el SNS ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados mantenidos a lo largo del tiempo con arreglo a distintos parámetros de rendimiento:

- parámetros relativos al estado de salud de la población y resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario
- parámetros de equidad en la cobertura, el acceso y la financiación
- calidad y seguridad de la atención sanitaria
- satisfacción de los usuarios y legitimación del sistema por la población.

Estos logros se han alcanzado con un nivel relativamente bajo de gasto, si se compara con el porcentaje del PIB que se dedica a la sanidad en otros países europeos. La cifra actual en España, el 8,5% del PIB, es inferior al promedio europeo. La conclusión que podría extraerse de estos datos es que, en términos generales, los ciudadanos españoles disfrutaban de un sistema sanitario con una *buen relación calidad-precio*.

Para poder evaluar correctamente esta información es preciso tener en cuenta también factores políticos. Desde su creación a finales de los años 70 del pasado siglo, el SNS se concibió para ser, además de un componente clave del estado del bienestar que se iba a desarrollar, un reflejo de los nuevos valores políticos: la redistribución, la equidad y la transferencia de competencias a los nuevos gobiernos regionales (las comunidades autónomas) eran los principios rectores del nuevo sistema. El punto de partida era un estado de salud de la población muy modesto en términos generales, elevadas desigualdades tanto en salud como en asistencia sanitaria y una red sanitaria pública centrada en la atención hospitalaria y de gestión centralizada, que se financiaba con las contribuciones a la seguridad social, en el caso de los trabajadores con rentas medias y bajas, y con pagos directos en el caso de los ciudadanos con las rentas más altas. El SNS debía tener una cobertura universal, financiarse mediante la recaudación tributaria, basarse principalmente en la atención primaria y estar plenamente transferido a las 17 comunidades autónomas, un cambio bastante radical con respecto al anterior statu quo que se ha llevado a cabo en un plazo aproximado de 20 años. De hecho, en un contexto internacional propenso a la descentralización, España se ha convertido en un interesante estudio de caso en el ámbito de las políticas de descentralización y la organización del sistema, debido a lo ingenioso y lo complejo de su fórmula.

Pese a estos positivos resultados, el SNS sigue tratando de superar algunos de los retos que generan sus propios objetivos.

- Promover la cohesión una vez finalizado el proceso de descentralización:
 - gobernar un sistema nacional de salud integrado por 17 sistemas sanitarios autonómicos independientes, que tienen la jurisdicción principal sobre la planificación y la organización de la salud y la atención sanitaria en sus respectivos territorios;
 - garantizar la equidad horizontal, es decir, la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud, con

independencia de su comunidad de residencia, así como la equidad vertical, reduciendo las diferencias consecuencia de los distintos niveles de renta en la prestación de servicios en todo el territorio nacional;

- desarrollar nuevos instrumentos que permitan la evaluación comparativa y el aprendizaje mutuo en todo el SNS.
- Adoptar un modelo centrado en el usuario en una estructura de prestación predominantemente pública, dotada, en cuanto a los recursos humanos, fundamentalmente con funcionarios y personal estatutario.
- Coordinar la atención sanitaria en una estructura gerencial que, por lo general, es doble, con una división cultural y funcional entre la atención primaria y la atención especializada.

Otros retos que a los que también se enfrentan muchos países occidentales desarrollados tienen su manifestación en la realidad del SNS:

- la transición de un modelo basado en la atención de agudos a un modelo basado en la gestión de enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales;
- en el mismo sentido, la incorporación de la asistencia sociosanitaria y la atención a la dependencia como elemento de equidad para garantizar una atención sanitaria de media y larga duración, oportuna y de calidad, dando prioridad a las soluciones basadas en la comunidad;
- la organización y prestación de cuidados paliativos y en el final de la vida;
- la adopción de un sistema de evaluación basado en la evidencia en la gestión de la cartera de servicios y la aplicación de un análisis coste-efectividad incremental para evaluar las nuevas prestaciones;
- la mejora del marco de gestión clínica para reducir la distancia entre la evidencia y la práctica clínicas;
- la necesidad de adecuar los incentivos de los proveedores con los objetivos de calidad y eficiencia del sistema (distintos niveles de gestión, profesionales sanitarios, profesionales no sanitarios, proveedores externos, etc.);
- la mejora de las políticas basadas en la evidencia en el ámbito de la equidad y la calidad de la atención sanitaria, incrementando la producción y el uso de evidencia clínica sobre variaciones injustificadas de la práctica médica y de los resultados;
- la rendición pública de cuentas en relación con las políticas aplicadas y la relación coste-efectividad de las mismas;
- la rendición pública de cuentas de los proveedores para posibilitar la elección informada de los pacientes;
- la sostenibilidad financiera, que ha saltado al primer plano de la actualidad como consecuencia de la actual crisis económica.

El traspaso de las competencias de sanidad se completó en 2002. El sistema de financiación autonómica promueve la autonomía regional tanto en el capítulo de los gastos como en el de los ingresos (sobre todo, tras su revisión de 2009). Varios años de experiencia con el nuevo marco político han generado un fructífero debate (aunque no siempre tranquilo) entre los principales actores relevantes. Los temores iniciales a la fragmentación y desarticulación del Estado han dado paso a un enfoque más pragmático,

ya que las partes interesadas han tenido que rendirse a la evidencia de que reforzar un espacio de cohesión y coordinación favorece a todos. Existe un consenso general, basado en una voluntad inquebrantable de salvaguardar los objetivos y los logros del SNS, sobre la necesidad de reforzar y mejorar las herramientas de gobierno con el fin de garantizar la sostenibilidad del SNS, al tiempo que se incrementa su orientación al paciente, su calidad, su relación coste-efectividad y su equidad.

Muchas de las medidas que ya se han tomado subrayan el procedimiento de mejora elegido: partiendo de la base de la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 estableció el camino a seguir. El CISNS, que está integrado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y los departamentos o consejerías de salud de las comunidades autónomas, fue elevado a la posición de máxima autoridad del SNS, allanando así el camino para un novedoso proceso de formulación de políticas de forma consensuada, basado en la gestión del conocimiento, cuyos efectos comienzan a apreciarse. Asimismo, dicha Ley preveía la definición de la cartera de servicios comunes del SNS y del marco de la política de recursos humanos del SNS, poniendo las piedras angulares de la coordinación y puesta en vigor del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este Plan incluye las actividades en curso para la implantación del Sistema de información sanitaria del SNS, un sistema de identificación unívoca de los pacientes que incluirá información clínica relevante y el desarrollo de una historia clínica digital o electrónica para todo el territorio nacional, estableciendo así los fundamentos para que el SNS actúe de facto como asegurador único y garantizando a los pacientes la continuidad de la atención sanitaria fuera de la comunidad autónoma en la que residan. El Plan se ha convertido también en uno de los principales motores del diseño, la implantación y el seguimiento de normas de calidad en todo el SNS, con el desarrollo de Estrategias nacionales en salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes.

9.1 Actuaciones pendientes

El ejemplo más reciente del funcionamiento de este marco político tuvo lugar en la reunión del CISNS del 18 de marzo de 2010, en la que el principal órgano decisorio del SNS renovó su compromiso con una estrategia común destinada a garantizar la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS. El documento firmado por la Ministra de Sanidad y Política Social y los consejeros autonómicos constata la incidencia que la crisis económica puede tener sobre los ingresos fiscales y sus consecuencias para el SNS. A este respecto, incluye una batería de medidas destinadas a cumplir dos objetivos: mantener el ritmo de las medidas de mejora de la cohesión y la calidad en todo el sistema y promover medidas de contención de costes por medio de políticas de utilización racional destinadas tanto a profesionales como a los usuarios y del agrupamiento de recursos en todo el SNS para mejorar las economías de escala. El acuerdo propone varias estrategias a corto plazo para su inmediata aplicación y anuncia las principales prioridades a largo plazo de la agenda del CISNS, que se pondrán en marcha durante 2010.

Entre las medidas a corto plazo destinadas a mejorar la cohesión y la calidad cabe citar las siguientes: el desarrollo de una norma sobre tiempos máximos de espera, que establezca criterios comunes a todo el SNS y se aplique en cada una de las comunidades autónomas; la culminación de la implantación de una historia clínica electrónica común y

el uso extensivo de recursos de Salud-e para facilitar la interacción de las personas con los servicios sanitarios; y la adopción de un calendario vacunal único para todo el SNS. En el ámbito de la contención de costes, las medidas a corto plazo acordadas se centran en la política farmacéutica; se pone en marcha el II Plan Estratégico de Política Farmacéutica, que incluye la modificación del actual sistema de precios de referencia, la rebaja de los precios de los medicamentos genéricos y la fijación de precios máximos para medicamentos indicados para síntomas menores. Se calcula que con estas medidas se pueden ahorrar unos 1.500 millones de euros. Aunque la regulación de precios es competencia exclusiva de la administración central, las comunidades autónomas (e incluso determinados hospitales) desempeñan un papel como compradores de medicamentos para el suministro a sus respectivos sistemas de atención sanitaria (sin tener en cuenta la prescripción ambulatoria). El acuerdo anuncia la inmediata creación de un procedimiento de compras agregadas para todo el SNS (al que las comunidades autónomas pueden sumarse de forma voluntaria), con el fin de mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores mediante la puesta en común de información sobre precios. Este procedimiento será de aplicación a todos los productos médicos, incluidos los medicamentos. También se hace especial hincapié en la necesidad de que la inclusión de cualquier nueva tecnología (incluidos los medicamentos) en la cartera de servicios se realice exclusivamente en función de un análisis coste-efectividad incremental, así como en la aplicación de guías clínicas de farmacoterapia fundamentadas en criterios de coste-efectividad. Como parte de la campaña para favorecer una mejor utilización de los servicios se prevé la implantación de un sistema de "facturas sombra" de los servicios del SNS, que permita concienciar a los pacientes sobre los costes en que se incurre. Asimismo, la cuestión de los costes retributivos se aborda mediante la unificación de los criterios de retribución en todo el SNS.

El CISNS ha otorgado la máxima prioridad a varias iniciativas a largo plazo que se debatirán y evaluarán antes de que termine 2010 y se pondrán en práctica en el periodo 2010-2013.

- Reformar el Fondo de Cohesión Sanitaria y analizar la necesidad de introducir un fondo finalista de mínimos para la atención sanitaria en el sistema general de financiación de las comunidades autónomas. El objetivo que se pretende alcanzar es contribuir a impulsar políticas de cohesión en el SNS.
- Revisar y mejorar los actuales mecanismos de reembolso a los sistemas sanitarios de los gastos de la atención prestada en caso de accidentes laborales y de tráfico (asegurados por compañías de seguros especializadas o por mutualidades), así como los costes derivados de la atención a pacientes de la UE.
- Incrementar el número de Estrategias en salud enmarcadas en el Plan de Calidad del SNS; se considera prioritario el establecimiento de una Estrategia para la atención a los pacientes crónicos.
- En el ámbito de los recursos humanos, las prioridades incluyen el establecimiento de mecanismos comunes para incrementar la participación de los profesionales en la gestión y la asignación de recursos en los servicios regionales de salud, así como el desarrollo de un sistema común para la planificación de recursos humanos que permita abordar las necesidades futuras de determinados perfiles profesionales con criterios de distribución y necesidad para el SNS. Este sistema debe basarse en la plena puesta en

práctica del Registro Nacional de Profesionales Sanitarios. Otro aspecto abordado es el desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas, basado en un modelo troncal de formación con itinerarios flexibles de especialización.

- Establecer un sistema nacional de información de resultados de salud del SNS.
- Promover estilos de vida saludables, continuando el trabajo realizado en los programas sobre obesidad, alimentación equilibrada, ejercicio y tabaquismo, priorizando la salud pública.
- Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias en relación con la inclusión de nuevas tecnologías en la cartera de servicios, reorganizando la red de agencias de ETS con el fin de incrementar su capacidad para generar oportunas evidencias de coste-efectividad para la toma de decisiones.

La agenda fijada para el SNS aborda aparentemente muchos de los desafíos descritos. Sin duda alguna, su puesta en práctica pondrá a prueba la madurez política del sistema, así como la de las herramientas de coordinación y cohesión desarrolladas. Los resultados que se deriven de su implantación merecerán un análisis detallado, determinando la agenda de evaluación de los próximos años.

10 Anexos

10.1 Referencias bibliográficas

- Aranaz Andrés, J.M. et al. (2008). Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish national study of adverse events. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(12):1022–1029.
- Atlas VPM (2009). *Atlas de Variación en la Práctica Médica en el SNS*. Grupo de investigación Atlas VPM, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (<http://www.atlasvpm.org>, acceso en septiembre de 2009).
- Barber Pérez, P., González López-Valcarcel, B. (2009). *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008–2025)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Blanco, A. (2008). *Gasto sanitario público territorializado en España y sus fuentes de financiación*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales (Documento de trabajo 2).
- Programas de cáncer de mama (2007). *Resultados de los programas de cáncer de mama en España. Resultados Comunidades Autónomas 2007*. Programas de cáncer de mama (<http://ppc.cesga.es/>, acceso en septiembre de 2010).
- Cantarero, D., Lago Peñas, S. (2008). *Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales (Documento de trabajo del IEF 10/09).
- CGCOF (2007). *Memoria 2007*. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- CISNS (2009) *Memoria de actividades 2008*. Madrid, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (<http://www.sensefums.com/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns08.pdf>, acceso el 8 de julio de 2010).
- Comunidad de Madrid (2009). Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la sanidad de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid* 274 (http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Orden_BOCM&cid=1142571862731&idBoletin=1142571762516&idSeccion=1142571862429&language=es&pagename=Boletin%2FComunes%2FPresentacion%2FBOCM_popUpOrden, acceso el 15 de septiembre de 2010).
- Comunidad de Madrid (2010). *La ley de libre elección de médico y hospital se aprobará el próximo mes de abril*. Madrid, Comunidad de Madrid (http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1142584840581&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura, acceso el 15 de septiembre de 2010).
- Costa Font, J., Puig Junoy, J. (2007). Institutional change, innovation and regulation failure: evidence from the Spanish drug market. *Policy & Politics*, 4:701–718.

- CSIC (2008). *Barómetro Sanitario*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es>, acceso en septiembre de 2008).
- Drösler, S., Romano, P., Wei, L. (2009). *Health Care Quality Indicators Project: patient safety indicators report*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD Health Working Papers N° 47).
- Durán, A., Lara, J.L., van Waveren, M. (2006). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4):1–208.
- EFPIA (2009). *The pharmaceutical industry in figures: key data, 2009 update*. Bruselas, Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (<http://www.efpia.eu/content/default.asp?PageID=559&DocID=4883>, acceso el 30 de julio).
- OEDT (2008). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual*. Lisboa, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- OEDT (2010). *Statistical Bulletin 2009*. Lisboa, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- ENSE 1987. *Encuesta Nacional de Salud 1987*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/aniosAnteriores.htm>, acceso el 9 de septiembre de 2010).
- ENSE (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>, acceso el 9 de septiembre de 2010).
- ENSE (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>, acceso el 9 de septiembre de 2010).
- ESCRI (2007). *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>, acceso en septiembre de 2009).
- ESCRI (2008). *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>, acceso en septiembre de 2009).
- Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria del Parlamento Europeo (2008). *Palliative care in the European Union*. Bruselas, Parlamento Europeo (http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_46109_FICHERO_NOTICIA_3532.pdf, acceso el 30 de julio de 2010).
- Eurostat (2009a). *Collection: data in focus Eurostat 2009*. Luxemburgo, Comisión Europea

- (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/publications/demo_graphy_sub, acceso en septiembre de 2009).
- Eurostat (2009b). Health. En: *Europe in figures: Eurostat yearbook 2009*. Luxemburgo, Comisión Europea:205–232.
- Eurostat (2009c). Most popular database tables: real GDP growth rate [base de datos online]. Luxemburgo, Comisión Europea (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>, acceso en septiembre de 2009).
- Eurostat (2009d). Structural indicators on health [base de datos online]. Luxemburgo, Comisión Europea (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en, acceso en septiembre de 2009).
- Eurostat (2009e). DS-071348-table. En: Structural indicators on health [base de datos online]. Luxemburgo, Comisión Europea (acceso en septiembre de 2009).
- Farmaindustria (2005). *Memoria anual*. Madrid, Farmaindustria (http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_002822.pdf, acceso el 13 de septiembre de 2010).
- Farmaindustria (2008). *Memoria anual*. Madrid, Farmaindustria.
- Fetter, R.B. (1991). Diagnosis related groups: understanding hospital performance. *Interfaces*, 21(1):6–26.
- FIS (2008). *Memoria de actividades*. Madrid, Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Gallup Organization 2007. Cross-border health services in the EU. *Flash Eurobarometer*, 210.
- García, J., Espino, A., Lara, L., eds. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid, Díaz de Santos.
- García, P., López, A. (2007). Public and private health insurance and the utilisation of health care in Spain. *Research on Economic Inequality*, 15:169–195.
- Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (2006). *Memoria estadística anual de entidades aseguradoras 2006*. Madrid, Ministerio de Economía y Hacienda ([http://www.dgsfp.meh.es/sector/Memoria2006ABEA/SH%202002.6%20Desglose%20del%20negocio%20\(Pólizas\).pdf](http://www.dgsfp.meh.es/sector/Memoria2006ABEA/SH%202002.6%20Desglose%20del%20negocio%20(Pólizas).pdf), acceso en febrero de 2010).
- Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección (2009). *Programa 3110: Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección (http://www.spgp.pap.meh.es/Presup/PGE2010Proyecto/MaestroDocumentos/PGE_ROM/doc/1/3/23/3/2/5/N_10_A_R_31_126_1_2_3_13110_C_1.PDF, acceso en octubre de 2009).
- Dirección General de Tráfico (2009). *Seguridad vial: estadísticas e indicadores*. Madrid, Ministerio del Interior (http://dgt.es/portal/es/seguridad_vial/estadistica/, acceso en octubre de 2009).

- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2007). *Anteproyecto del mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública – versión resumida*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (<http://www.gencat.cat/salut/dep Salut/html/es/dir2318/mapasanitariesp.pdf>, acceso el 14 de septiembre de 2010).
- Gómez Beneyto, M. et al. (2010). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.feafes.com/FEAFES/DocumentosElectronicos/Capitulo10243/Evaluación+estrategia+salud+mental.htm>, acceso en febrero de 2010).
- Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2007). *Informe sobre el gasto sanitario 2007*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>, acceso en septiembre de 2009).
- Herrero, A. et al. (2007). La reforma de la financiación autonómica: reflexiones y escenarios. *Revista de Economía*, 837 (julio-agosto):83–98.
- Hidalgo, M.J., Matas, V. (2004). *Estudio comparativo del salario del médico en España*. Granada, Sindicato Médico de Granada.
- INE (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/UtilizacionServiciosSanitariosPorcentajes.xls>, acceso en noviembre de 2009).
- INE (2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD)*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009a) [base de datos online]. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009b). *Defunciones según la causa de la muerte*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009c). *Encuesta de condiciones de vida (ECV)*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp453&file=inebase&L=0>, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009d). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD)*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2009e). *Encuesta de población activa*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22%2Fe308_mnu&file=inebase&L=1, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009f). *España en cifras 2009*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/prodyser/pubweb/esp cif/esp cif09.pdf>, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009g). *Indicadores sociales 2006*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/daco/daco42/sociales06/salud-naci.xls>, acceso en septiembre de 2009).

- INE (2009h). *Indicadores sociales: educación*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/daco/daco42/sociales09/educa-naci.xls>; y <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales09/educa-prov.xls>, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009i). *Mercado laboral: EPA 2005 – Encuesta de población activa*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22%2Fe308_mnu&file=inebase&N=&L=0, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009j). *Padrón municipal: cifras oficiales de población desde 1996*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009k). *Padrón municipal y censos de población*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009l). *Producto interior bruto*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/prensa/pib_tabla_cne.htm, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009m). *Sociedad/mercado laboral*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mercalab.htm, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009n). *Sección de prensa. Estadísticas económicas. PIB anual*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (http://www.ine.es/prensa/pib_tabla_cne.htm, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2009o). *Nivel, Calidad y Condiciones de Vida. Encuesta de Presupuestos Familiares. Base 2006*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p458&file=inebase&L=1>, acceso en septiembre de 2009).
- INE (2010). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2009*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp450&file=inebase&L=>, acceso en septiembre de 2010).
- Instituto de Salud Carlos III (2009). *Mortalidad por grupos de edad*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III (<http://193.146.50.130/raziel/grafs/fEdadl.php>, acceso en septiembre de 2009).
- Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (2007). *Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología (ENCYT)*. Madrid, Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (<http://www.micinn.es/stfls/MICINN/investigacion/FICHEROS/Encyt.pdf>, acceso en octubre de 2009).
- ISFAS (2008). *Memoria 2008*. Madrid, Ministerio de Defensa (http://www.mde.es/isfas/v1/es/ISFAS/memoria_2008.pdf, acceso el 31 de julio de 2010).
- Joumard, I. et al. (2008). *Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD Economics Department Working Papers N° 627).

- Kelley, E., Hurst, J. (2006). *Health care quality indicators project: conceptual framework paper*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD Health Working Papers N° 23).
- Lara, L. (2005). Análisis sobre García et al. (1998). La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. En: Durán, A., Lara, J.L., van Waveren, M. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4):1–208.
- Luque Fernández, M.A. et al. (2009). Increase in maternal mortality associated with change in the reproductive pattern in Spain: 1996–2005. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63:433–438.
- Martín Martín, J.J. (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Madrid, Fundación Alternativas (Documento de trabajo 14/2003; <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos-de-trabajo/documentos-de-trabajo/nuevas-formulas-de-gestion-en-las-organizaciones-sanitarias>, acceso el 30 de julio de 2010).
- Meneu, R. (2008). *La distribución y dispensación de medicamentos en España*. Madrid, Fundación Alternativas (Documento de trabajo 130/2008; <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos-de-trabajo/documentos-de-trabajo/la-distribucion-y-dispensacion-de-medicamentos-en-espana>, acceso el 30 de julio de 2010).
- Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (2009). *El Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y el Ministerio de Sanidad y Política Social dan un nuevo impulso al programa "Sanidad en Línea"*. Nota de prensa, 21 de julio de 2009 (<http://www.mityc.es/es-ES/GabinetePrensa/NotasPrensa/Paginas/ConvenioSanidadenlinea210709.aspx>, acceso el 15 de septiembre de 2010).
- Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (2010). *Estrategia 2011–2015. Plan Avanza2*. Madrid, Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información (http://www.planavanza.es/InformacionGeneral/Estrategia2011/Documents/Estrategia_2011-2015_PA2.pdf, acceso en septiembre de 2010).
- MSPS (2002). *Ganar salud con la juventud, 2002*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/home.htm>, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2003). *Encuesta sobre la salud y los hábitos sexuales*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2007). *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- MSPS (2008a). *Barómetro Sanitario 2008*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/LIBROBS2008.pdf>, acceso en septiembre de 2010).

- MSPS (2008b) *Barómetro sanitario 2008: Tabulación por Comunidades Autónomas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS2008TotalCCAA.pdf>, acceso el 8 de julio de 2010).
- MSPS (2008c). *Sistema de información de atención primaria – SIAP*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>, acceso en diciembre de 2009).
- MSPS (2009a). *Barómetro sanitario 2008: la sanidad es lo más importante para los ciudadanos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/LIBROBS2008.pdf>, acceso el 8 de julio de 2010).
- MSPS (2009b). *Centros, servicios y unidades de referencia*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/profesionales/CentrosDeReferencia/PatologiasCSUR.htm>, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2009c). *Datos provisionales de facturación de receta médica*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/enero2009.htm>, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2009d). *Unidad de cirugía mayor ambulatoria: estándares y recomendaciones*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2009e). *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Informe Técnico Diciembre 2008*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2009f). *Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2009g). *Hospital de día: estándares y recomendaciones*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2009h). *Estrategia NAOS*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.naos.aesan.msps.es/>, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2009i). *Catálogo Nacional de Hospitales 2009*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.msps.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/Catalogo_Nacional_de_Hospitales_2009.pdf, acceso en septiembre de 2009).

- MSPS (2009j). *Plan de calidad para el SNS. Excelencia clínica. Mejorar atención pacientes*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04_doc.htm, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2009k). *Sistema de información sanitaria del SNS*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2009l). *Recursos del SNS*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/RecursosRed2009.xls>, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2009m). *Registro Nacional de SIDA*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- MSPS (2009n). *Datos estadísticos del SAAD*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/datos_estadisticos_saad/index.htm, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2009o). *Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf, acceso en octubre de 2009).
- MSPS (2010a). *Cuenta satélite del gasto sanitario público*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp_gasto_real.xls#'tabla 11'!A1, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2010b). *Interrupción voluntaria del embarazo*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/>, acceso el 13 de septiembre de 2010).
- MSPS (2010c). *Sistema Nacional de Salud. España 2010*. Madrid, Instituto de Información Sanitaria (<http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/>, acceso en septiembre de 2010).
- MSPS (2010d). *Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- MSPS (2010e). *Organización institucional*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/organizacion/ministerio/organizacion/home.htm>, acceso el 8 de julio de 2010).
- MSPS (2010f). *Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS 2010*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>, acceso en febrero de 2010).
- MSPS (2010g). *Servicios autonómicos de salud y consumo*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social

- (<http://www.msc.es/organizacion/ccaa/directorio/home.htm>, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2010h). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/informeAnualSNS2008.pdf>, acceso en septiembre de 2009).
- MSPS (2010i). *Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/flujosFinancieros.pdf>, acceso en marzo de 2010).
- MSPS, INE (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social e Instituto Nacional de Estadística (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/indiceGeneral.xls>, acceso en septiembre de 2009).
- MUFACE (2008). *Memoria 2008*. Madrid, Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (http://www.map.es/muface/muface/memorias/common/Memoria_2008.pdf, acceso el 30 de julio de 2010).
- MUGEJU (2008). *Memoria 2008*. Madrid, Mutualidad General Judicial (http://www.mjjusticia.es/cs/Satellite?c=Documento&cid=1161678293390&pagename=Portal_del_ciudadano%2FDocumento%2FTempDocumento, acceso el 30 de julio de 2010).
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2003). *Infección por VIH y SIDA en España. Plan multisectorial 2001–2005. Indicadores*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Indicador_es_nov2003.pdf, acceso en septiembre de 2009).
- Instituto de Información Sanitaria (2007). *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es>, acceso en marzo de 2010).
- Instituto de Información Sanitaria (2009a). *Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España*. Madrid, Instituto de Información Sanitaria (http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD_POR_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf, acceso en septiembre de 2010).
- Instituto de Información Sanitaria (2009b). *Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- OCDE (2009a). *Health at a glance*. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- OCDE (2009b). Base de datos de salud de la OCDE (OECD Health Data) [base de datos online]. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (http://www.oecd.org/document/54/0,3343,en_2649_201185_43220022_1_1_1_1,00.html, acceso en septiembre de 2009).

- Pascual, A., Rocafor, J. (2009). Desarrollo de los cuidados paliativos en España: ¿cuál es el siguiente paso? *Medicina Paliativa*, 16(4):195–196.
- Puig Junoy, J. (2007). La financiación y la regulación del precio de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud: cambios y continuidad. *Gaceta Sanitaria*, 21(1):1–4.
- Red.es, MSPS (2009). *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: el programa Sanidad en línea*. Madrid, Red.es y Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.ontsi.red.es/articulos/detail.action;jsessionid=0CE05DDBDC56DCDA_A0BB6A699789F7FF.vertebra_app117?id=3039&request_locale=es#, acceso en septiembre de 2009).
- Red.es, MSPS (2010). *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: el programa Sanidad en línea*. Actualización de los avances realizados, enero de 2010. Madrid, Red.es y Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Repullo, J.R. (2005). ¿Es de buena calidad nuestro sistema de financiación? *Revista de Calidad Asistencial*, 20(7):357–358.
- Repullo, J.R. (2007). Gasto sanitario y descentralización: ¿saldrá a cuenta haber transferido el INSALUD? *Presupuesto y Gasto Público*, 49(4):47–66.
- Repullo, J.R. (2009). *El Área Única Sanitaria de Madrid como nuevo paso en la desregulación y fragmentación asistencial*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III (<http://www.slideshare.net/jrepullo/area-sanitaria-unica-madrid>, acceso el 30 de julio de 2010).
- Repullo, J.R., Iñesta, A., eds. (2006). *Sistemas y servicios sanitarios*. Madrid, Díaz de Santos.
- Ribera, B. et al. (2008). Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl. 1):86–95.
- Rico, A., Sabés, R. (2000). *Sistemas sanitarios en transición: España*. Copenhague, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.
- SESPAS (2006). Informe SESPAS 2006: los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl.1):1–221.
- SESPAS (2008). Informe SESPAS: mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl. 1) (<http://www.sespas.es/informes.php>, acceso el 30 de julio de 2010).
- Fundación SIS (2006). *Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado*. Madrid, Fundación SIS (http://www.fundsis.org/docs/fund_sis_4.01.pdf, acceso en septiembre de 2009).
- Fundación SIS (2008). *El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos*. Madrid, Fundación SIS (<http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-ciudadanos-3.pdf>, acceso en septiembre de 2009).
- Fundación SIS (2009). *El futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud*. Madrid, Fundación SIS (<http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-profesionales-de-la-salud-6.pdf>, acceso en septiembre de 2009).

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría (<http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>, acceso en septiembre de 2009).
- UNESPA (2008). *Memoria de actividades 2008*. Madrid, Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (http://www.unespa.es/adjuntos/fichero_2920_20090525.pdf, acceso en septiembre de 2009).
- UNICEF (2010) *At a glance: Spain*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (http://www.unicef.org/infobycountry/spain_statistics.html, acceso en septiembre de 2009).
- Vogler, S., Arts, D., Habl, C. (2006), *Community pharmacy in Europe. Lessons from deregulation – case studies*. Viena, ÖBIG-Instituto Austriaco de Salud.
- Oficina Regional para Europa de la OMS (2009). Base de datos europea Health for All (HFA-DB) [base de datos no disponible online] Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS (<http://www.euro.who.int/hfadb>, acceso en septiembre de 2009).

Bases de datos

Encuesta de Población Activa.

EDAD 2008 (Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia).

ENSE 2006.

ESCRI 2008.

Base de datos europea Health for All.

Eurostat.

Registro Nacional de Sida 2009.

Instituto Nacional de Estadística (INE).

Base de Datos de Salud (*Health Data*) de la OCDE.

Sistema de Información Sanitaria del SNS.

Indicadores del desarrollo mundial online.

10.2 Sitios web útiles

AUnETS <http://aunets.isciii.es>

EUnetPAs <http://www.eunetpas.eu/>

Patient Safety and Quality of Care Working Group de la UE
http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_en.htm

European Patient – Smart Open Services <http://www.epsos.eu/>

Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión 2009
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

Instituto de Salud Carlos III <http://193.146.50.130/raziel/grafs/fEdadl.php>

Grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica <http://www.Atlasvpm.org>

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), Sistema de Información Sanitaria
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), Plan de Calidad del SNS
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>

Instituto Nacional de Estadística (INE)
http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del SNS (GuíaSalud)
<http://www.guiasalud.es/home.asp>

Datos estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)
http://www.imsero.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/datos_estadisticos_saad/index.htm

Proyecto Health Care Quality Indicators de la OCDE
<http://www.oecd.org/health/hcqi>

Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
<http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
<http://www.secpal.com/directorio/index.php>

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
<http://www.sespas.es/informes.php>

Programa de Seguridad del Paciente de la OMS
<http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>

10.3 Principal legislación

Principales leyes del ámbito sanitario

Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de despenalización del aborto en determinados supuestos.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.

- Ley 6/1997, de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la administración general del Estado (LOFAGE).
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).
- Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.
- Ley Orgánica 3/2009, de 18 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

Otros instrumentos jurídicos relacionados con el sistema sanitario español

- Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios.
- Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la introducción de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.

- Real Decreto 1088/89, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- Directiva 2004/27/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, que modifica la Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano.
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.
- Orden SCO/3867/2007, de 27 de diciembre, por la que se determinan los nuevos conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia.
- Real Decreto 7/2008 sobre las prestaciones económicas de la ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio del presente año.
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado.
- Real Decreto 1041/2009, de 29 de junio de 2009, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Política Social y se modifica el Real Decreto 438/2008, de 14 de abril por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

10.4 Metodología y proceso de producción del HiT

Los perfiles sobre sistemas sanitarios en transición (HiT) son producidos por expertos del país objeto del informe en colaboración con personal de investigación del Observatorio. Los perfiles se basan en una plantilla que se revisa periódicamente y que

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

Para la elaboración de los perfiles HiT, los autores hacen uso de múltiples fuentes de información, que comprenden estadísticas nacionales, documentos de política nacional y regional y la literatura publicada. También pueden incorporarse datos de fuentes internacionales como la OCDE y el Banco Mundial. La base de datos de salud de la OCDE contiene más de 1.200 indicadores de 33 países de la OCDE. Los datos se extraen de información recopilada por los organismos nacionales de estadística y los ministerios de sanidad. El Banco Mundial facilita sus indicadores sobre desarrollo mundial, que también se basan en fuentes oficiales de información.

Además de la información y los datos proporcionados por los expertos nacionales, el Observatorio ofrece datos cuantitativos que adoptan la forma de una serie estándar de cifras comparativas correspondientes a cada país, elaboradas partiendo de la información disponible en la base de datos europea Health for All. Dicha base de datos contiene más de 600 indicadores definidos por la Oficina Regional para Europa de la OMS con el fin de supervisar las políticas "Health for All" en Europa. Se actualiza para su distribución dos veces al año con información de diversas fuentes, principalmente cifras oficiales facilitadas por gobiernos, así como estadísticas de salud recopiladas por las unidades técnicas de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Los datos estándar de la base de datos Health for All han sido aprobados oficialmente por los gobiernos nacionales. En su edición del verano de 2010, la base de datos Health for All comenzó a incluir datos de la UE ampliada a 27 Estados miembros.

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

Normalmente, los perfiles HiT tienen 10 capítulos:

1. **Introducción:** en este capítulo se describe el contexto general del sistema sanitario, incluido el contexto geográfico, sociodemográfico, económico y político, así como el estado de salud de la población.
2. **Estructura organizativa:** en este capítulo se ofrece una visión general de la organización del sistema sanitario en el país y un bosquejo de los principales actores y sus facultades decisorias; asimismo, se analizan los antecedentes históricos del sistema y se describe el grado de empoderamiento de los pacientes en las áreas de la información, los derechos, la capacidad de elección, las vías de reclamación, la seguridad y la participación.
3. **Financiación:** en este capítulo se facilita información sobre el nivel de gasto, las personas cubiertas, las prestaciones cubiertas, el origen de los fondos sanitarios, la agrupación y distribución de recursos, las principales áreas de gasto y el pago a los proveedores.
4. **Regulación y planificación:** en este capítulo se aborda el proceso de elaboración de políticas y de establecimiento de objetivos y prioridades; asimismo y se analizan cuestiones relativas a las relaciones entre actores

institucionales, haciendo especial énfasis en su participación en la regulación y en qué aspectos están sujetos a regulación; también se describe el proceso de ETS y la investigación y el desarrollo.

5. Recursos materiales y humanos: este capítulo aborda la planificación y distribución de las infraestructuras y el capital, así como el contexto en el que operan los sistemas de TI y los recursos humanos utilizados en el sistema sanitario, incluyendo información sobre la acreditación, la formación, tendencias y el desarrollo profesional.
6. Provisión de servicios: este capítulo se concentra en los flujos de pacientes, la organización y la prestación de servicios y aborda la salud pública, la atención primaria y especializada, las urgencias y la atención ambulatoria de día, la rehabilitación, la prestación farmacéutica, la atención prolongada, los servicios para cuidadores informales, los cuidados paliativos, la atención a la salud mental, la atención dental, la medicina complementaria y alternativa y la atención sanitaria a grupos específicos de población.
7. Principales reformas sanitarias: en este capítulo se analizan las reformas, políticas y cambios organizativos que han afectado sustancialmente a la sanidad.
8. Evaluación del sistema sanitario: este capítulo proporciona una evaluación basada en los objetivos declarados del sistema sanitario, la distribución de costes y prestaciones entre la población, la eficiencia de la distribución de recursos, la eficiencia técnica en la producción sanitaria, la calidad de la atención y la contribución de la atención sanitaria a la mejora de la salud.
9. Conclusiones: en este capítulo se hace especial hincapié en las lecciones aprendidas con los cambios del sistema sanitario y se resumen los retos pendientes y las perspectivas de futuro.
10. Anexos: este capítulo incluye las referencias bibliográficas, sitios web útiles y un listado de la legislación.

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

- Un riguroso proceso de revisión (véase la sección siguiente).
- Un trabajo destinado a garantizar la calidad durante las últimas fases de la elaboración del perfil, que se centra en la corrección de textos y pruebas.
- Los perfiles HiT se divulgan (en formato impreso y electrónico, traducidos y mediante lanzamientos). El editor apoya a los autores durante todo el proceso de producción y garantiza, mediante frecuentes consultas con éstos, que todas las fases del proceso se lleven a cabo de la forma más eficaz posible.

Uno de los autores es también miembro del personal del Observatorio y es responsable de ayudar a los otros autores durante el proceso de redacción y producción. Los autores se consultan permanentemente a fin de garantizar que todas las etapas del proceso se realicen de la forma más eficaz posible y que el perfil HiT cumpla los

requisitos de la serie y pueda ser de utilidad tanto para la toma de decisiones en el ámbito nacional como para las comparaciones entre países.

10.5 El proceso de revisión

Este proceso comprende tres etapas. En un primer momento, los directores de investigación del Observatorio Europeo comprueban, revisan y aprueban el texto del perfil HiT. A continuación, el texto se somete a la revisión de dos expertos académicos y sus comentarios y enmiendas se incorporan al texto, realizando las correspondientes modificaciones. Posteriormente, el texto se remite al ministerio de sanidad correspondiente, o a otra autoridad competente. Los responsables de estos organismos se limitan a comprobar la existencia de errores objetivos en el perfil HiT.

El perfil HiT sobre España fue revisado por José Ramón Repullo (Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III), Andreu Segura (Director del Área de Investigación en Servicios Sanitarios y Salud Pública del Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya), Rosa Urbanos (Profesora del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid) y Joan Ramón Villablí (Adjunto a la Gerencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona).

10.6 Acerca de los autores

Sandra García Armesto es investigadora senior ARAI+D en la Unidad de Investigación en políticas sanitarias y servicios de salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Antes de incorporarse al I+CS, trabajó como economista de la salud y analista de políticas en la División de Salud de la OCDE, fue responsable del Observatorio del Sistema Madrileño de Salud, profesora del Centro Universitario de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid e investigadora en la Unidad de Investigación en Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III (MSPS). Ha realizado un trabajo relevante en la coordinación de diferentes líneas de trabajo dentro del proyecto *Health Care Quality Indicators* de la OCDE. Es autora de múltiples informes y publicaciones sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud en los países de la OCDE y ha colaborado en diversas publicaciones de la OMS sobre la comparación internacional de sistemas sanitarios. También ha tenido oportunidad de contribuir como experto en varios grupos de trabajo de la Comisión Europea (*Working Party on indicators, WP on patient safety, WP on Health Systems*) y en las comisiones de coordinación entre la OCDE, la OMS y la Comisión.

María Begoña Abadía Taira es investigadora junior en la Unidad de Investigación en políticas sanitarias y servicios de salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Es doctora en Medicina y está especializada en medicina de familia y comunitaria, medicina preventiva y salud pública. Asimismo, tiene un Máster en Salud Pública. Durante los años 2000 y 2001 realizó una estancia de Medicina General en la Universidad de Ulm, Alemania.

Antonio Durán es director de la consultora Técnicas de Salud. Ha realizado extensos trabajos de consultoría en Albania, Azerbaiyán, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Georgia y otros países. Ha trabajado y trabaja en el marco de contratos con la OMS, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Banco Mundial, el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo y la Comisión Europea. Es autor de numerosos artículos y monografías y ha contribuido a varias de las publicaciones del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.

Cristina Hernández Quevedo es oficial técnico del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud e investigadora de LSE Health. Es doctora en Ciencias Económicas y posee un Máster en Economía de la Salud de la Universidad de York, Reino Unido. Entre sus intereses en el ámbito de la investigación se incluyen las inequidades en salud, la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y los determinantes socioeconómicos de la salud y ha publicado artículos sobre estos aspectos en publicaciones científicas reconocidas internacionalmente.

Enrique Bernal Delgado trabaja como investigador senior en la Unidad de Investigación en políticas sanitarias y servicios de salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) y lidera varios proyectos de investigación nacionales e internacionales. Las variaciones en la práctica médica y la medición del desempeño son sus principales temas de interés. Tras titularse en Salud Pública y Economía de la Salud, trabajó como jefe de gabinete de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón, donde se hizo cargo de responsabilidades de alto nivel en el proceso de transferencia de las competencias sanitarias. En la actualidad, es el Presidente de la Asociación de Economía de la Salud.

Los sistemas sanitarios en transición (HiT)

Una serie publicada por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud

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

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

Información sobre cómo obtener un perfil HiT

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

Si desea solicitar una copia impresa de un HiT, puede escribir a: info@obs.euro.who.int

Las publicaciones del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud están disponibles en www.healthobservatory.eu

Perfiles HiT publicados hasta la fecha:

Albania (1999, 2002^{ag})
 Andorra (2004)
 Armenia (2001^g, 2006)
 Australia (2002, 2006)
 Austria (2001^e, 2006^e)
 Azerbaiyán (2004^g, 2010^g)
 Bielorrusia (2008^g)
 Bélgica (2000, 2007)
 Bosnia-Herzegovina (2002^g)
 Bulgaria (1999, 2003^b, 2007^g)
 Canadá (2005)
 Croacia (1999, 2007)
 Chipre (2004)
 República Checa (2000, 2005^g, 2009)
 Dinamarca (2001, 2007^g)
 Estonia (2000, 2004^{gi}, 2008)
 Finlandia (2002, 2008)
 Francia (2004^{cg})
 Georgia (2002^{dg}, 2009)
 Alemania (2000^e, 2004^{eg})
 Hungría (1999, 2004)
 Islandia (2003)
 Irlanda (2009)
 Israel (2003, 2009)
 Italia (2001, 2009)
 Japón (2009)
 Kazajstán (1999^g, 2007^g)
 Kirguistán (2000^g, 2005^g)
 Letonia (2001, 2008)
 Lituania (2000)
 Luxemburgo (1999)

Malta (1999)
 Mongolia (2007)
 Países Bajos (2004^g, 2010)
 Nueva Zelanda (2001)
 Noruega (2000, 2006)
 Polonia (1999, 2005^k)
 Portugal (1999, 2004, 2007)
 República de Corea (2009)
 República de Moldavia (2002^g, 2008^g)
 Rumanía (2000^f, 2008)
 Federación Rusa (2003^g)
 Eslovaquia (2000, 2004)
 Eslovenia (2002, 2009)
 España (2000^h, 2006, 2010)
 Suecia (2001, 2005)
 Suiza (2000)
 Tayikistán (2000, 2010^{gi})
 Antigua República Yugoslava de Macedonia (2000, 2006)
 Turquía (2002^{gi})
 Turkmenistán (2000)
 Ucrania (2004^g)
 Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (1999^g)
 Uzbekistán (2001^g, 2007^g)

Clave: Todos los HiT están disponibles en inglés. Cuando así se indica, también están disponibles en otras lenguas:
^a Albanés
^b Búlgaro
^c Francés
^d Georgiano
^e Alemán
^f Rumano
^g Ruso
^h Español
ⁱ Turco
^j Estonio
^k Polaco
^l Tayiko

Sistemas Sanitarios en Transición: España

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud es una asociación entre la Oficina regional para Europa de la OMS, los Gobiernos de Bélgica, Eslovenia, España, Irlanda, Finlandia, Noruega, Países Bajos y Suecia, la región italiana de Veneto, la Comisión Europea, El Banco Europeo de Inversiones, el banco Mundial, UNCAM (la unión nacional francesa de fondos de seguros sanitarios), la London School of Economics and Political Science y la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Los informes HiT son perfiles que ofrecen un exhaustivo análisis de los sistemas y las políticas en el ámbito de la salud y que se elaboran mediante la aplicación de un enfoque normalizado que permite la comparación entre países. Estos informes proporcionan datos, cifras y análisis y hacen especial hincapié en las reformas en marcha.