



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA

Facultad de Administración y Dirección de Empresas

Estudio Delphi, el Sistema Nacional de Salud en el futuro  
tras el COVID-19

Trabajo Fin de Grado

Grado en Gestión y Administración Pública

AUTOR/A: Carreres Gómez, Elena

Tutor/a: Vivas Consuelo, David José Juan

Cotutor/a: Gonzalez de Julian, Silvia

CURSO ACADÉMICO: 2021/2022



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



Facultad de Administración y Dirección de Empresas

Grado en Gestión y Administración Pública

# Estudio Delphi, el Sistema Nacional de Salud en el futuro tras el COVID-19

**Autor: Elena Carreres Gómez**

Tutores: David Vivas Consuelo y Silvia González de Julián

Septiembre, 2022

*A mis tutores,  
por su acompañamiento y apoyo.*

*A mis padres,  
por su infinita paciencia.*

## GLOSARIO

AAPP	Administraciones Públicas
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
ASGECO	Asociación General de Consumidores
BD-PP-SNS	Base de Datos de Población Protegida en el Sistema Nacional de Salud
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
CCAA	Comunidades Autónomas
CE	Constitución Española
CEACCU	Confederación Española de Asociaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios
CECU	Confederación de Consumidores y Usuarios
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales
CEPYME	Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa
CGCOEE	Consejo General de Colegios de Enfermería
CGCOM	Consejo General de Colegios Médicos
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CPP	Colaboración Público Privada
EGSP	Estadística del Gasto del Sector Público
EPA	Encuesta de Población Activa
FACME	Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España
FACUA	Consumidores en Acción
FEP	Foro Español de Pacientes
FUCI	Federación de Usuarios y Consumidores Independientes
IESE	Instituto de Estudios Superiores de la Empresa
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LGS	Ley General del Sanidad
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
OCU	Organización de Consumidores y Usuarios
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SCS	Sistema de Cuentas de Salud
SEDISA	Sociedad Española de Directivos de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
RAE	Real Academia Española
RRHH	Recursos Humanos
UCE	Unificación Comunista de España
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
INDICE DE TABLAS .....	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	8
1. Resumen.....	9
2. Introducción .....	10
2.1 Objetivo del Trabajo de Fin de Grado .....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
2.3 Asignaturas relacionadas .....	10
2.4 Estructura del TFG .....	10
3. Metodología .....	10
4. Sistema Nacional de Salud .....	13
4.1 Introducción .....	13
4.2 La población y su evolución demográfica .....	16
4.2.1 Población protegida por el Sistema Nacional de Salud.....	17
4.3 Estado de Salud .....	18
4.3.1 Bienestar .....	18
4.3.2 Mortalidad.....	19
4.4 Determinantes Sociales de la Salud .....	22
4.4.1 Determinantes socioeconómicos y estilos de vida .....	24
4.5 Áreas del Sistema Sanitario Español .....	26
4.6 Financiación y gasto sanitario .....	33
4.6.1 Evolución del Gasto Sanitario en España .....	34
4.7 Sistemas Sanitarios Europeos .....	36
5. Impacto en el sistema de salud de la pandemia por COVID-19.....	38
5.1 Contexto.....	38
5.2 Capacidad diagnóstica.....	40
5.3 Capacidad asistencial y ocupación hospitalaria .....	41
5.4 Atención Primaria en Covid-19 .....	42
5.5 Impacto de la Covid-19 en el sistema sanitario .....	43
5.6 Vacuna.....	45
6. Resultados cuestionario Delphi piloto .....	46
6.1 Financiación.....	46
6.2 Salud pública y planificación sanitaria .....	50

6.3 Regulación de la oferta y la demanda .....	52
6.4 Gestión de centros sanitarios.....	56
6.5 Farmacia .....	59
6.6 Gestión de Recursos Humanos .....	60
7. Conclusiones.....	63
8. Bibliografía .....	64
ANEXO 1. ODS Y TFG .....	69
ANEXO 2. Cuestionario y resultados .....	71

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Método Delphi .....	13
Figura 2: Competencias de las AAPP en materia sanitaria.....	15
Figura 3: Niveles asistenciales.....	15
Figura 4: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud .....	24
Figura 5: Sistemas de Salud Europeos.....	38
Figura 6: Estrategia de vacunación Covid-19 .....	45

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Evolución de la población mayor en España, 1949-2050.....	17
Tabla 2: Hospitalización según grupos de edad, 2020. (% de población desde los 15 años).....	28
Tabla 3: Gasto Sanitario total en millones de euros. Evolución 2015 - 2019.....	34
Tabla 4: Porcentaje sobre el PIB del gasto sanitario en España (2015-2019).....	34
Tabla 5: Gasto sanitario público según clasificación funcional en millones de euros. España 2016 - 2020.....	35
Tabla 6: Gasto sanitario público, gestionado por las CCAA .....	47
Tabla 7: Respuestas del Fondo de Cohesión .....	49
Tabla 8: Respuestas de la incorporación de las nuevas prestaciones.....	54
Tabla 9: Respuestas de las preguntas referidas a los tiempos de espera.....	58



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Fallecidos por Comunidades Autónomas por enfermedades crónicas respiratorias en hombres. España, 2019 .....	21
Gráfico 2: Fallecidos por Comunidades Autónomas por enfermedades crónicas respiratorias en mujeres. España, 2019 .....	21
Gráfico 3: Tasa de mortalidad ajustada por edad por neumonía e influenza por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2001-2019 .....	22
Gráfico 4: Consulta médico de familia según grupo de edad, 2020. (%) .....	27
Gráfico 5: Evolución del número de profesionales de medicina en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España 2010-2019 .....	29
Gráfico 6: Evolución del número de profesionales de enfermería en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España, 2010-2019 .....	30
Gráfico 7: Evolución del número de médicos en labores asistenciales en el SNS. España, 2010-2019.....	31
Gráfico 8: Gasto sanitario público y gasto sanitario privado. España, 2015 - 2019.....	35
Gráfico 9: Gasto sanitario en función de atención de la salud en millones de euros y porcentaje. España, 2019. ....	36
Gráfico 10: Evolución de la tasa de positivos por 1.000 habitantes provincialmente. España, marzo 2020 - septiembre 2021 .....	41
Gráfico 11: Las UCI en España: camas ocupadas por pacientes Covid-19, contagiados de Covid-19 con otras patologías y otros pacientes.....	42
Gráfico 12: Seguridad Social copartícipe de la financiación gratuita en recetas de pensionistas .....	48
Gráfico 13: Sustitución del Fondo de Cohesión por un sistema de facturación entre CCAA.....	48
Gráfico 14: Vinculación de la financiación hospitalaria con resultados en calidad y eficiencia .	50
Gráfico 15: Identificación de problemas de salud a causa de la inmigración .....	51
Gráfico 16: Los planes de salud incluirán actividades para su control.....	51
Gráfico 17: Delegación de competencias en materia de Sanidad Exterior .....	52
Gráfico 18: Nuevas prestaciones determinadas por una Agencia de Evaluación de Tecnologías médicas .....	53
Gráfico 19: Elección del centro hospitalario según el tiempo de espera.....	55
Gráfico 20: Otorgar concesiones administrativas en las atenciones sanitarias en primaria y especializada a cambio de un pago capitativo .....	58
Gráfico 21: Mayor margen en los genéricos a las farmacéuticas .....	60
Gráfico 22: Nuevo modelo de relaciones laborales .....	61
Gráfico 23: No obligación de estar colegiado .....	62

## 1. Resumen

La pandemia del Covid-19 que hemos sufrido a nivel internacional, nos ha dejado grandes consecuencias al descubierto, arrastrándonos a una crisis sanitaria sin precedentes. Las brechas en ámbitos políticos, sanitarios, económicos y socioculturales se han hecho visibles y evidentes.

El principal objetivo del presente trabajo es investigar, analizar y valorar la posición existente en la sanidad española, y qué sucederá a partir de ahora, mostrando las consecuencias negativas que nos ha dejado la pandemia del Covid-19, en todos los aspectos fundamentales para una buena salud del bienestar, al mismo tiempo que se analizará la necesidad que tiene nuestro SNS de realizar algunos cambios en su organización, prestación de servicios, financiación, y algunos más que se verán a lo largo del trabajo, haciendo énfasis en un antes y un después de la crisis sanitaria, y estudiando los factores que atañen al sistema de atención sanitaria.

Para ello, por un lado, se investigan y contrastan todo tipo de informes, investigaciones y publicaciones con búsquedas bibliográficas, y, por otro lado, la realización de un cuestionario Delphi piloto, donde han participado 8 profesionales en el campo de la sanidad, para obtener unos resultados fiables y verificados. En el trabajo se explica de manera detallada la información recogida, y con la ayuda de las tablas, figuras y gráficos que se han adjuntado, nos ayudará a entender de una forma más visual el desenlace de la información recogida en el trabajo.

La conclusión que se puede extraer de este trabajo es que el SNS precisa reformas para adaptarse a un nuevo contexto tecnológico, social y epidemiológico donde coexisten la necesidad de atender a pacientes crónicos pluripatológicos y los efectos de la reciente pandemia por patógenos infecciosos que todavía no se ha resuelto y puede perdurar en el tiempo.

Las medidas concretas propuestas estarán disponibles cuando finalice el estudio Delphi.

**Palabras clave:** Sistema Sanitario Español; Covid-19; Estudio Delphi; pandemia

## 2. Introducción

### 2.1 Objetivo del Trabajo de Fin de Grado

El objetivo de este trabajo es analizar las deficiencias que han quedado al descubierto mediante la consulta a un grupo de expertos a través de un cuestionario, estudiar las distintas áreas del sistema sanitario más afectadas dentro del ámbito de la sanidad pública, la financiación y el gasto sanitario, y así poder proponer cambios tras un análisis exhaustivo de los resultados, que sean efectivos a corto-medio plazo, y que en un futuro próximo la sanidad pública sea más efectiva y resolutive ante las deficiencias detectadas.

### 2.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se plantean alcanzar en el trabajo son:

- Definir las áreas de salud más importantes
- Identificar los principales problemas en el Sistema Sanitario Público Español
- Comparar el sistema sanitario español con otros países de Europa
- Proponer cambios de mejora al Sistema Sanitario

### 2.3 Asignaturas relacionadas

Las asignaturas en las que me he basado para redactar mi Trabajo de Fin de Grado son:

- Control de costes en los sistemas de salud y servicios sociales públicos, la cual me ha ayudado para identificar el sistema sanitario español, y los diferentes sistemas alrededor del mundo.
- Estadística Aplicada a la Administración Pública, la cual me ha servido para realizar análisis sobre el cuestionario enviado a los profesionales, así como entender de mejor forma las estadísticas presentadas por las diferentes fuentes.
- Gestión financiera, la cual me ha ayudado a entender mejor la situación financiera del Sistema Sanitario Público Español.

### 2.4 Estructura del TFG

El desarrollo del trabajo, aparte de la introducción, tendrá un apartado con la metodología utilizada para realizar el Trabajo de Fin de Grado (TFG), continuando con una extensa explicación del Sistema Sanitario Español, incluyendo también diferentes sistemas sanitarios. Posteriormente, incluimos el apartado del Covid-19, en el cual se desarrollan varios puntos importantes. Este TFG contiene el primer cuestionario que se les envía al Comité científico. Y finalizar con las conclusiones.

## 3. Metodología

El Delphi (Varela Ruíz, V., Díaz-Bravo, L. y García-Durán, R., 2012) es una técnica de consenso que permite obtener unos estimadores cuantitativos, definiendo entre los participantes en función del tema, el nivel de acuerdo. La técnica Delphi es fácil de aplicar ya que los participantes solo deben responder un cuestionario que se les puede hacer llegar por correo electrónico, utilizando técnicas informáticas y se realizan diferentes rondas de priorización de los ítems a valorar.

Esta técnica de consenso proporcionará una forma de identificar y medir el grado de incertidumbre existente en el entorno de los servicios sanitarios y las ciencias de la salud.

La técnica Delphi tiene especial utilidad cuando se trabaja con elementos altamente subjetivos sobre los que resulta difícil determinar su valor intrínseco.

Facilita lograr el consenso entre puntos de vista dispares sobre unos mismos elementos.

El proyecto se desarrolla en tres fases:

1ª Fase: El Comité coordinador del proyecto Delphi con el asesoramiento del Comité científico, mediante la técnica de grupo nominal, y sobre la base de diversos estudios disponibles configurará un cuestionario para tratar de identificar las tendencias más probables que tomará nuestro Sistema Nacional de Salud en los próximos 20 años. Los miembros del grupo coordinador han sido seleccionados teniendo en cuenta aspectos como:

- Composición multidisciplinar del grupo
- Experiencia reconocida
- Años de ejercicio profesional

Configuran el Comité coordinador del proyecto Delphi:

- Francisco Reyes Santías. Presidente
- Silvia Gonzalez de Julian. Secretaria
- David Vivas Consuelo. Vocal
- María Codesido López. Vocal
- Isabel Barrachina Martínez. Vocal
- Flavio López López. Vocal
- Elena Carreres Gómez. Secretaria Técnica

Los componentes del Comité científico son:

1. Pilar Botija Yagüe. Directora médica de atención primaria
2. Manuel Escolano. Farmacéutico
3. Francisco Dolz. Director Gerente Hospital Dr. Peset
4. Pablo Lázaro y de Mercado. Especialista evaluación en tecnología médica
5. José Ramón González Juanatey. Catedrático de Cardiología
6. Julio Marco. Economista
7. Ruth Uso Talamantes. Especialista en salud pública
8. Jose Luis Trillo Mata. Farmacéutico
9. Alexander Zlotnik. Especialista en tecnología TICs

2ª Fase: El cuestionario diseñado se remitirá a un grupo Delphi de expertos solicitando su opinión, mediante puntuación de 1 a 5, sobre la probabilidad de cumplimiento de los escenarios propuestos. El cuestionario se remitirá por correo electrónico en dos rondas a aquellos expertos que hayan aceptado participar en el grupo Delphi.

Para la configuración del panel Delphi de expertos, han sido invitados a participar las siguientes organizaciones de consumidores, profesionales, pacientes, empresas, trabajadores y Administraciones:

- a) Organizaciones de consumidores: OCU, FACUA, UCE, CEACCU, FUCI, CECU, ASGECO
- b) Organizaciones de profesionales: CGCOM (Consejo General de Colegios Médicos), CGCOEE (Consejo General de Colegios de Enfermería), SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud), Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME)
- c) Organizaciones de pacientes: Foro Español de Pacientes
- d) Organizaciones de empresarios: CEOE, CEPYME, FENIN, Consejo de Cámaras de Comercio, UNESPA, AMAT, Federación Nacional de Clínicas Privadas.
- e) Organizaciones de Trabajadores: CC.OO., UGT, CNT.
- f) Administraciones: Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Trabajo, Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), Federación Española de Municipios y Provincias.

A todos los anteriores se les va a dar la opción de realizar entre 2 y 3 propuestas de personas que a su juicio reunieran el perfil de experiencia profesional, interés por el futuro del sistema nacional de salud y opiniones fundadas.

Los criterios propuestos para la valoración del grado de acuerdo entre los participantes son los siguientes:

- A) *unanimidad*: 100% de acuerdo sobre el carácter muy de acuerdo/de acuerdo (puntuaciones entre 4 y 5) o muy en desacuerdo/en desacuerdo (puntuaciones entre 1 y 2).
- B) *consenso amplio*: más del 80% de coincidencias en las puntuaciones 4-5 ó 1-2.
- C) *mayoría suficiente*: más de 2/3 de coincidencias, sin superar el 80%, en las puntuaciones 4-5 ó 1-2.
- D) *acuerdo insuficiente*: las coincidencias no superan los 2/3 de los participantes.

Se calculará un indicador global de acuerdo para cada pregunta mediante la suma de todas las que hayan obtenido más de 2/3 de apoyos entre los participantes.

Para la representación gráfica de los datos se optará por utilizar diagramas de cajas en los que se sintetizan tres tipos de medidas:

- a) el valor de la puntuación mediana (línea transversal dentro de la caja)
- b) el agrupamiento del 50% central de las puntuaciones (caja coloreada)
- c) la dispersión de las puntuaciones una vez eliminados los valores extremos (segmento vertical).

Figura 1: Método Delphi



Fuente: Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud

### Elaboración del cuestionario

El Comité coordinador del proyecto Delphi, ha elaborado un primer cuestionario.

Se eligieron 8 áreas del sistema sanitario: Financiación y gasto sanitario, Salud pública, Organización y estructura del sistema sanitario, Farmacia, Digitalización, Innovación y tecnología, Medicina privada, Recursos humanos y Participación del paciente.

Por otro lado, para obtener la información necesaria para su elaboración se utilizaron fuentes secundarias como informes, estudios, prensa, etc.

El cuestionario piloto se implementó utilizando la herramienta digital “**Google Forms**®” y se remitió un enlace a un grupo de expertos piloto obteniéndose 8 respuestas.

## 4. Sistema Nacional de Salud

En esta sección se describe los puntos fundamentales del Sistema Nacional de Salud, siendo estos la población y su evolución demográfica, el estado de Salud y Bienestar, la Esperanza de vida y vida saludable, la mortalidad, enfermedades importantes como las respiratorias y las cardiovasculares, determinantes sociales, socioeconómicos y estilos de vida, las áreas del SNS, y la financiación y gasto sanitario.

### 4.1 Introducción

La Constitución Española de 1978, en el artículo 43, establece el derecho a la protección de la salud y a que todos los ciudadanos sean atendidos. En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 3.2 indica que “*La asistencia sanitaria pública se*

*extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”.*

Para que este derecho pueda suceder, se especifican unos principios y criterios:

- Financiación pública, universal y gratuita.
- En las comunidades autónomas descentralizar la política de la sanidad.
- Derechos y obligaciones, tanto para ciudadanos como para los poderes públicos.
- Procurar una atención de alta calidad, evaluándola y controlándola.

Actualmente, el sistema sanitario se gestiona a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual se estructura como un conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y los de las Comunidades Autónomas, donde se constituyen las funciones y prestaciones sanitarias que son competencia de los poderes públicos.

Las competencias que tiene el Estado respecto a la sanidad son:

- En cuanto a la Sanidad Exterior, la inevitable colaboración entre la Administración del Estado, la cual está recogida en la Ley General de Sanidad (LGS).
- En materia de la legislación sobre productos farmacéuticos, la Ley del Medicamento la ampara como una competencia que es exclusiva del Estado, siendo jurisdicción de las Comunidades Autónomas la ejecución de la legislación.
- Respecto a las Bases de Salud y la Coordinación de la Sanidad, son facultad del Estado, donde se deben consolidar las normas que establezcan las condiciones y requisitos, los cuales quieren conseguir que el funcionamiento de los servicios públicos sea igualitario para todos los ciudadanos.
- También a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) se ampara la gestión de la sanidad con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Respecto a las competencias de las Comunidades Autónomas (CCAA), cada una de ellas cuenta con un Servicio de Salud, el cual se encarga de la organización, gestión y administración. La responsabilidad de las CCAA garantiza: equidad, calidad y participación.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) es el órgano que coordina, comunica, obtiene información y hace posible que haya una cooperación entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas respecto a los Servicios de Salud. Su finalidad es impulsar la cohesión del SNS, en cuanto a que los derechos de todos los ciudadanos sean una garantía efectiva y equitativa. En la Figura 2, observamos las competencias de las Administraciones Públicas (AAPP).

Figura 2: Competencias de las AAPP en materia sanitaria

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	Bases y coordinación de la sanidad
		Sanidad exterior
		Política del medicamento
	COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Gestión de INGESA
		Planificación Sanitaria
		Salud Pública
		Gestión de Servicios de Salud
CORPORACIONES LOCALES		Salubridad
		Colaboración en la gestión de los Servicios Públicos

Fuente: Reparto de competencias según la CE de 1978; Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS

La Organización Mundial de la Salud indica que los principios fundamentales del Sistema Sanitario son: Universalidad, Atención integrada, Equidad, Eficiencia, Funcionalidad, Participación comunitaria de la población e Intersectorialidad.

Es por ello por lo que el Sistema Nacional de Salud, en cuanto a la Atención integrada, se divide en dos niveles asistenciales: la atención primaria y la atención especializada.

La Atención Primaria habilita unos servicios básicos para toda la población española. El dispositivo principal de esta atención son los centros de salud, en el cual trabajan equipos multidisciplinares. A este nivel se le caracteriza por tener una gran accesibilidad y por la capacidad de resolución técnica. Además, se encarga de las responsabilidades de promover la prevención en la salud.

En cambio, la Atención Especializada es el segundo nivel, el cual se realiza en centros de especialidades y hospitales, debido a que cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste que se hallan dentro del sistema. Sin embargo, no se puede acceder a este nivel de atención, sin haber pasado previamente por la atención primaria. Tras que el paciente haya sido asistido, todo lo relacionado con el mismo vuelve a la Atención Primaria, quien realiza un diagnóstico global.

En la Figura 3, se pueden visualizar gráficamente las diferencias entre ambos niveles asistenciales.

Figura 3: Niveles asistenciales

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
CARACTERÍSTICAS	Accesibilidad	Complejidad técnica
ACTIVIDADES	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
ACCESO	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
DISPOSITIVO ASISTENCIAL	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
RÉGIMEN DE ATENCIÓN	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Sistema Nacional de Salud



## 4.2 La población y su evolución demográfica

El SNS tiene un reto importante respecto a los cambios demográficos de la población que está experimentando nuestro país.

A diferencia de los países de la Unión Europea (UE), España está padeciendo demográficamente un mayor envejecimiento de la población. El pronóstico nos indica que para el 2050 habrá 16 millones de población mayor de 65 años, esto supone un 30% de la población total<sup>1</sup>.

Es evidente que en un futuro próximo la demanda de profesionales sanitarios para el cuidado de las personas mayores de 80 años, los cuales tienen una necesidad de dependencia y vulnerabilidad, debido a que las familias no pueden atender estas situaciones, en ocasiones por su larga duración, por trabajo, etc. Debemos de reflexionar ante este envejecimiento y realizar análisis para que desde cualquier ámbito puedan dar ideas, sugerencias, propuestas, para este problema ya tan visible<sup>2</sup>.

“España tiene una situación y perspectivas negativas por delante, ya que la población mayor de 65 años representa actualmente el 16,9% de la población total, proporción que aumentará paulatinamente hasta llegar al 36,8% en el 2049, el 18,2% serán mayores de 75 años, y el 11,8% serán mayores de 80 años, lo que significa que uno de cada tres mayores tendrá más de 80 años. De hecho, ocupa el quinto lugar entre los países con un índice de dependencia de mayores más alto tras Japón, Macao, Corea del Sur e Italia, los más envejecidos del mundo”(Díaz J., 1998,pp.451-63).<sup>3</sup>

Todos los datos expuestos sobre el envejecimiento hacen replantearse que no es un reto para la sociedad o sanidad, es un problema para afrontar por todos.

---

<sup>1</sup> INE. Proyección de la población a largo plazo 2009-2049. Publicada el 28/01/2010, consultable en INEBASE. (Consultado febrero 2011) Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p270/2009-2049&file=pcaxis>

<sup>2</sup> Pérez Díaz J. La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. En Staab AS y Hodges LC.Hodges editores. En: Enfermería Gerontológica. México D.F: McGraw Hill; 1998, pp. 451-63.

<sup>3</sup> World Population Prospects de Naciones Unidas the 2008. Revision. (Consultado abril de 2011). Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm>

Tabla 1: Evolución de la población mayor en España, 1949-2050

Años*	Total España	65 y más		75 y más		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	264.023	1,4	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	292.062	1,5	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	329.196	1,5	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	411.330	1,7	177.113	0,7
1940	25.877.971	1.690.388	6,5	512.902	2,0	222.498	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	629.186	2,2	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	815.433	2,7	368.975	1,2
1970	34.040.657	3.290.673	9,7	1.109.128	3,3	523.656	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	1.577.311	4,2	725.131	1,9
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.663.040	4,0
2005	44.108.530	7.332.267	16,6	5.429.048	12,3	1.903.219	4,3
2010	46.017.560	7.742.903	16,8	3.942.861	8,6	2.236.565	4,9
2020	47.037.942	9.062.634	19,3	4.444.087	9,4	2.755.945	5,9
2030	47.559.208	11.192.700	23,5	5.440.808	11,4	3.338.953	7,0
2040	47.932.948	13.766.839	28,7	7.101.429	14,8	4.366.021	9,1
2050	47.966.653	15.325.273	31,9	8.729.934	18,2	5.644.340	11,8

*Fuente:* De 1900 a 2005 los datos son reales; de 2009 a 2049 se trata de proyecciones a largo plazo publicados el 28 de enero de 2010; la población de 2001 al 2005 procede del padrón.  
INE: Censos de Población, 2006.  
INE: INEBASE: Revisión del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2005. INE, 2006.  
INE: INEBASE: Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de 2001 escenarios IINE, 2006.

*Fuente: Scielo. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Gerokomos. 2012, vol.23, n.4*

La población aumentó en 424.587 personas entre 2019 y 2020, lo que representa un incremento del 0,9%. Entre 2020 y 2021, la población disminuyó en 65.688 personas, una disminución relativa del 0,1%. Entre 2012 y 2016, hubo una disminución en la población, con una disparidad entre sexos, una disminución más leve y breve en el número de mujeres observadas. Desde 2016, la disparidad de género permanece constante.

#### 4.2.1 Población protegida por el Sistema Nacional de Salud

Toda la población española, y aquella población extranjera que esté establecida en la nación española, goza del derecho a la protección de la salud y a ser atendida. Así como también tienen el acceso al Sistema Sanitario en completas condiciones de igualdad y universalidad, ya que es un derecho fundamental que tiene todo ciudadano.

El Sistema Nacional de Salud dispone de una base de datos en la cual se haya toda la información de las personas que se encuentran protegidas a cargo de los fondos públicos. Se denomina la Base de Datos de Población Protegida, la cual está dirigida por el Ministerio de Sanidad con colaboración en las Comunidades Autónomas y las mutualidades de la administración.

En esta base de datos se informa que, a día 30 de junio de 2021, se reconocen 46.815.994 personas. De las cuales, todas tienen el Código de Identificación Personal que es único y facilita al mismo tiempo su rápida identificación unívoca y homogénea.

Hay dos colectivos que habían optado por decantarse hacia el sector privado, se hayan actualmente en proceso de integración a esta base de datos. Estos dos colectivos son los mutualistas del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y

la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), con ambos incorporados en la BD-PP-SNS, hay un ascenso de 602.138 personas en 2020.

Un 3,5% de la población se decanta en cuanto al sistema sanitario por empresas privadas, concertadas por las mutualidades de funcionarios, y el 96,5% esta atendida por el Sistema Sanitario Público Español.

Asimismo, contando con ambos colectivos, los ciudadanos la cual su asistencia sanitaria se financie mediante fondos públicos en España ascienden a 47.418.132 personas, cifra que corresponde con la de la población total oficial.

### 4.3 Estado de Salud

Cuando nos referimos al termino “Salud”, se trata de “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

#### 4.3.1 Bienestar

El bienestar se trata de poder asegurar una vida saludable, y fomentar el mismo a toda la ciudadanía sin discriminación de edades. Es por lo mismo que en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la Agenda 2030 para la mejora del Desarrollo Sostenible, asigna su tercer objetivo de Desarrollo Sostenible a la salud y al bienestar.

En este apartado se ofrece una visión en su totalidad del bienestar de la población, presentando indicadores de esperanza de vida, los años de vida saludables, el estado de salud auto percibido, la captación del apoyo social, y para finalizar, la calidad de vida infantil.

#### Esperanza de vida

La esperanza de vida es un indicador que se extrae desde el cálculo demográfico sobre la edad media que pueden alcanzar los individuos de una población concreta. Debido a que la población es cada vez más longeva, es una característica de las sociedades que ya están desarrolladas.

La esperanza de vida la puedes dividir en 2 grandes apartados:

- La esperanza de vida al nacer, que en el año 2019 en España se sitúa en 83,6 años en general, en hombres en unos 80,9 y en mujeres unos 86,6. Observándose, por lo tanto, que las mujeres al nacer tienen una esperanza de vida 5,9 años mayor que los hombres.
- Esperanza de vida a los 65 años, la cual en España es de 21,9 años, 23,8 en mujeres y 19,7 años en hombres. Entre los años 2007 y 2019, se pudo contemplar que la EV65 percibe una tendencia positiva, debido al crecimiento en territorio español.

#### Años de vida saludables

El indicador de la esperanza de vida también es útil para que se pueda percibir la calidad de vida que tiene cada habitante. Los años de vida saludables facilitan una información respecto a la calidad de vida de los ciudadanos en un futuro de años de

vida. Asimismo, se aprecia que la condición de buena salud conlleva el no tener ninguna limitación funcional o enfermedad.

La calidad de vida de las personas se reduce cuando se encuentran ante enfermedades crónicas, problemas mentales y una discapacidad física, asimismo como de las personas que dependen. A pesar de ser un indicador que se utiliza continuamente, se ha querido reflejar la importancia de este grupo de personas con tales dificultades.

### Salud auto percibida

En España, el 75,5% de los ciudadanos perciben que la salud que tienen es buena o muy buena. Haciendo hincapié en que los hombres perciben que tienen mejor salud que las mujeres: el 79,3% y 71,9% cada uno respectivamente. El rango de edad en el cual destaca más por el positivismo hacia su estado de salud es de 25 a 34 años, con un porcentaje del 92,3, disminuyendo así progresivamente con el aumento de edad.

### 4.3.2 Mortalidad

La información sobre mortalidad se utiliza con gran frecuencia para estimar el estado de salud de una población, para así a través de estas cifras, poder realizar una comparación tanto temporal como geográfica.

Los registros que recogen estos datos se realizan con mucha minuciosidad, así como son muy objetivos, ambas cosas hacen que los indicadores de mortalidad<sup>4</sup> sean de mucha ayuda para poder monitorizar los problemas de salud que padece una población y determinar cuáles son las prioridades en el ámbito sanitario.

La información de este apartado se va a centrar en la mortalidad en general y también en cuatro grupos de enfermedades importantes: enfermedades respiratorias, cardiovasculares y los tumores malignos.

### Mortalidad general

En 2020 hubo en España 493.776 fallecimientos, correspondiendo 249.664 a hombres y 244.112 a mujeres. Indicando estos datos una tasa de mortalidad bruta de 1.039,9 defunciones por cada 100.000 habitantes, 1.071,7 en hombres y 1.009,3<sup>5</sup> en mujeres.

En 2020 se produjo un aumento debido a la pandemia del Covid-19, ya que en 2019 se produjeron 418.703 muertes, siendo 206.020 en mujeres y 212.683 en hombres y una tasa bruta de mortalidad de 888,9 fallecimientos por cada 100.000. En ambos años se puede observar que la cifra de fallecidos es mayor en los hombres que en las mujeres.

En 2019 la tasa de mortalidad ajustada que se puede observar por edad es de 423,8 defunciones por cada 100.000 habitantes, 548,5 en hombres y 320,6 en mujeres.

---

<sup>4</sup> Ministerio de Sanidad. "Indicadores de Salud, 2020) [Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas, Informes y Recopilaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Mortalidad](#)

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Estadística. [Tasas de Mortalidad según sexo y edad hasta 100 años y más \(desde 1991\)\(14816\) \(ine.es\)](#)

Las tasas más elevadas geográficamente se encuentran en Ceuta y Melilla, y las más bajas en la Comunidad de Madrid, Navarra y Castilla y León.

Desde el año 2001 la mortalidad en general se mantiene en descenso, ya que ha disminuido un 29,3% entre los años 2001 y 2019, de 27% en mujeres y del 31,6% en hombres.

### **Enfermedades respiratorias**

En el año 2019 las enfermedades respiratorias han causado 47.681 defunciones, que en su totalidad es un 11,4% de las muertes registradas. Asimismo, esto supone una tasa bruta de 101,2 fallecimientos por 100.000 habitantes. A pesar de haber más enfermedades respiratorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la neumonía y gripe aproximadamente son por las que más gente muere.

#### **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

Esta enfermedad se trata de un conjunto de enfermedades pulmonares las cuales dificultan una correcta respiración y son progresivas en el tiempo. En España, esta enfermedad ha causado 13.808 fallecimientos, 9.907 en hombres y 3.901 en mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 29,3 por cada 100.000 habitantes. Se debe informar que por esta enfermedad son más afectados los hombres que las mujeres, siendo así que un 37,7% de las defunciones en hombres por enfermedades respiratorias son mayoritariamente por esta causa.

La tasa de mortalidad ajustada por edad ha sido del 13,0 por cada 100.000 habitantes. Respecto a las zonas más afectadas en España, estas son Murcia, Ceuta y Andalucía, y la más baja se encuentra en Melilla, la Comunidad de Madrid, La Rioja y Castilla y León.

Gráfico 1: Fallecidos por Comunidades Autónomas por enfermedades crónicas respiratorias en hombres. España, 2019

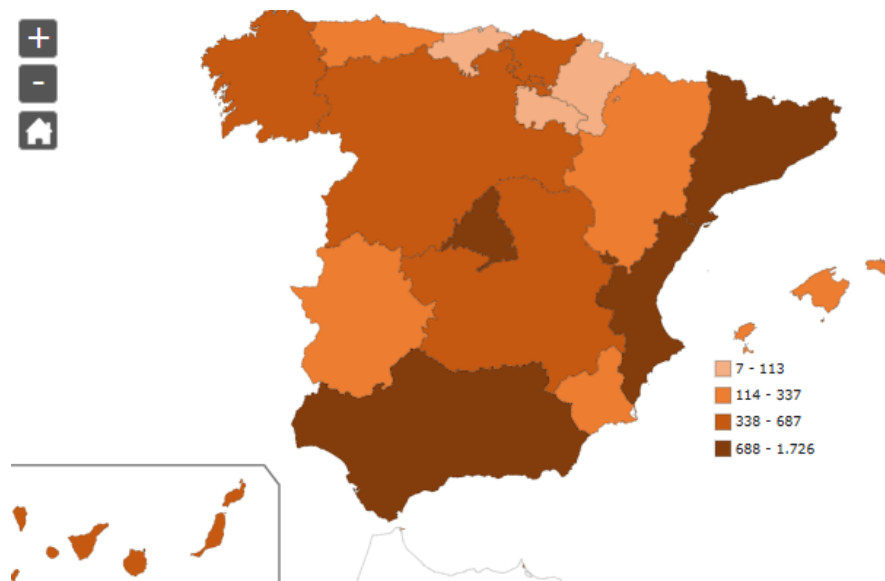
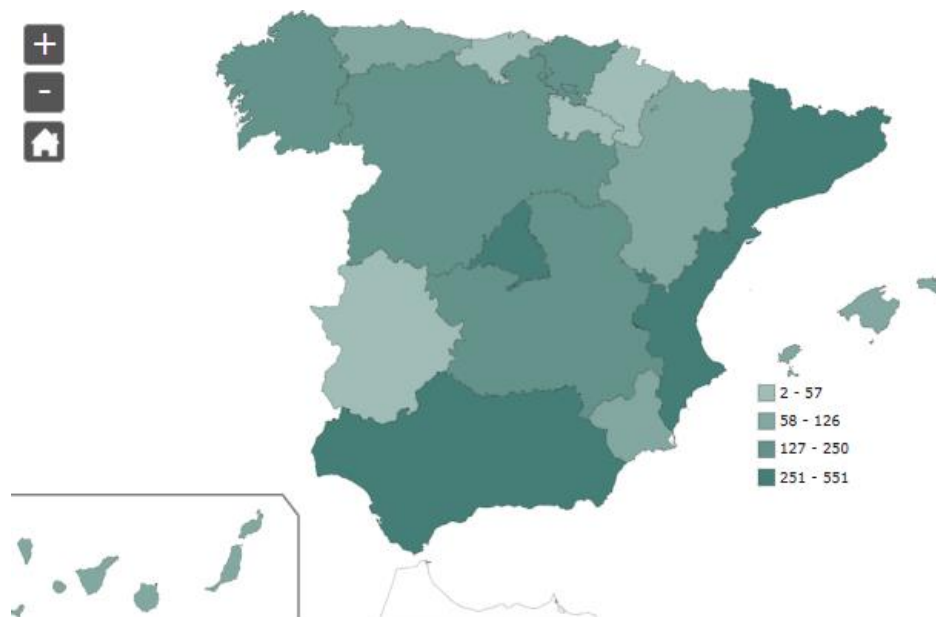


Gráfico 2: Fallecidos por Comunidades Autónomas por enfermedades crónicas respiratorias en mujeres. España, 2019



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica es superior en hombres que en mujeres, sin embargo, se observa que la mortalidad ha disminuido en ambos sexos desde el año 2001 al 2019 alrededor de un 43%. En la tasa de mortalidad ajustada también se puede observar un descenso de un 48,7% en hombres y un 33,2% en mujeres.

### Neumonía y gripe

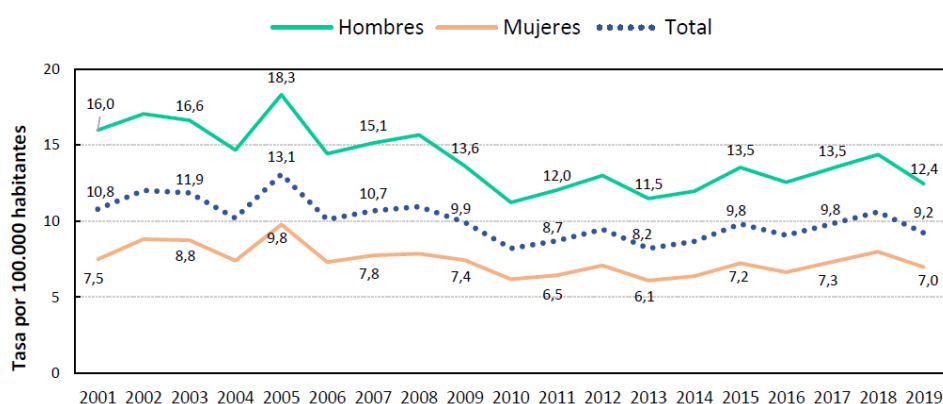
Cuando hablamos de neumonía, la misma se trata de una inflamación en los pulmones, que ha sido ocasionada por la infección de un virus o una bacteria. La gripe es una enfermedad común respiratoria causada por el virus de la gripe que

infecta la nariz, la garganta y en algunas ocasiones los pulmones. La gripe puede que se convierta en una enfermedad leve o grave, y en pocas ocasiones pero existen puede ocasionar un fallecimiento.

En 2019 hubo 10.843 fallecidos por neumonía y gripe, (5.326 en mujeres y 5.517 en hombres), indicando esto una tasa bruta de mortalidad de 23,0 por cada 100.000 habitantes.

La tasa de mortalidad ajustada por edad a causa de la neumonía y gripe ha sido del 9,2 por 100.000. Desde 2001 hasta 2019 la mortalidad por estas enfermedades ha descendido aproximadamente un 15%. Aunque en el año 2020, esta cifra se ha visto incrementada por el Covid-19.

Gráfico 3: Tasa de mortalidad ajustada por edad por neumonía e influenza por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2001-2019



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad.

## Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España en el año 2019, siendo así una cifra de 116.615 defunciones, de todas las muertes que han sido registradas supone un 27,9%, ocasionando una tasa bruta de mortalidad de 247,6 fallecimientos por 100.000 habitantes. Las enfermedades en las cuales nos vamos a centrar en este apartado, siendo aproximadamente la mitad de las defunciones que son causadas por la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular.

### Enfermedad isquémica del corazón

Se trata de una enfermedad cuya causa principal es la obstrucción de alguna arteria coronaria, la cual hace que se disminuya o se vea imposibilitado el paso de oxígeno al corazón, lo que hace que lo debilite.

## 4.4 Determinantes Sociales de la Salud

En los últimos años la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, sostiene que dónde se nace, se crece, se desarrolla la vida y se envejece, combinado con el entorno social y estilo de vida donde se mueve el individuo, es fundamental para determinar el estado de salud del individuo o grupos de población.

También producen enfermedades los determinantes ambientales, que a lo largo de una vida dejan huella, inhalación de humos, aunque sean micropartículas, el entorno urbano, el acceso a redes de agua y saneamiento, todo ello son factores que influyen con las enfermedades.

Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en 1974 enunció un modelo donde establece que la salud está supeditada a cuatro factores:

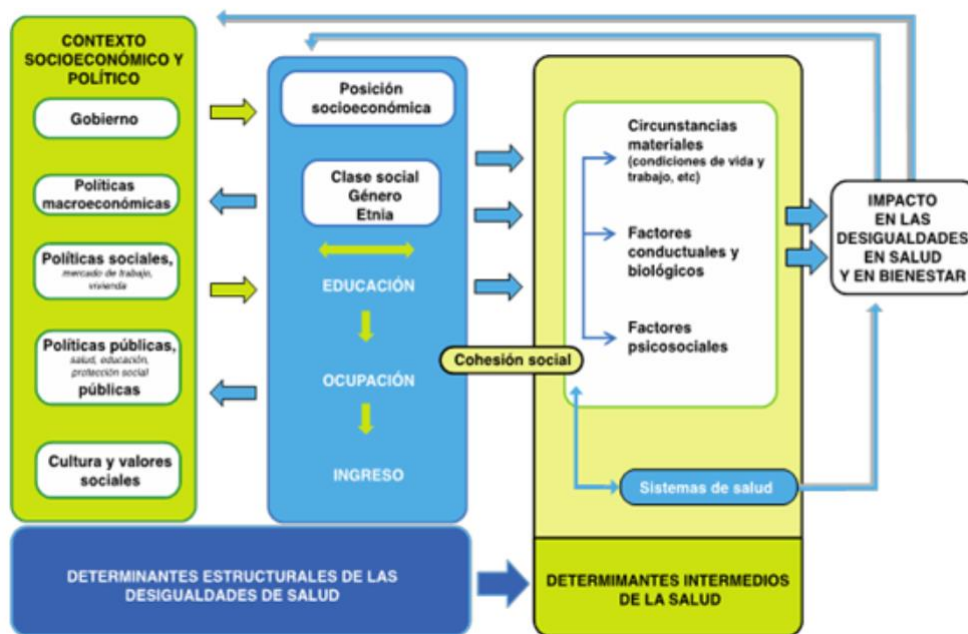
- El Medio Ambiente: que incluye tanto al medio ambiente natural como al entorno social.
- Los estilos y hábitos de vida: las conductas y hábitos de vida por decisiones personales o las inducidas por el entorno o grupos sociales, en el que se supeditan de una forma negativa en el estado de la salud.
- “El sistema sanitario: entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura, entre otros” (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020, 81-90).
- La biología humana: este factor depende de la genética y de las enfermedades hereditarias de la persona. Los avances en ingeniería genética abren muchas posibilidades positivas en la salud para prevenir enfermedades, pero crean desigualdades debido al elevado coste que ello conlleva.

Las desigualdades y diferencias entre comunidades, regiones, localidades y poblaciones tienen una repercusión significativa en la valoración del estado de salud de una persona, ya que en función de los factores citados anteriormente más condiciones y estilo de vida y el mismo sistema de salud marcan dicha configuración.

La figura 4, detalla el Modelo de Determinantes de la Salud que aconseja la OPS/OMS para su enfoque, mencionando dos determinantes importantes.



Figura 4: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: De La Guardia Gutiérrez, MA, Ruvalcaba Ledezma, JC, De La Guardia Gutiérrez, MA, & Ruvalcaba Ledezma, JC (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Diario de resultados negativos y no positivos, 5 (1), 81-90.

Los organismos encargados de vigilar por la salud de la población están poniendo el foco de atención en los determinantes sociales de la salud dejando un poco de lado los motivos que provocan una enfermedad. Están centralizando los estudios en comprobar y poder verificar la importancia de los factores y determinantes citados, ya que a la hora de prevenir enfermedades es esencial este dato, ya sea a personas, grupos de población, comunidades, etc.

#### 4.4.1 Determinantes socioeconómicos y estilos de vida

En los últimos años la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, sostiene que el estado de salud y desarrollo de la población en su mayoría está condicionado por el contexto socioeconómico, estilos de vida y político (OMS, 2009).

Los podemos dividir en dos grandes grupos:

1. Los que describen la posición socioeconómica de las personas, dando lugar a la creación de grupos sociales en función de la posición social, género, grupo étnico, la posibilidad de educación y empleo, marcando el grado de poder y acceso a recursos.
2. Los que, por vulnerabilidad y exposición, marcan la condición perjudicial para la salud, que podemos dividir en:
  - a. Lo material: condiciones de la vivienda, entorno social, recursos económicos para obtener alimentos, ropa, etc. y el entorno en el trabajo.
  - b. Psicosociales: circunstancias de vida, relaciones estresantes y de tensión.

- c. Biológico y de conducta: alimentación, deporte, consumo de alcohol, tabaco y drogas y los factores genéticos.
- d. La valoración de la salud en función del grupo o sector social.
- e. Los factores de riesgo por exposición y vulnerabilidad al sistema de salud, acceso a los servicios y programas para mediar en las enfermedades.

Para paliar la desigualdad social y conservar la salud de la ciudadanía, en los momentos de crisis, recesión, pandemias, las políticas establecidas en cada momento, para proteger a los grupos que se encuentran más vulnerables es un factor importante.

Las fases económicas que surgen a raíz de las crisis afectan al empobrecimiento de la salud de la población: la poca probabilidad de empleo, la bajada de la renta de las familias, influyen directamente.

Se puede observar que, en las crisis económicas, el efecto que tiene el incremento del desempleo en la población es bastante negativo. Bien sea a largo plazo que se ven claramente los aumentos de mortalidad y enfermedad general, que, a corto plazo, donde aparecen en la población enfermedades de salud mental, estrés, preocupación por el futuro llevando a las personas a crisis, depresión, ansiedad, etc. Sin embargo, en las sociedades que poseen un Estado de Bienestar asentado en la población, se puede observar que la no incertidumbre al desempleo o no ingresos de renta familiar, provoca menor estrés laboral, consumo de alcohol y tabaco, llegando a tener efectos positivos para la salud.

Cuando la renta en las familias sufre un descenso significativo, esto afecta en muchos factores de la población debido a que no se tienen tantos recursos monetarios para lograr cubrir gran parte de las necesidades básicas. Las familias que se enfrentan a una bajada de la renta empeoran en salud, por un cambio drástico en hábitos habituales. La alimentación suele ser uno de los primeros hábitos en los que suelen centrar el ahorro, pasando de los alimentos más saludables a alimentos procesados, debido a que los alimentos que son más saludables suelen tener un coste más elevado. También se ve empobrecida la higiene, la sociabilidad, ya que se deben preservar para el pago de la vivienda, la luz, el agua, entre otros gastos que son necesarios cubrir.

La educación que las personas reciben, tanto académicamente como familiarmente, también es relevante para la salud. La población con unos estudios básicos o inferiores se ve perjudicada, puesto que su nivel de conciencia sobre lo que es bueno o no para su salud no es el apropiado y, en ocasiones, su ámbito familiar y social evoca al desconocimiento. Sin embargo, la población con estudios y un entorno social apropiado saben que es mejor sustentarse de hábitos saludables, tener conocimientos de que el consumo de alcohol y tabaco son dañinos para la salud, así como también identificar que una buena alimentación y realizar ejercicio es beneficioso para uno mismo. La renta es lo que más influye en estos casos, porque cuando la renta no es alta eso impide realizar una buena inversión en educación, alimentación e información.

Podemos indicar que la causa de algunas enfermedades a diferentes estilos de vida, como lo pueden ser la mala alimentación, provocando así malos hábitos y obesidad,

el consumo de alcohol que es bastante perjudicial y el tabaquismo. Estas acciones en la mayoría de los casos diarias causan un precipitado empeoramiento de la salud de la población.

La OMS, en 1986 emite una definición del concepto estilo de vida: *“es el resultado de un conjunto de hábitos que nos permiten disfrutar de un equilibrio entre bienestar físico, mental y social”* (OMS, 1986).

Los tres componentes que según la OMS forman el conjunto de hábitos recomendables y muy importantes son:

- La salud física. Super importante llevar una dieta equilibrada y saludable combinada con ejercicio físico, para que nuestro organismo funcione bien y así prevenir enfermedades.
- La salud mental. Rodearse de grupos sociales, relaciones, trabajo, compañeros, etc. donde los pensamientos positivos y la autoestima sean pilar fundamental para el bienestar mental, dando lugar a la ausencia de estrés, ansiedad, cansancio, agotamiento.
- La salud social. El bienestar social y la calidad de vida, que incluyen tener una vivienda digna, un buen trabajo, una buena educación, ilusión por las cosas tanto materiales como sentimentales, etc.

La combinación de estos tres hábitos recomendables es la definición de estilo de vida saludable.

## 4.5 Áreas del Sistema Sanitario Español

### ATENCIÓN SANITARIA

Según el diccionario de la Real Academia Española la atención sanitaria se define como: *“Prestación preventiva, diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora que tiene por objeto promover, mantener o restablecer la salud de las personas”*<sup>6</sup>(RAE).

Para cumplir dicho objetivo donde el diagnóstico y la prevención es fundamental, el SNS ha dividido en tres niveles la atención sanitaria, siendo:

1. Atención primaria
2. Atención hospitalaria
3. Atención de urgencias

Todos los ciudadanos tienen derecho a la atención sanitaria. Con la atención primaria da lugar a ello, y garantiza la globalidad y continuidad toda la vida del ciudadano.

En él se enfoca la fomentación de la salud, mediante campañas, educación, la prevención, la detección, diagnóstico y seguimiento mediante tratamientos, es la parte principal de la atención primaria junto con la investigación de los niveles de salud in situ por población, tipos de vida, repetición en patologías, etc. que hace otra parte importantísima para el estudio y prevención de enfermedades.

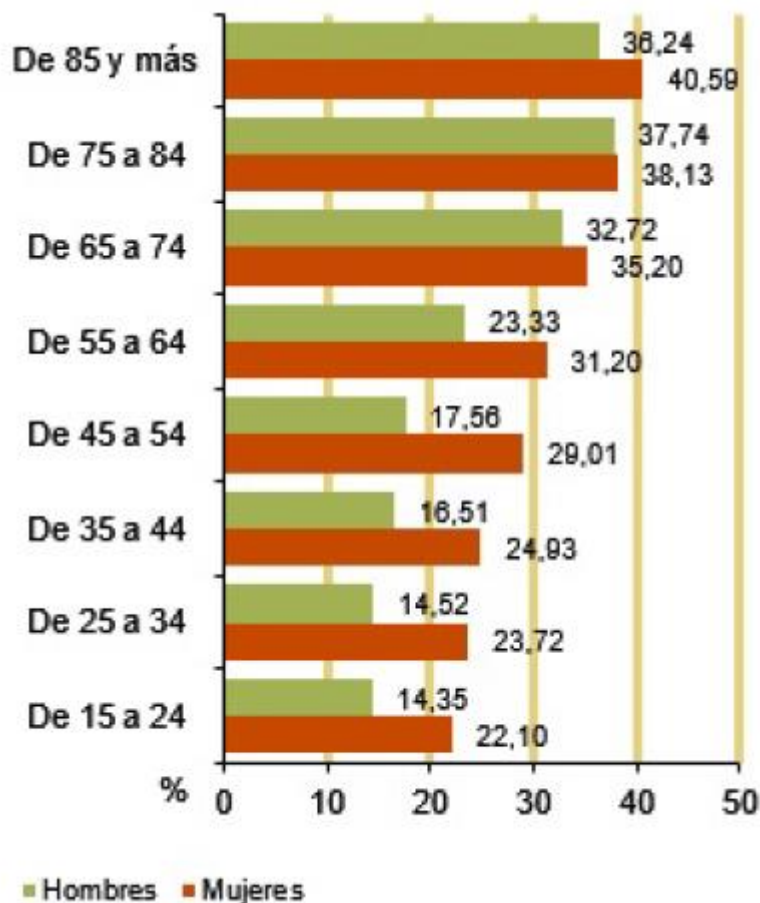
La suma de todos los servicios prestados y la coordinación entre todos los sectores garantiza la calidad y accesibilidad.

---

<sup>6</sup> Diccionario panhispánico del español jurídico. <https://dpej.rae.es/lema/atenci%C3%B3n-sanitaria>

En el gráfico 4<sup>7</sup>, se puede observar una variación en porcentajes respecto a las consultas que hay en los médicos de cabecera a partir de los 15 años hasta más de 85, respecto a qué rango de edad asiste más a la Atención Primaria.

Gráfico 4: Consulta médico de familia según grupo de edad, 2020. (%)



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España, 2020. INE-MSCBS

En la atención hospitalaria la base es la misma que la atención primaria, fomentación de la salud, prevención, diagnóstico y seguimiento de los pacientes que presentan enfermedades con necesidades específicas, y de profesionales especialistas con tratamientos y observaciones que aconsejan este ingreso.

Hay que tener en cuenta que un hospital es un centro preparado para el cuidado de los ciudadanos con problemas de salud. Hay tres niveles que van de menor a mayor complejidad, siendo el último nivel el de más alta tecnología y especialidades.

A continuación, en la tabla 2<sup>8</sup> observamos la hospitalización en 2020, diferenciando por grupos de edad, desde los 15 años, así como también se divide por sexos.

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadística  
[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926695829&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926695829&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadística  
[https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres\\_hombres/tablas\\_1/10/&file=d05003.px](https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d05003.px)

Tabla 2: Hospitalización según grupos de edad, 2020. (% de población desde los 15 años)

	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>7,6</b>	<b>8,3</b>
De 15 a 24 años	4,9	3,7
De 25 a 34 años	3,7	9,3
De 35 a 44 años	5,2	10,3
De 45 a 54 años	6,0	5,6
De 55 a 64 años	8,3	7,4
De 65 a 74 años	14,2	8,5
De 75 a 84 años	16,0	12,6
De 85 y más años	16,1	15,7

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España, 2020. INE-MSCBS

La atención en urgencias se entiende por aquella que por situación clínica o emergencia vital necesita una atención sanitaria en el momento, tanto en centros sanitarios, como en domicilio del enfermo o in situ donde se encuentre. La atención de urgencia es de 24 horas al día, colaborando médicos, enfermeras y otros profesionales.

#### RECURSOS HUMANOS (RRHH)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está creado para prestar los servicios sanitarios, promoción y prevención de la salud, requeridos por la ciudadanía.

Para garantizar esta atención, contar con los profesionales con la capacitación necesaria para cada momento, ocasión o situación, es imprescindible y, por ello, se les debe de apoyar. A su habilitación y formación hay que facilitar los recursos necesarios para su desarrollo y unas condiciones de trabajo efectivas y evolutivas.

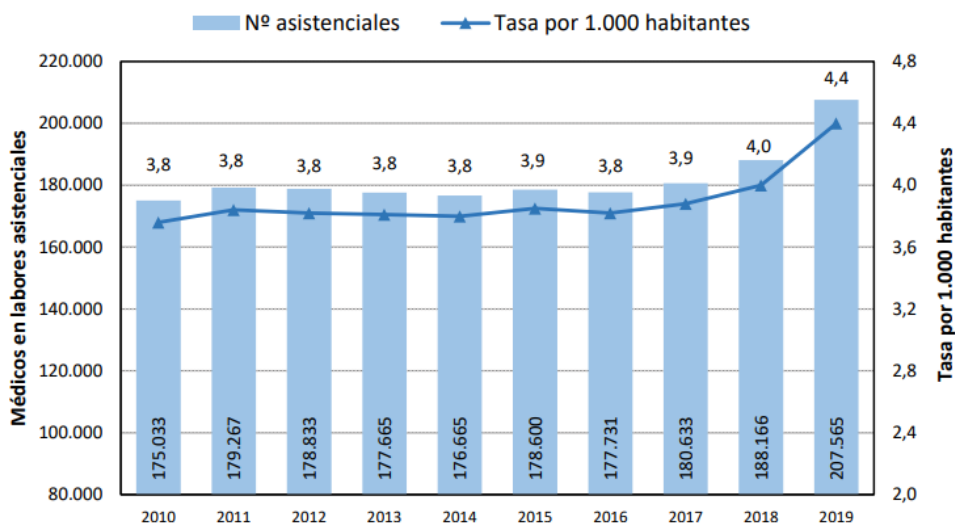
La adecuación de los recursos humanos para promocionar la calidad en la sanidad es primordial, combinada con eficientes sistemas de información, conocimientos a corto y largo plazo de las necesidades de los profesionales especialistas, y una formación continua.

“De acuerdo con la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el gráfico 5 se puede observar la evolución del número de profesionales de medicina que trabajan en labores asistenciales, tanto en el sector público como en el privado, es de 207.565, proporcionando una tasa de 4,4 profesionales por cada 1.000 habitantes en 2019, lo que ha supuesto un incremento con respecto a años previos, en los que se había mantenido en torno a 3,9”<sup>9</sup> (Aguilera, M., Calcerrada, N., Carbajo, P., De Bustos, M., Díaz, M.D., Estirado, A., Fernández, A., García, J.J., García, M.F., Pérez, G. y Toledo, D., 2020-2021, 10).

<sup>9</sup> Ministerio de Sanidad. Informe Recursos Humanos 2020-2021.

[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS20\\_21/Informe\\_RRHH\\_2020-21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS20_21/Informe_RRHH_2020-21.pdf)

Gráfico 5: Evolución del número de profesionales de medicina en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España 2010-2019



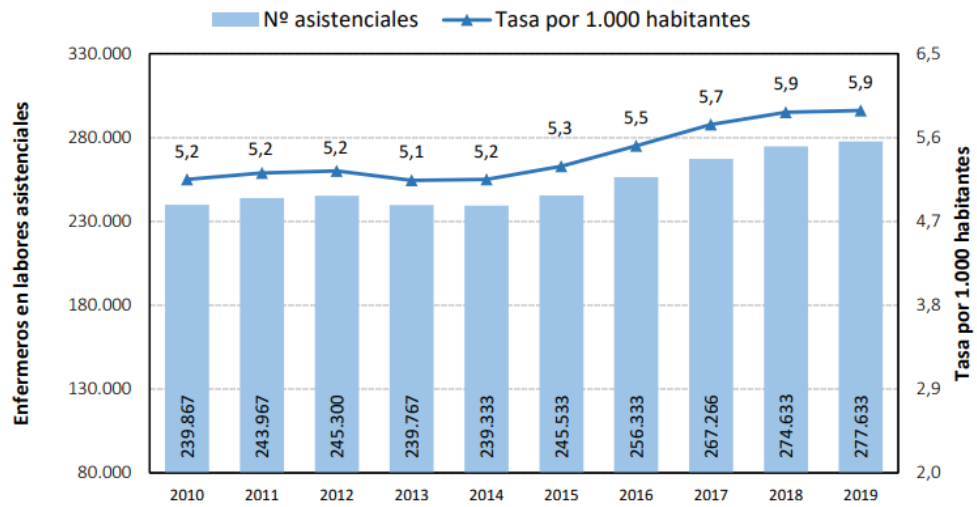
Fuente: Informe de RRHH 2020-2021. Ministerio de Sanidad.  
Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA)

“En lo que respecta a los profesionales de enfermería en ejercicio, España dispone de 277.633 profesionales en labores asistenciales, lo que supone una tasa de 5,9 efectivos por cada 1.000 habitantes. Esta tasa ha crecido 0,6 puntos desde el año 2010” (Aguilera, M., Calcerrada, N., Carbajo, P., De Bustos, M., Díaz, M.D., Estirado, A., Fernández, A., García, J.J., García, M.F., Pérez, G. y Toledo, D.,2020-2021, 10) <sup>10</sup>. En el gráfico 6 observamos la evolución de los recursos humanos en labores asistenciales.

<sup>10</sup> (Aguilera, M., Calcerrada, N., Carbajo, P., De Bustos, M., Díaz, M.D., Estirado, A., Fernández, A., García, J.J., García, M.F., Pérez, G. y Toledo, D.,2020-2021, 10) Ministerio de Sanidad. Informe Recursos Humanos 2020-2021.

[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS20\\_21/Informe\\_RRHH\\_2020-21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS20_21/Informe_RRHH_2020-21.pdf)

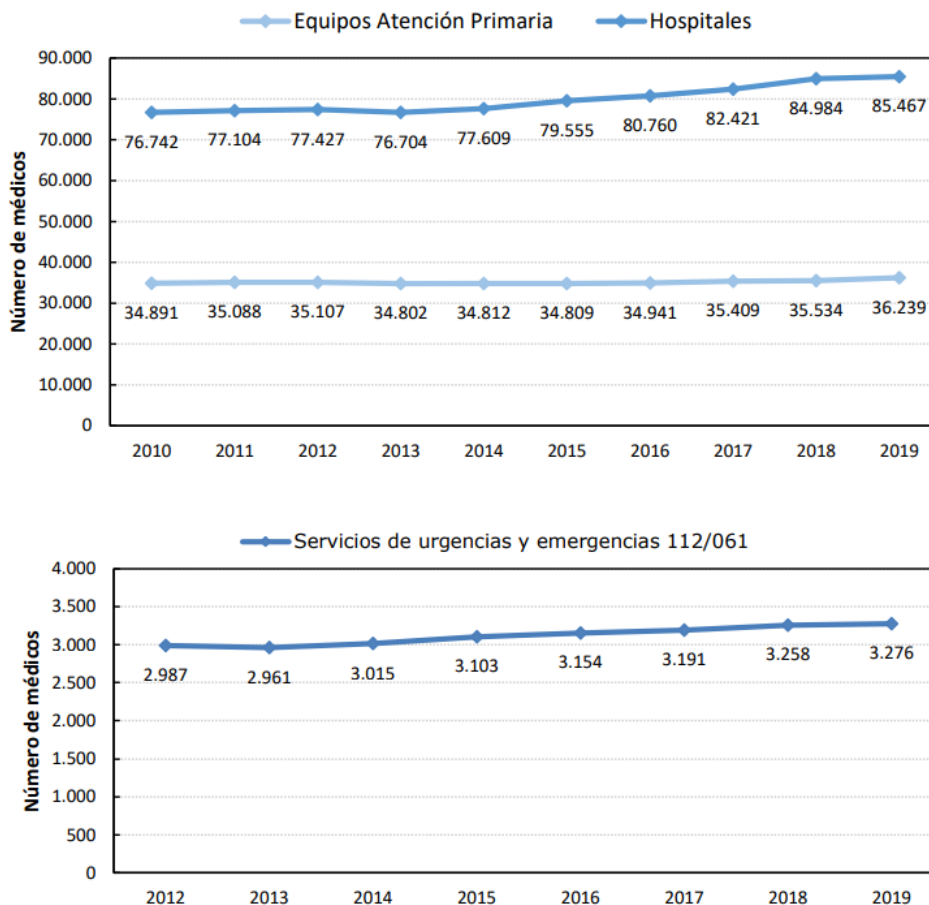
Gráfico 6: Evolución del número de profesionales de enfermería en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España, 2010-2019



Fuente: Informe de RRHH 2020-2021. Ministerio de Sanidad.  
Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA)

En el gráfico 7 vemos reflejado el crecimiento del número de médicos en el SNS, tanto en la atención primaria, hospitales, urgencias y emergencias.

Gráfico 7: Evolución del número de médicos en labores asistenciales en el SNS. España, 2010-2019



Fuente: Informe de RRHH 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 de SIAP.

## FARMACIA

La Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia, define “las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar los servicios básicos a la población” (BOE Ley 16/1997, art.1), a continuación, citados.

Servicios que deben prestar las farmacias a la ciudadanía:

- Adquirir y conservar los medicamentos para su dispensación.
- Custodiar las recetas médicas.
- Garantizar que la atención de farmacia llegue a la zona y también donde no hay farmacias.
- Si se requiere por prescripción, elaborar formulas y preparados oficiales.
- Realizar un seguimiento de los tratamientos de los enfermos.



- Observar y controlar el uso de medicamentos y sus reacciones, y en el caso de producirse un evento adverso, notificarlo a los organismos correspondientes.
- En los programas donde las administraciones públicas promueven la atención farmacéutica como también la promoción de la prevención, etc., colaborar activamente.
- Colaborar, formar e informar, junto con la administración, sobre el uso responsable de medicamentos.
- Según las Comunidades Autónomas, actuar de manera coordinada con ellas.
- Según las directivas comunitarias, ayudar en la obtención de los títulos universitarios con los planes de estudios correspondientes.

La farmacia en el Sistema Nacional de Salud ayuda a la sostenibilidad del sistema por 5 razones<sup>11</sup>:

- Las deducciones y aportaciones que se mantienen en el sistema.
- Contribución a reducir la presión en la asistencia en el sistema con la resolución de dudas y consultas a los enfermos.
- Implantación de la receta electrónica con una inversión en tecnología por su parte.
- Por la creación de cooperativas como distribuidores, aunque entre el 40-50% de dicha distribución sea a pérdidas.
- Garantizar el suministro de medicamentos y prestación farmacéutica a toda la población, con el mantenimiento de una red farmacéutica.

#### COLABORACION PUBLICO-PRIVADA

Anteriormente, el sector público y el privado no solían trabajar de conjuntamente, siempre lo han hecho por separado. Pero tras la aparición de diversas colaboraciones públicas en cuanto a su administración, hacen que la gestión pública tenga un impulso respecto a una mejoría en cuanto a su eficiencia<sup>12</sup>.

Cuando aparecieron estas prácticas, los gobiernos buscaban una innovación para que sus sistemas sanitarios tuvieran más eficacia en sus diferentes áreas. Hay que asumir que las empresas privadas tienen mayor capacidad para disminuir los gastos y al mismo tiempo ser más competitivos en las tareas o gestiones, obteniendo mayor eficiencia en los servicios prestados. Por ello, se han creado políticas donde se contempla la dependencia recíproca entre ambos sectores público-privado, en la atención pública<sup>13</sup>.

Sin embargo, el Diccionario panhispánico del español jurídico define las Colaboraciones Público-Privadas (CPP) como un “Contrato administrativo por el que una administración u otra entidad pública encarga a una empresa privada la realización de una actuación que implica la instalación de sistemas, su mantenimiento, la gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas, o la fabricación de bienes que incorporan tecnologías específicamente desarrolladas. La colaboración se establece por un período determinado e incluye la financiación de las inversiones, obras y suministros necesarios

---

<sup>11</sup> La Farmacia en el Sistema Sanitario Actual: Aportación a los retos demográficos y asistenciales (2019). [GrupoTrabajo\\_Farmacia.pdf \(fundacionfundamed.org\)](#)

<sup>12</sup> Hood C. 1991. A Public Management for All Seasons?, Public Administration 69(N.1): 3–19.

<sup>13</sup> Torchia M., Calabrò A., Morner M. 2015. Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature, Public Management Review 17(2): 236–261. DOI: 10.1080/14719037.2013.792380

para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con las actuaciones de interés general<sup>14</sup> (DPJE-RAE, 2017). Dicho contrato está regulado en la vigente Ley de Contratos de 2017.

Tras dicha definición, se observan dos extremos diferentes de las CPP en el sistema sanitario dependiendo de los objetivos que se tienen. En un extremo se encuentra donde el sector público es el responsable al cien por cien de la atención sanitaria y en el otro extremo donde el sector privado asume la responsabilidad al cien por cien de la atención sanitaria. Entre ambos extremos se puede observar cómo el sector privado va asumiendo mayor implicación y porcentajes de colaboración. La financiación también presenta grandes diferencias entre ambos sectores en función de quién es el responsable de mantener las infraestructuras.

Desde el año 1997, en España solo se ha creado un único modelo de las CPP, el cual consiste en que el sector público autoriza al sector privado la construcción de un hospital y la gestión de la prestación de servicios sanitarios, responsabilizándose esta de algunos riesgos.

El primer hospital creado con este modelo fue en la Comunidad Valenciana, tras este se construyeron cuatro más en dicha comunidad, y dos en la Comunidad de Madrid siguiendo el mismo modelo, para su posterior expansión a Portugal y América Latina.

#### 4.6 Financiación y gasto sanitario

El sistema sanitario español es un sistema de sanidad con una financiación pública, transferencias del Estado, tasas por la prestación de algunos servicios, aportaciones por parte de las CCAA y Corporaciones Locales y los tributos estatales. Así como también hay una parte que es financiada por el sector privado, aunque sea menor el importe que se percibe.

A partir de mediados de los años 90, el Ministerio de Sanidad desarrolla la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) con la colaboración de las CCAA, lo cual permite que se realice un seguimiento del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud. El sistema de la EGSP se desarrolla con el concepto del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN).

Para observar el gasto sanitario y poder compararlos con los países de la Unión Europea, se utiliza el Sistema de Cuentas de Salud, el cual se utiliza desde 2005, e intenta dar respuesta a la fuente de financiación, los organismos proveedores de servicios y bienes de salud y las funciones asistenciales mediante una operación estadística.

Las principales fuentes que tiene el Sistema de Cuentas de Salud respecto al gasto público provienen de la EGSP. Para el gasto privado, respecto al consumo final en hogares la información la facilita el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de las Cuentas Nacionales, y para la valoración del coste en cuidados de larga duración de las personas dependientes, es publicada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

---

<sup>14</sup>Diccionario panhispánico del español jurídico <https://dpej.rae.es/lema/colaboraci%C3%B3n-p%C3%ABlico-privada>

#### 4.6.1 Evolución del Gasto Sanitario en España

Los últimos datos que se obtienen de gasto sanitario en España son del año 2019, a través del Sistema de Cuentas de Salud. El gasto total del sistema sanitario español, incluyendo los ámbitos tanto públicos como privados, se elevó en el año 2019 a 115.458 millones de euros. Según estos datos el informe indica que el gasto sanitario de las administraciones públicas contribuye 81.590 millones de euros financiados del gasto sanitario total.

La evolución en el gasto sanitario que vamos a observar a continuación en la tabla 3, es del año 2015 al 2019. Según el SCS, se entiende el gasto sanitario total como una suma de los recursos públicos y privados. En la tabla se puede observar cómo se ha ido incrementando el gasto sanitario en ambas áreas.

Tabla 3: Gasto Sanitario total en millones de euros. Evolución 2015 - 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Gasto Sanitario Total</b>	<b>99.710</b>	<b>101.075</b>	<b>105.514</b>	<b>110.010</b>	<b>115.458</b>
Gasto Sanitario Público	71.124	72.249	74.476	77.373	81.590
Gasto Sanitario Privado	28.585	28.825	31.038	32.637	33.868

Fuente: Ministerio de Sanidad. SCS Principales resultados 2019

En este periodo, la media del gasto sanitario total anual asciende en un 3,7%. Siendo un 3,5% el gasto público, mientras la media del gasto sanitario privado se incrementó de media un 4,3% anual.

En la tabla 4, se observa lo que representó el gasto sanitario español respecto al Producto Interior Bruto (PIB) en el año 2019. En su totalidad representó un 9,3% del PIB, el cual un 6,6% está financiado por recursos públicos y un 2,7% a través de recursos privados.

Tabla 4: Porcentaje sobre el PIB del gasto sanitario en España (2015-2019)

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Gasto Sanitario Total</b>	<b>9,3</b>	<b>9,1</b>	<b>9,1</b>	<b>9,1</b>	<b>9,3</b>
Gasto Sanitario Público	6,6	6,5	6,4	6,4	6,6
Gasto Sanitario Privado	2,7	2,6	2,7	2,7	2,7

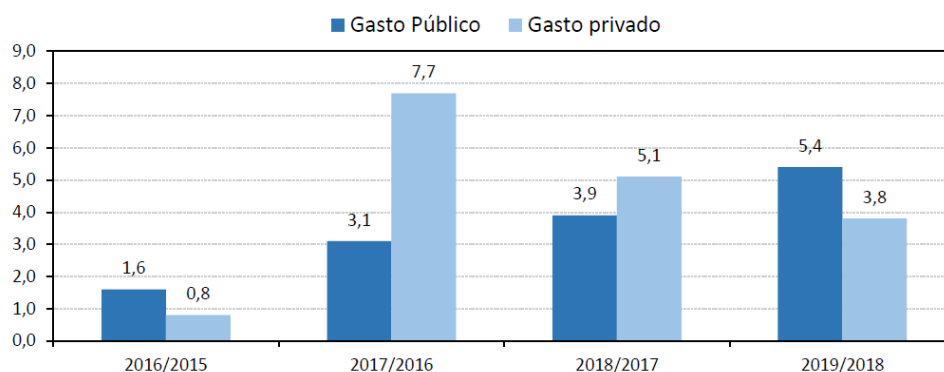
Fuente: Ministerio de Sanidad. SCS Principales resultados 2019

Como se puede observar la variante del gasto sanitario que afecta al gasto total es la del gasto sanitario público, ya que el gasto sanitario privado, prácticamente en todos los años 2015 al 2019, exceptuando el 2016, es el mismo.

Poniendo las cifras respecto a la población española, del año 2015 que eran unos 2.148€ por habitante, aumentó a 2.451€ por habitante en 2019, suponiendo lo mismo un incremento del 3,3% anual.

Asimismo, se puede observar en el gráfico 8, que durante el quinquenio del 2015 al 2019, el gasto sanitario público ha aumentado un 14,7%, siendo la tasa media anual de un 3,5%.

Gráfico 8: Gasto sanitario público y gasto sanitario privado. España, 2015 - 2019



Fuente: Ministerio de Sanidad. SCS

#### Gasto sanitario según su clasificación funcional

Cuando se habla de clasificación funcional nos referimos a los servicios hospitalarios y especializados, los primarios de salud, los servicios de salud pública, los servicios colectivos de salud, la farmacia, los traslados, prótesis y aparatos terapéuticos, y para finalizar, el gasto de capital.

En la tabla 5 se puede observar el gasto sanitario público de esta clasificación.

Tabla 5: Gasto sanitario público según clasificación funcional en millones de euros. España 2016 - 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Servicios hospitalarios y especializados	41.569	42.534	43.948	46.676	51.901
Servicios primarios de salud	9.529	9.752	10.395	11.112	12.022
Servicios de salud pública	759	769	782	823	2.038
Servicios colectivos de salud	1.806	1.839	1.855	1.972	2.061
Farmacia	10.849	11.223	11.506	11.789	12.121
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.221	1.243	1.255	1.319	1.300
Gastos de capital	962	1.147	1.350	1.365	2.368
<b>Total</b>	<b>66.696</b>	<b>68.507</b>	<b>71.090</b>	<b>75.056</b>	<b>83.811</b>

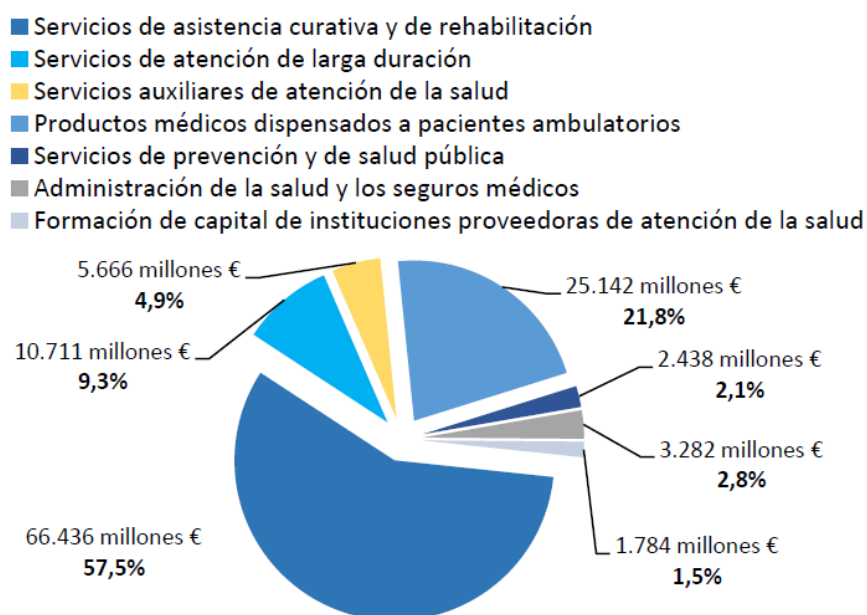
Fuente: Estadística de gasto sanitario público. 2020

Dentro de esta clasificación, también podemos encontrar el gasto sanitario según su función de atención a la salud. En los datos que nos apoyamos son respecto al año 2019.

Vemos que el gasto en servicios de asistencia curativa y rehabilitación alcanza los 66.436 millones de euros, siendo un 57,5% del gasto sanitario total. Continuando tras ello con el gasto en productos médicos otorgados a los pacientes ambulatorios, con un 21,8% del total, y también entre ellos está el gasto que supusieron los servicios auxiliares de atención de la salud, con un 4,9%.

Siendo así que respecto al año anterior todas las funciones de atención de salud han sufrido un aumento. Las funciones más destacadas son en el gasto en servicios de prevención y de salud pública, en servicios de asistencia curativa y rehabilitación, y en los servicios auxiliares de atención de la salud.

Gráfico 9: Gasto sanitario en función de atención de la salud en millones de euros y porcentaje. España, 2019.



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud.

#### 4.7 Sistemas Sanitarios Europeos

En Europa, los fundamentos del Estado de Bienestar consisten en la intervención del estado en la economía y sociedad, para una mejor distribución de la riqueza que supone una mejoría en las condiciones de salud de la ciudadanía. Los mismos, están vinculados al sistema social. El cual comprende el acceso de toda la población a los servicios sociales, sanitarios y a los educativos.

A principios del Siglo XX aparecieron en Europa dos modelos tradicionales de sistemas de salud. El modelo de Beveridge o asistencial, y el modelo de Bismark o contributivo, ambos modelos constituyen las bases de los sistemas sanitarios modernos.

El modelo de Beveridge, cuyo nombre era "Report on Social Insurance and Allied Services", el cual sería en un futuro las bases para el Estado de Bienestar de Reino Unido (William Henry Beveridge, 1942).

La conclusión que se extrae del Informe Beveridge es, que todos los ciudadanos, tenían derecho a poder ser partícipes de las ganancias económicas del estado, y que era papel del Estado proporcionar el acceso a estos.

Las principales características que se destacan del modelo asistencial (Modelo Beveridge) son:

- Cobertura universal, es decir, que todos los habitantes tienen libre acceso
- Financiación por impuestos, por medio de presupuestos estatales
- La atención se apoya en el médico general que es el encargado de controlar la derivación a los especialistas del grupo de población que le corresponde.
- Administrado y dirigido por el gobierno
- Medios de producción y su gestión pertenecen al estado
- Médicos asalariados o pago capitolativo
- Ocasionalmente se utiliza el sector privado
- Presencia de copago por parte de los habitantes

Dentro de la Unión Europea (UE) fueron varios países los cuales optaron por el modelo asistencial: Reino Unido, Portugal, Finlandia y España.

El modelo de Bismarck, el cual se estableció en Alemania, está basado en el derecho humano a la atención médica. Este modelo también se le conoce por “Modelo de Seguro Social de Salud” o modelo contributivo (Otto von Bismarck, 1883).

En el sistema de salud del modelo contributivo (Modelo Bismarck) la ciudadanía goza de servicios sanitarios mediante entidades privadas. Por eso, tanto empresarios como trabajadores abonan unas contribuciones que van directamente a las entidades, que gestionan los servicios de salud.

Las principales características que se distinguen del modelo contributivo (Modelo Bismarck) son:

- La cobertura es universal obligatoria dentro del sistema
- Se financia a través de cotizaciones de empresarios y trabajadores, por medio de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro y sin ser gubernamentales
- Los fondos son los responsables de contratar hospitales y médicos, y asegurar la asistencia a los asegurados
- Copago por los asegurados
- Es tanto propiedad pública como privada de los medios de producción
- Los cuidados de salud son suministrado por entidades públicas y privadas

En el modelo de Bismarck también se encuentran algunos países de la Unión Europea, que se decidieron por este modelo siendo: Alemania, Bélgica, Francia, Grecia y Luxemburgo.

En la Figura 5 se puede observar qué países de la Unión Europea se han acogido al Modelo Beveridge (Servicio Nacional de la Salud) que son los de color azul oscuro, y, por otro lado, están los países que se han acogido al Modelo Bismarck (Sistema de Seguros Sociales) que son los de color azul claro.

Figura 5: Sistemas de Salud Europeos



Fuente: Ministerio de Sanidad. Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea

Para Magda Rosenmöller, profesora asociada en la escuela de negocios IESE y experta en política sanitaria en Europa, los sistemas de salud que se estipulan en Europa están basados en la “universalidad, solidaridad y equidad”. La catedrática asegura que cada sistema sanitario tiene tres objetivos fundamentales: “mejorar la salud del paciente, optimizar su experiencia y realizar las gestiones usando los recursos lo mejor posible” (I. Vera, 2018).

## 5. Impacto en el sistema de salud de la pandemia por COVID-19

### 5.1 Contexto

A principios del año 2020, empezaron a sonar las alarmas respecto a que había algún que otro caso en España del virus Covid-19. En Marzo 2020 se declaró el estado de alarma en España. Previamente, la OMS había declarado que se trataba de una pandemia a niveles internacionales, afectando a todos los continentes y clases sociales, no teniendo en todos los grupos de la sociedad las mismas consecuencias.

El Sistema Nacional de Salud español se ha visto desbordado ante esta situación debido a la rapidez de contagio que tenía y sigue teniendo el Covid-19, con la consecuencia de

un número desorbitado de pacientes y la poca información existente sobre dicho virus y sus consecuencias. La falta de provisión en el Sistema de Salud ha provocado una situación para los sanitarios de presión y estrés, teniendo que hacer frente a una gestión hospitalaria sin provisión e información y con unos recursos limitados.

Han sido varios colectivos los que se han visto más afectados, entre ellos están todos los sanitarios que han estado y siguen estando al frente de esta pandemia. Su salud mental ha sido, entre otras, una de las más perjudicadas<sup>15</sup>. Siendo así, también ha afectado en el sector de la economía, haciendo que los grupos socialmente excluidos, los más pobres y también, los ancianos, se hayan visto en una situación de más vulnerabilidad.

Para frenar el Covid-19, el Gobierno utilizó medidas tanto de mitigación como de contención.

#### Marco normativo de la pandemia

- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, declaración del estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19<sup>16</sup>.
- Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19<sup>17</sup>.
- Orden SND/344/2020, de 13 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria causada por el Covid-19<sup>18</sup>.
- Orden SND/404/2020, de 11 de mayo, de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad<sup>19</sup>.

---

<sup>15</sup> García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P., Padilla, S., Calero-Sierra, I., Monzó-García, M., Rodríguez-Jimenez, R. (2020). Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychological Medicine*, 1-3. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/mental-health-impact-of-covid19-pandemic-on-spanish-healthcare-workers/238756159B6A50E20DFADE750CDB2522>

<sup>16</sup> BOE.es—BOE-A-2020-3692 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (s. f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692#:~:text=Ayuda-Real%20Decreto%20463%2F2020%2C%20de%2014%20de%20marzo%2C%20por,de%2014%2F03%2F2020>.

<sup>17</sup> BOE.es—BOE-A-2020-3702 Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (s. f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3702>

<sup>18</sup> BOE.es—BOE-A-2020-4442 28956 Orden SND/344/2020, de 13 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, Pub. L. No. Orden SND/344/2020, (2020). <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/04/13/snd344>

<sup>19</sup> BOE.es—BOE-A-2020-4933 32132 Orden SND/404/2020, de 11 de mayo, de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad, Pub. L. No. Orden SND/404/2020, (2020). <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/05/11/snd404>



- Resolución de 19 de junio de 2020, por la que se establece el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesaria para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el Covid-19 al que se refiere el art. 25 del Real Decreto-ley 21/2020<sup>20</sup>.

## 5.2 Capacidad diagnóstica

El diagnóstico microbiológico de la infección SARS-CoV-2 tiene como objetivo el clínico y el epidemiológico, para poder diagnosticar a los pacientes ya infectados y así determinar su identificación de gravedad para el tratamiento y, por otro lado, identificar pacientes contagiosos y analizar la cadena de transmisión para poder aislar y atajar los contagios del paciente.

Las infecciones respiratorias estacionales causadas por virus cuya manifestación puede confundirse con manifestaciones de Covid-19, hacen necesario detectar en forma y tiempo la SARS-CoV-2 en el algoritmo diagnóstico junto con esos virus estacionales. Por ello se produjo y se prevé una fuerte demanda en los diagnósticos microbiológicos de Covid-19.

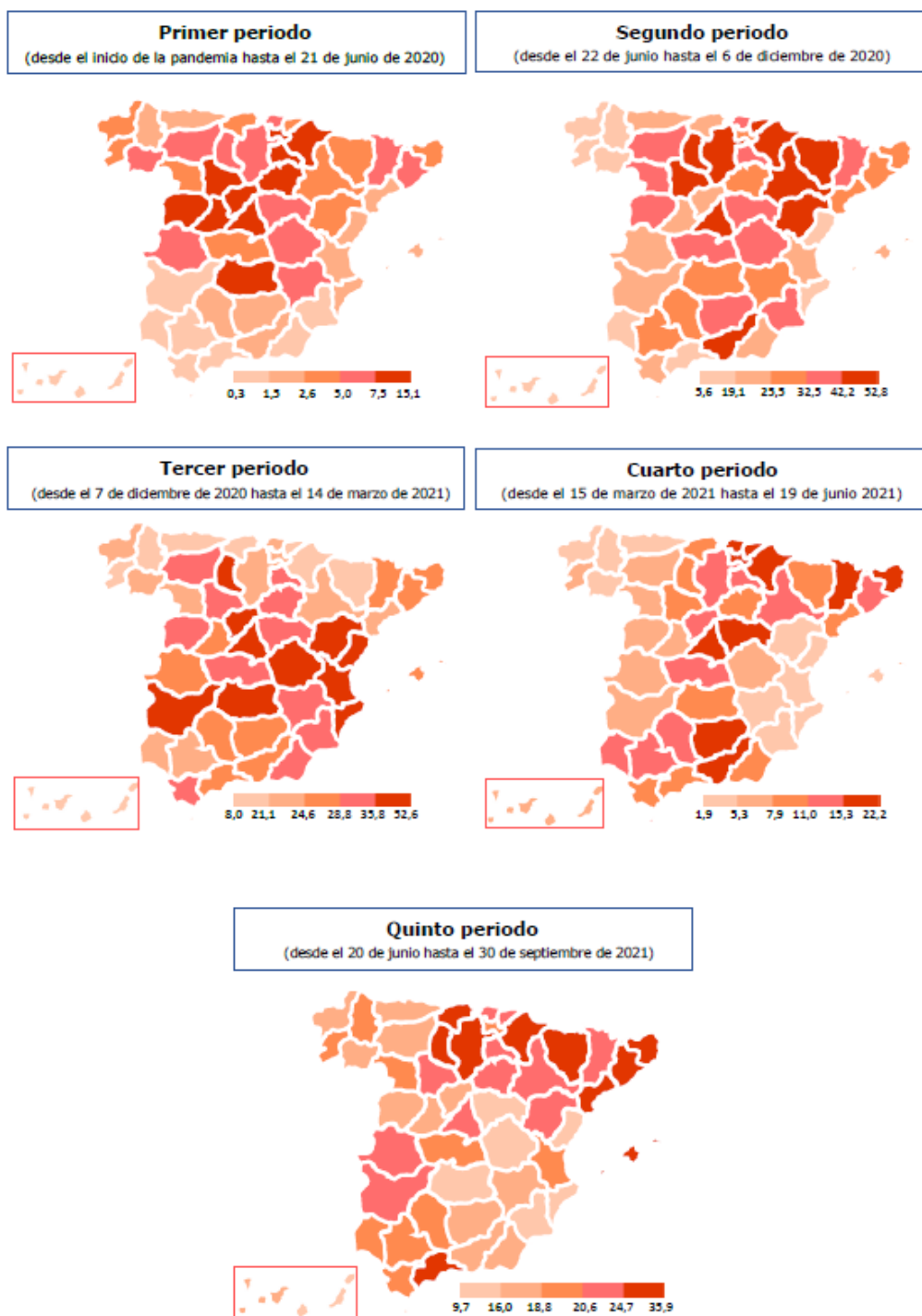
En la estrategia diagnóstica ha surgido la necesidad de adaptación en los laboratorios o servicios de Microbiología, donde es imprescindible disponer del soporte técnico adecuado para realizar los ensayos de Covid-19 basados en la detección del virus (antígeno y genoma), y en los que no dispongan de este soporte prioritariamente deben de implantarlo. De esta manera, una vez garantizado este asunto en los laboratorios de Microbiología, se podrá conocer la capacidad real que tiene España de detección y con ello poder tomar decisiones y acciones según los resultados.

En el gráfico 10, podemos observar la evolución de los casos positivos en las distintas olas de la pandemia, se han ido diagnosticando con las pruebas realizadas por provincias.

---

<sup>20</sup> BOE.es—BOE-A-2021-12612 90770 Resolución de 20 de julio de 2021, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se establece el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesaria para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19 al que se refiere el artículo 25 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, Pub. L. No. Resolución, (2021). [https://www.boe.es/eli/es/res/2021/07/20/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2021/07/20/(2))

Gráfico 10: Evolución de la tasa de positivos por 1.000 habitantes provincialmente. España, marzo 2020 - septiembre 2021



Fuente; Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021

### 5.3 Capacidad asistencial y ocupación hospitalaria

Los hospitales en España llegaron a su límite en la pandemia de coronavirus, significativamente durante la primera ola. Sin tener datos muy sólidos de ese periodo, las siguientes oleadas no han llegado a la saturación hospitalaria de la primera, no siendo

menos importantes la saturación que la primera ola, han puesto a los sanitarios en jaque.

Como indicador para obtener información de si una ola estaba o no en fase expansiva, se ha utilizado el número de camas ocupadas por pacientes Covid-19, tanto en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como en planta, aunque se han ido ajustando según las necesidades.

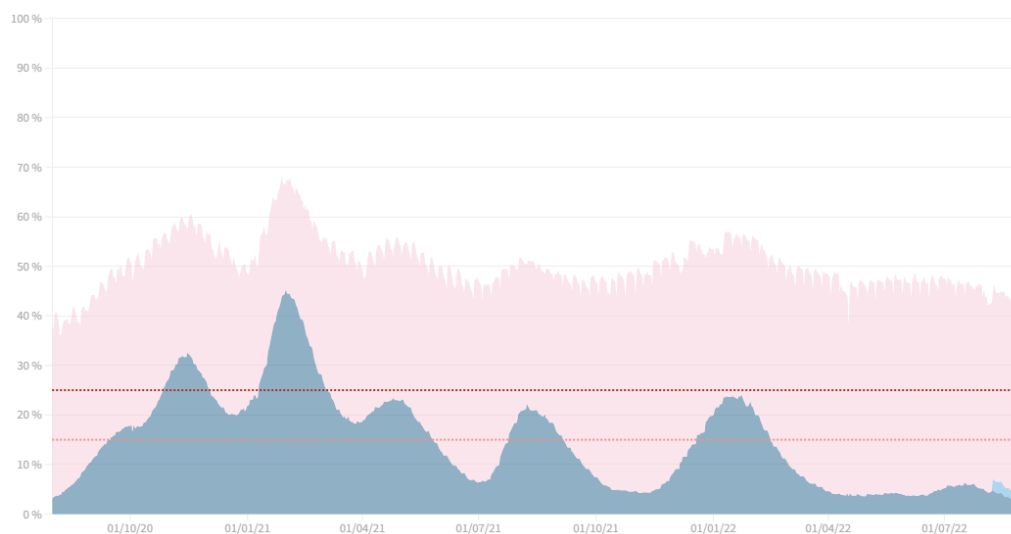
Con la nueva estrategia de Vigilancia y Control del Ministerio de Sanidad, la presión asistencial pasa a ser la principal herramienta para seguir la enfermedad.

Aunque los pacientes de las unidades de intensivos no solo son los de coronavirus, la presión sobre la capacidad asistencial total de las UCI en España desde agosto 2020 no ha bajado del 40% (DatosRTVE, 2022).

Los recursos asistenciales en todas las regiones han sido puestos a prueba por el coronavirus. Las unidades más saturadas en cuidados intensivos con riesgo alto han pasado en menos de seis meses a un 25% más de ocupación.

En el gráfico 11, se observan la capacidad asistencial en España, con los porcentajes de las camas que han sido ocupadas en UCI por pacientes Covid-19<sup>21</sup>.

*Gráfico 11: Las UCI en España: camas ocupadas por pacientes Covid-19, contagiados de Covid-19 con otras patologías y otros pacientes*



*Fuente: Datos RTVE. Notificación de los hospitales al Ministerio de Sanidad*

#### 5.4 Atención Primaria en Covid-19

El sistema sanitario y, por supuesto, la Atención Primaria han sufrido cambios importantes provocados por la pandemia de Covid-19, llevándonos a un antes y un después en la Medicina Familiar, tanto en los niveles de organización como en el abordaje de las demandas y necesidades de los pacientes.

<sup>21</sup> Datos RTVE (2022). Las UCI de España en la pandemia: datos y gráficos de la ocupación COVID en hospitales <https://www.rtve.es/noticias/20220902/ocupacion-camas-covid-19-hospitales-espanoles/2042349.shtml>

Al inicio de la pandemia (Marzo 2020), todos observábamos cómo la Atención Primaria para las administraciones era imperceptible. Enfocaban la atención a la pandemia a los hospitales. Los recursos en la Atención Primaria eran escasos y las pruebas para determinar la Covid-19, siendo testigos de cómo los médicos y médicas de familia entraban en inquietud y miedo por el alcance del virus en la ciudadanía.

La Atención Primaria supo adaptarse y como siempre mantenerse cerca de los ciudadanos, priorizó la atención telefónica dando respuesta a las dudas e incertidumbres de los pacientes. Trabajó como muro de contención en la epidemia, gestionando y resolviendo en domicilio los casos que no era necesaria la hospitalización.

"Es importante constatar que, para el buen desempeño de la Medicina Familiar del siglo XXI, para que la Atención Primaria salga reforzada de esta pandemia, las soluciones pasan por una adecuada financiación y una apuesta firme por mantener la longitudinalidad" (Tranche, S. , Martín, R., Párraga, I., Grupo colaborativo de la Junta Permanente y Directiva de la semFYCd, 2021).

### 5.5 Impacto de la Covid-19 en el sistema sanitario

El impacto que ha tenido el Covid-19 en el mundo ha sido bastante notorio en dos importantes ámbitos, como lo son la sanidad y la economía. En pocos meses dicho virus provocó una crisis sanitaria y, como consecuencia, la economía mundial se paralizó. Evidenciando así el hecho de vivir en un mundo que está globalizado y lo vinculado que se encuentra la sanidad a la economía.

En cuanto a los sistemas sanitarios, se ha podido comprobar que no se tenían los suficientes recursos para afrontar una pandemia de esta magnitud. Esta crisis ha supuesto un reto impredecible, el cual requirió una rápida movilización de todos los recursos disponibles, siendo así, la población una de las más afectadas.

La Covid-19 ha mostrado las deficiencias que tienen los sistemas sanitarios, a nivel europeo como mundial, incluyendo la obligación de empezar a realizar cambios. Los sistemas sanitarios, han disminuido las inversiones respecto a la planificación sanitaria y la prevención.

Sin embargo, la Covid-19 ha sido un desafío a corto plazo, pero las consecuencias que ha provocado en los sistemas sanitarios se verán más a largo plazo, y por lo mismo, se deberían de plantear soluciones lo más pronto posible.

El Sistema Nacional de Salud español se ha visto cuestionado debido al gran colapso que sufrió en la primera ola del Covid-19.

En la revista de The Lancet, escribieron más de 20 líderes españoles en salud pública al respecto, dejando así en evidencia las deficiencias que tenía el SNS antes de que surgiera la pandemia.

"La pandemia de Covid-19 puso a prueba la resiliencia del sistema de salud y la preparación para una pandemia. A pesar de la creación en 2004 de un Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, la pandemia dejó al descubierto los "débiles sistemas de vigilancia, baja capacidad de pruebas PCR y escasez de equipos de protección personal y de cuidados críticos del país, una reacción tardía de los centros y

autoridades regionales, procesos lentos de toma de decisiones, altos niveles de movilidad y migración de la población, mala coordinación entre las autoridades centrales y regionales, poca confianza en el asesoramiento científico, envejecimiento de la población, grupos vulnerables que experimentan desigualdades sociales y de salud, y falta de preparación en enfermería hogares” (The Lancet Public Health, 2020).

Como se indica en The Lancet Public Health, las bases del sistema sanitario español (gobernanza, financiación, prestación y mano de obra) ya estaban débiles cuando se vieron afectadas por la pandemia. Siendo así que, “los servicios de salud carecen de personal, recursos y están bajo presión. Con 5,9 enfermeras por 1000 habitantes, España tiene una de las proporciones más bajas de la UE (donde la media es de 9,3 por 1000), y con demasiada frecuencia depende de contratos temporales que pueden durar solo unos días o semanas” (The Lancet Public Health, 2020).

### RESILIENCIA

Cuando se estaba gestionando la pandemia por Covid-19, los gobiernos consideraron más importante superar la emergencia sanitaria, y tras ello, dedicarse a que se realizaran medidas para salvar la economía, las cuales estaban inclinadas, en su mayoría, a proveer la liquidez básica y que, en caso de una rápida pérdida de ingresos, se salvaguardaran los medios de vida.

A parte de que el Covid-19 ha supuesto un sufrimiento para toda la población, también ha puesto de manifiesto varias debilidades de gran importancia respecto a las sociedades actuales y los sistemas económicos.

Que se haya visto reflejada la interconexión mundial ha favorecido que la pandemia se haya propagado con tanta rapidez. “Las desigualdades sociales han quedado expuestas y se han agravado con rapidez debido a la masiva, aunque dispar, pérdida de empleos; se calcula que hay más de 300 millones de puestos de trabajo (valor equivalente) en peligro” (ILO, 2020). Aun no siendo esta la primera crisis económica que deja entrever tantas debilidades, los acontecimientos que están teniendo lugar actualmente, tiene unas implicaciones trascendentes, en las que el icono de la resiliencia va a ser un centro de atención para la conciencia de la ciudadanía.

“La expresión «reconstruir mejor» es cada vez más frecuente y generalizada en el contexto de la recuperación económica después del Covid-19” (WRI, 2020) (We Mean Business Coalition, 2020). Sin embargo, la actual crisis económica es aparte de delicada, muy grave, debido a que puede haber posibilidades de regresar a los modelos anteriores y, también se pueden acoger a realizar una recuperación que sea más sostenible.

Por otro lado, para “reconstruir mejor” también está la necesidad de que se fomente una mejoría que esté enfocada en el bienestar de toda la población, que prospere la inclusividad y disminuya la desigualdad. Con la finalidad de que se obtenga más soporte de la ciudadanía, para poder realizar las políticas de recuperación correctamente, se deben de medir “según diferentes parámetros, y no solo incluyendo el crecimiento económico y la creación total de ocupaciones. Para ello, es importante hacer hincapié en otros elementos que fomentan el bienestar, como los ingresos, la calidad del trabajo, la vivienda y la salud” (OECD, 2020). Es por lo mismo que en la ONU, en la Agenda 2030 para lograr que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles,

asignan su onceavo Objetivo de Desarrollo Sostenible de ciudades y comunidades sostenibles.

## 5.6 Vacuna

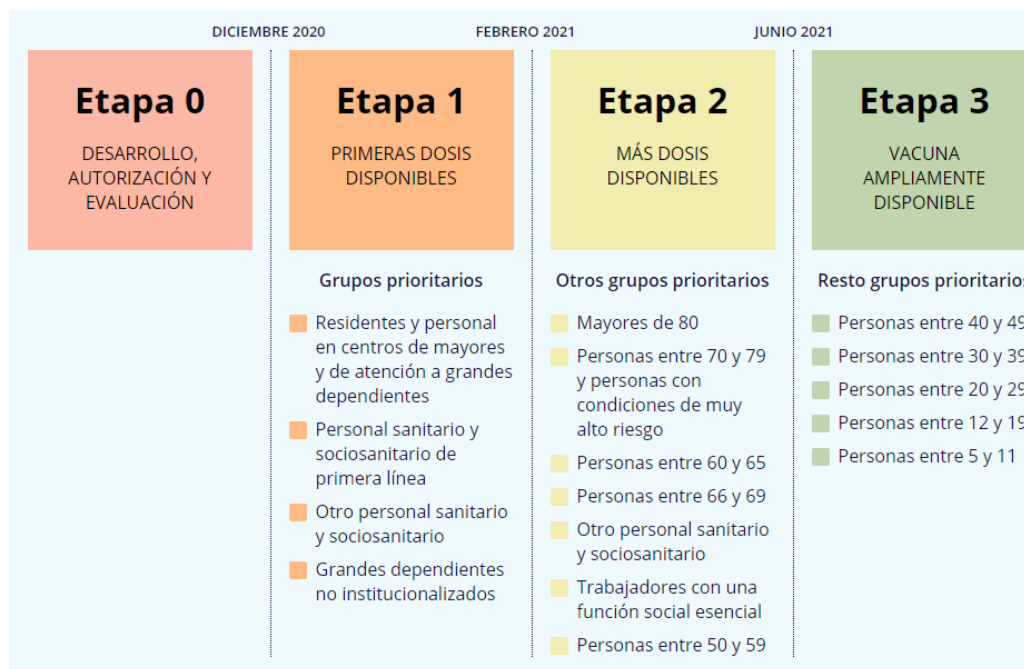
Durante más de 50 años la experiencia nos indica que para luchar contra las enfermedades por causas de virus, aunque se pueden desarrollar medicamentos para tratar a los enfermos, la mejor opción para erradicar su propagación y poder controlar estas enfermedades, es la creación de una vacuna para combatirlas que cumpla con todas las garantías.

Desarrollar una vacuna conlleva una media de cuatro a siete años. La comunidad científica, con el apoyo de los Estados de todo el mundo, ha logrado en tiempo récord (menor a un año), una vacuna frente al Covid-19, cumpliendo la calidad, seguridad y eficacia necesarias, ante una situación sin precedentes.

"La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es la autoridad regulatoria que supervisa la calidad, seguridad y eficacia de las vacunas en España. La AEMPS vela porque estos estándares se cumplan durante todo el ciclo de vida del medicamento, asegurando que el balance beneficio-riesgo sea siempre favorable" (AEMPS, 2020).

A continuación, en la Figura 6 se muestran las etapas de vacunación por grupos que plantea y ejecuta el Gobierno de España.

Figura 6: Estrategia de vacunación Covid-19



Fuente: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Ciencia e Innovación

## 6. Resultados cuestionario Delphi piloto

Este apartado consiste en un resumen de las respuestas del cuestionario piloto. Los resultados del cuestionario, que ha sido enviado a varios profesionales y expertos en el Sistema Sanitario, son piloto y resultan útiles para tener una idea de lo que opinan de las diversas áreas del Sistema Sanitario incluidas en dicho cuestionario. Más adelante, se realizará un cuestionario revisado, teniendo en cuenta las respuestas y recomendaciones obtenidas, y siguiendo la metodología se enviará a los panelistas una primera ronda para conocer su opinión y una segunda con las respuestas a la primera para lograr el máximo consenso posible.

Por cuestión de tiempos y dado que el proceso se demorará bastante en este TFG solo hemos incluido las respuestas al cuestionario piloto.

El cuestionario se divide en 6 áreas, cuyas respuestas se presentan a continuación agrupadas para cada una de ellas.

Dicho cuestionario estará en el Anexo II, junto con las respuestas a cada una de las preguntas formuladas.

### 6.1 Financiación

El gasto sanitario en el Estado español representa un 9,2% del PIB. De esta cantidad, el 70% aproximadamente se considera gasto público. El gasto público anual por habitante en España es de 1.732€ (Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021).

Las consecuencias financieras del traspaso de competencias sanitarias constituyen un elemento fundamental a valorar dentro del proceso de descentralización, tanto por la magnitud absoluta del gasto público como por su relevancia en comparación con el resto de las partidas de gasto de las Comunidades Autónomas.

El problema de la financiación sanitaria es el de establecer un mecanismo de distribución que satisfaga a un tiempo los principios de suficiencia y equidad.

En la tabla 6, podemos observar cómo se distribuye el gasto en sanidad por Comunidad Autónoma.

Tabla 6: Gasto sanitario público, gestionado por las CCAA

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	11.858	7,9%	1.398
Aragón	2.350	6,7%	1.765
Asturias (Principado de)	1.922	8,9%	1.892
Balears (Illes)	1.917	7,2%	1.577
Canarias	3.629	9,3%	1.617
Cantabria	1.047	8,1%	1.798
Castilla y León	4.454	8,0%	1.863
Castilla-La Mancha	3.468	8,8%	1.698
Cataluña	13.473	6,3%	1.760
Comunitat Valenciana	7.985	7,6%	1.585
Extremadura	1.881	9,7%	1.776
Galicia	4.593	7,8%	1.702
Madrid (Comunidad de)	10.077	4,7%	1.491
Murcia (Región de)	2.670	8,9%	1.769
Navarra (Comunidad Foral de)	1.220	6,3%	1.856
País Vasco	4.265	6,4%	1.948
Rioja (La)	507	6,2%	1.604
<b>Comunidades Autónomas</b>	<b>77.316</b>	<b>6,9%</b>	<b>1.638</b>

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público, año 2020. Ministerio de sanidad

En esta sección se busca el consenso de los expertos en temas tan relevantes como el copago, la financiación de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y el futuro del fondo de cohesión, entre otras cuestiones.

### 1. Los expertos no llegan a un consenso sobre la fórmula de financiación de la sanidad en las Comunidades Autónomas

No existe consenso por parte de los panelistas consultados en la fórmula de financiación de la salud en las Comunidades Autónomas, ya que sólo el 50% está de acuerdo en la fórmula propuesta, que consiste en:

La fórmula de cálculo para su aplicación a la financiación de todas las Comunidades Autónomas; que tendrá en cuenta los criterios objetivos del Fondo de Compensación Interterritorial, como recoge la LOFCA (Ley Orgánica Financiación de las Comunidades Autónomas): a) El 87,5 por ciento del mismo de forma directamente proporcional a la población relativa; b) El 1,6 por ciento de forma directamente proporcional al saldo migratorio; c) El 1 por ciento de forma directamente proporcional al paro, según se define en la propia ley; d) El 3 por ciento de forma directamente proporcional a la superficie de cada territorio; e) El 6,9 por ciento de forma directamente proporcional a la dispersión de la población en el territorio.

Por otro lado, los panelistas se manifiestan en desacuerdo (50% en desacuerdo, 12,5% muy en desacuerdo) respecto a que los Ayuntamientos y las Diputaciones incrementen su participación en cuanto a la financiación del sistema sanitario.

### 2. No hay consenso sobre a qué partes de las prestaciones afectará el copago.

Los panelistas se encuentran en desacuerdo con un 62,50% respecto a una implantación de prestaciones en el sistema sanitario sobre el copago.



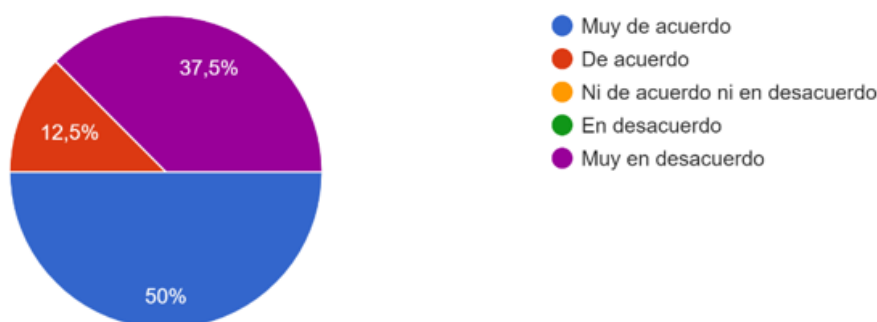
Por otro lado, un 62,50% no están a favor de que las personas que sean mayores de 65 años se vean afectadas por un aumento de participación en el copago.

### 3. La Seguridad Social asumirá un porcentaje de la financiación de las recetas de los pensionistas.

Respecto a la Seguridad Social, la mayoría de los expertos, con un 62,50%, está de acuerdo en que se aporte una parte de gratuidad a las recetas de pensionistas y que el copago dependa de sus ingresos.

En la gráfica 12, observamos como los panelistas están de acuerdo con que la SS les financie gratuitamente un porcentaje en las recetas.

Gráfico 12: Seguridad Social participe de la financiación gratuita en recetas de pensionistas

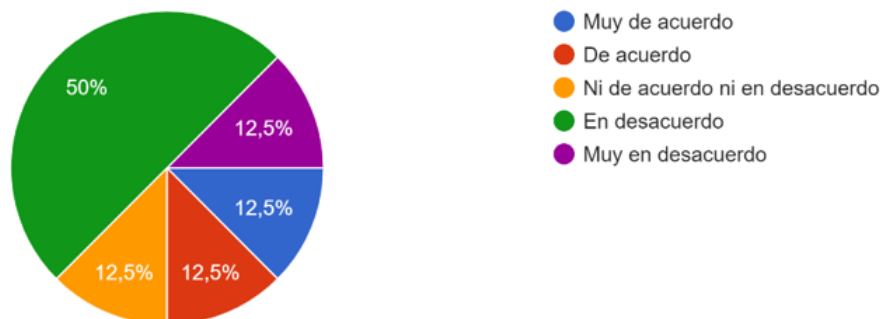


### 4. No existe consenso en relación a como se articulará en el futuro el fondo de cohesión

Ante la propuesta de sustituir el fondo de cohesión por un fondo de igualdad, no existe consenso, ya que sólo un 50% está de acuerdo.

Los panelistas se encuentran en desacuerdo con un total del 62,50%, a que se suprima el fondo de Cohesión sustituyéndose por una facturación entre comunidades. En el gráfico 13 podemos observar las opiniones de los panelistas, respecto a la afirmación de la posible sustitución.

Gráfico 13: Sustitución del Fondo de Cohesión por un sistema de facturación entre CCAA



En el ámbito de hacer un fondo de igualdad para que se atiendan a los pacientes desplazados, así como si se vinculan a los planes de salud para que se financie un 50% de los expertos están de acuerdo con esta medida, pero no se llega a un consenso.

En la tabla 2, podemos observar los diferentes porcentajes de las respuestas a diversas preguntas realizadas conforme al Fondo de Cohesión.

Tabla 7: Respuestas del Fondo de Cohesión

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
De Fondo de Cohesión a Fondo de Igualdad	12,50%	12,50%	25%	50%	0%
Fondo de Igualdad vinculado a los planes de salud	12,50%	12,50%	25%	50%	0%
Supresión del Fondo de Cohesión por un sistema de facturación	12,50%	50%	12,50%	12,50%	12,50%
Recargo en el IRPF	0%	50%	25%	12,50%	12,50%
El Fondo de Cohesión integrado en la financiación sanitaria de cada CCAA	0%	25%	0%	75%	0%

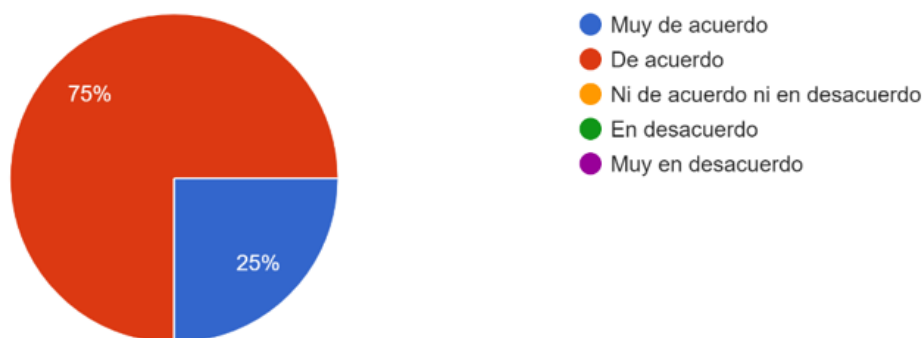
##### 5. Hay un consenso en cuanto a las diferentes propuestas de vincular la financiación

Los expertos están de acuerdo con un 62,50%, en que en el conjunto final de la financiación autonómica se diferencie el gasto, pero sin realizar ningún cambio al modo de la obtención de los ingresos mediante los impuestos.

Así como también están al 100% de acuerdo en que la financiación hospitalaria se vincule con los resultados en calidad y eficiencia, permitiendo así, incorporar incentivos tanto positivos como negativos, para organizaciones y profesionales.

En el gráfico 14, se ve claramente como todos los panelistas están de acuerdo en que se vincule la financiación hospitalaria con dichos resultados.

Gráfico 14: Vinculación de la financiación hospitalaria con resultados en calidad y eficiencia



### **Observaciones de los panelistas al cuestionario piloto**

- Preguntas sobre calidad y control de la eficiencia del sistema.
- En el copago, siempre se centra el debate en pensionistas, cuando lo que hay que reformar es los colectivos de activos, topando el copago en un límite superior
- Respecto a la pregunta 9, el Fondo de Cohesión (regulado en el Real Decreto 1207/2006, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-18375&p=20220103&tn=1>) ya permite la facturación entre comunidades autónomas basada en la información nominal de pacientes desplazados entre comunidades autónomas con derecho a la asistencia.

## **6.2 Salud pública y planificación sanitaria**

Planificar es anticipar cambios en la dirección deseada. Ni la planificación es un fin en sí mismo, ni su utilización va a resolver problemas básicos que solo pueden acometerse a partir de una identificación correcta de las preferencias, actitudes y valores de la sociedad. El resultado final de todo el proceso de planificación sanitaria se concreta en alcanzar unos objetivos de salud.

Con el traspaso de competencias hacia las Comunidades Autónomas, en varias de ellas se ha producido una cierta fragmentación de funciones de salud pública entre estructuras propiamente de salud pública y otras, particularmente las de atención primaria. Es necesario pues delimitar e identificar las tendencias para un reparto efectivo de competencias entre estructuras y administraciones.

En esta sección se busca el consenso de los expertos en temas tan importantes como problemas relacionados con la inmigración, el control y evaluación de las actividades o la delegación de competencias.

### **1. El incremento de la inmigración está generando nuevos problemas de salud**

Los panelistas llegan a un completo consenso indicando que, a causa del aumento de la inmigración, se están descubriendo nuevos problemas de salud.

## 2. Existe consenso respecto a la incorporación de actividades de control en los planes de salud

Los panelistas también se muestran de acuerdo en la inclusión de actividades para el control de los planes de salud de manera que se pueda evaluar la consecución de los objetivos planteados y realizar un correcto seguimiento.

En los gráficos 15 y 16, se muestra cómo en ambos casos los expertos llegan a un completo acuerdo respecto a dichas afirmaciones.

Gráfico 15: Identificación de problemas de salud a causa de la inmigración

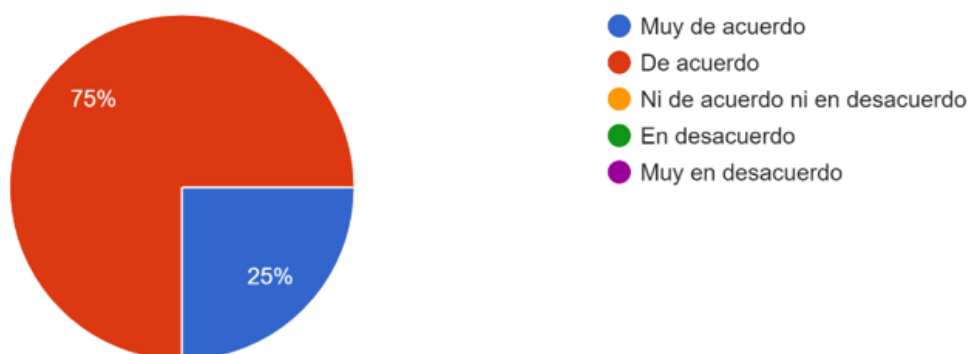
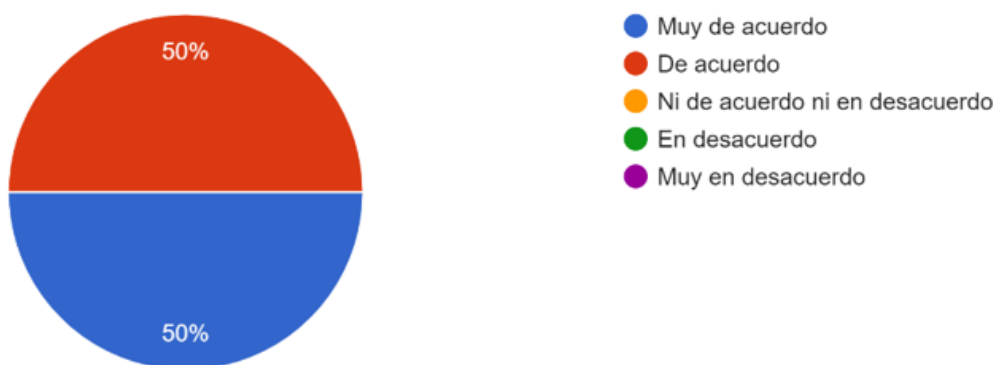


Gráfico 16: Los planes de salud incluirán actividades para su control



## 3. La evaluación de la Atención Primaria y Especializada se realizará teniendo en cuenta resultados en la salud de la población

Los panelistas se encuentran en un 75% de acuerdo en que las evaluaciones que se efectúen sobre las actividades de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, se realicen en base al impacto que tienen sobre la salud de la ciudadanía.

## 4. Se potenciarán las actividades de inspección de Salud Pública

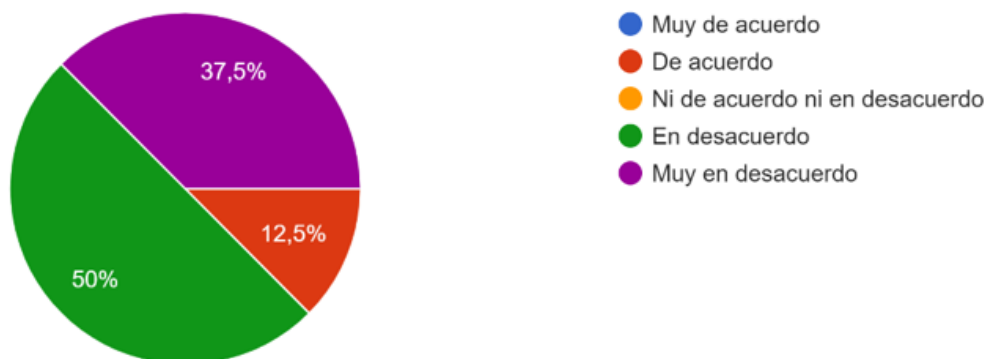
Los expertos están en un 87,50% de acuerdo en que se fomenten más las actividades que se realizan de inspección en todo lo relacionados con la alimentación y el medioambiente.

## 5. No se delegarán competencias en materia de sanidad exterior a las CCAA

Los expertos están en un 87,50% en desacuerdo respecto a que se deleguen competencias en materia de sanidad exterior a las Comunidades Autónomas.

En el gráfico 17, observamos las opiniones de los panelistas respecto a dicha afirmación.

Gráfico 17: Delegación de competencias en materia de Sanidad Exterior



#### 6. Se incluirá un mecanismo de coordinación entre Estado y CCAA para hacer frente a situaciones urgentes

Los panelistas se encuentran en un 100% de acuerdo en que, para que se pueda realizar una correcta planificación sanitaria en caso de presentarse situaciones de Salud Pública de extrema urgencia, se establezca un mecanismo de coordinación entre el Estado y las diversas Comunidades Autónomas.

#### Observaciones de los panelistas al cuestionario piloto

- Planes para integrar la Unidad de Emergencias y personal voluntario en caso de pandemias
- No veo reseñas sobre el sistema de información, su planificación y conexiones
- El planteamiento de la pregunta 18 requeriría modificar la Constitución española de 1978, concretamente el artículo 149.1.16ª (competencias exclusivas del Estado).

#### 6.3 Regulación de la oferta y la demanda

En los sistemas sanitarios privados es el mercado y el precio el principal mecanismo de regulación de la oferta y la demanda. En los sistemas públicos, y en ausencia de este mecanismo regulador, la demanda tiende a crecer hasta hacer inviable el sistema. Sin embargo, es posible utilizar modificaciones en el diseño de la organización y regular la relación entre los distintos agentes del sistema para generar incentivos, que tendrán efectos diversos sobre la oferta y la demanda con el objeto de llegar a soluciones al problema de la demanda infinita, garantizando el principio de equidad propio de los sistemas públicos.

Los temas explorados en esta área son: la incorporación de nuevas tecnologías al SNS, la participación de las empresas privadas en el sistema de salud, el aseguramiento privado y el futuro de MUFACE.

### 1. No se llega a un consenso en quién determinará la incorporación de las nuevas prestaciones en el sistema sanitario

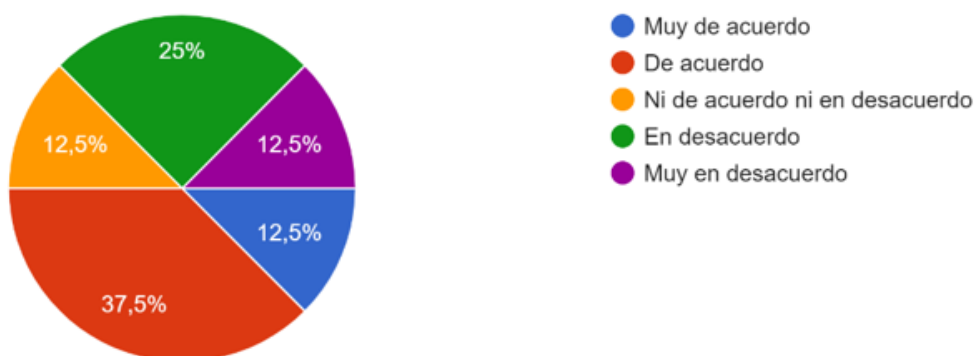
Los panelistas están en un 87,50% de acuerdo, en que las nuevas prestaciones que se hacen al sistema sanitario se realicen en base a criterios que tengan que ver con coste efectividad.

Los expertos están un 50% en desacuerdo en que las nuevas prestaciones al sistema sanitario en las Comunidades Autónomas estén determinadas por los Gobiernos Autonómicos. Y también hay un 50% de desacuerdo en que estén determinadas por el Ministerio de Sanidad.

En cuanto a las nuevas prestaciones al sistema sanitario siendo determinadas por el Consejo Interterritorial, no se llega a un consenso claro debido a que los expertos están un 50% de acuerdo en que esto ocurra.

Si las nuevas prestaciones que se incorporasen a las Comunidades Autónomas fueran determinadas por una Agencia de Evaluación de Tecnologías médicas, siendo ésta independiente de los Gobiernos Autonómicos a nivel estatal, los panelistas indican que están un 50% de acuerdo. En el gráfico 18, se observa cuáles son las opiniones de los mismos a dicha posibilidad.

Gráfico 18: Nuevas prestaciones determinadas por una Agencia de Evaluación de Tecnologías médicas



En el caso de que las nuevas prestaciones se llevaran a cabo en régimen de concierto con el sector privado, los panelistas indican con un 75% que están en desacuerdo.

Los expertos llegan a un 75% de consenso, en el caso de que, si se incorporan nuevas prestaciones al Sistema Sanitario, se sometan a evaluaciones y del mismo modo, a que se acepten por parte de las sociedades científicas médicas.

En la tabla 3, se muestran las diferentes opiniones referidas a las incorporaciones de las nuevas prestaciones. Existe un consenso entre los panelistas sobre que el criterio coste-efectividad prevalecerá para seleccionar nuevas prestaciones o tecnologías y será. Sin embargo, no existe consenso sobre la relación entre las CCAA y el Ministerio en este proceso.

Tabla 8: Respuestas de la incorporación de las nuevas prestaciones

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nuevas prestaciones en base a criterios coste efectividad	0%	12,50%	0%	50%	37,50%
Nuevas prestaciones en las CCAA determinada por el Gobiernos Autonómicos	25%	25%	25%	25%	0%
Nuevas prestaciones en las CCAA determinada por el Ministerio de Sanidad	0%	50%	12,50%	12,50%	25%
Nuevas prestaciones en las CCAA determinada por el Consejo Interterritorial	0%	25%	25%	12,50%	37,50%
Nuevas prestaciones en las CCAA determinada por una Agencia de Evaluación de Tecnologías	12,50%	25%	12,50%	37,5%	12,50%
Nuevas prestaciones al sistema sanitario realizada por el concierto del sector privado	25%	50%	0%	25%	0%
Nuevas prestaciones al sistema sanitario sometida a evaluación y aceptación	0%	25%	0%	62,50%	12,50%

**2. Los presupuestos de los hospitales se establecerán por su nivel de actividad y habrá un presupuesto independiente para la atención primaria.**

Los presupuestos de los hospitales de los servicios autonómicos de salud se basan en el número de ciudadanos referentes a cada hospital, y el 50% de los panelistas están a favor de que dependan de su nivel de actividad.

Los expertos están de acuerdo en un 75% en que, la Atención Primaria tenga los presupuestos independientes para poder comprar los servicios hospitalarios necesarios para sus ciudadanos adscritos.

### 3. Consenso en contratación de servicios

Los panelistas muestran en sus respuestas dos aspectos muy distintos sobre incrementar la contratación en las empresas privadas, por un lado, el 50% se muestra de acuerdo, y por el otro el 50% está en desacuerdo, no llegando así a ningún consenso.

### 4. Acuerdo en establecer acuerdos intercomunitarios

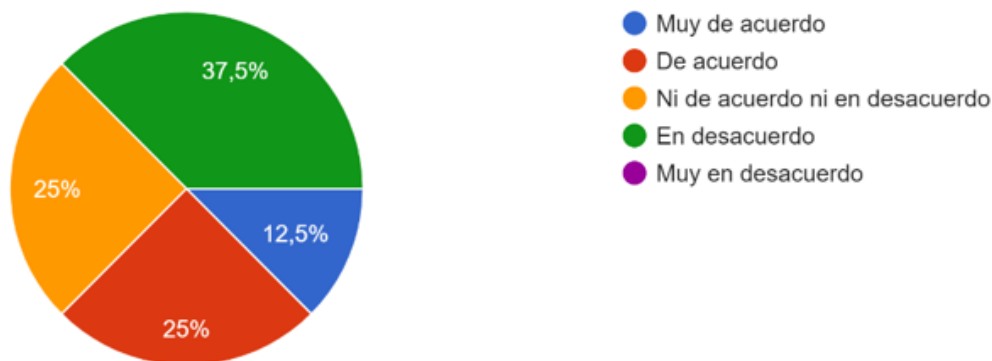
El 87,50% de los expertos están a favor de instaurar acuerdos intercomunitarios para unificar los servicios de diagnósticos de alta tecnología, y así garantizar la suficiente actividad y lograr la destreza y calidad de los profesionales y sus prestaciones.

### 5. Consenso en la libre elección de los ciudadanos respecto al centro hospitalario y especialistas

El 62,50% de los panelistas se muestran de acuerdo en la libre elección del centro hospitalario por los ciudadanos, aunque no se encuentre en su área sanitaria.

Los panelistas no llegan a un consenso en la elección de centro hospitalario motivado por los tiempos de espera mínimos que hay que garantizar. En el gráfico 19, podrán observar la disparidad de opiniones.

Gráfico 19: Elección del centro hospitalario según el tiempo de espera



Hay un gran consenso entre los expertos del 75% respecto a la elección de especialista en el hospital por la población.

### 6. Se incrementará la contratación de seguros privados complementarios a la cobertura pública

Según los panelistas ascenderá el número de ciudadanos con doble seguro de salud, el público y el privado.

Muestran un acuerdo en que la preferencia de los ciudadanos en la contratación del seguro privado será en las compañías que tengan un cuadro médico de facultativos y centros sanitarios. Aunque también hay acuerdo, en que muchos de los ciudadanos su preferencia serán las compañías que ofrezcan el reembolso de gastos al no tener predefinido un cuadro médico de facultativos y centros hospitalarios.

### 7. Existe una opinión favorable a que MFACE se integre en el sistema de seguridad social.



Los expertos indican que están un 87,50% en desacuerdo, en que el sistema MUFACE (organismo público encargado de gestionar el mutualismo administrativo para el personal de la Administración civil del Estado), se expanda progresivamente entre los ciudadanos.

También indican que están un 62,50% de acuerdo en que dicho sistema desaparezca, y que esté integrado en el régimen general de la Seguridad Social.

#### **Observaciones de los panelistas al cuestionario piloto**

- a. Podría incluirse un indicador de consumo de recursos de salud, factura en la sombra, etc.

### **6.4 Gestión de centros sanitarios**

El Sistema Nacional de Salud en España, cuenta con activos positivos que comparte con los mejores servicios sanitarios públicos integrados del mundo. Entre ellos destacan: estar basado en una buena Atención Primaria, su organización territorial y poblacional por Áreas de Salud y una excelente base de capital humano y profesional en todas las profesiones sanitarias, así como una dinámica y experiencia valiosa en gestión general y calidad-efectividad de la práctica médica. Estos rasgos tan positivos, sin embargo, se ven acompañados por problemas de gobierno de las instituciones asistenciales, organización y gestión.

La ingeniería médica está aportando nuevas tecnologías, dispositivos y aplicaciones informáticas basadas en inteligencia artificial. En relación con esto, en los próximos años se esperan avances significativos.

#### **1. En los centros ambulatorios y hospitalarios se fomentarán las opciones para evitar la hospitalización**

Los expertos en su mayoría aprueban las alternativas complementarias en los centros ambulatorios y hospitales, en la Cirugía Mayor Ambulatoria, las intervenciones de día y a domicilio y extender los centros de alta resolución.

#### **2. Colaboración público-privada en la gestión de departamentos de salud desaparecerá progresiva, pero se establecerán otras fórmulas de gestión privada.**

Los panelistas están de acuerdo en la no cesión a la construcción de hospitales por el sector privado, a cambio de la explotación de dicho centro por unos años que se han pactado antes de dicha construcción. Sin embargo, si están de acuerdo en combinar en los centros hospitalarios, la gestión pública-privada.

También aprueban instaurar formas organizativas para los profesionales con fórmulas ya operativas en otros campos privados, como cooperativas, fundholding, entre otras, en las que ellos mismos llevan el control del ejercicio y la mejora profesional.

#### **3. Combinar profesionales y usuarios, ampliar oferta de servicios, promocionar la salud e incorporar mejoras técnicas.**

Los panelistas muestran su acuerdo en implantar estructuras democráticas para gestionar y controlar los centros hospitalarios, donde intervengan de una manera por igual los profesionales y los propios usuarios.

Los expertos están de acuerdo en aumentar los programas en Atención Primaria, como, por ejemplo: la asistencia a domicilio, la cirugía menos y la atención a enfermos terminales. Los cuales sería algunos de los servicios a incrementar. También están de acuerdo en fomentar y promocionar de una manera mayoritaria, con mucho peso en el sector de Atención Primaria.

Con una mayoría, los expertos muestran su conformidad a que la historia clínica del paciente esté vinculada a su tarjeta sanitaria.

#### **4. La Atención Primaria y su cartera de servicios experimentará pocos cambios**

Los expertos se muestran de acuerdo en que la Atención Primaria no debe incorporar alta tecnología diagnóstica, como en que sean autónomos en fijar su cartera de servicios.

Igualmente muestran su conformidad en que los equipos de Atención Primaria y los servicios de asistencia hospitalarios no se constituyan en cooperativas independientes y concertadas, con los Servicios Autonómicos de Salud.

Así como también, en la gestión de las gerencias y en la fórmula de financiación manifiestan su conformidad en que no debe de existir un modelo de colaboración público-privada (CPP).

#### **5. La reducción de los tiempos en las listas de espera**

Los expertos muestran un consenso en la reducción y limitación en los tiempos máximos de las listas de espera de los pacientes.

El 62,50% de los expertos, se muestran a favor de que, en las Comunidades Autónomas, fijen tiempos máximos en la espera de los pacientes para pruebas, consultas, cirugías, etc., financiando la Consejería de Salud dicha atención, aunque sea elegida por el paciente fuera de su Comunidad Autónoma.

Con el mismo porcentaje aprueban que con una utilización y optimización de los recursos en jornada ordinaria se reducirían las listas de espera para los pacientes.

Los encuestados con un 87,5 % indican su conformidad en utilizar los programas de autoconcertación, cirugías de tarde, etc.

Y con un 75% de conformidad también apoyan la concertación con los centros privados para reducir los tiempos de espera en las citaciones de los pacientes.

En la tabla 4, vemos los diferentes porcentajes respecto a lo respondido en materia de listas de espera.

Tabla 9: Respuestas de las preguntas referidas a los tiempos de espera

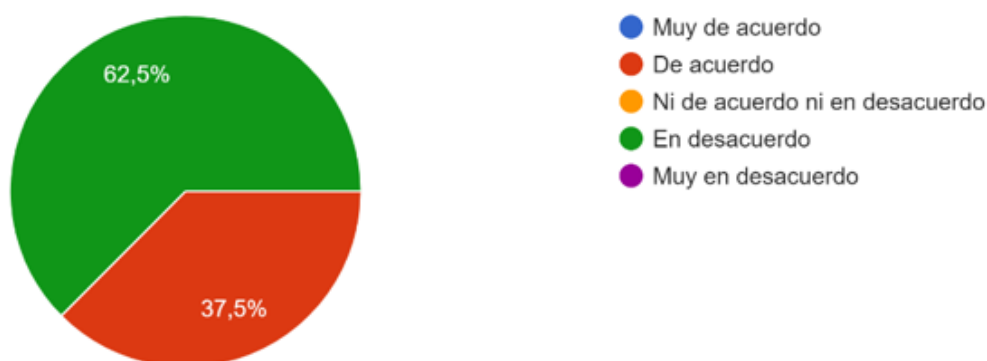
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Tiempos máximos en la espera de los pacientes	0%	25%	12,50%	37,50%	25%
Reducción de las listas de espera para un mejor aprovechamiento	0%	37,50%	0%	37,50%	25%
Listas de espera abordadas por los mismos programas	0%	12,50%	0%	87,50%	0%
Tiempos de espera emprendidos por la concertación en los centros privados	12,50%	0%	12,50%	75%	0%

## 6. Las consejerías de sanidad y los centros privados

Los panelistas están de acuerdo en no incluir y ceder concesiones administrativas a los centros privados, aunque estos estén en igualdad de condiciones que los centros públicos. También están de acuerdo en que no se puedan realizar los pagos capitativos por parte de la consejería de Sanidad.

En el gráfico 20 observamos la negativa de los expertos a intercambiar los pagos capitativos por unas concesiones administrativas.

Gráfico 20: Otorgar concesiones administrativas en las atenciones sanitarias en primaria y especializada a cambio de un pago capitativo



## 7. Los Comités de Ética, el defensor del paciente y la participación ciudadana, figuras importantes

Los expertos con un 62,50% se muestran de acuerdo en que, tanto en las decisiones clínicas como de gestión, los Comités de Ética deben de tener cada vez más presencia.

Los panelistas están de acuerdo con un 62,50%, en que se debe de crear un órgano de participación ciudadana independiente, donde la Administración Pública sanitaria no

tenga implicación, aunque para ello se tenga que dotar tanto de recursos, como de acceso a la información sanitaria sobre aspectos generales.

Se muestra un consenso del 62,50% por parte de los expertos, en crear la figura del Defensor del Paciente en cada centro hospitalario y gerencia de Atención Primaria.

Un 82,50% de los panelistas, se muestran a favor de que los usuarios tengan, y progresivamente se aumente, la participación en la toma de decisiones, planificación y control.

### **Observaciones de los panelistas al cuestionario piloto**

- a. El planteamiento de la pregunta 50 (HCE dentro de una tarjeta sanitaria electrónica) resultaría contraria a la evolución tecnológica de los sistemas HCE actuales, tanto en las CCAA, como en el sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm>), como la propuesta de Reglamento (UE) de Espacio de Datos de Salud: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52022PC0197>

## **6.5 Farmacia**

La prestación farmacéutica absorbe una muy importante fracción de los recursos del sistema sanitario, aproximadamente el 16% del gasto sanitario total. El crecimiento del gasto farmacéutico se sitúa además por encima del de otros componentes del sistema. En este ámbito, la producción y desarrollo de nuevos fármacos ocurre en el marco de la iniciativa privada. Esto hace que la regulación de la prestación farmacéutica presente desafíos importantes para garantizar la suficiencia económica del sistema sanitario.

### **1. No se llega a un consenso en relación a las oficinas de farmacia**

Los panelistas se encuentran en desacuerdo con un 50%, en que las oficinas de farmacia sean gestionadas por concesiones administrativas, siendo así que el establecimiento sea regresado a la Administración cuando el concesionario llegue a la muerte o a su jubilación.

Hay un consenso entre los panelistas del 62,50% respecto a que se instaure un libre mercado para aperturas de oficinas de farmacia.

Por otro lado, los panelistas están un 50% en acuerdo y desacuerdo, sobre que se promueva la posibilidad de que empresarios que no sean farmacéuticos, de capital privado o público, suministren el servicio de prestaciones farmacéuticas.

### **2. Los expertos llegan a un consenso respecto a que se lleven más medicamentos genéricos a las farmacias**

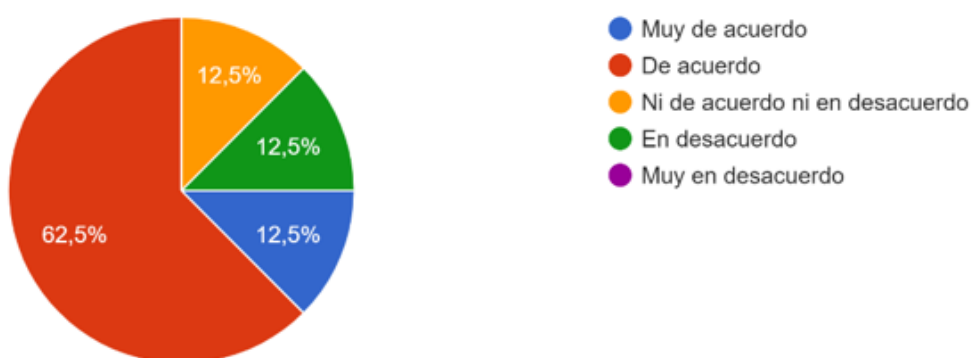
Los panelistas muestran un consenso del 100% en que el número de principios activos comercializados como genéricos aumenten.

Los expertos muestran un grado de consenso del 62,50% sobre la disminución de la participación ciudadana respecto al pago que hay que hacer por los genéricos.

Para que los farmacéuticos se sientan participes en las políticas de los genéricos, los panelistas han llegado a un acuerdo del 75%, en que se pueda permitir un mayor margen en los genéricos para que compensen los fármacos sustituidos.

En el gráfico 21, observamos las diferentes opiniones de los expertos encuestados.

Gráfico 21: Mayor margen en los genéricos a las farmacéuticas



### 3. Se introducirán cambios respecto a la dispensación de medicamentos

Los expertos están en un 75% de acuerdo, en que, respecto a la actividad de dispensar los medicamentos, se intensifiquen los visados y las autorizaciones para ello. Los panelistas, también muestran un consenso del 75% en que se introduzcan más restricciones en los medicamentos a la hora de ser financiados por el sistema público.

Por otra parte, respecto a que la dispensación de medicamentos en las oficinas de farmacia se sustituya por un sistema de dispensación pública en los hospitales y centros de salud, muestran una disconformidad del 75%.

#### Observaciones de los panelistas al cuestionario piloto

- a. Falta un tema muy relevante que es como se realiza el acceso y financiación de medicamentos. Hay que modificar este procedimiento y darle transparencia

### 6.6 Gestión de Recursos Humanos

Con las cuestiones formuladas se trata de captar y precisar lo más posible dos aspectos especialmente relevantes del modelo de relaciones laborales aplicable a la gestión del personal:

- a) La visión teórico-práctica del actual modelo imperante.
- b) Su grado de aceptación y posible crítica parcial, o incluso total.

Como las anteriores cuestiones, concernientes a otros aspectos nucleares del modelo sanitario, el presente apartado tiene una relevancia más que constatada para la configuración y valoración del estado de salud, calidad y plausibilidad del conjunto. Como se viene afirmando por los estudiosos, interesados u operadores del sector, la calidad, por la eficacia y eficiencia demostradas del sistema de gestión, condiciona el nivel del modelo sanitario, siempre en la búsqueda de la deseada excelencia de su estructura, organización y prestaciones; por lo que se ha venido enfatizando al respecto que su análisis deviene una cuestión casi apodíctica que, por lo tanto, no cabe soslayar en ningún caso.

### 1. Consolidar y laboralizar

Muestran los expertos un consenso en no consolidar a los empleados en Atención Primaria y hospitales, en el funcionariado. De la misma manera que muestran su conformidad en la no laboralización del personal de las instituciones sanitarias.

### 2. Profesionalizar la gestión sanitaria

Los panelistas están a favor de despolitizar los actuales sistemas de nombramiento de gestores para la gestión, pasando a su profesionalización.

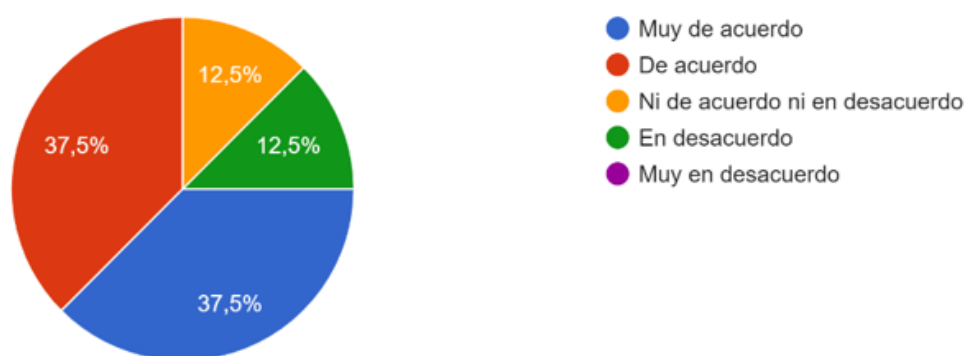
No llegando a un consenso, con un empate de porcentaje para establecer un examen “MIR” al respecto de la gestión sanitaria.

### 3. Incentivos y reconocimientos

Los expertos están de acuerdo con un 62,50% en incentivar de manera económica a los empleados sanitarios con el fin de optimizar el gasto en compras.

El 75% de los panelistas se encuentran a favor de implantar un modelo donde se contemple el riesgo y el reconocimiento con vinculo al desempeño. En el gráfico 22 vemos las respuestas a dicha afirmación.

Gráfico 22: Nuevo modelo de relaciones laborales



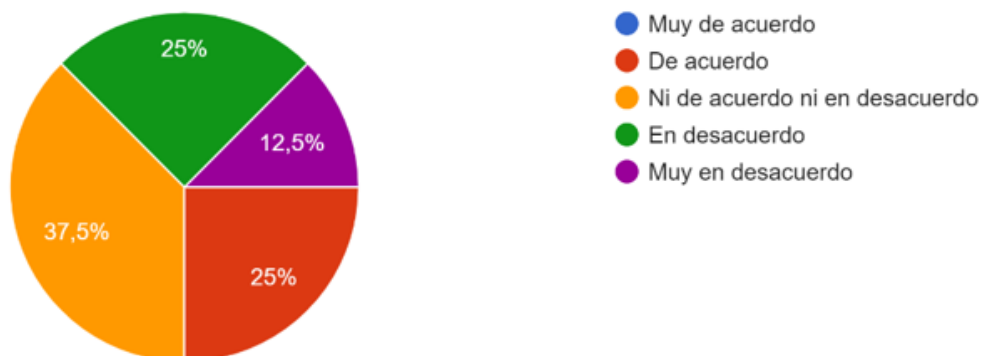
### 4. Los profesionales en los próximos años

Los expertos muestran un acuerdo en que debido a que en los próximos años habrá un descenso de profesionales, se deberá de aumentar las plazas de formación y captación en otros países. Organizar los servicios y cambiar los roles profesionales, también será un método para utilizar.

No se llega a determinar un consenso en que la formación continuada del personal esté reglada e impartida por organismos profesionales como Colegios profesionales, sociedades científicas e instituciones educativas independientes.

Los encuestados se muestran en desacuerdo en retirar la obligatoriedad para los profesionales de la Sanidad Pública de estar colegiados. En el gráfico 23 mostramos las respuestas.

Gráfico 23: No obligación de estar colegiado



## 7. Conclusiones

El Sistema Nacional de Salud, durante la pandemia, ha realizado múltiples cambios en la atención sanitaria mediante una infinidad de protocolos, con el objetivo de subsanar los fallos y deficiencias que iban surgiendo.

El estudio realizado muestra las características del SNS, sus puntos fuertes y sus carencias. Se observa la falta de previsión y visión de futuro, dado que todos los cambios son costosos y lentos y en cambio las necesidades y demandas de los ciudadanos son distintas y varían a una velocidad vertiginosa. Si a todo esto añadimos la situación de pandemia vivida y no prevista, quedan totalmente al descubierto las deficiencias y necesidades de cambios en nuestro SNS.

Lo más relevante en este estudio da a conocer que las tres áreas más afectadas tras la Covid-19 son la atención primaria, la hospitalización y las urgencias. Se llega a una pandemia ya con deficiencias sanitarias, con listas de espera para especialistas, médicos de familia saturados, falta de personal sanitario, todo ello añadido a la falta de previsión, tanto en medicamentos, material sanitario, profesionales sanitarios, etc., nos da una breve visión del motivo que ha provocado en estas tres áreas este desbordamiento y agotamiento físico y mental, para los enfermos como para los profesionales sanitarios.

Cabe destacar aquí la importancia y relevancia que tiene el tercer objetivo: financiación y gasto sanitario. Tras la investigación se puede comprobar que hay una necesidad imperativa de cambios en la forma de financiación que tiene el SNS y es muy importante realizar un estudio exhaustivo de cómo controlar el gasto sanitario. El sistema de cálculo queda al descubierto y hay que realizar un reajuste. Se comprueba que la longevidad en la población cada vez es mayor, que los jóvenes empiezan mucho más tarde a cotizar en la seguridad social, etc., la suma de todos estos detalles nos hace ver que los cálculos de financiación y gasto sanitario deben de ajustarse a la realidad actual, y así subsanar en la medida de lo posible las deficiencias y descuadres económicos.

En términos interdisciplinares, se observa la necesidad de cambios en el SNS, destacando por un lado las áreas que presentan unas carencias y necesitan más ajustes y reorganización. Además, se detallan las variaciones en los grupos de población que van directamente a la planificación a tener en cuenta para realizar los cambios oportunos.

El cuestionario realizado con el método Delphi indica que serán necesarios cambios en diferentes aspectos: el copago, incentivar a los profesionales según resultados y profesionalidad, intercomunicación sanitaria, colaboración público-privada, etc., todo ello revisado por un grupo de expertos y haciendo partícipe a la ciudadanía nos llevaría a un consenso necesario para ejecutar los cambios en el SNS que la población necesita.

Es necesario para llegar a conocer las propuestas de evolución del futuro del SNS continuar con el proceso de consenso Delphi iniciado en este TFG.



## 8. Bibliografía

Abades Porcel, M., & Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, 23 (4), 151-155. [Ageing in Spain: it's a challenge or social problem? \(isciii.es\)](http://www.isciii.es)

Acevedo G, Martínez D, Utz L. Manual de Medicina Preventiva y Social I. Unidad 1. La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva. México; 2013. (2-6) <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>

Aguilera, M., Calcerrada, N., Carbajo, P., De Bustos, M., Díaz, M.D., Estirado, A., Fernández, A., García, J.J., García, M.F., Pérez, G. y Toledo, D., 2020-2021. Ministerio de Sanidad. (2020-2021) Informe Recursos Humanos 2020-2021, 10. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadistica/s/InfAnualSNS2020\\_21/Informe\\_RRHH\\_2020-21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadistica/s/InfAnualSNS2020_21/Informe_RRHH_2020-21.pdf)

Atención primaria, servicios sanitarios y enfermedades crónicas . (2022, 13 de enero). IdiSNA. <https://www.idisna.es/investigacion/areas-de-investigacion/atencion-primaria-y-servicios-sanitarios>

Atlas Mundial de la Salud (2022). Determinantes Sociales de la Salud. (s. f.). <http://www.atlasdelasalud.org/seccion.aspx?idbloque=1>

BOE.es—BOE-A-1978-31229 Constitución Española, (1978) (s. f). (art. 43) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229&p=20110927&tn=1#a43>

BOE.es—BOE-A-2003-10715 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (s.f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715&p=20210330&tn=1>

BOE.es—BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (s.f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20181206&tn=1#atres>

BOE.es—BOE-A-1997-9022 13450 Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (1997). <https://www.boe.es/eli/es/l/1997/04/25/16>

BOE.es—BOE-A-2020-3702 Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (s. f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3702>

BOE.es— BOE-A-2020-4442 28956 Orden SND/344/2020, de 13 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, Pub. L. No. Orden SND/344/2020, (2020). <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/04/13/snd344>

BOE.es— BOE-A-2020-4933 32132 Orden SND/404/2020, de 11 de mayo, de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad, Pub. L. No. Orden SND/404/2020, (2020). <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/05/11/snd404>

BOE.es—BOE-A-2020-3692 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (s. f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692#:~:text=Ayuda-Real%20Decreto%20463%2F2020%2C%20de%2014%20de%20marzo%2C%20por,de%2014%2F03%2F2020>

BOE.es—BOE-A-2021-12612 90770 Resolución de 20 de julio de 2021, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se establece el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesaria para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19 al que se refiere el artículo 25 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, Pub. L. No. Resolución, (2021). [https://www.boe.es/eli/es/res/2021/07/20/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2021/07/20/(2))

Cabo Salvador, J. (2022) Sistema Sanitario Español |gestión sanitaria. (s. f.). gestion-sanitaria.com. <https://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html>

DatosRTVE. (2022, 2 de septiembre). Ocupacion de camas por COVID-19 en hospitales españoles . RTVE.es. <https://www.rtve.es/noticias/20220902/ocupacion-camas-covid-19-hospitales-espanoles/2042349.shtml>

De La Guardia Gutiérrez, MA, Ruvalcaba Ledezma, JC, De La Guardia Gutiérrez, MA, & Ruvalcaba Ledezma, JC (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Diario de resultados negativos y no positivos , 5 (1), 81-90. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081)

Determinantes sociales de la salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud . (s.f.). <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Diccionario panhispánico del español jurídico. Definición Colaboración Publico Privada. <https://dpej.rae.es/lema/colaboraci%C3%B3n-p%C3%BAblico-privada>

El informe beveridge (18 de julio, 2007) | la guia de historia . (s.f.). <https://www.laguia2000.com/inglaterra/el-informe-beveridge>

Farmacia Comunitaria. (s. f.) Consejo General de Colegios Farmacéuticos (2019). <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-comunitaria/>

García, F., Melón, S. Navarro, D., Paño, J. R, y Galán, J. C Organización del diagnóstico de SARS-CoV-2 y estrategias de optimización <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020-COVID19-OrganizacionDiagnostico.pdf>

García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, PD, Padilla, S., Calero-Sierra, I., Monzó-García, M., Pérez-Martín, J., & Rodríguez-Jimenez , R. (2020). Impacto en la salud mental de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios españoles. Medicina Psicológica , 52 (1), 195-197. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002019>

González, L., Poveda, J. J., López, J. R., Lewin, L., De Palacio, L., Rodríguez, A. L., Aparicio, M. A, y Gil, A. (2019). La farmacia en el Sistema Sanitario Actual: Aportación a los retos

demográficos y asistenciales (3)  
[https://www.fundacionfundamed.org/doc/GrupoTrabajo\\_Farmacia.pdf](https://www.fundacionfundamed.org/doc/GrupoTrabajo_Farmacia.pdf)

Health, T. L. P. (2020). COVID-19 in Spain: a predictable storm? The Lancet. Public Health, 5(11), e568. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7567525/>

Hood C. 1991. A Public Management for All Seasons?, Public Administration 69(N.1): 3–19. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

ILO, ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Fourth edition, 2020. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_745963.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf)

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por comunidad y ciudad autónoma de residencia, causas (lista reducida), sexo y edad (2019). <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=48266#!tabs-mapa>

Instituto Nacional de Estadística. Hospitalización en los últimos 12 meses según grupos de edad. (2020) Hospitalización en los últimos 12 meses según grupos de edad. 2020. (ine.es)

INE. Proyección de la población a largo plazo 2009-2049. Publicada el 28/01/2010, consultable en INEBASE. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p270/2009-2049&file=pcaxis>

Instituto Nacional de Estadística. Tasas de Mortalidad según sexo y edad hasta 100 años y más Tasas de Mortalidad según sexo y edad hasta 100 años y más (desde 1991)(14816) (ine.es)

Instituto Nacional de Estadística. Uso de servicios sanitarios (2020). Apartado gráficos y tablas. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926695829&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926695829&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)

Lora Martín, A (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en el sistema sanitario español. (Trabajo Fin de Grado, Universitat Politècnica de València) <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/149262/Lora%20-%20IMPACTO%20DE%20LA%20PANDEMIA%20POR%20COVID-19%20EN%20EL%20SISTEMA%20SANITARIO%20ESPA%c3%91OL.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ministerio de Sanidad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Similares (2020) <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/vacunas-contr-la-covid%E2%80%9119/>

Ministerio de Sanidad, (2020). Diferentes series de gasto sanitario <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeriesGastoSanitario.pdf>

Ministerio de Sanidad. “Indicadores de Salud”, (2020) Ministerio—de Sanidad - Portal Estadíst—co del SNS - Estadísticas, Informes y Recopilaciones del Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales–e Igualdad – Mortalidad. [Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas, Informes y Recopilaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Mortalidad](#)

Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/INFORME\\_ANUAL\\_2020\\_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 [monografía en Internet]. Madrid; 2012. [https://www.msbs.gob.es/organización/sns/docs/sns2012/SNS012\\_Espanol.pdf](https://www.msbs.gob.es/organización/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf)

OECD. (2020). How's Life? 2020: Measuring Well-being. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-s-life/volume-/issue-9870c393-en>

OMS. (2009). Hacia la Equidad en Salud. Informe Mundial sobre desigualdades sociales en salud (OMS). [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1)

Pérez Díaz J. La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. En Staab AS y Hodges LC. Hodges editores. En: Enfermería Gerontológica. México D.F: McGraw Hill; 1998, pp. 451-63.

Reconstruir mejor: Por una recuperación resiliente y sostenible después del COVID-19 . (s.f.). OCDE. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/reconstruir-mejor-por-una-recuperacion-resiliente-y-sostenible-despues-del-covid-19-8ccb61b8/>

Recuperación del coronavirus . (s.f.). Instituto de Recursos Mundiales. WRI (2020), Build Back Better, <https://www.wri.org/coronavirus-recovery>

Reglamento de Funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud,(2003). <https://www.sanidad.gob.es/organización/consejoInterterri/docs/ReglamentoCISNS-23-07-2003.pdf>

Rodríguez Blas. MC (2020). Estadística del Gasto Sanitario Público. (2020) <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipal.esResultados.pdf>

Rodríguez Blas. MC (2019). Principales resultados Sistemas de Cuentas de Salud. (2019) <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>

Rolleat. (2021, 12 de enero). Como cambiar tu estilo de vida. Roll'eat® . <https://rolleat.com/es/estilo-de-vida/>

Torchia M., Calabrò A., Morner M. 2015. Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature, Public Management Review 17(2): 236–261. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14719037.2013.792380>

Tramo Iparraguirre, S., Martín Álvarez, R., Párraga Martínez, I., Tramo Iparraguirre, S., Martín Álvarez, R., & Párraga Martínez, I. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19

para la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia , 14 (2), 85-92.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1699-695X2021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., & García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. Investigación en Educación Médica, 1(2), 90-95. <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-X2007505712427047>

Vera, I. (24 e septiembre, 2018) Bismarck vs Beveridge, el cara a cara de los sistemas sanitarios en la Unión Europea. Planta Doce. <https://www.plantadoce.com/entorno/bismarck-vs-beveridge-el-cara-a-cara-de-los-sistemas-sanitarios-en-la-union-europea.html#:~:text=En%20la%20Alemania%20de%201883,que%20gestionan%20los%20servicios%20m%C3%A9dicos.>

Vivas, D y Sánchez, R. E (1993). Informe Delphi. El Sistema Sanitario Español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo.

We mean business coalition—Policy. (s. f.). We Mean Business Coalition (2020), Build ack Better -, <https://www.wemeanbusinesscoalition.org/build-back-better/>

## ANEXO 1. ODS Y TFG

### ANEXO

### OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



#### **Reflexión sobre la relación del TFG con los ODS en general y con el/los ODS más relacionados.**

En este anexo se desarrolla la relación existente entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el TFG. Para ello, en primer lugar, se describe qué son y a continuación, se elabora una reflexión de los objetivos en general y más concretamente, se habla de los que se relacionan con el trabajo de forma directa.

“La Asamblea General de la ONU adoptó hoy la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. Los Estados miembros de la Naciones Unidas aprobaron una resolución en la que reconocen que el mayor desafío del mundo actual es la erradicación de la pobreza y afirman que sin lograrla no puede haber desarrollo sostenible” (Naciones Unidas, 2015).

En relación a mi Trabajo de Fin de Grado (TFG), sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) tras el Covid-19, de entre todas las ODS, se abordan dos objetivos que son más notorias respecto a este estudio.

Primero vamos a reflexionar sobre el cual tiene más relación, que es el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar. El cual el objetivo principal es “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, el cual se está viendo muy comprometido, debido a que actualmente se sigue luchando y afrontando en contra del Covid-19, y a causa de esta pandemia, estamos siendo envueltos en una crisis sanitaria de gran medida, afectando en gran medida la salud y el bienestar de toda la población, así como también desequilibrando la economía.

En general el Trabajo de Fin de Grado habla de la Salud, y en un punto específico que es el 4 el cual trata de las diferentes temas sobre Sistema Nacional de Salud, como por ejemplo cuando se inicia el que la población tenga acceso a la sanidad, la población que está protegida por el SNS. Sin embargo, hay un subpunto del cual habla del Estado de Salud, incluyendo ahí varias áreas del bienestar, como lo es, la esperanza de vida de las personas, los años de vida saludables, la mortalidad, y en medida de lo posible, como indica una meta de este objetivo, “Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.”

El segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible que se trabaja en mi TFG, es el 11: Ciudades y Comunidades Sostenibles. Su objetivo principal en este caso es, “Lograr que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles”. Según la Real Academia Española, la resiliencia es la “Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o

situación adversos.”. Al tener ya una ligera noción del concepto “Resiliencia”, podemos empezar a reflexionar sobre este Objetivo en General y el TFG.

En el presente trabajo, se concentra más en conseguir que aparte de que las ciudades y comunidades sean inclusivas, seguras y sostenibles, que toda la población se concentre en ser resiliente para enfrentar las consecuencias que actualmente ya se están afrontando. En el estudio se hace una referencia de la resiliencia que es “recuperarse mejor”, el cual significa que, si anteriormente nos podíamos adaptar con relativa facilidad a los entornos cambiantes, actualmente, además de ajustarse a la nueva realidad, la podemos evolucionar/transformar a ciudades y comunidades mejores, en las cuales se incluirían el estar más seguro en todo momento, hacer el mejor esfuerzo para eliminar las desigualdades, y que sean mucho más sostenibles de lo que ya están siendo.

Con el estudio realizado en el TFG podemos observar las necesidades de fortalecer algunas áreas, como lo pueden ser la capacidad de todos los países en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial (Naciones Unidas, s.f.).

## ANEXO 2. Cuestionario y resultados

### Estudio Delphi, el futuro de la sanidad en España

En la actualidad estamos trabajando en la elaboración de un DELPHI, el objetivo de realizar el siguiente cuestionario es analizar la opinión de ustedes, respecto a las preguntas que se han elaborado sobre unas áreas específicas en referencia al Sistema Sanitario en España.

#### INSTRUCCIONES:

A través de este cuestionario queremos conocer su opinión sobre el futuro de distintos temas relacionados con el Sistema Nacional de Salud. Siguiendo la metodología de consenso utilizada se realizan determinadas afirmaciones y le pedimos que exprese su grado de conformidad con cada una de ellas, para ello se ha establecido una escala de 5 alternativas y, le pedimos que marque con una X la casilla que mejor represente lo que usted opina sobre dicho tema.

Por ejemplo, si se le preguntara en qué grado está usted de acuerdo con la afirmación “Me gusta viajar”, y usted estuviera de acuerdo, debería marcar con una X la casilla de “De acuerdo”.

Intente contestar a cada pregunta con sinceridad y suficiente reflexión.

El cuestionario se ha dividido en 6 áreas:

1. Financiación
2. Salud pública y planificación sanitaria
3. Regulación de la oferta y la demanda sanitaria
4. Gestión centros sanitarios
5. Farmacia
6. Gestión de recursos humanos

Gracias por su cooperación.

#### FINANCIACIÓN

El gasto sanitario en el Estado español representa un 9,2% del PIB. De esta cantidad, el 70% aproximadamente se considera gasto público. El gasto público anual por habitante en España es de 1.732€. (Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021).

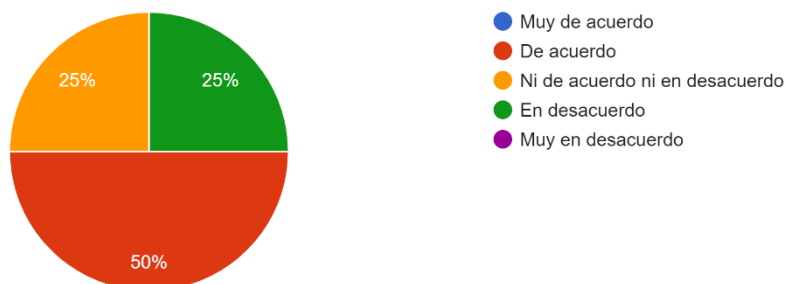
El problema de la financiación sanitaria es el de establecer un mecanismo de distribución que satisfaga a un tiempo los principios de suficiencia y equidad.

1. Se establecerá una fórmula de cálculo para su aplicación a la financiación de todas las Comunidades Autónomas; que tendrá en cuenta los criterios objetivos del Fondo de Compensación Interterritorial, como recoge la LOFCA (Ley Orgánica Financiación de las Comunidades Autónomas): a) El 87,5 por ciento del mismo de forma directamente proporcional a la población relativa; b) El 1,6 por ciento de forma directamente proporcional al saldo migratorio; c) El 1 por ciento de forma directamente proporcional al paro, según se define en la propia ley; d) El 3 por ciento de forma directamente proporcional a la superficie de cada territorio; e) El 6,9 por ciento de forma directamente proporcional a la dispersión de la población en el territorio.



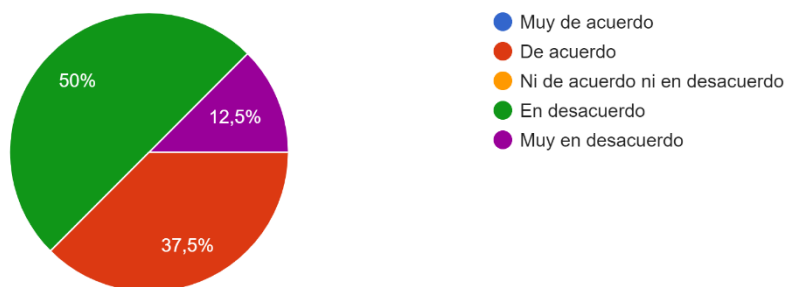
1. Se establecerá una fórmula de cálculo para su aplicación a la financiación de todas las Comunidades Autónomas; que tendrá en cuenta los cr... a la dispersión de la población en el territorio.

8 respuestas



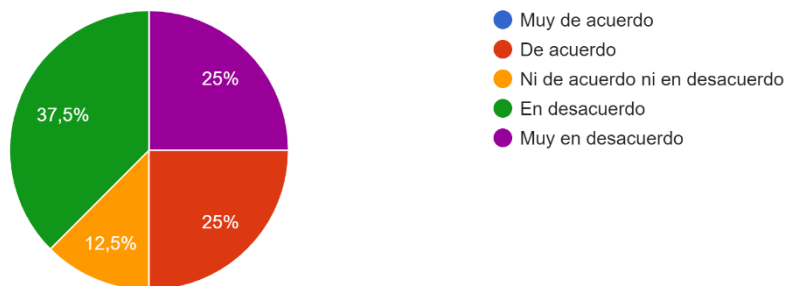
2. Los Ayuntamientos y Diputaciones incrementarán su porcentaje de participación en la financiación del sistema sanitario.

8 respuestas



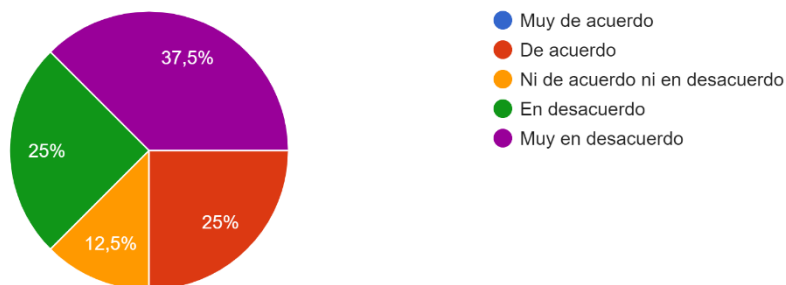
3. El copago no afectará a las prestaciones sanitarias actuales pero las nuevas prestaciones que se introduzcan en el sistema sanitario sí estarán afectadas por el copago.

8 respuestas



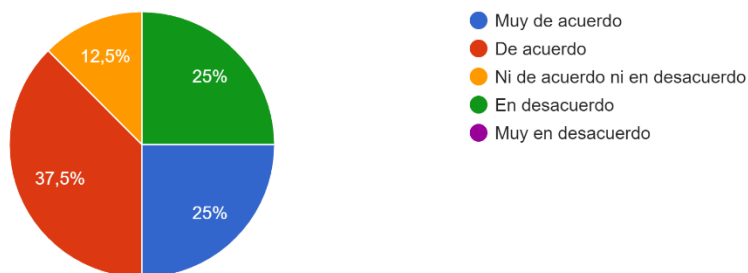
4. Se irá incrementando la participación de los mayores de 65 años en el copago de recetas.

8 respuestas



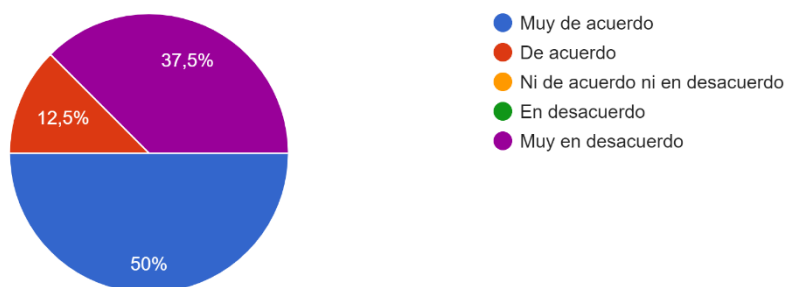
5. Se hará copartícipe a la Seguridad Social de la financiación de un porcentaje de gratuidad en las recetas de pensionistas.

8 respuestas



6. El copago de recetas dependerá del nivel de ingresos y no de la edad o condición de pensionista de los pacientes.

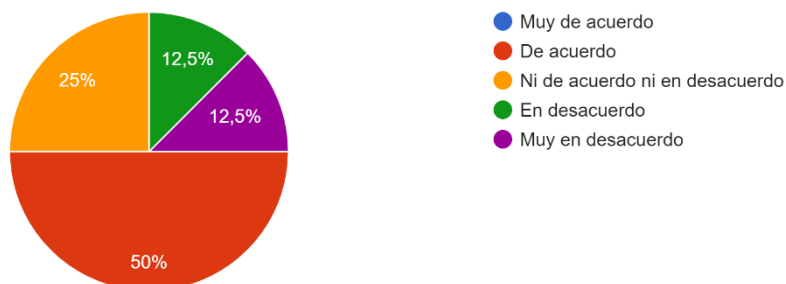
8 respuestas



7. El Fondo de Cohesión pasará a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y en un fondo de cohesión –o “fondo de igualdad” propiamente dicho– para reducir desigualdades y para realizar políticas de salud de ámbito suprarregional.

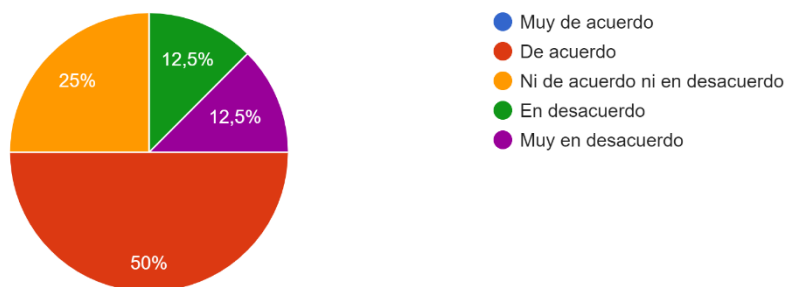
7. El Fondo de Cohesión pasará a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el Ministerio de Sani...lizar políticas de salud de ámbito suprarregional.

8 respuestas



8. El Fondo de Cohesión o igualdad se vinculará a los planes de salud –cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes– para su financiación.

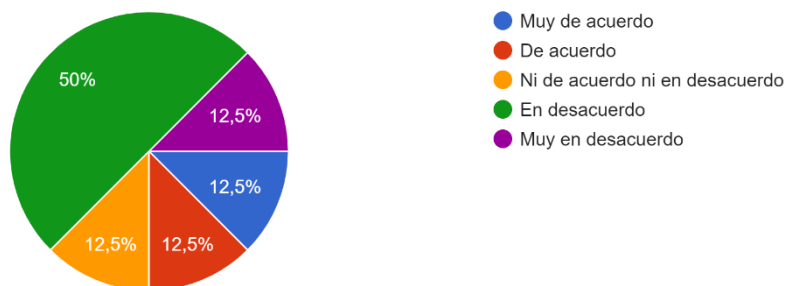
8 respuestas



9. Se suprimirá el Fondo de Cohesión (incluyendo su cuantía en la financiación global destinada a la sanidad) y se sustituirá por un sistema de facturación entre comunidades autónomas basado en la información nominal de pacientes desplazados entre comunidades autónomas con derecho a la asistencia.

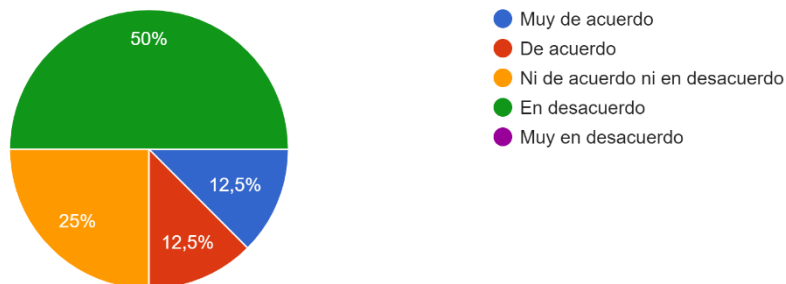
9. Se suprimirá el Fondo de Cohesión (incluyendo su cuantía en la financiación global destinada a la sanidad) y se sustituirá por un sistema de fac...omunidades autónomas con derecho a la asistencia.

8 respuestas



10. Se establecerá un recargo finalista en el IRPF con destino a la financiación sanitaria, eliminando a su vez posibles copagos o tasas unilaterales de las comunidades autónomas.

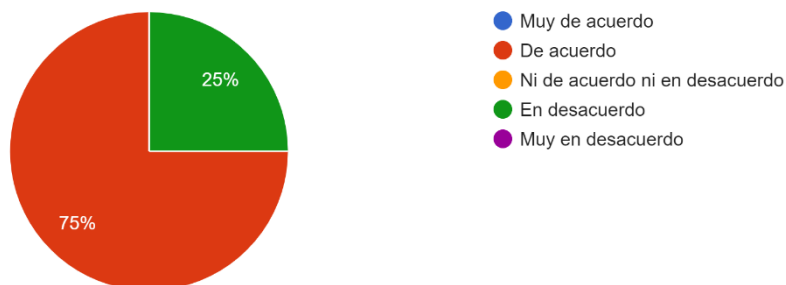
8 respuestas



11. El Fondo de Cohesión, y cualquier aportación adicional por parte de otras administraciones no sanitarias (como la que deben recibir las comunidades autónomas por la atención de pacientes extranjeros, cuya facturación se realiza por el sistema de Seguridad Social en virtud de los términos de los convenios con otros países), se integrará en la financiación sanitaria finalista de cada comunidad autónoma, sobre la base de los datos objetivos de la prestación.

11. El Fondo de Cohesión, y cualquier aportación adicional por parte de otras administraciones no sanitarias (como la que deben recibir las comunida...e la base de los datos objetivos de la prestación.

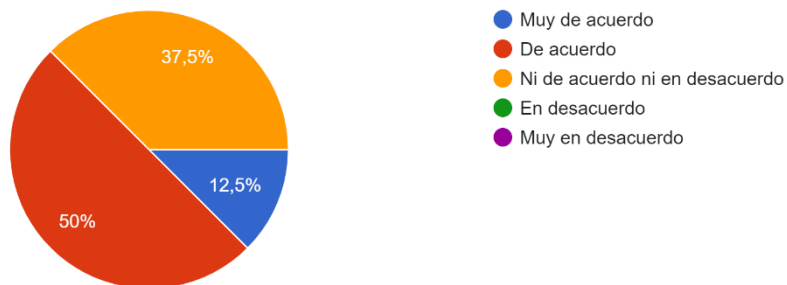
8 respuestas



12. Se diferenciará el gasto sanitario de manera finalista en el conjunto de la financiación autonómica, sin modificar la obtención de los ingresos correspondientes mediante los impuestos vinculados a la financiación autonómica general.

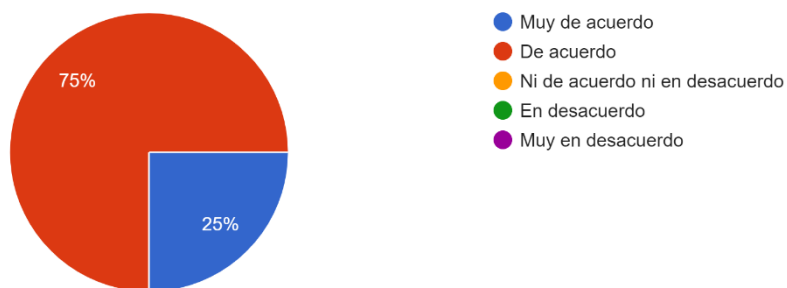
12. Se diferenciará el gasto sanitario de manera finalista en el conjunto de la financiación autonómica, sin modificar la obtención de los ingr...s vinculados a la financiación autonómica general.

8 respuestas



13. Se vinculará la financiación hospitalaria con resultados en calidad y eficiencia, incorporando incentivos positivos y negativos para organizaciones y profesionales.

8 respuestas



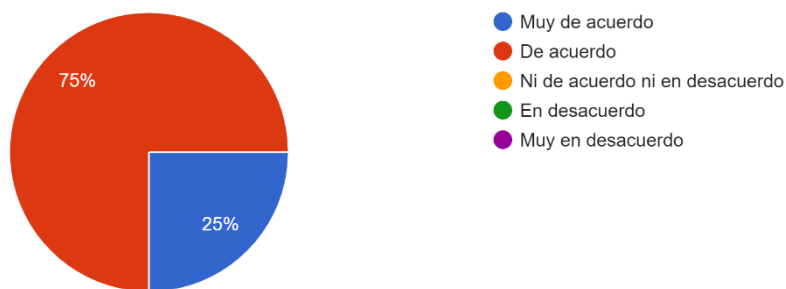
### SALUD PÚBLICA Y PLANIFICACIÓN SANITARIA

Planificar es anticipar cambios en la dirección deseada. Ni la planificación es un fin en mismo, ni su utilización va a resolver problemas básicos que solo pueden acometerse a partir de una identificación correcta de las preferencias, actitudes y valores de la sociedad. El resultado final de todo el proceso de planificación sanitaria se debe alcanzar unos objetivos de salud.

Con el traspaso de competencias hacia las Comunidades Autónomas, en varias de ellas se ha producido una cierta fragmentación de funciones de salud pública entre estructuras propiamente de salud pública y otras, particularmente las de atención primaria. Es necesario pues delimitar e identificar las tendencias para un reparto efectivo de competencias entre estructuras y administraciones.

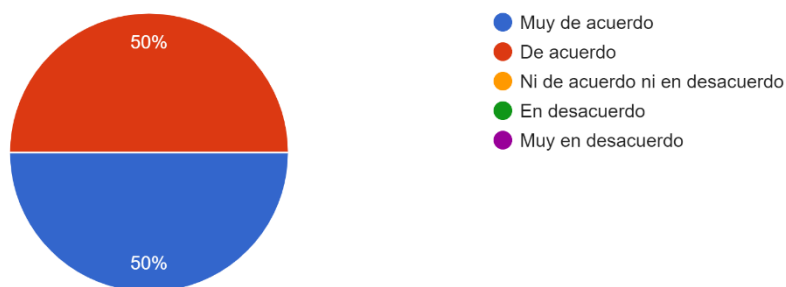
14. Se identificarán nuevos problemas de salud producto del incremento de la inmigración.

8 respuestas



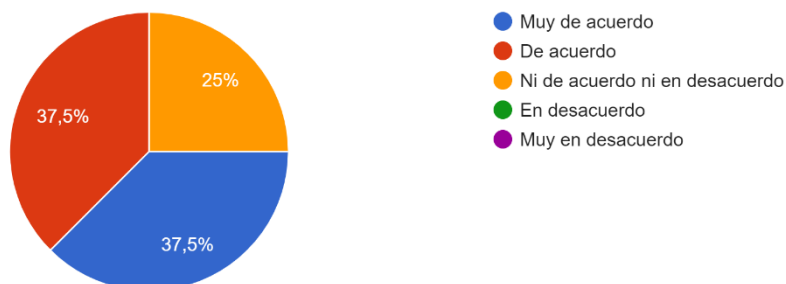
15. La ejecución de los planes de salud incluirá las actividades para su control.

8 respuestas



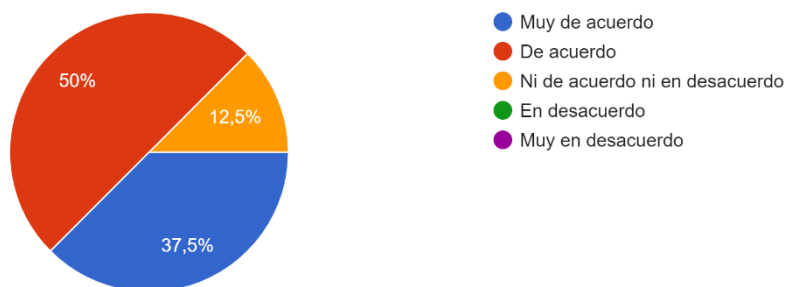
16. La evaluación de la actividad de Atención Primaria y Atención Especializada se realizará en base a su impacto en la salud de la población.

8 respuestas



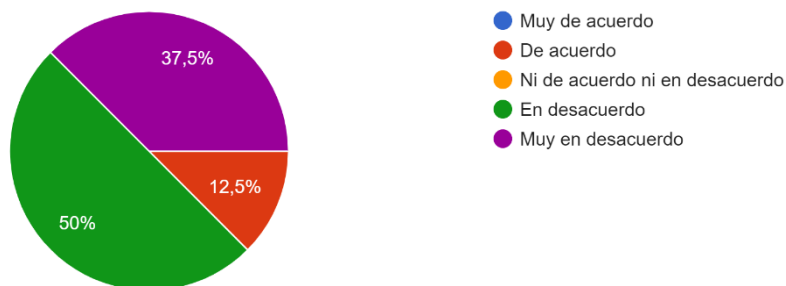
17. Se potenciarán las actividades de inspección de Salud Pública en el control de los alimentos y medioambiente.

8 respuestas



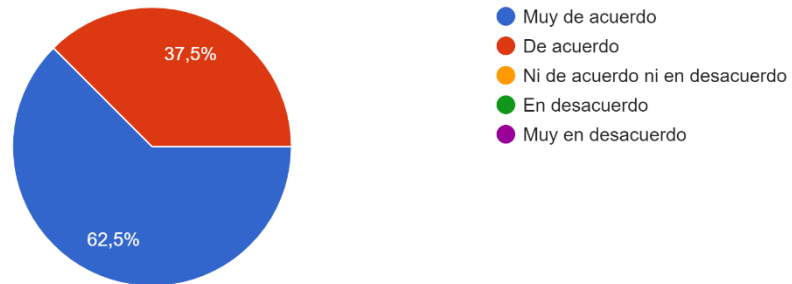
18. Se delegarán competencias en materia de sanidad exterior a las Comunidades Autónomas.

8 respuestas



19. Se establecerá un mecanismo de coordinación entre el Estado y las Comunidades Autónomas, para hacer frente a situaciones de Salud Pública urgentes.

8 respuestas



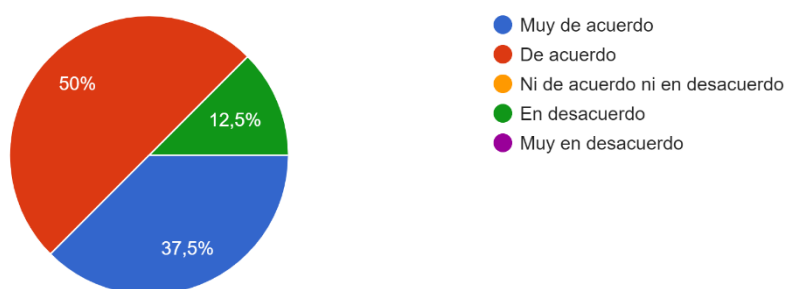


### REGULACIÓN DE LA OFERTA Y LA DEMANDA

En los sistemas sanitarios privados es el mercado y el precio el principal mecanismo de regulación de la oferta y la demanda. En los sistemas públicos, y en ausencia de este mecanismo regulador, la demanda tiende a crecer hasta hacer inviable el sistema. Sin embargo, es posible utilizar modificaciones en el diseño de la organización y regular la relación entre los distintos agentes del sistema para generar incentivos, que tendrán efectos diversos sobre la oferta y la demanda con el objeto de llegar a soluciones al problema de la demanda infinita, garantizando el principio de equidad propio de los sistemas públicos.

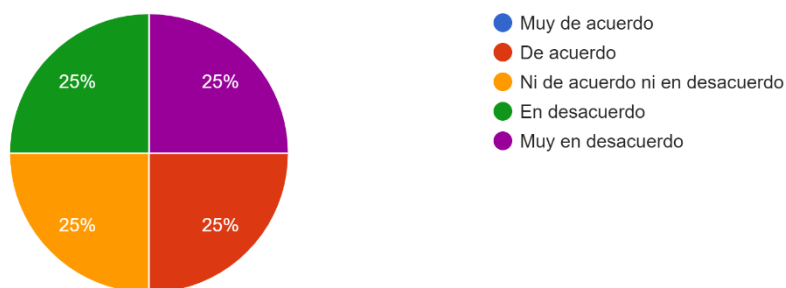
20. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario se realizará en base a criterios de coste efectividad.

8 respuestas



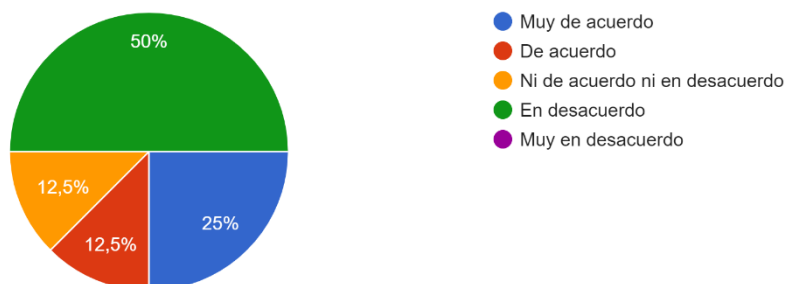
21. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario en las Comunidades Autónomas. será determinada por los Gobiernos Autonómicos.

8 respuestas



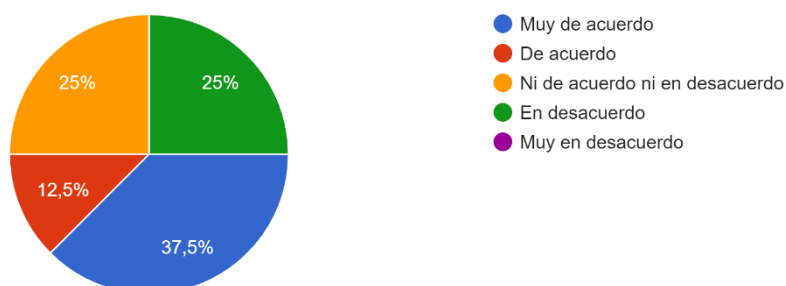
22. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario en las Comunidades Autónomas vendrá determinada por el Ministerio de Sanidad.

8 respuestas



23. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario en las Comunidades Autónomas vendrá determinado por acuerdo del Consejo Interterritorial.

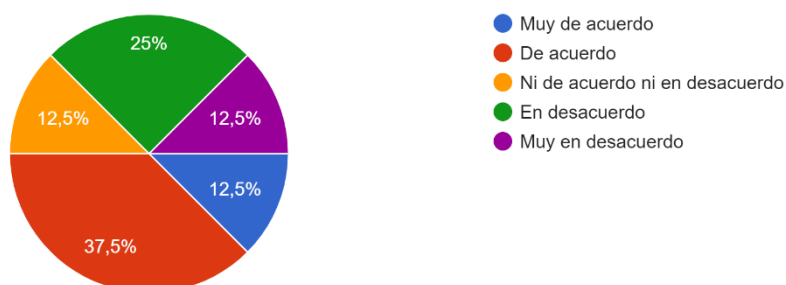
8 respuestas



24. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario en las Comunidades Autónomas será determinada por una Agencia de Evaluación de Tecnologías médicas como ente independiente de los Gobiernos Autonómicos a nivel estatal.

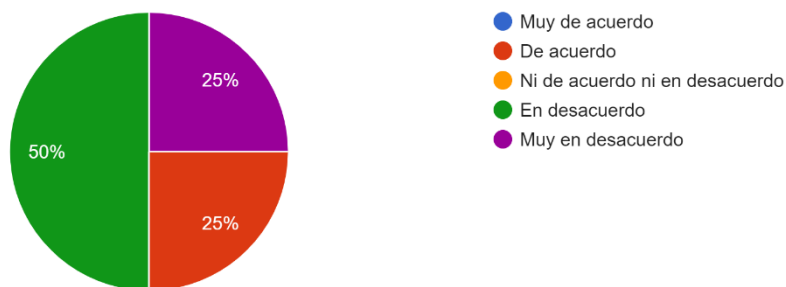
24. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario en las Comunidades Autónomas será determinada por una Agencia de Evaluación de...te de los Gobiernos Autonómicos a nivel estatal.

8 respuestas



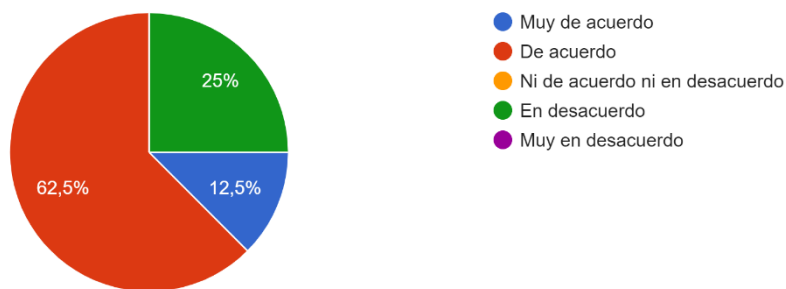
25. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario será realizada en régimen de concierto con el sector privado.

8 respuestas



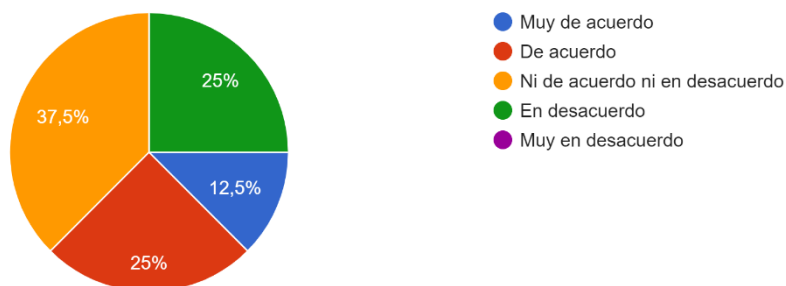
26. La incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario se someterá a la evaluación y aceptación de las sociedades científicas médicas.

8 respuestas



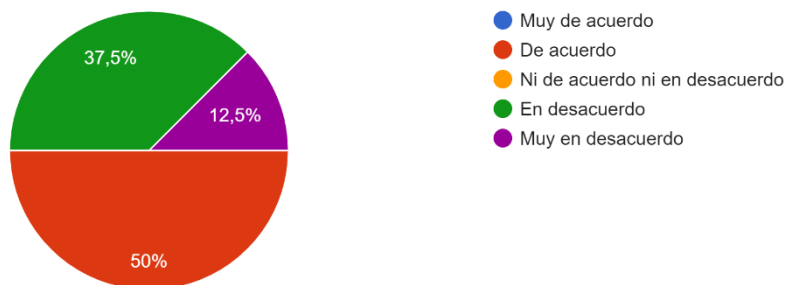
27. Se intensificará el sistema de visados y autorizaciones previas para las nuevas prestaciones incorporadas al sistema sanitario público.

8 respuestas



28. El sistema público incrementará la contratación de servicios a las empresas privadas.

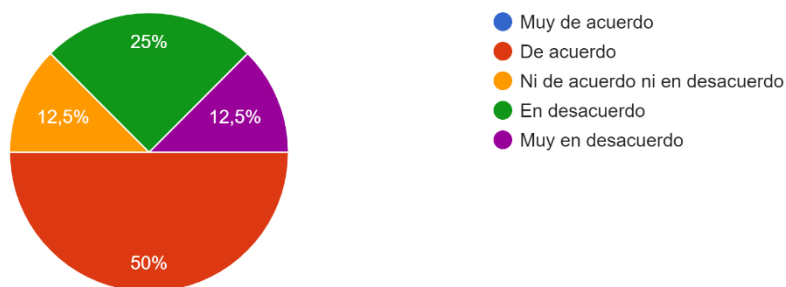
8 respuestas



29. El presupuesto de los hospitales de los Servicios Autonómicos de Salud dependerá de su nivel de actividad y no del número de ciudadanos residentes en el área sanitaria de referencia de cada hospital.

29. El presupuesto de los hospitales de los Servicios Autonómicos de Salud dependerá de su nivel de actividad y no del número de ciudadanos resident... el área sanitaria de referencia de cada hospital.

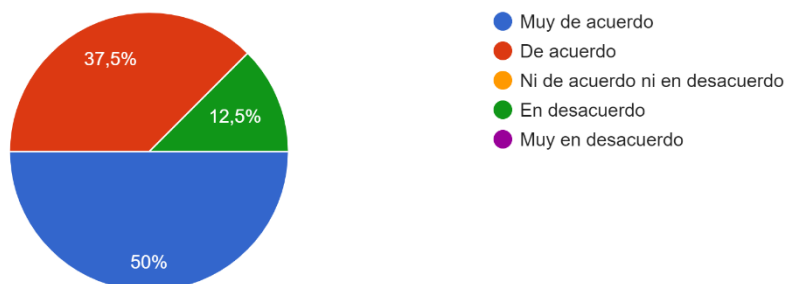
8 respuestas



30. Se concentrarán los servicios de super-especialidad o diagnósticos de alta tecnología para proveer un volumen de actividad suficiente que asegure la destreza de los profesionales y la calidad de sus prestaciones, siendo necesario, para ello, establecer acuerdos intercomunitarios en algunos casos.

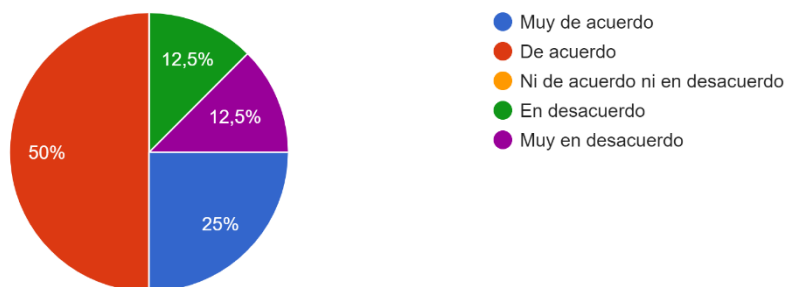
30. Se concentrarán los servicios de super-especialidad o diagnósticos de alta tecnología para proveer un volumen de actividad suficiente que as...cer acuerdos intercomunitarios en algunos casos.

8 respuestas



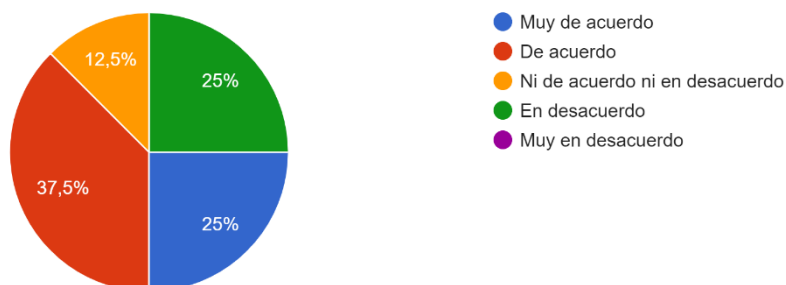
31. Los equipos de atención primaria estarán dotados de presupuestos independientes para comprar los servicios hospitalarios dirigidos a la población adscrita a ellos.

8 respuestas



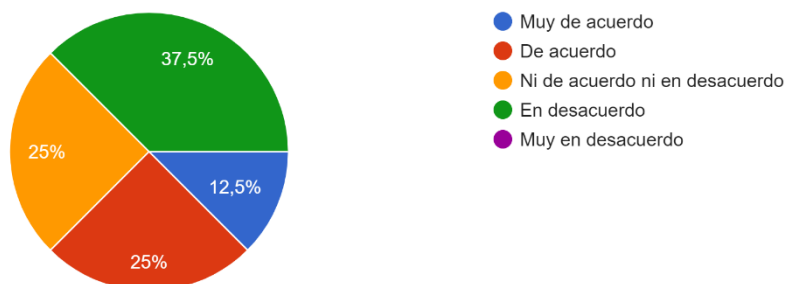
32. Los ciudadanos podrán elegir centro hospitalario, en cualquier caso, para ser atendidos, con independencia de su área sanitaria de procedencia.

8 respuestas



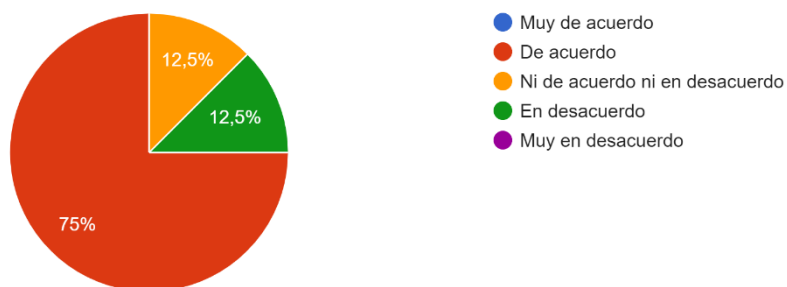
33. Los ciudadanos podrán elegir centro hospitalario sólo en el caso de superar los mínimos garantizados en los tiempos de espera.

8 respuestas



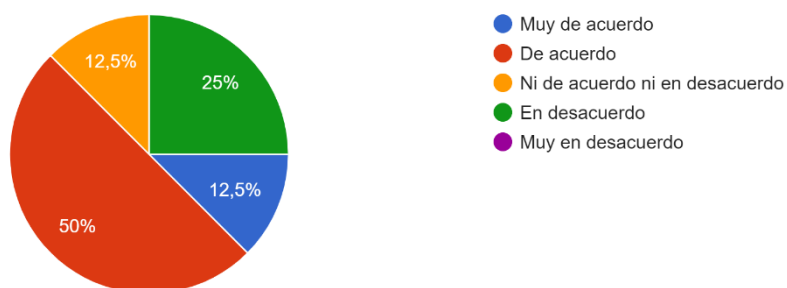
34. Los ciudadanos podrán elegir especialista en el hospital para ser atendidos.

8 respuestas



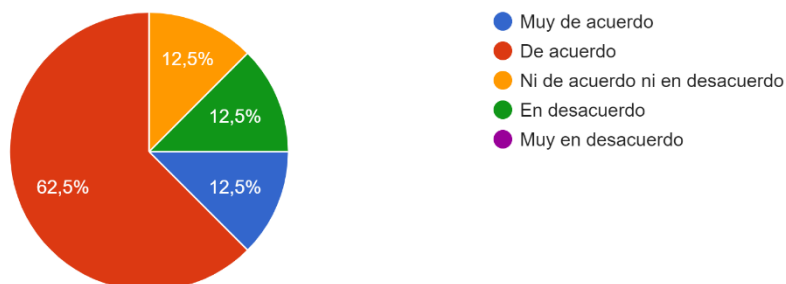
35. Se flexibilizarán los criterios geográficos de elección de médicos de Administraciones Públicas.

8 respuestas



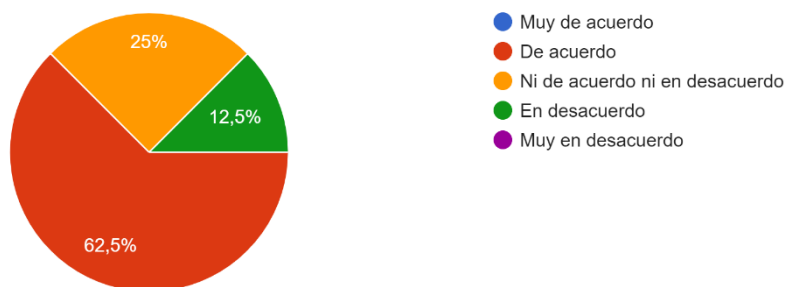
36. Se incrementará el porcentaje de ciudadanos con doble aseguramiento: público y seguro privado de salud.

8 respuestas



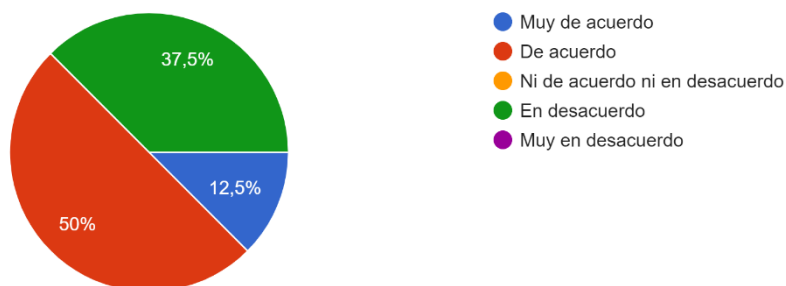
37. La preferencia del cliente de seguros privados de salud será por aquellos seguros con cuadro médico de facultativos y centros hospitalarios.

8 respuestas



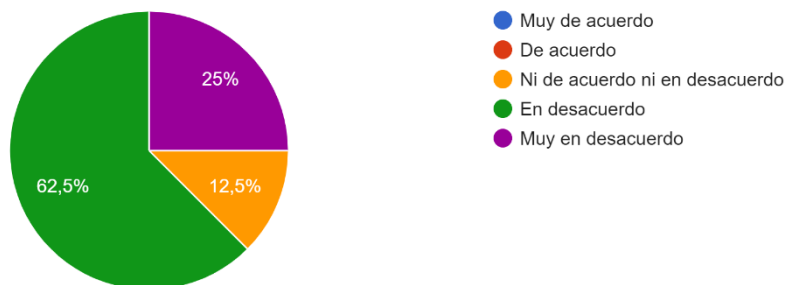
38. Los consumidores preferirán los seguros privados de salud con libertad de elección de médico y centro (sin cuadro predefinido por la compañía de seguros) y reembolso de gastos.

8 respuestas



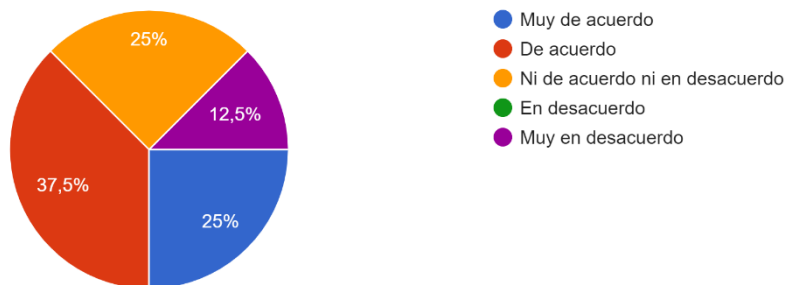
39. El sistema MUFACE se irá extendiendo progresivamente a todos los ciudadanos.

8 respuestas



40. El sistema MUFACE desaparecerá y se integrará en el régimen general de la Seguridad Social.

8 respuestas





## GESTIÓN DE CENTROS SANITARIOS

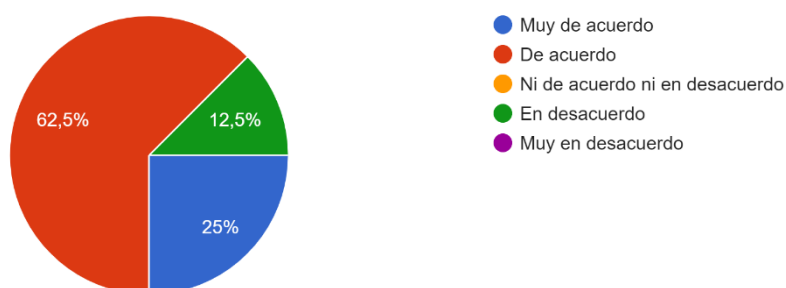
El Sistema Nacional de Salud en España, cuenta con activos positivos que comparte con los mejores servicios sanitarios públicos integrados del mundo. Entre ellos destacan: estar basado en una buena Atención Primaria, su organización territorial y poblacional por Áreas de Salud y una excelente base de capital humano y profesional en todas las profesiones sanitarias, así como una dinámica y experiencia valiosa en gestión general y calidad-efectividad de la práctica médica. Estos rasgos tan positivos, sin embargo, se ven acompañados por problemas de gobierno de las instituciones asistenciales, organización y gestión.

La ingeniería médica está aportando nuevas tecnologías, dispositivos y aplicaciones informáticas basadas inteligencia artificial. En relación con esto en los próximos años se esperan avances significativos.

41. Los centros de alta resolución se extenderán como una propuesta eficiente, tanto por las características de la prestación asistencial como por suponer una alternativa complementaria a los centros ambulatorios y hospitalarios actuales.

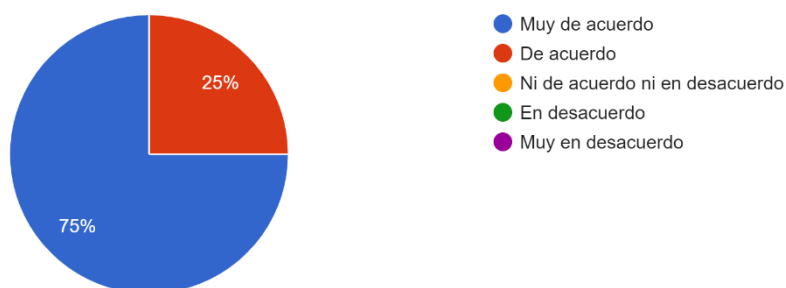
41. Los centros de alta resolución se extenderán como una propuesta eficiente, tanto por las características de la prestación asistencial como ...los centros ambulatorios y hospitalarios actuales.

8 respuestas



42. Se seguirá potenciando la Cirugía Mayor Ambulatoria, la hospitalización de día y a domicilio y otras posibles alternativas a la hospitalización.

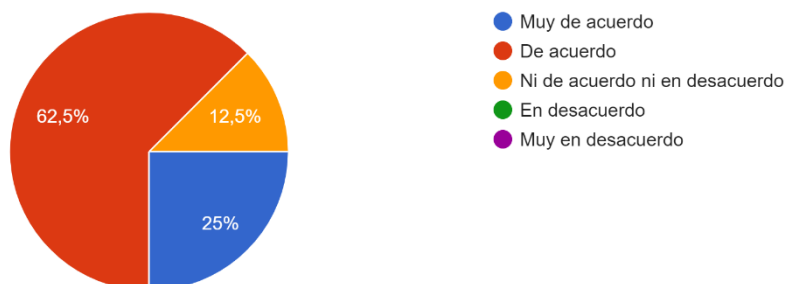
8 respuestas



43. Se potenciarán las redes de hospitales, consorcios, alianzas con organizaciones sin ánimo de lucro y se buscará la transversalidad en costes para funciones logísticas comunes (aprovisionamiento, distribución, ingeniería, mantenimiento, sistemas de información).

43. Se potenciarán las redes de hospitales, consorcios, alianzas con organizaciones sin ánimo de lucro y se buscará la transversalidad en costes pa...eniería, mantenimiento, sistemas de información).

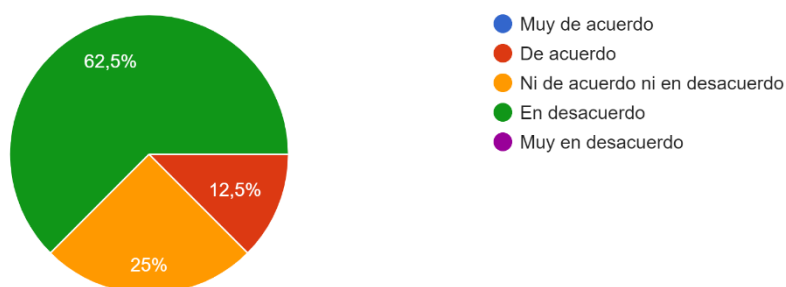
8 respuestas



44. Se extenderá el modelo PFI (consistente en adjudicar la construcción de un hospital a una empresa, que compensará las inversiones realizadas con la gestión del centro durante determinados períodos acordados) en el sector hospitalario como fórmula de financiación y gestión de las estructuras hospitalarias.

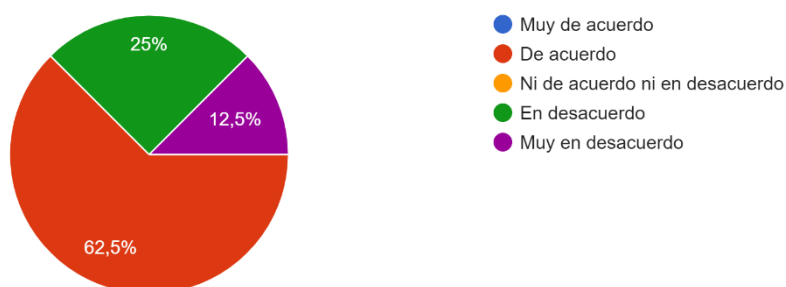
44. Se extenderá el modelo PFI (consistente en adjudicar la construcción de un hospital a una empresa, que compensará las inversiones realizadas...ción y gestión de las estructuras hospitalarias.

8 respuestas



45. Se incorporarán mecanismos de gestión privada en los centros hospitalarios públicos.

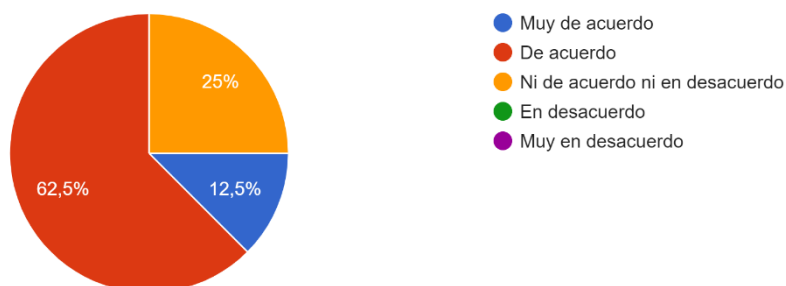
8 respuestas



46. Se establecerán formas organizativas de los profesionales sanitarios bajo modalidades cooperativas que están en vigor en otras profesiones en el ámbito privado (bufetes de abogados; consultorías), o como los fundholding británicos y en las que el control del ejercicio y el progreso profesional se ejercerá por los mismos profesionales.

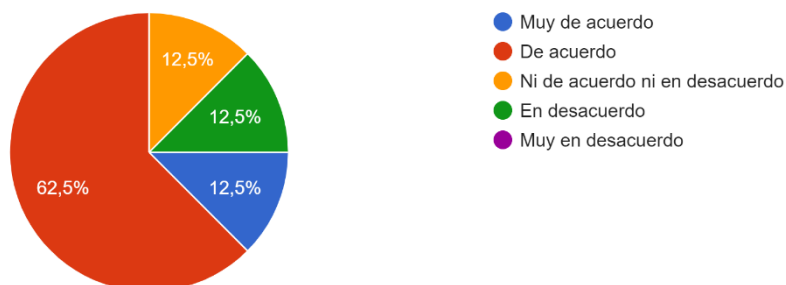
46. Se establecerán formas organizativas de los profesionales sanitarios bajo modalidades cooperativas que están en vigor en otras profesiones...esional se ejercerá por los mismos profesionales.

8 respuestas



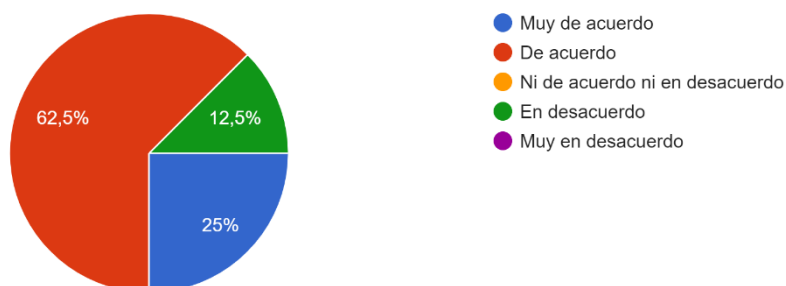
47. Se desarrollará el funcionamiento democrático de los centros hospitalarios, posibilitando estructuras democráticas de gestión y control, con participación de profesionales y usuarios.

8 respuestas



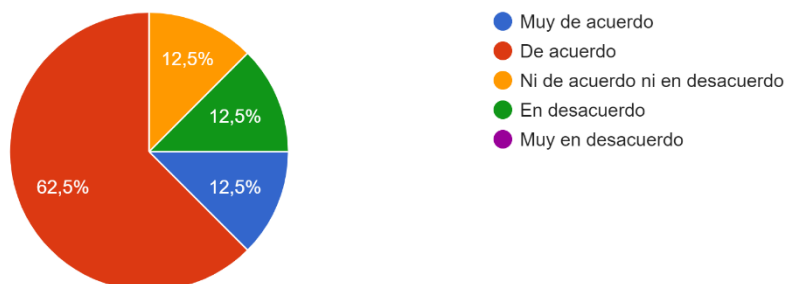
48. La atención primaria incrementará su oferta con programas de cirugía menor, atención a enfermos terminales, incremento de servicios en la asistencia a domicilio, etc.

8 respuestas



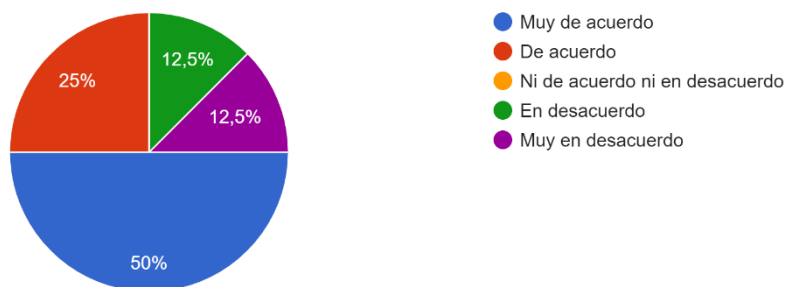
49. Los programas de promoción de la salud tendrán un mayor peso en la actividad de los equipos de atención primaria.

8 respuestas



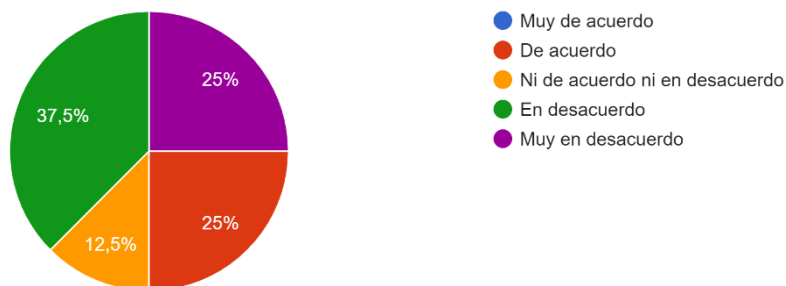
50. Se incorporará la información de la historia clínica de cada paciente a su tarjeta sanitaria electrónica.

8 respuestas



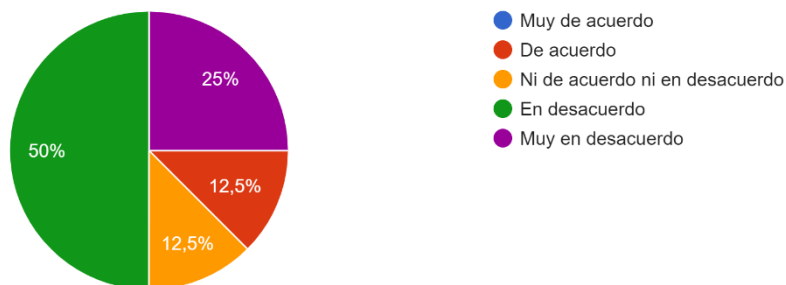
51. La Atención Primaria incorporará equipamiento de alta tecnología diagnóstica (ejem. TAC).

8 respuestas



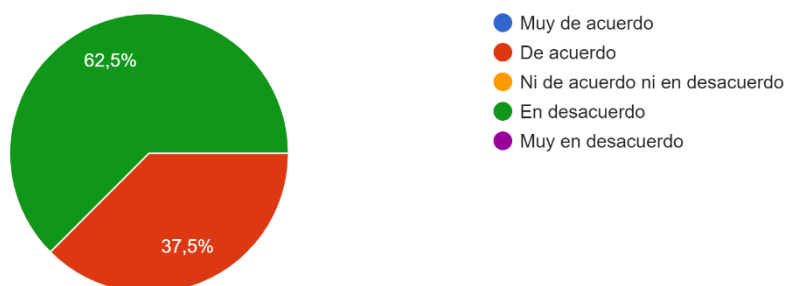
52. Cada equipo de Atención Primaria establecerá autónomamente su cartera de servicios.

8 respuestas



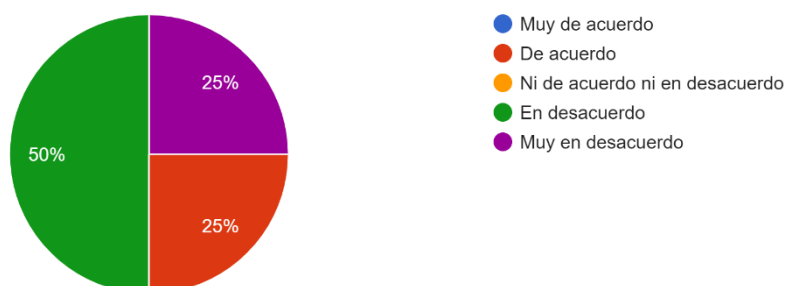
53. Los equipos de Atención Primaria y los servicios asistenciales de los hospitales se constituirán en cooperativas sanitarias independientes y concertadas con los Servicios Autonómicos de Salud.

8 respuestas



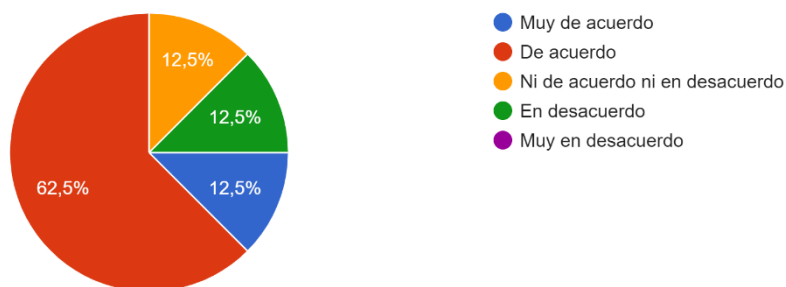
54. Se extenderá el modelo CPP (Colaboración Público Privada) en la atención primaria como fórmula de financiación y gestión de las gerencias de primaria y los centros de salud.

8 respuestas



55. Se extenderá la existencia de Unidades de Gestión Clínica.

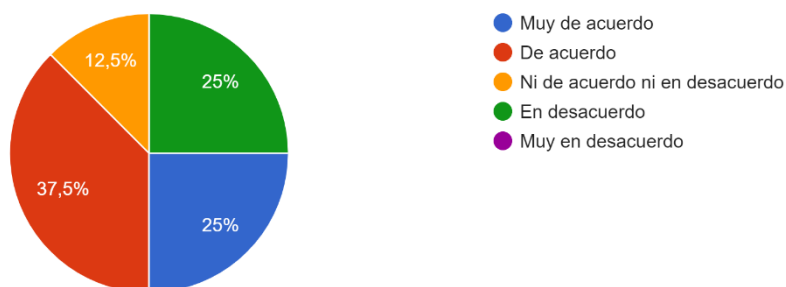
8 respuestas



56. Las Comunidades Autónomas establecerán tiempos máximos en la espera de los pacientes para cirugía, consultas y pruebas complementarias de diagnóstico, por encima de los cuales las Consejerías de Salud financiarán la atención de los pacientes en cualquier centro elegido por el paciente, aunque esté ubicado fuera de su Comunidad Autónoma.

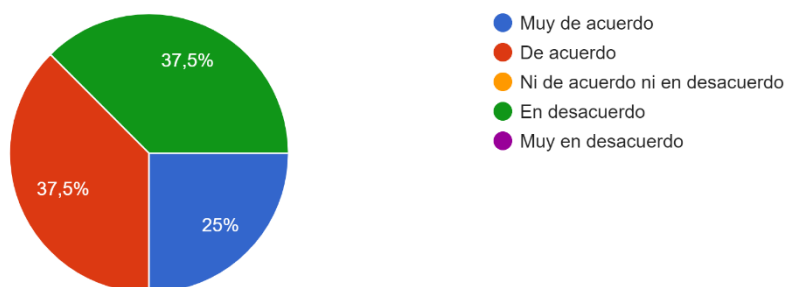
56. Las Comunidades Autónomas establecerán tiempos máximos en la espera de los pacientes para cirugía, consultas y pruebas complementari...ue esté ubicado fuera de su Comunidad Autónoma.

8 respuestas



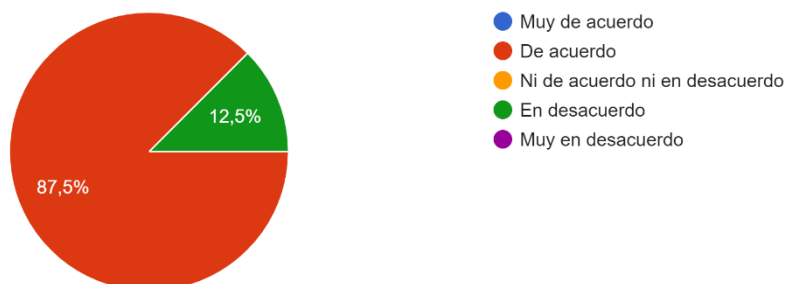
57. Las listas de espera se reducirán con un mejor aprovechamiento de los recursos en jornada ordinaria.

8 respuestas



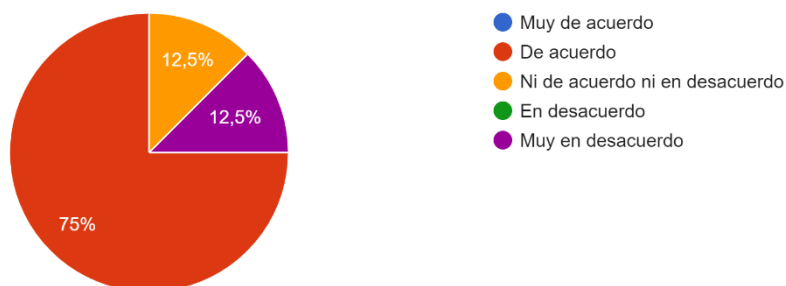
58. Las listas de espera continuarán siendo abordadas a través de programas de autoconcertación, cirugía de tarde, etc.

8 respuestas



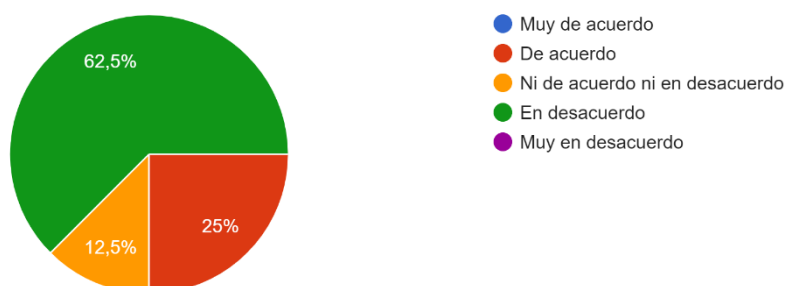
59. Las listas de espera se abordarán por vía de la concertación con centros privados.

8 respuestas



60. Se incluirá a los centros privados en la sectorización de la población, en igualdad de condiciones con los centros públicos.

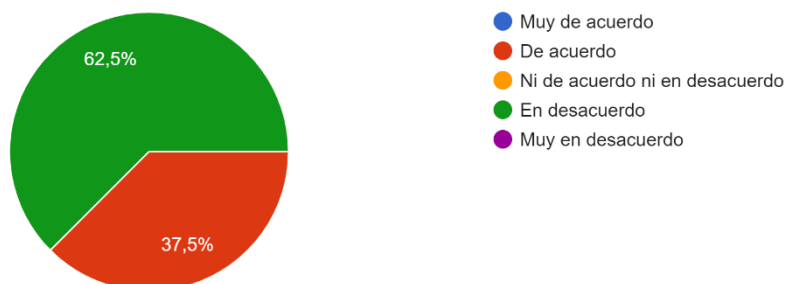
8 respuestas



61. Se otorgarán concesiones administrativas para la atención sanitaria en primaria y especializada para toda la población perteneciente a un área de salud a compañías de seguros de asistencia sanitaria a cambio de un pago capitativo por parte de las Consejerías de Sanidad.

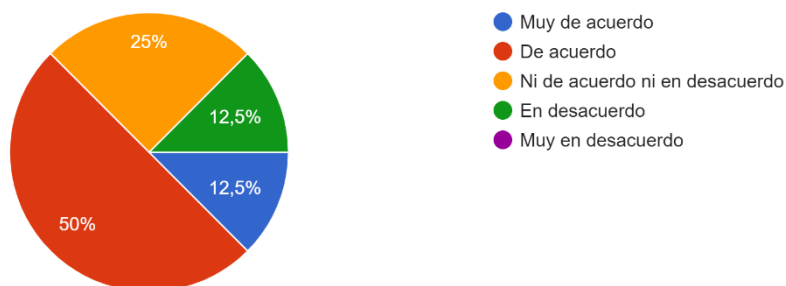
61. Se otorgarán concesiones administrativas para la atención sanitaria en primaria y especializada para toda la población perteneciente...apitativo por parte de las Consejerías de Sanidad.

8 respuestas



62. Los Comités de Ética tendrán cada vez más presencia en la toma de decisiones clínicas y de gestión.

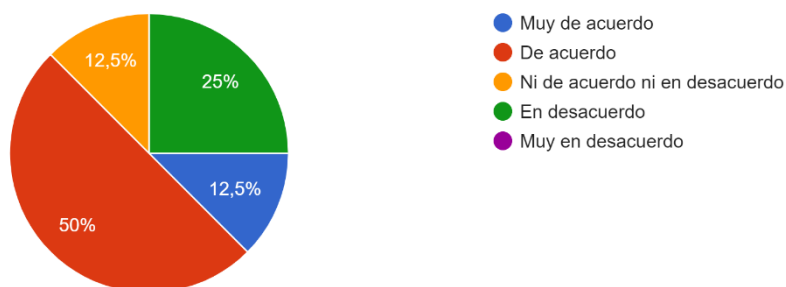
8 respuestas



63. A semejanza de otros países, se constituirá un órgano de participación ciudadana independiente, sin participación de las administraciones públicas sanitarias, pero dotado de recursos para ejercer su función, con capacidad de acceso directo a los sistemas de información sanitaria que se constituyan y de requerir información a las diferentes administraciones sobre aspectos generales de la situación.

63. A semejanza de otros países, se constituirá un órgano de participación ciudadana independiente, sin participación de las administra...raciones sobre aspectos generales de la situación.

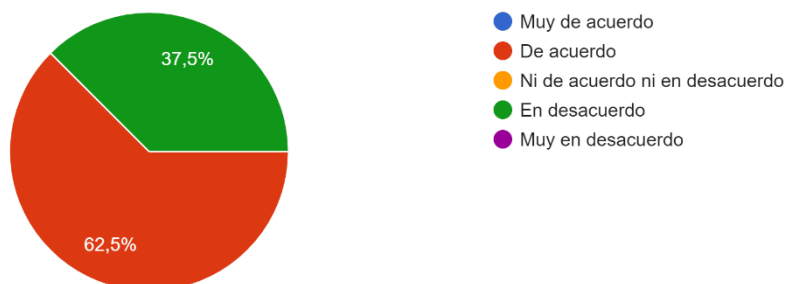
8 respuestas





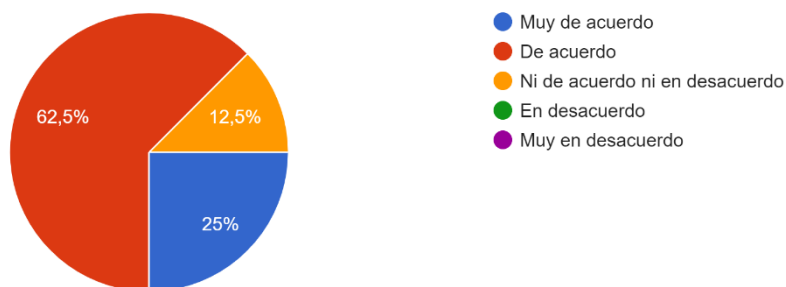
64. Se institucionalizará la figura de un defensor del paciente independiente en cada centro hospitalario y gerencia de Atención Primaria.

8 respuestas



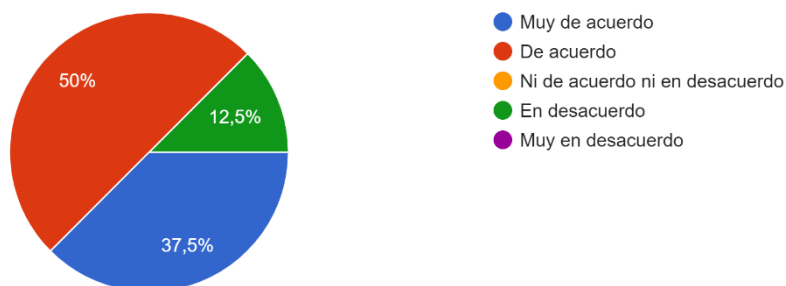
65. Se incrementará la participación de los usuarios en la toma de decisiones, planificación y control.

8 respuestas



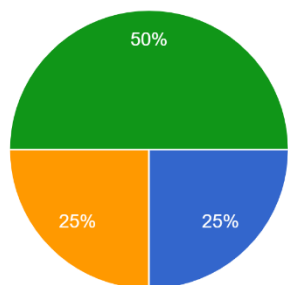
66. Se experimentarán avances en cirugía asistida por robot y estos se integrarán progresivamente en los hospitales públicos

8 respuestas



67. Los avances en cirugía asistida por robot se incorporarán con mayor rapidez en el sector privado.

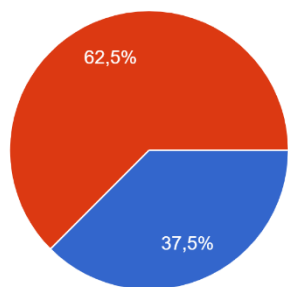
8 respuestas



- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

68. Los biomarcadores para la ayuda en la toma de decisión en imagen médica se integrarán progresivamente en la práctica médica.

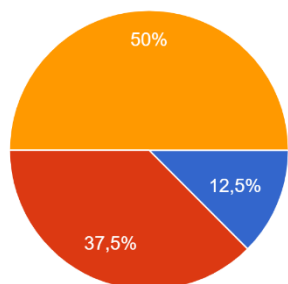
8 respuestas



- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

69. Con la incorporación de estos biomarcadores reducirá el trabajo de los radiólogos.

8 respuestas



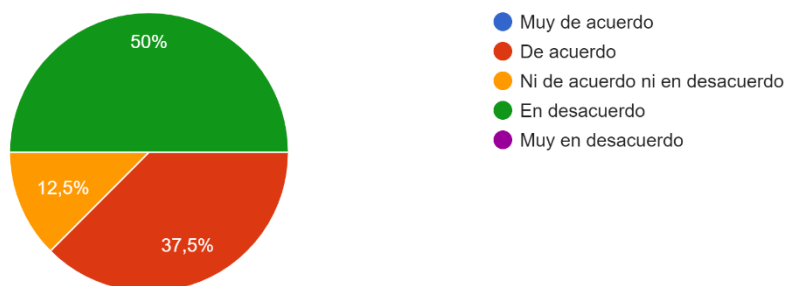
- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

## FARMACIA

La prestación farmacéutica absorbe una muy importante fracción de los recursos del sistema sanitario, aproximadamente el 16% del gasto sanitario total. El crecimiento del gasto farmacéutico se sitúa además por encima del de otros componentes del sistema. En este ámbito, la producción y desarrollo de nuevos fármacos ocurre en el marco de la iniciativa privada. Esto hace que la regulación de la prestación farmacéutica presente desafíos importantes para garantizar la suficiencia económica del sistema sanitario.

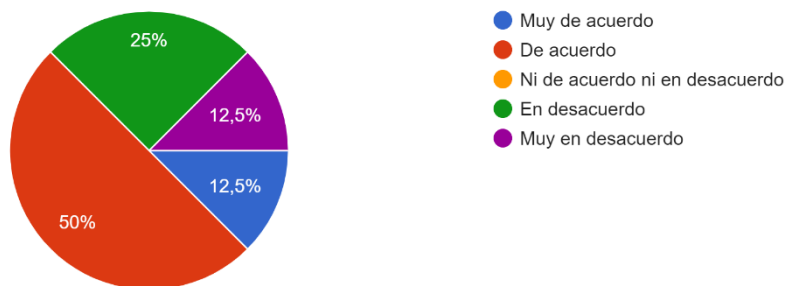
70. Las oficinas de farmacia serán adjudicadas como concesiones administrativas, revirtiendo el establecimiento de nuevo a la Administración a la muerte o jubilación del concesionario.

8 respuestas



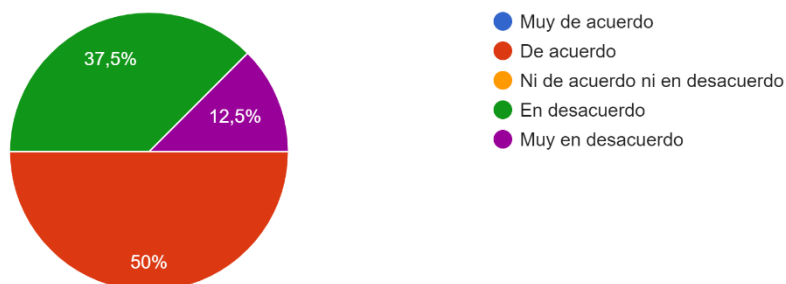
71. Se establecerá la libertad de mercado para la apertura de oficinas de farmacia.

8 respuestas



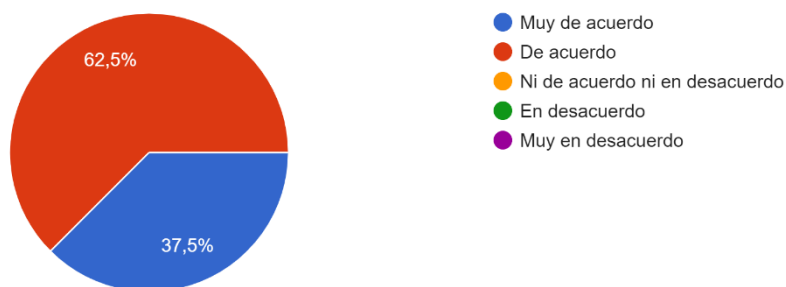
72. Se fomentará la posibilidad de que existan empresarios no farmacéuticos, de capital privado o público, propietarios de oficinas de farmacia que presten el servicio de prestación farmacéutica.

8 respuestas



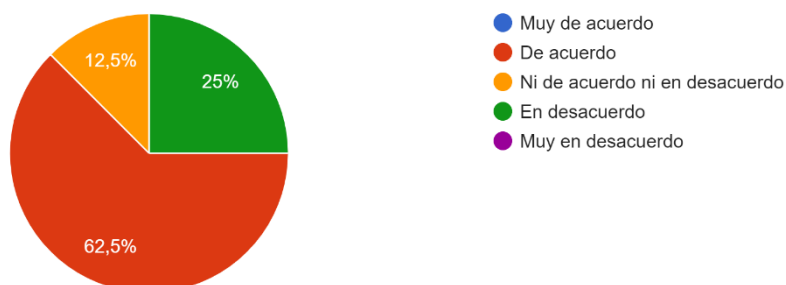
73. Se incrementará el número de principios activos comercializados como genéricos.

8 respuestas



74. Se disminuirá la participación de la población activa en el pago que satisfacer por los genéricos.

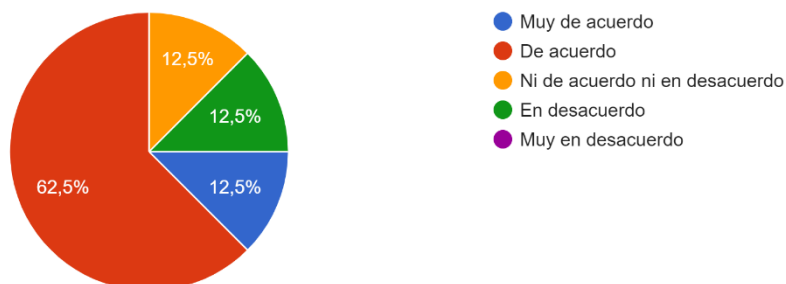
8 respuestas



75. Se permitirá un mayor margen en los genéricos a los farmacéuticos que compensen su menor precio en el ámbito que poseen de sustitución para hacer que se sientan partícipes en las políticas de genéricos.

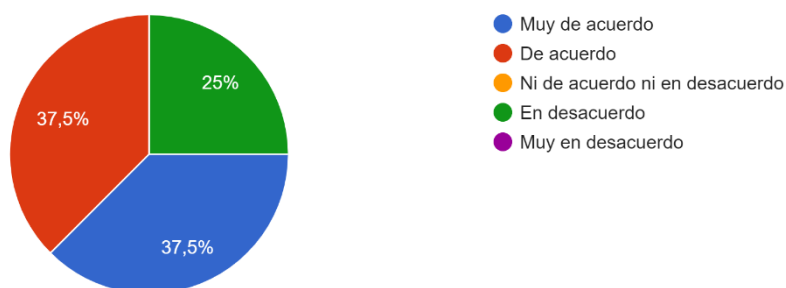
75. Se permitirá un mayor margen en los genéricos a los farmacéuticos que compensen su menor precio en el ámbito que poseen de sustitución para ... sientan partícipes en las políticas de genéricos.

8 respuestas



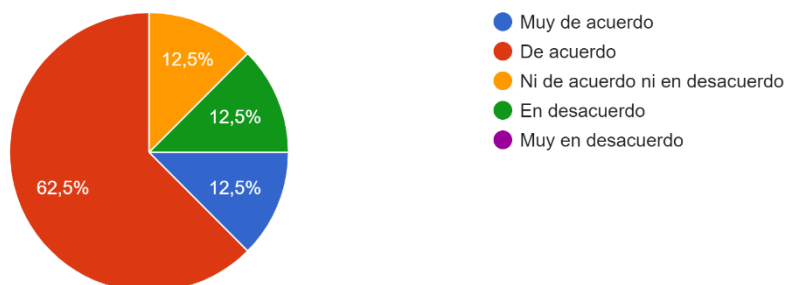
76. Se establecerá un sistema de incentivos a los facultativos para la reducción del gasto farmacéutico vía prescripción.

8 respuestas



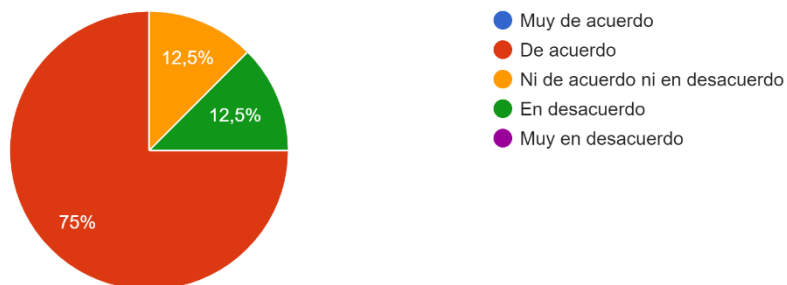
77. Se intensificará el sistema de visados y autorizaciones previas para la dispensación de medicamentos.

8 respuestas



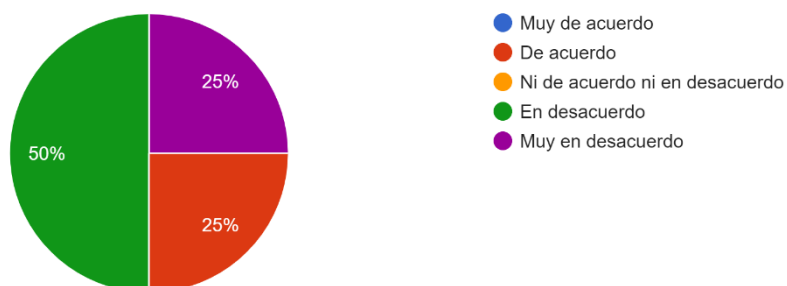
78. Se introducirán restricciones en los medicamentos que financiará el sistema público.

8 respuestas



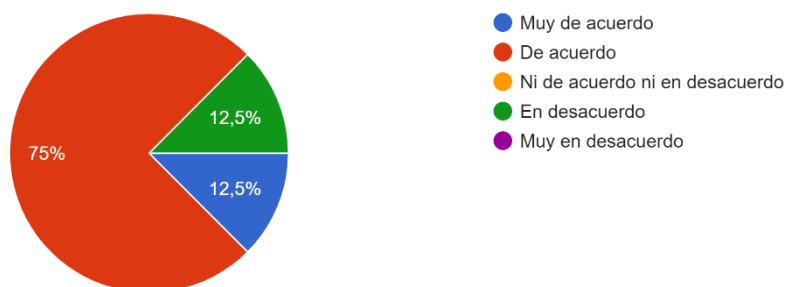
79. Se sustituirá la dispensación de medicamentos en oficinas de farmacia por un sistema de dispensación público en los hospitales y centros de Salud.

8 respuestas



80. Se procederá a la reordenación farmacéutica en los centros socio-sanitarios.

8 respuestas



### GESION DE RECURSOS HUMANOS

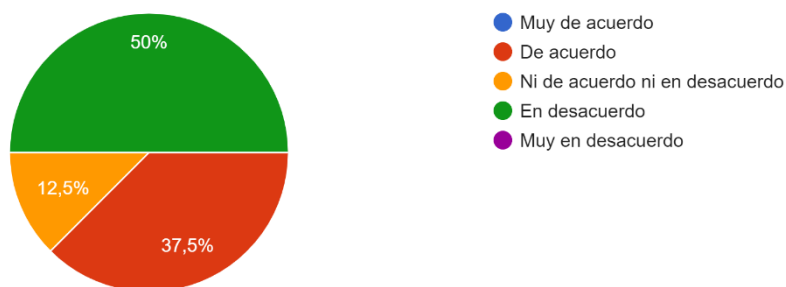
Con las cuestiones formuladas se trata de captar y precisar lo más posible dos aspectos especialmente relevantes del modelo de relaciones laborales aplicable a la gestión del personal:

- a) La visión teórico-práctica del actual modelo imperante.
- b) Su grado de aceptación y posible crítica parcial, o incluso total.

Como las anteriores cuestiones, concernientes a otros aspectos nucleares del modelo sanitario, el presente apartado tiene una relevancia más que constatada para la configuración y valoración del estado de salud, calidad y plausibilidad del conjunto. Como se viene afirmando por los estudiosos, interesados u operadores del sector, la calidad, por la eficacia y eficiencia demostradas del sistema de gestión, condiciona el nivel del modelo sanitario, siempre en la búsqueda de la deseada excelencia de su estructura, organización y prestaciones; por lo que se ha venido enfatizando al respecto que su análisis deviene una cuestión casi apodíctica que, por lo tanto, no cabe soslayar en ningún caso.

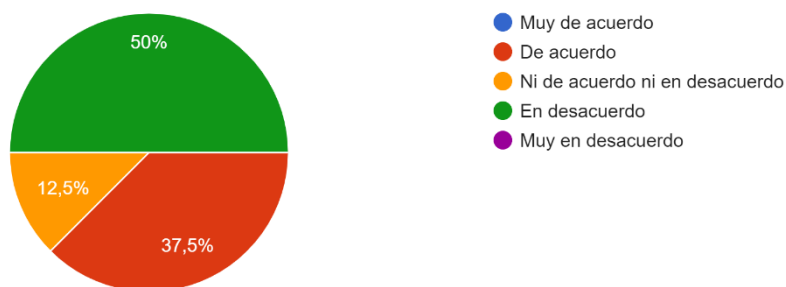
81. Se consolidará la funcionarización del personal que trabaja en Atención primaria y hospitales.

8 respuestas



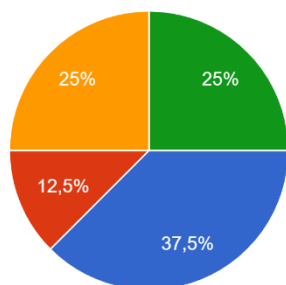
82. Se producirá la laboralización del personal de las instituciones sanitarias.

8 respuestas



83. Se establecerá un MIR de gestión sanitaria.

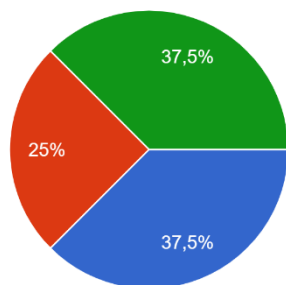
8 respuestas



- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

84. Se profesionalizará la gestión y se despolitizarán los sistemas de nombramiento de gestores.

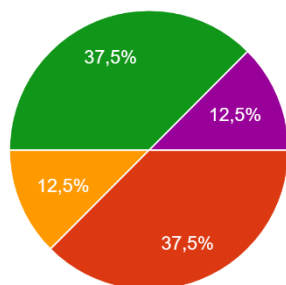
8 respuestas



- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

85. Se mantendrá el actual sistema de libre designación para las jefaturas de los servicios clínicos.

8 respuestas

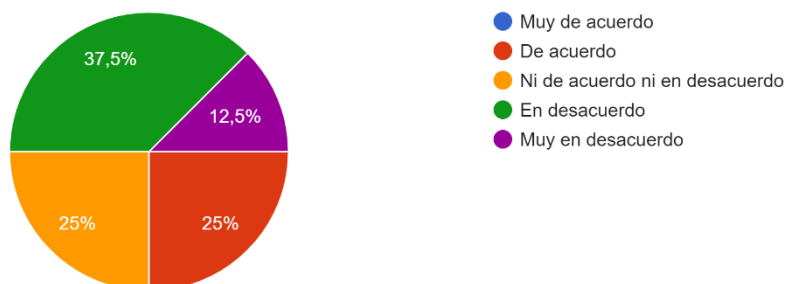


- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo



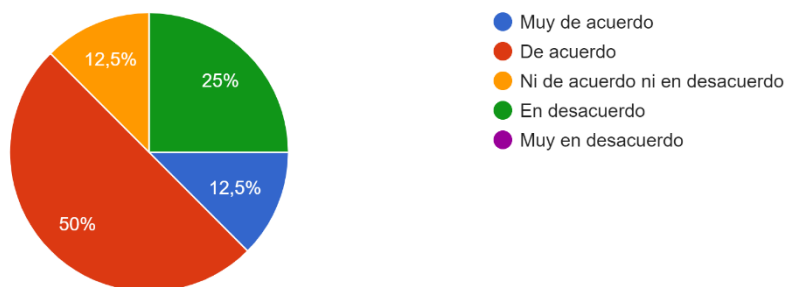
86. Se permitirá el tratamiento de un número determinado de pacientes por facultativo, en régimen privado y horario de tarde, en los hospitales públicos.

8 respuestas



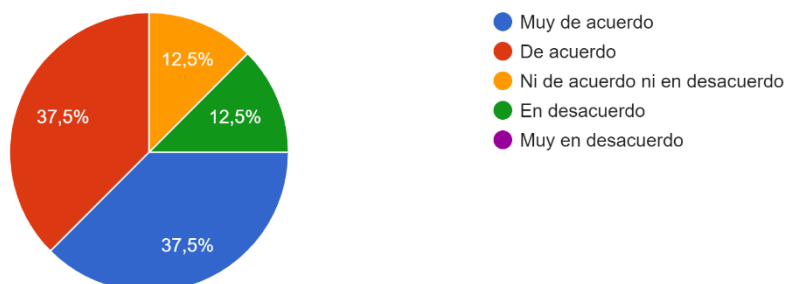
87. Se establecerán incentivos económicos al personal de las instituciones sanitarias con el objetivo de controlar el gasto en compras.

8 respuestas



88. Se desarrollará un nuevo modelo de relaciones laborales que incorpore el riesgo y/o el reconocimiento en relación con el desempeño.

8 respuestas

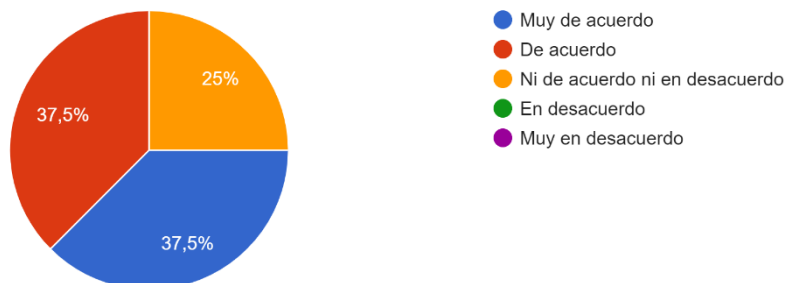


89. Se tenderá hacia una mayor implicación de los médicos en la gestión de las instituciones sanitarias, la adopción de sistemas voluntarios de recertificación o revalidación y la promoción

de estrategias de autoevaluación, basadas en una aplicación firme de los códigos de conducta y la evaluación de los resultados obtenidos.

89. Se tenderá hacia una mayor implicación de los médicos en la gestión de las instituciones sanitarias, la adopción de sistemas voluntarios de ...ducta y la evaluación de los resultados obtenidos.

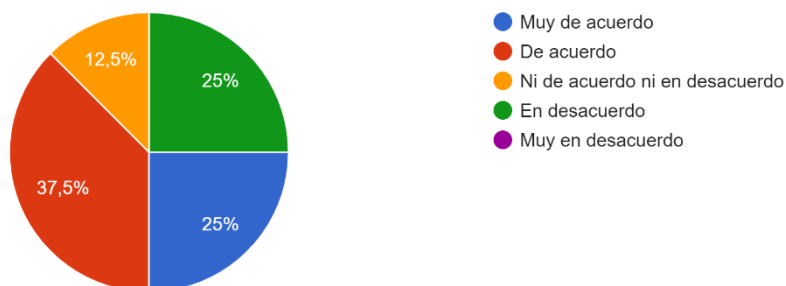
8 respuestas



90. La relativa escasez de profesionales en los próximos años se abordará, además de mediante políticas de aumento de plazas para formación y captación en otros países, mediante la racionalización de servicios y cambios en roles profesionales.

90. La relativa escasez de profesionales en los próximos años se abordará, además de mediante políticas de aumento de plazas para formación y c...ón de servicios y cambios en roles profesionales.

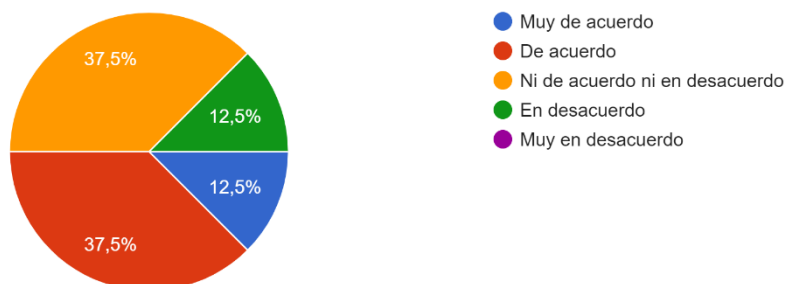
8 respuestas



91. La formación continuada del personal de los Servicios de salud estará reglada e impartida por organismos profesionales como Colegios Profesionales, sociedades científicas e instituciones educativas independientes.

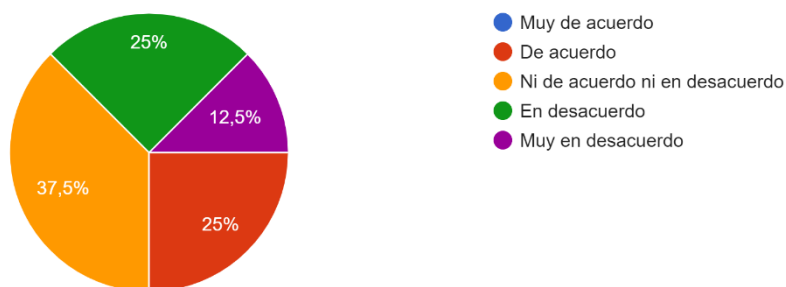
91. La formación continuada del personal de los Servicios de salud estará reglada e impartida por organismos profesionales como Colegios Profesionales e instituciones educativas independientes.

8 respuestas



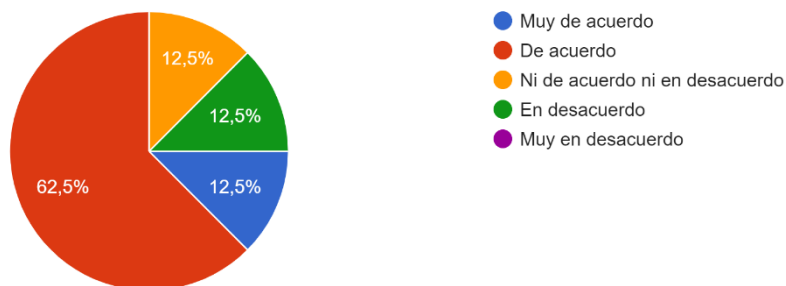
92. Dejará de ser obligatoria la colegiación para los profesionales de la sanidad pública.

8 respuestas



93. Se incrementará el porcentaje que supone el complemento de productividad variable respecto del total de retribuciones del personal de las instituciones sanitarias.

8 respuestas



94. En el sistema de acceso a los puestos de trabajo en el sector público sanitario, se incorporará la realización de una entrevista.

8 respuestas

