

El Sistema Sanitario Español.



TRABAJO FIN DE GRADO.

GRADO EN RELACIONES LABORALES Y
RECURSOS HUMANOS.

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.

Tutor: D. Luis Jesús Belmonte Ureña

Alumna: María del Carmen Torres Pardo.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

1. ABREVIATURAS.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	4
3.1. Objetivos:	5
4. MARCO NORMATIVO.....	6
4.1. Cronograma Legislativo.....	6
4.2. Ley 14/1986, General de Sanidad.....	10
4.3. Descentralización del SNS.....	12
5. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.....	15
5.1. Origen y evolución del Sistema Nacional de Salud.....	15
5.2. Organigrama del SNS. Administraciones Públicas.....	19
5.2.1) Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).....	22
5.2.2) Sistema de Salud de las CCAA.....	24
5.2.3) Diputaciones y Ayuntamientos.....	27
5.3) Cobertura del SNS.....	27
5.4) Sistema Sanitario de las CCAA.....	28
6. DIMENSIÓN ECONÓMICA Y PERPECTIVAS FUTURAS.....	32
6.1) EGSP. Estadística de Gasto Sanitario Público.....	35
7. LOS MODELOS SANITARIOS EUROPEOS.....	43
8. CONCLUSIONES.....	53
9. BIBLIOGRAFÍA.....	56
9.1) Monografías.....	56
9.2) Legislación.....	57

1. ABREVIATURAS.

- SS (Sistema Sanitario).

- SSE (Sistema Sanitario Español).
- SNS (Sistema nacional de Salud).
- LGS (Ley General de Sanidad).
- CCAA (Comunidades Autónomas).
- RD (Real Decreto).
- GC (Gobierno Central).
- CE (Constitución Española).
- BOE (Boletín Oficial del Estado).
- CISNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud).
- INGESA (Instituto de Gestión Sanitaria).
- UGC (Unidad de Gestión Clínica).
- AE (Atención especializada).
- AP (Atención primaria).

2. RESUMEN.

La sanidad en España ha sufrido múltiples transformaciones desde su inicio hasta la actualidad. Se inicia con una doble vertiente: por un lado, un sistema de beneficencia al que acceden aquellas personas que no tienen medios económicos y a los que se les ofrece determinados servicios sanitarios básicos y; por otro lado, una sanidad privada la mayoría de las veces dependiente de las instituciones eclesiásticas, a la que tienen acceso las personas económicamente pudientes, donde se ofrecen todos los servicios posibles con los mejores profesionales.

Una vez constituidas las Cortes de Cádiz en 1812 y aprobada la primera CE, los políticos del momento se plantean la necesidad de regularizar la sanidad pública, se elaboran diferentes leyes cuyo objetivo es establecer una red administrativa común para el desarrollo de los servicios sanitarios, pero no será hasta 1855 cuando se aprueba la Ley Orgánica de Sanidad que integra los servicios sanitarios, sociales y, además establece la red administrativa necesaria para desarrollarlos.

El sistema sanitario español sigue su desarrollo y experimenta otro avance importante en el año 1963 con la Ley de Bases de la Seguridad Social, incorporando los accidentes laborales y las enfermedades profesionales. El último gran avance legislativo en la sanidad española se realiza en el año 1986 con la Ley General de Sanidad que es la base de nuestro actual sistema sanitario. Por tanto, señalamos como claves cuatro fechas: 1812,

1855, 1963 y 1986. Todo esto ha derivado en un sistema sanitario universal, público, integral y gratuito.

A lo largo del trabajo se analiza la estructura administrativa del Sistema Sanitario Español en adelante SSE, encontramos que al igual que la legislación ha sufrido diferentes transformaciones a lo largo de los años, se inicia con un sistema totalmente centralizado, en un primer momento bajo el mandato del Ministerio de Gobernación y posteriormente, bajo la actuación del Ministerio de Sanidad creado en 1977. A partir de este momento, se trabaja para adecuar la sanidad a las necesidades tanto sociales como políticas de la sociedad española y, se pone en marcha un periodo de descentralización que se inicia con la Ley General de Sanidad de 1986 y, no culmina hasta la trasmisión de las competencias a todas las CCAA en el año 2001. En la actualidad, el SS se organiza de manera descentralizada, donde cada CCAA asume sus responsabilidades en materia de sanidad. Ese matiz hace que en realidad se hable de 17 sistemas diferentes, bajo la coordinación central del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Como se podrá observar a lo largo de este trabajo, esto conduce a una complicada red administrativa y a diferencias en prestaciones y servicios por las distintas CCAA, como se pone de manifiesto con los datos recogidos por la FADSP (Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública) y que se muestran en el desarrollo de este análisis.

Con respecto a la financiación del SSE se realiza mediante dinero público, a través de los impuestos que abonan los ciudadanos, supone aproximadamente el 9,2% del PIB, existiendo también diferencias entre las CCAA. Según la EGSP en su clasificación sectorial el mayor gasto lo originan las administraciones de las CCAA, en su clasificación funcional el mayor gasto corresponde a los Servicios Hospitalarios y, por último, en su clasificación económica el máximo gasto corresponde a la remuneración del personal sanitario. Se puede observar que las CCAA que mayor cantidad de euros invierten por habitante son los que ocupan los mejores puestos en la clasificación de la FADSP.

Con respecto a la valoración del SSE en comparación con otros países de nuestro entorno, se puede decir que ha mejorado año tras año, estando actualmente considerado como uno de los mejores del mundo, tanto por los expertos, como por sus usuarios. En la actualidad está considerado como el país más saludable del mundo y el tercer SS mejor valorado a nivel mundial. Los principales indicadores de la bondad del SSE se reflejan en la elevada esperanza de vida de nuestros ciudadanos y las bajas tasas de mortalidad, tanto general como infantil. España destaca por su baja tasa de mortalidad en enfermedades como:

cáncer de mama, enfermedades cardiovasculares o cáncer de colon. Sin embargo, aún hay opciones de mejora, pues ciertos países de nuestro entorno presentan aspectos que podrían mejorar nuestro SS, lo que podría convertirlo en el mejor SS del mundo.

3. INTRODUCCIÓN.

Actualmente, el SSE es considerado como uno de los mejores del mundo, sirviendo de espejo y modelo para otros muchos países, ocupando el tercer puesto mundial según el Informe Bloomberg de 2019¹, solo superado por Hong Kong y Singapur. El informe también pone de manifiesto que España es el país más saludable del mundo, sustituyendo en ese primer puesto a Italia. Llegar hasta aquí no ha sido fácil, se trata de un difícil proceso que ha durado aproximadamente dos siglos.

Se realizará una revisión histórica del origen y evolución del SSE, los primeros datos que se encuentran son del año 1855², podríamos decir, que son los inicios de la legislación de la sanidad en España. Las discusiones parlamentarias han sido muy controvertidas y dilatadas en el tiempo, como así lo relata Lourdes Farrerons³ en su obra. Se comienza con un SS totalmente centralizado, bajo la dirección administrativa del Gobierno Central (GC), ajustándose al modelo político de la época. Desde entonces hasta la actualidad se han producido numerosos cambios, el panorama político español es muy diferente y por tanto el modelo sanitario ha variado, en estos momentos se puede decir que el SSE es un modelo descentralizado, parte de las funciones las asume el GC y otras están transmitidas a las Comunidades Autónomas (CCAA), además se trata de un SS público y universal cumpliendo con las exigencias de la Constitución Española (CE) de 1978⁴. Se rige por la

¹ Bloomberg LP Limited Partnership, empresa estadounidense que ofrece servicios de software financiero, datos y noticias. Proporciona información sobre toda clase de activos financieros.

² Ley Orgánica de Sanidad, de 28 de noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad.

³ Farrerons Nogueras, L. (2014). La Ley de Sanidad de 1855. En Díaz de Santos (Ed.) Historia del Sistema Sanitario Español. Debates parlamentarios 1812-1986 (pp. 61-85). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

⁴ Art. 43 CE. De los principios rectores de la política social y económica. Título primero, Capítulo III de la CE. BOE, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁵, con sus posteriores modificaciones ajustándose a los cambios políticos y sociales.

Se albergará el SSE en sí, se analizará su compleja red administrativa, su sistema de financiación, los servicios que se le ofrecen al ciudadano, o dicho de otro modo, la cobertura que ofrece, si existen diferencias entre las distintas CCAA, el coste que supone para la economía de España. Se comparará con los SS de otros países de la Unión Europea (en adelante UE).

Se finalizará con una serie de conclusiones derivadas de todo lo expuesto en los apartados anteriores y de los datos extraídos de la bibliografía consultada.

3.1. Objetivos:

1. Conocer el origen y evolución del SSE, estudiando las transformaciones ocurridas a lo largo de la historia y como se ajusta a los cambios políticos y sociales hasta llegar al actual SS.
2. Familiarizarse con la legislación sanitaria española. Realizar un repaso de las leyes más destacadas en materia de sanidad, aquellas que han supuesto un cambio importante en la constitución del actual SSE. Poder conocer los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de sanidad.
3. Clarificar todo lo posible la complicada red administrativa que lleva asociada el SSE. Navegar por sus distintas instituciones y averiguar las funciones de cada uno de sus órganos integrantes y conocer la conexión entre ellos.
4. Poner de manifiesto que competencias en materia de sanidad corresponden al Gobierno Central y cuáles a las administraciones de las CCAA tras el proceso de descentralización de la sanidad, así como, las correspondientes a las corporaciones locales y diputaciones.
5. Averiguar si tras el proceso de descentralización de la sanidad culminado en el año 2001, existen diferencias entre las distintas CCAA y si eso afecta a la calidad del servicio ofrecido a la ciudadanía.

⁵ Ley 14/1986, de 25 de abril de 1986, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril, núm. 102, pp. 15207 a 15224.

6. Cuantificar el gasto del SSE, valorar lo que supone para la economía del país, conocer cuáles son las partidas más caras de la sanidad española, observar si existen diferencias entre las distintas CCAA y de existir diferencias si estas influyen en el servicio que se ofrece a la ciudadanía.
7. Investigar el SS que utilizan otros países de nuestro entorno, su sistema de financiación, sus servicios, su valoración y poder compararlo con el SSE y de una forma objetiva ver qué lugar según la opinión de los ciudadanos y los expertos.
8. Poner de manifiesto aquellos aspectos del SSE que hacen que esté por encima del resto, pero del mismo modo, estudiar y analizar donde se está por debajo de la media de nuestros semejantes con la intención de proponer mejoras.

4. MARCO NORMATIVO.

Los primeros datos que se tienen sobre legislación sanitaria en España se remontan a la Constitución de Cádiz de 1812, es la primera vez que los dirigentes políticos se hacen eco de la necesidad de la asistencia social y sanitaria de la población. La que se considera la primera Ley de Sanidad dentro de nuestras fronteras es la Ley Orgánica de Sanidad, de 29 de noviembre de 1855. Esta ley permanece en vigor hasta la actual ley de sanidad Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.

4.1. Cronograma Legislativo.

En el cronograma que se ha elaborado distinguimos tres tablas, en la tabla nº 1 se representa lo más destacado de la legislación española en materia de sanidad desde su origen hasta la actual ley de sanidad. En esta primera tabla existen fechas importantes que deben destacar por encima de las demás como son: 1812 (Aprobación de la Constitución de Cádiz), 1855 (Primera ley sanitaria en España), 1978 (Aprobación de la Constitución Española actual), 1986 (Ley sanitaria actual).

En la Tabla nº 2 se exponen todas las modificaciones realizadas en ley de sanidad hasta el año 2014, la mayoría de ellas están encaminadas hacia la protección del paciente y sus datos clínicos, la mejora de los servicios sanitarios, la cohesión entre los distintos SS de las CCAA, el control del gasto y el uso racional de medicamentos y productos sanitarios.

Por último, se ha construido la tabla nº 3 desde el año 2015 hasta el año 2018 para destacar que en el año 2015 se acomete una reforma importante tanto en la ley del aborto, como en la protección de los colectivos más indefensos como los niños, adolescentes y mujeres.

Y además se aprueba el reglamento de la UE para comparar y controlar el gasto sanitario de los distintos países miembros. En el año 2018 se modifica la ley con respecto a la accesibilidad al sistema sanitario, ajustándose a los nuevos cambios sociales debido a la inmigración.

Tabla 1. Cronograma normativo desde 1812 hasta 1986, relacionado con el Sistema Sanitario.



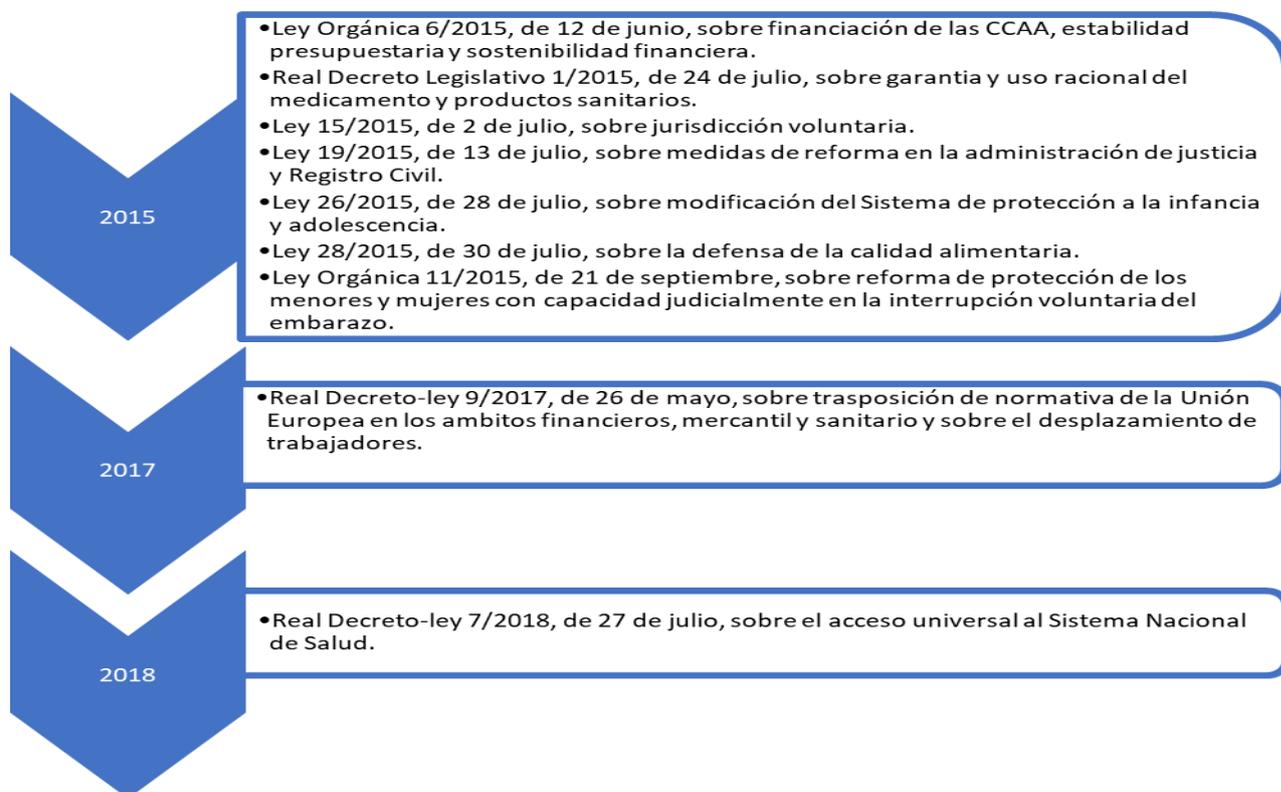
Fuente: Elaboración propia a partir del BOE.

Tabla 2. Cronograma normativo desde 1986 hasta 2014, relacionado con el Sistema Sanitario



Fuente: Elaboración propia a partir del BOE.

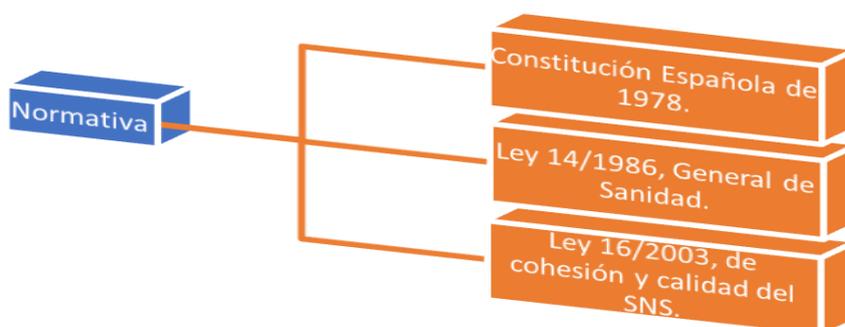
Tabla 3. Cronograma normativo desde 2015 hasta 2018, relacionado con el Sistema Sanitario.



Fuente: Elaboración propia a partir del BOE.

A modo de resumen podemos decir que, desde el punto de vista legislativo, SNS español se apoya en tres ejes fundamentales: La CE de 1978, la Ley 14/1986 y la Ley 16/2003. Como queda reflejado en el siguiente esquema:

Figura 1. Pilares legislativos fundamentales del SNS.



Fuente: Elaboración propia a partir del BOE.

4.2. Ley 14/1986, General de Sanidad.

Una vez creado el Ministerio de Sanidad en el año 1977 y aprobada la CE en 1978, son muchos los que piensan que la sanidad no puede regirse por una Ley que data de 1855, por distintas razones fundamentales:

- 1) No se ajusta a las necesidades sanitarias de la población. Es necesario ampliar su cobertura sanitaria adecuándola a las necesidades actuales.
- 2) Requiere una reestructuración administrativa completa y urgente. Que contemple la nueva distribución territorial y permita a las CCAA asumir sus competencias sanitarias.
- 3) Se deben delimitar las funciones de cada ente público.
- 4) Se hace necesaria una revisión de su financiación.

Aquí se expone la opinión de Beato Espejo al respecto:

- Manuel Beato Espejo, en su trabajo “El Sistema Sanitario Español: su configuración en la Ley General de Sanidad”. Nos dice textualmente: “El objetivo, por tanto, es la búsqueda de una nueva Organización de los Sistemas Sanitarios que dé solución a los problemas que tiene planteados la sanidad española, que sin duda alguna se verían incrementados por la nueva ordenación territorial del Estado, especialmente con la presencia de las Comunidades Autónomas”.

Celebradas las elecciones de 1982 resulta ganador el Partido Socialista Obrero Español (PSOE), se proclama presidente del Gobierno Felipe González y nombra Ministro de Sanidad a Ernest Lluch que es considerado el padre de la LGS. Según opina Fernando Magro en “30 años de la Ley General de Sanidad. La visión de uno de sus artífices”: “Desde el primer día de su entrada en el ministerio el principal objetivo de Lluch fue la creación de un sistema sanitario que atendiera a todos los ciudadanos”. También relata que se contó con la opinión de todos los partidos de la oposición, fundamentalmente con el Partido Popular (PP). Por este motivo en su presentación de la LGS en el congreso de los diputados Ernest Lluch pronuncia las siguientes palabras: “Si no es un proyecto de todos, sí al menos es un proyecto en el cual se ha tenido en cuenta la opinión de todos”.

Su principal objetivo es cumplir la CE en su artículo 43, sobre el derecho a la protección de la salud de todos los españoles.

No cabe ninguna duda, que la Ley 14/1986 marca una huella importante en la sociedad española, probablemente con ella existe un antes y un después, lo que sí está claro que dio lugar a un SNS con las siguientes características:

- 1) Descentralización: Cada CCAA asume sus responsabilidades en la creación y mantenimiento de su Sistema Sanitario que debe adecuarse a las necesidades de su población y cumplir con la LGS.
- 2) Universal: Pueden acceder todos los ciudadanos españoles y los extranjeros residentes en España.
- 3) Público: Sistema Sanitario financiado con los impuestos del estado. Se integran todas las estructuras públicas al servicio de la salud.
- 4) Gratuito: No se abonará por la asistencia sanitaria en los centros integrados en el SNS.
- 5) Integral: Comprende actividades asistenciales de prevención, promoción y rehabilitación de la salud.
- 6) Estructurado: Se crean las Áreas de Salud atendiendo a las necesidades de cada territorio.
- 7) Equitativo: Se definen los derechos y deberes de los ciudadanos y las administraciones públicas.

Figura 2. Resumen de las características del SNS dispuesto en la Ley 14/1986, General de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

Características dignas de alabanza y que siguen impresionando hasta décadas después de su aprobación, como demuestran los siguientes comentarios:

- Fernando Lamata , en su artículo de opinión “25 aniversario de la Ley General de Sanidad de 1986”: “No quiero decir con ello que con esta ley hubo en España un punto y aparte en materia sanitaria, porque un sistema sanitario de un país se construye siempre con puntos y seguidos, con normas que se complementan o son sustituidas por otras, con el esfuerzo y la sapiencia de profesionales de distintas generaciones o con el compromiso de autoridades públicas de épocas diferentes concienciadas en la mejora de la calidad asistencial de los españoles. Pero sí fue aldabonazo definitivo para cimentar en España un sistema sanitario público eficiente, universal y de financiación pública”.

- Jesús Morera, en su artículo de opinión “30 años de la Ley General de Sanidad con paréntesis”: “La LGS puso las bases sobre las que se construyó un sistema de salud universal, público, de calidad, de acceso gratuito y coordinado, a la vez que establecía que la política de salud debería estar orientada a la superación de los equilibrios territoriales y sociales, convirtiéndola, así, en una potente herramienta de justicia social.”

- Fernando Magro, en su artículo “A los 30 años de La Ley General de Sanidad. La visión de unos de sus artífices”: La LGS supuso un avance muy destacado en la construcción del Estado de Bienestar al definir un SNS universal, financiado por impuestos y gratuito en su utilización diaria por el ciudadano, equitativo y que buscaba desde el primer momento incrementar la cohesión entre las personas y los territorios. La sanidad pública puede, a partir de ahí, considerarse no sólo como uno de los gastos socialmente necesarios, sino como una importante inversión para afianzar la igualdad de todos los españoles ante algo tan importante como la enfermedad y como la prevención y promoción de la salud. Nos equiparaba a los países más avanzados y ha conseguido en estos 30 años, con la colaboración inestimable de los profesionales y los ciudadanos, un sistema no sólo homologable a los países de nuestro entorno, sino situado entre los más eficaces y de comparable calidad”.

4.3. Descentralización del SNS.

Como se ha mencionado anteriormente el SNS español es descentralizado, y para ello, es necesario el traspaso de competencias a las distintas CCAA. El proceso se inicia en 1981 con el traspaso de competencias a la Generalidad de Cataluña y, se culmina en el año

2001 donde se traspasa las competencias a las nueve CCAA que restaban por hacerlo. Se expone a continuación los diferentes Reales Decretos con los que se realiza dicho traspaso:

Tabla 4. Descentralización del Sistema Nacional de Salud.

1981	Servei Catala de la Salut (CatSalud).	Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social. BOE núm. 230, de 25 de septiembre de 1981, pp. 22364-22375.
1984	Servicio Andaluz de Salud (SAS).	Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 51, de 19 de marzo de 1984, pp. 5463-5467.
1987	Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.	Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 1987, pp. 36734-36747.
1987	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.	Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1987 pp. 38171-38176.
1990	Servizo Galego de Saúde (SERGAS).	Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990, pp. 38937-38939.
1990	Osasunbidea-Servicio	Real Decreto 1680/1990, de 18 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Foral de Navarra de las funciones y servicios

	Navarro de Salud.	de del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990, pp. 38940-38942.
1994	Servicio Canario de la Salud (SCS).	Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 85, de 9 de abril de 1994, pp. 10884-10888.
2001	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPAS).	Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso al Principado de Asturias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 2001, pp. 50648.
2001	Servicio Cántabro de Salud (SCS).	Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 de diciembre de 2001, pp. 50007-50012.
2001	Servicio Riojano de Salud.	Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 de diciembre de 2001, pp. 50012-50017.
2001	Servicio Murciano de Salud (SMS).	Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BOE núm. 312 de 29 de diciembre de 2001, pp. 50269-50273.
2001	Servicio Aragonés de Salud.	Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 de diciembre de 2001, pp. 50017-50022.
2001	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).	Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, d 28 de diciembre de 2001, pp. 50022-50028.

2001	Servicio de Extremeño de Salud (SES).	Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 312, de 29 de diciembre de 2001, pp. 50274-50279.
2001	Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD).	Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 de diciembre de 2001, pp. 50028-50033.
2001	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).	Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 de diciembre de 2001, pp. 50033-50038.
2001	Sanidad Castilla y León.	Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 de diciembre de 2001, pp. 50038-50044.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

5. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

5.1. Origen y evolución del Sistema Nacional de Salud.

Los orígenes del Sistema Sanitario Español podrían situarse a comienzo del Siglo XIX, es donde se hallan los primeros datos históricos de intervención gubernamental en materia de sanidad. Hasta la fecha se habían realizado intervenciones sanitarias en el ámbito privado o por instituciones eclesíásticas. Algunos autores como López Piñero⁶ hacen referencia al Tribunal del Protomedicato Castellano como antesala al SSE, pero no como lo entendemos hoy en día, sino como una organización de la profesión, esto sirvió a la

⁶ López Piñero, JM (2006). El poder real y la salud pública. Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista. Revista Española de Salud Pública, 80(5), 445-456.

Corona de Aragón y Navarra para implantar un sistema sanitario en la América colonial y en los territorios europeos bajo la Monarquía Hispánica.

A principios del siglo XIX se empieza a tomar conciencia de que la sanidad debe ser un bien para todos y que necesita de la intervención de las Administraciones Públicas y del Estado. Según recoge Lourdes Farrerons en su obra “Historia del Sistema Sanitario Español⁷”, el inicio puede estar en la siguiente idea: “La supervivencia es algo que solo interesa en principio a cada hombre en concreto, que es de la inalienable competencia de cada uno el cuidar de su vida. Solo si la enfermedad padecida por un individuo importa al conjunto de la colectividad la administración tiene que intervenir.”

Es realmente en la Constitución de Cádiz de 1812 donde se refleja por primera vez la necesidad de que el estado se haga cargo del control de la asistencia social y de beneficencia. Sin embargo, no será hasta el año siguiente cuando se forme la primera estructura administrativa en materia de sanidad. Las competencias que corresponden a las Juntas de Sanidad Locales, Provinciales y Suprema, dependiente de Ayuntamientos, Diputaciones y Gobierno Central por este orden. Todo quedan recogido en el RD 269/1813, de 23 de junio de 1813, sobre el gobierno económico-político de las provincias.

El 6 de febrero de 1822 se aprueba la primera Ley General de Beneficencia, que en opinión de Florentina Vidal ⁸ , con ella se consigue desarrollar una estructura administrativa y económica como en la rama sanitaria, se les otorga una gran importancia a los ayuntamientos y por eso se habla de su carácter descentralizado.

Durante el reinado de Isabel II en el año 1849 se aprueba una nueva ley de beneficencia cuyo reglamento no entra en vigor hasta el 14 de mayo de 1852⁹. Lo más destacado su organización centralizada en el Ministerio de Gobernación y la transformación de los centros de beneficencia en entes públicos. Al equipararse la estructura administrativa de

⁷ Farrerons Nogueras, L (2013). Beneficencia, Sanidad y Estado Constitucional. Días de Santos (Ed.). Historia del Sistema Sanitario Español. Debates Parlamentarios 1812-1986 (pp. 4-5). Madrid: Ediciones Días de Santos.

⁸ Vidal Galache, F (1987). El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822. Revista de la Facultad de Geografía e Historia, 1. 41-56.

⁹ Ley General de Beneficencia, de 20 de junio de 1849.

la sanidad y la beneficencia podríamos considerar este punto como el inicio de una posterior Ley General de Sanidad.

En el año 1855 se aprueba la Ley Orgánica de sanidad¹⁰, con ella se consigue la unificación de las dos ramas administrativas existente hasta el momento, la beneficencia y la sanidad, todo ello bajo la supervisión del Ministerio de Gobernación que sigue siendo el ente público responsable y exclusivo para los problemas sanitarios que afecten a la comunidad, no para la sanidad individual. Lo más destacable, que es la primera vez que se autoriza al Ministerio de la Gobernación para destinar fondos públicos a las necesidades sanitarias.

Durante el corto periodo de la Primera República Española (1873-1874) se realiza una descentralización del SS dando más importancia a las Diputaciones y Ayuntamientos, sólo queda como órgano central con funciones meramente consultivas El Consejo Nacional de Sanidad, presidido por el Ministro de Gobernación.

En los años que dura la Monarquía de Alfonso XII, los cambios que se producen en la sanidad están encaminados a la centralización del sistema y se crean dos direcciones generales: La Dirección General de Beneficencia y La Dirección General de Sanidad, ambas dependientes del Ministerio de Gobernación. El siguiente cambio se produce durante el reinado de Alfonso XIII, en el año 1904 mediante RD¹¹, se realiza la regulación de la profesión sanitaria, tanto en el ámbito público como privado.

Instaurada la dictadura del General Franco se producen modificaciones en materia de sanidad, la primera medida que se toma es en el año 1942 al aprobar la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad¹², de esta forma se crea un sistema de seguros sociales para cubrir situaciones como la enfermedad, maternidad, invalidez, etc., en los trabajadores y que estos sufragaban con una parte de su sueldo, todo bajo la supervisión del órgano administrativo correspondiente que en este caso era el Instituto Nacional de Previsión.

¹⁰ Ley Orgánica de Sanidad, de 29 de noviembre de 1855.

¹¹ Real Decreto Instrucción General de Sanidad Pública, de 23 de enero de 1904, Gaceta de Madrid, núm. 23.

¹² Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de 14 de diciembre de 1942. BOE núm. 361, pp. 10592-10597, 27 de diciembre de 1942.

Más tarde en 1944 se aprueba la Ley de Bases de la Sanidad Nacional¹³, con ella se amplía la cobertura sanitaria en varios aspectos: mayor cobertura territorial, mayor número de enfermedades, se incluye la prevención de riesgos laborales, la alimentación y el cuidado del medioambiente. El órgano principal de la sanidad es La Dirección General de Sanidad.

La siguiente reforma que se realiza es en el año 1958 con la Ley de Principios Fundamentales del Movimiento¹⁴, la sanidad se hace universal dando cobertura a toda la población española fuera de la beneficencia y sufragada con fondos del estado.

En el año 1963 se aprueba la Ley de Bases de la Seguridad Social¹⁵, se logran dos objetivos: primero llevar la cobertura sanitaria a toda la población española y, en segundo lugar, elaborar un sistema social integro albergando los seguros sociales y la sanidad. Mediante la Ley 907/1966 de 21 de abril, y su puesta en vigor el 1 de enero de 1967, se aprueba la Ley General de la Seguridad Social¹⁶ donde destaca como premisas más importantes:

- Cobertura sanitaria y social a todos los españoles.
- Seguros laborales para todos los trabajadores, tanto régimen general como autónomo. Con cobertura de accidentes laborales, enfermedades profesionales e incapacidades.
- Financiación con las aportaciones de los trabajadores, mutuas, empresas privadas y presupuestos del estado.
- Está encaminada a la prevención, recuperación y defensa de la salud.
- Participación de los profesionales en los órganos de estado mediante sus representantes sindicales.

¹³Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944. BOE núm. 331, pp. 8908-8936, 26 de noviembre de 1944.

¹⁴Ley de Principios Fundamentales del Movimiento, de 17 de mayo de 1958. BOE núm. 119, 19 de mayo de 1958, pp. 4511-4512.

¹⁵ Ley de Bases de la Seguridad Social, Ley 193/1963, de 28 de diciembre. BOE núm. 312, 30 de diciembre de 1963, pp. 18181-18190.

¹⁶Ley General de la Seguridad Social, Ley 907/1966, de 21 de abril. BOE núm. 96, 22 de abril de 1966, pp. 4778-4807.

Resumiendo, con esta ley se trabaja a tres niveles no conseguidos hasta ahora: prevención sanitaria, protección de los trabajadores y asistencia a los desamparados.

En el año 1974 se aprueba la Ley General de la Seguridad Social¹⁷, en este texto refundido se mantiene el sistema de seguros sociales, se incluye mayor número de enfermedades y colectivos. También, se definen las competencias y obligaciones de cada entidad gestora.

Un paso importante en la historia del SSE es la creación del Ministerio de Sanidad, se realiza en el año 1977 mediante RD 1558/1977¹⁸ y con ello se consigue la unificación administrativa de la sanidad y la seguridad social. Durante el año 1981 se aprueban dos RD relacionados con el Ministerio de Sanidad:

- RD 325/81¹⁹, de 6 de marzo, por el que el Ministerio pasa a llamarse: Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
- RD 2823/81²⁰, de 27 de noviembre, por el que se crean dos ministerios separando ambas administraciones: 1) Ministerio de Sanidad y Consumo; 2) Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Esta nueva estructura se mantiene hasta la actualidad, hoy en día, el Ministerio de Sanidad se denomina: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Finalmente, en el año 1986 se aprueba la nueva y actual Ley de Sanidad²¹.

5.2. Organigrama del SNS. Administraciones Públicas.

Cuando se habla del SNS se deben distinguir dos niveles: Administrativo y Asistencial.

¹⁷ Ley General de la Seguridad Social, Decreto 2065/1974, de 30 de mayo. BOE núm. 173, 20 de julio de 1974, pp. 15081-15097.

¹⁸ RD 1558/1977, de 4 de julio, por el que se crea el Ministerio de Sanidad. BOE núm. 159, de 5 de julio de 1977, pp. 15035-15037.

¹⁹ RD 325/1981, de 6 de marzo, por el que se reestructura la Administración del Estado. BOE núm. 57, de 7 de marzo de 1981, pp. 5096-5098.

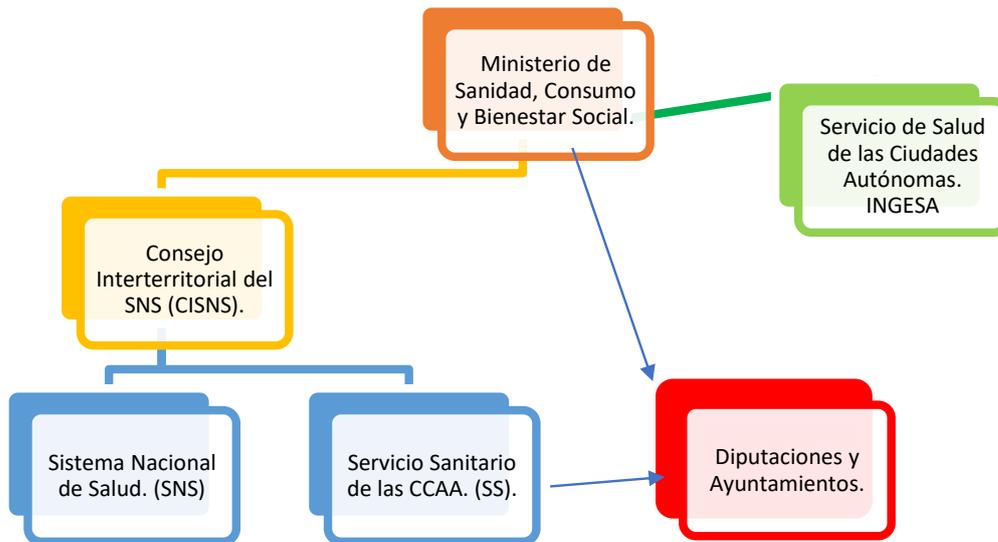
²⁰ RD 2823/1981, de 27 de noviembre, por el que se reestructura la Administración del Estado. BOE núm. 288, de 2 de diciembre de 1981, pp. 28197-28198.

²¹ Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224.

- A nivel administrativo su entramado es muy complejo, se objetiva la participación de tres administraciones públicas, central, autonómica y local, que deben estar perfectamente coordinadas. Haciendo una simplificación se puede decir que, la red administrativa del SNS y sus funciones son las siguientes:
 - 1) **Central:** Su órgano principal es el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social que, a su vez, cuenta con diferentes áreas: Consejo de sanidad, Secretaría de sanidad, Subsecretarías de sanidad y Direcciones Generales. Su misión es proponer, ejecutar y hacer cumplir las directrices del Gobierno en materia de sanidad. Y sus competencias son las Bases de la Sanidad en España, la Sanidad Exterior, la Política del Medicamento y la Gestión de INGESA.
 - 2) **Autonómico:** Su órgano administrativo principal es la Consejería de Salud, a su vez, la Consejería cuenta con el Consejo de Sanidad, al igual que el Ministerio, cuya función es asesorar en materia de salud a la Consejería. Como se puede deducir cada CCAA tiene su propio SS, por tanto, se cuenta con 17 SS diferentes, uno por cada CCAA y además los mencionados SS de las dos Ciudades Autónomas Gestionados por INGESA. La misión de la Consejería de Salud es elaborar los planes de salud a nivel autonómico siguiendo las directrices del Plan General de Salud elaborado por el Gobierno. Sus competencias son la Planificación Sanitaria, la Salud Pública y la Gestión de los Servicios de Salud de la CCAA.
 - 3) **Local:** En este nivel intervienen las Diputaciones y Ayuntamientos que dependen directamente de los Gobiernos, tanto central como autonómico y colaborando con ellos en el buen funcionamiento de la sanidad. Sus competencias son la Salubridad o condiciones de Salud de la población y la Colaboración en la Gestión de los Servicios Públicos.

Para poder coordinar las actuaciones de las dos primeras administraciones, se crea el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), cuya composición, normativa y funciones están contenidas en la LGS y se explican más adelante.

Figura 3. Organigrama del SNS. Administración Pública.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- A nivel asistencial en la LGS se distingue entre Área de Salud y Zona Básica de Salud:
 - 1) Zona Básica de Salud: Marco geográfico donde se desarrolla la atención primaria, es la estructura asistencial más básica, comprende una población entre 20.000 y 25.000 habitantes, está integrada por uno o varios Centros de Salud con sus respectivos consultorios locales.
 - 2) Área de Salud: Marco geográfico donde se desarrolla la atención primaria y especializada, comprende una población entre 200.000 y 250.000 habitantes, está integrada por varias Zonas Básicas de Salud con sus respectivos Centros de Salud y Consultorios, todos ellos alrededor de un centro hospitalario donde se da cobertura a la atención especializada y además es centro de referencia de la zona.

Figura 4. Estructura de un Área de Salud.



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema Andaluz de Salud.

Por tanto, el marco geográfico de la atención sanitaria está compuesto en base a los hospitales de referencia y no a las delimitaciones territoriales, algunos ejemplos son:

- 1) La Comunidad Murciana constituida por una sola provincia y distribuida en 9 Áreas de Salud.
- 2) La Comunidad de Cantabria formada por una sola provincia y distribuida en 4 Áreas de Salud.
- 3) La Comunidad de Asturias una sola provincia y 8 Áreas de Salud.
- 4) La Comunidad de Madrid una sola provincia y 15 Áreas de Salud.
- 5) La Comunidad de Castilla distribuida en nueve provincias y 11 Áreas de Salud.
- 6) La Comunidad Andaluza distribuida en ocho provincias y 15 Áreas de Salud.

5.2.1) Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).

Una pieza clave en toda esta red administrativa es el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), dicho órgano es el nexo entre la administración del Estado y la de las CCAA. Es el que se encarga de que el SNS y los SS de las CCAA estén perfectamente coordinados y ambos cumplan con las directrices sanitarias dictadas por el Gobierno Central.

Fue creado en el año 1987, según lo dispuesto en el Capítulo X LGS 14/1986, de 25 de abril, y sufre modificaciones importantes en su composición, funcionamiento y

competencias con la LCCSNS 16/2003, de 28 de mayo. Además, su funcionamiento está regulado por el Reglamento de Funcionamiento del CISNS²².

Su naturaleza jurídica está regulada con lo previsto en la LRJSP 40/2015, de 1 de octubre²³. Así mismo, sus funciones están definidas en la art 3 del Reglamento de Funcionamiento del CISNS, en el art 71 LCCSNS 16/2003, de 25 de abril y en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio²⁴.

Figura 5. Naturaleza jurídica del CISNS.



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

²² Aprobado en Sesión Plenaria del CISNS del 23 de Julio de 2003. Según lo dispuesto en el art 73 la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS.

²³ Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. BOE núm. 236, de 2 de octubre de 2015, pp. 89411 a 89530.

²⁴ Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 177, de 25 de julio de 2015, pp. 62935 a 63030.

El CISNS está compuesto por personal del Ministerio de Sanidad y Consejerías de Sanidad de las CCAA. Podemos distinguir los siguientes órganos dentro de su estructura administrativa²⁵:

- 1) **El Pleno:** ejerce como órgano principal. Está presidido por el Ministro de Sanidad, la Vicepresidencia está ocupada por uno de los Consejeros de Sanidad de una de las CCAA y Ciudades Autónomas, elegido por los consejeros que lo integran. El secretario es nombrado directamente por el presidente. Una de las funciones más importantes del Pleno es nombrar al Secretario General de Sanidad, de ahí la importancia del Consejo.
- 2) **La Comisión Delegada:** Se considera órgano de segundo nivel, está presidida por el Secretario General de Sanidad, la componen un representante de cada CCAA y Ciudades autónomas. Su misión es actuar como apoyo a la preparación de las sesiones del Pleno.
- 3) **Las Comisiones Técnicas y Grupos de Trabajo:** Están compuestas por técnicos y especialistas en la materia, tiene su propia dinámica de trabajo y reuniones, se encargan de las misiones que se le otorgan por el Pleno.

Como órgano vinculado al CISNS está el **Comité Consultivo**, mediante el que distintos sectores participan en el SNS. Su creación se contempla en la LGS y posteriormente la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 67 lo hace dependiente del CISNS, de esta forma se permite la participación en el SNS de organizaciones sindicales y empresariales. El Comité Consultivo está formado por: seis representantes de la Administración General de Estado, seis representantes de las CCAA, cuatro representantes de las Administraciones Locales, Ocho representantes de las Organizaciones empresariales y Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas a nivel estatal.

5.2.2) Sistema de Salud de las CCAA.

Según lo dispuesto en la LGS cada CCAA tiene la obligación de organizar su Sistema de Salud, que debe integrar todas las instituciones sanitarias territoriales bajo su dirección,

²⁵ Consejo Interterritorial del SNS. Organización Institucional. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Repescado de <http://www.msbs.gob.es>.

por tanto, se entiende que en España existen 17 Sistemas de Salud distintos, correspondientes a tantas CCAA y, además se cuenta con los Sistemas Sanitarios de las dos Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla) que están gestionados por INGESA, cuya gestión depende directamente del Ministerio de Sanidad.

Una vez aprobados los estatutos de autonomía de cada una de las CCAA, se les ha transmitido las competencias en materia de sanidad y, por tanto, cada una de ellas tiene su propio marco normativo y reglamentos internos aprobados por el Gobierno Autonómico y cumpliendo las directrices de la LGS.

Aunque pueden existir diferencias entre las CCAA, todas ellas tienen un esquema básico administrativo que se repite y muy similar al del Gobierno Central. Si en el Gobierno de la nación el órgano principal en materia de sanidad es el Ministerio de Sanidad, en las CCAA se tiene también ese órgano principal que en este caso es la Consejería de Salud, al frente de la misma está el Consejero de Salud. En algunas CCAA, como ocurre por ejemplo en Andalucía, también cuentan con Viceconsejerías. La Consejería de Salud se divide en Secretarías Generales y Direcciones Generales, cuyo número varía según la CCAA. Al igual que ocurría con el Ministerio de Sanidad que tenía órganos adscritos, entre ellos el SNS, en las CCAA ocurre lo mismo, uno de los órganos adscritos a la Consejería de Salud es el SS, existen otros órganos adscritos que puede variar en cada CCAA (Fundaciones, Servicio Público de Emergencias Sanitarias, Centros de Donación de Órganos, etc.). Lo común a todos ellos y además está reflejado en la LGS, es la creación del **Consejo de Salud**, se trata del órgano consultivo más importante en materia de salud, en él se concentra la participación de representantes sanitarios y sociales implicados en el sistema público de salud, su constitución, normativa y funciones quedan recogidas en el marco normativo de cada CCAA, algunos ejemplos son:

- Junta de Extremadura: Decreto 216/2013, de 12 de noviembre²⁶.
- Región de Murcia: Decreto 54/2016, de 8 de junio²⁷.

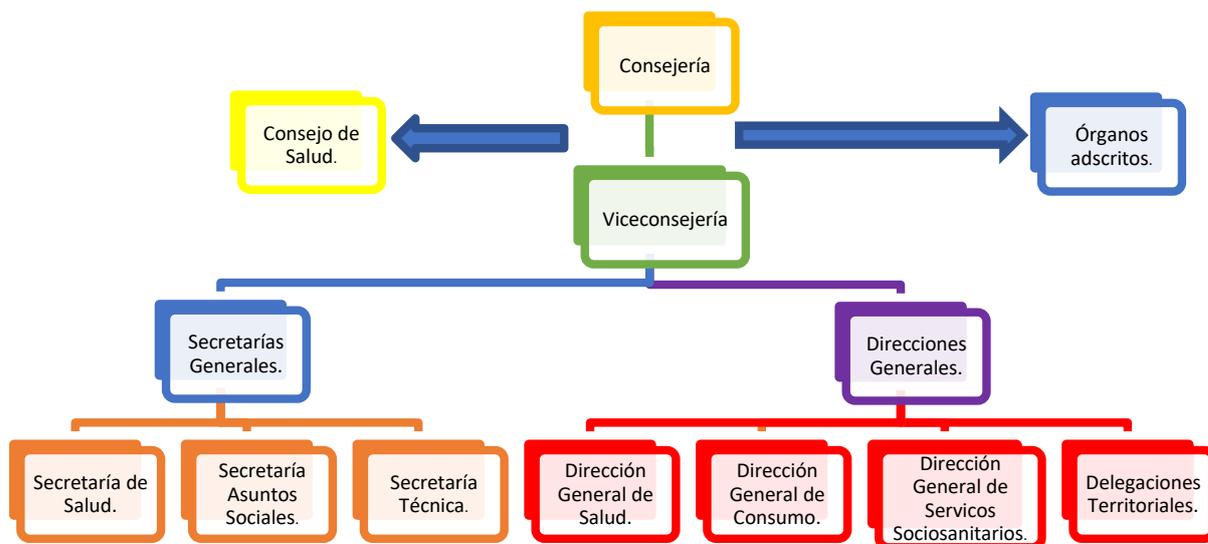
²⁶ Decreto 216/2013, de 12 de noviembre, por el que se modifica el Decreto 88/2002, de 25 de junio, por el que se regula la composición, funcionamiento y organización del Consejo Extremeño de Salud. DOE núm. 223, de 19 de noviembre de 2013, pp. 29657 a 29660.

²⁷ Decreto 54/2016, de 8 de junio, por el que se regula la composición y funcionamiento de los órganos de participación ciudadana del sistema sanitario público de la Región de Murcia. BORM núm. 134, de 11 de junio de 2016, pp. 18720 a 18730.

- Junta de Andalucía: Decreto 174/2001, de 24 de julio²⁸.
- Comunidad Valenciana: Decreto 79/2015, de 22 de mayo²⁹.

Un organigrama general que explicaría la estructura administrativa de las Consejerías de Salud de las distintas CCAA sería el siguiente:

Figura 6. Organigrama básico de la Consejería de Salud.



Fuente: Elaboración propia a partir de la página Web del SAS, SMS, SES Y SERMAS.

El último eslabón de la cadena son las Delegaciones Territoriales, al frente de cada una de ellas un Delegado de Salud, se dividen en diferentes Secretarías y Servicios. No en todas las CCAA se denominan de esta manera, por ejemplo: En la Región de Murcia se denominan Servicios de Salud Pública, en la Comunidad de Madrid se denominan Agencias Sanitarias, en la CCAA de Extremadura se denominan Gerencias de Áreas de Salud y en Andalucía Delegaciones Territoriales.

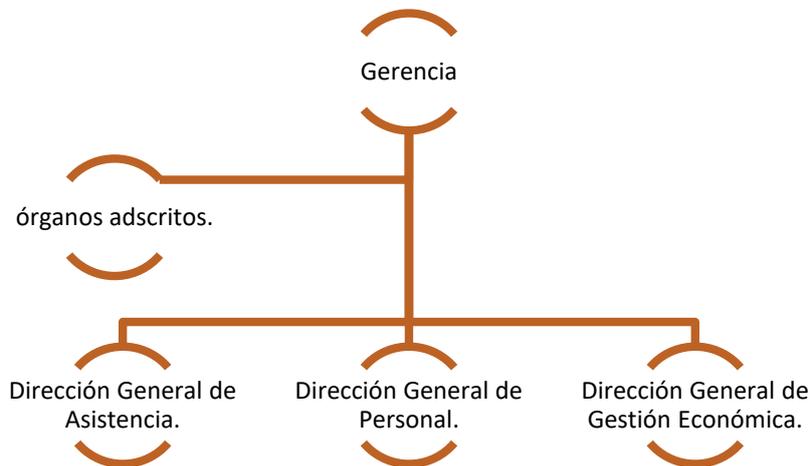
²⁸ Decreto 174/2001, de 24 de julio, por el que se establecen las normas reguladoras del Consejo Andaluz de Salud. BOJA núm. 97, de 23 de agosto del 2001, pp. 14359 a 14360.

²⁹ Decreto 79/2015, de 22 de mayo, por el que se regula el Consejo de Salud de la Comunidad Valenciana y los Consejos de Salud de los Departamentos de Salud. DOCV núm. 7532, de 25 de mayo de 2015, pp. 15345 a 15350.

Las Delegaciones o Gerencias locales están constituidas por diferentes unidades que albergan los siguientes servicios: Servicio de Salud, Servicios de Planificación y Evaluación Asistencial, Servicio de Planificación y Evaluación de Recursos, Servicio de Consumo y Servicio de Inspección. La principal función es representar a las Consejerías en cada una de sus Delegaciones, hacer cumplir las normas dictadas por la Consejería, velar por el personal de la Delegación y coordinar todos los servicios locales.

El Servicio de Salud local está dividido en Distritos Sanitarios y cada uno de ellos con su propia estructura administrativa, esta es la más simple de todas las vistas hasta ahora y prácticamente común a todos ellos. Su organigrama queda representado en el siguiente esquema:

Figura 7. Organigrama administrativo de un Distrito Sanitario.



Fuente: Elaboración propia a partir de la página web del SAS.

5.2.3) Diputaciones y Ayuntamientos.

Encargados de las condiciones de salubridad de la población, dentro de sus responsabilidades están: potabilidad del agua que se bebe, gestión de residuos, mantenimiento de las instalaciones sanitarias (Centros de Salud y Consultorios) y facilitar el acceso a los servicios sociales y sanitarios a la población.

5.3) Cobertura del SNS.

La forma de acceder a los servicios sanitarios públicos es mediante la tarjeta sanitaria cuya validez es para todo el territorio nacional. Tiene derecho a la tarjeta sanitaria toda persona que cumple los requisitos de asegurado:

- Afiliados a la seguridad social que estén en activo, pensionistas o reciban un subsidio de desempleo o ayuda familiar, los demandantes de empleo que no estén asegurados por otros títulos, así como sus beneficiarios.
- También serán asegurados las personas que, no cumpliendo los supuestos anteriores, son de nacionalidad española o miembros de algún país de la Comunidad Europea o de Suiza o extranjeros con autorización de residencia en España, siempre que no sobrepasen los límites de ingresos estipulados para ello.

También pueden ser atendidos otras personas que no ostentan la condición de asegurados:

- Consorcio con otras compañías de seguros, urgencias por enfermedad grave, accidentes, embarazos, parto, puerperio y menores de 18 años.
- Inmigrantes en condiciones irregulares, extranjeros residentes y nacionalizados.

En líneas generales se puede decir, que se prestan dos servicios fundamentales:

- Por un lado, un servicio de Atención Primaria, el acceso a ella lo decide el propio asegurado y esta atención se imparte en los Centros de Salud y Consultorios locales. Son atendidas por el equipo de atención primaria (Médico de Familia, Enfermero de Familia, Matrones, Trabajadores Sociales, Fisioterapeutas, Auxiliares de Clínica, Administrativos, etc.). Incluye la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, farmacia, así como, el transporte sanitario y la asistencia urgente, también incluye la asistencia a domicilio.
- Por otro lado, un servicio de Atención Especializada, el acceso a ella lo decide el Médico de Familia, se imparte esta asistencia en los Centros Hospitalarios o Centros de Especialidades, la atención la prestan todos aquellos Equipos de Especialistas de disciplinas médicas distintas a la Atención Primaria. Incluye pruebas de alta resolución, atención dietética, ortoprotésica, farmacia y urgencias.

5.4) Sistema Sanitario de las CCAA.

Como se ha visto en los apartados anteriores la asistencia sanitaria en España corresponde tanto al Gobierno Central, como a los diferentes Gobiernos de las CCAA. Desde que se realiza el traspaso de competencias a las CCAA en el año 2001, existía la posibilidad de la desigualdad entre las diferentes CCAA. Por este motivo, se realiza por parte de la

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)³⁰ un informe anual basado en el estudio y comparación de una serie de parámetros. Estos parámetros son los mismos que utilizan otros organismos para la valoración de los distintos servicios sanitarios mundiales (OCDE, OMS, Eurostat, etc.) El análisis de parámetros está basado en cuatro bloques principales que son los siguientes:

- **Financiación, recursos y funcionamiento:** presupuesto sanitario per capita 2018, camas/1000 habitantes, quirófanos, RNM y TAC/millón de habitantes, médicos/as de AE/1000 habitantes, enfermeras/os AE/1000 habitantes, cesáreas, coste de alta hospitalaria, intervención/quirófano año, % de intervenciones de cirugía mayor, urgencias/1000 habitantes.
- **Política Farmacéutica:** gasto farmacéutico en recetas, aumento del gasto farmacéutico en recetas, porcentaje genéricos, gasto farmacéutico hospitalario, aumento del gasto farmacéutico hospitalario.
- **Valoración de los ciudadanos:** satisfacción de los ciudadanos, % de ciudadanos que eligen la sanidad pública para hospitalización, % de personas que consideran la atención recibida como buena o muy buena, % de personas que opinan que la sanidad funciona bien o muy bien.
- **Listas de espera:** % de personas que dicen recibir cita en AP en 24 horas, % de personas que reciben cita de AE en menos de 15 días, % de personas que opinan que han mejorado las listas de espera, días de promedio de espera en lista quirúrgica, días de promedio de espera en listas de consulta de especialista.

Se analizan un total de 31 parámetros y se le otorga una puntuación según el cuartil de cada una de las variables. La puntuación máxima es de 118 puntos y la mínima de 29. Los datos más relevantes del informe del año 2018 son los siguientes:

³⁰ Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2018 (XV Informe), 11 septiembre de 2018. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Tabla 5. Valoración de los SS de las CCAA.

CLASIFICACION DE LAS CCAA.		
Percentil 75: ≥ 79 puntos.	CCAA con buen SS.	País Vasco 94 puntos. Navarra 83 puntos. Aragón 80 puntos. Castilla y León 80 puntos.
Percentil 50: ≥ 73 puntos	CCAA con SS regular	Asturias 78 puntos. Castilla La Mancha 77 puntos. Extremadura 77 puntos. La Rioja 76 puntos. Madrid 73 puntos.
Percentil 25: ≥ 66 puntos.	CCAA con SS deficitario.	Baleares 72 puntos. Galicia 71 puntos. Andalucía 68 puntos. Cantabria 66 puntos. Murcia 66 puntos.
≤ 66 puntos.	CCAA con mal SS.	Cataluña 65 puntos. Valencia 63 puntos. Canarias 53 puntos.

Fuente: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).

- 1) La puntuación media obtenida ha sido de 72,88.
- 2) Atendiendo a la puntuación obtenida y según el percentil en el que se encuentra se ha calificado de sistema bueno, regular, deficiente o malo. A lo largo de los años, aunque han existido cambios de posición, por regla general, se han mantenido las CCAA en los mismos grupos.
- 3) Las mejores CCAA han sido: País Vasco y Navarra.
- 4) Las peores CCAA han sido: Valencia y Canarias.

- 5) La diferencia de puntuación entre las mejores y las peores es de 41 puntos, dicha diferencia se considera exagerada y se interpreta como una gran desigualdad entre las distintas CCAA.
- 6) La principal causa de la desigualdad es la cantidad de presupuesto dedicada por cada CCAA a sanidad. Aunque últimamente, según dicho informe, se ha elevado el presupuesto de las CCAA en materia de sanidad, la desigualdad no se ha reducido al haber ido aumentado en todas ellas. Coincide que las que más presupuesto dedican a sanidad son las que ocupan los mejores puestos en el baremo.
- 7) Otra de las causas de la desigualdad que se refleja en el informe es la aplicación del RD Ley 16/2012, de 20 de abril³¹. Interpretado y aplicado de forma diferente en las distintas CCAA.
- 8) En el informe también se refleja el aumento de dinero público que se destina a la sanidad privada mediante los convenios establecidos por las distintas CCAA, como dato curioso una de las CCAA que más dinero deriva a la sanidad privada es Cataluña y, sin embargo, no se refleja en la mejora de su asistencia sanitaria.
- 9) Se produce un aumento del descontento de la población con los servicios recibidos, aun así, por regla general está muy bien considerado.
- 10) El mayor descontento por parte de los usuarios se establece en las listas de espera, la tardanza en obtener una cita para ser visto por su médico de AP o por médicos de AE.

Las conclusiones obtenidas en este informe coinciden con las de otros informes realizados a los Sistemas Sanitarios de Salud, otro ejemplo lo tenemos en el Informe HIT 2017 (Health Systems in Transition - Sistemas de Salud en Transición), elaborado por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, lo más destacado:

- 1) Los recortes en Salud han ocasionado un retraso en las reformas sanitarias y como consecuencia de ello se ha producido un incremento en el descontento del ciudadano.

³¹ RD Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril del 2012, pp. 31278-31312.

- 2) Se ha producido un aumento en las listas de esperas y en la financiación privada.
- 3) La desigualdad ha crecido tras el RD Ley 16/2012, de 20 de abril.
- 4) La opinión del ciudadano español sobre su sistema sanitario sigue siendo buena en líneas generales, pero la mayoría de ellos consideran que se deben hacer profundas reformas.
- 5) El empeoramiento de los SS no ha tenido una gran repercusión en la salud de los españoles.
- 6) Un 25-30% de la población opina que el ciudadano tiene una nula participación en el SS.

Como se puede observar en ambos estudios destacan dos cuestiones por encima de las demás:

- En primer lugar, destaca que la desigualdad se hace más evidente desde que se produce la descentralización de las competencias en materia de salud, cada CCAA aplica los recortes propuestos por el Gobierno central pero además, aplica sus propios recortes con la única intención de reducir el gasto público, sin haber estudiado convenientemente las repercusiones sobre la salud de los ciudadanos, como pone de manifiesto Francisco Javier Moreno Fuentes en su capítulo “Retos, Reformas y Futuro del Sistema Nacional de Salud”³². En ambos trabajos se encuentra el punto de inflexión en la aprobación del RD Ley 16/2012, de 20 de abril.
- En segundo lugar, se manifiesta el aumento del descontento de los ciudadanos al ver disminuida la prestación en los servicios sanitarios.

6. DIMENSIÓN ECONÓMICA Y PERSPECTIVAS FUTURAS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años 60 plantea la necesidad de recoger datos sobre el gasto sanitario de los distintos países miembros con dos fines principalmente:

³² Francisco Javier Moreno Fuentes. Científico titular del Instituto de Políticas y Bienes Públicos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

- 1) Que sirviera de ayuda a los Ministerios de Sanidad de los países para gestionar mejor el gasto sanitario, y a la vez mejorar su estado de finanzas.
- 2) Al recoger estos datos se pudieran realizar análisis estadísticos y, de esta manera, comparar el gasto sanitario de los distintos países miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

Como resultado de esta iniciativa en el año 1996 la OCDE realiza una reunión de expertos con la finalidad de mejorar la recogida de datos del gasto sanitario para que posteriormente pudieran ser analizados y comparados, de esta manera, se podrían comparar a los diferentes países miembros. Tras cuatro años de reuniones en el año 2000 se elabora un manual para la recogida de datos que es conocido como “Sistema de Cuentas de Salud” (SCS), esta es su traducción española, el título original es “System of Health Accounts” (SHA). Dicho manual consiste en una serie de reglas de contabilidad sencillas y tablas modelos para la difusión de datos sobre gasto sanitario.

En España en los años 90 se realiza una recogida de datos sobre gasto sanitario realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en colaboración con las CCAA. Se le denomina Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), esta estadística forma parte del Plan Estadístico Nacional y sirve para controlar el gasto del SNS.

Por tanto, cuando se habla de gasto sanitario en España se hablará de dos fuentes de datos la EGSP Y el SCS. La diferencia básica que existe entre ellos es: la primera está basada en el gasto sanitario público, su método y elaboración han sido pactados entre los representantes sanitarios de las distintas CCAA y, por tanto, sirven para una comparativa entre los distintos territorios nacionales. Mientras la segunda, incluye también el gasto sanitario privado, su elaboración ha sido pactada por responsables sanitarios internacionales de los distintos países miembros, utilizándose para comparativa entre estados.

En el siguiente cuadro se exponen las diferencias que existen entre los datos analizados por las dos fuentes sobre el gasto sanitario:

Tabla 6. Diferencia entre las fuentes de datos EGSP y SCS.

Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).	Sistema de Cuentas de Salud (SCS). System of Health Accounts.
Utilizada por el Ministerio de Sanidad para controlar el gasto sanitario y poder comparar datos entre CCAA.	Utilizado por la OCDE, Eurostar y OMS para comparar SS de los distintos países.
Los datos se recogen en términos de gasto devengado o gasto real.	Se distingue el gasto de las funciones básicas y funciones relacionadas no incluyendo como gasto sanitario la investigación o formación.
No contempla como gasto sanitario a los pacientes que reciben atención social como: dependientes, crónicos de larga duración, atención extrahospitalaria, rehabilitación.	Si está incluido el gasto de los servicios sociosanitarios y pacientes crónicos de larga duración, convalecencia, rehabilitación.
No está incluido el gasto sanitario privado.	Si está incluido el gasto sanitario privado y los consorcios con otras entidades.
Contempla el gasto de las Administraciones Públicas, pero no el gasto en salud de las empresas.	Incluye el gasto de la salud laboral.

Fuente: Elaboración propia a partir del Gasto Sanitario Público editado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

En el año 2015 se aprueba el Reglamento (UE) 2015/359³³ de la comisión, de 4 de marzo de 2015, por el que se aplica el Reglamento (CE) nº 1338/2008³⁴ del Parlamento Europeo y del Consejo, referente a las estadísticas sobre gasto y financiación de la asistencia

³³ Reglamento (UE) 2015/359 de la Comisión, de 4 de marzo de 2015, por el que se aplica el Reglamento (CE) no 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a las estadísticas sobre gasto y financiación de la asistencia sanitaria. DOUE núm. 62, de 6 de marzo de 2015, pp. 2-10.

³⁴ Reglamento (CE) nº 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo. DOUE núm. 354, de 31 de diciembre de 2008, pp. 70-81.

sanitaria. De esta forma, se establece como método para comparación de datos sanitarios entre los distintos países miembros de la CE, el manual SCS publicado en 2011, con objeto de poder realizar una comparación objetiva del gasto sanitario.

6.1) EGSP. Estadística de Gasto Sanitario Público.

El organismo responsable de la elaboración de esta operación estadística es La Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. En su elaboración también contribuyen las CCAA y otros organismos implicados en la gestión del gasto público.

En ella se analizan datos clasificados en tres categorías:

- 1) Económica. Gasto basado en conceptos presupuestarios.
- 2) Funcional. Funciones de la Administración Pública.
- 3) Sectorial. Sectores institucionales definidos en el Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales.

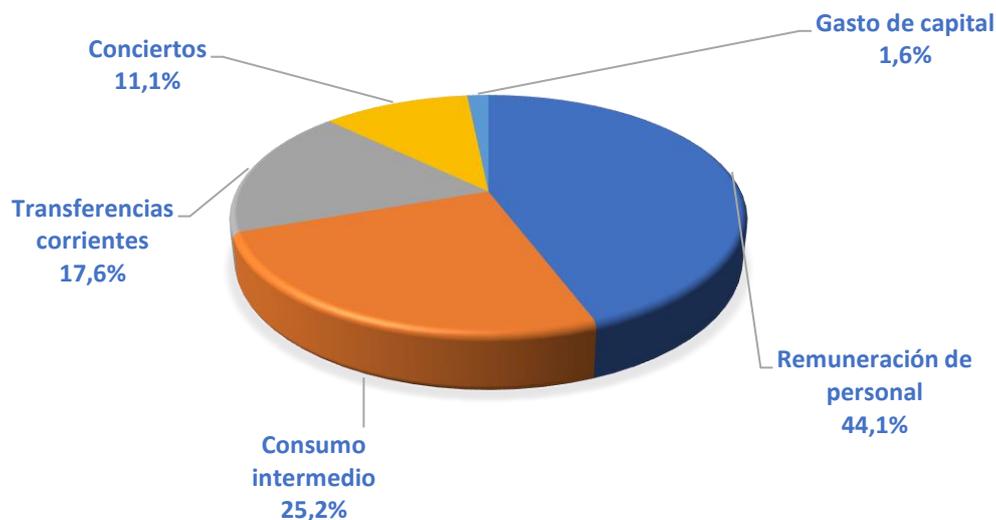
El método de estimación del gasto público se basa en análisis de la demanda final, identificando todos los agentes que contribuyen al gasto sanitario público, tanto de manera directa como indirecta. Consta de 2 series estadísticas: una histórica basada en datos de liquidación presupuestaria y recoge datos hasta 2005; y otra basado en el devengo o gasto real desde el 2002 hasta la actualidad.

El informe publicado en 2019 que recoge datos de gasto sanitario del 2013 hasta el 2017, revela lo siguiente:

- **Clasificación económica:**

- 1) El gasto sanitario público se incrementa cada año y en el año 2017 se sitúa en 68.483 millones de euros. Con un incremento medio anual de 2,6%.
- 2) El gasto sanitario español representa alrededor del 6% del PIB. El PIB crece por término medio anual un 3,3%.
- 3) El gasto en euros por habitante se ha incrementado año tras año hasta situarse en 1472€/habitante en el año 2017.
- 4) El mayor gasto de la sanidad pública lo representa la remuneración del personal sanitario con un 44,1% que equivale a 30.181 millones de euros en el año 2017. Sin embargo, los sueldos no han sufrido aumento en los últimos años debido a la congelación de los mismos tanto a nivel nacional como regional.

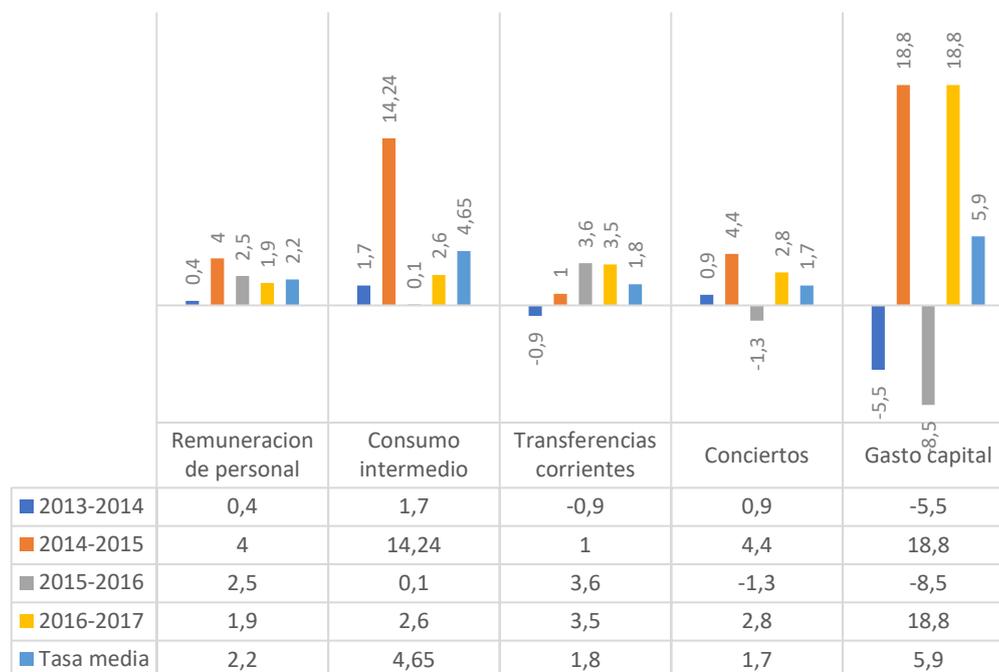
Figura 8. Gasto sanitario español según la clasificación económica.



Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

- 5) La mayor tasa interanual de crecimiento la experimenta el consumo intermedio con un 4,65%, las remuneraciones a los empleados aumentó anualmente un 2,2% y las transferencias corrientes un 1,8%.

Figura 9. Variación de la tasa anual de la clasificación económica.

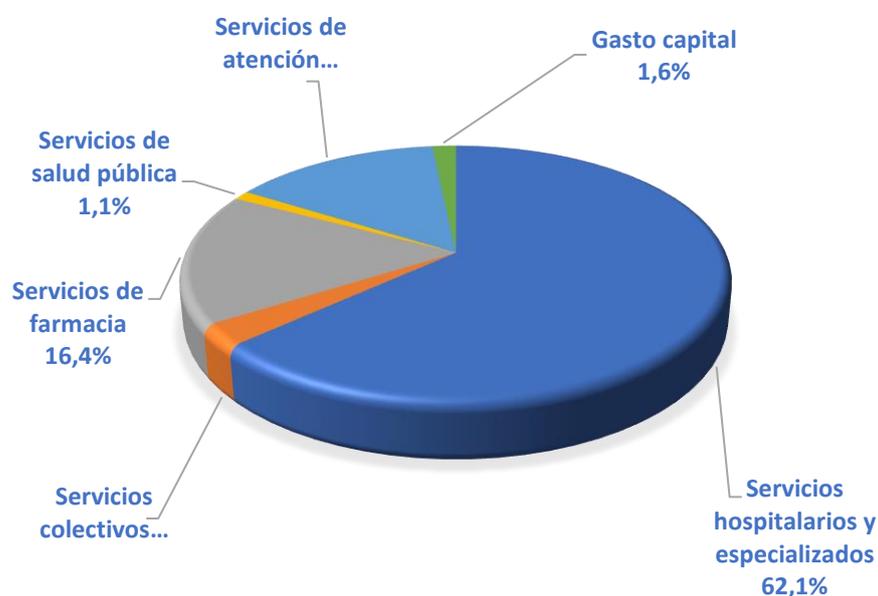


Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

- **Clasificación funcional:**

- 1) Los servicios hospitalarios y especializados son los que tiene mayor peso con un 62,1% en el año 2017, eso representa 42.533 millones de euros, con una tasa de crecimiento medio anual de 3,3.
- 2) Los servicios farmacéuticos representan el 16,4%, generan un gasto de 11.223 millones de euros y una tasa de crecimiento medio anual de 1,8%
- 3) Los servicios de AP representan el 14,2% del gasto, supone 9.742 millones de euros, con una tasa media de crecimiento anual de 1,65%.
- 4) Entre estas tres funciones acaparan el 92,7% del gasto sanitario.

Figura 10. Gasto sanitario español según la clasificación funcional.



Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

- 5) De las tres funciones principales la que mayor variabilidad ha tenido en el periodo estudiado han sido los servicios hospitalarios y especializados, sin embargo, su tasa media anual no ha sido la más elevada, siendo la más elevada el gasto capital con una tasa media anual de un 5,9%. Muestra una tasa media anual negativa los servicios colectivos.

Figura 11. Variación de la tasa anual de la clasificación funcional.

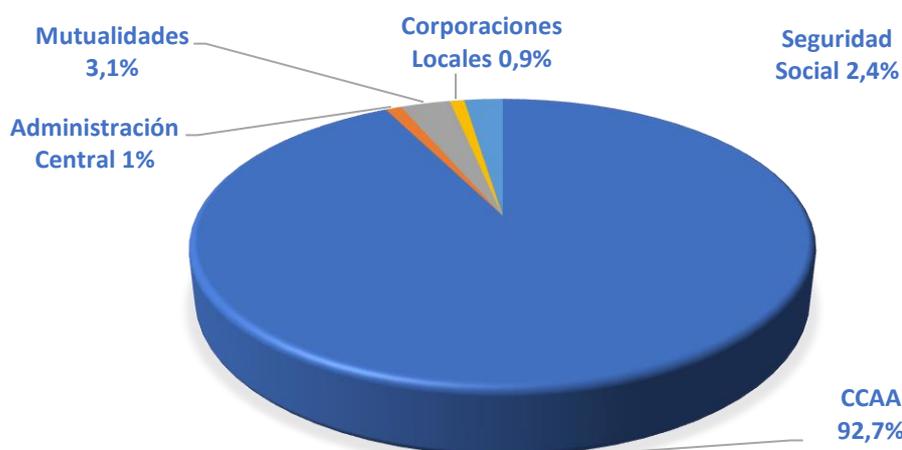


Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

Clasificación sectorial:

- 1) Evalúa el gasto por sector público.
- 2) El sector público que acapara casi la totalidad del gasto son las Administraciones de las CCAA. Se sitúa en un 92,7% y un gasto en el año 2017 de 63.494 millones de euros, con una tasa media interanual de 2,7%.

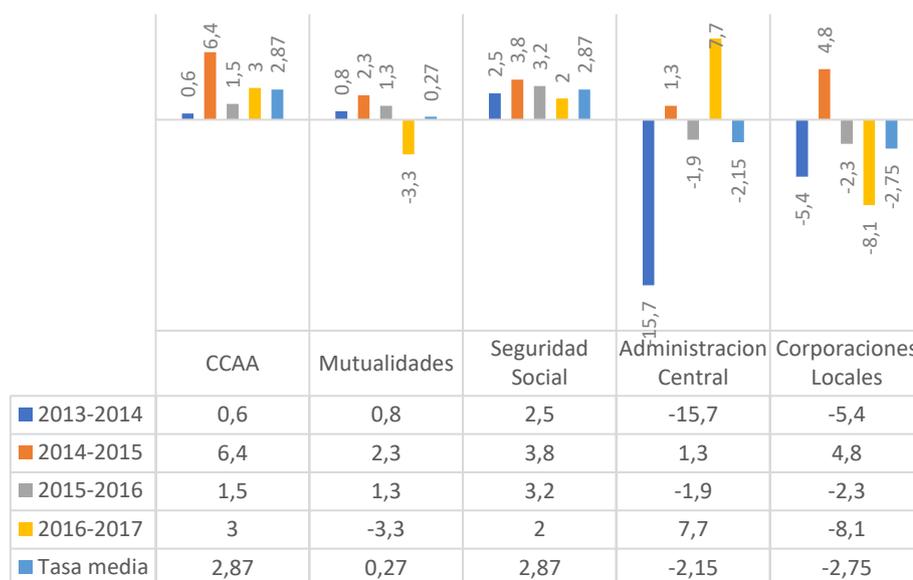
Figura 12. Gasto sanitario español según la clasificación sectorial.



Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

- 3) Los sectores que muestran la tasa media interanual más elevada son la Seguridad Social y las CCAA, que rondan alrededor de un 2,9%.
- 4) Hay dos sectores que presenta balance negativo en el periodo analizado, las Corporaciones locales con una tasa media de un -2,75% y la Administración Central con una tasa de -2,15%.

Figura 13. Variación de la tasa anual según la clasificación sectorial.



Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

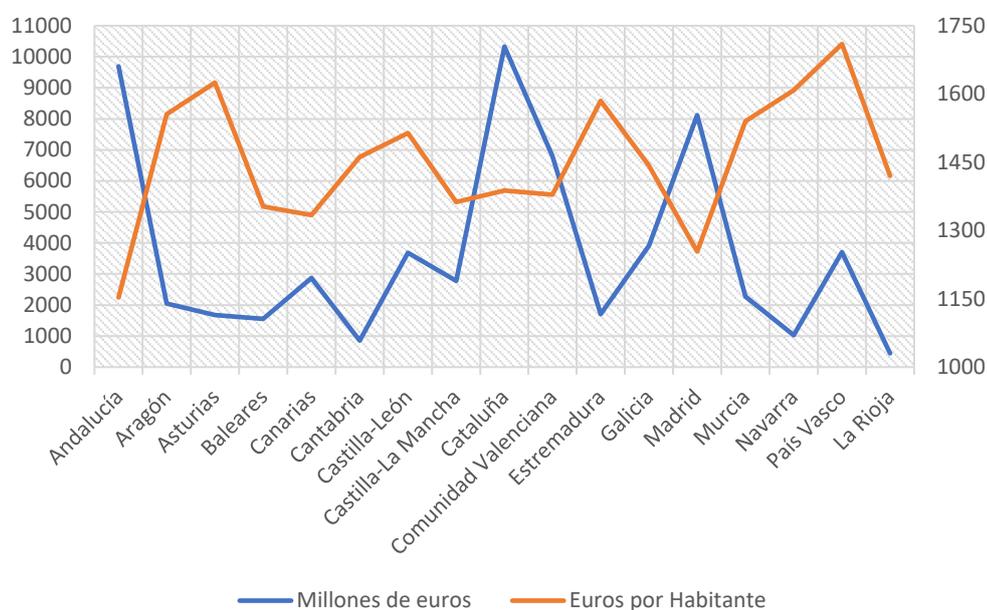
Hasta aquí se ha visto el gasto sanitario español en líneas generales, a partir de ahora, se desglosará por CCAA y se analizará si existen diferencias debidas al proceso de descentralización de las competencias sanitarias y si existen diferencias como ocurría en el estudio de la FADSP en referencia a los servicios ofrecidos por las distintas CCAA. Para ello se analiza:

- Figura 14. Gasto sanitario total de las CCAA en millones de euros y el gasto por habitante en euros. El primero corresponde a la clasificación sectorial de la EGSP.
- Figura 15. % de PIB destinado por las CCAA a sanidad y su tasa media interanual.
- Figura 16. Se muestra el gasto en personal sanitario y médicos en formación, siendo este el principal gasto de la clasificación económica de la EGSP.
- Figura 17. Se muestra el gasto en servicios hospitalarios y especializados que es el parámetro más representativo de la clasificación funcional de la EGSP.
- Figura 18. Se representa el gasto farmacéutico distribuido por CCAA dato también de la clasificación funcional.

Los datos obtenidos son los siguientes:

- 1) El gasto sanitario público total en España se cifra en 63.494 millones de euros en el año 2017. El mayor gasto lo genera la CCAA de Cataluña con 10330 millones de euros. Las CCAA de Cataluña, Andalucía y Madrid, generan el 44,3% del gasto sanitario público español en el año 2017. Con un gasto medio por habitante de 1370 euros.
- 2) Las CCAA con mayor gasto sanitario por habitante son: País Vasco, Asturias y Navarra, las tres están valoradas como los mejores SS de España por lo que podría existir una correlación entre gasto sanitario por habitante, servicios y mayor satisfacción del ciudadano.

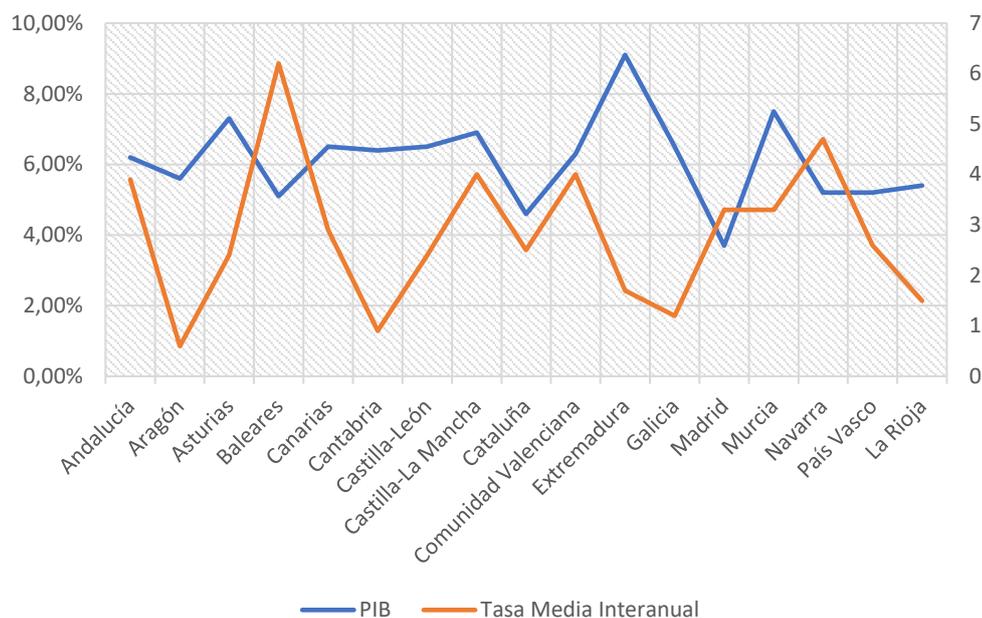
Figura 14. Gasto sanitario general y por habitante.



Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

- 3) Con respecto al PIB la CCAA que mayor % de PIB destina a la sanidad es Extremadura con un 9,1% y las que menos Madrid con un 3,3% y Cataluña con un 4,6%, la media nacional está en un 5,5%.
- 4) Como se aprecia en la gráfica, las CCAA que presentan mayor gasto medio interanual son Las Islas Baleares y Navarra por este orden. Con resultados muy dispares, mientras Navarra se sitúa entre los tres mejores SS de España, las Islas Baleares está incluida dentro del grupo de los deficientes.

Figura 15. % de PIB y tasa interanual.

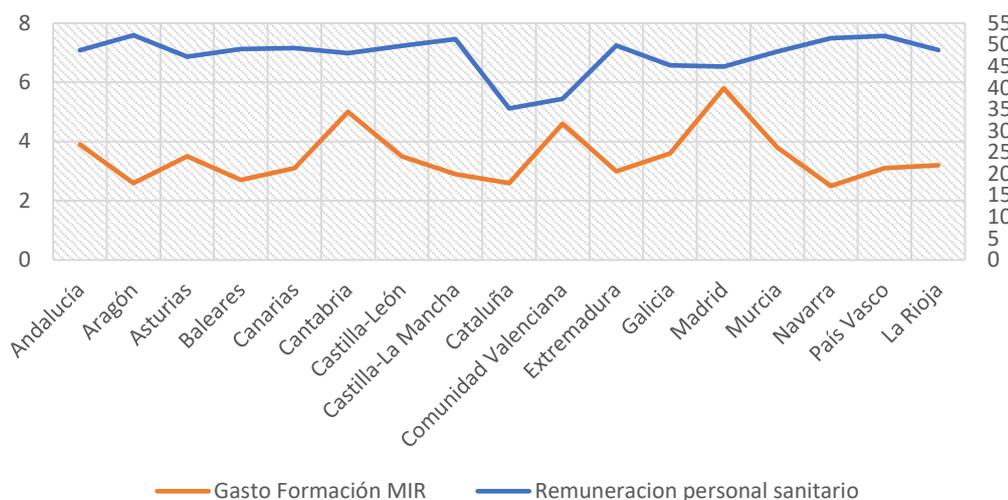


Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

Si se analiza el gasto de las CCAA en función de la clasificación anterior (económica, funcional y sectorial) y tomando como referencia el parámetro de mayor peso de cada una de ellas, se observa lo siguiente:

- 1) El mayor peso del gasto, dentro de la clasificación económica, lo soporta la remuneración del personal sanitario representando el 45,1% del gasto total en sanidad.
- 2) La CCAA con mayor porcentaje es Aragón con un 52,2% y varía hasta el 35,2% de Cataluña, siendo este último el más bajo.
- 3) Otro de los datos relevantes es el gasto que origina la formación de los médicos residentes (MIR), que varía según las CCAA, representa el 3,7% del total del gasto y la CCAA que presenta mayor gasto en formación MIR es La Comunidad de Madrid con un 5,8%, seguida de Cantabria con un 5%.

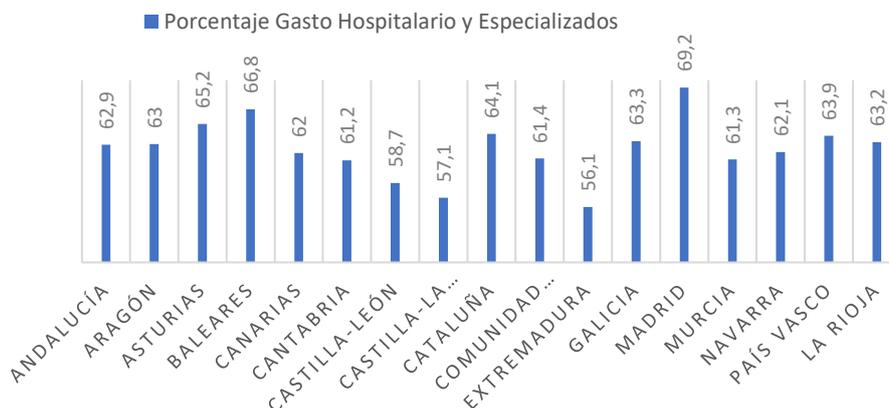
Figura 16. Gasto en personal sanitario y formación de médicos residentes.



Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

- 4) Dentro de la clasificación funcional el parámetro que genera mayor gasto son los servicios hospitalarios y especializados³⁵. El gasto medio del sector es de un 63,2%. La CCAA con mayor porcentaje es la Comunidad de Madrid con un 69,2% y el menor gasto Extremadura con un 56,1%, el gasto global por los servicios hospitalarios y especializados se cifra en el año 2017 en 40.105 millones de euros.

Figura 17. Gasto hospitalario y especializado.

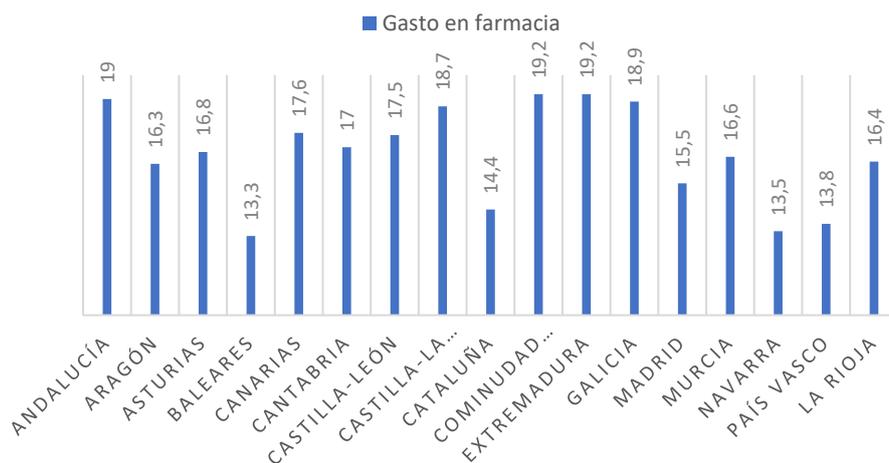


Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

³⁵ El gasto hospitalario se refiere a toda la actividad realizada en los centros hospitalarios sin contabilizar la hospitalización, se incluye la atención en el servicio de urgencias. La atención especializada se refiere a los servicios especializados prestados por las entidades concertadas.

- 5) En la clasificación funcional también se analiza el gasto farmacéutico de las CCAA. El gasto en farmacia representa el 16,9% del gasto total sanitario, por tanto, se habla de una cifra aproximada de 11.000 millones de euros, con un aumento de un 3,5% en el año 2017. La CCAA con menor gasto farmacéutico es Islas Baleares con un 13,3% y el más elevado Comunidad Valenciana y Extremadura con un 19,2%.

Figura 18. Gasto farmacéutico de las CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP.

7. LOS MODELOS SANITARIOS EUROPEOS.

Los datos que se exponen en este apartado son datos oficiales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se han utilizado indicadores extraídos de bases de datos de organismo internacionales altamente cualificados, tales bases de datos las aportan: Eurotast, OMS y OCDE, los datos se han obtenido de INCLASNS-BD. Los datos recogidos se agrupan en dos apartados:

- 1) Características de los SS de los países de la UE: Modelo, Atención Sanitaria, Copagos, Remuneración de los médicos.
- 2) Indicadores: la población, el estado de salud, los hábitos de vida, recursos humanos, utilización de los servicios, las actividades preventivas y la atención a los problemas de salud, la calidad de los ciudadanos y el gasto sanitario.

Los datos se recogen desde el año 2001 hasta el año 2016 y se publican en el año 2017, en algunos países no ha sido posible recoger datos con tan amplio margen de años por no pertenecer a la UE hasta años más tarde. En alguno de los indicadores para poder ser

comparados el año de referencia ha sido 2013, por no existir datos más recientes. En otros indicadores los datos se pueden comparar desde el año 2004-2005 y no desde el año 2001.

Modelo de SS y sus características:

En Europa existen dos modelos distintos de SS:

- **Sistema Nacional de Salud (Modelo Beveridge):** Su financiación se realiza mediante los impuestos, su acceso es universal, está basado en la atención primaria como primer escalón de contacto, los médicos están remunerados por salario e incentivos, tiene cierto control gubernamental, existen determinados copagos y asocia cierta privatización. Entre estos sistemas se encuentra España, pero también otros países de la UE como: Chipre, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Italia, Portugal, Malta, Suecia, Irlanda y Letonia.

- **Sistema de Seguros Sociales (Modelo Bismarck):** Su financiación es por cuotas obligatorias a la seguridad social tanto de trabajadores, como de empresarios o por impuestos. Los recursos lo gestionan fondos o entidades no gubernamentales reguladas por la ley, los fondos se encargan de la contratación del personal sanitario y su remuneración es por acto médico, se utiliza el sistema de reembolso y existen algunos copagos. Los países miembros de la UE que disponen de este SS son: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Francia, Grecia, Hungría, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, República Checa y Rumanía.

- Todos los Sistemas Nacionales de Salud están financiados al 100% con fondos públicos, excepto el SS de Chipre, de los Sistemas de Seguros Sociales, tan sólo están financiados al 100% con fondos públicos, Croacia, Eslovenia, Lituania y República Checa.

- El país con mayor población dentro de la UE es Alemania con 82,2 millones de habitantes y el menos poblado Malta con 0,4 millones de habitantes. España tiene una población de 46,4 millones y la media de la UE está en 18,23 millones de habitantes.

Remuneración de los médicos:

- Los países de la UE que tienen un SNS se caracterizan generalmente por el pago de salario a los profesionales en la atención especializada excepto, Irlanda, Letonia y Portugal que lo hacen con un sistema mixto o de pago por servicios. Con respecto a la atención primaria lo más habitual es un sistema mixto de salario e incentivos o capacitación, en España en concreto se utiliza un sistema mixto.

- En los países con un SS basado en Seguros Sociales, la forma de pago más habitual es el pago por servicios tanto en la AE, como en la AP. También, se encuentra de forma muy frecuente el pago mixto (Capacitación/Servicios) en la AP y tan sólo se pagan salarios en Eslovenia como forma única de pago.

Copagos:

- Con respecto a los copagos por parte de los ciudadanos tanto en un SS como en el otro se produce el 100% en copagos de medicamentos.

- Cuando se habla de copago en la atención de consulta tanto en AP como AE, llama mucho la atención que en la mayoría de los países con SNS se producen copagos en ambas modalidades, exceptuando Dinamarca, España, Malta y Reino Unido. Sin embargo, en 10 de los 17 países con SS de Seguros Sociales no se realizan copagos por estos servicios.

- En la mayoría de los países con sistema de Seguros Sociales si se producen copagos por hospitalización, con algunas excepciones como: Croacia, Hungría, Lituania, Polonia y República Checa. En los Países Bajos se produce el copago hasta un tope a partir del cual no se paga más.

- La proporción está totalmente dividida en los países con SNS donde en la mitad de ellos existen copagos por hospitalización.

Atención Sanitaria:

En el siguiente cuadro resumen se muestran los aspectos más destacados de la atención sanitaria de los distintos países de la UE:

Tabla 7. Características más destacadas de los SS de los países de la UE.

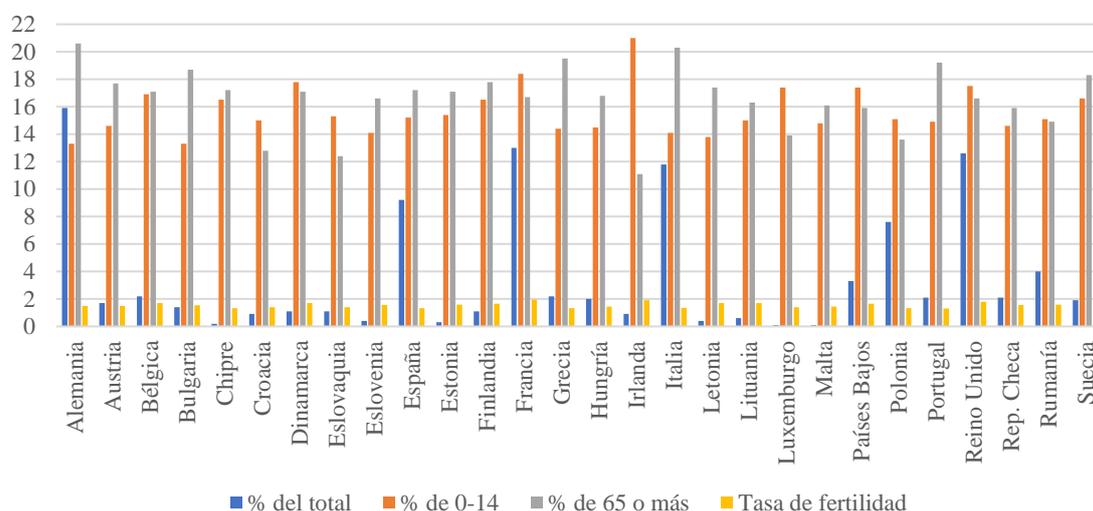
PAÍS	FILTRO AE	MÉDICO AP	PROVISIÓN/ ORGANIZACIÓN. AP	PROVISIÓN/ ORGANIZACIÓN. AE	CARTERA SERVICIOS CENTRALES	ELECCIÓN MÉDICO AP	ELECCIÓN MÉDICO AE	ELECCIÓN HOSPITAL Y MÉDICO.
ALEMANIA	NO	NO	PRIVADA/IND	PRIVADA/IND	SI	NO	NO	SI
AUSTRIA	NO	NO	PRIVADA/IND	PRIVADA/IND	NO	NO	NO	HOSPITAL SI
BÉLGICA	NO	NO	PRIVADA/IND	PRIVADA/IND	SI	NO	SI	SI
BULGARIA	SI	NO	PRIVADA/IND	PRIVADA/IND	SI	SI	SI	SI
CHIPRE	NO	NO	EQUIPO	CONS EXT	SI	SI	!	HOSPITAL SI
CROACIA	SI	SI	PRIVADA/IND	CONS EXT	NO	SI	SI	HOSPITAL SI
DINAMARCA	NO	NO	PRIVADA/IND	PÚBLICA/CONS EXT	NO	SI	NO	HOSPITAL SI
ESLOVAQUIA	NO	SI	PRIVADA/IND	PRIVADA/IND	SI	SI	!	!
ESLOVENIA	SI	SI	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/CONS EXT	SI	SI	SI	HOSPITAL SI
ESPAÑA	SI	SI	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/CONS EXT	SI	SI	LIMITADA	HOSPITAL SI
ESTONIA	SI	SI	PRIVADA/IND	PÚBLICA/CONS EXT	SI	SI	NO	SI
FINLANDIA	SI	SI	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/CONS EXT	NO	SI	SI	HOSPITAL SI
FRANCIA	NO	NO	PRIVADA/EQUIPO	PRIVADA/EQUIPO	SI	SI	SI	SI/LIMITADA
GRECIA	NO	NO	PÚBLICA/EQUIPO	PRIVADA/IND	NO	SI	SI	SI/PRIVADO
HUNGRÍA	SI	NO	PRIVADA/IND	PRIVADA/CONS EXT	SI	SI	NO	HOSPITAL SI
IRLANDA	SI	NO	PRIVADA/EQUIPO	PRIVADA/CONS EXT	NO	SI	SI	NO
ITALIA	SI	SI	PRIVADA/IND	PÚBLICA/C. ESP	SI	SI	SI	HOSPITAL SI
LETONIA	NO	SI	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/C. ESP	SI	SI	SI	HOSPITAL SI
LITUANIA	SI	SI	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/C. ESP	NO	SI	SI	HOSPITAL SI
LUXEMBURGO	NO	NO	PRIVADA/IND	PRIVADA/IND	SI	NO	SI	SI
MALTA	NO	NO	PRIVADA/IND	PÚBLICA/CONS EXT	SI	SI	SI	HOSPITAL SI/
PAÍSES BAJOS	SI	NO	PRIVADA/EQUIPO	PRIVADA/IND	SI	SI	SI	SI
POLONIA	SI	NO	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/C. ESP	SI	SI	SI	HOSPITAL SI
PORTUGAL	SI	SI	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/CONS EXT	NO	SI	NO	HOSPITAL SI
REINO UNIDO	SI	NO	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/C. ESP	SI	SI	SI	SI
REPÚBLICA CHECA	NO	NO	PRIVADA/IND	PRIVADA/IND	SI	NO	SI	HOSPITAL SI
RUMANÍA	SI	SI	PRIVADA/IND	POLICU/CONS EXT	SI	SI	SI	HOSPITAL SI/-
SUECIA	SI	NO	PÚBLICA/EQUIPO	PÚBLICA/C. ESP	NO	SI	SI	HOSPITAL SI

Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

La población:

En la siguiente gráfica se presenta la población de los distintos países integrantes de la UE, % de población de cada país con respecto al total de población, % de población de 0 a 14 años y el % de población \geq a 65 años. Se puede observar que el país con mayor población es Alemania que a la vez es el país con mayor población por encima de los 65 años. El país que cuenta con el % de población más joven es Irlanda. La mayoría de la población europea se concentra en 5 países: Alemania, Francia, España, Italia y Reino Unido. Y de estos países tan sólo Reino Unido y Francia tienen una población joven (0-14 años) mayor que la población senil (65 o más años).

Figura 19. % de población de la UE distribuida por países y su tasa de fertilidad.



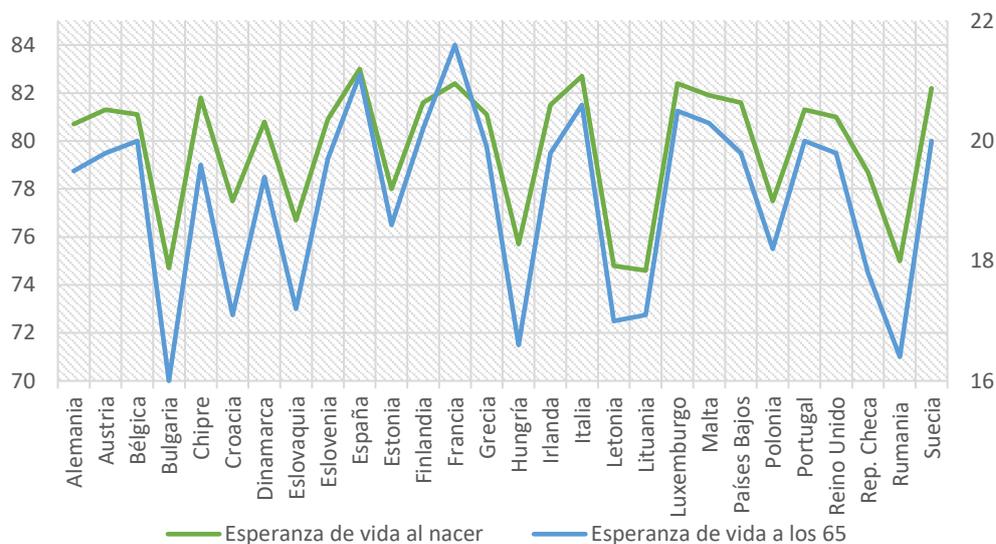
Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

Se puede observar en los datos de la gráfica que los países que tienen una mayor tasa de fertilidad (número de hijos que una mujer tiene durante su periodo fértil, es decir entre los 15 y 49 años), también tienen una población más joven como es el caso de Irlanda o Francia, existen algunas excepciones, como los casos de Bélgica o Suecia que tienen su explicación y es que la tasa de fertilidad se ha visto incrementada en los últimos años sin dar tiempo a rejuvenecer la población. También se puede observar que España tiene una población predominantemente vieja y además una baja tasa de fertilidad con lo que el rejuvenecimiento de la población es prácticamente nulo, lo mismo le ocurre a Italia y Portugal.

Estado de salud:

Para valorar el estado de salud de un país se miden parámetros como la esperanza de vida y la mortalidad, la esperanza de vida se refiere a la previsión de años que una persona vivirá por término medio. La esperanza de vida se determina al nacer y en los mayores de 65 años. Con respecto a la mortalidad se mide la mortalidad general, donde no se distingue por enfermedades y también se mide la mortalidad infantil.

Figura 20. La esperanza de vida al nacer y a los 65 años de los habitantes de la UE.

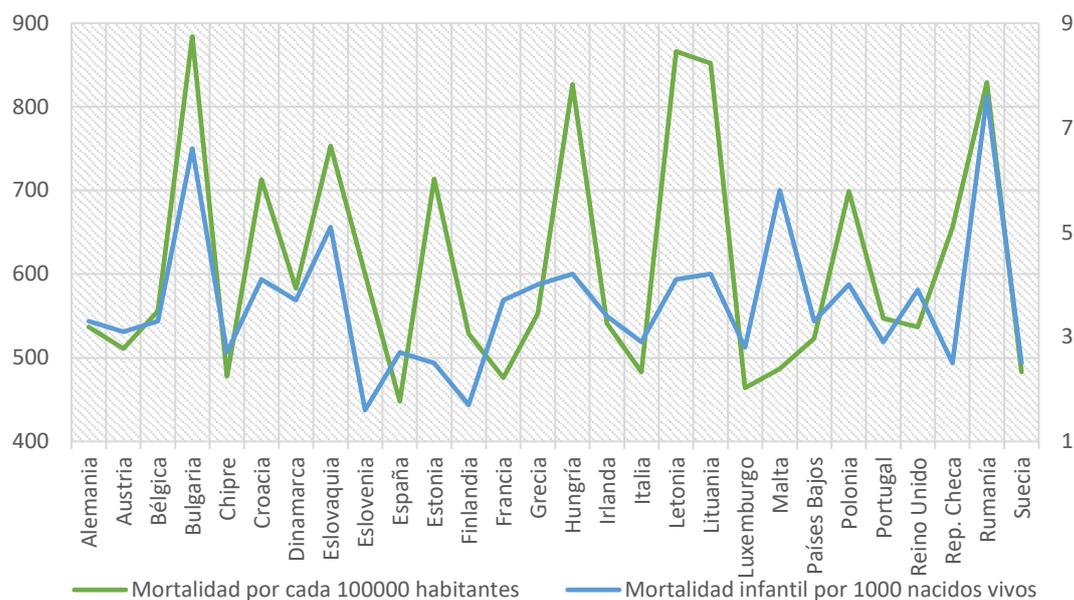


Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

Se observa en esta gráfica que los países que tienen mayor esperanza de vida al nacer coinciden con los que tienen mayor esperanza de vida a los 65 años y, además se trata de los países que según la gráfica de población presenta una población más vieja.

En la gráfica siguiente se muestran las cifras de mortalidad general por cada 100000 habitantes y la mortalidad infantil por cada 1000 recién nacidos vivos, se puede observar que países que presentaban una esperanza de vida baja, tanto al nacer como a los 65 años, ahora presentan unas cifras altas de mortalidad como es el caso de Rumanía, Bulgaria, Letonia o Hungría. Más adelante se puede observar que estos países son los que menor cantidad de presupuesto destinan a la sanidad. Lo más destacado es que España ocupa el último lugar en mortalidad de la UE, es decir, tiene el índice de mortalidad general más bajo.

Figura 21. Mortalidad general e infantil.

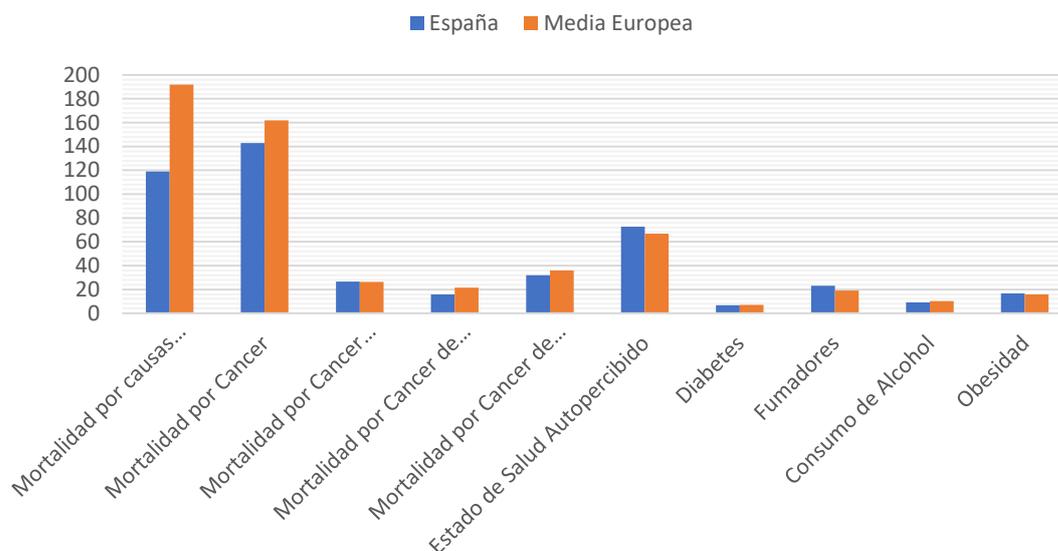


Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

Si se atiende a las enfermedades que con mayor frecuencia producen la muerte en Europa, se observa que las causas más frecuentes son las enfermedades del aparato circulatorio y algunos tipos de cánceres, en todas ellas España está por debajo de la media europea, excepto en el cáncer colonrectal donde se encuentra ligeramente por encima de la media, destaca según los datos que ocupamos el último lugar de la UE en mortalidad por cáncer de mama y uno de los últimos en mortalidad por cáncer de pulmón. También ocupamos el último lugar en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Otra de las enfermedades más frecuentes en la sociedad europea y que se utiliza como referente para ver el grado de salud de la población es la diabetes, como se puede observar España está por debajo de la media europea. Esto hace que sea la misma población la que perciba que el estado de salud de los españoles es bueno y así lo demuestra la gráfica, donde se observa que el estado de salud autopercebido por el ciudadano está por encima de la media de la UE.

Por el contrario, si se analizan los hábitos de vida (tabaco, obesidad y alcohol), se observa que España está por encima de la media de la UE en consumo de tabaco y en porcentaje de obesidad (se realiza midiendo el índice de masa corporal "IMC", consiste en el resultado del cociente entre el peso y la altura del individuo) sin embargo, está por debajo de la media de la UE en consumo de alcohol.

Figura 22. Enfermedades crónicas y con mayor mortalidad.



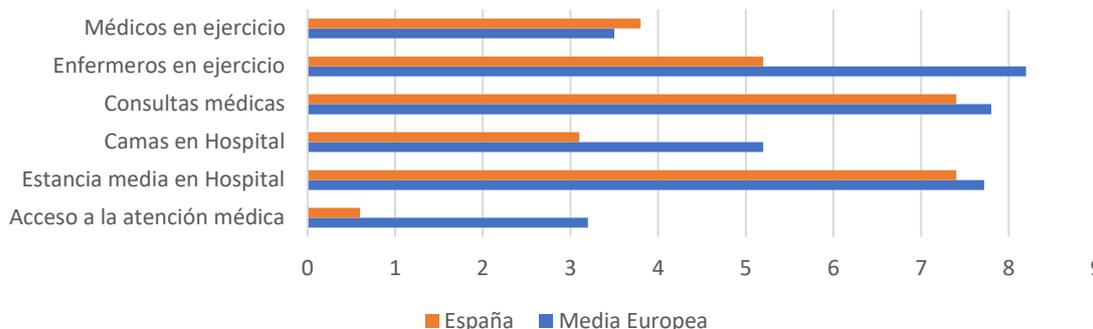
Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

Recursos humanos y utilización de servicios:

Con respecto a los recursos humanos y utilización de los servicios, los datos recogidos por el Ministerio de Sanidad reflejan que España tiene mayor número de médicos (ocupa el noveno lugar de los 28 países miembros de la UE) en ejercicio que la media de la UE, sin embargo, el número de enfermeros está muy por debajo de la media ocupando el lugar 24 de los 28 países miembros. Con respecto a la utilización de los servicios se puede observar que España está por encima de la media en consultas médicas (no se diferencia entre consultas de atención primaria y hospitalaria) y, sin embargo, tiene menor número de camas hospitalarias y menor estancia hospitalaria que la media del resto de países de la UE. Estos datos estarían en consonancia con lo que se ha comentado en apartados anteriores, en España el acceso a la AP lo determina el paciente mientras que, el acceso a la AE lo determina el médico de AP, cosa que no ocurre en otros países. Con respecto al parámetro “Acceso a la atención médica”, se refiere a la dificultad que el paciente encuentra para acceder a la consulta médica, así como las listas de espera o la lejanía geográfica, España está muy por debajo de la media de la UE, tan sólo, superada por Alemania, Eslovenia, Países Bajos y Austria, pero con unas diferencias mínimas. Otro dato que lo demuestra es la frecuentación a los hospitales por cada 1000 habitantes donde España tiene un 34,76% (113 frecuentaciones por cada 1000 habitantes) muy por debajo

de la media europea que se establece en un 53,86% (175,07 frecuentaciones por cada 1000 habitantes).

Figura 23. Recursos humanos y utilización de servicios.

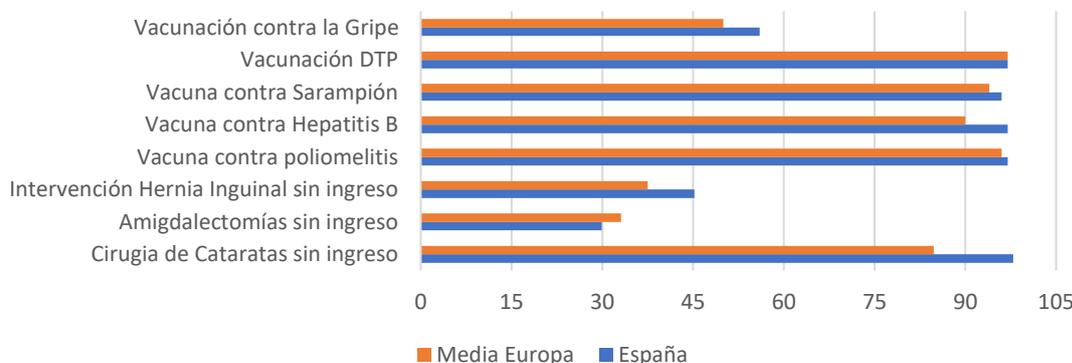


Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

Atención a los problemas de salud:

En este apartado se refiere a los problemas de salud que se resuelven sin necesidad de ingreso hospitalario, es decir, lo que se conoce como tratamiento ambulatorio, el paciente es atendido y se marcha a su domicilio en el mismo día sin necesidad de ser ingresado en el hospital. Se observa que en España se atienden patologías sin necesidad de ingreso y con un porcentaje por encima de la media europea en cataratas y hernia inguinal, por el contrario, está por debajo de la media en patologías como la amigdalectomía. Con respecto a las vacunaciones, considerado capítulo importantísimo en las actividades preventivas de un país, España ocupa uno de los mejores lugares de los países de la UE estando por encima de la media.

Figura. 24. Atención a los problemas de salud.

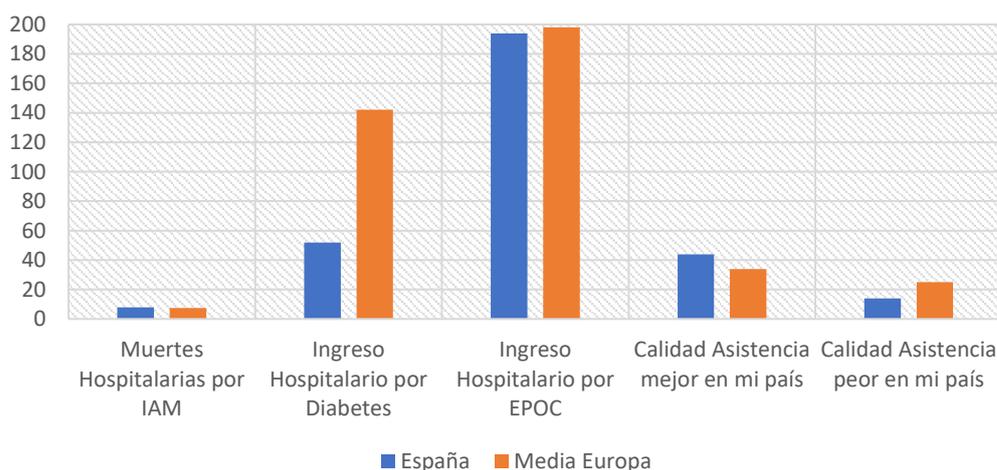


Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

Calidad de la asistencia sanitaria:

En este apartado de datos se refieren a la necesidad de ingreso hospitalario que el ciudadano requiere por patologías tan frecuentes como la diabetes o la enfermedad pulmonar (EPOC “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), también se observa la muerte intrahospitalaria por enfermedades cardiovasculares (la más frecuente el Síndrome Coronario Agudo) y por último, se representa la percepción que tiene el ciudadano de su sistema de salud con respecto a los sistemas de salud del resto de países de la UE. Se Observa un buen control de enfermedades como la Diabetes y el EPOC estando por debajo de la media europea en ingresos, las muertes por IAM están en la media del resto de países y con respecto a la calidad del sistema el español reconoce tener un sistema sanitario superior al del resto de países de la UE.

Figura 25. Calidad de la asistencia sanitaria.

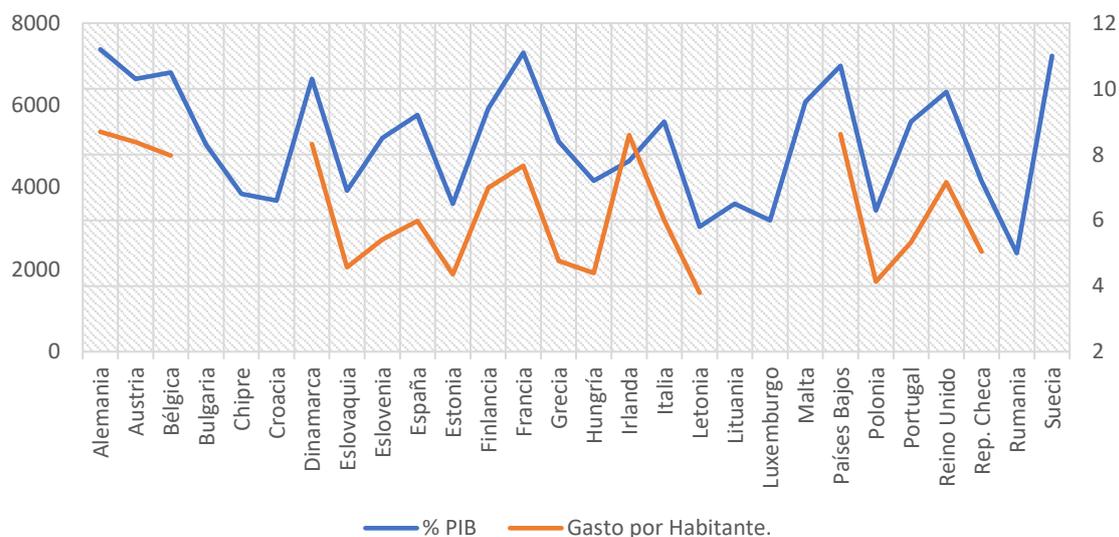


Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

Gasto sanitario:

Con respecto al gasto sanitario España dedica el 9,2% de su PIB para sanidad, una cifra inferior a la que destinan otros países de nuestro entorno como: Alemania, Francia, Suecia, Reino Unido, Finlandia, Malta, Países Bajos o Dinamarca. Sin embargo, se está por encima de la media de la UE situada en cifras del 8,39%. Con respecto al gasto medio por habitante en dolores, España se encuentra ligeramente por debajo del gasto medio de la UE, presenta un gasto de 3180 dólares por habitante y la media de la UE se sitúa en 3689,13 dólares por habitante. No se tienen datos de algunos países en este informe, tales como: Chipre, Croacia, Lituania, Luxemburgo, Malta y Rumanía.

Figura 26. Gasto sanitario global.



Fuente: Elaboración propia a partir de SCS.

8. CONCLUSIONES.

En este trabajo se ha realizado un repaso a la historia, legislación y datos oficiales correspondientes al Servicio Sanitario Español. Todo ello con el objetivo de conocer el origen y la evolución de la sanidad en España, así como la posición que ocupa con respecto a otros países de la Unión Europea.

La construcción del SSE comienza hace dos siglos, se inicia en el Siglo XIX, como se pone de manifiesto en obras como “El Poder real y la salud pública” de López Piñero. Es cuando los problemas de salud de la población comienzan a preocupar a las autoridades fundamentalmente en los territorios colonizados.

La primera estructura administrativa se crea en el año 1813 una vez aprobada la constitución de Cádiz de 1812, queda reflejado en el RD CCLXIX de 23 de junio.

El preludeo de la primera Ley General de Sanidad lo tenemos en el año 1852 pero no es hasta 1855 cuando realmente se aprueba la Ley Orgánica de Sanidad, de 29 de noviembre. Lo más destacado de ella es su carácter centralizado, su financiación con dinero público y su duración, por mantenerse vigente hasta el año 1986.

La sanidad en España se inicia con un sistema de seguros sociales para terminar transformándose en un Sistema Sanitario que se caracteriza por ser universal, público,

integral y gratuito. Esto se consigue con la aprobación de la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril, marca un antes y un después en la sanidad española, con ella se crea toda la trama administrativa del SSE centrada en la creación del Ministerio de Sanidad, en su elaboración participan todas las fuerzas políticas del momento y permite que la sanidad llegue a todos los lugares y ciudadanos del país.

Desde el año 1986 hasta la actualidad se ha modificado la legislación con respecto a la sanidad, se ha intentado adecuar a las necesidades sociales y a los cambios políticos existentes. Actualmente se cuenta con un sistema sanitario descentralizado donde las competencias sanitarias se han transmitido a las CCAA, proceso que se inicia en 1981 y que se culmina 20 años después en 2001.

El proceso de descentralización de la sanidad hace que se disponga de una red Administrativa muy compleja (Central, Autonómica y Local), potencia la desigualdad en materia social y sanitaria entre las distintas CCAA, más durante el periodo de crisis económica.

La desigualdad entre las CCAA queda reflejada en la diferencia existente entre su financiación, recursos, funcionamiento, listas de espera, y cuanto más deficitarias son, mayor es el descontento y peor la valoración del ciudadano. La CCAA del País Vasco es la que más invierte por habitante y en remuneración del personal sanitario y es la mejor valorada, probablemente por ser la que mejor gestiona sus recursos.

El SSE se financia con dinero público, su principal fuente son los impuestos, su gasto supone un 9,2% del PIB, eso supone 68.483 millones de euros en el año 2017, con un gasto medio por habitante de 3180 euros. El mayor gasto lo genera la remuneración del personal sanitario, los servicios hospitalarios y especializados y la administración de las CCAA.

Los SS de los países de la UE se dividen fundamentalmente en dos grandes modelos: Seguros sociales y Sistemas Sanitarios. Entre los países que utilizan el mismo modelo existen diferencias evidentes.

La distribución de la población dentro de los países de la UE es muy desigual, la mayor parte de la población se concentra en 4 países principalmente, por regla general la población europea es vieja. Coincide que en los países donde la población predominante

es la de mayor edad, son los que presentan mayor esperanza de vida al nacer y mayor esperanza de vida a los 65 años. Por el contrario, los que presentan como población predominante la población joven, son los que presentan mayor tasa de fertilidad, exceptuando Suecia que tiene una tasa de fertilidad alta y, sin embargo, predomina la población de más edad, probablemente por no haber pasado los años suficientes para invertir la situación. También coincide que los países con menor esperanza de vida son los que presenta tasas más altas de mortalidad como son los casos de Letonia o Hungría.

Con respecto al estado de salud de la población España ocupa un buen lugar en comparación con el resto de los países de la UE, se producen menos muertes por enfermedades circulatorias, cáncer de mama, cáncer de pulmón y otros tipos de cánceres que la media del resto de países de la UE, tan sólo, está por encima de la media europea en las muertes por cáncer colonrectal. También está por debajo de la media en enfermedades crónicas como la Diabetes.

Con respecto a los hábitos saludables de la población, España está por encima de la media de los países de la UE tanto en consumo de tabaco como en obesidad y tan sólo por debajo en consumo de alcohol, sin embargo, las cifras facilitadas por el Ministerio de Sanidad son del año 2013, en el reciente estudio Bloomberg del año 2019 se sitúa a España como el país más saludable del mundo por encima de Italia. Pero sin duda, se debe seguir mejorando.

Se puede concluir diciendo que el SSE es bastante más eficiente que los SS de la mayoría de los países de la UE. Se cuenta con servicios limitados, menor número de enfermeros, menor número de camas hospitalarias, menor gasto y, sin embargo, presenta un alto porcentaje en la prevención de enfermedades siendo uno de los países con mayor porcentaje de población vacunada, menor número de ingresos hospitalarios por enfermedades crónicas, menor número de días de estancia media en el hospital y mayor accesibilidad a consulta médica. El éxito radica en el avance de la AP, con equipos multidisciplinares como se pone de manifiesto en el informe “State of Health in the EU” del año 2017.

9. BIBLIOGRAFÍA.

9.1) Monografías.

- Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de la Región de Murcia. (ADSP-RM). Análisis de la composición de los Consejos de Salud de Área de la Región de Murcia, según lo establecido en el Decreto 51/2016 de 8 de junio y propuesta por la ADSP-RM. Murcia 15 de noviembre de 2017. Consultado en internet (15/11/2017): <https://adspmurcia.es/wp-content/uploads/2018/03/Analisis-composicion>.
- Beato Espejo M. El sistema sanitario español: Su configuración en la Ley General de Sanidad. Revista de Administración Pública nº 120, septiembre-diciembre 1989. Págs. 379-418. Consultado en internet (09-12/1989): <https://www.cepc.gob.es/Controls/Mav/getData.ashx?MAVqs=~aWQ9MjM2...>
- Bernal-Delgado, E; García-Armestros, S; Oliva, J. Spain Health System Review. Análisis del Sistema Sanitario 2018, 29 de agosto de 2018. Vol. 20 N.º 2 2018. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Consultado en internet (29/08/2018): <https://www.sespas.es>
- Cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud, 24 de enero de 2019. Consultado en internet (24/01/2019): <https://www.who.int/Acceso/Centrodeprensa>.
- Consejo Interterritorial del SNS, Organización Institucional. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consultado en internet (2019): <https://www.msbs.gob.es/organización/consejointerteri/aspectos.htm>.
- De Benito, E. El dinero no basta para cerrar las heridas de la crisis en la sanidad. EL PAÍS, 20 de enero de 2019. Consultado en internet (20/01/2019): <https://www.elpais.com>
- Elecciones en Andalucía ¿Qué promesas hay para la sanidad?, de 1 de diciembre de 2018. Diario Médico. Política. Consultado en internet (01/12/2018): <https://www.diariomedico.com>
- Farrerons Nogueras, L. (2014). La Ley de Sanidad de 1855. En Díaz de Santos (Ed.) Historia del Sistema Sanitario Español. Debates parlamentarios 1812-1986 (pp. 61-85). Madrid (2013): Ediciones Díaz de Santos.
- Hernández, C; Alcalá, C. Elecciones generales: la sanidad del PSOE, PP, UP, Cs y Vox, punto por punto, de 16 de abril de 2019. Redacción Médica. Política Sanitaria. Consultado en internet (2019): <https://www.redaccionmedica.com>
- Informe Bloomberg Healthiest Country Index 2019, de 25 de febrero de 2019. Bloomberg LP Limited Partnership. Consultado en internet (25/02/2019): <https://www.bloomberg.com/news/terminal/PNCLM5T0G1KX>

- Jiménez S, Estructura y organización del Sistema Sanitario, 27 de noviembre de 2012. Consultado en internet (27/11/2012): [hppt://es.slidshare.net](http://es.slidshare.net).
- Lamata F, Consejero de Salud y Bienestar Social de la Junta de Castilla-La Mancha. 25 aniversario de la Ley General de Sanidad de 1986. Grupo Multimedia de Comunicación La Cerca, 20 de abril de 2011. Consultado en internet (20/04/2011): [hppt://www.LaCerca.com](http://www.LaCerca.com).
- López Alonso, E. ¿Qué propone cada partido?, de 27 de abril de 2019. El Periódico/ Política, de 28 de abril de 2019. Consultado en internet (27/04/2019): <https://www.elperiodico.com>
- López Piñero, JM (2006). El poder real y la salud pública. Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista. Revista Española de Salud Pública, 80(5), 445-456.
- Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2018 (XV Informe), 11 de septiembre de 2018. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Consultado en internet (11/09/2018): <https://www.fadsp.org>
- Moreno Fuentes, FJ (2013). Retos, Reformas y Futuro del Sistema Nacional de Salud. Revista d'Estudis Autonòmics i Federals (REAF) núm. 18, de 18 de octubre de 2013, pp. 238-266.
- Moreno, S. Una multitudinaria protesta liderada por 'Spiriman' clama contra la Junta y exige una "sanidad digna". EL MUNDO, 10 de junio de 2018. Consultado en internet (10/06/2018): <https://www.elmundo.es>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), España: Perfil Sanitario del país 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Consultado en internet (2017): <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285446-es>
- Rodríguez Blas, MC (2017). Principales Resultados. Estadística de Gasto Sanitario Público 2017. Unidad Responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Edición marzo 2019. Consultado en internet (2019): <https://www.msrebs.gob.es>
- Sistema Nacional de Salud España 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica. Madrid 2012. Consultado en internet (2012): <https://www.msssi.gob.es>

9.2) Legislación.

- Ley de Sanidad. Real Decreto, 12 de enero 1904. Gaceta de Madrid, 23 de enero de 1904. Núm. 23.

- Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, 14 de diciembre de 1942. BOE núm. 361, de 27 de diciembre de 1942, pp. 10592-10597.
- Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. BOE núm. 331, de 26 de noviembre de 1944, pp. 8908-8936.
- Ley de 17 de mayo de 1958, de Principios Fundamentales del Movimiento. BOE núm. 119, de 19 de mayo de 1958, pp. 4511-4512.
- Ley 193/1963, de 28 de diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social. BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1963, pp. 18181-18190.
- Decreto 907/1963, de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. BOE núm. 96, de 22 de abril de 1963, pp. 4778-4807.
- Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224.
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 100, de 26 de abril de 1997, pp. 13449 a 13450.
- Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE núm. 100, de 26 de abril de 1997, pp. 13450 a 13452.
- 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. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, pp. 40126 a 40132.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003, pp. 20567 a 20588. Modificada por: Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 183, de 30 de julio de 2018, pp. 76258 a 76264.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442 a 41458.
- Ley 55/2003, de 16 de noviembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301, de 17 de diciembre de 2003, pp. 44742 a 44763.

- Ley 28/2005, de 26 de noviembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 309, de 27 de diciembre de 2005, pp. 42241 a 42250.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 126, de 27 de mayo de 2006, pp. 19947 a 19956.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178, de 27 de julio de 2006, pp. 28122 a 28165. Norma derogada, excepto las disposiciones finales 2,3 y 4, por la disposición derogatoria única del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. BOE núm. 159, de 4 de julio de 2007, pp. 28826 a 28848.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55, de 4 de marzo de 2010, pp. 21001 a 21014.
- Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 75, de 27 de marzo de 2010, pp. 28989 a 29000.
- Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción de déficit público. BOE núm. 126, de 24 de mayo de 2010, pp. 45070 a 45128.
- Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. BOE núm. 160, de 6 de julio de 2011, pp. 71283 a 71319.
- Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del estado para 2011. BOE núm. 200, de 20 de agosto de 2011, pp. 93143 a 93168.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011, pp. 104593 a 104626.
- 2012Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012, pp. 31278 a 31312.
- Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el proceso, la

- preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. BOE núm. 163, de 5 de julio de 2014, pp. 52716 a 52763.
- Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las CCAA y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (mecanismo sostenibilidad del gasto sanitario). BOE núm. 141, de 13 de junio de 2015, pp. 49754 a 49773.
 - Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Modificada por Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 177, de 25 de julio de 2015, pp. 62935 a 63030.
 - Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción voluntaria. BOE núm. 158, de 3 de julio de 2015, pp. 54068 a 54201.
 - Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y Registro Civil. BOE núm. 25, de 29 de enero de 2015, pp. 7191 a 7193.
 - Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia. BOE núm. 180, de 29 de julio de 2015, pp. 64544 a 64613.
 - Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria. BOE núm. 182, de 31 de julio de 2015, pp. 65884 a 65905.
 - Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 227, de 22 de septiembre de 2015, pp. 83586 a 83587.
 - Real Decreto-ley 9/2017, de 26 de mayo, por el que se trasponen directivas de la Unión Europea en los ámbitos financiero, mercantil y sanitario, y sobre el desplazamiento de trabajadores. BOE núm. 126, de 27 de mayo de 2017, pp. 42820 a 42872.
 - Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 183, de 30 de julio de 2018, pp. 76258 a 76264.

- Art. 43 CE. De los principios rectores de la política social y económica. Título primero, Capítulo III de la CE. BOE, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
- Reglamento (CE) 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008. DOUE nº 354, de 31 de diciembre de 2008. Consultado en internet (2008): <https://www.boe.es>
- Reglamento (UE) 2015/359 de la Comisión, de 4 de marzo de 2015. DOUE nº 62, de 6 de marzo de 2015. Consultado en internet (2015): <https://www.boe.es>