

01|2024

INFORME

EL SISTEMA SANITARIO: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO



CONSEJO ECONÓMICO
Y SOCIAL ESPAÑA

NÚMERO 01|2024

COLECCIÓN INFORMES

INFORME 01|2024
EL SISTEMA SANITARIO:
SITUACIÓN ACTUAL
Y PERSPECTIVAS
PARA EL FUTURO

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL **ESPAÑA**
DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES
NICES: 856-2024

Colección Informes

Número 01/2024

La reproducción de este informe
está permitida citando su procedencia.

Primera edición, marzo de 2024

Informe elaborado a iniciativa propia por el Consejo Económico
y Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 7.1.3 de la Ley 21/1991,
de 17 de junio, de Creación del Consejo Económico y Social. Aprobado
en la sesión ordinaria del Pleno del día 28 de febrero de 2024.

Edita y distribuye

Consejo Económico y Social

Huertas, 73

28014 Madrid. España

T 91 429 00 18

publicaciones@ces.es

www.ces.es

ISBN 978-84-8188-414-2

D.L. M-8630-2024

Imprime

Solana e hijos, A.G.

Sesión ordinaria del Pleno de 28 de febrero de 2024

INFORME 01|2024 EL SISTEMA SANITARIO: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO



CONSEJO ECONÓMICO
Y SOCIAL ESPAÑA

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. SALUD Y BIENESTAR DE LA POBLACIÓN.	
LA CARTERA DE SERVICIOS	15
1. SALUD Y BIENESTAR DE LA POBLACIÓN	17
2. LA CARTERA DE SERVICIOS	34
CAPÍTULO II. COBERTURA POBLACIONAL Y RECURSOS DEL SISTEMA	38
1. COBERTURA Y UNIVERSALIDAD	39
2. RECURSOS HUMANOS, ORDENACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN EN EL SNS	47
3. INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DE LA SALUD	73
4. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	86
CAPÍTULO III. ACTIVIDAD EN LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN	104
1. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO EJE DEL SISTEMA	105
2. LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	115
3. LA SALUD PÚBLICA	124
4. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	133
CAPÍTULO IV. EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA	140
1. ANÁLISIS COMPARADO	141
2. GASTO SANITARIO PÚBLICO: TOTAL Y POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	147

3. GASTO SANITARIO PRIVADO: PAGOS DIRECTOS DE LOS HOGARES Y SEGUROS PRIVADOS	154
CAPÍTULO V. CALIDAD, EQUIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE	161
1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN: EFECTIVIDAD, ACCESIBILIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN	163
2. DERECHOS DEL PACIENTE: PARTICIPACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN	194
CAPÍTULO VI. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y DIGITALIZACIÓN SANITARIA	211
1. LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y SANITARIA EN ESPAÑA	213
2. OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS DE LA DIGITALIZACIÓN SANITARIA	222
3. EL IMPULSO DE LOS FONDOS EUROPEOS	234
CAPÍTULO VII. COORDINACIÓN, COOPERACIÓN Y GOBERNANZA	240
1. LA ACTUAL GOBERNANZA DEL SISTEMA SANITARIO	241
2. EL PAPEL DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	243
3. COMPROMISOS Y RETOS PARA LA GOBERNANZA DEL SISTEMA	246
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	256
LISTADO DE ACRÓNIMOS	293

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario constituye un vector de cohesión social y crecimiento económico que atraviesa un momento crítico, en un contexto en el que confluyen importantes desafíos existentes hace décadas, a los que se añade el de incorporar las lecciones aprendidas de la pandemia y hacer frente a nuevos retos, como el impacto de los riesgos ambientales en la salud y la propia contribución del sistema a la transición ecológica. El sistema español ha gozado tradicionalmente de buena reputación y en la comparación internacional arroja resultados muy favorables en salud y esperanza de vida con un nivel de gasto inferior a la media. Sin embargo, en los años más recientes el alto grado de aprecio por el Sistema Nacional de Salud (SNS) entre la población se ha visto empañado por un empeoramiento de la percepción sobre el mismo. La preocupación ciudadana sobre su deterioro va en aumento¹, por lo que es muy importante recuperar la confianza de la población en el SNS, reforzando sus recursos y mejorando su calidad.

Desde el surgimiento de la epidemia mundial por COVID-19, que afectó con especial crudeza a nuestro país especialmente en sus inicios, la sanidad en España ha podido mostrar algunas de sus fortalezas, en un contexto de extraordinaria presión sobre las estructuras del sistema. Pero también se han puesto de relieve importantes debilidades que lo sitúan en una encrucijada. Identificar las prioridades de actuación en estos momentos desde la mirada de esta institución constituye la razón de ser de este informe, que incorpora la aportación del CES al debate sobre uno de los componentes del Estado de bienestar más apreciados por la población.

Ya con anterioridad a la pandemia el sistema afrontaba importantes retos como, sin ánimo de exhaustividad, abordar el tránsito desde un modelo basado en la atención a pacientes agudos a otro orientado a la gestión de la cronicidad; la adaptación al envejecimiento de la población y el necesario refuerzo de las estructuras de atención primaria y salud pública; la escasez de recursos humanos y su envejecimiento; la incorporación de la digitalización, las nuevas tecnologías y terapias avanzadas y la inteligencia artificial; la innovación en la gestión o una mayor participación de los pacientes y el avance en algunos de sus derechos. Este es el contexto de partida de este informe orientado

NOTAS

1 CIS, Estudio núm. 3427, Barómetro noviembre 2023. Pregunta 8 (Multirespuesta). La sanidad era la situación nombrada con más frecuencia como segundo problema principal de España (10,3 por 100).

eminentemente a las oportunidades que, pese a lo aciago de la experiencia, han surgido de la crisis sanitaria.

El informe repasa en un primer capítulo, dedicado a salud y bienestar, el perfil sanitario de la población en España a partir de los principales indicadores que informan sobre el estado de salud de la población, entendida esta, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A continuación, se aborda la cartera de servicios del sistema, sus limitaciones y la necesidad de concretar y completar el actual catálogo e instituir la evaluación en el procedimiento de incorporación de nuevas prestaciones.

El siguiente capítulo del informe aborda la situación y los desafíos del sistema desde la perspectiva de la cobertura y universalidad del sistema, así como de los recursos humanos y físicos con que cuenta. En el primer caso, se apuntan las limitaciones de la cobertura y señalan algunas limitaciones persistentes para hacer efectivo el principio de universalidad y para mejorar la equidad del sistema sanitario. Los siguientes apartados de este capítulo se adentran en los desafíos que afronta el sistema para dar respuesta a la crisis de recursos humanos que atraviesa en términos de dotación de personal y de calidad del empleo. Asimismo, se ofrece una panorámica de la dotación de infraestructuras y recursos técnicos en los distintos niveles de atención, haciendo hincapié en el reto que supone mantener un nivel adecuado de infraestructuras y equipamientos sanitarios en un contexto de permanente actualización e innovación tecnológica, que requieren un importante esfuerzo de evaluación.

El tercer capítulo se adentra en la actividad prestada en los principales niveles de la atención (atención primaria y atención especializada/hospitalaria) dejando constancia del importante aumento de la frecuentación y la actividad, prestando especial atención al impacto de la pandemia, sus secuelas y la situación actual. Los datos apuntan a una clara agudización del problema de la accesibilidad efectiva al sistema de salud que suponen las listas de espera, la saturación de la atención primaria en determinadas zonas y la necesidad de reforzar este nivel, el retraso de las citas programadas y la consiguiente postergación de pruebas y tratamientos en atención especializada, con consecuencias en la salud de los pacientes y en la organización de las consultas. Otro apartado diferenciado ha merecido la salud pública, cuya necesidad de reforzamiento es una evidencia tanto para apoyar las estrategias preventivas como base de la mejora de la salud y la propia sostenibilidad del sistema, como de cara a la preparación ante la eventualidad de nuevas crisis sanitarias. Las lecciones aprendidas de la gestión del COVID, compiladas en el informe de evaluación EvaluaCovid de reciente publicación, deben incorporarse a la hoja de ruta en los próximos años.

La preocupante situación de la salud mental en España y la insuficiencia de los dispositivos públicos existentes para su correcta atención es analizada en un apartado específico de este capítulo, que termina abordando las mejoras necesarias en la presta-

ción farmacéutica, los desafíos del acceso en igualdad al medicamento y la política de uso racional del mismo. Se hace asimismo especial hincapié en la coordinación inter-niveles de atención (atención primaria, Especializada, Hospitalaria, Mental y atención sociosanitaria), que tan necesaria se ha mostrado durante la pandemia.

Por otro lado, la crisis sanitaria por el COVID-19 no ha hecho sino acrecentar el reto de garantizar un nivel de gasto y un sistema de financiación que garanticen de forma duradera la suficiencia y adecuación de recursos para una prestación de servicios de calidad, eficiente y adaptada a los requerimientos de una sociedad cambiante y cada vez más exigente. Por ello, se ha dedicado el cuarto capítulo a esta cuestión. No hay que olvidar que, junto al importante aumento de las inversiones vinculadas a la crisis sanitaria, siguen estando presentes los factores que impulsan al alza el gasto público sanitario, entre los que destacan la incorporación de nuevas tecnologías y terapias avanzadas, el envejecimiento y la cronicidad de las enfermedades, la demanda de actualización de la cartera de servicios y de mejora de su calidad, la anticipación a futuros eventos epidemiológicos y el necesario refuerzo del sistema de salud pública o la mejora de la accesibilidad en las zonas rurales. La situación del sistema se analiza en primera instancia en perspectiva comparada, constatando el menor esfuerzo público que sigue dedicando España a esta partida en relación con otros países europeos, por una parte, y el más elevado gasto privado, adentrándose en las razones y apuntando ideas para afianzar una financiación sostenible compatible con el marco vigente de distribución de competencias.

La dura experiencia de la pandemia ha evidenciado asimismo la necesidad de profundizar en las garantías de los derechos del paciente y la atención centrada en la persona, en un nuevo escenario donde las cuestiones relacionadas con la seguridad y la información en torno a los actos médicos adquieren una nueva dimensión y se plantean nuevos requerimientos en materia de participación en el sistema. Por ello, en el quinto capítulo del informe se aborda la calidad de la atención, desde la perspectiva que brindan los indicadores de efectividad, accesibilidad, seguridad y satisfacción que ofrece el sistema de información del SNS. Esta aproximación se completa con un análisis de los derechos durante el proceso asistencial, la autonomía del paciente y la participación en las decisiones que afectan a su salud, por un lado, así como desde la perspectiva del desarrollo de los mecanismos de participación social, por otra.

Los fondos europeos *Next Generation* constituyen una oportunidad de cara a la transformación del sistema sanitario, impulsando la investigación biomédica, la digitalización, la renovación tecnológica del sistema y la innovación en procesos asistenciales. El capítulo sexto del informe se dedica a las oportunidades y desafíos de la investigación biomédica en España (un campo en plena expansión, donde nuestro país se encuentra bien posicionado) y los retos de la digitalización del sistema sanitario.

Como se ha demostrado durante la gestión de la crisis sanitaria, la gobernanza sanitaria reviste una gran complejidad y, a la vez, resulta esencial para garantizar los princi-

pios que informan el SNS, su eficiencia y sostenibilidad, por lo que el capítulo siete del informe reflexiona sobre las necesidades y perspectivas de mejora de los mecanismos de coordinación y cooperación.

Por otro lado, hay una serie de cuestiones transversales que se tratan a lo largo de todo el informe. Aunque este se centre, principalmente, en el análisis de los retos que afronta el SNS, no se pierde la perspectiva del sistema sanitario en su conjunto. De este modo, se incorporan al análisis datos y tendencias en el sector privado y se intenta visualizar el alcance de la colaboración público-privada (por ejemplo, a través de la actividad concertada) cuando es posible, puesto que no siempre las fuentes oficiales disponibles lo permiten.

Del mismo modo, se presta atención a la equidad desde distintas perspectivas, especialmente desde el enfoque de las desigualdades territoriales, especialmente las que aquejan al medio rural, y desde la necesaria incorporación de la perspectiva de género a todas las decisiones de un sistema donde las mujeres predominan como prestadoras y receptoras de servicios sanitarios y en el que es necesario profundizar en el conocimiento y abordaje de las desigualdades de género en salud.

Un último capítulo extrae las principales conclusiones que surgen a lo largo del informe que en la mayoría de los casos dan lugar a una serie de propuestas, sin ánimo de exhaustividad y sin otra intención que abrir un debate en el que ya abundan los diagnósticos expertos, contribuyendo con la visión del CES a la hoja de ruta de los responsables públicos en este ámbito.

CAPÍTULO I
SALUD Y BIENESTAR DE LA POBLACIÓN.
LA CARTERA DE SERVICIOS

1. Salud y bienestar de la población

El sistema sanitario español ha gozado tradicionalmente de buena reputación y en la comparación internacional arroja resultados muy favorables en salud y esperanza de vida con un nivel de gasto inferior a la media. Como se verá a continuación, uno de los rasgos más distintivos del perfil sanitario de nuestro país viene dado por los extraordinarios valores que alcanza la esperanza de vida, el aumento de la edad media de la población, del peso de mayores de 65 años dentro de la misma y una longevidad entre las más altas del mundo. Como otros países de su entorno, España ha superado la transición epidemiológica y afronta de lleno patrones de morbilidad caracterizados por la prevalencia de enfermedades degenerativas y asociadas a los estilos de vida, la cronicidad, la pluripatología, la fragilidad y la dependencia. Sin embargo, cuando se creía que las enfermedades infecciosas eran algo del pasado, la crisis sanitaria por el COVID-19 ha demostrado que los riesgos globales en salud, como las pandemias, al igual que los riesgos asociados al impacto del cambio climático, constituyen una amenaza para la que los sistemas sanitarios deben estar preparados.

En todo caso, cabe recordar que, según la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que obliga a tener en cuenta su interacción con los determinantes sociales, como los roles de género o la situación económica de las personas.

Más allá de las características individuales determinadas por la herencia genética, la salud de las personas es el resultado de la interacción de variables diversas como la situación socioeconómica, el nivel educativo, el entorno medioambiental, las condiciones laborales, o las redes de relaciones familiares y sociales y, por supuesto, el acceso a unos servicios sanitarios de calidad. El complejo entramado que componen, a través de esos elementos, las circunstancias vitales –determinantes sociales en salud– se manifiesta en la existencia de desigualdades que impactan en el estado de salud y en la esperanza de vida en las poblaciones.

*La esperanza de vida
como reflejo de la salud
y el bienestar*

En España ese indicador general de salud viene mostrando valores muy positivos, habiendo alcanzado una de las medias más altas del mundo de esperanza de vida al nacer. Esta alta expectativa de vida, que convierte a la sociedad española en una de las más longevas, es el resultado de una trayectoria de ascenso continuado en las últimas décadas, siendo especialmente sobresaliente el avance registrado entre los años 2000

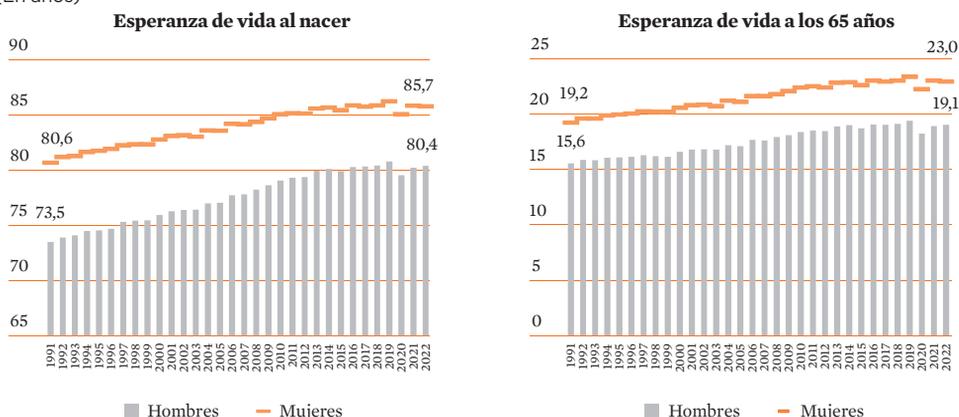
y 2010. Sin embargo, las traumáticas consecuencias de la pandemia se tradujeron en un inesperado descenso del valor alcanzado en 2019, pasando de una media de 83,5 a 82 años en solo unos meses de convivencia con el coronavirus. Para 2022 los datos del INE muestran una recuperación parcial del valor; merced al descenso de la mortalidad, dramáticamente elevada durante la pandemia, situándose en 83,1 años, más de dos años por encima de la media registrada en la Unión Europea (80,8) y compartiendo su posición con Suecia, Italia y Luxemburgo. En el caso de las mujeres, se trata del valor más alto (85,9 años frente a 83,4 de la UE-27)² mientras que los hombres arrojan el segundo valor más alto, según Eurostat (80,4).

Conviene tener presente que el avance en la supervivencia no ha sido del todo homogéneo, observándose diferencias significativas por nivel educativo y socioeconómico, de género y territoriales, factores a menudo confluyentes. Así, los grupos de población con niveles educativos inferiores gozan de menores expectativas de vida y peores condiciones de salud. En términos de esperanza de vida, en 2019 los hombres con estudios superiores podían esperar vivir a partir de los treinta años, unos cinco años más que los que poseían estudios primarios o inferiores (53,5 vs 48,4 años), diferencia que en las mujeres se reducía a poco más de 3 años (58,0 vs 54,9 años)³.

Especialmente llamativas son las diferencias territoriales. En 2019, con anterioridad a la pandemia, las mujeres de las comunidades autónomas con una esperanza de vida más alta se distanciaban hasta siete años de los hombres de las comunidades autónomas con valores más bajos, diferencia que se mantiene en 2022. Ello puede guardar relación con las desigualdades en función del gradiente económico y educativo en las

GRÁFICO 1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LOS 65 AÑOS, 1991-2022

(En años)

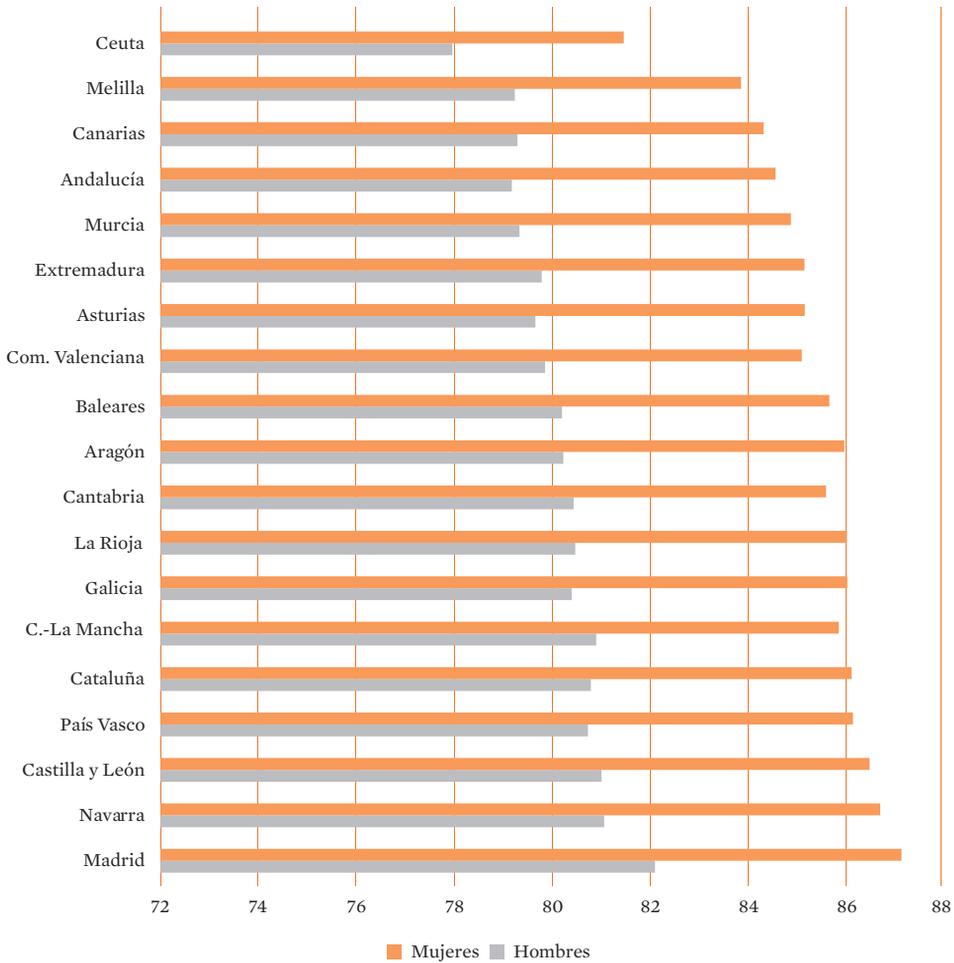


Fuente: INE, 2023.

2 Eurostat, Population and Social Conditions, 2023, actualizado a 3.01.2024.

3 Véase A. Solé-Auró, U. Martín y A. Domínguez Rodríguez “Inequality in Mortality in Spain” en International Journal of Environmental Research and Public Health, mayo 2020 así como I. Permanyer, J. Spijker1, A. Blanes y E. Renteria, “Longevity and Lifespan Variation by Educational Attainment in Spain: 1960-2015”, 2018.

GRÁFICO 2. ESPERANZA DE VIDA AL NACER, POR SEXO Y CCAA. ESPAÑA 2022



Fuente: INE, Fenómenos demográficos, 2023.

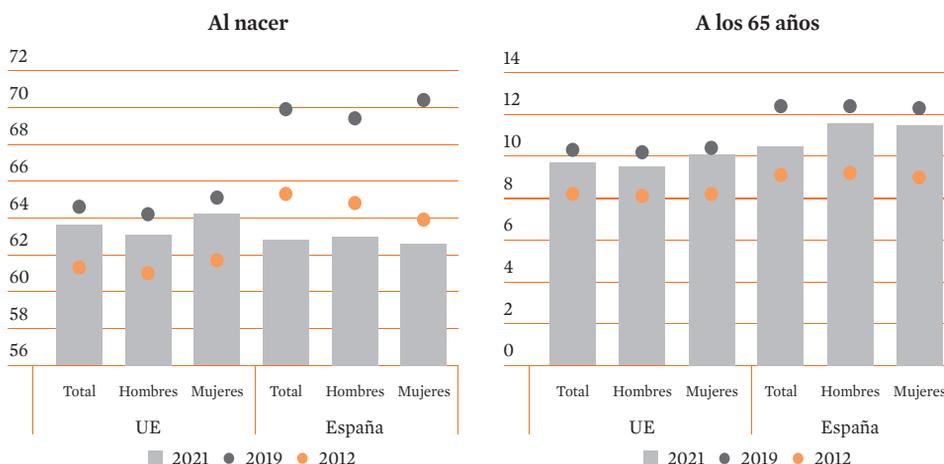
distintas regiones, así como con las importantes diferencias territoriales en las causas de mortalidad, a que apuntan distintas fuentes⁴.

El aumento de la esperanza de vida se ha acompañado de un incremento del tiempo de vida saludable, aspecto que reviste una notable importancia en una sociedad en la que las personas de más de 65 años conforman un segmento cada vez más importante en términos de estructura poblacional. Así, de acuerdo con los datos del Padrón, la población española de 65 años y más aumentó del 16,5 por 100 en

La esperanza de vida saludable y la calidad de vida: aumento de la cronicidad y la discapacidad

4 Fundación Fisabio, *Atlas Interactivo de la mortalidad en España por municipios (1989-2014)* 2021 e Instituto de Salud Carlos III, *Atlas de la Mortalidad del Cáncer en Portugal y España en el periodo 2003-2012* (2022).

GRÁFICO 3. ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE



Fuente: Eurostat, 2023.

el año 2000 a casi el 20 por 100 en 2022, un incremento considerable que, no obstante, sitúa a España ligeramente por debajo de la media europea (21 por 100). Según las proyecciones del INE, el proceso se acelerará de forma importante en las próximas décadas, siendo el valor esperado para 2050 cercano al 33 por 100.

Entretanto, en 2022 el promedio de esperanza de vida a los 65 años en España se situaba en 20,4 años, una cifra inferior a la recogida en 2019, antes de la llegada del SARS-CoV-2, pero superior a la media de Unión Europea. Una mujer de 65 años podía esperar vivir otros 23,2 años (casi dos años más que la media de la Unión Europea), mientras que un hombre podía esperar vivir 19,2 años más (1 año por encima de la media de la Unión). Además de disfrutar de esperanzas de vida superiores a las medias de la Unión Europea, tanto los hombres como las mujeres en España pasarán una mayor proporción de sus vidas después de los 65 años sin discapacidad, en comparación con las medias de la Unión Europea (gráfico 3). A pesar de ello, a partir de los 65 años las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de declarar múltiples enfermedades crónicas y limitaciones en sus actividades cotidianas, lo que reduce la brecha en la esperanza de vida con buena salud⁵.

El 40 por 100 de los hombres y el 44 por 100 de las mujeres a partir de 65 años declaran padecer varias enfermedades crónicas, unas cifras desfavorables en el contexto de la Unión Europea que, de acuerdo con Eurostat, arroja unas medias de 32 por 100 en los hombres y del 40 por 100 en el caso de las mujeres. Y lo mismo ocurre con la prevalencia de discapacidades que generan limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria, que en el caso de las personas mayores de 65 años presenta valores superiores a la media de europea.

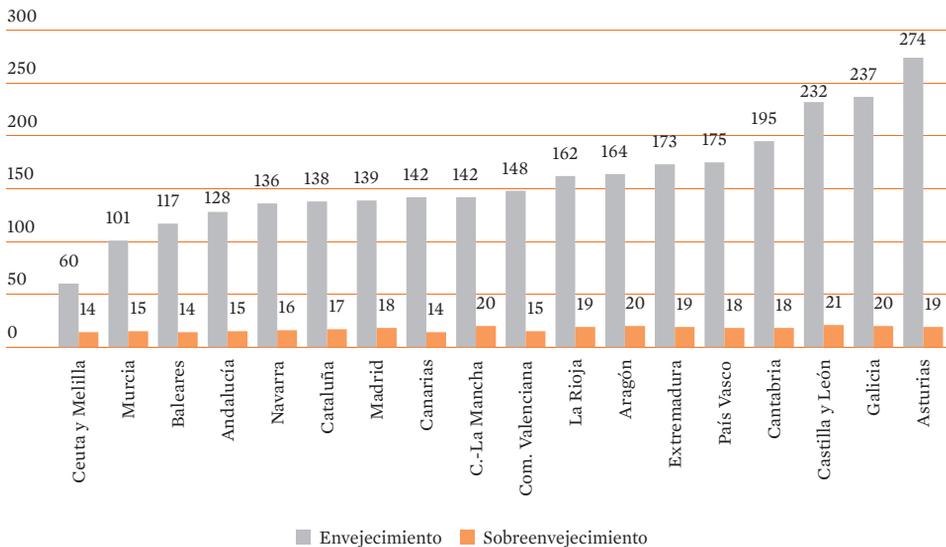
5 OCDE, *State of the health in the EU. España: perfil sanitario nacional 2023*.

*Salud,
envejecimiento
y edadismo*

El envejecimiento es, en términos estrictamente biológicos, el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de la vida, proceso que implica una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales y conduce a un aumento del riesgo de enfermedad⁶. Sin embargo, este proceso no es lineal ni afecta a todas las personas de la misma manera, existiendo una enorme diversidad en la vejez. El estado de salud con el que se alcanzan las edades avanzadas depende en parte de la carga genética de cada persona, pero el entorno en el que se desarrolla la vida desde la infancia, o incluso desde la fase embrionaria, tiene efectos a largo plazo que determinan el proceso de envejecimiento. De ahí las importantes diferencias en el grado de autonomía y la prevalencia de limitaciones entre personas de la misma edad⁷.

Por ello, el mantenimiento de unos hábitos saludables a lo largo de la vida (dieta, actividad, etc.) contribuye a reducir el riesgo de enfermedades, mejorar la capacidad física y mental y retrasar la dependencia de los cuidados. En este sentido, una mayor activación de las políticas preventivas, con un enfoque multisectorial, debería redundar en el bienestar de las personas a lo largo de la vida y en una mejora de la eficiencia de los sistemas de bienestar, incluido el sanitario. Más aún en un contexto demográfico caracterizado por el peso creciente de la población de más edad, expresados en términos estadísticos

GRÁFICO 4. ÍNDICES DE ENVEJECIMIENTO Y SOBREENVEJECIMIENTO POR CCAA, 2022



Nota: Índice de envejecimiento: (65 años y más / 0 a 14 años) x 100. Índice de sobre-envejecimiento: (85 años y más / 65 años y más) x 100.

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

6 OMS, Década del envejecimiento saludable, 2021-2030.

7 Informe CES 3/2020, *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

en unos índices de envejecimiento y sobreenvjecimiento altos (150 de media en España), que implican una mayor presencia de personas mayores de 65 y de 85 años respectivamente, con importantes diferencias a lo largo del territorio nacional (gráfico 4).

Esta realidad que en sí misma supone un éxito social, constituye a la vez un reto para el sistema sanitario, que debe afrontar la reorientación de su actividad para adaptarse al perfil de morbilidad crónica propio de las sociedades longevas y dedicar más recursos a la promoción de la salud y la prevención de la fragilidad. Cabe recordar, como viene haciendo el CES en los últimos años, que la ausencia de una verdadera coordinación sociosanitaria en el SNS merma el derecho a una atención de calidad de carácter integral, en una situación de insuficiencia de protocolos de coordinación y derivación entre ambos sistemas, así como de su escasa flexibilidad cuando existen, y de falta de cooperación entre los organismos responsables de servicios sociales y los de salud en los distintos niveles territoriales.

Abordar de manera eficiente –y justa– las necesidades de salud y bienestar de las personas de todas las edades requiere además de un esfuerzo para combatir el edadismo, entendido como el conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminación dirigidos contra otras personas o autoinflingido por razones de edad, teniendo efectos perjudiciales sobre la salud de las personas a las que se dirige. Este fenómeno, es identificable en todos los planos de la realidad social, incluyendo las relaciones interpersonales, y la propia acción institucional, que implica entre otros aspectos negativos, limitaciones en la atención a la salud y la asistencia social que pueden llegar a ser graves. Así, tal como se refleja en el Informe mundial sobre el edadismo⁸, la edad avanzada puede afectar a las decisiones en lo referido a la aplicación de tratamientos de soporte vital o a la exclusión, o escasa representación, de las personas mayores en la investigación en el ámbito de salud, lo que implica que los resultados de las investigaciones sobre la seguridad y la eficacia de los tratamientos no sean aplicables a la población mayor.

La reciente crisis sanitaria ha hecho visibles los efectos de este fenómeno de manera dramática en la atención a las personas con necesidad de cuidados⁹, habiéndose descrito prácticas discriminatorias en la asignación de recursos escasos, como los respiradores, con el criterio de la edad cronológica, que también se utilizó en algunos países como criterio de aislamiento en las fases de confinamiento. A pesar de ser un fenómeno bien identificado en el contexto internacional, su cuantificación y la evaluación sistemática de sus efectos negativos, tanto en las personas de más edad, como en el conjunto de la población es aún deficiente, por lo que resulta necesario avanzar en el análisis del edadismo en el entorno de la salud y su cuidado para poder implementar medidas adaptadas a una realidad que se conforma como una de las más importantes causas de desigualdad transversal.

8 OMS, Informe mundial sobre el edadismo, 2021.

9 Véase Informe CES 3/2020, *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

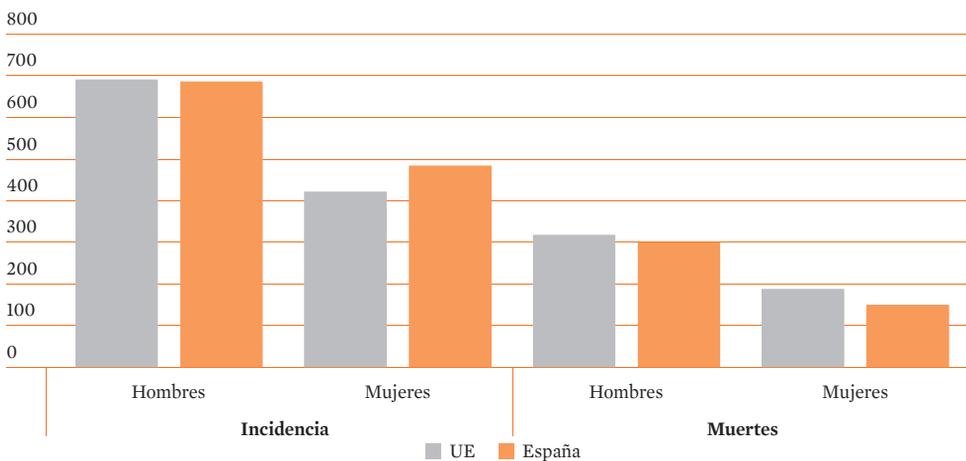
La consolidación del patrón de morbilidad definido por la cronicidad y la pluripatología y caracterizado por el importante papel de los estilos de vida en la aparición de algunas de las enfermedades más prevalentes, muestra desde hace décadas el protagonismo de dos grupos de enfermedades en términos de salud pública: las que afectan al aparato circulatorio y el cáncer.

Enfermedades del aparato circulatorio y cáncer: principales causas de muerte y desafío para el sistema

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo. Según datos de la OMS, la cifra de muertes relacionadas con las cardiopatías sigue una tendencia de crecimiento desde hace más de dos décadas. En Europa, donde este grupo de enfermedades conforma también la principal causa de muerte, fallecen más de 1,8 millones de personas al año por esta causa, lo que representa el 36 por 100 de todas las muertes, por delante del cáncer que supone el 26 por 100.

En España más de 10 millones de personas padecen enfermedades y patologías relacionadas con el corazón, de las cuales más de 120 mil personas fallecen cada año. La tasa media estandarizada de mortalidad cardiovascular se situó en 2020 en 219,4 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, con algunas diferencias entre comunidades autónomas y con mayor mortalidad en las mujeres que entre los hombres en todo el territorio. En 2020 las mujeres representaron el 53 por 100 de todos los fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio, y los hombres el 47 por 100. Es importante poner de relieve que el 80 por 100 de los infartos de miocardio y de los accidentes cerebrovasculares prematuros son prevenibles con hábitos de vida saludables incluyendo el abandono del consumo de tabaco, la alimentación adecuada y el ejercicio físico regular.

GRÁFICO 5. INCIDENCIA Y MORTALIDAD DEL CÁNCER EN LA UNIÓN EUROPEA Y EN ESPAÑA, 2020 (Tasa por 100.000 habitantes)



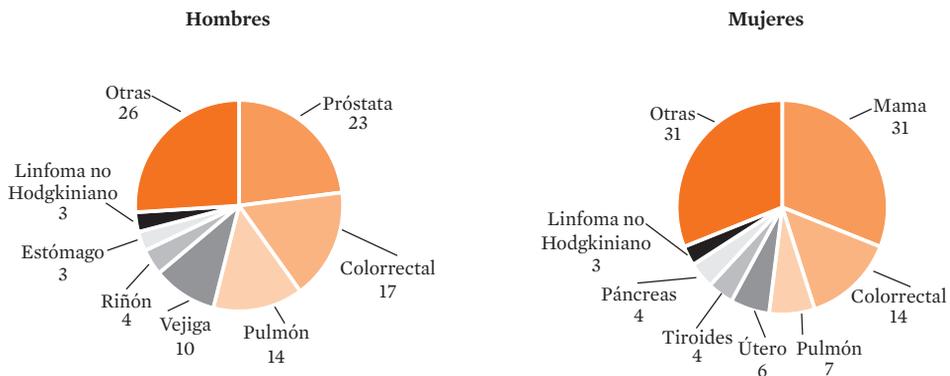
Fuente: Eurostat.

En la población general el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio, aunque en los hombres es, desde el año 2000, la primera causa de muerte. En 2019, tres de cada 10 defunciones en hombres y dos de cada 10 en mujeres fueron causadas por el cáncer. No obstante, la incidencia y la mortalidad de algunos tipos de cáncer muestra estabilidad mientras que en otros exhibe una disminución, como en el caso del cáncer de pulmón en hombres (en las mujeres, sin embargo, ha aumentado), que probablemente tiene que ver con la efectividad de los programas de prevención y con los avances en los abordajes terapéuticos.

Para 2022 se preveía¹⁰, de acuerdo con los datos de años anteriores, el diagnóstico de 264 mil casos nuevos de cáncer, pero los efectos de la pandemia aún se habían dejado sentir en la actividad del SNS, por lo que la realidad puede haberse desviado ligeramente de esa cifra. No en vano, según los datos del Ministerio de Sanidad¹¹, en España el número de pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico oncológico se redujo en el año 2020 en 37.260, en el contexto de la reorganización de la actividad para centrar los recursos en la pandemia, lo que supuso un 12,2 por 100 menos que en 2019, con una importante variabilidad entre las distintas comunidades autónomas, en un rango de 1,8 por 100 a 32 por 100. Esta situación se debió a la reducción de las visitas en consultas oncológicas y a la práctica paralización de la actividad en cribados¹².

Constituyendo más que una enfermedad un grupo de enfermedades, la incidencia es distinta en hombres y mujeres, siendo el cáncer de próstata, el colorrectal, y de pulmón los más diagnosticados en hombres, mientras que en el caso de las mujeres los más frecuentes son el de mama, el cáncer colorrectal y el de pulmón.

GRÁFICO 6. INCIDENCIA DEL CÁNCER EN MUJERES Y HOMBRES EN ESPAÑA
(Porcentaje sobre el total de personas afectadas)



Fuente: Eurostat.

10 Se espera que los datos de 2023 reflejen ya la normalización de la actividad diagnóstica en atención especializada.
 11 MS, *Estudio de impacto de la pandemia por Covid-19 sobre la prevención y control del cáncer del SNS*, 2023.
 12 Véase capítulo III, sobre actividad en el SNS.

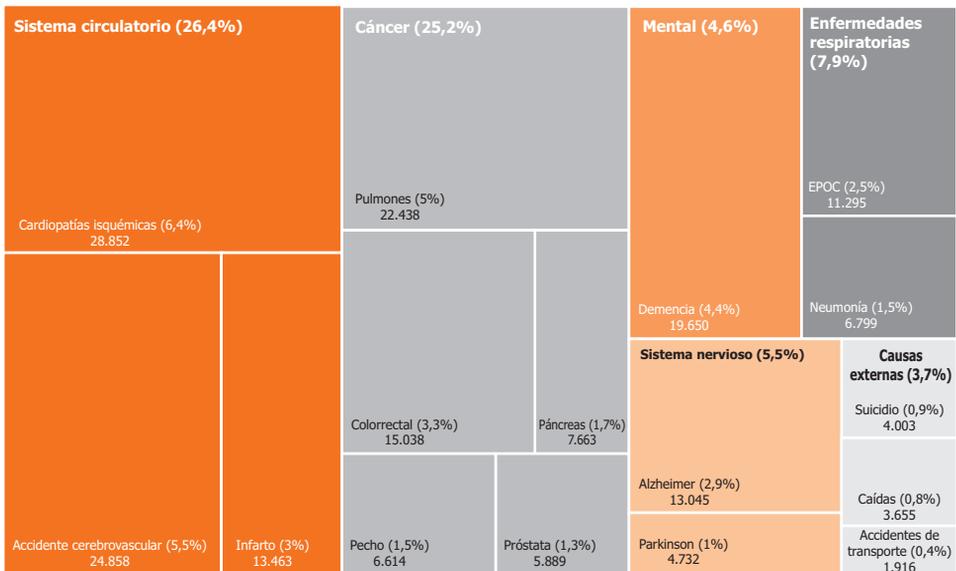
De acuerdo con la información recabada por la OMS¹³, el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, con 10 millones de defunciones en 2020 atribuidas a esta enfermedad, lo que significa que casi una de cada seis muertes responde a esa causa. Pero una parte importante de estos fallecimientos, en torno a un tercio del total se debe a los cinco factores evitables más importantes: el tabaquismo, las infecciones, el consumo de alcohol, el sedentarismo y las dietas inadecuadas, que no incluyen una cantidad suficiente de fruta y verdura.

*Factores de riesgo:
la importancia de la
prevención*

En lo que concierne al tabaco, se estima que este es responsable de un 33 por 100 de los tumores en todo el mundo y del 22 por 100 de las muertes por cáncer. A este respecto, cabe señalar que en España el 23 por 100 de los hombres y el 16 por 100 de las mujeres fuman habitualmente, con evoluciones divergentes que apuntan a la reducción del tabaquismo en los hombres y a una progresión más o menos constante en las mujeres desde los años 70, con el consiguiente impacto en la incidencia y mortalidad de los tumores relacionados.

Por su parte, el consumo de alcohol es, según las estimaciones, responsable de tres millones de muertes anuales en el mundo, causando en Europa 180 mil casos de cáncer y en torno a 92 mil muertes por esa enfermedad¹⁴. Exhibiendo Europa uno de los mayores niveles de consumo de alcohol del mundo, las variaciones entre las distintas re-

GRÁFICO 7. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE ESPAÑA 2021



Fuente: Eurostat.

13 OMS, *Cáncer, Datos y cifras*, 2022.

14 Sociedad Española de Oncología Médica, *Las cifras del cáncer en España*, 2023.

giones son importantes, con España situada en una posición intermedia que supone un 4,4 por 100 de los tumores causados por la ingesta de alcohol. En 2020 fue responsable del diagnóstico de cerca de 4.500 casos de cáncer de colon en nuestro país, unos 2.100 casos de cáncer de mama, y alrededor de 1.500 casos de hepatocarcinoma y tumores de la cavidad oral, entre otros. Pero hay que tener en cuenta que la pandemia afectó negativamente a los programas de cribado, por lo que, con toda probabilidad, el número de nuevos casos diagnosticados resultó en 2020 menor que el esperado.

La obesidad es responsable directa de varios tipos de cáncer, con una incidencia global de cerca de 450 mil casos de cáncer anuales. Se estima que unos 110 mil casos de cáncer de mama y de endometrio se relacionan directamente con la obesidad, 85 mil casos de cáncer de colon y 65 mil casos de cáncer de riñón, entre otros. Por otro lado, de acuerdo con las estimaciones asumidas por la OMS, el incremento de la media del Índice de Masa Corporal en la población mundial ha desencadenado la aparición de 160 mil nuevos casos de cáncer. En España se viene registrando una tendencia al alza que, a pesar de los programas de prevención y atención sanitaria, no ha sido posible controlar, tanto en adultos como en niños. Las cifras muestran una mayor incidencia en hombres que en mujeres y una mayor variabilidad en función del estatus socioeconómico en ellas, entre otras causas por la menor disponibilidad de tiempo libre de las mujeres en hogares de rentas bajas, diferencia que en el caso de los hombres apenas se da.

El entorno en el que se desarrolla la vida cotidiana es también un factor determinante del estado de salud de las personas. La contaminación atmosférica, el incremen-

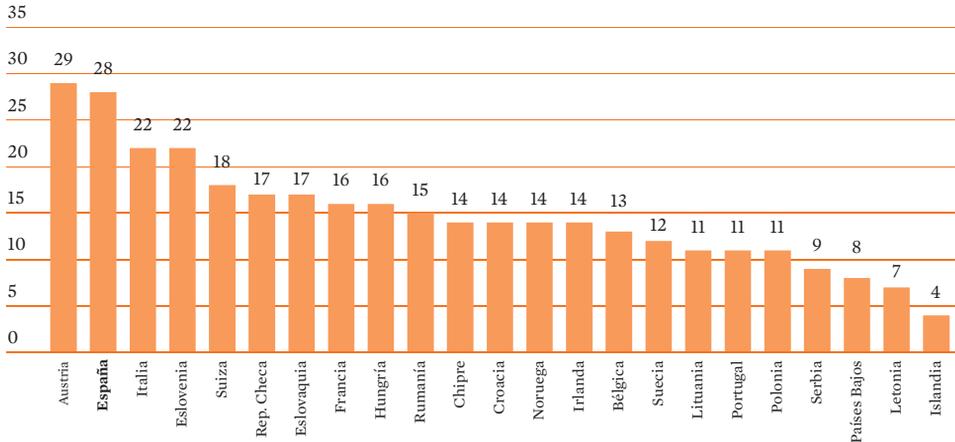
Los riesgos derivados de los factores ambientales

to de temperaturas, la explotación excesiva de recursos naturales, la pérdida de biodiversidad y el deterioro de la función protectora de los hábitats naturales constituyen en sí mismos riesgos para la salud humana que demandan una mayor protección y mecanismos de prevención.

En la actualidad existe suficiente evidencia sobre el impacto en la salud de la contaminación del aire (concentraciones peligrosas de partículas finas, dióxido de nitrógeno y ozono troposférico) (gráfico 8)) que agrava las afecciones cardiovasculares y respiratorias, la exposición a productos químicos, que pueden provocar trastornos endocrinos o el desarrollo de cáncer, la alteración de la calidad del agua, amenazada por contaminantes emergentes, el impacto sobre la salud resultante de la contaminación acústica o la presión sobre el hábitat que incrementa los riesgos de nuevas zoonosis¹⁵. Así, casi la cuarta parte de la carga mundial de morbilidad y de mortalidad es atribuible a factores medioambientales que, según la OMS supone 12,6 millones de muertes cada año. Y uno de los desencadenantes más evidentes es el cambio climático, cuyo indicador clave es el aumento de la temperatura global, que tiene efectos negativos directos sobre la salud.

15 Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, *Plan Estratégico de Salud y Medioambiente, 2022-2026*.

GRÁFICO 8. HOSPITALIZACIONES DE MAYORES DE 65 AÑOS POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA ATRIBUIBLE A PARTÍCULAS DE OZONO (Por 100.000 habitantes)



Fuente: S. Kienzler, J. Soares, A. González Ortiz, y D. Plass (2022), Estimating the morbidity related environmental burden of disease due to exposure to PM2.5, NO2 and O3 in outdoor ambient air. (Eionet Report – ETC HE Report 2022/11). European Topic Centre on Human Health and the Environment. Agencia Europea del Medioambiente.

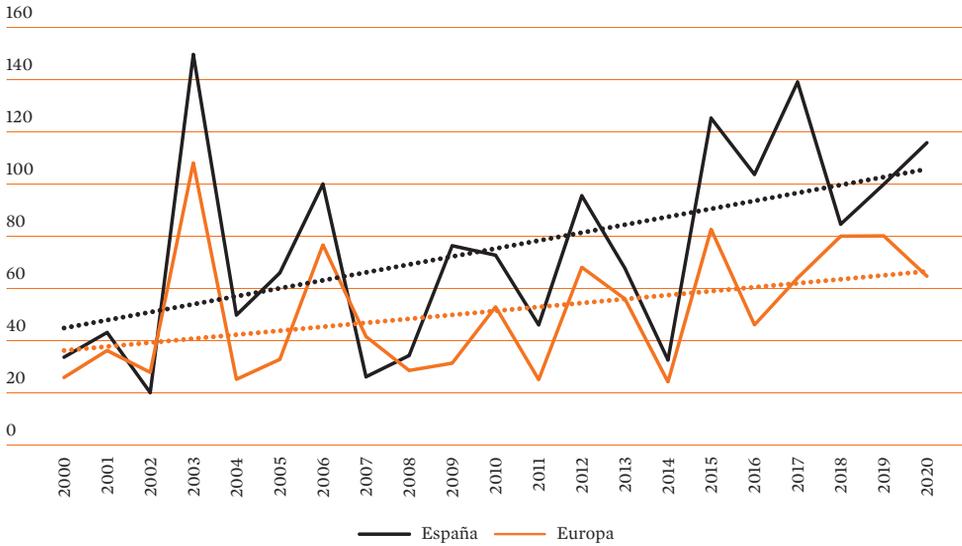
En las dos últimas décadas, en el contexto de la aceleración del proceso de calentamiento, los efectos de las altas temperaturas sobre la salud han tenido su exponente más grave en el incremento de la mortalidad provocada por el calor. La situación geográfica de España y sus características climatológicas están favoreciendo un incremento de la temperatura media, con la extensión de la estación cálida y con un aumento de las temperaturas máximas que afectan negativamente a la salud, en especial a las personas en situación de vulnerabilidad por la falta de recursos para afrontarlo o por su estado de salud –sobre todo personas de edades avanzadas–. El incremento de los episodios de calor extremo en los últimos veinte años ha tenido efectos negativos en la salud de la población, con un aumento de la mortalidad atribuida de manera directa a las altas temperaturas en Europa, que ha pasado de 26 a 65 por millón en ese periodo. La tendencia creciente, sin embargo, es más acusada en España, donde los fallecimientos causados por el calor han alcanzado los 116 por millón, lo que supone una cifra cercana a las 5.500 muertes solo en 2020 (gráfico 9).

La salud y el bienestar no pueden entenderse si no es en su compleja interrelación con el entorno en el que se desarrolla la existencia humana, y así se ha entendido históricamente. Pero solo a raíz de la sucesión de crisis sanitarias amplificadas en el contexto de la globalización ha ido ganando terreno la idea de la interdependencia como principio ineludible en el abordaje de la salud, cristalizando en el enfoque *One Health*¹⁶, con el

*El nuevo enfoque
integrado de la salud
pública: una sola salud
(One Health)*

16 Enfoque multisectorial de la OMS “Una salud”, 2021.

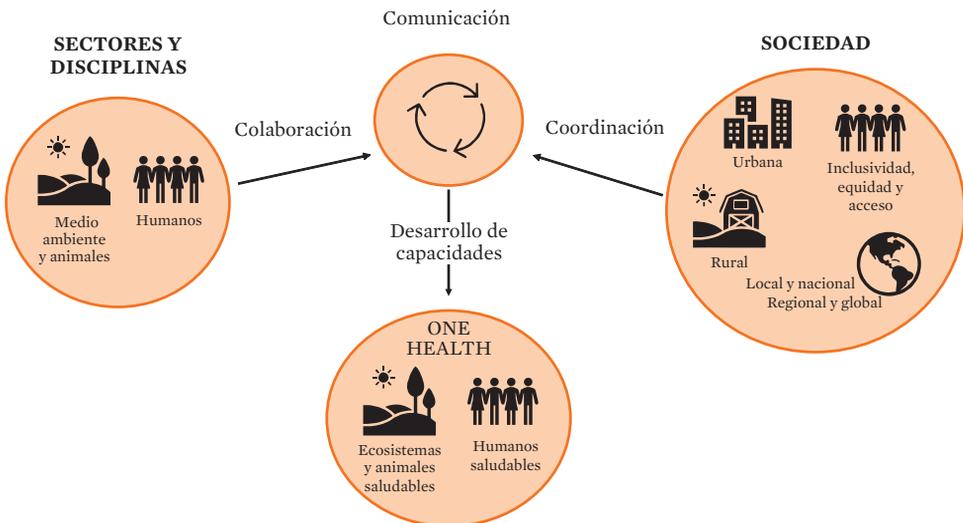
GRÁFICO 9. MUERTES ANUALES POR CALOR, 2000-2020
(Por millón de habitantes)



Fuente: “The 2022 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: towards a climate resilient future”, 2023.

ILUSTRACIÓN 1. ENFOQUE ONE HEALTH DE LA OMS

ONE HEALTH es un enfoque integrado y unificador que pretende equilibrar y optimizar de forma sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas.



Fuente: *One Health*, elaboración propia.

propósito de ser aplicado en el diseño de todas las políticas de salud pública en el ámbito internacional.

Se trata de un enfoque integrado que procura equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas, reconociendo que la salud de las personas, los animales domésticos y salvajes, las plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas) están estrechamente relacionados y son interdependientes (ilustración 1). Este enfoque interpela a múltiples sectores, disciplinas y comunidades en diversos niveles de la sociedad, para trabajar conjuntamente en la promoción del bienestar y la neutralización de las amenazas para la salud y los ecosistemas, contribuyendo a afrontar toda la gama de aspectos concernientes al control de enfermedades, desde la prevención hasta la detección, preparación, respuesta y gestión, y mejorar y promover la salud y la sostenibilidad. La reciente crisis sanitaria de escala global, generada por la expansión del virus zoonótico SARS-CoV-2, ha avivado el interés de un abordaje multisectorial de la salud, que no debe dejarse de lado en el desarrollo de políticas nacionales de salud pública. En este sentido, cabe poner manifiesto el interés de contar con un plan de vigilancia de zoonosis a nivel nacional, que integre el abordaje de la salud de la población con la evaluación de riesgos de origen animal. Como desarrollo de este enfoque, la perspectiva *One Welfare* reconoce la importancia de vincular el bienestar animal y humano, logrando una mayor eficiencia en la producción ganadera y un nivel más alto de protección del medio ambiente. Propone al mismo tiempo explorar las posibilidades de ese vínculo por sus beneficios para la salud física y mental de las personas.

El conocimiento a finales de 2019 de los primeros casos identificados de neumonía relacionados en el virus SARS-CoV-2 (causante del COVID-19) en China, supuso el origen de una situación inédita en la historia reciente de la salud pública en términos globales. La rápida extensión de la epidemia en ese país, y posteriormente en otros lugares del mundo, llevó a la Organización Mundial de la Salud a declarar la enfermedad como pandemia en marzo de 2020, alertando sobre sus efectos y sobre la urgencia de tomar medidas enérgicas para frenar su expansión. En efecto, el alto nivel de contagiosidad del virus zoonótico y las dificultades para realizar diagnósticos de forma rápida y masiva, desencadenó una propagación muy acelerada obligando a tomar medidas drásticas en casi todo el mundo¹⁷, para tratar de aminorar los efectos sobre la salud y sobre los sistemas sanitarios de una enfermedad nueva cuyas primeras oleadas pandémicas mostraron una alarmante tasa de letalidad.

*COVID-19, el impacto
de la globalización
en la salud*

En España, la acumulación de casos graves, que requerían hospitalización, sobre todo en la población de mayor edad, dio lugar a un escenario de saturación de la red de

17 Para una comparativa sobre las mismas, véase University of Oxford y Blavatnik school of government, Research proyect “Covid-19, Government response tracker”.

hospitales públicos, con un desbordamiento hasta entonces desconocido de las unidades de cuidados intensivos del SNS en varias comunidades. Pero la consecuencia más dramática de la llegada de la epidemia fue su efecto mortal en algunos colectivos especialmente vulnerables, como las personas con ciertas patologías previas y sobre todo las de mayor edad.

No obstante, la falta de disponibilidad de material para efectuar exámenes de confirmación en la fase más crítica de la epidemia resultó en un recuento incompleto de enfermos y fallecidos, provocando una clara subestimación de la magnitud real del problema, por lo que el exceso de mortalidad con relación a años anteriores dio una imagen más nítida, sobre todo en las primeras oleadas. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, la enfermedad ha causado desde su aparición la muerte de más de quince millones de personas en el mundo que, habiendo ejercido además una fuerte presión sobre los sistemas sanitarios, ha favorecido el incremento de la mortalidad también por otras causas.

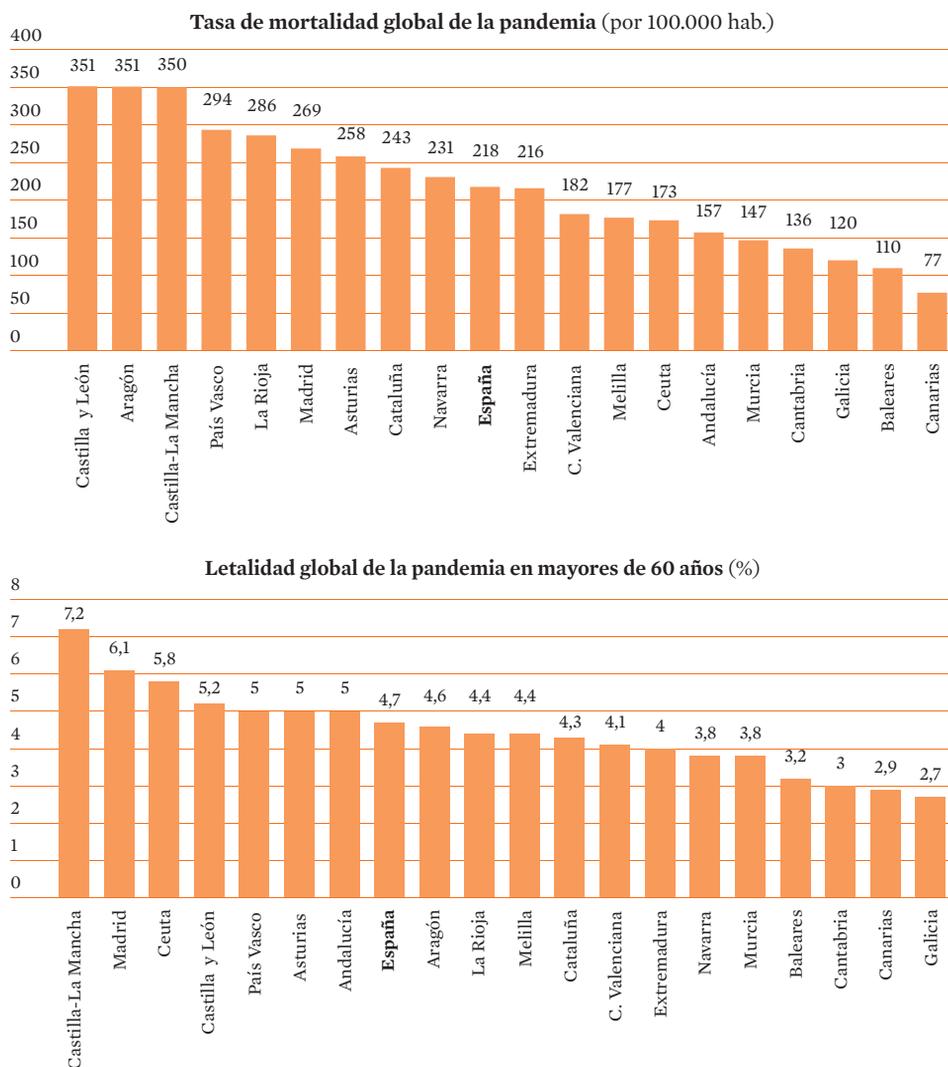
De acuerdo con los datos del INE, entre marzo de 2020 y enero de 2023 murieron en España 150 mil personas a causa del COVID-19. No obstante, las dificultades para atribuir a la enfermedad los fallecimientos, sobre todo en los primeros meses de la pandemia, han obligado a dividir la causa general en tres causas compatibles con el coronavirus: virus identificado (mediante prueba diagnóstica), virus no identificado (con síntomas compatibles con la infección, pero sin confirmación diagnóstica) y síndrome inflamatorio multisistémico asociado con COVID-19.

La falta de previsión y la deficiente coordinación en el sistema se saldaron con un debut dramático del COVID en España, dando como resultado una alta mortalidad en el primer año, que acumuló la mitad de todos los fallecimientos debidos a la enfermedad infecciosa (cerca de 75.000). A partir de 2021, en el contexto de las medidas de salud pública adoptadas, con la campaña de vacunación en pleno desarrollo y con la evolución del virus hacia variantes menos letales, la curva de fallecimientos desciende notablemente. Sin embargo, a pesar de esa favorable evolución, el coronavirus sigue siendo responsable de un buen número de muertes, que en la primera mitad de 2023 alcanzó casi 4.000.

Casi todos los indicadores de evolución de la pandemia muestran diferencias territoriales, siendo llamativas las arrojadas por las tasas de mortalidad global y la letalidad en mayores de 60 años¹⁸. La primera presenta un amplio rango de variación, desde las 77 hasta 351 muertes por cada 100.000 habitantes; la letalidad, por su parte, varía entre el 2,7 y el 7,2 por 100 de los contagiados mayores de 60. Cabe destacar el hecho de que algunas comunidades autónomas como Castilla y León, cuyas tasas de dependencia de mayores de 64 años se sitúan por encima de la media nacional arrojan tasas de mortalidad muy elevadas, mientras que otras, con menos población mayor han experimentado

18 La mortalidad global alude al número de muertos por COVID por cada 100.000 habitantes: La letalidad en mayores de 60 se refiere al número de fallecimientos por cada 100 mayores de 60 años contagiados.

GRÁFICO 10. MORTALIDAD Y LETALIDAD DE LA PANDEMIA POR CCAA (HASTA ABRIL DE 2022)



Nota: Federación de asociaciones científico médicas españolas, *Impacto de la COVID-19 en lo no COVID-19*, junio de 2021.

Fuente: Ministerio de Sanidad, CCAES, abril 2022.

tasas de mortalidad por COVID también muy altas y no atribuibles a una población especialmente envejecida, como en el caso de Madrid. Por ello, las causas de las importantes diferencias territoriales deben buscarse en otros factores sobre los que la evaluación de la gestión de la pandemia realizada por expertos independientes con la aprobación del CISNS y publicada a comienzos de 2024, puede arrojar luz¹⁹.

19 Marco de evaluación independiente del desempeño del SNS frente al COVID-19 *Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud ante la pandemia de COVID-19*.

En términos comparativos la tasa de mortalidad acumulada debida al COVID hasta 2022 fue en España superior a la media de la Unión Europea, con 1.780 por cada millón de habitantes, frente a los 1.590 de la Unión Europea.

El enorme impacto del COVID-19 en España que, a la altura de 2024, con una cierta distancia de las traumáticas primeras oleadas pandémicas, puede empezar a caracterizarse en términos estadísticos, se refleja también en su importancia relativa en el total de los fallecimientos ocurridos desde 2020. Así, desde marzo de ese año hasta junio de 2023 el COVID ha sido responsable una de cada diez muertes, si bien con diferencias regionales muy abultadas (en un rango de 15,5 a 4,4 por 100), que sugieren un posible efecto de cuidados inversos, pudiendo haber recibido menos atención sanitaria los colectivos que más la necesitaban en algunas comunidades. Todo ello en un contexto en el que confluyeron la alta tasa de contagios, la insuficiencia de los recursos para afrontar la crisis en las estructuras sanitarias autonómicas y la deficiente coordinación de las medidas adoptadas para afrontarla.

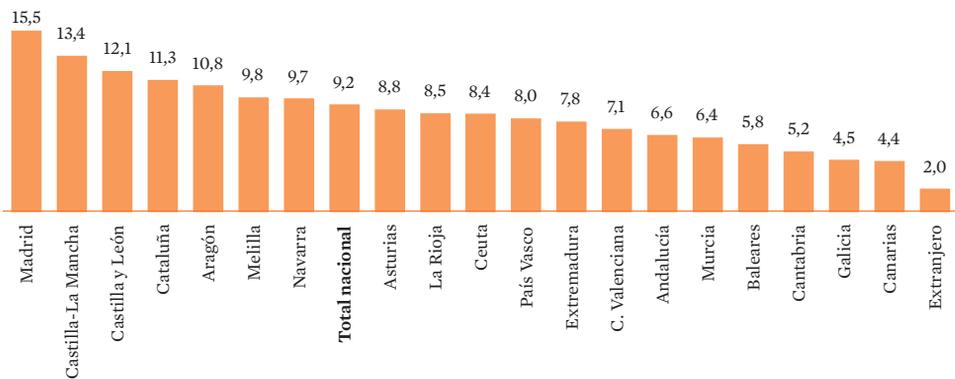
La amplia variabilidad territorial se hizo visible a lo largo de toda la crisis, con algunas comunidades afrontando cifras de mortalidad superiores a la media en los años que siguieron a la irrupción de la nueva enfermedad, como consecuencia de las altas tasas de transmisión comunitaria del patógeno.

La sobrecarga de los servicios sanitarios y el temor al contacto con el coronavirus,

Principales enfermedades y causas de muerte: impacto del COVID en la detección temprana

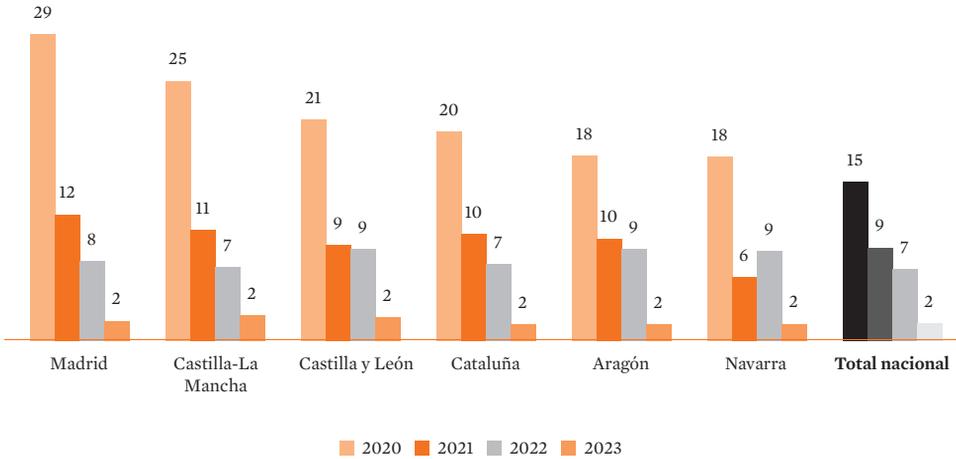
sobre todo en las primeras fases de expansión, han tenido importantes consecuencias sobre la salud de la población que continuarán siendo visibles en los próximos años. El retraso en la atención a las personas con patologías crónicas y cuadros agudos, el incremento de la cronicidad tras el contagio de COVID-19

GRÁFICO 11. PROPORCIÓN DE MUERTES POR COVID-19 SOBRE EL TOTAL EN LAS CCAA (Porcentajes sobre el total de fallecimientos entre 2020 y primer semestre de 2023)



Fuente: elaboración propia con datos del INE, 2024.

GRÁFICO 12. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR COVID EN LAS CCAA MÁS AFECTADAS (Porcentaje de fallecimientos causados por el COVID sobre el total en cada comunidad)



Fuente: elaboración propia con datos del INE, 2024.

(COVID persistente), así como el aumento de los problemas de salud mental están siendo algunas de las consecuencias indirectas de la pandemia.

Hasta la llegada del COVID-19 el 90 por 100 de las muertes se debía a enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias. La reducción de la atención a las personas con estas patologías por la restricción de la actividad no urgente de los servicios de atención sanitaria y la auto restricción por miedo al contacto con el coronavirus, han contribuido al agravamiento de muchos cuadros por falta de atención. Según los cálculos realizados después del periodo más agudo de la crisis, en torno al 20 por 100 de los nuevos cánceres quedó sin diagnosticar durante las primeras etapas de la pandemia, lo que habrá ocasionado un aumento de casos en estadios avanzados y con peor diagnóstico (en España se estima un total de 276 mil nuevos casos en 2021)²⁰, que se reflejará en las estadísticas sanitarias en los próximos años, dando cuenta de los efectos de la demanda embalsada.

A este respecto cabe subrayar que la renuncia a someterse a reconocimientos o tratamientos médicos en 2021 alcanzó al 23 por 100 de la población en España, una proporción superior a la media de la Unión Europea situada en el 17 por 100. Sin embargo, según los datos de Eurofound sobre las necesidades médicas no atendidas durante la pandemia, esa proporción se redujo significativamente en un año, de modo que en

20 Federación de asociaciones científico médicas españolas, *Impacto de la Covid-19 en lo no Covid-19*, junio de 2021.

2022, superada la fase más crítica de la pandemia la desatención fue en España inferior a la del resto de la Unión Europea (14 frente al 18 por 100).

2. La cartera de servicios

El primer catálogo de prestaciones sanitarias del SNS se aprobó en 1995²¹, ordenando por primera vez las prestaciones sanitarias de manera sistemática y facilitando así su conocimiento por parte de los usuarios. Aparte de las prestaciones más comunes, el catálogo enumeraba una serie de servicios cubiertos y excluidos y concretaba algunos derechos que hasta entonces no se encontraban regulados con carácter general, como el derecho a información de los pacientes y sus familiares y allegados. Más tarde, la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del SNS incorporó específicamente las prestaciones de salud pública y la atención sociosanitaria y, dentro de la atención primaria, contemplaba las prestaciones del sistema la atención comunitaria, la atención específica a grupos de riesgo, y enfermos crónicos.

La siguiente actualización del catálogo se produjo en 2006²², añadiendo algunas novedades, como la previsión de un procedimiento para actualizar de forma continua el catálogo, garantizando la incorporación de los avances científico-técnicos previa evaluación de su impacto sobre el SNS. Aunque esta actualización introdujo algo más de concreción, la realidad es que la mayor parte de las prestaciones se siguen enunciando de manera muy genérica, de modo que admiten un amplio margen de variabilidad sobre su desarrollo específico.

Se encuentra pendiente la recuperación de la cartera única

Posteriormente, en el contexto de las medidas adoptadas para cumplir con el objetivo de consolidación fiscal en respuesta a la crisis financiera internacional, el Real Decreto 16/2012 introdujo cambios importantes que afectaron tanto al número y contenido de los servicios prestados por la sanidad pública, como a las aportaciones económicas de las personas usuarias de dichos servicios. En este sentido, la cartera fue sometida a una nueva categorización dividiendo los servicios en cuatro niveles:

- Cartera común básica de servicios asistenciales, íntegramente sujetos a financiación pública. Comprende desde entonces todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios y transporte urgente.
- Cartera común suplementaria. Incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria estando sujetas a aportación

21 Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias.

22 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

de las personas usuarias (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica y los productos dietéticos, transporte sanitario no urgente con prescripción facultativa) rigiendo para todos ellos las mismas reglas de aportación de las personas usuarias de acuerdo con los niveles de rentas.

- Cartera común de servicios accesorios. Incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario, con los mismos criterios de aportación de la prestación de farmacia.
- Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas, esta podía incluir servicios complementarios no incluidos en la financiación general de las prestaciones del sistema.

Unido a lo anterior, con el fin de asegurar la financiación de la atención sanitaria prestada en comunidades autónomas distintas de las de residencia, el Real Decreto 16/2012 creó en su capítulo III el Fondo de Garantía Asistencial, configurado como una partida específica de compensación para la garantía asistencial en todo el SNS, que sin embargo no llegó a desarrollarse, aplicándose solo de manera parcial en atención primaria y prestación farmacéutica. Una de las conclusiones alcanzadas en el Dictamen de la Comisión del Congreso para la Reconstrucción del SNS era precisamente la activación de dicho Fondo.

Más adelante, se aprobaron sucesivas modificaciones que vinieron a añadir²³ contenidos al catálogo o bien a detallar, clarificar o concretar el alcance de algunas prestaciones.

Esta clasificación de la cartera de servicios, que en realidad no llegó a desarrollarse en la práctica, se intentó simplificar en la anterior legislatura recuperando la cartera única y suprimiendo la distinción vigente entre cartera básica, suplementaria y accesoría a través de la reforma²⁴ que no pudo culminar su tramitación parlamentaria debido a la disolución de las Cortes.

Desde distintos ámbitos se viene apuntando a la necesidad de modernizar y mejorar la cobertura de la cartera de servicios del SNS, en especial en algunas vertientes de la atención donde la falta de concreción o las lagunas existentes dan lugar a importantes desigualdades sociales y territoriales en salud como, sin ánimo de exhaustividad, el

23 Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos. Sucesivas modificaciones se llevaron a cabo por Orden SSI/366/2018; Orden SSI/2366/2012; Orden SCB/1242/2018; Orden SCB/45/2019; Orden SCB/480/2019 y Orden SND/44/2022 de 27 de enero.

24 Véase Dictamen 7/2002 del CES, sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

alcance de la atención bucodental²⁵ y visual, la podología, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las diferencias en el apoyo a las dietas especiales, la atención

Carencias de la actual cartera de servicios

temprana y la atención a enfermas y enfermos terminales. Por su parte, el alcance y los contornos de prestaciones como la atención sociosanitaria, las prestaciones de salud pública y la atención a la salud mental ofrecen también un amplio margen de mejora y concreción.

Por otro lado, la importante interacción de la salud humana, ambiental y animal conlleva la necesidad de tener en cuenta al sector veterinario en la cartera de servicios del sistema, en coherencia con el enfoque *One Health* preconizado desde la OMS.

Por su parte, el componente 18 del PRTR (Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud), contempla una serie de medidas que aún no se han llevado a la práctica²⁶, como el incremento de la cartera común de servicios sanitarios públicos a prestar al conjunto de la ciudadanía; la limitación del establecimiento de nuevos copagos; la ampliación de la definición de prestaciones sociosanitarias en la cartera común de servicios del SNS o reformar la aportación farmacéutica del SNS. También se incorpora el compromiso de mejorar los servicios de atención bucodental, la medicina genómica, la prestación ortoprotésica y la atención temprana, ampliando y homogeneizando en todo el territorio español la Cartera Común de Servicios. Asimismo, tanto el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado por el CISNS en 2019, como el Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, aprobado por el CISNS en 2021, recogen entre sus objetivos la actualización la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

El procedimiento para la incorporación o modificación de prestaciones al catálogo requiere de su análisis, debate y aprobación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Necesidad de mejorar el procedimiento de incorporación de prestaciones

Sin embargo, la dificultad de alcanzar acuerdos deriva en la lentitud y, en ocasiones (excepción hecha de las medidas adoptadas durante la pandemia), escasa concreción de las medidas acordadas en el CISNS.

Numerosos expertos apuntan a la necesidad de que el SNS se dote de un mecanismo independiente de evaluación de las prestaciones sanitarias de todo tipo, es decir tanto farmacológicas (medicamentos) como tecnológicas u otro tipo de intervenciones sanitarias²⁷, al estilo de las agencias existentes desde hace décadas en países de nuestro

25 A este respecto existen varios compromisos contenidos en el “Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud”.

26 Buena parte de estas medidas se incorporaron al mencionado Anteproyecto.

27 Ricard Meneu, Vicente Ortún y Rosa Urbanos, *La sanidad en la encrucijada, financiación, organización y gestión*, Health Policy Papers Collection 2023 – 3; Félix Lobo, Juan Oliva, José Vida, *La evaluación de la*

entorno europeo, que asesore en la toma de decisiones sobre tipo, alcance, financiación y cobertura de prestaciones, en la línea del referente más conocido, el NICE en Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence).

No obstante, como se verá en siguientes apartados²⁸, con independencia de la eventual creación de cualquier otro tipo de agencia o estructura nueva, sería necesaria una clarificación de las funciones y esquemas de actuación del complejo entramado de organismos y procedimientos de evaluación actualmente existentes, de acuerdo con los principios de buena gobernanza, con transparencia, así como con una adecuada dotación de medios para el correcto desarrollo de sus cometidos.

eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: origen, evolución y estado actual, F. Lobo, *La economía, la innovación y el futuro del SNS*, Funcas 2017; I. Abásolo, J. M. Abellán, V. Abaira *et al.* (2020), *Por un HISPA-NICE: ahora o nunca*.

28 Véanse apartado 4 del capítulo II, Prestación farmacéutica y uso racional del medicamento así como capítulo VII sobre Coordinación, cooperación y gobernanza.

CAPÍTULO II
COBERTURA POBLACIONAL Y RECURSOS
DEL SISTEMA

1. Cobertura y universalidad

La garantía del derecho constitucional a la protección de la salud (art. 43 CE) se encuentra en el origen de la creación del SNS, como conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas en el que se integran todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos. El principio de universalidad en el acceso constituye, junto con el de financiación pública y gratuidad de los servicios en el momento de su uso, una de las principales vertientes del derecho y uno de los pilares más característicos del sistema sanitario público español.

La asistencia sanitaria pública o financiada con fondos públicos constituye, sin duda, la vertiente del Estado de Bienestar con un ámbito subjetivo de actuación más amplio (gráfico 13), atendiendo a su cobertura poblacional, así como con un mayor alcance a lo largo del ciclo vital, pues la protección que dispensa se extiende desde las etapas prenatales de la persona hasta el final de sus días.

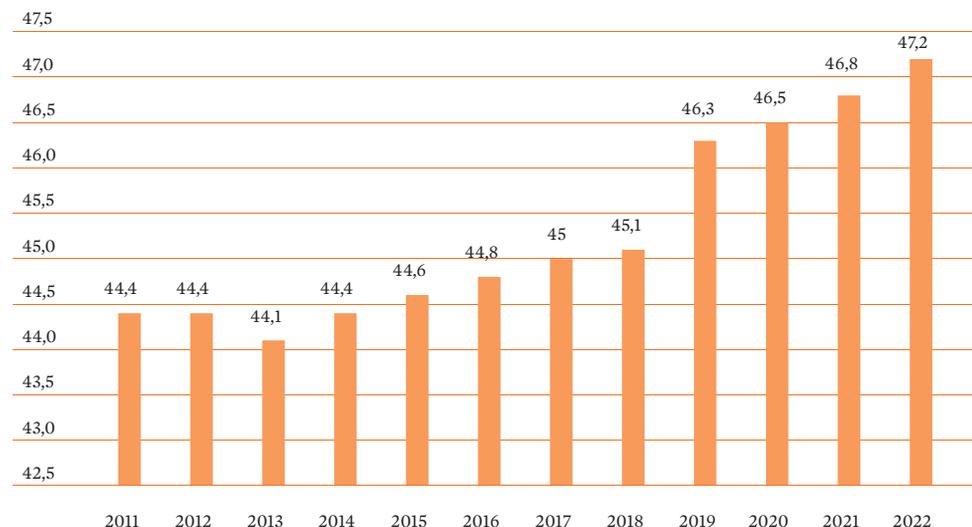
Necesidad de avanzar en la efectiva universalidad del SNS

En julio de 2022, la población registrada en la base de datos de población protegida del SNS ascendía a 47.181.639 personas, lo que se aproxima a las cifras de población oficial en esa fecha²⁹. Este carácter prácticamente universal del SNS contribuye a garantizar un alto nivel de protección de la salud individual y colectiva. Según la Encuesta Europea de Salud (EES), en 2020 la cobertura pública de la asistencia sanitaria en España alcanzaba al 99,2 por 100 de la población, bien a través del SNS o de mutualidades del Estado. Además, alrededor del 15 por 100 de la población disponía de otra forma de provisión de asistencia sanitaria a través de seguros médicos privados. No obstante, cabe recordar que se mantienen algunas exclusiones y singularidades en el acceso al derecho a la atención sanitaria del SNS. Así, pese al escaso volumen que representan, no cabe pasar por alto que, según los datos de la EES 2020, en torno al 0,4 por 100 de la población en 2020 carecía de seguro médico o entraba en la categoría de “otras situaciones” (cuadro 1).

29 El INE registraba 47,6 millones de habitantes a 1 de julio de 2022 (INE, Cifras de Población). Hay que tener en cuenta que la BDPP del SNS no incorpora a los colectivos de mutualistas del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) que han optado por provisión sanitaria privada y que en 2021 sumaban unas 650.000 personas. En todo caso, téngase en cuenta que la cifra de 47,1 millones de población incluida en la BDPP del SNS incorpora también desde 2019 a las personas cubiertas por MUFACE.

GRÁFICO 13. POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL SNS BAJO FINANCIACIÓN PÚBLICA, 2011-2022

(En millones de personas)



*2019: incorporación del colectivo de MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado) con opción privada.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Informe sobre el SNS, varios años (Base de datos de población protegida).

CUADRO 1. MODALIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA POBLACIÓN, 2014-2020

(Porcentaje de personas de 15 y más años por tipo de asistencia sanitaria. Multirrespuesta)

Tipo de asistencia sanitaria	2014	2020
Pública		
Total	98,9	99,2
Seguridad Social	95,6	96,1
Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social	2,1	2,4
Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado	2,8	2,4
Privada		
Total	15,6	15,3
Seguro médico privado concertado individualmente	12,3	12,6
Seguro médico privado concertado por la empresa	3,3	2,7
No tiene seguro médico	0,3	0,1
Otras situaciones	0,2	0,3

Nota: según la metodología de la encuesta, la categoría “No tiene seguro médico” engloba a personas que ni tienen derecho a la asistencia sanitaria pública ni ningún tipo de seguro privado concertado de modo que, cuando lo necesitan, pagan directamente por la atención médica recibida. La categoría “Otras situaciones” incluye las no contempladas en los apartados anteriores, por ejemplo, personas en situación administrativa irregular que no tienen seguro.

Fuente: elaboración propia a partir de INE, Encuesta Europea de Salud, 2014 y 2020.

Algunos supuestos de exclusión se pretendieron abordar a través del Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y

cohesión del Sistema Nacional de Salud, que el CES tuvo la oportunidad de dictaminar³⁰. El CES se pronunció a favor del avance en la universalidad del sistema sanitario considerando necesaria y oportuna la extensión del derecho a la atención sanitaria a personas cuya titularidad no había sido explícitamente reconocida.

Por otro lado, tampoco se ha completado el proceso de integración de los diferentes subsistemas de protección sanitaria pública en el SNS que preveía la LGS, con lo que el aseguramiento universal no se procura únicamente a través de aquel, sino que se mantienen las peculiaridades del Régimen del Mutualismo Administrativo. MUFACE atendía en 2021 a 1,5 millones de personas, entre titulares (1,03 millones) y beneficiarias

RECUADRO 1. TITULARIDAD Y ACCESO UNIVERSAL. UNA REFORMA INCONCLUSA

La regulación de la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria pública ha sido objeto de numerosas modificaciones sin que se haya logrado superar por completo su superposición al esquema de la Seguridad Social³¹ y a la condición de persona asegurada, reforzada incluso a partir del RD-ley 16/2012. Así, aunque, a excepción de este último, diversas normas han ido ampliando el ámbito subjetivo del derecho a la asistencia sanitaria, se ha ido generando un sistema complejo con distintos requisitos de acceso en función de diferentes características personales.

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud se propuso completar la universalidad del sistema, desligar el acceso al mismo del vínculo con la Seguridad Social, así como revertir las exclusiones introducidas en 2012. El RD-ley 7/2018 derogó la mayor parte del RD 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, hasta la fecha no se ha aprobado el desarrollo reglamentario que lo sustituya.

Entretanto, el RD-ley 7/2018 ha sido objeto de diversas interpretaciones e instrucciones para su aplicación a nivel autonómico, articulándose en algunos territorios procedimientos con una serie de requisitos de difícil cumplimiento (como la obligatoriedad de gestión on line de las solicitudes o presencial mediante cita previa on line; certificado digital o clave, libro de familia emitido por autoridad competente o creación de unidades de tramitación específicas en número insuficiente) especialmente para determinados colectivos, como las personas solicitantes de protección internacional, personas extranjeras sin autorización administrativa, víctimas de trata, personas españolas que han residido un tiempo en el extranjero o personas en situación de sinhogarismo

A pesar de tener reconocido estas personas el derecho a la atención sanitaria, la existencia de barreras administrativas, en la práctica, da lugar a privación o retraso en la cobertura de necesidades sanitarias que, al margen de la afectación de derechos individuales que implican, pueden tener repercusiones de salud pública y agudizan las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria en función del territorio.

Unido a lo anterior, cabe recordar la existencia de otros grupos excluidos del derecho, como las personas de origen español residentes en el exterior desplazados temporalmente a territorio español y a sus familiares, así como los ascendientes reagrupados por un hijo/a titular del derecho o las personas extranjeras no titulares de derecho (Dictamen CES 7/2022).

Fuente: elaboración propia.

30 Véase Dictamen 7/2022 sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

31 De hecho, la asistencia sanitaria se sigue contemplando como parte de la acción protectora de la Seguridad Social en el artículo 42 de su ley reguladora, el Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social (TRLGSS).

(461.198),³² para quienes la prestación es alternativamente pública (a través de los 17 servicios autonómicos públicos de salud y el INGESA) o concertada (a través de concierto con entidades aseguradoras), a elección de la persona mutualista. A las anteriores cifras habría que añadir unos 602.138 mutualistas de ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas) y MUGEJU (Mutualidad General Judicial) que han optado por provisión sanitaria privada.

Continúa pendiente asimismo la plena integración de la sanidad penitenciaria en el SNS, tal y como preveía la LGS, pues solo tres comunidades autónomas han asumido las competencias en esta materia, lo que repercute tanto en la calidad de la atención a la salud de las personas internas como en las condiciones de las y los profesionales en este ámbito, en el que es habitual que se queden plazas sin cubrir.

Unido a lo anterior, hay que tener en cuenta el amplio colectivo protegido por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social que, en promedio, ascendía a 18.971.500 personas trabajadoras en 2022. Cabe recordar que, junto a su cometido principal de colaboración en la gestión de varias prestaciones, entre las funciones de estas entidades³³ reviste especial importancia la asistencia sanitaria y servicios de recuperación que dispensan a las personas trabajadoras de las empresas asociadas y a los trabajadores y trabajadoras por cuenta propia adheridas³⁴, así como la realización de actividades de prevención de riesgos laborales de la Seguridad Social³⁵.

En conjunto, según la EES 2020 el 85,4 por 100 de la población en España dependía exclusivamente de la atención sanitaria pública para dar respuesta a sus

El 85,5 por 100 de la población es atendida exclusivamente por el sistema sanitario público

necesidades de salud; el 14,6 por 100 tenía cobertura mixta³⁶. Los porcentajes varían considerablemente en función de factores relacionados entre sí como la edad, nivel de estudios, lugar de residencia o nivel de renta.

32 Según la Memoria 2021 de la entidad, a 31 de diciembre de 2021, el 74,6 por 100 del colectivo (1.118.497 personas) se encontraba adscrito a alguna de las cuatro entidades de seguro de asistencia sanitaria, mientras que el 25,4 por 100 (380.884 personas) optaron por el sistema sanitario público, proporciones similares a las de años anteriores.

33 Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Véase Dictamen CES 1/2014 sobre el Anteproyecto de Ley de la misma.

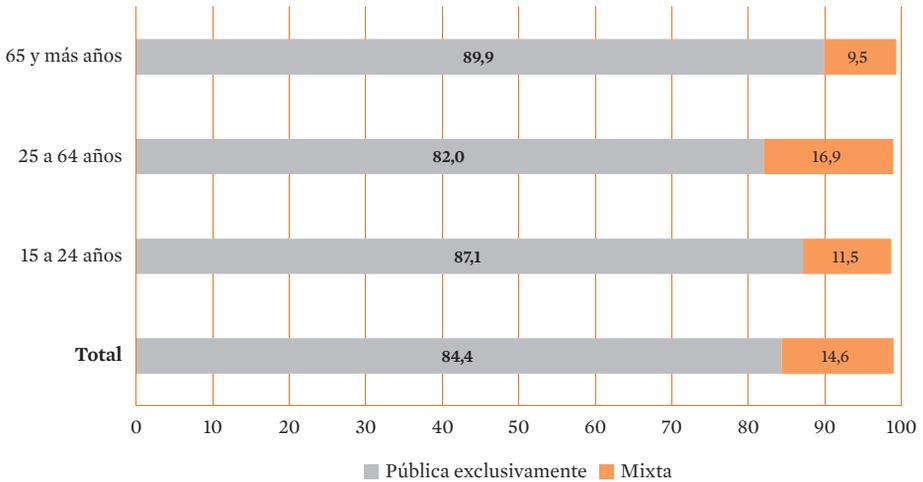
34 Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

35 Real Decreto 860/2018, de 13 de julio, por el que se regulan las actividades preventivas de la acción protectora de la Seguridad Social a realizar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Las actividades preventivas se orientarán preferentemente a contribuir en las pequeñas empresas y en los sectores con mayores índices de siniestralidad, a la mejor integración de los planes y programas preventivos de las distintas administraciones competentes; al desarrollo de la I+D+i y a la divulgación, educación y sensibilización en prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

36 Según la EES 2020, una persona solo puede tener cobertura sanitaria exclusivamente pública, exclusivamente privada o mixta. Se entiende por cobertura sanitaria mixta la de aquellas personas que gozan de cobertura sanitaria pública y privada simultáneamente.

Por edades, las proporciones más altas de cobertura exclusivamente pública se alcanzan entre la población de mayor edad (gráfico 14) lo que resulta coherente con el alto grado de valoración del sistema sanitario público entre este grupo, así como con las limitaciones de las coberturas y los precios de la oferta privada para este segmento de la población³⁷.

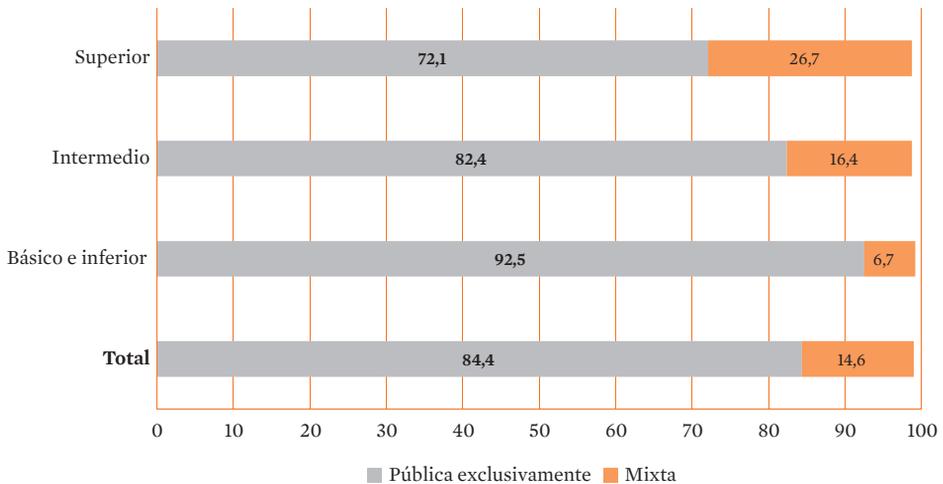
GRÁFICO 14. POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA Y EDAD



Nota: por su escasa magnitud, el gráfico no incluye la población con cobertura exclusivamente privada (0,7 por 100) ni “otras situaciones” (0,4 por 100).

Fuente: elaboración propia a partir de INE, Encuesta Europea de Salud, 2020.

GRÁFICO 15. POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA Y NIVEL DE ESTUDIOS



Fuente: elaboración propia a partir de INE, Encuesta Europea de Salud, 2020.

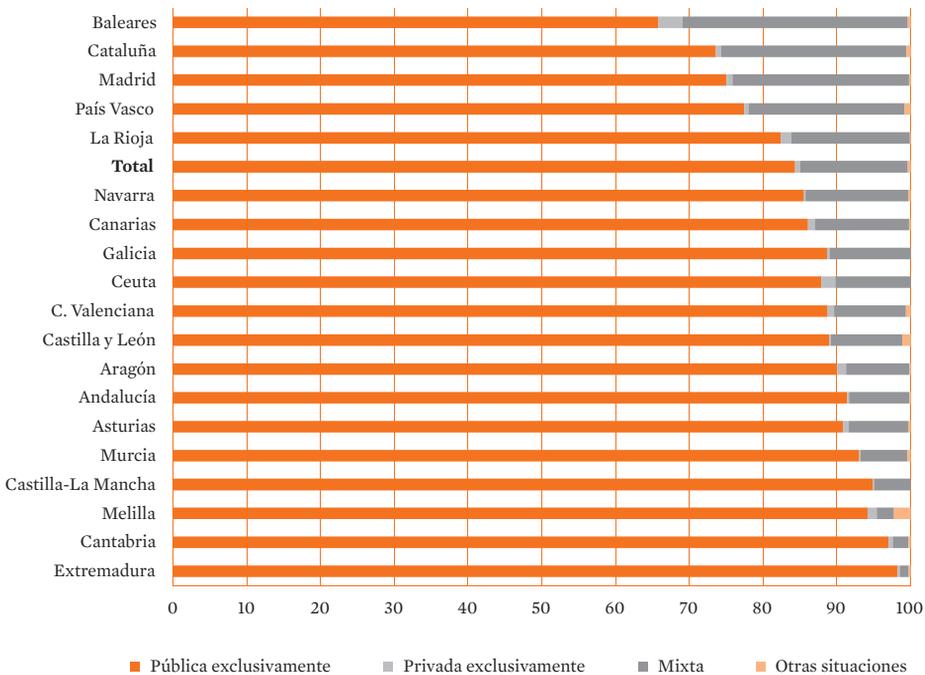
37 Según estudios recientes (ICEA, 2023), entre los mutualistas que en su día optaron por la opción privada se observa un trasvase hacia la sanidad pública en los segmentos de mayor edad.

La gran mayoría de la población depende exclusivamente de la sanidad pública independientemente de su nivel educativo. La cobertura mixta registra niveles por encima de la media especialmente entre la población con estudios superiores (gráfico 15).

Asimismo, se observan importantes diferencias territoriales pues mientras en Extremadura, Cantabria o Melilla prácticamente la totalidad de la población depende exclusivamente de la sanidad pública, disponen de cobertura mixta el 30,5 por 100 de la población en Baleares, el 25,1 por 100 en Cataluña, el 23,9 por 100 en Madrid o el 21,2 por 100 en el País Vasco (gráfico 16).

La penetración de la asistencia sanitaria privada, fundamentalmente a través de la figura del seguro sanitario, es un fenómeno creciente en las últimas décadas, acentuándose la contratación de pólizas de seguros a partir de la irrupción de la pandemia, en paralelo a la mayor concienciación sobre la importancia de los riesgos vinculados a la salud³⁸. Según la última edición de la EES, el porcentaje de población con seguro privado apenas varió entre 2014 y 2020. En cifras absolutas, el número total de personas asegu-

GRÁFICO 16. POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA SANITARIA, POR CCAA, 2020
(En porcentaje sobre el total de población)



Nota: se entiende por cobertura sanitaria mixta la de aquellas personas que gozan de cobertura sanitaria pública y privada simultáneamente.

Fuente: INE, Encuesta Europea de Salud, 2020.

38 Dirección General de Seguros, Seguros y Fondos de Pensiones, *Informe 2021*.

radar ha pasado de 9,9 a 12 millones entre 2017 y 2022, con una tasa de crecimiento medio anual del 4 por 100 a lo largo de ese período. Esta evolución se encuentra relacionada con múltiples factores como la subsistencia del mutualismo administrativo³⁹, la evolución demográfica (crecimiento del volumen de población, envejecimiento y mayor longevidad), el aumento del nivel educativo y de renta, las mayores expectativas del paciente, la densidad poblacional (la cada vez mayor concentración de la población en ciudades grandes, como Madrid, Barcelona o Valencia donde la red sanitaria tanto pública como privada es más tupida) o las políticas de gasto público regional⁴⁰.

*Crecimiento del
aseguramiento sanitario
privado: causas y efectos
en el SNS*

La cobertura mixta es más frecuente en la población con niveles de ingresos más altos, como cabía esperar (gráfico 17). No obstante, resulta llamativo que entre las dos últimas ediciones de la EES se observe un descenso dentro de este grupo (por otro lado, minoritario entre la población) y un ligero aumento en el grupo de personas aseguradas con ingresos por debajo de 1.400 euros al mes, (donde se sitúan los salarios más frecuentes, según el INE), lo que puede ser indicativo de una cierta “popularización” de los seguros sanitarios privados entre segmentos de población más jóvenes y no necesariamente más pudientes. A ello podría estar contribuyendo la cada vez más frecuente incorporación de la contratación de seguros a los esquemas retributivos de las empresas: según un reciente estudio, el 43 por 100 de los asegurados de asistencia sanitaria y reembolso de gastos (sin tener en cuenta el mutualismo administrativo) disfrutaban de pólizas colectivas⁴¹. Asimismo, la aparición en los últimos años de pólizas más económicas con coberturas limitadas (con exclusión de ingresos hospitalarios, entre otras modalidades) también puede haber influido en esta dinámica. El peso del aseguramiento mixto habría descendido entre la población con ingresos a partir de 1.400 euros.

Según el último Barómetro sanitario, la rapidez de la atención constituye la principal razón para contratar un seguro sanitario (75,7 por 100 de los casos), a gran distancia de cualquier otro tipo de motivaciones que, dada su escasa frecuencia, no ponen en entredicho la calidad de la atención sanitaria pública⁴². De hecho, esta última constituye el servicio público más apreciado, al tiempo que una gran mayoría de la población comparte la percepción de que no se le dedican los suficientes recursos⁴³, mientras la

39 El mutualismo administrativo representa en torno al 15 por 100 de la actividad del seguro de salud, aun cuando el volumen de asegurados por esta vía va en descenso, habiendo pasado entre 2017 a 2022 de 1.850 mil a 1.730 mil (aproximadamente el 82 por 100 del personal funcionario).

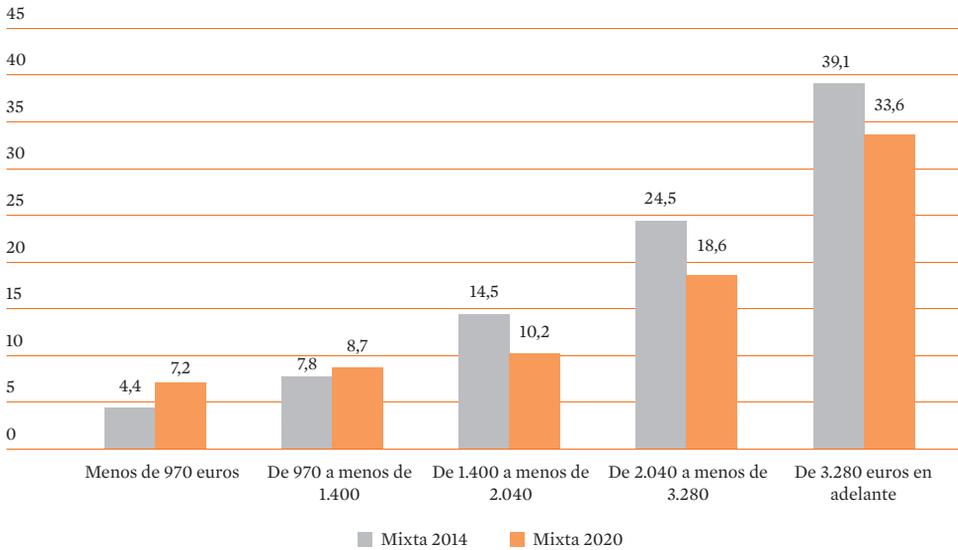
40 Véase capítulo IV sobre gasto sanitario.

41 *Un sistema sanitario en transformación. Los retos del aseguramiento privado en España*, Cátedra Extraordinaria de Salud Sostenible y Responsable (UCM), marzo 2023.

42 La siguiente razón principal sería “por la contratación de un producto con el banco o por otro seguro que contrató” (4,8 por 100 de la población encuestada), seguida de “la calidad de los servicios sanitarios que ofrecen” (2,8 por 100), “la capacitación y calidad del personal sanitario” (2,3 por 100) o “por las deficiencias de la sanidad pública (2,1 por 100). MS, *Barómetro sanitario* (20/09/2023).

43 En 2021, el 61,8 por 100 reportaba mucha o bastante satisfacción con la asistencia sanitaria pública, ligeramente por encima del transporte público (60,7 por 100) y a mucha distancia de otros servicios públicos

GRÁFICO 17. COBERTURA SANITARIA MIXTA POR NIVEL DE INGRESO MENSUAL, 2004-2020
(En porcentaje sobre el total de población en cada nivel de ingresos)



Nota: se entiende por cobertura sanitaria mixta la de aquellas personas que gozan de cobertura sanitaria pública y privada simultáneamente.

Fuente: elaboración propia a partir de INE, Encuesta Europea de Salud, 2014 y 2020.

confianza y seguridad que transmiten los profesionales sanitarios forman parte de los aspectos más valorados por la población según los sucesivos Barómetros sanitarios publicados por el Ministerio de Sanidad.

La saturación de la sanidad pública resulta sintomática de los importantes desafíos que afronta el sistema sanitario en su conjunto a la hora de garantizar el derecho a la salud que compete a los poderes públicos, en términos de adecuación y suficiencia de los recursos disponibles, equidad, calidad de la atención y sostenibilidad. En cualquier caso, hacer efectivo el principio de cobertura universal de la asistencia sanitaria requiere fortalecer el SNS, completando las reformas necesarias para optimizar sus recursos, la gobernanza y la cooperación en el conjunto del sistema sanitario, así como la calidad de la atención centrada en el paciente.

Hacer efectiva la universalidad requiere optimizar recursos y abordar las reformas necesarias

como la Administración de Justicia (19 por 100). Asimismo, el 70 por 100 de las personas encuestadas consideraba que se le dedicaban muy pocos; el 26 por 100 “los necesarios” y apenas el 2 por 100 consideraba que “demasiados”. Tan solo la investigación en ciencia y tecnología superaba a la sanidad en la percepción de ser un área destinataria de muy pocos recursos (84 por 100). CIS, Estudio núm. 3332, Opinión pública y política fiscal (XXXVIII).

2. Recursos humanos, ordenación profesional y formación en el SNS

La atención sanitaria es una actividad intensiva en recursos humanos, que constituyen sin duda el principal caudal del sistema. La reciente crisis sanitaria ha puesto en evidencia la necesidad de atender a una serie de carencias en este terreno ya existentes con anterioridad, así como de responder a nuevos retos para garantizar la resiliencia del sistema. Las personas que trabajan en el sector de salud y las profesiones sanitarias en nuestro país constituyen un grupo heterogéneo que encara las necesidades y demandas sanitarias de una población creciente, diversa y con una edad media cada vez más elevada. Sin embargo, el volumen exacto y los perfiles del personal adscrito al sistema sanitario público no se conocen con exactitud, dada la tardanza en la plena puesta en funcionamiento del registro estatal de profesionales sanitarios⁴⁴, con cuya creación se pretendía facilitar la adecuada planificación de los recursos humanos sanitarios de todo el Estado y la coordinación de las políticas sanitarias del SNS en esta materia.

Ello obliga a acudir a distintas fuentes para aproximarse a esta realidad⁴⁵, con diferente metodología, periodicidad y herramientas de presentación de datos, lo que dificulta en gran medida la aproximación a un “mapa” de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, cuya realización y permanente actualización debería formar parte de los cometidos del Ministerio de Sanidad como parte de la función de coordinación general de la sanidad que compete al Estado.

Si no se cuenta con una fuente homogeneizada que recoja la realidad del personal de la sanidad pública en su conjunto, otro tanto ocurre con la realidad del sistema privado y de la conexión entre ambos pues distintas instituciones del sector arrojan diferentes resultados. La visión de los recursos humanos del sistema sanitario en su conjunto resulta así algo difusa a nivel cuantitativo, aun cuando existe un consenso bastante amplio en cuanto a los problemas existentes. Por tanto, transcurridos más de diez años desde la creación del Registro de profesionales sanitarios, es necesario que se haga plenamente operativo como instrumento imprescindible para el conocimiento, la planificación y la coordinación de los recursos humanos en el sistema sanitario.

Necesidad de que se haga plenamente operativo el Registro de profesionales sanitarios

Según los datos del Ministerio de Hacienda, en el ámbito de las instituciones sanitarias que componen el Sistema Nacional de Salud, el conjunto del personal a su servicio desde que culminó el proceso de transferencias ha aumentado desde las 370.018 personas trabajadoras registradas en 2002 a las 583.417 en 2022, en una trayectoria ascendente en la que sobresale la pérdida de dinamismo a partir de 2008 y los importantes descensos de personal registrados entre 2013 y 2015, en el contexto de las medi-

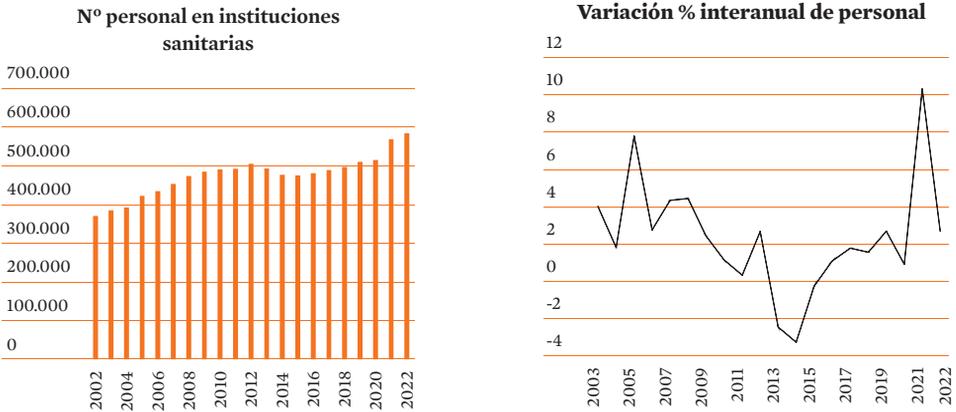
44 Real Decreto 640/2014, de 25 de julio por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

45 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.

das adoptadas durante la crisis financiera y económica, así como el reseñable repunte coyuntural experimentado tras la irrupción de la pandemia⁴⁶ (gráfico 18). Esta fuente, sin embargo, no desagrega por tipologías profesionales.

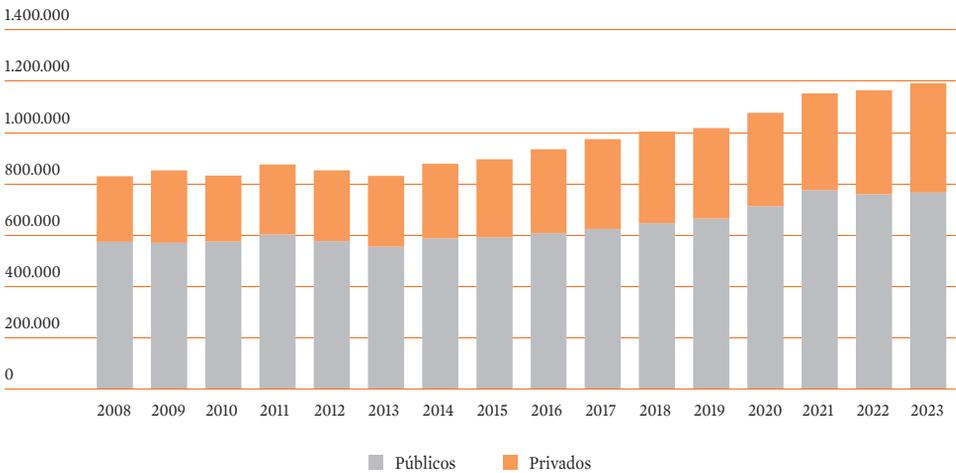
La Encuesta de Población Activa, por su parte, informa del progresivo aumento del peso del sector en el conjunto del empleo, en paralelo al proceso de expansión experi-

GRÁFICO 18. PERSONAL AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DEL SNS, 2002-2022 (Evolución de los efectivos de las comunidades autónomas)



Fuente: Ministerio para la Transformación Digital y Función Pública. Boletín Estadístico del Personal al servicio de las Administraciones Públicas a 1 de enero.

GRÁFICO 19. PERSONAS ASALARIADAS EN EL SECTOR SANITARIO, 2008-2023



Fuente: INE, EPA. Elaboración propia a partir de microdatos.

46 Para mayor detalle sobre la evolución de la sanidad en el contexto económico y social, véanse las sucesivas ediciones de la Memoria del CES.

mentado por las actividades sanitarias⁴⁷, representando en 2023 el 7 por 100 del total de personas asalariadas, según la Encuesta de Población Activa. En total, entre 2008 y 2023, según esta fuente, el total de personas asalariadas en el sector sanitario ha pasado de 830.200 a 1,2 millones, con un reseñable incremento experimentado a partir de la situación extraordinaria que supuso la implosión de la pandemia en 2020.

En esos quince años, el sector público ha experimentado un aumento de asalariados del 33 por 100 y el sector privado se ha mostrado especialmente dinámico, con un crecimiento del 66 por 100. Ello ha dado lugar a un ligero cambio en la distribución, de modo que el peso del empleo asalariado privado en sanidad ha crecido del 30,7 por 100 en 2008 al 35,6 por 100 en 2023. Con todo, el SNS sigue siendo el principal empleador del sistema sanitario, con el 64,4 por 100 de las personas asalariadas a su cargo.

En perspectiva comparada y en relación con la población, que ha aumentado considerablemente en las últimas décadas,⁴⁸ según Eurostat, en 2021 la tasa por cada 1.000 habitantes era de 4,5 médicos y de 6,4 enfermeras por mil habitantes. Si en el caso del personal médico se trata de valores por encima de la media europea⁴⁹, no ocurriría lo mismo con el de enfermería. A pesar del crecimiento de la tasa de enfermeras por 1.000 habitantes (1,2 puntos desde 2012) España se sigue situando entre los países algo por debajo del promedio europeo si bien los datos pueden no ser estrictamente comparables⁵⁰ (gráfico 20).

*Médicos por habitante
en torno al promedio
europeo pero menos
enfermeras*

Según el Informe Anual del SNS 2022 (MS, 2023), en 2021 se contaban 212.735 profesionales de medicina en ejercicio en España, de los que el 79 por 100 presta sus servicios en el SNS, que arroja una tasa de 3,5 médicos/1.000 habitantes. Por su parte, en ese mismo año se contaban 300.567 profesionales de enfermería en ejercicio en labores asistenciales. El SNS cuenta con 4,7 enfermeras por cada 1.000 habitantes (3,7 en hospitales y 0,7 en atención primaria).

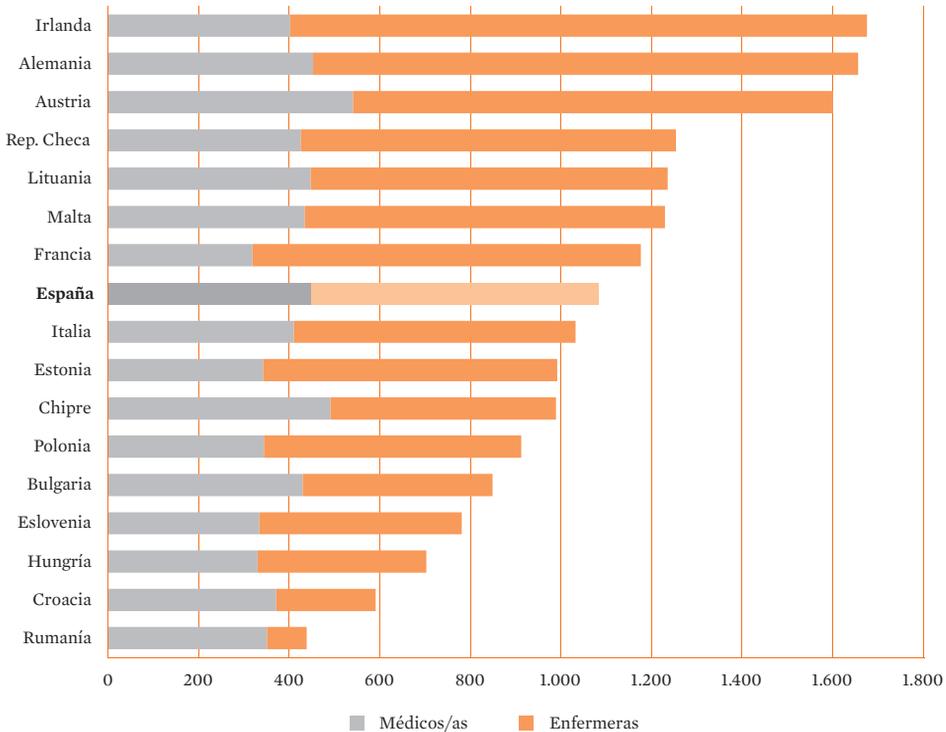
47 En términos de Contabilidad Nacional de España (INE), el valor añadido de la rúbrica Q 86 (Actividades sanitarias) se ha duplicado con creces desde comienzos de siglo, hasta alcanzar los 61.289 millones de euros de valor añadido bruto (VAB) en 2020, con una participación sobre el VAB total del 6 por 100, frente al 4 por 100 que suponía en 1995. No obstante, la contribución a la economía del sector sanitario en su conjunto se elevaría considerablemente si se añaden otras actividades vinculadas como la fabricación y el comercio de productos farmacéuticos, equipos y artículos médicos, así como la I+D biotecnológica. Véase AFI, *Inversión en sanidad: la vía española hacia la prosperidad*, julio de 2021.

48 A este respecto, hay que tener en cuenta que la población residente en nuestro país ha pasado de 41 millones de personas registradas 2002 a 47,5 millones a comienzos de 2022 alcanzándose el valor máximo de crecimiento de toda la serie en el primer trimestre de 2023, en el que se han superado los 48,1 millones de habitantes, como resultado de los flujos migratorios de llegada.

49 España es el país con más médicos en ejercicio por 1.000 habitantes de la Unión Europea y el quinto en personal médico que trabaja en hospital por 1.000 habitantes.

50 El distinto nivel de titulación requerido para ejercer la profesión de enfermería en unos y otros países puede estar distorsionando la comparación en países como España donde, desde 2010, existe el grado universitario en enfermería. Además, hay que tener en cuenta que los datos internacionales no incluyen auxiliares de enfermería que en España desarrollan tareas similares a las que en otros países se categorizan como enfermeras profesionales.

GRÁFICO 20. PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y DE ENFERMERÍA EN LA UE, 2021
 (Profesionales con titulación en medicina y enfermería* ejercientes por 100.000 habitantes)



*No incluye auxiliares de enfermería.

Fuente: Comisión Europea, ECHI Data Tool.

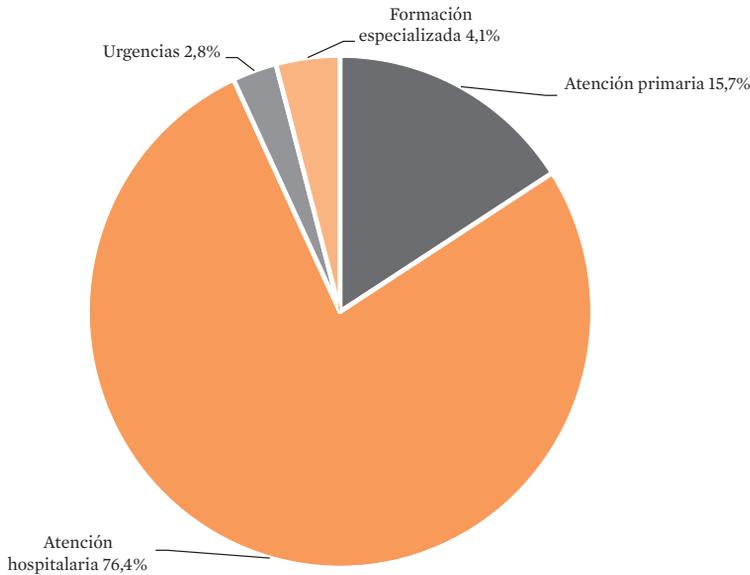
El importante aumento del número de profesionales de enfermería ejerciendo labores asistenciales registrado entre 2012 y 2021 se concentró fundamentalmente en los hospitales del SNS, donde este tipo de personal creció u 30,2 por 100 (40.097 profesionales). También en los servicios de urgencias y emergencias 112/061 aumentaron considerablemente (32,7 por 100), mientras en los Equipos de atención primaria el personal de enfermería aumentó tan solo un 5,7 por 100 (1.666 profesionales).

El 75,6 por 100 del personal del SNS trabaja en hospitales

Considerando la red asistencial del SNS, trabajaban en él un total de 758.619 personas en 2021, lo que representaba 16,03 por cada mil habitantes. El 51,2 por 100 son profesionales de medicina y enfermería.

La distribución de profesionales sanitarios refleja la preponderancia de la atención hospitalaria frente a la atención primaria, con una relación en torno a 3,5, superior a la media de los países de la Unión Europea, y que ha ido en aumento en los últimos años. Así, los hospitales concentran el 76,6 por 100 de los recursos humanos, mientras que el 15,6 por 100 trabaja en centros de atención primaria y el 3,1 por 100 en servicios de urgencias y emergencias 112/061. Esta tendencia a la concentración de personal y actividad en

GRÁFICO 21. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DEL SNS POR NIVELES DE ATENCIÓN, 2021



Fuente: Ministerio de Sanidad, *Informe Anual sobre el Sistema Nacional de Salud, 2022*.

torno a la red hospitalaria, que se ha dado en llamar “hospitalocentrismo” (gráfico 21), se ha mantenido en las últimas décadas y ha aumentado incluso en los últimos años a pesar de los reiterados compromisos de refuerzo del nivel de la atención primaria.

En concreto, el 54,4 por 100 del personal médico y el 78,5 por 100 del de enfermería del SNS desempeñan su labor en la red hospitalaria, mientras que en atención primaria los porcentajes se reducen al 25,7 por 100 y el 18,4 por 100, respectivamente.

En el SNS, entre 2012 y 2021 la densidad de profesionales de medicina por cada 1.000 habitantes se ha mantenido constante en torno a 0,8 en los equipos de atención primaria (EAP), ha aumentado ligeramente en los hospitales (de 1,7 a 1,9 por 1.000) y no ha variado (0,1) en los servicios de urgencias y emergencias 112/061.

Por su parte, durante ese mismo periodo (2012-2021) la tasa de profesionales de enfermería por 1.000 habitantes se ha mantenido prácticamente constante en EAP (alrededor de 0,7 por cada 1.000 habitantes), ha aumentado un 24 por 100 en los hospitales del SNS (pasando de 2,9 a 3,7) y ha crecido un 31 por 100 en los servicios de urgencias y emergencias 112/061 (pasando de 0,06 a 0,08).

La densidad de otro tipo de profesionales es claramente insuficiente en algunos casos, como, sin ánimo de exhaustividad, en el de psicólogos/as y trabajadores sociales en atención primaria, teniendo en cuenta la elevada demanda en el ámbito de la salud mental y la necesidad de reforzar la coordinación sociosanitaria, o fisioterapeutas, tanto en atención primaria como en atención especializada (con crecientes listas de espera).

CUADRO 2. PROFESIONALES TRABAJANDO EN EL SNS POR NIVEL DE ATENCIÓN, 2021

Tipo de profesional	Total (núm.)	Tasa por 1.000 hab.	En equipos atención primaria	Otros atención primaria	En atención hospitalaria	Urgencias y emergencia 112/061	Formación especializada
Medicina	168.809	3,5	36.912	6.813	91.323	3.850	29.911
Enfermería	220.103	4,7	40.595	-	172.704	3.755	3.049
Otros profesionales	365.978	7,7	34.504	-	312.883	16.511	2.080
Total	754.890	16,0	112.011	6.813	576.910	24.116	35.040

Fuente: Ministerio de Sanidad, Informe Anual sobre el Sistema Nacional de Salud, 2022-2023.

En atención primaria, el grupo de otros profesionales incluye tanto a personal sanitario (1.381 odontólogos estomatólogos, 366 psicólogos, 2.047 fisioterapeutas, 21 logopedas 642 técnicos de radiodiagnóstico, 67 terapeutas ocupacionales, 703 higienistas dentales y 4.736 auxiliares enfermería). entre los no sanitarios, se cuentan 15.977 auxiliares administrativos, 1.670 trabajadores sociales y 6.894 entre celadores, telefonistas y personal polivalente o similar. En hospitales, incluye farmacéuticos en unidades de farmacia (2.339), otros titulados con función sanitaria (4.160 entre psicólogos, físicos, químicos y biólogos), personal sanitario no facultativo (226.000 entre fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, técnicos sanitarios y otros) y personal no sanitario (80.384).

Por lo que hace a los profesionales que trabajan en la sanidad privada, según estimaciones del sector su volumen se situaría en 2022 en torno a las 373.400 personas ocupadas habiendo aumentado en más de un tercio en los últimos diez años⁵¹. Un 40 por 100 del personal de la sanidad privada desempeñaría su trabajo en el sector hospitalario.

Expansión del empleo en la sanidad privada, compartiendo profesionales con la pública

Dentro de este grupo, el personal facultativo representaba el 35 por 100⁵²; mientras el 19 por 100 eran diplomados/as universitarios/as de enfermería (DUEs) y el 20 por 100 profesionales no sanitarios. Hay que tener en cuenta que de los 147.587 profesionales que trabajan en el sector hospitalario privado, el 30,3 por 100 lo hace en hospitales privados que cuentan con un concierto sustitutorio o que pertenecen a una red de utilización pública (gráfico 22).

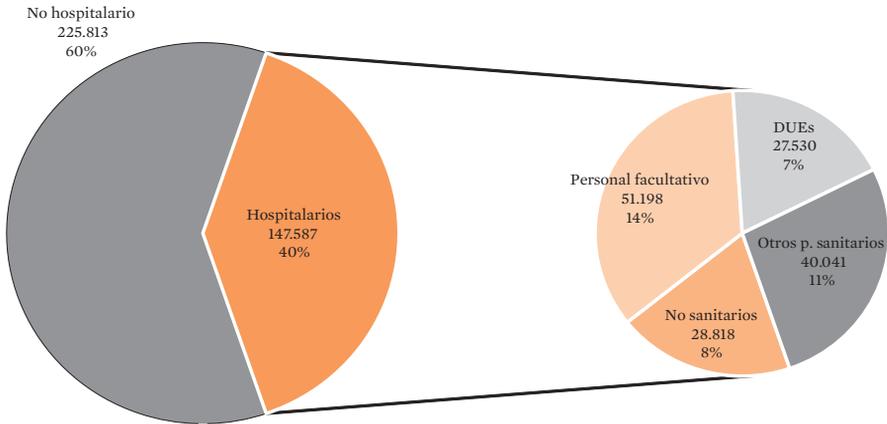
El 63,7 por 100 del personal ocupado en el sector sanitario privado se concentra en las comunidades autónomas de Cataluña (120.273 personas), Madrid (70.652) y Andalucía (46.871).

Según los datos del sistema de atención primaria, en las últimas décadas se ha producido un importante crecimiento progresivo en el número de los profesionales de medicina y enfermería en este nivel de la atención del SNS, que entre 2011 y 2022 aumentó un 42,3 por 100 (gráfico 23).

51 ASPE, *Análisis de la sanidad privada española*, julio de 2022.

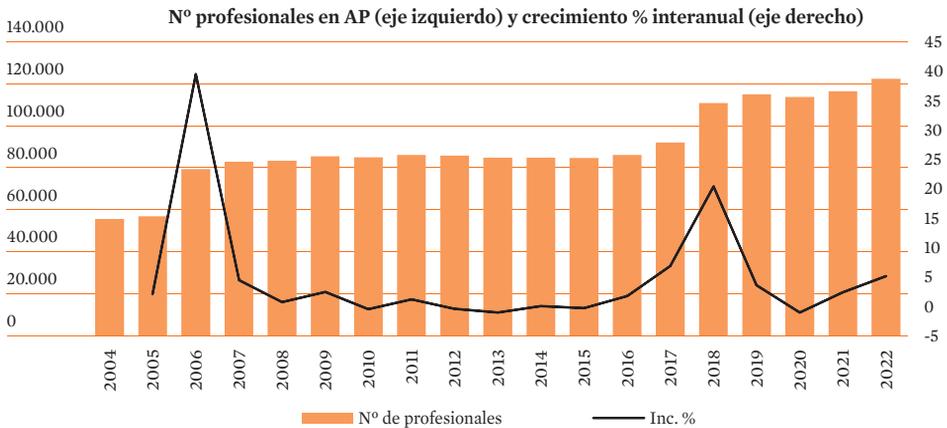
52 Según aclara el informe de ASPE, dentro del grupo de personal facultativo, el 66 por 100 es personal colaborador (es decir, que no tiene relación laboral con el centro, pero que realiza actividad en el mismo mediante otro tipo de relación contractual o como autónomo independiente); el 31 por 100 es personal vinculado (es decir, que depende del centro mediando contrato, ya sea como funcionario, laboral, estatutario o de otro

GRÁFICO 22. ESTIMACIÓN DEL VOLUMEN DE PERSONAL EN LA SANIDAD PRIVADA, 2022 (Número de personas y porcentajes)



* Estimación realizada por ASPE a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta de Población Activa (EPA) y del Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Fuente: ASPE, *Análisis de la sanidad privada española*, julio de 2022.

GRÁFICO 23. EVOLUCIÓN DEL PERSONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, 2004-2022



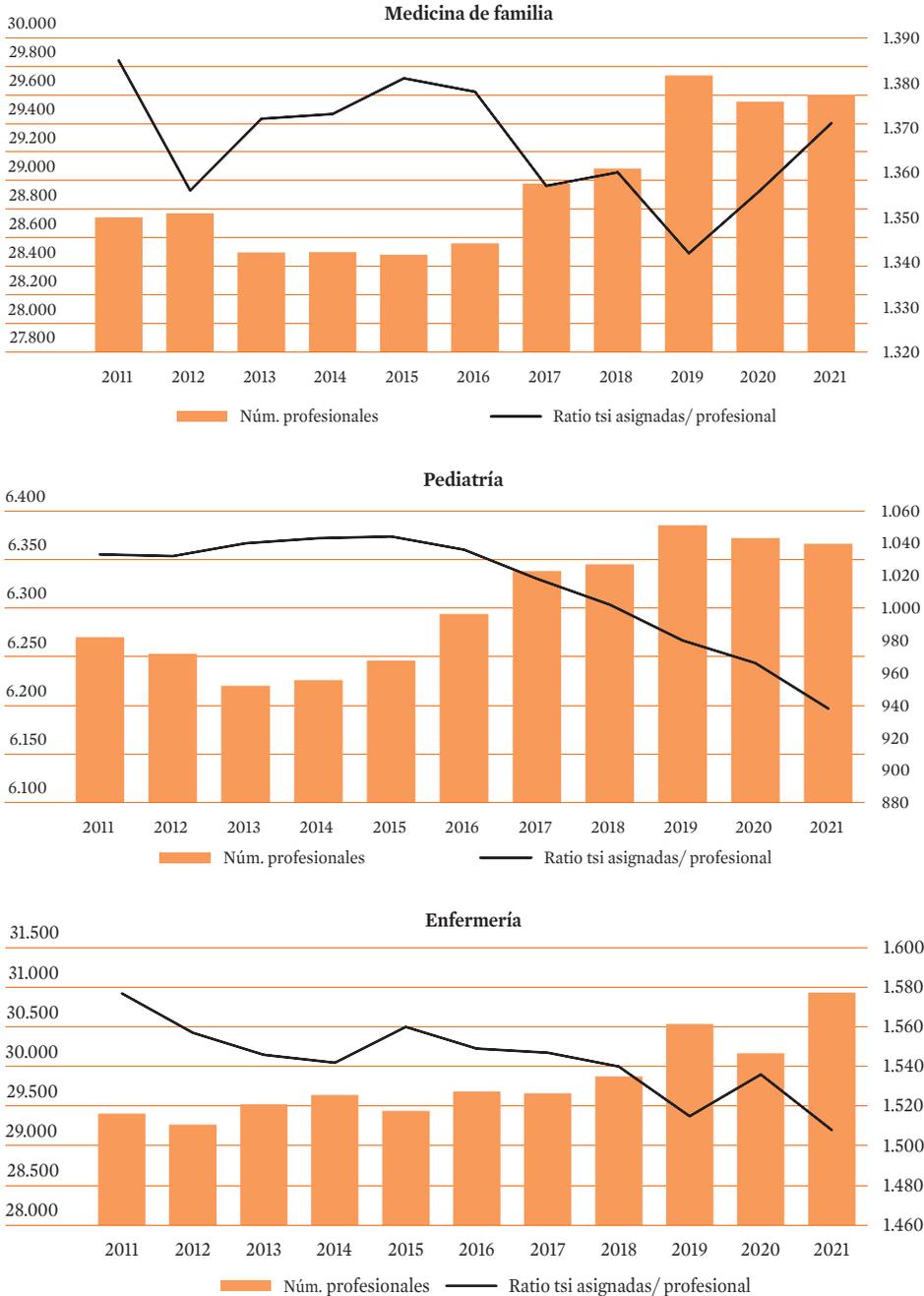
Fuente: elaboración propia a partir de MS, *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*.

Dicho aumento ha repercutido en el descenso del volumen de población atendida por profesional, disminuyendo los ratios un 2 por 100 en medicina de familia, un 3 por 100 en pediatría y el 5 por 100 en enfermería. También se redujeron un 5 por 100 en medicina de familia los profesionales de medicina con asignación elevada de tarjetas sanitarias individuales (TSI) (más de 1.500 asignadas). En el caso de pediatría, el descenso fue aún mayor (una disminución del 11 por 100 de los profesionales con más de 1.250 TSI), principalmente como reflejo del descenso de la natalidad (gráfico 24).

Aumento del personal en AP entre 2011 y 2022

tipo, independientemente del tipo de jornada) y el 3 por 100 es personal en formación.

GRÁFICO 24. PERSONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA POR TIPOLOGÍA Y TSI ASIGNADAS, 2011-2021
 [Núm. de profesionales en cifras absolutas (eje izquierdo) y núm. de tarjetas sanitarias asignadas (tsi)/ profesional (eje derecho)]



Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, S.G. de Información Sanitaria, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), *Recursos, población asignada y actividad en atención primaria del SNS, 2011-2021*.

No obstante, es importante reseñar que la ratio de tsi/profesional registrada en medicina de familia en 2021 era la segunda más alta de toda la serie y que en los dos últimos años ha mostrado un importante aumento, en paralelo al descenso del número de médicos de familia y de pediatras en los últimos años⁵³ (gráfico 24). Ello es indicativo de la necesidad de una planificación de los recursos humanos más ajustada a la evolución demográfica y a la desigual distribución territorial de la población⁵⁴. Además, hay que tener en cuenta que se trata de promedios para el conjunto del SNS, sujetos a una importante variabilidad territorial.

Menos médicos de familia y pediatras y aumento de la carga en los años más recientes

Cabe recordar que el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023⁵⁵, incorpora entre sus objetivos incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la continuidad de la atención, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8 por 100. El plan contempla once acciones muy concretas en el ámbito de los recursos humanos de la atención primaria, con indicadores de seguimiento y resultados cuantificables que se deben alcanzar entre 2022 y 2023. Transcurrido el plazo de su aplicación, es importante su seguimiento, así como sostener en el tiempo la evaluación continua de sus objetivos y la difusión de sus resultados.

En cuanto al nivel de atención hospitalaria, la estadística oficial ofrece información en este caso tanto de la evolución en el SNS como del personal en el sistema hospitalario privado, que representaba en 2021 el 15,5 por 100 del total. Hay que tener en cuenta la fuerte interconexión entre el sistema público y el privado en este nivel, puesto que en la red de utilización pública se llevan a cabo actividades vinculadas a la sanidad privada, del mismo modo que profesionales al servicio de las instituciones sanitarias públicas pueden trabajar para el sector privado o de forma autónoma.

Aumento del 28,3 por 100 del personal en el nivel hospitalario entre 2012 y 2021

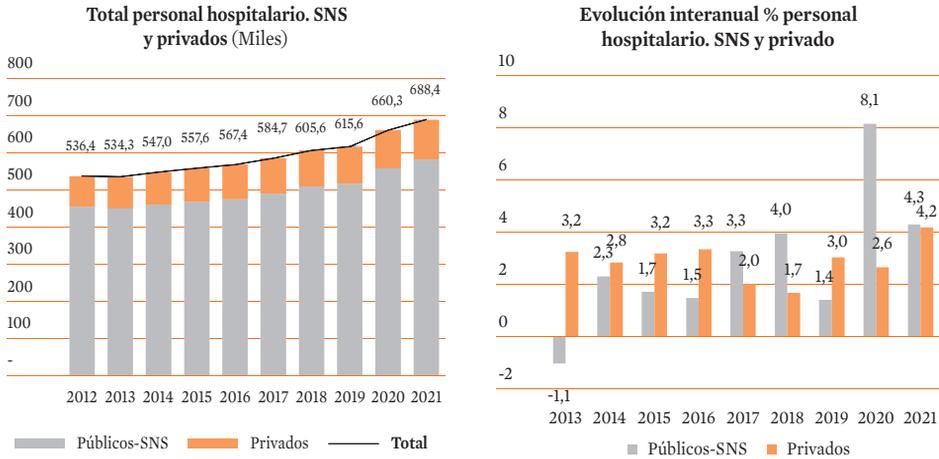
En términos absolutos, entre 2012 y 2021, el volumen de personal en atención especializada ha crecido un 28,3 por 100, a un promedio anual del 2,8 por 100 si bien con varias oscilaciones (gráfico 25). La evolución en el SNS está marcada por el descenso del volumen de personal a partir de las medidas adoptadas en 2012 en el contexto de las respuestas a la crisis iniciada en 2008; la paulatina recuperación desde entonces hasta la reducción del ritmo de crecimiento en 2019, inmediatamente antes de la irrupción del COVID y por, de forma muy llamativa, un crecimiento del 8 por 100 de personal experimentado en 2020 en respuesta a la pandemia, que en 2021 ya se había reducido a la mitad. Por su parte, el sector privado muestra una trayectoria algo más estable, con crecimiento del volumen de personal por encima del SNS hasta 2017, descenso en el año de explosión de la pandemia y nuevo repunte posterior en 2021.

53 El CES está elaborando un informe de próxima publicación sobre derechos, calidad de vida y atención a la infancia, en el que se ahonda en el problema de la escasez de pediatras en atención primaria y, en general, en la situación específica de este grupo de población en términos de salud y atención sanitaria.

54 Hay que tener en cuenta que entre 2002 y 2021 la población aumentó un 15,5 por 100. Tan solo entre el 1 de enero de 2021 y el 1 de enero de 2023 la población ha crecido en casi un millón de personas.

55 Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 (Marco Estratégico de Atención Primaria), aprobado por el Pleno del CISNS el 21 de diciembre de 2021.

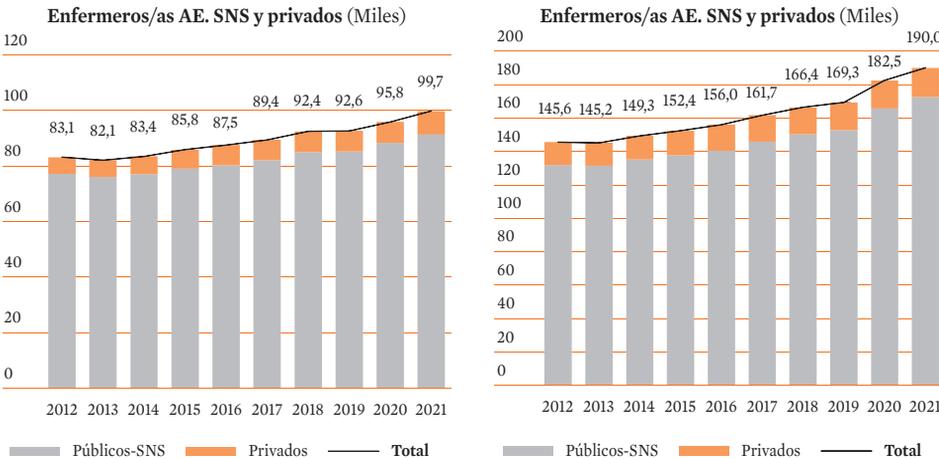
GRÁFICO 25. PERSONAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SNS Y PRIVADOS, 2012-2021



Nota: se trata de personal vinculado, es decir personal ligado al centro mediante contrato, ya sea como funcionario, laboral, estatutario, o de otro tipo, independientemente del tipo de jornada.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), 2023.

GRÁFICO 26. PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, 2012-2021



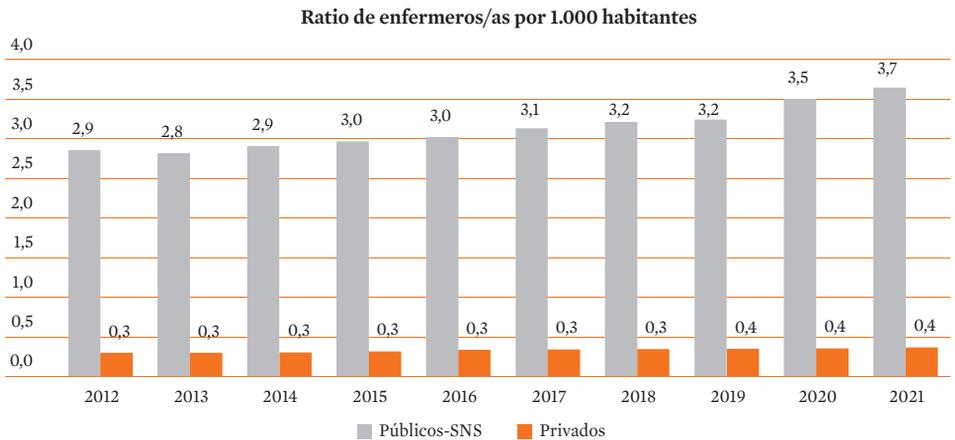
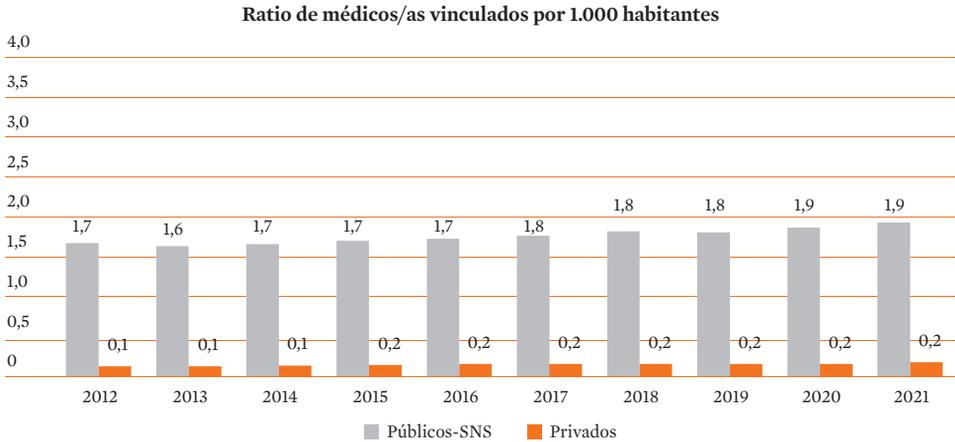
Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), 2023.

Aumento especialmente visible en personal de enfermería

El aumento del personal en atención especializada ha sido especialmente visible en el caso del personal de enfermería, que ha crecido un 25,4 por 100 desde 2012 (25,8 en el SNS y 21,6 por 100 en hospitales privados). El personal médico en este nivel de la atención, por su parte, ha crecido un 15,3 por 100 (un 14,5 por 100 en el SNS y un 25,8 por 100 en el sector privado).

La disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades de la población y promover la prevención en salud es un requisito imprescindible para ofrecer una

GRÁFICO 27. PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN, 2012-2021



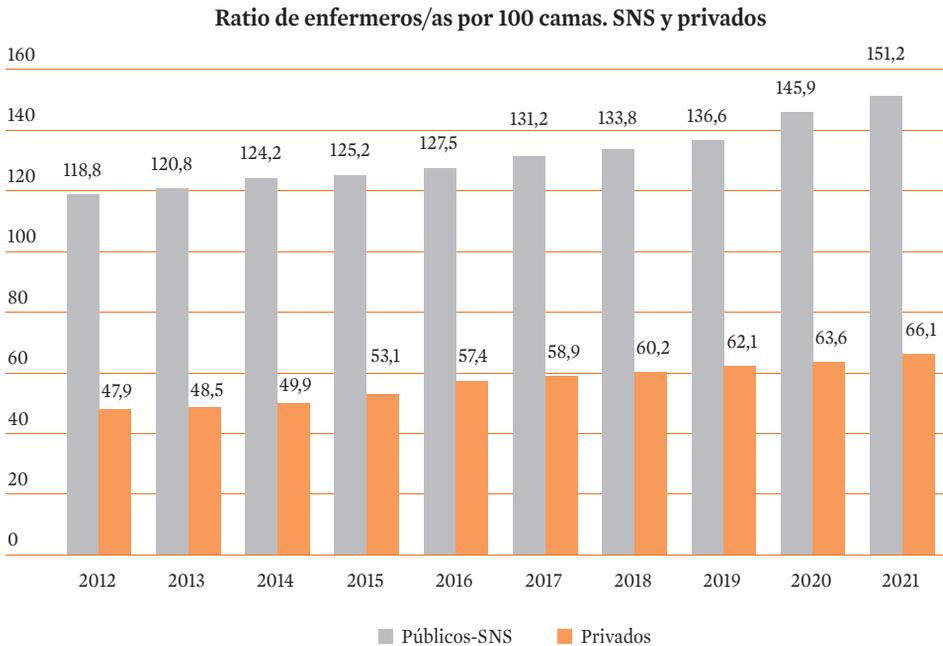
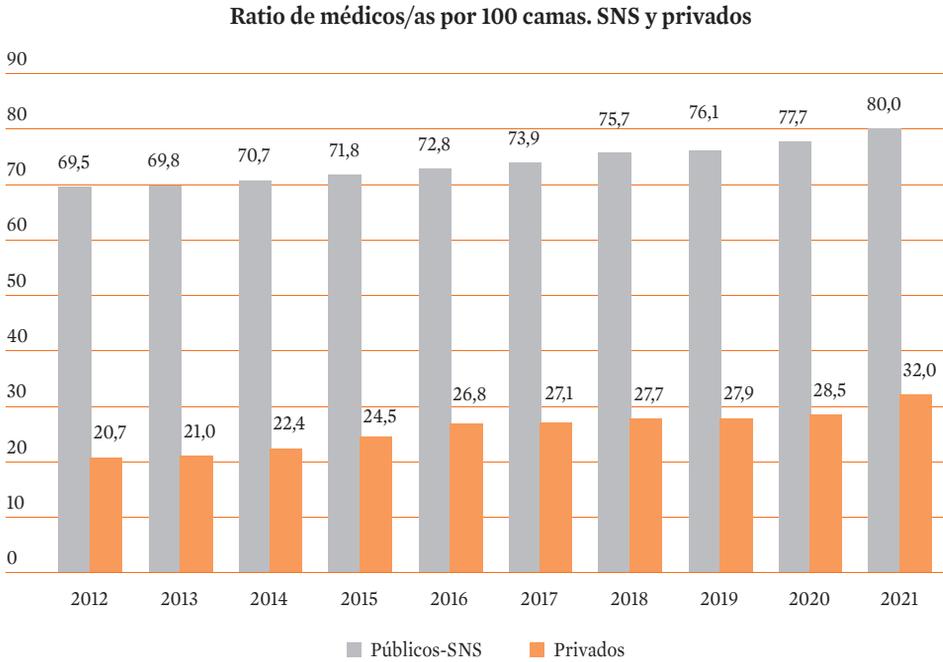
Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), 2023.

atención sanitaria de calidad. Por ello, la planificación y el desarrollo de los recursos humanos debe adaptarse a la evolución de la población y los cambios sociales. En paralelo al proceso de envejecimiento de la población, el aumento de la edad media de los profesionales de la salud y su llegada a la edad de jubilación auguran un escenario de problemas de cobertura de plazas, particularmente agudo en el caso de algunas especialidades y territorios, que ya se está haciendo notar principalmente en municipios de pequeño tamaño y entornos rurales. En el caso de la profesión médica, el informe sobre la oferta y demanda de médicos especialistas en España⁵⁶ proyecta, mediante un modelo de simulación, la oferta y disponibilidad de médicos por especialidades en España en un

Planificación y gestión del personal sanitario: retos que plantea un escenario de escasez de oferta

56 P. Barber Pérez y B. González-Valcárcel, *Oferta y Demanda de Médicos especialistas en España*, 2022.

GRÁFICO 28. RATIO DE PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA POR 100 CAMAS, 2012-2021



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), 2023.

RECUADRO 2. NECESIDADES DE MÉDICOS/AS ESPECIALISTAS EN ESPAÑA A CORTO PLAZO, 2028 (Proyecciones según escenario base del Modelo de simulación de médicos especialistas en España 2021-2035)

Déficit	Equilibrio	Superávit	
> 10%		Leve	Moderado
Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)	Cirugía Oral y Maxilofacial Geriatría	Alergología	A. clínicos y bioquímica
Medicina del Trabajo	Oftalmología	Anatomía patológica	A. digestivo
Inmunología	Oncología Radioterápica	Angiología y cirugía vascular	C. ortopédica y traumatología
Otros (incluidos médicos de urgencias y emergencias)	Pediatría y Áreas Específicas	Cardiología y Cirugía cardiovascular	C. pediátrica
Psiquiatría	Medicina Física y Rehabilitación	Cirugía General y digestiva	C. torácica
Análisis Clínicos	Medicina Preventiva y Salud Pública	Cirugía plástica y reparadora	Endocrinología y nutrición
Bioquímica y Microbiología	Farmacología Clínica	Dermatología médico-quirúrgica	Hematología y hemoterapia
Entre 5 y 10 %		Medicina intensiva	Medicina interna
Anestesiología y reanimación y Radiodiagnóstico		Neurocirugía	Medicina nuclear
		Otorrinolaringología	Nefrología
		Reumatología	Neumología
			Neurofisiología clínica
			Obstetricia y ginecología

Fuente: P. Barber Pérez y B. González-Valcárcel, *Oferta y Demanda de Médicos especialistas en España, 2022*.

escenario inercial hasta 2035. Conforme a este último, en los próximos cinco años habría un déficit de unos diez mil especialistas, sobre todo de familia, hasta 2028 (recuadro 2), año a partir del que iría disminuyendo progresivamente.

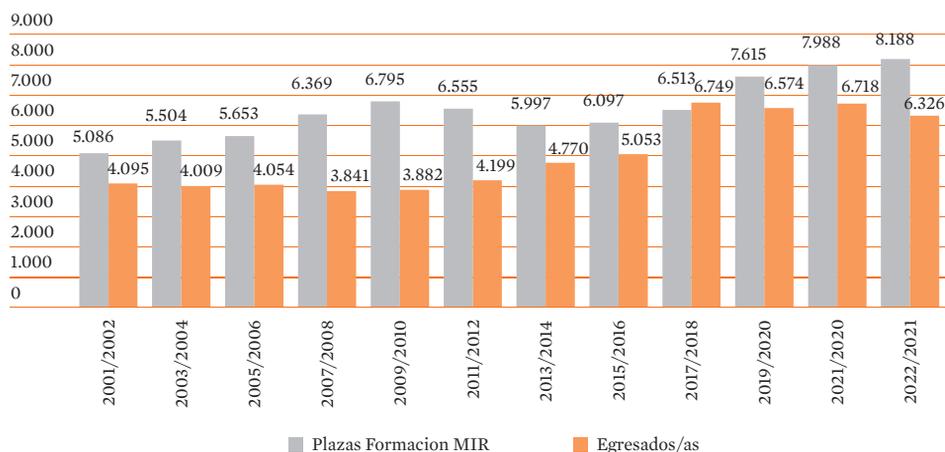
El desajuste de personal médico especialista plantea importantes retos más allá de la planificación cuantitativa, que afectan a los propios criterios de entrada al grado de medicina y enfermería (el *numerus clausus* en las universidades españolas o las diferencias de requisitos de acceso al grado según el tipo de universidad); el escaso atractivo de algunas especialidades y lugares de destino (con repercusiones en la equidad en el acceso a la atención sanitaria especialmente en el entorno rural) o la propia definición del mapa de especialidades y los programas de formación especializada (posibilidad de reconocimiento de nuevas especialidades). Algunos de estos retos son extrapolables a otras profesiones sanitarias como la de enfermería o fisioterapia.

La importancia de un buen acoplamiento entre la formación de grado y de posgrado

De cara a la planificación de las necesidades de médicos especialistas resulta particularmente importante evitar el desacoplamiento entre el número de graduaciones en Medicina y las plazas convocadas para su posterior formación como especialista vía FSE (MIR). Si hay menos plazas que personas graduadas, se impide a quienes no saquen plaza el acceso a la especialización, y el acceso al empleo en la sanidad pública española mientras que si ocurre lo contrario (menos graduaciones que plazas MIR) habrá plazas vacantes, salvo que se cubran a través del reconocimiento de títulos extranjeros.

En lo que va de siglo, el volumen de egresados se situó por debajo de la oferta de plazas MIR hasta que en 2007 se amplió considerablemente el *numerus clausus*, lo que dio lugar a un importante aumento de titulados y tituladas en las universidades públicas, al tiempo que comenzó a crecer la oferta formativa en universidades privadas que no ha dejado de expandirse hasta ahora. La reducción de plazas MIR a raíz de la crisis de 2008 coincidió con un aumento de egresados y se tradujo en un importante desajuste a partir de 2015 que se ha intentado ir corrigiendo en las últimas convocatorias, en las que el número de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) en medicina ha ido incrementándose considerablemente, con aumentos del 2,5 por 100 en la convocatoria 2021/2022, del 5,9 por 100 en la convocatoria 2020/2021 y un 15,2 por 100 en la de 2019/20 (gráfico 29). Este progresivo incremento de las plazas MIR ha contribuido a una reducción significativa del volumen de egresados en medicina sin plaza MIR y en el aumento de las plazas adjudicadas a médicos y médicas formados en otras universidades fuera de España. En la convocatoria de 2022, se adjudicaron 6.793 plazas a médicos formados en las universidades españolas y 1.626 a médicos de universidades extranjeras.

GRÁFICO 29. EGRESADOS/AS Y PLAZAS DE FORMACIÓN MIR POR AÑO, 2001-2022



Fuente: Ministerio de Sanidad, Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Informe monográfico, 2022.

En la convocatoria 2023-2024, el Ministerio de Sanidad ofertó 11.607 plazas de formación sanitaria especializada, siendo la mayor de la historia, con un aumento del 3,9 del número de plazas de Formación Sanitaria Especializada sobre la convocatoria previa. Así, en la evolución de la oferta de formación sanitaria especializada se ofertaron 8.772 plazas para Medicina, siendo la especialidad con mayor oferta medicina familiar y comunitaria, para la que se convocaron 2.492 plazas, 37 más que el año anterior. En el caso de otras profesiones sanitarias distintas de la médica, destaca la evolución de la oferta en Enfermería, que se ha ido incrementando gradualmente hasta las 2.108 plazas. También Farmacia (340) y, en menor medida Psicología (247 plazas), han visto aumentar la oferta.

En 2022 finalizaron su formación sanitaria especializada 8.087 nuevos especialistas en profesiones sanitarias (17,1 por cada 100.000 habitantes) de los cuales 6.257 son médicos y médicas especialistas. Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad que reúne más nuevos especialistas (1.746), seguida de Enfermería Familiar y Comunitaria (498) y Pediatría (423).

Más allá del balance entre número de personas egresadas y número de plazas MIR, las migraciones de profesionales sanitarios son una realidad a nivel mundial y también han aumentado en España por muy diversos motivos⁵⁷.

En 2022 se reconocieron 1.605 títulos de profesionales sanitarios (títulos universitarios y de especialista en Ciencias de la Salud) procedentes de otros países de la Unión Europea (un 30,6 por 100 más que en 2021), continuando la tendencia de años anteriores. Respecto al reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en países extracomunitarios, se emitieron 92 credenciales en 2022 frente a las 119 emitidas en 2021. Venezuela, Cuba y Argentina son los países con mayor número de títulos reconocidos, mientras que, por especialidades, son Medicina familiar y comunitaria, Pediatría, así como Anestesiología y reanimación las que copan en torno a la mitad de las credenciales.

*Impacto de
las migraciones
en el sistema sanitario*

En cuanto a la emigración de profesionales sanitarios formados en España hacia el exterior, entre 2011 y 2021 se solicitaron unos 30.000 certificados de idoneidad por parte de profesionales de la medicina, si bien hay que tener en cuenta que no siempre quienes lo solicitan abandonan finalmente España para ejercer en otro país y que, en ocasiones, una misma persona solicita para varios países. No obstante, estos datos⁵⁸ ilustran sobre una no desdeñable propensión a emigrar, cuyo mayor crecimiento se produjo en 2012 (aumento del 74,3 por 100 respecto a 2011). En 2020 y 2021 se solicitaron respectivamente 3.559 y 4.130 certificados de idoneidad por parte de 2.189 y 2.504 personas solicitantes. El 43,5 por 100 eran menores de 36 años y el 38,4 por 100 entre esa edad y los 50 años. El 51,6 por 100 eran mujeres. Por ámbito laboral, el 56,5 por 100 procedían

57 Véase, Informe CES 2/2019, *La inmigración en España: retos y oportunidades* así como Informe CES 3/2018, *El futuro del trabajo*.

58 Organización Médica Colegial (OMC), *Estadísticas de Certificados de Idoneidad Profesional*.

del hospitalario y el 12,2 por 100 de atención primaria. Los destinos predilectos son Reino Unido, Francia, Irlanda, Suiza y Alemania. Según la OCDE, en 2020 habría 5.176 médicos y médicas formados en España trabajando en el extranjero

Respecto a la movilidad dentro de España, aunque ha aumentado en las últimas dos décadas, sigue siendo baja. Desde 2002, la proporción de MIR que ocupan plaza en la comunidad autónoma donde residen ha disminuido del 58,7 por 100 al 43,2 por 100.

Los próximos cinco años serán críticos en España por la llegada a la edad de jubilación de numerosos profesionales sanitarios, aunque se espera que a partir de 2027

Momento crítico en materia de recursos humanos que requiere atención prioritaria

comience a haber un cierto rejuvenecimiento con la paulatina incorporación de promociones más numerosas. En el caso de los médicos y médicas, el 46 por 100 tenía 50 o más años en 2021 mientras el porcentaje de quienes tenían 60 o más años era del 21,1 por 100. El envejecimiento de los profesionales de la salud constituye un problema que afecta a numerosos países europeos, a pesar de ser la región con mayor dotación del mundo de recursos humanos en el sector sanitario. Según la OMS, en 13 países de la Unión Europea más del 40 por 100 de los médicos se va a jubilar próximamente. A la inminente llegada a la jubilación de un volumen importante de profesionales se añade el mencionado déficit de personal en algunas especialidades, mientras que, en otras especialidades como medicina de familia, se quedan plazas desiertas, lo que no solo tiene que ver con el nivel retributivo, sino con otras razones que habría que explorar para aumentar el atractivo de las especialidades deficitarias, como la carga de trabajo o la ausencia de incentivos. A ello se añade el aumento de la demanda de atención, tanto por el afloramiento de las necesidades estancadas durante la pandemia y sus secuelas, como por el propio avance del proceso de envejecimiento de la población, entre otros factores.

En todo caso, más allá de la cuestión de la necesidad cuantitativa de recursos y nuevas contrataciones, a los desajustes profesionales subyace una compleja realidad que requiere soluciones desde múltiples vertientes especialmente en el ámbito de la gestión pública, la mejora de los incentivos, la motivación y las condiciones laborales que hagan más atractivas las plazas menos demandadas.

En todo caso, más allá de la cuestión de la necesidad cuantitativa de recursos y nuevas contrataciones, a los desajustes profesionales subyace una compleja realidad que requiere soluciones desde múltiples vertientes especialmente en el ámbito de la gestión pública, la mejora de los incentivos, la motivación y las condiciones laborales que hagan más atractivas las plazas menos demandadas.

Hay que tener en cuenta, además, la mencionada expansión del sector privado que comparte cada vez más con el público las dificultades para la captación y retención del personal sanitario. En este contexto, cabe recordar que, aunque la gran mayoría del personal facultativo del SNS desempeña sus funciones en régimen de exclusividad, en la mayor parte de los servicios de salud autonómicos se permite compatibilizar el ejercicio de la sanidad pública con sus actividades privadas, siempre que se cumplan una serie de requisitos regulados por la normativa⁵⁹.

⁵⁹ La normativa básica la constituyen a este respecto el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (art. 76) y Ley 53/1984, de 26 de diciembre, sobre Incompatibilidades en la función pública. Ade-

En ese contexto de la planificación y la gestión sanitaria hay que tener en cuenta que la feminización de las profesiones sanitarias es una creciente realidad. Más de la mitad de los profesionales de la medicina y más del 70 por 100 de los profesionales de enfermería en el SNS son mujeres. Esta tendencia irá en aumento en los próximos años, teniendo en cuenta la proporción de mujeres entre las nuevas incorporaciones a las profesiones sanitarias, pues constituyen el 66,7 por 100 de quienes se graduaron en el curso 2019-2020 en medicina (en total, 6.600 personas lo que representa 0,14 graduados y graduadas por cada 1.000 habitantes) y el 81,3 por 100 de quienes se graduaron en enfermería (un total de 10.587 profesionales, lo que supone 0,22 graduados y graduadas por cada 1.000 habitantes). No obstante, hay que tener en cuenta que, pese a esta mayoritaria presencia de mujeres en las profesiones de la salud, constituyen minoría en los puestos gerenciales y estratégicos del SNS. Todo ello pone de relieve la necesidad de considerar la perspectiva de género en cualquier tipo de análisis orientado al diseño de las políticas y la toma de decisiones en el ámbito sanitario, partiendo de su necesaria inclusión en el sistema de indicadores de medición, seguimiento y evaluación de esta realidad.

Por otro lado, pese a las bajas tasas de desempleo que arrojan las profesiones sanitarias, a menudo su desempeño tiene lugar en un contexto de condiciones laborales disuasorias, especialmente por el elevado nivel de temporalidad, la frecuencia de contratos de corta duración las dificultades para la conciliación del trabajo con la vida personal, la elevada carga mental, la exposición a riesgos laborales y el aumento de la incidencia de la violencia en el lugar de trabajo.⁶⁰

Los profesionales sanitarios estuvieron sometidos durante la pandemia a una presión sin precedentes, cuyas secuelas se arrastran todavía.⁶¹ Después del agotamiento, la desafección es un problema creciente entre las profesiones sanitarias. Mantener y aumentar la calidad del sistema sanitario depende de mejorar la inversión en recursos humanos, la planificación y la gestión, orientada a aumentar la motivación y la implicación de las y los profesionales en las decisiones sobre el sistema, poniendo el foco en la mejora de los resultados en salud y la atención centrada en la persona.

más, la normativa autonómica, por su parte, añada singularidades o excepciones dentro de una abundante casuística desde los complementos por exclusividad en la mayoría de las comunidades autónomas, que priman el ejercicio exclusivo en el sistema público, hasta la prohibición de ejercicio simultáneo en la sanidad pública y la privada al personal de determinado nivel (jefes de servicio en varias comunidades autónomas) o la prohibición de atender a un mismo paciente en la sanidad pública y la privada.

60 A título de ejemplo, el 42,2 por 100 del personal de enfermería encuestado declaraba recientemente haber sufrido personalmente algún tipo de agresión o violencia en el lugar de trabajo, según el estudio de J. A. Climent-Rodríguez, Y. Navarro-Abal, J. J. García-Iglesias, R. M. Vaca-Acosta, M. Ortega-Moreno y J. Gómez-Salgado, “Violencia en el trabajo y compromiso laboral en los profesionales de enfermería en España: un estudio transversal”, en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 97, 2023.

61 D. Lievens, “How the Pandemic Exacerbated Burnout” *Harvard Business Review*, 10, 2021.

Un sector muy feminizado: necesidad de perspectiva de género

Necesidad de cambios para mejorar la calidad del empleo, la eficiencia y la atención al paciente

RECUADRO 3. SÍNTESIS DE PROPUESTAS DEL DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONALES DEL SNS

1. **Actualizar el sistema de contratación** de personal sanitario por los Servicios Autonómicos de Salud para acabar con la temporalidad y la precariedad.
2. **Mecanismos permanentes de cobertura de puestos**, actualizando el sistema de selección de profesionales sanitarios, en particular para las especialidades médicas, mediante un sistema abierto y permanente que combine una prueba nacional periódica de competencias (board), con una selección local por concurso, de adaptación a perfil a fin de que la mayoría de las vacantes (por ejemplo, jubilaciones) se puedan reponer antes de producirse.
3. Fórmulas contractuales y retributivas para **hacer atractivo el ejercicio profesional en las zonas rurales** y otros puestos de difícil cobertura, así como que las organizaciones sanitarias tengan margen operativo para promover políticas de personal.
4. Instrumentos de gestión de recursos humanos y modelos retributivos con incentivos suficientes, que fomenten la participación de los profesionales en las decisiones y su identificación con los objetivos estratégicos.
5. Mecanismos e **incentivos para el retorno** de profesionales sanitarios emigrados y facilitar la movilidad y la promoción de los profesionales sanitarios entre servicios de salud.
6. Hacer más atractivo el trabajo y la carrera profesional en las especialidades de Medicina Preventiva y Salud Pública aplicando fórmulas de incorporación similares a las de los clínicos.
7. Eliminar la tasa de reposición de efectivos para terminar con la precariedad laboral.
8. **Plan de recursos humanos**, cuya prioridad sea la estabilidad en el empleo, así como desarrollar una política retributiva que mejore los niveles actuales dentro del marco de diálogo normativamente establecido, teniendo en cuenta incentivos al ejercicio de las profesiones sanitarias en el ámbito rural.
9. Impulsar **políticas de planificación y desarrollo profesional** en el Sistema Nacional de Salud
 - Trabajo continuo, conjunto e integrado entre las autoridades de salud y las educativas para planificar formaciones de pregrado, posgrado y continuada de los profesionales sanitarios evitando desajustes entre oferta y demanda.
 - Regular e incentivar la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional, con la participación de las universidades y los colegios profesionales.
 - Revisar número y el tipo de profesionales de las actuales plantillas para su adecuación a las necesidades actuales y previsibles de la sociedad, con particular atención a las dotaciones del personal de salud pública de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y consensuando las ratios en el Consejo Interterritorial del SNS
 - Aumentar con carácter general las plantillas de la sanidad pública hasta la media de médicos/as y enfermeros/as por habitante de los países desarrollados.
 - Planificación a medio plazo de necesidades de profesionales en atención primaria así como las plazas de médico interno residente, enfermero interno residente, biólogo interno residente, etc., y retomar las auditorías de la formación postgraduada.
 - **Políticas activas para la igualdad de género** y de la conciliación de la vida laboral y personal,
 - Reforzar los pilares del compromiso ético y el profesionalismo de los profesionales Sanitarios
 - Favorecer la permeabilidad y cooperación entre especialidades tanto médicas como de enfermería mediante el desarrollo de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias.
9. **Plan de recuperación** por estrés postraumático (“burnout”) de profesionales sanitarios.
10. Plan de **formación en gestión y atención en epidemias** –específicamente COVID-19–
11. Aumentar **plazas de formación sanitaria especializada** en territorios que lo requieran.
12. Planes estratégicos para reforzar plantillas en momentos de máxima tensión asistencial.

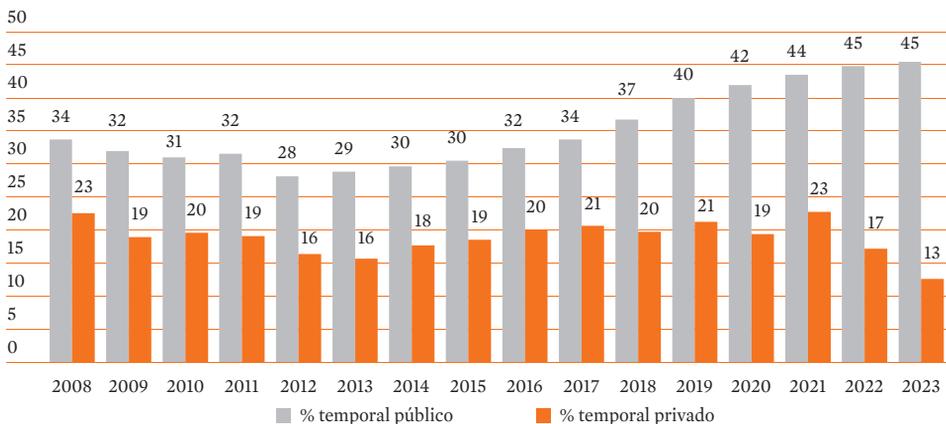
Fuente: elaboración propia a partir de las conclusiones del Dictamen de la Comisión del Congreso de los Diputados para la reconstrucción social y económica, aprobado el 3 de julio de 2020.

Si la pandemia sirvió para poner en valor el carácter esencial del trabajo desarrollado por las y los profesionales de la salud, también evidenció la necesidad de acometer cambios profundos en este terreno para mejorar las condiciones laborales de las personas trabajadoras, la organización y la calidad de la atención sanitaria. En este sentido, la Comisión del Congreso para la reconstrucción acordó la adopción de numerosas medidas en este ámbito, incluyendo una serie de actuaciones urgentes para acabar con la precariedad laboral y la temporalidad, a fin de superar el actual sistema de dilatados y conflictivos concursos-oposiciones masivos de periodicidad errática, entre otras muchas propuestas de actuación que han corrido desigual suerte hasta la fecha (recuadro 3).

Según la EPA, con anterioridad al estallido de la pandemia la temporalidad en el SNS se situaba ya en el 40 por 100, muy por encima del sector privado (21,2 por 100). En 2023, probablemente por las contrataciones de refuerzo durante la pandemia, la temporalidad en el SNS había aumentado al 45,5 por 100 mientras que en el sector privado había descendido al 12,6 por 100 (gráfico 30). Se trata de uno de los principales problemas que vienen aquejando desde hace lustros a la organización del SNS desde el punto de vista de los recursos humanos, reflejo de la necesidad más amplia de mejorar la planificación estratégica en la ordenación del empleo público. En el origen de la inestabilidad de la contratación en el SNS se encuentran, entre otros factores, las dificultades de reposición de las bajas de personal por los restrictivos criterios para la dotación de plazas de nuevo ingreso en el marco de las sucesivas directrices y restricciones presupuestarias; la necesidad de dar respuesta al aumento de las necesidades sanitarias frente a la capacidad efectiva de financiación de las administraciones; la falta de regularidad de las convocatorias y procedimientos de selección de personal para la cobertura de vacantes con carácter definitivo, así como a la rigidez, falta de agilidad y de celeridad de los procedimientos de acceso al empleo público, incompatibles muchas veces con la necesidad de garantizar la prestación del servicio en un tiempo razonable.

GRÁFICO 30. PESO DE LA TEMPORALIDAD EN EL SECTOR SANITARIO

(% de personas asalariadas con contrato temporal en los sectores público y privado)



Fuente: INE, EPA. Elaboración propia a partir de microdatos.

Atajando la temporalidad en el SNS: medidas adoptadas en años recientes

La inestabilidad de las plantillas no solo repercute en las condiciones de trabajo, la calidad de vida y los proyectos a futuro de las propias personas trabajadoras, sino que dificulta la ya de por sí compleja gestión de las organizaciones sanitarias, pudiendo afectar negativamente a la calidad de la atención. La continua rotación erosiona

la relación de confianza profesional-paciente, especialmente en áreas como la atención primaria, la enfermería o la salud mental, así como en grupos de pacientes con características específicas, como la edad avanzada o con determinadas discapacidades, donde dicha relación resulta particularmente importante.

Entre las medidas adoptadas en este ámbito tras la crisis sanitaria del COVID-19 cabe destacar la aprobación del proceso de estabilización de personal sanitario, con origen en la aprobación de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de Medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, que dio lugar a la modificación del EBEP y del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud⁶² (recuadro 4). Además de dar cumplimiento a los pronunciamientos del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (TJUE) en lo relativo a la obligación de los Estados de acometer medidas para evitar el abuso de la contratación temporal, la norma responde al compromiso de modernización de las administraciones públicas asumido por el Gobierno de España en el PRTR en su componente 11, relativo a la reforma referida a la reducción de la temporalidad en el empleo público. Más en concreto, materializa parte de las previsiones del componente 18 del PRTR, sobre renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud. La reforma 4 de este último se dedica al refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad mediante la reforma del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. En el momento de su aprobación se estimaba que podrían acogerse a este proceso unas 80.000 personas trabajadoras temporales en el SNS, no habiéndose publicado datos definitivos sobre los resultados de las convocatorias, que en muchos casos no se han cerrado todavía.

No obstante, hay que tener en cuenta que la reforma llevada a cabo por el Real Decreto-ley 12/2022 no completa el espectro de modificaciones pendientes en este ámbito, habiendo dejado para un momento posterior (DA 1.^a) una serie de medidas necesarias para alcanzar otros objetivos contemplados en el PRTR. Entre ellos, cabe mencionar el compromiso de aprobar incentivos para la cobertura de plazas en zonas geográficas no suficientemente atendidas, así como medidas que contribuyan al desarrollo profesional y retengan el talento en el sistema español, con la introducción de mejoras en el entorno y condiciones laborales, no solo en lo que respecta a las condiciones económicas, sino también mediante la apertura de posibilidades en la docencia y la investigación, entre otras.

62 Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

RECUADRO 4. MEDIDAS CONTRA LA TEMPORALIDAD EN EL SNS, 2022

Modificación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud por RD-ley 12/2022

Se establecen **dos únicos grandes grupos de personal estatutario temporal** (interino y sustituto).

Se definen las **causas** concretas que permiten suscribir estos contratos:

- El personal estatutario temporal **interino** solo podrá ser contratado, por un plazo máximo de tres años, para cubrir una plaza vacante que no pueda ser cubierta por personal fijo o para la ejecución de programas de carácter temporal, y por un plazo máximo de nueve meses, dentro de un periodo de dieciocho, por exceso o acumulación de tareas.
- El personal estatutario temporal **sustituto** será contratado para la sustitución transitoria de los titulares por vacaciones y bajas, para realizar los turnos de guardias de aquel personal que esté exento de realizarlas, como es el caso de los mayores de 55 años, y para cubrir reducciones de jornada.

Se introducen medidas para que las autoridades sanitarias que realicen las contrataciones controlen **que la temporalidad se mantenga por debajo del margen establecido en el 8 por 100** por la Ley 20/2021 de Medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.

Fuente: elaboración propia a partir del Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

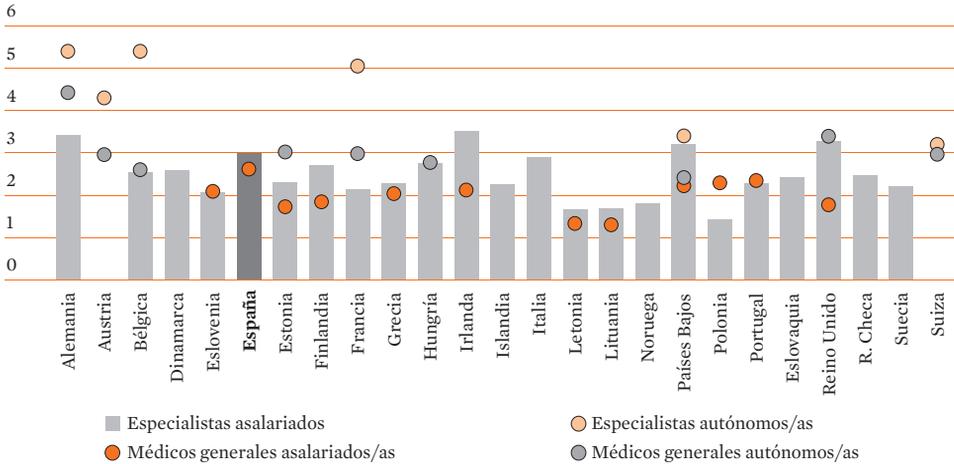
La retribución constituye una de las principales condiciones laborales, aunque no la única, que repercute en el atractivo de las profesiones sanitarias. En el caso de la profesión médica, el componente retributivo es un factor que puede incidir particularmente en la movilidad internacional en un contexto de envejecimiento y aumento de la demanda. El sistema retributivo de las profesiones sanitarias se caracteriza por su gran complejidad, habida cuenta de los numerosos conceptos y complementos que incorpora, así como por su variabilidad en función de múltiples factores. Las comparaciones revisten gran dificultad y es preciso tomarlas con la máxima cautela.

A modo de aproximación muy general, la OCDE utiliza un indicador que relaciona las retribuciones de los y las profesionales sanitarios con los salarios medios del país. Atendiendo a esta unidad de medida, en todos los países europeos las retribuciones del personal médico son considerablemente más altas que la media salarial a tiempo completo, en un rango que oscila entre dos y cuatro veces superior en el caso de personal asalariado y más alto en el caso de profesionales autónomos. Generalmente, en todos los países se retribuye más la atención especializada que la medicina de familia y los profesionales autónomos obtienen mayor retribución que los asalariados (gráfico 31). En términos relativos, España se encontraría entre los países en que más elevada es la retribución en comparación con el salario medio: 2,6 veces en el caso de quienes ejercen la medicina general y 3 veces en el de quienes ejercen otras especialidades. Ello no

*Retribuciones en relación
al salario medio, en
comparación con otros
países europeos*

quiere decir en modo alguno que los salarios reales del personal facultativo en nuestro país se sitúen por encima de los percibidos en otros países pues se trata de una medida de distancia relativa que depende del nivel salarial de cada país⁶³.

GRÁFICO 31. RETRIBUCIONES DEL PERSONAL MÉDICO EN EUROPA, 2020
(En relación al salario medio de cada país)

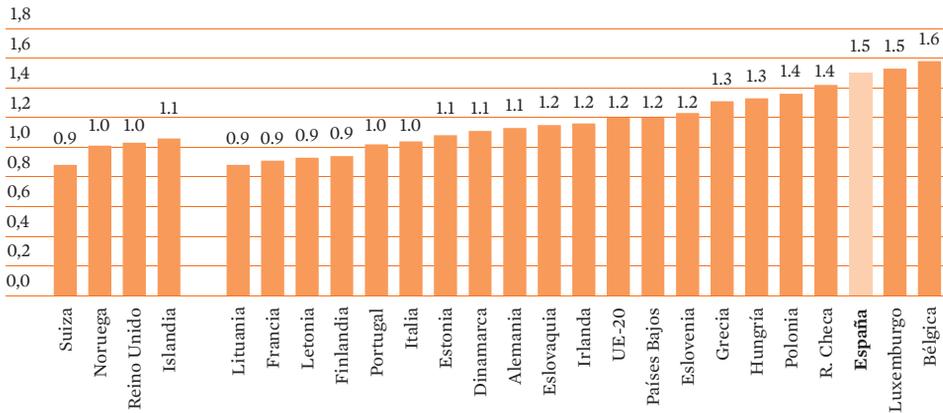


Notas: en el gráfico de retribuciones en medicina general, no hay disponibles datos de Grecia, R. Checa, Dinamarca, Italia, Eslovaquia, Suecia y Noruega.

1. Bélgica incluye los ingresos del trabajo autónomo, lo que resulta en una cierta sobre-estimación..
2. En el dato de retribuciones de especialistas de Dinamarca, Francia, Alemania, Eslovaquia y Suecia está incluido también el de médicos/as generales dado que la fuente de origen no los distingue.

Fuente: OCDE, Health Statistics 2022.

GRÁFICO 32. RETRIBUCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN EUROPA, 2020
(En relación al salario medio de cada país)



Fuente: OCDE, Health Statistics 2022.

63 En el año de referencia (2020), según Eurostat la ganancia media anual neta por persona trabajadora fue de 20.632,83 euros en España; de 31.292,95 euros en Alemania o de 10.559 en Polonia.

En cuanto al personal de enfermería, por regla general las retribuciones se acercan más al salario medio e incluso en algunos países como Finlandia, Letonia, Francia o Letonia se sitúan por debajo (gráfico 32).

En España, la aproximación al sistema retributivo de los profesionales sanitarios, al igual que la regulación de la jornada y otras condiciones laborales resulta particularmente compleja (recuadro 5).

En el caso del personal estatutario, el salario es la resultante de la suma de una gran variedad de conceptos, complementos y peculiaridades de la jornada de trabajo (como las guardias) que determinan grandes diferencias entre profesionales con similares funciones en función de diversos factores, siendo particularmente acusadas entre profesionales con mayor antigüedad y los más jóvenes. Además, hay que tener en cuenta

Y elevada dispersión territorial en España

RECUADRO 5. RETRIBUCIONES Y JORNADA DE TRABAJO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DEL SNS

Retribuciones

Retribuciones básicas:

- **Sueldo.** Es el mismo en función de la categoría profesional para todo el territorio nacional
- **Trienios.** Es una cantidad determinada por categoría profesional, por cada tres años de servicio.

Retribuciones complementarias

- **Complemento de destino.** Retribuye el nivel del puesto (facultativo especialista, jefe de sección, de servicio, etc.)
- **Complemento específico/exclusividad.** Compensa la especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad del puesto de trabajo.
- **Complemento de carrera profesional.** Remunera el grado de carrera profesional alcanzado.
- **Complemento de productividad.** Remunera el especial rendimiento, el interés, la iniciativa y el cumplimiento de objetivos o la participación en determinados programas.
- **Complemento de atención continuada/guardias.** Retribuye el mantenimiento de los servicios sanitarios a los usuarios de manera permanente.

Jornada de trabajo

Tiempo de trabajo. Período en el que el personal permanece en el centro sanitario, a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones. Se considera, asimismo tiempo de trabajo los servicios prestados fuera del centro sanitario, siempre que se produzcan como consecuencia del modelo de organización asistencial o deriven de la programación funcional del centro.

- **Período de localización.** Período de tiempo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad que haga posible su localización y presencia inmediata para la prestación de un trabajo o servicios efectivos.
- **Período de descanso.** Todo período de tiempo que no sea tiempo de trabajo.
- **Período nocturno.** El período nocturno se define en las normas, pactos o acuerdos aplicables a cada centro sanitario. En general tiene una duración mínima de siete horas e incluye el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considera período nocturno el comprendido entre las 23 horas y las seis horas del día siguiente.
- **Trabajo por turnos.** Toda forma de organización del trabajo en equipo por la que el personal ocupe sucesivamente las mismas plazas con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, continuo o discontinuo.

Fuente: Tomado de J. J. Martín Martí, "Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud", en *Presupuesto y Gasto Público* 79/2015: 147-XX, Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos, Instituto de Estudios Fiscales, 2015.

la diferente estructura retributiva en el sector público (fundamentalmente alrededor del salario) y el privado (generalmente alrededor del pago por acto) y los efectos de la interacción entre ambos a los que ya se ha hecho mención.

A la dificultad de comparar salarios subyacen también algunas características propias de cada regulación nacional o regional, determinantes de las condiciones laborales en su conjunto, la conciliación de la vida laboral, las oportunidades de carrera o la propia satisfacción con el trabajo de los profesionales sanitarios, que en España se sitúa en los niveles más bajos de la comparación europea⁶⁴. Entre ellas, cabe poner de relieve cómo la asunción de responsabilidades profesionales adicionales, como la docencia, la investigación, la formación o la gestión, no suele verse acompañada de incentivos o incrementos salariales y a menudo suelen tener que realizarse al margen de la jornada laboral, mientras en otros países es habitual liberar tiempo y recursos para estas actividades.

En el SNS, la heterogeneidad de sistemas y la dispersión en las retribuciones tanto en atención primaria como en atención especializada, agudizada por el diferente impacto de las medidas de reducción del gasto durante los años de crisis económica, constituye una constante difícilmente justificable que genera permanentes agravios comparativos. Se carece de un modelo integrado basado en la coordinación entre las distintas administraciones competentes, así como de sistemas de información que faciliten la evaluación de las distintas políticas retributivas implementadas en cada comunidad autónoma. En un contexto de escasez de oferta de algunas especialidades, estas diferencias se acentúan generándose una cierta competencia entre servicios de salud para su captación, al margen de lo que sería una planificación estratégica conjunta para todo el SNS.

El mantenimiento y actualización continua de las competencias y conocimientos del personal sanitario constituye uno de los principales retos del sistema en un momento

La formación continua en las profesiones sanitarias, un aspecto crucial

en que la investigación científica y la incorporación de nuevas terapias, tecnologías sanitarias y medicamentos avanzan a un ritmo cada vez más intenso. Al amparo de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad, toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la

docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales. La Ley 16/2003 de Calidad y cohesión remarca la orientación de la actualización de conocimientos a la mejora de la calidad del proceso asistencial y a garantizar la seguridad de las personas usuarias. Por su parte, la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias acota el concepto de formación continuada como “el proceso de enseñanza aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización

64 E. Lifschitz, J. del Llano, J. Rovira, B. González y F. Magro, *Remuneraciones de los Médicos en la Unión Europea, España y Comunidades Autónomas: Análisis Comparativo*, Fundación Gaspar Casal 2020.

y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”. También la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud, refuerza el valor de la formación continuada en su vertiente de derecho de los profesionales a recibir “formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación con dichas funciones”.

La impartición de formación continua tiene lugar en un sistema abierto en el que participan sociedades científicas, colegios profesionales, la Administración sanitaria, la universidad, los sindicatos, la industria farmacéutica y diversas entidades privadas.

Aunque la participación en actividades formativas de las personas ocupadas en el sector sanitario es muy superior a la del conjunto, estimaciones de la AIREF⁶⁵ situaban el esfuerzo inversor del SNS en formación continua del personal facultativo hospitalario en un nivel muy bajo, con importantes disparidades por servicios de salud⁶⁶. La industria farmacéutica desempeña un papel significativo en la formación continuada de este personal, si bien al margen de lo que sería una planificación en atención a los objetivos y necesidades de los profesionales identificados por la Administración sanitaria.

De ahí la importancia de consolidar una adecuada planificación de la formación permanente, proporcionar los medios para que las personas que trabajan en el sector sanitario puedan acogerse a la oferta formativa y compatibilizarla con el desempeño de sus funciones y su vida personal y el sistema de acreditación de entidades formadoras.

El reconocimiento de las competencias profesionales debe llevarse a cabo de forma homogénea en todo el SNS. Para ello, se creó la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias como órgano colegiado adscrito a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, para armonizar el ejercicio de las funciones que las administraciones sanitarias públicas y demás instituciones y organismos ostentan en materia de formación continuada, así como para coordinar las actuaciones en este campo. La evaluación de la calidad de la formación impartida, con criterios homogéneos, constituye una exigencia permanente en este ámbito, por lo que no solo el refuerzo de la inversión sino de la labor de acreditación y validación de la utilidad de la formación impartida resulta particularmente importante.

En 2020, el sistema acreditador del SNS recibió 41.616 actividades para su valoración como formación continuada; de las que se acreditaron un 86,7 por 100. Según el nivel académico, más de la mitad de las actividades acreditadas se dirigían a personal graduado (médicos/as, farmacéuticos/as, veterinarios/as, fisioterapeutas, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales, podólogos/as, óptico-optometristas, logopedas, y dietista nutricional).

65 Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF), *Gasto hospitalario del Sistema Nacional de Salud: Farmacia e inversión en bienes de equipo*. Evaluación del gasto público, 2019.

66 El promedio de presupuesto en formación continua por hospital se situaba en torno a los 60.000 euros en 2018, según el cuestionario aplicado por la AIREF, con una gran variedad de situaciones por servicios de salud, en una horquilla que oscilaba entre los 109.000 euros y los 2.080 euros presupuestados por hospital.

Aspectos organizativos y de gestión que influyen en la eficiencia, así como en la calidad del empleo y de la atención

El sistema sanitario es una organización de gran tamaño y complejidad donde se toman a diario millones de decisiones de gestión que influyen en la eficiencia, las condiciones de trabajo y la motivación del personal, así como en la propia calidad de la atención. Muchos problemas que afectan al contenido de los puestos de

las profesiones de la salud han sido puestos de relieve en diversos estudios, estrategias y análisis, que inciden en la necesidad de cambios organizativos que incentiven a los equipos de profesionales y eviten la creciente desafección hacia el sistema⁶⁷.

Entre ellos, suele mencionarse la elevada carga burocrática y administrativa vinculada a las tareas de atención a la salud (solicitud de pruebas, programación de visitas, generación y entrega de documentos, renovación de bajas, renovación de medicación de crónicos, etc.) que recaen en las y los profesionales de la salud, sobre todo en los médicos y médicas, afectando a la satisfacción laboral y a la productividad del personal. El hecho de que muchas de estas tareas hayan sido traspasadas al entorno de la digitalización no siempre añade agilidad a su ejecución, sino que constituyen un nuevo campo de trabajo que se superpone a la centralidad de la relación médico-paciente. Los estudios sobre el tema coinciden en que los instrumentos con los que cuentan los profesionales para colaborar y desarrollar la planificación clínica y la gestión de casos de un modo seguro y eficiente son mejorables, al tiempo que existen “brechas de comunicación” entre equipos asistenciales, incluso cuando utilizan sistemas de registro de pacientes compartidos⁶⁸.

Asimismo, es importante reasignar funciones según la capacidad resolutoria de cada tipo de profesional, ahondando en la colaboración y coordinación de funciones entre personal médico, de enfermería y personal administrativo, e incluso abriendo la posibilidad de creación de nuevas figuras (recuadro 6). Entre otros muchos aspectos que atañen a la organización del trabajo al mismo tiempo que a la calidad de la atención, cabe mencionar también la necesidad de cuestionar y evaluar el exceso de actividad autogenerada no siempre necesaria, que da lugar a controles y revisiones arbitrariamente pautadas o a una inflación e incluso duplicidad de pruebas en distintos niveles.

En definitiva, en el momento actual confluyen varios factores que alertan de la importancia de adoptar decisiones en el ámbito de la regulación, la planificación y la gestión de los recursos humanos, que sirvan para garantizar la calidad de los servicios y el atractivo de las profesiones sanitarias. La actual crisis de recursos humanos del sistema sanitario requiere ser objeto de atención prioritaria para salvaguardar la calidad y la accesibilidad de la atención.

67 B. González Valcárcel y S. Peiró, *Crisis y catarsis: lecciones del Covid-19*, Fundació Ernest Lluch y el Ivie, en colaboración con la Fundación Bancaja, octubre 2021.

68 FACME e Instituto de Salud y Estrategia (Si-Health), *Impacto de la COVID-19 en lo NO-COVID-19. Estrategias para “re-priorizar” la atención NO-COVID en el Sistema Nacional de Salud*, junio 2021.

RECUADRO 6. EJEMPLOS DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES SEGÚN CAPACIDAD RESOLUTIVA

- Gestión enfermera de la demanda.
- Creación de la figura del asistente clínico (cambio de rol del personal administrativo).
- Promoción de la relación activa con la farmacia comunitaria como agente más vinculado a la atención primaria.
- Figura de auxiliares de anestesia.
- Vacunación a cargo de auxiliares de enfermería.

Fuente: R. Meneu, V. Ortún y R. Urbanos, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), *La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión*, Universitat Pompeu Fabra, Health Policy Papers Collection, 2023-3.

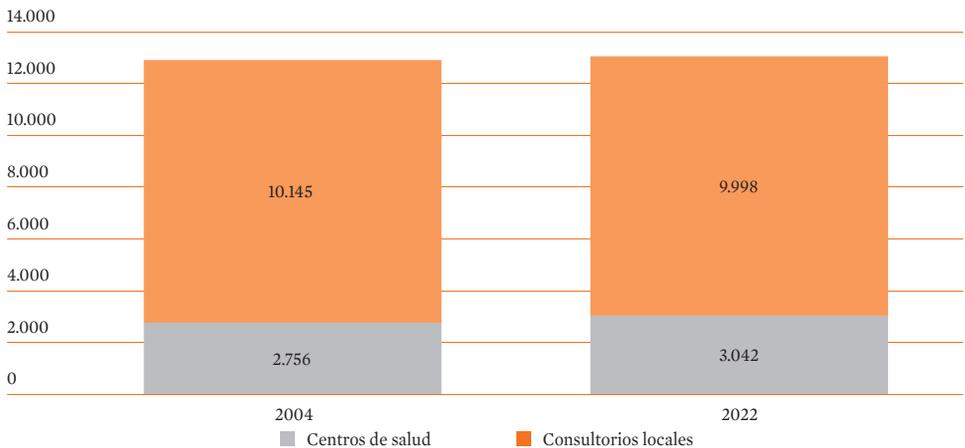
3. Infraestructura, equipamiento y tecnologías al servicio de la salud

La gestión de los recursos materiales del sistema afronta importantes desafíos en un contexto caracterizado por el fuerte impulso experimentado por la innovación terapéutica y tecnológica, incluyendo el desarrollo de tratamientos personalizados cada vez más avanzados y de más alto precio, lo que plantea a los sistemas sanitarios el reto de su financiación y de garantizar la equidad en el acceso a los mismos.

En paralelo a la implantación de la reforma de la atención primaria iniciada con la LGS, el aumento de centros de salud y el descenso del número de consultorios locales ha sido constante hasta 2018, apreciándose desde entonces cierta estabilización (gráfico 33).

Estabilización del número de centros de salud en atención primaria

GRÁFICO 33. CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES EN EL SNS, 2004-2022



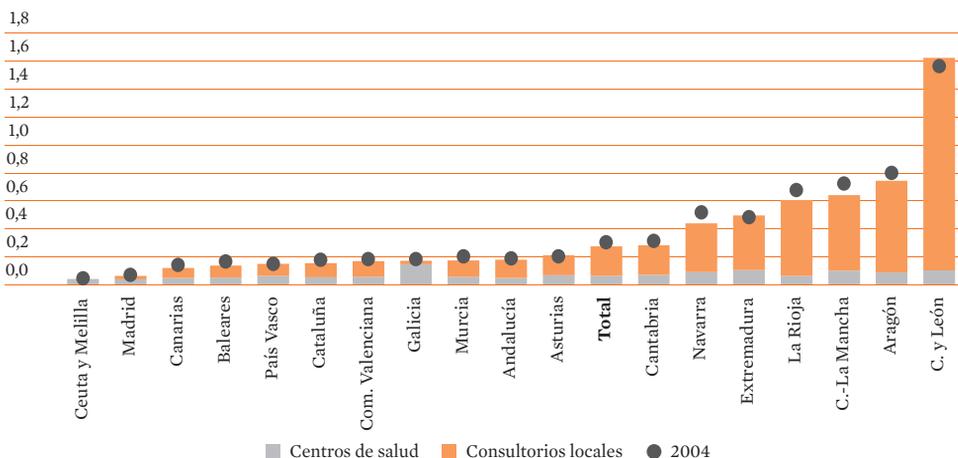
Fuente: MS, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Atendiendo a la disponibilidad de estas infraestructuras, se observa una gran variabilidad territorial que, en parte, responde a las diferencias organizativas de cada área de salud y a la dispersión poblacional en el mundo rural, que afectan a la atención en aspectos como el horario, urgencias o el volumen de personal asistencial, entre otros (gráfico 34).

La red de atención primaria está llamada a jugar un papel clave que, en lo que se refiere a los recursos materiales, pasa por llevar a la práctica los compromisos ya plasmados en su Marco Estratégico aprobado en 2019 así como en el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción, comenzando por una financiación adecuada y equilibrada con sus funciones y, entre otras medidas allí señaladas, lograr una mayor participación de las y los profesionales con una mayor implicación de los mismos en la gestión de los recursos en el marco de un compromiso por la asignación eficiente de estos últimos; aumentando su capacidad resolutoria mediante al acceso a más pruebas diagnósticas, seguir mejorando los sistemas de información clínico-asistenciales y desarrollar los programas de atención domiciliaria en el SNS en torno al eje de la atención primaria.

Al margen del número de centros y consultorios, es preciso llamar la atención sobre la problemática específica de la atención primaria rural, que cuenta con una carga asistencial particularmente elevada y compleja, debido al alto grado de envejecimiento poblacional y a otras circunstancias como la dispersión de la población, mientras sigue contando con menos recursos materiales y presupuestarios. Ello influye tanto en las dificultades de atracción de personal sanitario como en la propia equidad en el acceso a la atención.

GRÁFICO 34. CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN, 2004-2021 (Tasas por 1.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

CUADRO 3. HOSPITALES POR DEPENDENCIA FUNCIONAL, 2012-2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Inc.% 21/12
Públicos-SNS	451	451	450	454	461	465	470	467	465	468	3,8
Públicos	323	323	323	321	321	320	324	321	319	323	0
MCSS*	23	22	21	21	21	21	20	21	23	23	0
Concierto sustitutorio	13	14	10	10	5	5	5	5	5	5	-61,5
Red de utilización pública	92	92	96	102	114	119	121	120	118	117	27,2
Privados	307	311	312	310	302	313	312	309	307	308	0,3
Privados con ánimo de lucro	247	251	252	253	250	261	259	257	257	257	4,0
Privados sin ánimo de lucro	511	511	510	511	513	517	523	519	515	519	1,6
Total	758	762	762	764	763	778	782	776	772	776	2,4

*MCCSS: mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.

Fuente: Ministerio de Sanidad, S.G. de Información Sanitaria, *Sistema de Información de Atención Especializada*, noviembre 2023.

El sistema sanitario español contaba en 2021 con 776 hospitales y 434 centros de atención especializada sin internamiento. Atendiendo a su dependencia funcional, en el caso de los hospitales, el 60 por 100 pertenecen a la red del SNS que, según la información del MSC, integra tanto los hospitales de titularidad pública del SNS como los recursos de las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, los hospitales con concierto sustitutorio, así como la denominada red de utilización pública, es decir, centros de dependencia privada que dedican más del 80 por 100 de sus recursos a la prestación de servicios financiados por el SNS. El tamaño de esta última red es la que más ha aumentado en los últimos diez años, mientras que el del resto de la red hospitalaria pública en 2021 permanece igual que en 2012 (cuadro 3). En el caso de los centros de especialidades, 420 pertenecen al ámbito privado y 14 al ámbito público⁶⁹.

Recursos hospitalarios y de atención especializada de la red de utilización pública, en aumento

La categorización como pública o privada de los hospitales y centros de atención especializada no está exenta de complejidad, dada la proliferación de formas organizativas de gestión directa o indirecta de centros y servicios sanitarios a través de cualesquiera entidades admitidas en Derecho (recuadro 7). Tras más de veinticinco años desde la aprobación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de nuevas for-

⁶⁹ El Catálogo Nacional de Hospitales, 2023 ofrece datos a 31 de diciembre de 2022, conforme a los cuales el sistema sanitario contaría ya con un total de 845 hospitales, de los cuales 418 eran privados. El total de camas ascendía a 159.049, de las cuales el 29,8 por 100 eran de titularidad privada.

RECUADRO 7. GESTIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS: FORMAS JURÍDICAS Y CONCIERTOS**Forma jurídica**

Las distintas formas organizativas de gestión directa o indirecta de centros y servicios son formas jurídicas bajo las cuales se permiten al centro realizar actos jurídicos como la contratación de personal, ventas, compras, enajenaciones, declaración de impuestos, etc., admitidas en derecho y que se aplican en el proceso asistencial. Estas formas pueden ser:

- Gestión directa.
- Ente público.
- Empresa pública.
- Fundación pública.
- Consorcio.
- Concesión administrativa.
- Fundación privada.
- Sociedades mercantiles.
- Sociedades individuales.
- Comunidad de bienes.
- Otras formas jurídicas.

Concierto

Cualquier forma de contrato que efectúan las Administraciones Públicas Sanitarias con centros de dependencia privada, para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas; convenio singular de colaboración, contrato marco, concierto complementario, etc.

Concierto parcial: cuando el centro tiene una relación contractual con el SNS por el que este concierta volúmenes determinados de actividad a precio o tarifa fijada. Puede ser para hospitalización de pacientes, para realización de procedimientos diagnósticos, de procedimientos quirúrgicos u otros tipos de actividad.

Integrado en el SNS:

Concierto sustitutorio: cuando el centro tiene una relación contractual con el SNS, de forma que el centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS, y en los centros en que más del 80% de su actividad proviene de este contrato.

Red de utilización pública: cuando un centro dependencia privada dedica más del 80% de sus recursos a la prestación de servicios financiados por el SNS, considerando que este centro pertenece a una red de utilización pública socio sanitaria o de salud mental.

Fuente: MSC, S.G. de Información Sanitaria, Estadísticas de Actividad Sanitaria, *Manual de definiciones del Sistema de Información de Atención Especializada*, Proveedores sanitarios C.I. Hospitales, 2019.

mas de gestión del Sistema Nacional de Salud, se ha carecido hasta ahora de un sistema de evaluación de resultados en salud de las distintas fórmulas de gestión, tanto pública directa como público-privada, basado en la evidencia y con arreglo a indicadores comunes y homogéneos, para facilitar la toma de decisiones y la utilización adecuada de los recursos públicos.

El CES se ha pronunciado a favor de avanzar en la cultura evaluativa del sistema sanitario⁷⁰, considerando asimismo que la buena gobernanza del sistema, la mejo-

⁷⁰ Dictamen 7/2022 sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

ra de la gestión y la rendición de cuentas requerirían asimismo impulsar la efectiva aplicación de las obligaciones establecidas por la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, por parte de todos los organismos responsables y sujetos obligados por la misma, salvaguardando los límites legales al derecho de acceso a la información pública y la normativa de protección de datos de carácter personal.

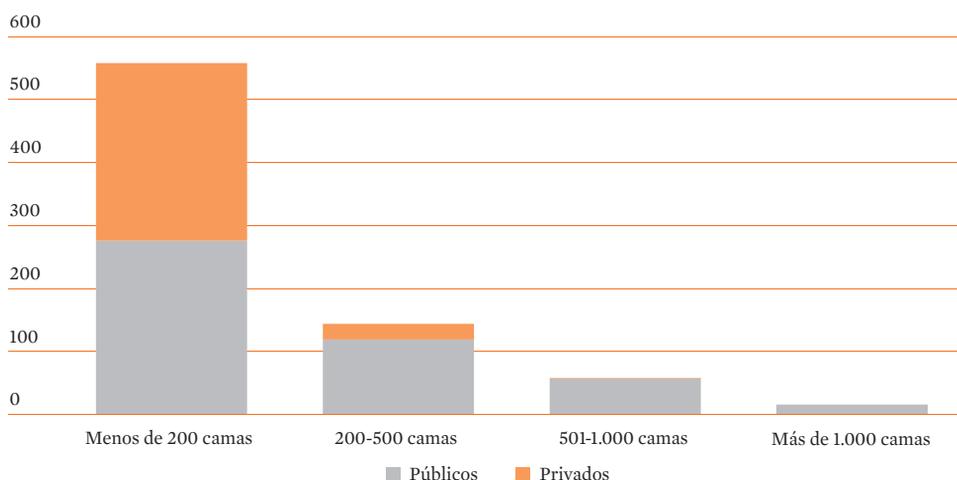
Déficit de evaluación de las distintas fórmulas de gestión

Del total de hospitales del SNS, el 70 por 100 son hospitales de agudos mientras que el resto son hospitales de larga estancia. El 72 por 100 de los hospitales del sistema sanitario en su conjunto cuentan con menos de 200 camas, mientras el 18 por 100 dispone de entre 200 y 500 camas (gráfico 35). En estos dos tipos se concentra el aumento de hospitales entre 2010 y 2021: 22 hospitales más en total, un aumento del 4,9 por 100 en el volumen total de este tipo de establecimientos sanitarios.

La reducción del tamaño medio de los hospitales, el aumento de los puestos de hospital de día, la disminución de las intervenciones que requieren ingresos y la duración media de los mismos son tendencias que se consolidan y que tienen su reflejo en la progresiva disminución del número de camas en funcionamiento que se viene registrando desde hace décadas. Entre 2002 y 2022 el número de camas por 1.000 habitantes se ha reducido desde 3,56 a 2,97 por 1.000 habitantes, una tendencia observable en prácticamente todas las comunidades autónomas (gráfico 36).

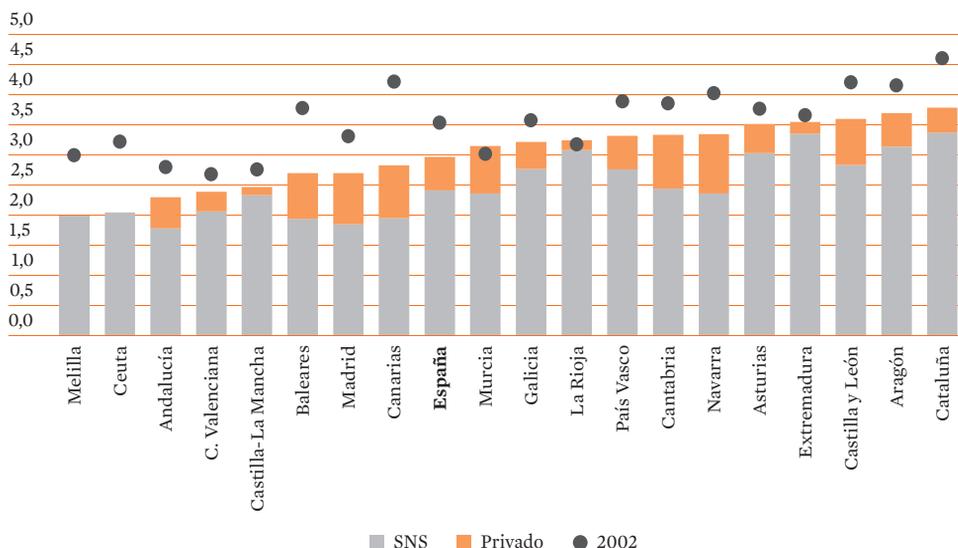
En perspectiva comparada con los países de la Unión Europea, España cuenta con menos número de camas por 1.000 habitantes que países como Alemania (7,76) o Fran-

GRÁFICO 35. HOSPITALES POR TAMAÑO Y DEPENDENCIA FUNCIONAL



Fuente: Ministerio de Sanidad, S.G. de Información Sanitaria, *Sistema de Información de Atención Especializada*, noviembre 2023.

GRÁFICO 36. NÚMERO DE CAMAS EN FUNCIONAMIENTO POR CCAA Y TITULARIDAD, 2002-2022
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Sanidad, S.G. de Información Sanitaria, *Sistema de Información de Atención Especializada*, noviembre 2023.

cia (5,65), acercándose más a los valores de otros países como Portugal (3,5) o Italia, así como a Países Bajos o Irlanda (gráfico 37). Cabe recordar que entre las propuestas del Dictamen de la Comisión de Reconstrucción se contemplaba incrementar significativamente las camas hospitalarias de gestión y titularidad pública en todo el país al final de la legislatura, la mayoría de ellas de larga y media estancia.

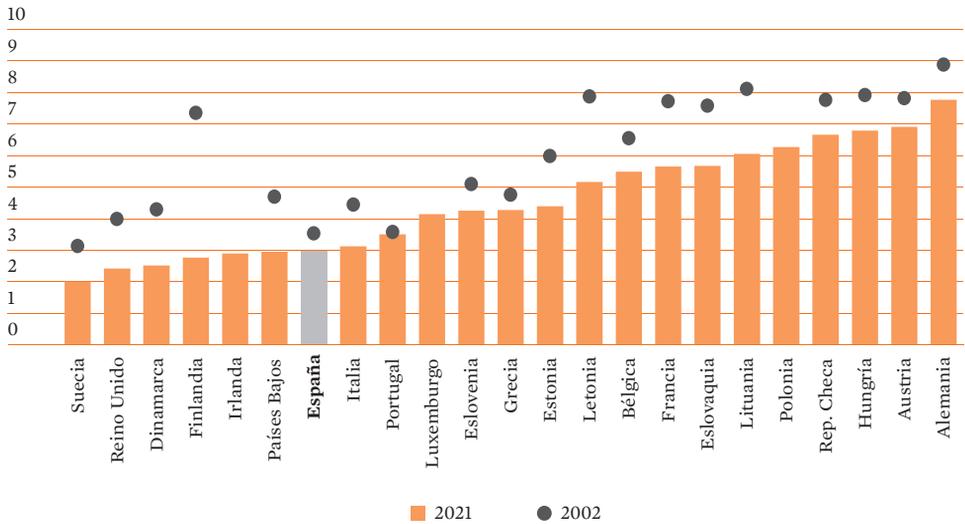
Los CSUR tienen como objeto garantizar la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías de muy baja frecuen-

*Centros, servicios
y unidades de referencia
(CSUR): instrumentos
claves de la cohesión
interterritorial*

tación, que, por sus características, precisan de cuidados de gran especialización concentrándose por ello en un número reducido de centros. Los CSUR constituyen importantes instrumentos para garantizar la cohesión y la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención sanitaria independientemente del lugar de residencia, al igual que los demás supuestos de movilidad de los pacientes en el conjunto del SNS⁷¹.

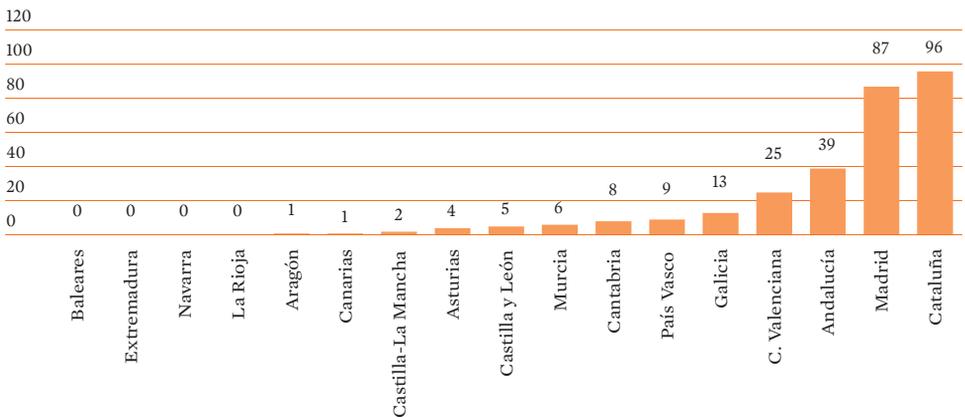
71 La asistencia sanitaria a pacientes derivados a una comunidad autónoma distinta de la de residencia para ser atendidos en los CSUR se compensará a través del fondo de cohesión sanitaria, según lo previsto en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, al igual que la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas; a desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, que pertenezcan a países de la Unión Europea o a otros con los cuales España tenga firmados acuerdos bilaterales en esta materia así como a pacientes residentes en España, como consecuencia de la aplicación de las técnicas, tecnologías y procedimientos cuyo uso tutelado sea autorizado. Al respecto, véase Dictamen CES 11/2002, sobre el Proyecto de Real Decreto para la regulación de la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

GRÁFICO 37. NÚMERO DE CAMAS EN FUNCIONAMIENTO EN LA UE, 2002-2021
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: OCDE, Stat, 2023.

GRÁFICO 38. CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA DEL SNS POR CCAA, 2022



Fuente: Ministerio de Sanidad, S.G. de Información Sanitaria, *Sistema de Información de Atención Especializada*, noviembre 2023.

En 2022 se encontraban autorizados 296 CSUR que prestan atención a determinadas patologías a nivel nacional. La gran mayoría de ellos se concentraban en Cataluña (96), la Comunidad de Madrid (87) y Andalucía (39) (gráfico 38).

Cabe recordar que la desigual dotación de infraestructuras y recursos destinados a patologías complejas hace necesario garantizar la permeabilidad de los distintos Servicios de Salud independientemente de la comunidad autónoma de la que proceda el paciente. La atención en centros, servicios y unidades de referencia se financia a través

Es necesario garantizar la libre circulación de pacientes y la movilidad de los recursos, si se requiere

del Fondo de Cohesión Sanitaria, reincorporado desde hace unos años a los PGE tras su supresión en 2015, mientras la atención a pacientes desplazados o derivados se financia a través del Fondo de Garantía Asistencial, de naturaleza extrapresupuestaria. La contribución efectiva de estos Fondos a la igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias públicas en todo el territorio

español ha sido puesta en cuestión recientemente por el Tribunal de Cuentas⁷², en la medida en que los supuestos contemplados no aseguran el acceso a todas las prestaciones sanitarias del SNS en condiciones de igualdad efectiva ni compensan adecuadamente los costes en que incurren los servicios de salud autonómicos por la atención a pacientes desplazados o derivados⁷³.

Es importante asimismo articular medidas de acompañamiento para afrontar los gastos derivados del desplazamiento para las familias de los pacientes, circunstancia que se contempla como atenciones de carácter social y recibe distinto tratamiento y extensión según la comunidad autónoma de que se trate.

Por otro lado, al margen de las patologías concretas que atienden los centros de referencia y de las derivaciones de pacientes entre servicios de salud, existe otro tipo de situaciones sanitarias en las que la inestabilidad o la situación crítica del paciente no aconseja su desplazamiento sino el de los medios tecnológicos y los propios equipos de especialistas⁷⁴. Ello requiere institucionalizar mecanismos de cooperación entre servicios de salud y protocolos de actuación urgente que garanticen la adecuada coordinación de los medios físicos y humanos distribuidos en dos o más servicios de salud. En este sentido, la intensificación de la cooperación multilateral entre Estado y comunidades autónomas que resultó útil durante la pandemia debería mantener su impulso para proseguir surtiendo efecto ya fuera de ese contexto de emergencia.

De hecho, el propio PRTR, reconoce que “a pesar de que el sistema de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) ha demostrado ser un buen modelo organizativo para la atención concentrada y especializada de enfermedades raras y de alta complejidad, hay que ampliarlo a otras áreas y, sobre todo, se debe mejorar su sistema de evaluación y seguimiento, incorporando de manera decidida los resultados en salud. También debe reordenarse y racionalizarse la atención a otras patologías complejas que no requieren su incorporación al sistema CSUR. Estas necesidades han sido detectadas por los diversos agentes que participan en el sistema.”

72 Tribunal de Cuentas, Informe 1363, de 30 de enero de 2020, de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Ejercicio 2017.

73 En este sentido, Meneu, Ortún y Urbanos, *op. cit.*

74 Situaciones de este tipo se dieron durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19 cuando la incidencia de casos y la disponibilidad de respiradores eran muy desiguales entre comunidades autónomas. Otro ejemplo es el acceso pediátrico a oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) para niños en cuidados intensivos de hospitales que no disponen de esta técnica y que, por su gravedad, no pueden desplazarse.

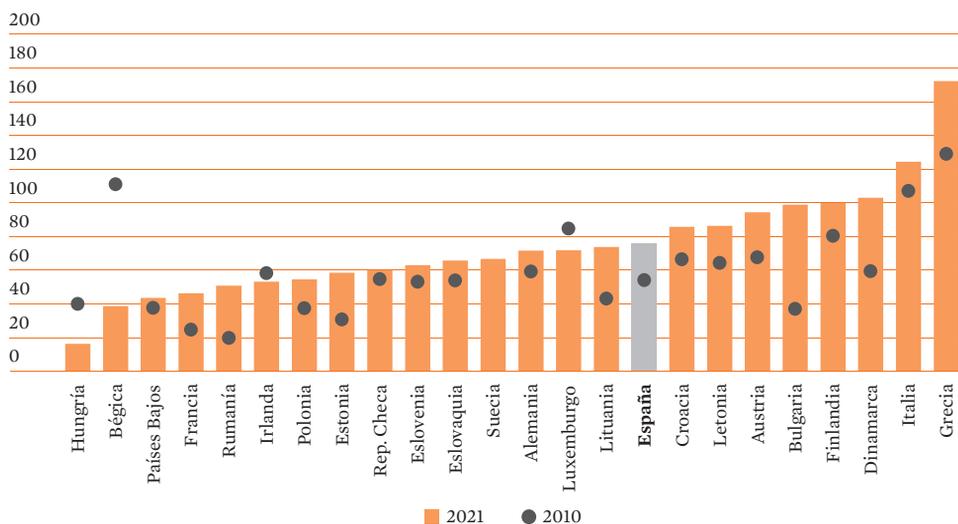
La disponibilidad de un parque tecnológico adecuado y actualizado es imprescindible para garantizar diagnósticos cada vez más precisos y tratamientos más eficaces desde las fases más tempranas de la enfermedad. Como se verá en el siguiente apartado, los actos médicos donde interviene alta tecnología se han multiplicado en los últimos años.

El papel de la alta tecnología en el SNS y las prioridades en este ámbito

Atendiendo a las principales herramientas tecnológicas utilizadas en las comparaciones internacionales⁷⁵, desde el año 2010 se observa una cierta mejoría en la dotación de estos equipamientos (gráfico 39). Como ha señalado el CES en anteriores ocasiones⁷⁶, es necesaria la planificación de los recursos sanitarios con criterios de racionalidad y de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio, de modo que se tienda a superar la asimetría existente en la distribución de los recursos sanitarios de alta tecnología y se garantice la igualdad en el acceso y la calidad de la atención independientemente del lugar de residencia.

Sin embargo, se observan significativas diferencias territoriales tanto en la dotación de estos equipamientos, como en su evolución en el periodo referido, así como en el peso de la alta tecnología de titularidad pública y privada dentro del parque en su conjunto (gráfico 40).

GRÁFICO 39. DOTACIÓN DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN LA UE, 2010-2021



Nota: CT+Gamma (tomografía computarizada de emisión monofotónica) +MRI (Resonancia magnética por imagen) +Mamógrafos+PET (tomografía por emisión de positrones) +RT (terapia de radiación).

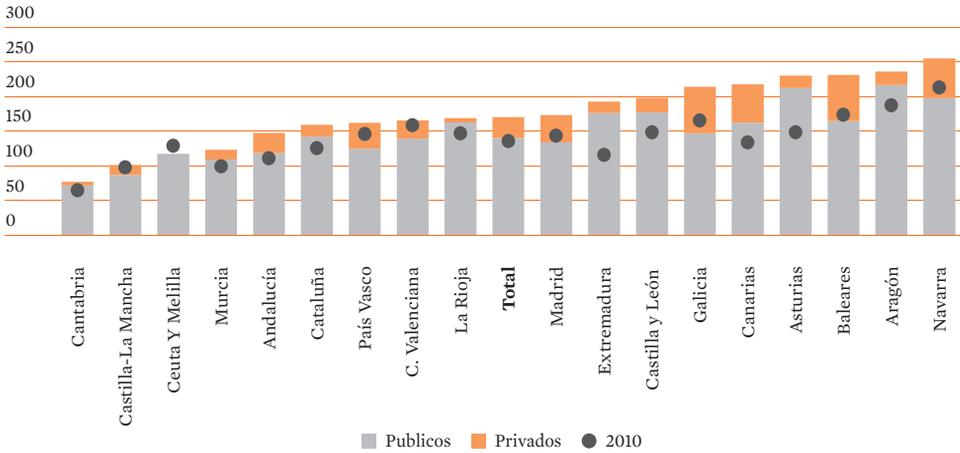
Fuente: OCDE, Stat, 2023.

75 Entre las más habituales: TAC (tomografía axial computarizada), RM (resonancia magnética), Sistemas de Intervencionismo, (HEM, sala de hemodinámica y ASD, angiografía vascular intervencionista), RCO (radiología convencional), MAMO (mamógrafos), ECO (ecógrafos), SDIC (sistemas digitales de inyección de contraste), PET (tomografía por emisión de positrones), SVI (soporte vital), MON (monitorización de pacientes críticos) y TEC (terapias de calor).

76 Al respecto, véase Dictamen CES 11/2002, sobre el Proyecto de Real Decreto para la regulación de la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

GRÁFICO 40. DOTACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA POR CCAA, 2010-2022

(Las columnas muestran la dotación en 2022 según la titularidad pública o privada. Los datos de 2010 son totales, sin distinción de titularidad)



Nota: Equipos=TAC+RM+GAM+MAMO+SPECT+PET+HEM.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Superar la obsolescencia y mejorar el uso eficiente de la tecnología

La incorporación de técnicas y tecnologías innovadoras en el SNS contribuye a preservar la seguridad de los pacientes y los profesionales que manejan los equipos. Avanzar en el uso eficiente de la tecnología constituye

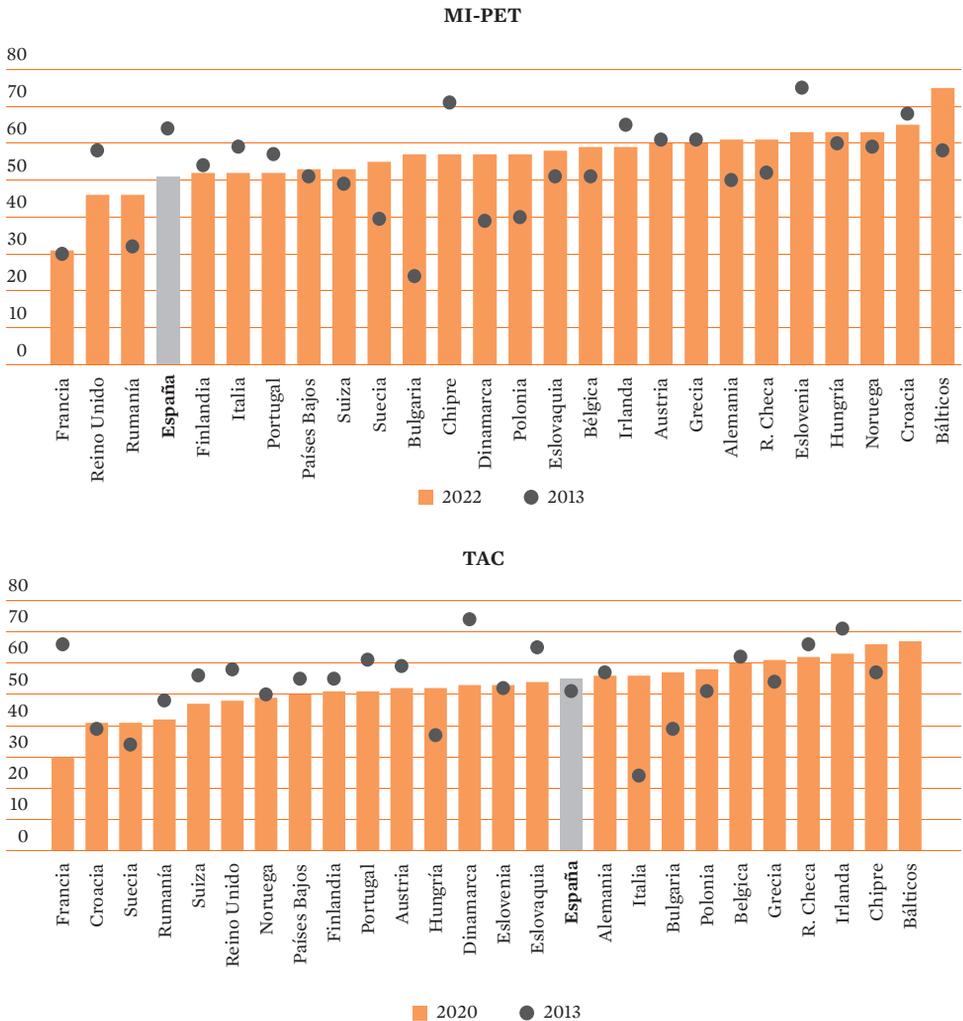
una necesidad, tanto para asegurar la calidad de la atención sanitaria como desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema.

Según la AIReF, más del 40 por 100 del equipo instalado en 2018 tenía más de diez años, lo que se alejaba con creces de los estándares internacionales que limitan a un máximo del 10 por 100 el umbral aconsejable de dotación con esa antigüedad. A pesar de haber experimentado cierta mejora desde entonces, se mantiene la obsolescencia de parte del equipamiento tecnológico del SNS (gráfico 41), con arreglo a los criterios y referencias internacionales para su medición.

Además, se da una cierta infrautilización de la alta tecnología instalada en los hospitales (tanto públicos como privados), mientras que, para fomentar la seguridad del paciente y el uso óptimo y eficiente de los equipos, no resulta habitual que los hospitales cuenten con protocolos de adecuación/validación de las pruebas y control de su prescripción. Por ello, este organismo desarrolló algunas propuestas para mejorar la inversión en bienes de equipo de este tipo (recuadro 8).

El Plan de Inversiones en Equipos de Alta Tecnología (Plan INVEAT) impulsado por el Gobierno en el marco del PRTR (Inversión 1 del Componente 18: Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud) debería contribuir a

GRÁFICO 41. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA, 2013-2022
(Porcentaje de equipos de más de seis años de antigüedad)



Fuente: COCIR.

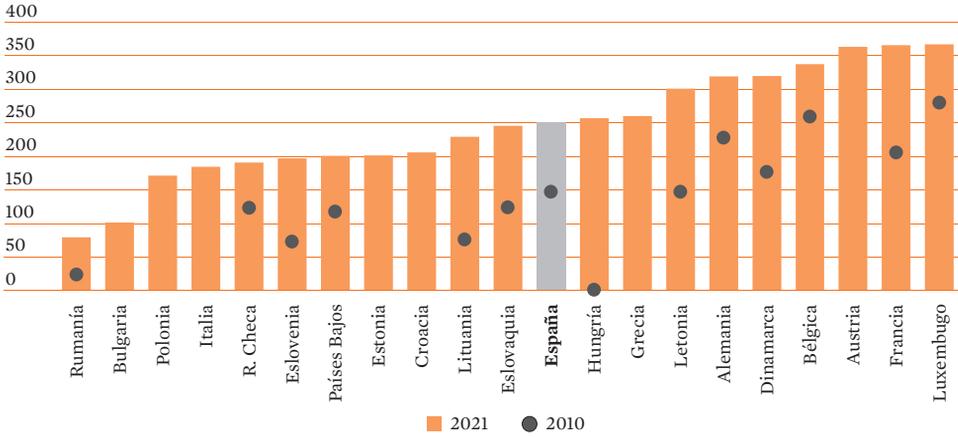
superar esta situación, con una dotación de 796 millones de euros procedentes de los fondos europeos *Next Generation EU*, dirigidos a la adquisición de 847 equipos de alta tecnología sanitaria. El Plan INVEAT se propone:

Mejorar la organización de la incorporación de tecnologías sanitarias y su evaluación

- Reducir la obsolescencia del parque tecnológico de equipos de alta tecnología del SNS, garantizando la renovación del 100 por 100 de los equipos que tienen 12 o más años y, adicionalmente, de los aceleradores lineales y tomografía axial computerizada de 10 y 11 años, en línea con las recomendaciones de las sociedades científicas.

- Elevar como mínimo un 15 por 100, la tasa media de densidad de equipos de alta tecnología por 100.000 habitantes, con objeto de mejorar la equidad en el acceso en todo el territorio nacional, acercar el servicio a los/las pacientes y situar al SNS, de forma progresiva, en la media europea.

GRÁFICO 42. USO DE LOS EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA, 2010-2021
(Exámenes diagnósticos por 1.000 habitantes)



Nota: CT+MRI+PET
Fuente: OCDE, Stat, 2023.

RECUADRO 8. ALTA TECNOLOGÍA SANITARIA. RECOMENDACIONES DE LA AIReF

- Desarrollo de un plan de inversión en equipos de alta tecnología que permita converger hacia la media europea en niveles de dotación y obsolescencia.
- Avanzar hacia una planificación estratégica a nivel estatal y autonómico sobre la incorporación y financiación de los equipos.
- Implantación de modelos para sistematizar, objetivar y priorizar la toma de decisiones de adquisición y renovación de equipos.
- Configuración de equipos de contratación especializados y el fomento del trabajo en red entre ellos.
- Establecimiento de sistemas integrados que permitan la gestión conjunta del inventario de equipos, mantenimiento, agendas y uso.
- Revisión, control y validación de la indicación de pruebas diagnósticas y de la actividad realizada con los equipos.
- Implantación de sistemas de recordatorio y confirmación de asistencia para gestionar las incomparencias a las citas médicas.
- Recomendación de mantenimiento de equipos preventivo y correctivo preferentemente con el fabricante y disponer de equipo de electromedicina.

Fuente: AIReF, Gasto hospitalario del SNS: farmacia e inversión en bienes de equipo. Evaluación del gasto público 2019.

Unido a lo anterior, cabe destacar la adopción del Plan de Acuerdos Marco de Equipos de Alta Tecnología Sanitaria del Ingesa (Plan AMAT-I) conformado por seis acuerdos marco focalizados en las tecnologías de Diagnóstico por la Imagen, dado que una parte importante de los equipos de diagnóstico por imagen, como los de Radiología convencional, de mamografía y de ecografía, no se pudieron incluir en el Plan Inveat. En desarrollo del mismo, se han aprobado recientemente⁷⁷ los dos primeros Acuerdos Marco de este Plan: el primero para adquirir 249 Salas de Radiología para el SNS (con un valor estimado de 70,5 millones de euros) y el segundo para la adquisición de 61 equipos de mamografía (en torno a 15,5 millones de euros).

Junto a esta inyección coyuntural de recursos, hay que recordar la necesidad de optimizar con carácter estructural los sistemas de incorporación de tecnologías sanitarias al SNS y de la evaluación de su eficiencia en España, como se verá más adelante⁷⁸,

La eficiencia de los centros de salud y servicios hospitalarios requiere de dotarlos de los recursos necesarios, así como del desarrollo de métodos robustos que permitan generar información valiosa para mejorar la calidad de la atención, la información de que disponen las personas usuarias y una gestión racional y sostenible de los recursos. En el caso de la atención primaria, apenas se cuenta con experiencias de evaluación de estos extremos salvo alguna excepción a escala regional o local⁷⁹.

*Hacia una mejor
evaluación de la
eficiencia en la gestión
y la incorporación de
tecnologías sanitarias*

En el nivel hospitalario, que concentra la mayor parte de los recursos físicos y humanos del sistema, resolviendo procesos y patologías con un nivel de complejidad cada vez mayor, uno de los escasos análisis disponibles que acometan este tipo de evaluación para el conjunto de los hospitales del SNS detectaba en el periodo 2010-2012 un amplio margen de mejora de la eficiencia técnica⁸⁰ de los hospitales, así como una gran variabilidad territorial. Posteriormente, si bien la AIReF ha realizado evaluaciones del gasto público hospitalario en el marco de sus cometidos, que hacen referencia a importantes aspectos de mejora de la eficiencia del sistema sanitario, es necesario abordar esta cuestión desde un enfoque de evaluación no restringido a la vertiente del gasto sino con una visión a largo plazo y más centrada en los principios del SNS y los resultados en salud de las personas usuarias de los servicios.

77 Consejos de Ministros del 9 y 16 de enero de 2024 respectivamente.

78 Véase capítulo VII sobre Coordinación, cooperación y gobernanza.

79 J. Romano y A. Choi, “Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad”, en *Gaceta Sanitaria* vol. 30 núm. 5 Barcelona sep./oct. 2016.

80 C. Pérez-Romero, M. I. Ortega-Díaz, R. Ocaña-Riola, y J. J. Martín-Martín, “Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español”, en *Gaceta Sanitaria*, 2017;31(2):108–115. La eficiencia técnica se mide a través de un análisis envolvente de datos (DEA) a partir de variables *input* como las camas instaladas, el personal a tiempo completo y el gasto en compras y servicios exteriores adquiridos y *output*, como las altas ajustadas por casuística, las consultas externas, las urgencias no ingresadas y los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria. En cada hospital se consideran la dotación de alta tecnología y especialistas en formación. En la comunidad autónoma se considera el índice de envejecimiento, la renta media anual por hogar, una variable de desigualdad (índice de Gini) y dos variables de gasto público social regional (gasto en servicios públicos fundamentales per cápita, gasto sanitario público per cápita).

Por otro lado, aunque la evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias no está implantada todavía de manera suficientemente sistematizada en nuestro país⁸¹, se han dado avances concretos en los últimos años, como la puesta en marcha en 2013 por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de los informes de posicionamiento terapéutico (IPT)⁸², por lo que se refiere a los medicamentos o la creación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS) si bien carente hasta la fecha de personalidad jurídica propia⁸³. Recientemente, tras la aprobación del Reglamento europeo para la evaluación de las tecnologías sanitarias⁸⁴, se cuenta con un nuevo marco común referente para el desarrollo de estructuras y procedimientos sólidos que fundamenten las decisiones a partir del análisis de eficiencia, bajo las premisas de calidad científico-técnica, transparencia, rendición de cuentas y participación. En estos momentos se encuentra en elaboración el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de las tecnologías sanitarias, con el que se pretende adecuar y desarrollar, en todo aquello que competa, el sistema en vigor en nuestro país con lo dispuesto en el Reglamento europeo.

En resumen, los centros y servicios del sistema sanitario afrontan la necesidad de una dotación adecuada en recursos, basada en la evaluación y en criterios de eficiencia especialmente por lo que hace a la evaluación de las tecnologías sanitarias. A ello se añaden nuevos retos como la sostenibilidad medioambiental y la reducción de la huella de carbono de la actividad hospitalaria, la adaptación al envejecimiento de la población usuaria y trabajadora, así como la necesidad de adaptabilidad de las infraestructuras, equipamientos y estructuras organizativas a necesidades cambiantes o imprevistas, como se demostró durante la pandemia. Es necesaria, asimismo, una concepción física y tecnológica que facilite la cooperación entre distintos servicios hospitalarios y con los otros niveles de la atención, especialmente con la atención primaria.

4. Prestación farmacéutica y uso racional del medicamento

La prestación farmacéutica y la política de uso racional del medicamento ocupan un lugar esencial en la satisfacción del derecho a la salud y el desarrollo de la atención sanitaria. El progreso en el desarrollo de medicamentos, vacunas, tratamientos farmacológicos y biotecnológicos, cada vez más avanzados, ha sido uno de los factores más decisivos para el aumento de la supervivencia a todas las edades y el alargamiento de la esperanza de

81 F. Lobo, J. Oliva, J. Vida, *La evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: origen, evolución y estado actual*, FUNCAS, septiembre 2022.

82 El Plan para la Consolidación de los Informes de Posicionamiento Terapéutico de los Medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, aprobado en 2020 por la CPF ha quedado anulado tras una reciente sentencia de la Sección Octava de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional.

83 Véase capítulo VII de este informe sobre Coordinación, cooperación y gobernanza.

84 Reglamento (UE) 2021/2282 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de diciembre de 2021 sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE.

vida de la población, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, por lo que su valor social es incuestionable.

Alrededor de la prestación farmacéutica se dan cita distintas dimensiones que inciden en el alcance y la efectividad del derecho a la salud y la atención sanitaria:

- El contenido de la propia prestación, marcado por la extensión de la oferta de medicamentos bajo financiación pública, el procedimiento para su incorporación a la cartera del SNS así como las garantías de suministro.
- La equidad en el acceso a la prestación, determinada por el régimen de copago de las personas usuarias y el acceso a la innovación terapéutica en igualdad.
- La contribución de la política farmacéutica a la sostenibilidad financiera del SNS y a un entorno favorable a la investigación, en colaboración con todos los agentes que componen la cadena de valor del medicamento.

La prestación farmacéutica, un pilar esencial del derecho a la salud y la atención sanitaria

La aportación de las personas usuarias a la prestación farmacéutica ambulatoria dispensada por medio de receta médica oficial u orden de dispensación a través de oficinas de farmacia, más conocida como “copago farmacéutico”, constituye la principal excepción a la gratuidad de la atención sanitaria pública en España.

La aprobación del RDL 16/2012 en el contexto de la respuesta a los requerimientos de la consolidación fis-

Acceso a la prestación farmacéutica y esquema de copago

cal introdujo importantes cambios en el esquema anterior de copago farmacéutico, cuya regla general era la exención de los pensionistas y un porcentaje del 40 por 100 del precio de venta al público para activos. A partir de entonces, los niveles de aportación para el pago de medicamentos en el SNS se establecen en función del nivel de renta, la condición (activo/a o pensionista) y el grado de enfermedad. Están exentos de aportación las personas aseguradas y sus beneficiarias que pertenezcan a una serie de categorías⁸⁵ (cuadro 4).

85 a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; b) Personas perceptoras de rentas de integración social c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas; d) Personas en situación de desempleo que han perdido el derecho a percibir el subsidio en tanto subsista su situación e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional; f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 por 100; h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción. i) Pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas, y quienes, sin tener obligación de presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

CUADRO 4. APORTACIÓN AL PAGO DE MEDICAMENTOS POR RECETA EN EL SNS

Categoría	Activos	Pensionistas	
Exención de aportación	0%	0%	
Rentas < 18.000€	40%	10%	Límite máximo 8,23€/mes
Rentas = >18.000 y <100.000€	50%	10%	Límite máximo 18,53€/mes
Rentas = > 100.000€	60%	60%	Límite máximo 61,75€/mes
Medicamentos ATC de aportación reducida	10%	Límite máximo 4,24€/mes	
Mutualistas	30%		

Fuente: Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (art. 102).

La categoría más numerosa de personas beneficiarias la constituyen las activas con rentas inferiores a 18.000 euros anuales (42,6 por 100), seguidas por las personas activas de entre 18.000 y 100.000 euros de renta anual (22 por 100) seguidas de las personas exentas de aportación (16,2 por 100) (cuadro 5). Este último grupo ha experimentado un aumento muy considerable, pasando de 2,2 a 7,5 millones de personas, tras sucesivas ampliaciones del ámbito de exención, que incluyeron a personas perceptoras de prestaciones por hijo a cargo y pensionistas en tramos bajos de la prestación, entre otros. Entre los cambios más recientes del esquema de copago destaca la extensión de la gratuidad de la prestación farmacéutica a personas beneficiarias del ingreso mínimo vital (IMV)⁸⁶.

CUADRO 5. PERSONAS ASEGURADAS Y BENEFICIARIAS SEGÚN TIPO DE APORTACIÓN

Categoría	2018	2019	2020	2021	2022	%	Inc.%22/18
Personas exentas de aportación	2.299.517	2.078.119	1.980.559	2.245.596	7.503.192	16,2	226,3
Pensionistas rentas <18.000	7.742.254	7.820.476	7.552.360	7.341.333	3.807.188	8,2	-50,8
Pensionistas rentas >18.000 <100.000€	2.731.780	2.718.673	3.007.198	3.160.126	3.108.977	6,7	13,8
Activos rentas <18.000	21.773.618	22.420.327	21.497.177	20.721.174	19.694.582	42,6	-9,5
Activos rentas >18.000< 100.000€	9.570.822	9.109.237	10.098.128	10.611.286	10.190.170	22,0	6,5
Activos rentas > 100.000€	305.753	307.975	355.381	380.755	371.225	0,8	21,4
Pensionistas rentas>100.000€	52.177	55.573	64.726	65.411	65.095	0,1	24,8
Mutualistas	376.091	395.243	1464286*	1.460.101	1.475.014	3,2	292,2

*Hasta 2018 en la base de datos de población protegida del SNS figuran los mutualistas que hubieran optado por sanidad pública (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Los mutualistas de MUFACE privado se incorporaron en la BD-PP-SNS en 2019. Próximamente se integrarán los mutualistas privados de ISFAS y MUGEJU.

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2023.

⁸⁶ Disposición final 3 del Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo y disposición final 3 de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre.

Han transcurrido ya varios años desde la adopción de este nuevo esquema de copago y de las sucesivas medidas adoptadas para contener la factura farmacéutica pública⁸⁷. Como ha señalado el CES⁸⁸, más allá de su contribución a los objetivos de estabilidad presupuestaria, resulta imprescindible que se evalúen esas medidas, desde el punto de vista de sus efectos en la protección de la salud y en la calidad de la prestación farmacéutica. Diversos análisis⁸⁹ confirmarían cierto impacto de los copagos en la reducción de la adherencia a algunos tratamientos, en especial por parte de los colectivos más vulnerables económicamente y los polimedicados por padecer varias patologías simultáneamente. Por ello, las recientes ampliaciones de los supuestos de exención por razones socioeconómicas vienen a reforzar la equidad del sistema si bien persisten barreras. Así, en 2023 el 3,6 por 100 de la población había dejado de comprar algún medicamento recetado por un/a médico/a de la sanidad pública porque no se lo pudo permitir por motivos económicos⁹⁰. Por ello, es importante seguir profundizando en el análisis del impacto de los copagos en la exclusión sanitaria y la falta de adherencia a los tratamientos. Asimismo, sería necesario disponer de un registro de gasto farmacéutico por tramos de aportación.

Desde distintos ámbitos se viene sugiriendo la conveniencia de nuevas reformas tendentes a reforzar la equidad, como acabar con la diferenciación entre activos y pensionistas (toda vez que ya se han establecido tramos de renta); subdividir en más tramos el actual de entre 18.000 y 100.000 euros; extender los límites máximos de aportación a más grupos o considerar la pluripatología como factor de ponderación del copago.

La equidad en el acceso a la prestación farmacéutica no se manifiesta únicamente en el nivel de aportación o copago sino en el propio contenido de la oferta financiada y el acceso a la innovación terapéutica. A finales de 2020 se encontraban incluidas en la financiación pública 21.954 presentaciones de medicamentos. De las 19.403 presentaciones en envase normal (el resto se presentan en envase clínico), 15.950 son dispensables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, correspondiendo a grupos de medicamentos de aportación reducida para el tratamiento

*Una extensa oferta
financiada*

87 Además del nuevo sistema de aportación de las personas usuarias, recuérdese la aprobación de las Resoluciones de 2 de agosto de 2012 y 18 de febrero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, que excluyeron más de 400 presentaciones de medicamentos de la prestación farmacéutica del SNS, junto con la aprobación del Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, por el que se regula el sistema de precios de referencia y las sucesivas siete Órdenes ministeriales de actualización de los conjuntos homogéneos, de desarrollo del mismo. Al respecto véase Dictamen CES.

88 Dictamen CES 3/2015, sobre el Proyecto de Real Decreto legislativo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

89 G. García-Calderó y E. Sospedra-Martínez, (2023), “Evaluación de la equidad en el acceso a los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud español mediante el régimen de copago del RDL 16/2012”, *Revista Iberoamericana De Bioética*, (22), 6. Asimismo Cáritas Española Equipo de Estudios (2021), *Un año acumulando crisis: La realidad de las familias acompañadas por Cáritas en enero de 2021* (Informe núm. 3), Observatorio de la Realidad Social.

90 CIS, Barómetro sanitario 2022, Estudio núm. 8822, marzo 2022.

de enfermedades crónicas un 45,3 por 100⁹¹. Estas cifras sirven para dar una idea de la extensa oferta garantizada por el SNS.

El 28,2 por 100 de las presentaciones incluidas en la financiación pública corresponden a medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso, seguidas de medicamentos para el sistema cardiovascular (18,3 por 100) y los Antiinfecciosos para uso sistémico con el 11 por 100. Los medicamentos genéricos suponen ya el 60,2 por 100 de las presentaciones financiadas mientras que hay 266 presentaciones de biosimilares correspondientes a 15 principios activos, así como 95 presentaciones de medicamentos huérfanos correspondientes a 48 principios activos.

La pandemia evidenció vulnerabilidades estratégicas en la producción y distribución de productos médicos y farmacéuticos esenciales, dando lugar al desarrollo de

El reto de garantizar el suministro y evitar desabastecimientos

nuevas medidas inéditas hasta entonces⁹² así como a una nueva estrategia comunitaria, la Unión Europea de la Salud, uno de cuyos pilares es el desarrollo de una nueva estrategia farmacéutica para la Unión Europea⁹³. Los problemas de suministro y desabastecimiento de algunos productos sanitarios y medicamentos constituyen un problema global, con un relevante impacto en la salud de las personas y la eficiencia del sistema, sobre el que la Unión Europea se encuentra especialmente preocupada. La dependencia de productores de terceros países fuera de la Unión Europea, especialmente asiáticos, ha aumentado de manera importante en las últimas décadas en paralelo a la deslocalización de la producción en un contexto en que ofertar el precio más económico ha sido el criterio determinante para su financiación pública. Si durante la pandemia esta situación se hizo evidente con la escasez de mascarillas, todavía hoy en día la dependencia es absoluta en el caso de determinados ingredientes para algunos medicamentos esenciales, como algunos antibióticos, que han dejado de producirse por completo en la Unión Europea⁹⁴.

A este respecto, reforzar la autonomía y las reservas estratégicas de medicamentos en España representa un importante reto que ha dado lugar ya a la aprobación de alguna norma de ámbito autonómico⁹⁵, mientras que a nivel estatal se llegó a plantear la creación de una reserva estratégica sanitaria en el contexto de un proyecto de Ley de modificación de la Ley 36/2015, de 28 de septiembre, de Seguridad nacional, cuya

91 Ministerio de Sanidad, Informe sobre la prestación farmacéutica, 2022.

92 Entre otras, se reforzó la cooperación entre organismos públicos, autoridades reguladoras, organizaciones sectoriales y sociales para la suscripción de acuerdos de compra anticipada de vacunas que facilitó la disponibilidad generalizada de vacunas en un tiempo récord.

93 *Estrategia farmacéutica para Europa*, COM (2020) 761 final.

94 Europe Daily Bulletin No. 12447 “Roadmap on pharmaceutical strategy is lacking“. En 2020, el 80 por 100 de los ingredientes farmacéuticos activos y el 40 por 100 de los medicamentos para la venta en Europa provenían de China (2/3) e India (un tercio). El 60 por 100 de la producción mundial de paracetamol, el 90 por 100 de penicilina y el 50 por 100 del ibuprofeno provenían de estos dos países.

95 Ley 8/2020, de 16 de octubre, por la que se crea la Reserva estratégica de productos sanitarios en Castilla-La Mancha.

tramitación quedó en suspenso tras la disolución de las Cortes. Por otro lado, diversas iniciativas contempladas en el PERTE para la salud de vanguardia se dirigen también a fortalecer y desarrollar las capacidades de los centros del SNS, así como el desarrollo y modernización de la capacidad industrial orientada a la innovación.

Según la AEMPS⁹⁶ en 2023 las presentaciones de medicamentos con problemas de suministro suponían el 4,6 por 100 de las 32.893 presentaciones autorizadas, habiéndose incrementado un 26,3 por 100 respecto al semestre anterior. No obstante, las que mayor trastorno causan representan solo el 0,48 por 100 del total de presentaciones. Las principales causas son los problemas de capacidad de la planta, el aumento de la demanda y los problemas de fabricación no derivados de problemas de calidad. La Comisión Europea ha puesto en marcha una acción conjunta⁹⁷ para mejorar la respuesta al problema de la escasez de medicamentos a fin de armonizar la identificación y gestión de los problemas de suministro de medicamentos, implementando herramientas para abordar las situaciones de escasez y, de este modo, garantizar el acceso de la ciudadanía a los tratamientos en el momento adecuado. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es el organismo encargado de garantizar la disponibilidad de medicamentos en el SNS, centrándose en identificar problemas de manera precoz, adoptar medidas reguladoras para prevenirlos, mejorar las actuaciones para conseguir alternativas terapéuticas, reforzar la comunicación y accesibilidad, publicando informes semestrales sobre las incidencias en el suministro de medicamentos y sus causas, y fomentar la participación de los actores que intervienen en la cadena de suministro y los agentes afectados. Cabe recordar que el CISNS aprobó en 2019 el Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos, elaborado por la AEMPS junto con las aportaciones de colectivos profesionales, industria, comunidades autónomas y otras instituciones.

Las necesidades médicas no cubiertas no responden únicamente a problemas de acceso de los pacientes por cuestiones económicas o por desabastecimiento, falta de interés comercial o distorsiones de la cadena de suministro. El desarrollo de medicamentos de terapias avanzadas y para algunas enfermedades raras que carecían de tratamiento hasta hace poco, así como el descubrimiento de usos alternativos de los ya existentes abren nuevas expectativas en los pacientes, al tiempo que suponen un gran desafío, no solo desde el punto de vista científico y de su fabricación, sino de su inclusión en la cartera de servicios y su financiación. Es necesario impulsar la innovación y el desarrollo de medicamentos en áreas donde existen carencias, como en el área de enfermedades neurodegenerativas, enfermedades raras y cánceres infantiles.

*Necesidad de abordar las
necesidades sanitarias
no cubiertas*

96 AEMPS, *Informe sobre problemas de suministro de medicamentos en el primer semestre de 2023*, enero de 2024.

97 CHESSEMEN (Coordination and Harmonisation of the Existing Systems against Shortages of Medicines, European Network).

Asimismo, otra de las principales necesidades médicas no cubiertas se sitúa en el campo del desarrollo de nuevos medicamentos antimicrobianos o alternativas a los mismos puesto que el avance de la resistencia a los antimicrobianos está reduciendo la capacidad de tratar enfermedades infecciosas e incluso de practicar operaciones quirúrgicas rutinarias, siendo un problema multifactorial de alcance mundial que provoca 33.000 muertes en la Unión Europea al año, tal y como señala el Plan de Acción europea “Una sola salud” sobre la resistencia a los antimicrobianos. De ahí la importancia de proseguir fomentando las medidas de reducción del uso excesivo de antibióticos tanto en la asistencia sanitaria humana como veterinaria, así como incentivar el desarrollo de antimicrobianos innovadores.

En el ámbito de la Unión Europea se encuentra abierto un proceso de reflexión sobre cómo adaptar el sistema de incentivos para estimular la innovación y el acceso de los pacientes a la misma en igualdad de condiciones, siendo necesario alinear las prioridades de investigación con las necesidades de los pacientes y el sistema sanitario. El Reglamento europeo sobre evaluación de las tecnologías sanitarias pretende fomentar que las decisiones de inversión en tecnologías sanitarias innovadoras, incluyendo entre ellas los medicamentos, se basen en datos contrastados sobre el valor clínico añadido de la innovación para los pacientes. Por ello, reviste gran importancia la próxima aprobación en España del Real Decreto de evaluación de tecnologías sanitarias, en fase de elaboración, que por primera vez aborda de forma conjunta desde este enfoque la evaluación de tecnologías y medicamentos.

Entre las iniciativas más ambiciosas de los últimos años en el ámbito de la evaluación farmacológica destaca el desarrollo de los informes de posicionamiento terapéutico (ITP), concebidos con la finalidad ofrecer una evaluación comparativa de los medicamentos con objeto de disponer de información relevante basada en la evidencia científica, de la posición que un medicamento ocupa frente a otros medicamentos que puedan utilizarse para tratar la misma enfermedad. La puesta en marcha de los IPT respondía a las previsiones de la disposición adicional tercera de la Ley 10/2013 de 24 de julio⁹⁸, según la cual las actuaciones orientadas a establecer la posición de un medicamento en la prestación farmacéutica y su comparación con otras alternativas terapéuticas, tendrían una base científico-técnica común para todo el Sistema Nacional de Salud y se realizarían en el marco de los informes de posicionamiento de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, estableciendo su carácter vinculante.

98 En virtud de dicha ley se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Posteriormente se aprobó el Plan para la Consolidación de los IPT de los medicamentos en el SNS (2020) en la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), a fin de regular el contenido y el procedimiento de elaboración de los IPT. Sin embargo, como se ha mencionado, dicho Plan fue anulado por sentencia de la Audiencia Nacional en julio de 2023 (recuadro 9).

El nuevo escenario tras la sentencia brinda la ocasión para abordar una revisión del procedimiento de evaluación de los medicamentos que introduzca mayor transparencia, equidad y agilidad en el acceso a la innovación por los pacientes.

Por otro lado, el acceso a las terapias y medicamentos innovadores no resulta siempre accesible para todos los pacientes al mismo tiempo, puesto que depende de las prácticas de comercialización (no necesariamente simultánea en todos los territorios), las políticas de fijación de precios, la competencia en el mercado o la agilidad de los procedimientos administrativos de autorización y financiación. Sin embargo, la prestación farmacéutica juega un papel determinante a la hora de garantizar la equidad y la cohesión territorial.

A pesar de que la legislación sobre productos farmacéuticos constituye una de las materias de competencia exclusiva del Estado (art. 149.1.16 CE), tanto la gestión de la prestación farmacéutica como los instrumentos de la política de uso racional del medi-

La importancia del acceso rápido, equitativo y sostenible a la innovación terapéutica

RECUADRO 9. LA EVALUACIÓN CIENTÍFICA, BASE DE LOS IPT

El objetivo del Plan para la Consolidación de los IPT de los medicamentos en el SNS (2020) era consolidar los IPT de los medicamentos como el instrumento de referencia para el posicionamiento y la evaluación económica del coste-efectividad de los medicamentos en el SNS como herramienta de referencia para el diseño de los informes para la CIPM y, por tanto, para la toma de decisiones de fijación de precio e inclusión de los medicamentos en la prestación farmacéutica del SNS. Sin embargo, por Sentencia de la Audiencia Nacional de veintiséis de julio de 2023 se anuló dicho Plan, por haberse dictado prescindiendo del procedimiento legalmente establecido para regular una materia susceptible de desarrollo reglamentario como esta, así como por introducir la evaluación económica en el proceso, contrariamente a las previsiones de la ley de creación de los IPT, que establecía en su DA 3 que el IPT tendrá base científica, sin mención alguna a la cuestión económica, y será únicamente la AEMPS el órgano competente para su aprobación y no el Grupo de Coordinación de REvalMed SNS, integrado por miembros de la AEMPS, la DG CYF y representantes de las comunidades autónomas.

Cuestión distinta, recordaba la Sentencia, es que para establecer el posicionamiento de los medicamentos y su comparación con otras alternativas terapéuticas sea necesario y lógico desde el punto de vista de la financiación pública, realizar una evaluación económica con referencia explícita a su coste y que en ese contexto (o marco), los IPT sean tomados como una referencia técnica cuya competencia para su elaboración, en pura coherencia, se reserva exclusivamente a la AEMPS tal y como se infiere de su propia configuración (artículo 6 del Estatuto de la AEMPS aprobado por el RD 1275/2011), de la Ley 10/2013 y del artículo 7 del Real Decreto 1275/2011 que le atribuye la competencia para la elaboración de “informes de utilidad terapéutica de los medicamentos”.

Fuente: elaboración propia a partir de Sentencia de la Audiencia Nacional, Sección Octava de la Sala de lo contencioso administrativo, Recurso núm. 123/2021, de 26 de junio de 2023.

camento han sido ámbitos en los que tradicionalmente se han observado notorias diferencias de aplicación en los distintos servicios de salud. Esta circunstancia ya fue señalada por el CES en su Informe 1/2010, *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*. Su persistencia sigue ocasionando desigualdades y retrasos injustificables en el acceso a terapias, medicamentos y tratamientos farmacológicos en función del lugar de residencia. Recientemente, la OCDE⁹⁹ ha señalado la complejidad del proceso que tiene lugar en España desde la autorización de los fármacos oncológicos hasta su prescripción efectiva, así como las importantes diferencias autonómicas con respecto al tiempo transcurrido entre el establecimiento de las condiciones de precio y reembolso de los nuevos fármacos oncológicos y la aprobación de su prescripción en hospitales, lo que se traduce en desigualdades de acceso¹⁰⁰.

En España, la evolución del consumo de medicamentos por habitante y año muestra una cierta recuperación tras el significativo descenso mostrado durante los años de la última crisis, de modo que la evolución de los envases arroja una tendencia ascendente interrumpida en 2020 (gráfico 43). Lo anómalo de la situación en el año más crítico de la pandemia impide extraer todavía conclusiones claras pues mientras el confinamiento contribuía, por un lado, a una contención de las prescripciones, los ingresos por otras causas y el consumo de medicamentos, la lucha contra la pandemia lo aumentaba por el lado del consumo de las personas afectadas, especialmente las hospitalizadas.

Evolución del consumo de medicamentos

GRÁFICO 43. CONSUMO DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA PRESTACIÓN, 2010-2020 (Número de recetas y envases por habitante y año. CCAA, INGESA y mutualidades)



Fuente: Informe prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2022.

99 OCDE (2023), *Perfiles nacionales de cáncer: España 2023*.

100 Por ejemplo, para un fármaco contra el cáncer de pulmón, la mediana fue de diecisiete meses, pero la horquilla de retraso en las distintas comunidades autónomas oscilaba entre un mínimo de un mes y un máximo de treinta y tres meses.

Por otro lado, el consumo de medicamentos bajo prescripción arroja diferencias de hasta diez recetas por habitante en los distintos servicios de salud autonómicos (gráfico 44), lo que puede responder tanto a las peculiaridades sociodemográficas, en especial a la estructura etaria de la población, como a la distinta prevalencia de patologías en cada región, así como a otras circunstancias económicas y sociales que determinan los hábitos de consumo, sin olvidar el impacto que pueda tener la orientación de la política de uso racional del medicamento en cada caso.

En cuanto al consumo a través de receta médica, en 2020 el 65,6 por 100 del total de envases de medicamentos facturados correspondieron a 10 subgrupos terapéuticos ATC2. Los analgésicos (N02) supusieron el 11,2 por 100 de envases facturados, seguidos por los psicoplépticos (N05) (9,1 por 100) y, en tercer lugar los agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (antihipertensivos) (C09) con el 8,6 por 100 del total. Los analgésicos (N02) es el subgrupo que más incrementó su consumo en envases en 2020 sobre 2019 (6,2 por 100), seguido de los psicoplépticos (N05) con un 4,8 por 100. Los productos antiinflamatorios y antirreumáticos (M01) son los que tuvieron mayor reducción, un -6,4 por 100.

En total estos subgrupos suponen el 69,4 por 100 del total facturado a PVP-IVA. Los fármacos usados en diabetes (A10) son los que mayor importe facturan (1.825,6 millones de euros y el 14,1 por 100 sobre el total de medicamentos). Le siguen los agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03) (7,7 por 100) y los agentes antitrombóticos (B01) (7,6 por 100), el subgrupo que mayor incremento del

Más consumo de fármacos asociados a envejecimiento, cronicidad y estilos de vida

GRÁFICO 44. NÚMERO DE ENVASES POR HABITANTE Y AÑO, POR CCAA, 2020 (Número de recetas y envases por habitante y año. CCAA, INGESA y mutualidades)



Fuente: MS, Informe prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2022.

importe tuvo en 2020 respecto a 2019 (9,1 por 100), seguido de los fármacos usados en diabetes (A10) con un 7,1 por 100. Los agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03) son los únicos que disminuyen (-0,4 por 100).

El consumo de medicamentos a través de receta en España responde al avance de las enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento y los estilos de vida registrado en prácticamente todos los países de la OCDE, organización que constata un aumento generalizado del consumo de los principales grupos de medicamentos más utilizados para este tipo de dolencias entre 2011 y 2021¹⁰¹. Así, entre 2000 y 2019 en los países de la OCDE, el consumo de antihipertensivos se incrementó un 65 por 100; se duplicó el de fármacos antidiabéticos y el de antidepresivos, mientras que el consumo de medicamentos hipolipemiantes se multiplicó por cuatro.

En comparación con los países de la Unión Europea, España se sitúa entre los ocho países con menor consumo de antihipertensivos y en una posición intermedia en el consumo de agentes modificadores de los lípidos¹⁰². Destaca, en cambio, entre los países con un mayor consumo de medicamentos contra la diabetes y, particularmente, por el elevado consumo de antidepresivos: el tercer país de la Unión Europea con registros más altos (gráfico 45).

El perfil de la prestación farmacéutica hospitalaria es muy distinto, debido al diferente tipo de procesos que atiende este nivel de atención, con una importante presencia de los tratamientos oncológicos entre otros de abordaje complejo, de reciente incorporación y prometedores resultados en salud como los tratamientos de inmunoterapia y las terapias génicas. Así, los agentes antineoplásicos (L01) constituían en 2020 el subgrupo de mayor consumo (2.282 millones de euros), un 25,8 por 100 del total, seguido de los Inmunosupresores¹⁰³ (L04) con el 24,6 por 100 (2.178 millones de euros) y los antivirales de uso sistémico¹⁰⁴ (J05) con un 10,3 por 100 (909 millones de euros). Estos tres subgrupos representan el 60,6 por 100 del gasto farmacéutico hospitalario total.

Como se ha visto en un apartado anterior, el volumen de actividad de este nivel ha crecido considerablemente en paralelo al envejecimiento de la población, la cronificación de enfermedades que antes eran letales, el aumento de los casos de cáncer y su diagnóstico y tratamiento más temprano, a lo que se añade el impacto de la pandemia en la atención hospitalaria, que todavía no ha recuperado su “normalidad”. Ello viene empujando un ritmo de aumento más pronunciado del gasto en los últimos años con respecto a la farmacia ambulatoria, como se verá a continuación, pese a que esta últi-

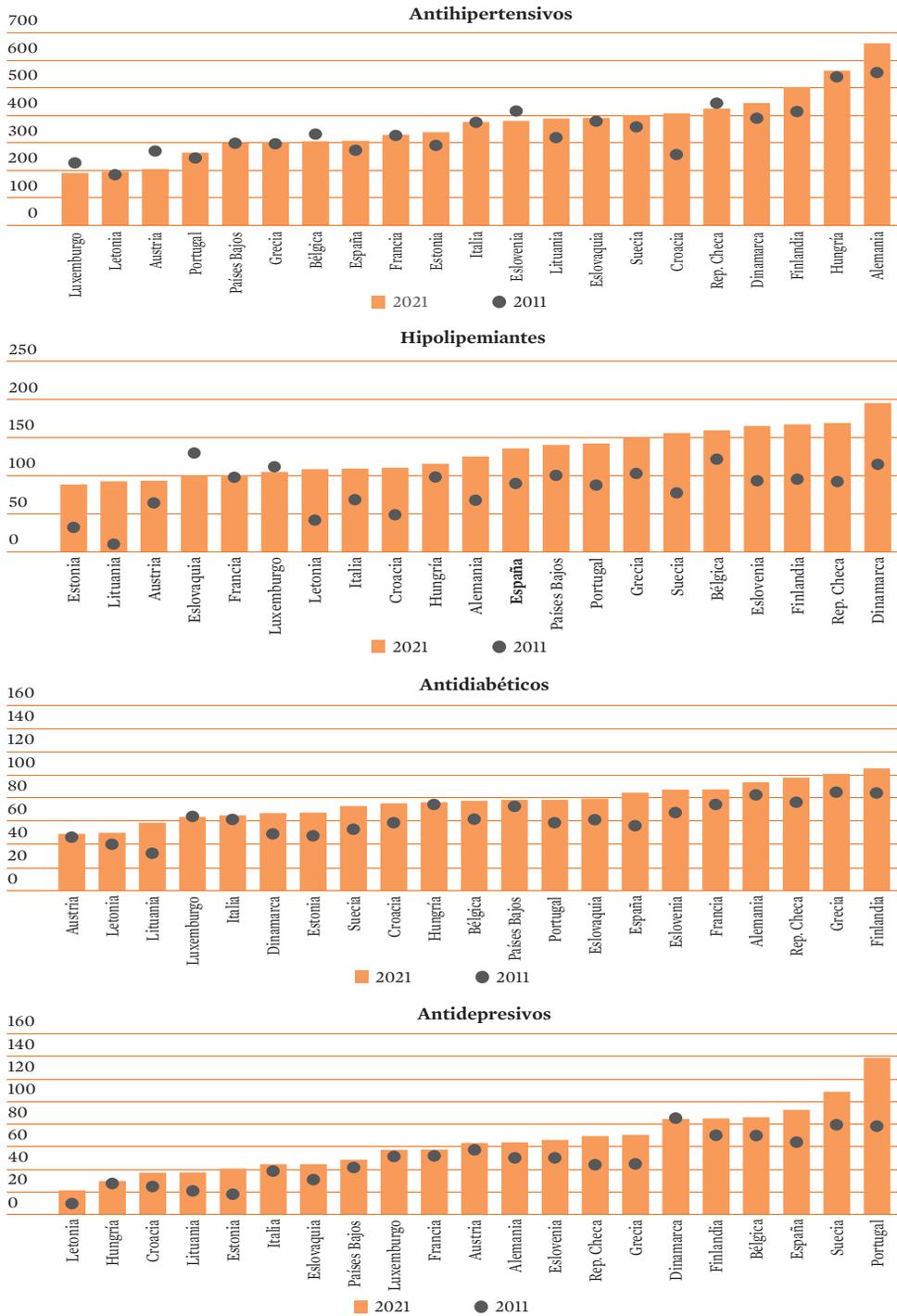
101 Véase, OCDE, *Health at a Glance 2021*.

102 Fármacos usados para el abordaje de la prevención del riesgo cardiovascular, modificando los niveles de colesterol anormalmente elevados.

103 Fármacos que disminuyen la respuesta inmunitaria del cuerpo para combatir las infecciones y otras enfermedades, como el cáncer. Entre sus principales indicaciones, destaca su utilización para impedir que una persona rechace un trasplante de médula ósea o de un órgano. También se usan para el tratamiento de afecciones caracterizadas por respuestas inmunitarias hiperactivas, como las enfermedades autoinmunitarias (como la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la esclerosis múltiple) y las alergias.

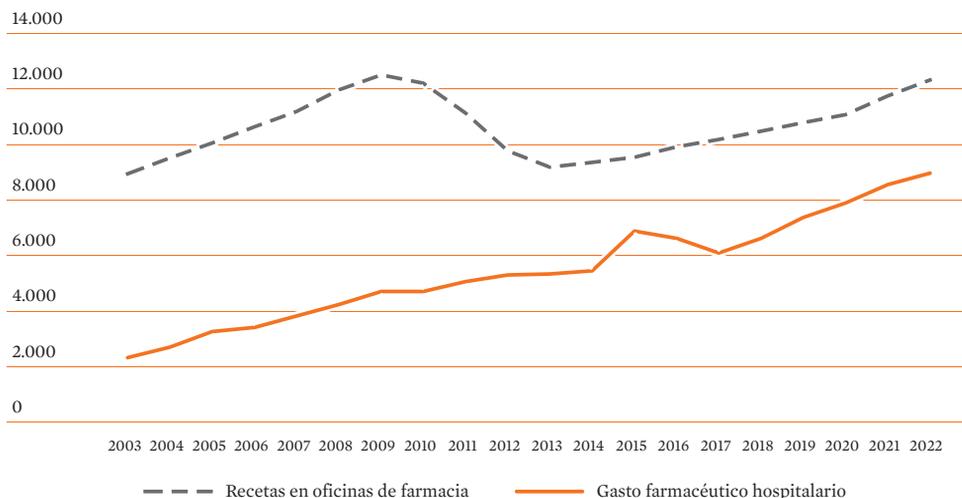
104 Utilizados, entre otras indicaciones, para el tratamiento de patologías como la hepatitis C, cuya financiación se incorporó al SNS en 2005.

GRÁFICO 45. CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LA UE, 2011-2021
(Cuatro principales grupos de tratamiento de patologías crónicas)



Fuente: OCDE, Health Data, 2023.

GRÁFICO 46. GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO TOTAL (RECETAS Y HOSPITALARIO), 2003-2022
(Miles de euros)



Fuente: MS, Informe prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2022.

ma sigue representando una proporción más elevada del gasto farmacéutico (gráfico 46). Hay que tener en cuenta que el canal hospitalario es el ámbito de dispensación y la puerta de entrada de los medicamentos y terapias más innovadoras y de coste más elevado. Así, a 31 de diciembre de 2020 los medicamentos de dispensación hospitalaria tienen un precio medio de venta de laboratorio (PVL) de 461,2 euros, que se reduce a 20,3 euros en el caso de los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia (PVL).

La información que facilita el Ministerio de Hacienda, en aplicación del título VII de la Ley 14/1986 referido a Transparencia y sostenibilidad del gasto sanitario, sobre el gasto público devengado en la compra de productos farmacéuticos y sanitarios, muestra que

Evolución del gasto farmacéutico y en productos sanitarios

su importe aumentó un 50 por 100 entre 2014 y 2022, si bien con un crecimiento bastante más pronunciado del gasto hospitalario¹⁰⁵ y del gasto sin receta, frente al gasto con receta cuyo incremento se limita al 32 por 100, aunque siga siendo el principal componente del gasto en productos farmacéuticos y sanitarios (46 por 100 del total). En esta contención del gasto en recetas han influido las medidas reguladoras y de fomento del uso racional de los medicamentos adoptadas tanto a nivel estatal como autonómico¹⁰⁶. Con todo, el gasto

¹⁰⁵ El importante repunte del gasto hospitalario en 2015 (27 por 100 respecto a 2014) obedece a la incorporación de los fármacos contra la Hepatitis C, que en ese año absorbieron una quinta parte del total del gasto hospitalario.

¹⁰⁶ Para una estimación de los ahorros logrados desde 2012 como consecuencia de las medidas adoptadas véase MINSAN (2022): Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, donde se estima que el ahorro obtenido en la factura del gasto farmacéutico desde la aplicación en julio de 2012 de las medidas adoptadas

total en productos farmacéuticos y sanitarios representa más del 30 por 100 del gasto público sanitario total y supone el 2,1 por 100 del PIB en 2022, una cota superior a la que se venía registrando antes de la pandemia. En términos de gasto por habitante, también se observa un crecimiento sostenido desde 2014 hasta situarse en 595 euros en 2022, lo que supone un aumento del 47 por 100 en tan solo ocho años (cuadro 6).

Este importante crecimiento del gasto farmacéutico y de productos sanitarios en los últimos años unido a la necesidad de garantizar el acceso en igualdad y en el menor tiempo posible a la innovación terapéutica, obliga a intensificar los esfuerzos en todas las dimensiones de la política de uso racional del medicamento, mejorando los procesos de fijación de precios e inclusión de nuevos fármacos en la financiación, así como ahondando en todas las medidas de mejora de calidad de la prescripción.

CUADRO 6. GASTO PÚBLICO¹ EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS, 2014-2022
(Millones de euros corrientes)

Tipo de gasto	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2014 -2022 %
Hospitalario ²	5.154	6.550	6.255	6.448	6.944	7.490	7.934	8.491	8.902	72,7
Por receta médica ³	9.939	10.063	10.460	10.731	11.034	11.275	11.654	12.505	13.124	32,0
Sin receta médica ⁴	3.793	4.069	4.288	4.449	4.665	4.954	6.915	6.294	6.237	64,4
Total	18.886	20.681	21.004	21.628	22.644	23.719	26.503	27.290	28.263	49,7
Por habitante (€) ⁵	406,2	445,5	452,5	465,1	485,4	505,5	560,1	575,7	595,2	46,5
% gasto sanitario total ⁶	29,7	31,1	31,0	31,2	31,4	31,2	31,0	30,8		
% PIB ⁷	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,4	2,2	2,1	

- 1) Incluye el realizado por las comunidades autónomas, INGESA, MUFACE, MUJEJU e Instituciones penitenciarias.
- 2) Gasto devengado derivado de medicamentos financiados con fondos públicos en los hospitales y centros de atención sanitaria y sociosanitaria del SNS.
- 3) Gasto devengado derivado de medicamentos y/o productos sanitarios que, financiados con fondos públicos, se dispensen en oficinas de farmacia a través de receta oficial u orden de dispensación del SNS en territorio nacional. En esta rúbrica se consideran los posibles reintegros por ingresos de terceros asociados a la misma (computando, por tanto, como menor gasto) así como las prestaciones económicas a favor de terceros relacionadas inequívocamente con este concepto (computando, por tanto, como mayor gasto).
- 4) Gasto devengado por la adquisición de los productos previstos en el artículo 2, apartado 1, letra a) a e) del Real Decreto 1591/2009, si no tienen la condición de bienes de capital o de naturaleza inventariable, ni se han dispensado en oficinas de farmacia por receta oficial u orden de dispensación del SNS.
- 5) Datos de población a 1 de enero de cada año. Padrón, INE.
- 6) Datos de gasto sanitario total en contabilidad nacional (COFOG), MINHAC.
- 7) Datos de PIB a precios de mercado. Contabilidad Nacional Anual, INE.

Fuente: MINHAC, Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario.

para garantizar la sostenibilidad del SNS, hasta el 31 de diciembre de 2020 ha supuesto 7.970 millones de euros. Tan solo la aplicación de la Orden de 2020 de precios de referencia (la séptima desde la aprobación del Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, por el que se regula el sistema de precios de referencia) ha supuesto un ahorro global estimado para el conjunto del SNS anual de 170,12 millones de euros.

Uso racional del medicamento, consumo y gasto farmacéutico

La política de uso racional del medicamento comprende todas aquellas acciones dirigidas a que cada paciente reciba los medicamentos adecuados para sus necesidades clínicas, en dosis adecuadas, durante el tiempo necesario y con el menor coste posible. La asequibilidad de los medicamentos es fundamental tanto para los pacientes como para la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios. Para la valoración de las estrategias de uso racional del medicamento, así como las políticas para la eficiencia y control del gasto farmacéutico resulta obligado prestar atención a los datos de consumo de medicamentos y productos sanitarios, así como a la evolución del gasto farmacéutico por recetas y hospitalario.

El procedimiento para la inclusión en la financiación pública, así como el sistema de fijación de precios de los medicamentos se encuentran regulados en la Ley del Medicamento¹⁰⁷, conforme a la cual la financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos se realiza en función de la utilidad terapéutica de los mismos y de su necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos. Los medicamentos genéricos constituyen el eje alrededor del que se construye el sistema de precios de referencia de los medicamentos en funcionamiento desde finales de los noventa y sobre el que el CES ha tenido la oportunidad de pronunciarse en diversas ocasiones¹⁰⁸.

El consumo de medicamentos genéricos alcanza una cuota del 46,3 por 100 del total de los envases de medicamentos facturados (gráfico 47) y un 22,3 por 100 del importe, encontrándose España en una posición media en comparación con el consumo de medicamentos genéricos con los países de nuestro entorno. En cualquier caso, a la hora de las comparaciones hay que tener en cuenta que en nuestro país los medicamentos originales, una vez expirada su patente, deben ajustar su precio al de los genéricos para mantenerse dentro de la financiación pública, por las peculiaridades del sistema de fijación de los precios de referencia.

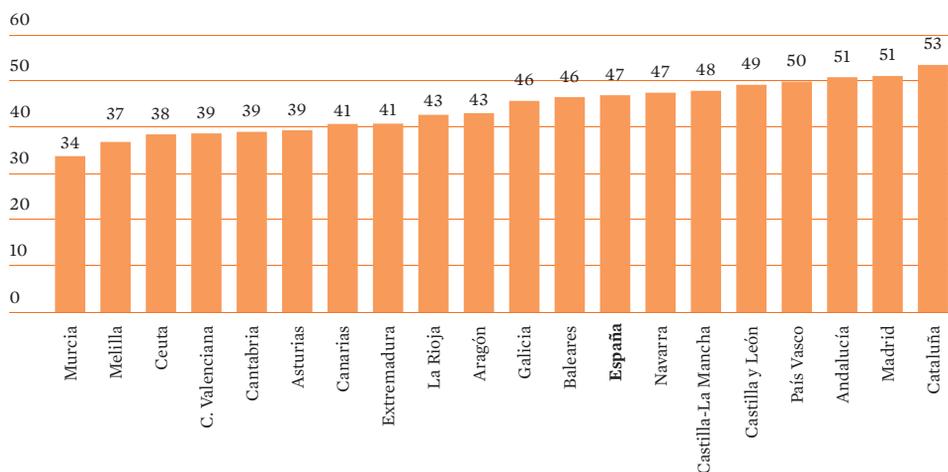
Por su parte, en el ámbito hospitalario los medicamentos biosimilares son una de las principales herramientas de la estrategia de uso racional del medicamento. En la red pública del SNS los biosimilares tuvieron en 2022 un consumo a PVL de 678,3 millones de euros, lo que supone el 7,7 por 100 sobre el gasto total hospitalario de medicamentos. El gasto de los biosimilares supone un 53 por 100 sobre el consumo total de los 15 principios activos correspondientes. En relación con los envases, el porcentaje de consumo de los biosimilares supone un 61,2 por 100. Su grado de penetración es muy variable entre comunidades autónomas, hospitales y servicios clínicos¹⁰⁹. Según la AIREF, existe amplio margen de recorrido

107 Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

108 Así, el Dictamen 11/1998, sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad. Posteriormente, el CES emitió sus Dictámenes 1/2000, 5/2001, 9/2002, 10/2003, 4/2009, 8/2010 y 4/2013 referidos a siete Proyectos de Orden Ministerial de determinación de nuevos conjuntos de medicamentos y de establecimiento de sus precios de referencia así como el Dictamen 8/2013, sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se regula el sistema de precios de referencia y agrupaciones homogéneas de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.

109 AIREF, *Gasto hospitalario del SNS: farmacia e inversión en bienes de equipo*, 2019.

GRÁFICO 47. CONSUMO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN OFICINAS DE FARMACIA, 2022
(% de envases sobre el total de medicamentos)



Datos de la facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). La información se encuentra publicada en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud y en los informes monográficos de Prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, INCLASS, 2023.

para mejorar su implantación encontrándose España por debajo de la media europea en tres de los seis principios activos para los que se dispone de datos comparados.

Otras iniciativas del Ministerio de Sanidad en el ámbito de la evaluación de los medicamentos incluyen la creación de Valtermed, un sistema de información del SNS creado en 2019 para evaluar el valor terapéutico real de los medicamentos, necesitado de mejoras y de un mayor aprovechamiento de los avances tecnológicos para facilitar la información de usuarios y otros agentes de la cadena de valor del medicamento. Asimismo, cabe mencionar BIFIMED, una herramienta interactiva que ofrece información sobre la financiación pública de los medicamentos; un plan de acción para fomentar la utilización de medicamentos biosimilares y genéricos en el Sistema Nacional de Salud; y una nueva estrategia de medicina personalizada. Además, el Plan INVEAT aprobado en 2021, ofrece más de 750 dispositivos de alta tecnología para aumentar la capacidad diagnóstica de enfermedades en fases tempranas.

Iniciativas recientes en el ámbito del uso racional del medicamento

Unido a lo anterior, el componente 18 del PRTR establece un nuevo enfoque para el uso racional de los medicamentos y para garantizar la sostenibilidad, que prevé (C18.R5) una reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios, introduciendo elementos que incrementen la competencia y favorezcan el acceso a nuevos tratamientos, desarrollando a su vez el Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica así como un Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad.

RECUADRO 10. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN EL C-18 DEL PRTR

(Objetivos del Plan para la Racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad)

- Mejorar los sistemas de evaluación de medicamentos, tecnologías y prestaciones sanitarias.
- Fomento de la utilización de los medicamentos genéricos y biosimilares, así como de los medicamentos innovadores en el Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollo y modernización de la prestación ortoprotésica en el Sistema Nacional de Salud.
- Aumento de las habilidades y el conocimiento de los profesionales para el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias.
- Fomento y adaptación regulatoria para la mejora de la I+D+i del sector del medicamento.
- Consolidación de la cartera de servicios de medicina personalizada de precisión en el Sistema Nacional de Salud. Esta inversión contribuye al PERTE para la salud de vanguardia.

Las oficinas de farmacia y su papel en la política de uso racional del medicamento

Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios que, por su cercanía y proximidad con los pacientes, desempeñan un papel fundamental en la política de salud pública y de uso racional del medicamento. En España hay, de media, una farmacia por cada 2.146 habitantes si bien con una gran variabilidad entre comunidades autó-

nomas (desde los 1.106 habitantes por farmacia de Navarra a los 3.500 aproximadamente de Ceuta y Melilla). Los criterios de planificación según población y distancia corresponden a la legislación autonómica. Las nuevas aperturas se concentran en las comunidades autónomas más pobladas (Andalucía, Cataluña y Madrid) mientras en Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Asturias disminuye su número.

Entre los numerosos ejemplos de iniciativas desarrolladas desde este ámbito que mejoran la calidad de la prescripción farmacéutica y apoyan la labor desarrollada por los profesionales del sistema sanitario, especialmente la atención primaria, destaca el sistema personalizado de dosificación de medicamentos (SPD), un servicio que prestan las farmacias consistente en organizar la medicación sólida oral en dispositivos de manera personalizada para mejorar la adherencia terapéutica, aumentando la seguridad y efectividad de los tratamientos farmacoterapéuticos del paciente. Asimismo, las farmacias desempeñan una importante labor a la hora de la detección de errores en la medicación.

La introducción de la receta electrónica ha supuesto un avance en la interoperabilidad del sistema sanitario, en parte gracias al importante esfuerzo tecnológico y asistencial de la farmacia comunitaria, contribuyendo a facilitar el control y racionalización del gasto farmacéutico público. No obstante, resta camino por recorrer para optimizar la colaboración entre la farmacia comunitaria y la atención primaria y especializada, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención. Así, algunos aspectos en los que

permitiría avanzar el despliegue de la receta electrónica, entre otros, tienen que ver con la necesidad de compartir la información clínica entre establecimientos sanitarios y facilitar la comunicación directa e inmediata con el médico prescriptor.

En todo caso, cabe recordar que el fomento del uso eficaz, adecuado y racional del medicamento es parte de la política de salud pública del SNS. Desde esta perspectiva, conviene reforzar el papel de la farmacia comunitaria y los equipos de farmacia hospitalaria como una parte muy relevante del sistema sanitario público, que puede contribuir a una distribución más racional de la carga de atención en sistema y, asimismo, mejorar el acceso en el medio rural. En este contexto, conviene asimismo recordar la necesidad creciente de adoptar un enfoque integral de la atención a la salud animal y humana también desde el ámbito de la prestación farmacéutica.

La importancia de la prescripción farmacéutica dentro de la actividad del SNS está justificada por su aportación al abordaje de las enfermedades y sus síntomas en un contexto de constante innovación pero también de progresivo aumento de la población con dolencias crónicas, del surgimiento de nuevas patologías y del incremento de la prevalencia de otras vinculadas a la supervivencia hasta edades más tardías. No obstante, una parte de lo que pueda ser excesivo protagonismo de la prescripción farmacéutica dentro de la atención sanitaria se relaciona con los problemas de la atención primaria; el escaso tiempo que los profesionales pueden dedicar a los pacientes, así como la debilidad de la red de uso racional del medicamento en atención primaria, siendo necesario aprovechar más con esta finalidad la red de farmacéuticos/as en este nivel. Igualmente, buena parte de la prescripción farmacéutica puede estar supliendo la escasez de recursos para los programas preventivos de salud pública y fomento de estilos de vida saludable en todas las esferas de la vida social, especialmente importantes de cara al objetivo de aumentar los años de vida saludable. En la misma línea, también tiene que ver con la escasez de recursos dedicados a la atención mental y la incapacidad del sistema hasta el momento de brindar un enfoque terapéutico integral a los problemas de salud psíquica, donde el tratamiento farmacológico sea uno más y no el único y exclusivo recurso terapéutico, en el marco de una atención continuada y a cargo de equipos multidisciplinares. Asimismo, es necesario mejorar la calidad de la atención farmacéutica a las personas residentes de los centros sociosanitarios, pues existe una importante variabilidad en términos de prestación y dispensación en este ámbito, que requeriría generalizar el uso de guías farmacoterapéuticas para los centros y la elaboración de un plan terapéutico único del paciente sociosanitario, como sugiere la AIReF¹¹⁰. Por todo ello, es importante continuar avanzando en acciones de fomento de la calidad de la prescripción.

Necesidad de avanzar en acciones de calidad de la prescripción

110 AIReF, *Evaluación del gasto público farmacéutico y en equipos de alta tecnología en Extremadura*, 2023.

CAPÍTULO III
ACTIVIDAD EN LOS DISTINTOS NIVELES
DE ATENCIÓN

1. La atención primaria de salud como eje del sistema

La integralidad y la continuidad de la atención a lo largo de la vida de los pacientes debe garantizarse mediante el funcionamiento de las estructuras de atención primaria del SNS que constituye, además, el primer estadio en el proceso asistencial. Por ello mantiene un papel fundamental en la regulación de flujos y en la coordinación de casos. Este nivel asistencial comprende, además de la asistencia sanitaria, actividades relacionadas con la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

De acuerdo con el Real Decreto 1030/2006¹¹¹, de desarrollo de la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del SNS, la atención primaria, que incluye el abordaje de los problemas de salud y los factores y conductas de riesgo, abarca, entre otras, la atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo, la indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria, rehabilitación básica, la atención a la salud mental o la atención a la salud bucodental.

El consenso en torno a la importancia de este nivel asistencial, como primer contacto de los usuarios con el sistema sanitario, emana de la constatación de unos mejores resultados en salud, una mayor equidad en la distribución de los recursos y en definitiva, una mayor eficiencia de los sistemas sanitarios que disponen de regímenes de atención primaria sólidos y de calidad, capaces de resolver la mayor parte de los cuadros patológicos sin necesidad de recurrir al siguiente escalón, la atención especializada/hospitalaria, mucho más costosa. El mantenimiento de un buen estado de salud de la población depende en gran medida de la promoción de pautas y hábitos de vida favorables y de la prevención clínica en sus vertientes primaria (la que se realiza desde los servicios asistenciales para evitar la aparición de la enfermedad, por ejemplo, mediante la educación en nutrición y ejercicio físico), y secundaria, facilitando tratamientos precoces en personas enfermas y para evitar recidivas y agravamientos que impliquen la necesidad de intervención de la medicina especializada. Depende también de la gestión eficaz de los recursos del sistema con intervenciones suficientemente rápidas y con una

111 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

coordinación de dichos recursos para atender a cada persona en las distintas fases del ciclo vital. Por eso, desde la Atención Primaria se realizan prescripciones y tratamientos y, solo en caso necesario, derivaciones al nivel especializado de la asistencia sanitaria, cumpliendo así su función de gestión/control de flujos a la Atención Especializada, que en España sufre una notable sobrecarga, visible, entre otros indicadores, en las importantes listas de espera para primeras visitas en medicina especializada y para cirugía.

No es, por tanto, casual que la OMS¹¹² considere que los sistemas sanitarios con atención primaria de salud bien dotada resulten más inclusivos, equitativos, costoeficaces y efectivos para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, resultando esenciales de manera particular en tiempos de crisis como la pandemia de COVID-19.

Uno de los retos más importantes a los que se enfrenta en Sistema Nacional de Salud viene dado por la transición demográfica hacia el envejecimiento, por cuanto que las

*Atención Primaria,
cambio demográfico,
cronicidad y crisis
climática: importancia
de la prevención*

sociedades con estructuras de población con gran proporción de personas de edad avanzada tienen necesidades de atención a la salud específicas. A medida que las personas envejecen tienden a sufrir más problemas de salud y a acumular más patologías crónicas (pluripatología) que requieren cuidados a lo largo de la vida, aunque no existe un patrón único de envejecimiento y

cada vez más personas alcanzan edades avanzadas con buen estado de salud. Por eso, en sociedades longevas, como la española, la mayor parte de la carga asistencial se vincula en la actualidad al envejecimiento.

La Atención Primaria, juega en este contexto un papel crucial coordinando los distintos tratamientos mediante abordajes terapéuticos adaptados a cada caso y estableciendo pautas preventivas orientadas al mantenimiento de la autonomía. Aunque la carga de enfermedad asociada a la edad tiene un amplio margen de reducción a través de la prevención y la promoción de la salud, de modo que la esperanza de vida saludable puede aumentar, como ha ocurrido en años pasados en España y otros países de la Unión Europea. En este sentido, la atención primaria habrá de asumir el necesario refuerzo de su función preventiva en los próximos años, con el fin de incrementar el tiempo de vida con buena salud y libre de discapacidad. La sostenibilidad del sistema sanitario en un horizonte demográfico con una proporción creciente de población mayor.

En este sentido, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS¹¹³ propuso disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas

112 Atención Primaria de Salud, Datos y cifras, abril 2021.

113 Ministerio de Sanidad, *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS 2012*.

cuidadoras. La última evaluación¹¹⁴ del avance en los objetivos específicos asumidos en la Estrategia ha propuesto, una década después de su aprobación, ocho líneas prioritarias de acción, entre las que pueden destacarse: el avance en la historia clínica digital accesible desde todos los niveles asistenciales, la mejora de la capacidad resolutoria y la gestión clínica de la demanda de atención primaria, o el fomento del trabajo en equipo y la corresponsabilidad de los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales como garantía de la continuidad asistencial.

La accesibilidad a los servicios de atención primaria, elemento consustancial a su acción, se ha visto alterada desde el inicio de la crisis del COVID-19, con una mayor carga de atención y un incremento de las demoras en las consultas con los profesionales. Esta realidad se sumó a los problemas de accesibilidad existentes en los entornos rurales. Como se destacó en el Informe 2/2021¹¹⁵, en el medio rural, caracterizado demográficamente por el fuerte peso de los segmentos de edad más avanzada, la cercanía reviste una singular importancia, al facilitar el acceso a muchas personas con problemas de movilidad, tanto por trastornos de salud como por la falta de vehículos privados y las deficiencias en transporte público. En todo caso, el acceso a unos servicios primarios de salud de calidad y suficientemente coordinados con otros niveles de atención, debería garantizar la continuidad asistencial necesaria en poblaciones con perfiles de morbilidad crónica y con polimedicación.

El cambio climático es otro factor de enorme importancia en un doble sentido. Por un lado, sus efectos directos sobre la salud de las personas son ya evidentes y se encuentran suficientemente documentados¹¹⁶, con el incremento de la morbilidad y la mortalidad atribuida de manera directa al aumento de las temperaturas (olas de calor, alteración de los sistemas alimentarios, zoonosis y problemas de salud mental, entre otros) y por tanto, de la carga de morbilidad que deben asumir los sistemas sanitarios. Por otro, los sistemas sanitarios comienzan a plantearse su propia contribución a las emisiones causantes del calentamiento (estimado en un 4,5 por 100 del total de las emisiones en España en 2020¹¹⁷) y cómo abordar una gestión sostenible de los mismos, principalmente en su vertiente hospitalaria, como ya se ha mencionado. Por ello, sin abundar en la urgencia de reducir las emisiones y la contaminación, responsable directa de miles de fallecimientos, el sistema sanitario debe acomodar su acción a la creciente demanda derivada del problema ambiental, de manera especial en su dimensión preventiva, obteniendo así un doble beneficio: disminución de la carga de enfermedad y reducción de las emisiones desde el sistema hospitalario.

Entretanto, la actividad desplegada por el primer eslabón del sistema sanitario muestra, a través de varios indicadores, un incremento especialmente acusado durante

114 Ministerio de Sanidad, *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación*, 2021.

115 Informe CES 2/2021, *Un medio rural vivo y sostenible*.

116 OMS Cambio climático y salud, 202 base de datos1

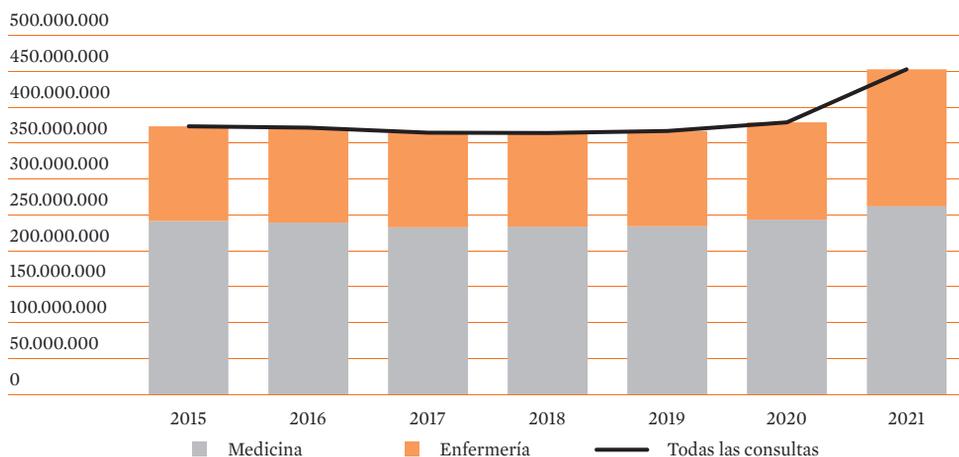
117 Health care without harm, 2023.

la pandemia, dando señales de sobrecarga. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los indicadores disponibles presentan también carencias desde el punto de vista de su capacidad para evaluar el conjunto del sistema desde la perspectiva de la equidad, la eficiencia y la calidad a través de la actividad en atención primaria. La información ofrecida a través del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y la Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) queda circunscrita al número de consultas, profesionales, interconsultas y número de personas por cupo, pero no ofrece referencias a los resultados en salud producto de la actividad desplegada, lo que supone una traba para la evaluación de su funcionamiento. Tampoco muestra de forma precisa el volumen real de la actividad al no tener en cuenta la falta de cobertura de bajas de profesionales, cuyas agendas son con frecuencia asumidas por otros profesionales que las añaden a las propias.

La evolución de la actividad en atención primaria en los últimos años ha estado determinada por varios factores, como el demográfico y, sobre todo en el periodo más reciente, por la llegada de la pandemia de COVID-19. *Gran aumento de la carga de actividad en atención primaria* Así, durante el primer año de crisis sanitaria (2020), el nivel primario de asistencia registró cerca de 380 millones de consultas en su conjunto, lo que supuso un incremento del 3 por 100 sobre 2019 y una clara interrupción de la tendencia a la estabilidad que venía registrándose desde el comienzo de la década anterior. Un año después, en 2021, se registró un nuevo e importantísimo incremento, llegando a superar las 453 mil consultas en atención primaria para todos los profesionales. Cabe suponer que una vez finalizado el periodo de confinamiento que se prolongó hasta el mes de junio de 2020, y en una situación de sucesión de oleadas epidémicas, en 2021 el sistema sanitario tuvo que hacer frente a una demanda embalsada también a causa del temor de las y los ciudadanos a acudir a los centros sanitarios. La suma de la demanda originada por los contagios y la que permanecía retenida esperando el final del confinamiento y la mejora de los datos epidémicos, dio como resultado un incremento desconocido hasta la fecha (20 por 100 entre 2020 y 2021), desbordando las capacidades del sistema, que desde entonces soporta una considerable lista de espera (gráfico 48).

No puede olvidarse, además, que la campaña de vacunación contra el COVID-19 se llevó a cabo a través de las estructuras de atención primaria de las comunidades autónomas, lo que supuso un añadido muy considerable a su actividad cotidiana. 2022, en cambio, parece ser un año de transición hacia el patrón previo a la pandemia, con una disminución de la actividad con respecto al extraordinario 2021 (descenso de las consultas de enfermería en un 18 por 100 y del 2 por 100 en medicina de familia), pero manteniendo un dinamismo aun superior al mostrado en los años que antecedieron a la crisis sanitaria.

GRÁFICO 48. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA, 2015-2021



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Primaria, 2023.

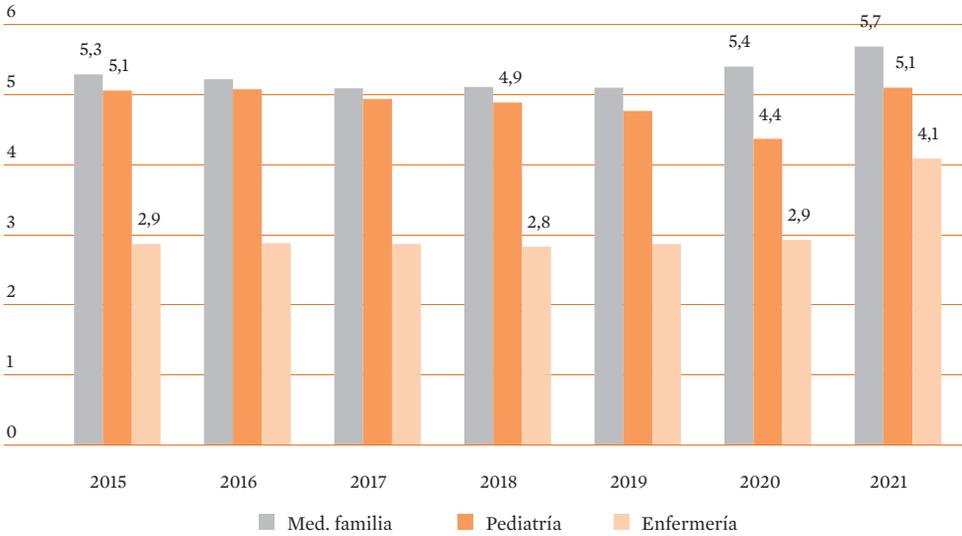
La frecuentación en atención primaria, que da la medida de la demanda anual por persona, muestra también una interrupción de la dinámica de los últimos años con la entrada del SARS-CoV-2 en España, de tal modo que la tendencia a la estabilidad desde 2015 se detiene y cambia de sentido claramente en 2021, año en el que la frecuentación media (número medio de consultas por habitante) se eleva hasta 5 desde las 4,3 de los años previos (gráfico 49).

Sin embargo, la frecuentación difiere en función de los profesionales, siendo la enfermería el segmento que ha experimentado el mayor incremento en la frecuentación con una subida, entre 2020 y 2021, desde 2,9 a 4,1 consultas al año por habitante, como término medio, lo que responde al aumento de las consultas, pero sobre todo a la actividad derivada de la campaña de vacunación frente al COVID-19, lo que se hace visible en el descenso del número de consultas por paciente y año en 2022, cuando la mayor parte de la población había recibido al menos una segunda dosis. Sin embargo, cabe poner de relieve la tendencia al aumento de la frecuentación en la última década, con un incremento que en términos proporcionales se cifra en el 45 por 100.¹¹⁸

Por otro lado, es importante poner de relieve la gran variabilidad interterritorial del indicador de actividad, en un contexto en el que algunas comunidades autónomas triplican el valor de la frecuentación de otras, como es el caso de la enfermería, en un intervalo de 2 a 6 consultas por habitante y año (gráfico 50). Cabe destacar, a este respecto, la existencia de una clara relación estadística, mostrada en diversos estudios, entre las características de la población y el nivel de presión asistencial. Así, las zonas que registran rentas bajas y tasas de desempleo altas tienden a mostrar mayores niveles de presión asistencial, y al contrario, las zonas de rentas altas y bajas

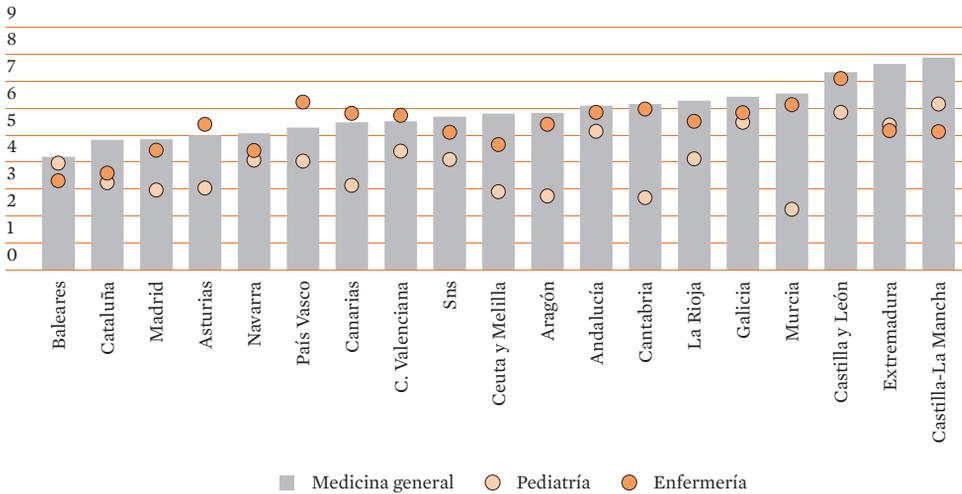
118 Ministerio de Sanidad, *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*, 2023.

GRÁFICO 49. EVOLUCIÓN DE LA FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (2015-2021)
(Número de visitas por paciente asignado y año)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Primaria, 2023.

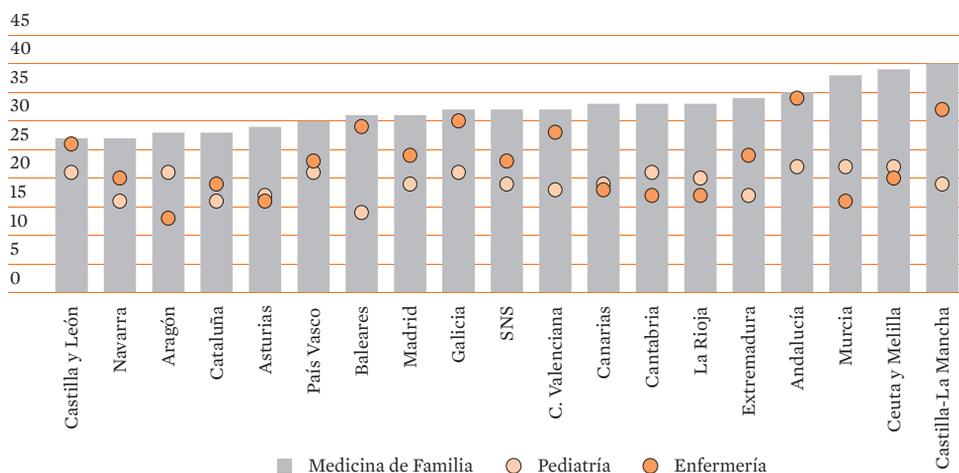
GRÁFICO 50. FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA POR CCAA, 2022
(Número de visitas por paciente asignado y año)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Primaria, 2023.

tasas de paro disponen de unos servicios de atención primaria menos tensionados. Ello podría explicarse por la asociación del estado de salud y los ingresos, pero también por la mayor frecuencia del doble aseguramiento (seguros privados de salud) en la población más desahogada económicamente. A lo anterior se añadirían las referi-

GRÁFICO 51. CONSULTAS POR PROFESIONAL Y DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, POR CCAA, 2022
(Número de consultas diarias)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Primaria, 2023.

das diferencias en el número de profesionales disponibles en las distintas zonas, con una importante variabilidad que resulta determinante de la presión asistencial de los distintos servicios. Asimismo, las tasas de envejecimiento y los distintos grados de urbanización pueden influir en los niveles de presión de las áreas de salud y de ámbitos geográficos más amplios.

Mas allá del número de tarjetas asignadas a cada profesional sanitario en el ámbito de la atención primaria, que presenta variaciones interterritoriales de no poca significación como se ha visto, la presión asistencial queda reflejada en la actividad diaria desarrollada por cada uno en las distintas comunidades autónomas, provincias y áreas de salud del SNS. La novedad de la inclusión del indicador referido al número de consultas por profesional y día, del que actualmente se dispone de información para los años 2021 y 2022, ofrece la oportunidad de dar cuenta de los distintos niveles de saturación de los servicios de atención primaria, suponiendo un avance en la calidad de la información sobre el sistema (gráfico 51)¹¹⁹.

Los valores recogidos presentan un panorama de importantes diferencias entre territorios con una distancia de quince pacientes al día entre la comunidad con más presión asistencial y la más desahogada para el conjunto de las agrupaciones profesionales. De los datos se desprende que en muchas zonas el volumen de trabajo asumido diariamente por el personal sanitario supera con creces las recomendaciones realizadas por la OMS al respecto con el fin de ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

119 No obstante, falta confirmar si el referido número incluye las consultas añadidas a las agendas de los profesionales en ausencia de cobertura de bajas o si por el contrario recoge solo las consultas establecidas con anterioridad para cada trabajador.

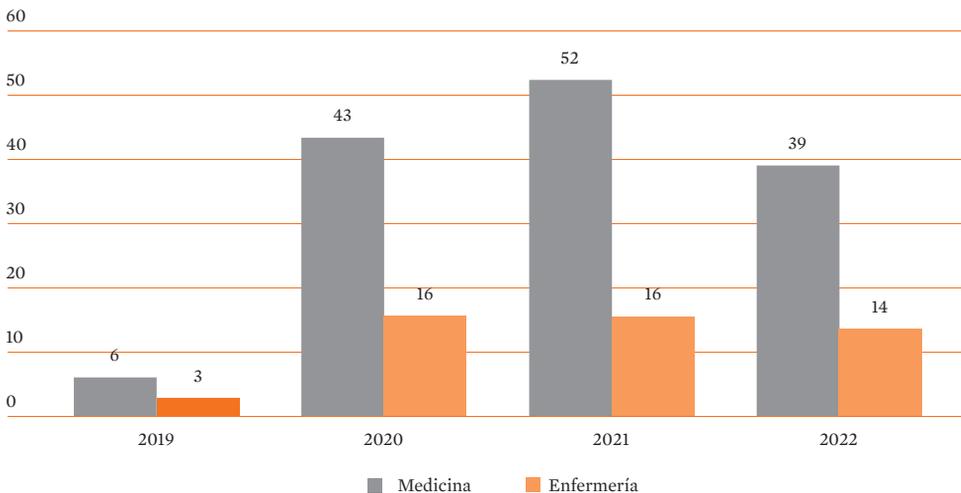
Avance de la telemedicina: ¿hacia un nuevo modelo asistencial en atención primaria?

Uno de los cambios más importantes en la actividad de atención primaria en los últimos años está siendo el avance de la telemedicina/teleatención. La crisis iniciada en 2020 llevó al sistema sanitario a una súbita reorganización de su acción para dar respuesta a la situación de emergencia, lo que se tradujo, entre otros aspectos, en un inesperado despegue de la atención a distancia. La necesidad de disponer de alternativas a las visitas presenciales recondujo una parte muy importante de la actividad en atención primaria a la telemedicina y las consultas telefónicas. En solo dos años pasaron de ser una modalidad casi residual a constituir más de la mitad del total de las consultas con los facultativos y el 16 por 100 de las citas en enfermería. Una vez superada la fase más aguda de la pandemia la actividad ordinaria recuperó en parte la presencialidad, pero la telemedicina continuó teniendo un peso muy notable (39 por 100) y muy superior al exiguo 6 por 100 de 2019, previo a la crisis sanitaria (gráfico 52).

Las consultas telemáticas han mostrado su eficiencia en la resolución de motivos de consulta que no requieren cita presencial (renovación de recetas de medicación crónica, entre otras). Por su parte las consultas telefónicas, principal vía de comunicación con los profesionales sanitarios durante la pandemia, evitaron desplazamientos innecesarios, en una época de alto riesgo de contagio.

No obstante, la modalidad de consulta no presencial podría estar produciendo algunos efectos no deseados que habrán de valorarse para poder ajustar las condiciones de su uso en el futuro. Así, por un lado, hay indicios de resultados negativos en salud por el empeoramiento del control, seguimiento y acciones preventivas de patologías crónicas

GRÁFICO 52. EVOLUCIÓN DE LAS TELECONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
(Porcentajes sobre el total de consultas)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Primaria, 2023.

y en la detección de factores de riesgo cardiovascular, diabetes, etc., con la extensión de las teleconsultas en la pandemia. Por otro, la telemedicina puede estar favoreciendo un efecto de cuidados inversos, recibiendo menos atención quien más la necesita y quedando deficientemente atendida la población más vulnerable, sobre todo, personas de edad avanzada y colectivos con escasas habilidades en herramientas digitales, que dificultan el acceso a esa modalidad de asistencia sanitaria.

Ubicar a España en el mapa de la atención primaria de la Unión Europea, en términos de actividad de este nivel, resulta muy difícil debido a la variedad de modelos existente. Mientras en algunos países, entre los que se encuentra España, constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo necesaria la consulta con el médico de familia para poder acceder a la atención especializada, en otros es posible acceder a consulta con el médico especialista directamente, sin necesidad de derivación desde primaria.

Diferentes estructuras de atención sanitaria en la UE. Difícil comparación

A ello se unen otros elementos de diferenciación que hacen poco comparables los distintos sistemas de atención en la Unión Europea. No en vano, Eurostat no publica información estadística sobre este nivel asistencial, limitándose a ofrecer datos agregados de frecuentación del conjunto de cada sistema sanitario, con una enorme variabilidad entre regiones, que puede responder a criterios metodológicos.

Los análisis de la evolución de la atención primaria en España a lo largo de las dos últimas décadas han venido mostrando la necesidad de abordar reformas en profundidad que implican un cambio de modelo que haga posible responder adecuadamente a las necesidades de la población, asumiendo la transformación del patrón epidemiológico. Asimismo, han evidenciado la necesidad de incrementar la capacidad de resolución asistencial y avanzar en la atención estratificada, en función de la carga de enfermedad, las condiciones de vida, las desigualdades en salud y las necesidades sociosanitarias de las

La necesidad de reforzar el nivel de atención primaria optimizando su actividad

RECUADRO 11. ELEMENTOS DIFERENCIALES DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS SISTEMAS SANITARIOS DE LA UNIÓN EUROPEA

- Atención primaria como filtro para acceso a especialistas.
- El paciente tiene que estar registrado con un médico atención primaria.
- Modo predominante de provisión/organización atención primaria.
- Libertad de elección de médico en atención primaria.
- Copagos en atención primaria.

Fuente: Ministerio de Sanidad, *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea, Características e indicadores de salud 2019*.

personas, adoptando un enfoque biopsicosocial. Sin embargo, los cambios necesarios para la adopción del nuevo enfoque han sido sucesivamente postergados a lo largo del encadenamiento de crisis desde 2008. En ese contexto la aprobación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en 2019 constituyó un primer paso para afrontar la necesaria mejora del sistema, siendo el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 parte del desarrollo comprometido, incluyendo la ampliación de la cartera de servicios.

El Plan, aprobado en el CISNS a las puertas de 2022 recogía entre sus objetivos los aspectos que requieren mayor atención para afrontar la revitalización de la atención primaria como son el incremento del número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8 por 100 (recuadro 12).

RECUADRO 12. OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA 2022-2023

1. Financiación. Dotar al SNS de la financiación finalista necesaria para la implementación efectiva del presente Plan.
2. Recursos humanos. Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8 por 100.
3. Capacidad de resolución. Aumentar la capacidad de resolución.
4. Digitalización. Impulsar los sistemas de información y digitalización.
5. Equipo de atención primaria. Consolidar el rol de las y los enfermeras/os especialistas en familiar y comunitaria en atención primaria
6. Cartera de servicios. Actualizar la Cartera de Servicios de atención primaria y ejecutar los cambios normativos.
7. Calidad asistencial. Fomentar la calidad asistencial y la práctica basada en la evidencia científica.
8. Orientación a la comunidad. Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en atención primaria de Salud.
9. Empodera atención primaria. Reforzar el liderazgo de la atención primaria como eje vertebrador del SNS, poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad.
10. Gobernanza en atención primaria. Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en atención primaria.
11. Accesibilidad y gestión de la demanda. Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos.
12. I+D+i. Potenciar la investigación en el ámbito de atención primaria, así como la transferencia de sus resultados.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Plan de Acción De Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023.

Sin embargo, las dificultades a las que ha tenido que hacer frente el sistema sanitario en su conjunto desde la irrupción de la pandemia han supuesto una importante traba para el desarrollo de las medidas acordadas, dando como resultado una implantación desigual en las comunidades autónomas que deben adoptar las distintas acciones.

2. La atención especializada

El funcionamiento del sistema sanitario, organizado principalmente en torno a dos niveles asistenciales, requiere, para ofrecer una atención de calidad, de un considerable esfuerzo de coordinación¹²⁰ que garantice la continuidad asistencial¹²¹, entendida desde la perspectiva de los usuarios/pacientes. Desde la perspectiva del propio sistema, la coordinación entre los distintos espacios de atención se convierte en una exigencia para su funcionamiento de manera eficiente. La complementariedad y la mutua dependencia hacen que el buen desempeño de un nivel asistencial esté supeditado a la actividad del otro, de modo que la saturación de algunos servicios como las urgencias hospitalarias puede ser consecuencia de la falta de recursos y deficiencias organizativas en los servicios de atención primaria –que puede verse exacerbada por un inusual incremento de la demanda de atención, como la ocurrida durante la pandemia de COVID-19–.

La atención especializada comprende, de acuerdo a la Ley de Cohesión y calidad del SNS, las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. Este nivel de asistencia garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que el paciente pueda reintegrarse en dicho nivel. La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día¹²².

En España, como en los demás países del entorno, la atención sanitaria especializada se ha visto tensionada a raíz de la crisis pandémica, registrando desde su inicio un gran impacto en el ámbito hospitalario, por el número de personas infectadas y por la situación clínica de quienes enfermaron y requirieron cuidados sanitarios hospitalarios y críticos. Por este motivo, los datos procedentes de las principales fuentes de información: el Sistema de Información de Atención Sanitaria Especializada (SIAE) y el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) muestran para el año 2020

120 Implica la disponibilidad de información sobre las intervenciones realizadas a un paciente independientemente del lugar donde se hayan producido.

121 Los requerimientos de continuidad asistencial de los pacientes tienden a aumentar con el incremento de la comorbilidad y de la complejidad de las necesidades de asistencia.

122 La atención sanitaria especializada comprende: a) La asistencia especializada en consultas; b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico; c) La hospitalización en régimen de internamiento; d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio; e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; f) La atención paliativa a enfermos terminales; g) La atención a la salud mental; h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

una ruptura en la tendencia que venían presentando y una recuperación del impulso de la actividad al año siguiente. La tónica de incremento de la actividad que venían atestigüando los indicadores se interrumpió con la explosión del coronavirus porque la actividad cotidiana programada tuvo que detenerse para atender a la urgente demanda generada por un virus que en 2020 era aún desconocido. Además, algunos elementos concretos, como las unidades de cuidados a pacientes en estado crítico llegaron a verse saturados, de manera especial en algunos territorios, donde la demanda de atención rebasó la capacidad del sistema para ofrecer asistencia con la rapidez necesaria.

La suspensión del ritmo de la actividad ordinaria, incluyendo procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos ha dejado una huella en el sistema que tardará en desdibujarse, porque el retraso en la atención diagnóstica limita el alcance de la detección precoz y favorece el agravamiento de cuadros patológicos cuyo abordaje requiere métodos más costosos y muchas veces con peor pronóstico. Por otro lado, la demanda de atención no satisfecha durante el periodo más agudo de la pandemia ha generado bolsas de demanda que el sistema sanitario debe asumir, con la limitación previa de las listas de espera, que antes de la crisis venían mostrando una curva de crecimiento notable en algunos servicios.

Por tanto, a pesar de constituir el elemento que recaba la parte más voluminosa de los recursos del SNS, dado el alto coste unitario de las herramientas y procedimientos empleados, y la continua incorporación de instrumentos innovadores, la atención especializada en la situación actual apunta a la necesidad de reforzar el conjunto del sistema, haciendo más operativos todos sus instrumentos, incluidos los propios de otros niveles de atención.

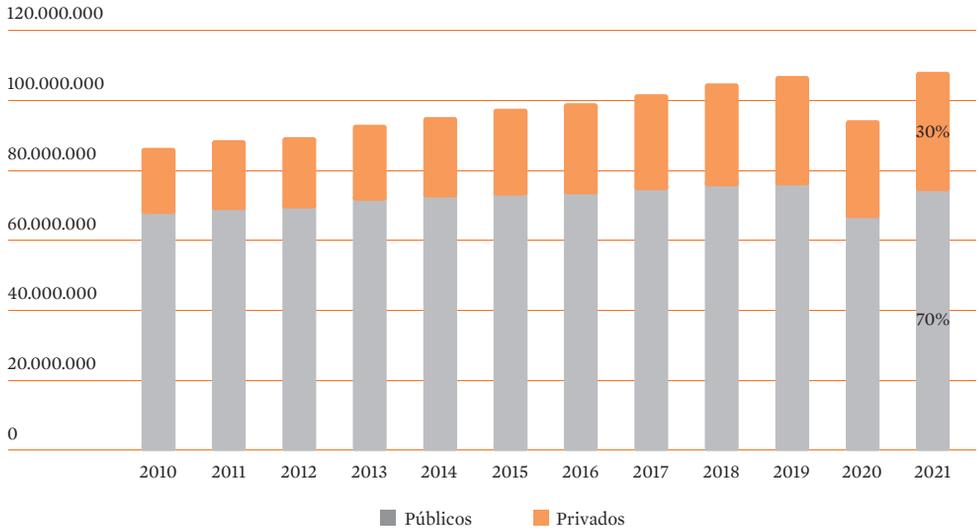
El nivel de atención especializada muestra una actividad ingente con más de cien millones de consultas en 2021, con un incremento del 9,5 por 100 en el SNS desde 2012¹²³, respondiendo el sector público del 70 por 100, en tanto que el 30 por 100 restante tuvo lugar en el circuito privado. Esta distribución ha experimentado una notable evolución en poco más de un decenio en el que el peso del sector privado en términos de actividad de consultas ha pasado del 21 al 30 por 100 del total (gráfico 53).

El avance del sector sanitario privado especializado en cuanto a su actividad se hace plenamente visible en términos comparativos en su variación entre 2019 y 2021, periodo en el que el volumen de consultas se incrementó en un 9,5 por 100, mostrando un dinamismo creciente, mientras que en el sector público disminuía en un 2 por 100¹²⁴. No obstante, la excepcionalidad de las circunstancias en las que se dio esa evolución podrían haber motivado un cambio puntual, para retomar posteriormente la tendencia evolutiva de años precedentes (gráfico 54).

123 Ministerio de Sanidad, Informe Anual del SNS, 2022.

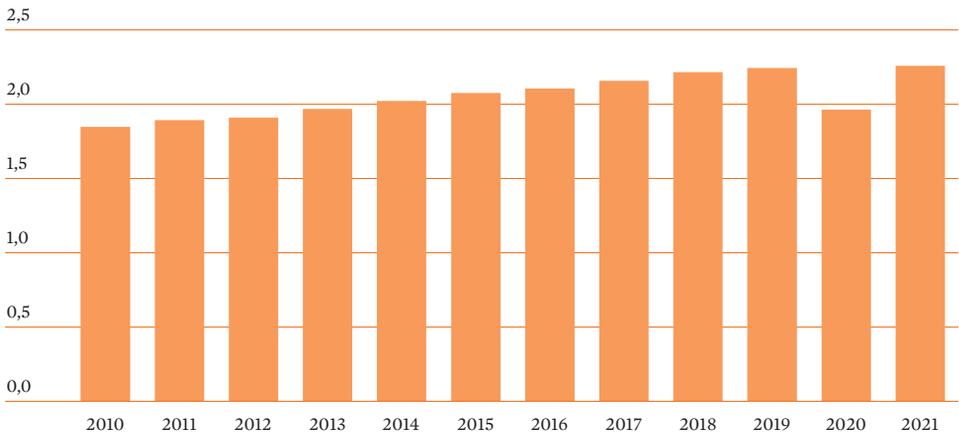
124 Los datos procedentes del SIAE muestran el número de consultas según la dependencia funcional, pero no el régimen de financiación (concertos, etc.).

GRÁFICO 53. EVOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, 2010-2021



Fuente: Ministerio de Sanidad, SIAE, 2023.

GRÁFICO 54. EVOLUCIÓN DE LA FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, 2010-2021
(Número medio de consultas por habitante y año)



Fuente: Ministerio de Sanidad SIAE, 2023.

En lo que concierne a la frecuentación, indicador que establece a través de un valor medio el nivel de uso que cada habitante hace de los servicios de atención especializada, los datos del SIAE muestran, en consonancia con el número de total de consultas, una tendencia de aumento, con una importante reducción en el extraordinario año 2020. Así, en 2021, cada persona acudió en dos ocasiones a consultas con médicos especialistas (en concreto 2,2 frente a 1,8 en 2010). Después de la forzada contención en las primeras fases de la pandemia, incluyendo el periodo de confinamiento, el indicador recuperó el valor de 2019.

CUADRO 7. ACTIVIDAD HOSPITALARIA Y DURACIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES, 2018-2021

Año	Núm. contactos	Tasa actividad (10.000 hab.)	Estancia media días (hospitalización)	Estancia media UCI días (hospitalización)
2018	18.577.688	3.975,3	7,0	4,4
2019	20.141.755	4.276,0	7,0	4,5
2020	19.562.847	4.131,4	7,5	5,4
2021	26.522.723	5.604,2	7,4	6,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada.

Creciente actividad hospitalaria

Una parte muy significativa de la labor desplegada en el nivel de atención especializada se desarrolla en la red de hospitales, que además de la actividad quirúrgica, acoge a un buen número de consultas con médicos especialistas,

asumiendo también un gran volumen de procedimientos diagnósticos.

El Registro de Atención Especializada¹²⁵ mostró para el año 2020 un total de 19,5 millones de contactos (casi la totalidad en hospitales de agudos), siendo el *contacto* la unidad de actividad (alta de hospitalización, intervención de cirugía mayor ambulatoria, sesión en hospital de día y otras)¹²⁶ (gráfico 55). Un 88,15 por 100 de dichos contactos (17,2 millones) tuvo lugar en el Sistema Nacional de Salud y un 11,8 por 100 en centros privados. De todos los contactos, 4 millones correspondieron a la modalidad asistencial de hospitalización. Y un 82,8 por 100 de ellos se realizó en los hospitales del SNS. La tasa de actividad fue de 697 altas por cada 10.000 habitantes. Los datos del informe señalan la singularidad del año 2020 en el contexto de la trayectoria de los últimos años, con un descenso notable con respecto al año anterior a la crisis, pero la reciente actualización del Registro permite observar no solo una recuperación de la actividad previa a la pandemia, sino un aumento que supera con creces el observado en los años previos, en la lógica de la atención a la demanda embalsada durante el periodo de restricción de la actividad.

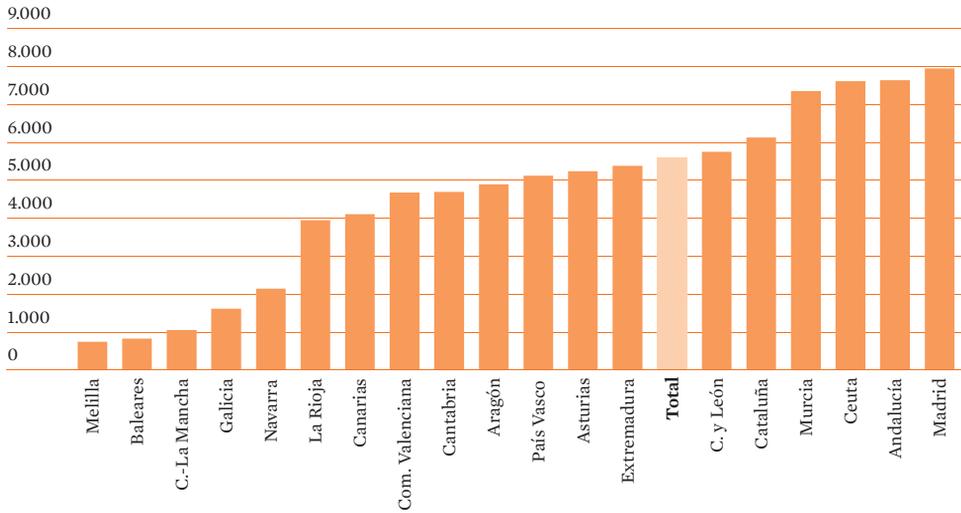
La tasa de actividad como valor promedio oculta, sin embargo, diferencias muy importantes entre los distintos territorios, siendo Madrid, Andalucía, Murcia y Cataluña las comunidades con mayor actividad hospitalaria, incluidos todos los procedimientos, lo que, en parte, se explica por la concentración en algunas regiones de centros de referencia del SNS que asumen más actividad por las derivaciones desde otras.

En lo concerniente a la actividad quirúrgica, la tendencia creciente registrada desde 2010, alcanzó el pico en 2019 con 5,4 millones de operaciones, sufriendo una importante caída en el primer año de la pandemia y un nuevo repunte en 2021 que, a pesar de su empuje, no logró alcanzar las cifras de los años inmediatamente anteriores a la crisis sanitaria. Uno de los aspectos más destacados en la evolución de esta actividad es

¹²⁵ El reciente cambio metodológico del Registro restringe el análisis evolutivo al periodo 2018-2021.

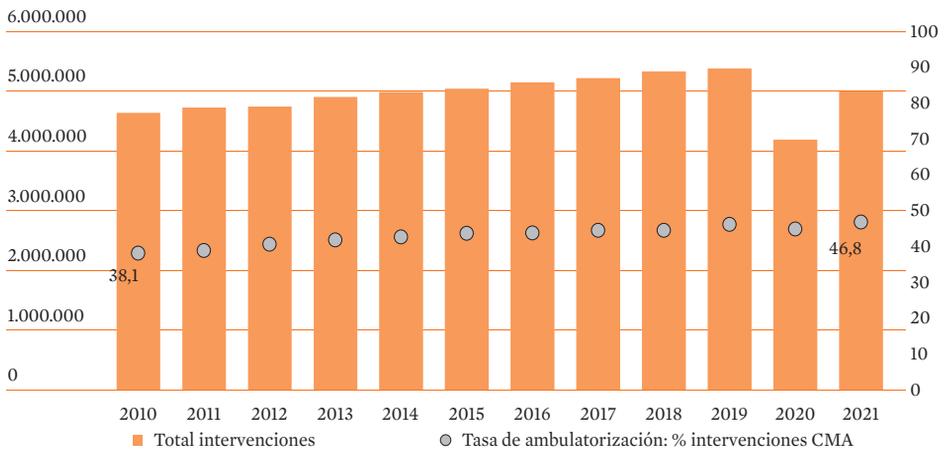
¹²⁶ Ministerio de Sanidad, *Registro de Atención Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Actividad y resultados de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Año 2020, 2023.*

GRÁFICO 55. TASA DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA EN LAS CCAA, 2021
(Número de contactos por cada 10.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada.

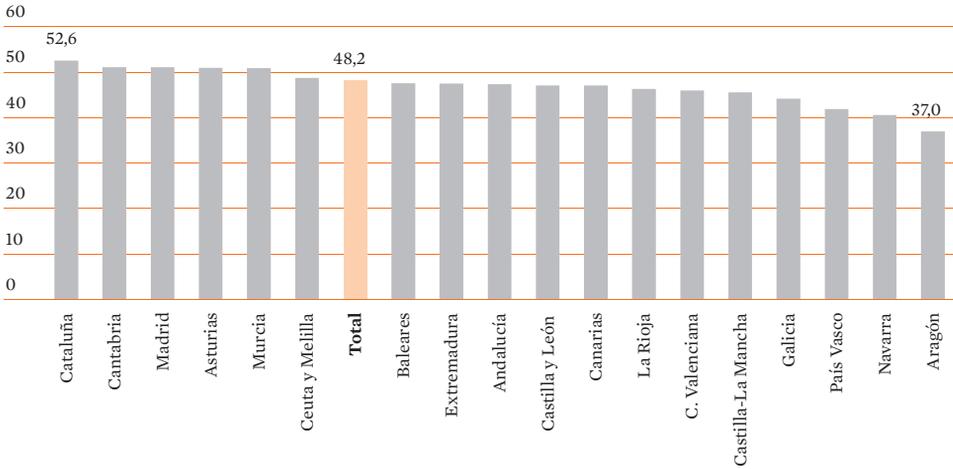
GRÁFICO 56. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada.

la creciente tasa de ambulatorización (proporción de operaciones de cirugía mayor que se realizan sin posterior hospitalización, quedando circunscritas a los hospitales de día), que en 2021 suponía el 48 por 100 de las intervenciones quirúrgicas. A este respecto, la información del SIAE muestra una variación importante desde 2010 con un incremento hasta 2021 (6,8) de ocho puntos porcentuales en el conjunto del sistema. Siendo evidente su relación con la ocupación de camas hospitalarias y la necesidad de ese equipamiento, el volumen de complicaciones y la tasa de reingresos específicas de esta modalidad, imprescindibles para valorar su efectividad en el conjunto de los actos quirúrgicos, no son objeto de cuantificación y publicación, lo que impide su valoración precisa.

GRÁFICO 57. AMBULATORIZACIÓN EN CIRUGÍA EN HOSPITALES DEL SNS POR CCAA
(Porcentajes sobre el total de operaciones quirúrgicas)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada.

No obstante, cabe señalar la notable distancia que separa a España de algunos países del entorno europeo en los que las estadísticas de actividad hospitalaria apuntan a tasas de ambulatorización cercanas al 70 por 100. Del mismo modo, dentro del SNS se observan diferencias territoriales significativas, que responden no solo a la disponibilidad de equipamientos (unidades de CMA) con garantía de acceso preoperatorio, intervención quirúrgica, recuperación postoperatoria y control postoperatorio inmediato a domicilio, sobre los que no existe censo, sino también a los diferentes criterios de contabilización (en ocasiones se incluyen en la estadística procedimientos de cirugía menor).

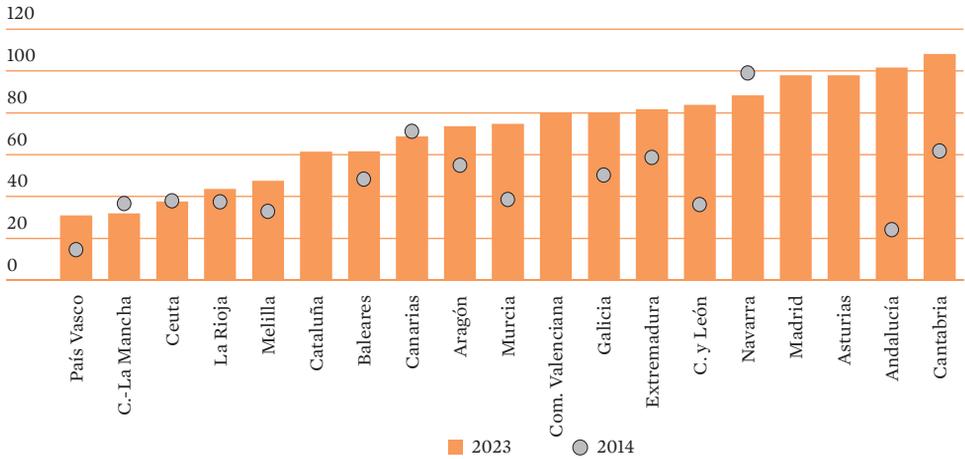
Los tiempos de demora en atención especializada se presentan como un indicador de la respuesta de los servicios del SNS a las necesidades de la población, mostrando la capacidad de aquellos para atender de manera adecuada a las personas que lo necesitan.

Demanda de atención no satisfecha: las listas de espera como expresión de la complejidad del sistema

Las listas de espera constituyen un problema multifactorial para cuyo abordaje sería necesario tener en cuenta el peso de la sanidad privada, los recursos humanos disponibles, la financiación, y el grado de coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada, la dotación de recursos (incluidos los tecnológicos), los cambios en el sistema de registro e

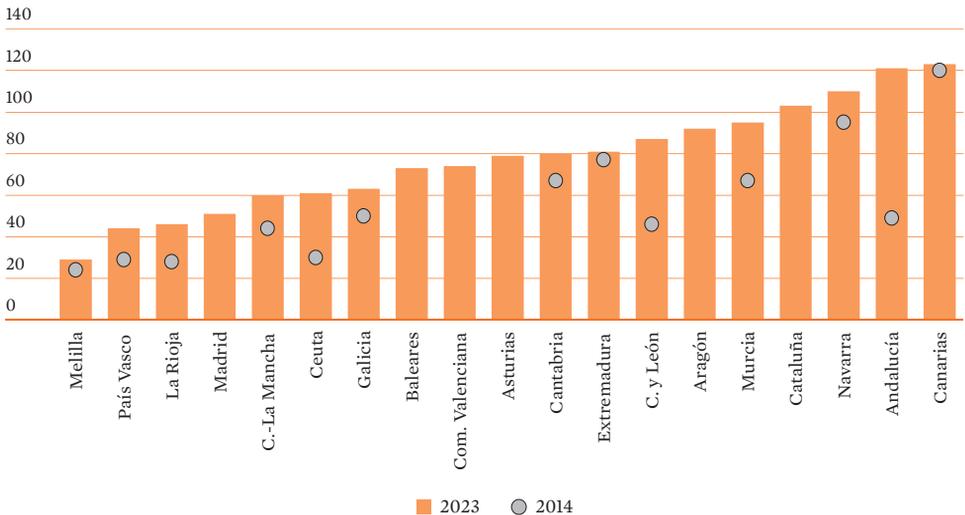
información o incluso la educación en salud, entre otros. Por ello, el análisis de su evolución a lo largo del tiempo en el SNS reviste una notable complejidad en un contexto de gran variabilidad en los modelos de gestión autonómica, que se manifiestan en situaciones muy dispares en las comunidades autónomas (gráfico 58).

GRÁFICO 58. LISTAS DE ESPERA POR CCAA. CONSULTAS ESPECIALIZADAS SNS, 2004-2023
(Pacientes en espera por 1.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de listas de espera del SNS.

GRÁFICO 59. TIEMPO EN LISTAS DE ESPERA. CONSULTAS ESPECIALIZADAS
(Tiempos de espera en días)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de listas de espera del SNS.

De acuerdo con los datos del Sistema de Información sobre las listas de espera del SNS, la mayor parte de las comunidades ha visto incrementar el volumen de población pendiente de ser atendida en consulta con el especialista. Así, en proporción por cada mil habitantes, con la excepción de lo expresado en tres comunidades autónomas, el nivel de atención especializada ha sufrido en diez años un visible aumento de los pacientes en espera.

Además, a los factores causales citados deben sumarse los efectos de la pandemia sobre el funcionamiento del sistema, que motivó la paralización de multitud de servicios y la generación de una bolsa de demanda que, si bien no se manifestó al principio en un incremento de las listas de espera –el acceso a la petición de consulta quedó en suspenso y por tanto las listas se redujeron–, provocó un aumento posterior de solicitudes y el consecuente aumento de las demoras.

El servicio hospitalario de urgencias se concibe como un servicio abierto, especializado, según nivel y tipo de hospital, en la atención de todos los pacientes que re-

La atención urgente, actividad en aumento

quieran o demanden asistencia urgente, con capacidad para indicar su ingreso en una planta de hospitalización, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder a su alta al domicilio. Su principal cometido es la recepción,

activación del recurso asistencial apropiado, estabilización, diagnóstico y tratamiento, resolución y transferencia de sus pacientes a la instancia sanitaria más idónea¹²⁷. Estos servicios deben ofrecer a sus usuarios una evaluación diagnóstica rápida, con el soporte radiológico o analítico si es preciso, un tratamiento eficaz y un destino final apropiado.

La atención urgente en España implica un importante volumen de actividad. En el año 2021 se registraron 28 millones de consultas en los servicios de urgencias hospitalarios, de las cuales el 68 por 100 se realizó en instalaciones hospitalarias con dependencia funcional del Sistema Nacional de Salud¹²⁸.

La explicación de la frecuencia de las interacciones con la prestación médica urgente implica cierta complejidad, porque se trata de servicios muy utilizados de manera intensiva por un cierto volumen de población –en torno al 15 por 100–. Pero una parte de la actividad responde a derivaciones desde atención primaria, que podrían aumentar con la saturación de los servicios de atención especializada, sin poder cuantificarse.

Los datos del conjunto de la actividad muestran una clara línea ascendente, que se quiebra en 2020, primer año de crisis sanitaria, con un descenso muy importante del número de consultas, y una cierta recuperación en 2021 sin llegar a los valores previos (gráfico 60).

El reparto de esta actividad entre los sectores público y privado ha ido evolucionando hacia un mayor peso de este último en el conjunto de la prestación en España, pasando del 26 al 31 por 100 desde 2010.

Actividad diagnóstica con procedimientos avanzados: 6 millones de TAC; 4,1 de RM y 2,5 de mamografías

La consecución de evaluaciones precisas del estado de salud requiere en muchas ocasiones del recurso a procedimientos diagnósticos avanzados, como la resonancia magnética, la tomografía computarizada, la angiografía digital o la tomografía de emisión de fotón único, entre otras. El uso de estos procedimientos, empleados mayoritariamente en el nivel de atención especializada, implica a buena parte de la actividad desplegada en ese nivel asistencial,

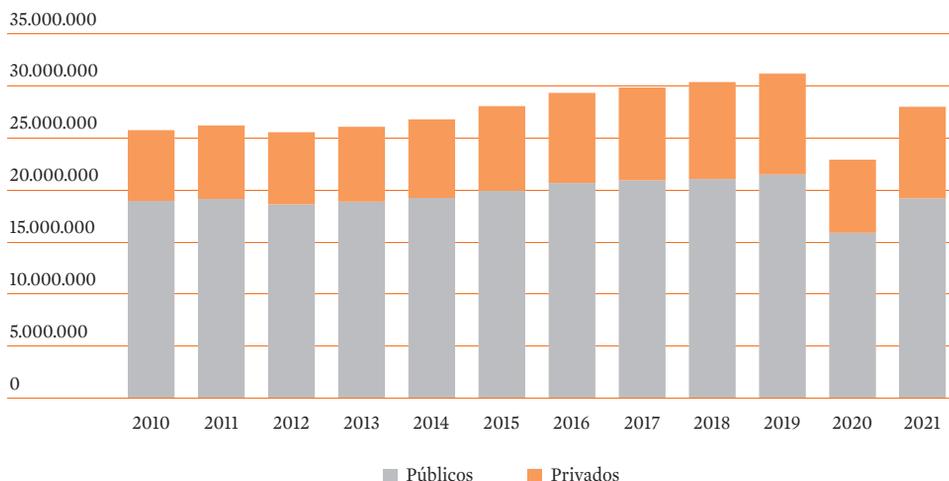
127 Defensor del Pueblo, *Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud*, 2015.

128 Incluye a los hospitales de dependencia pública, los de concierto sustitutorio, los hospitales de la red de utilización pública y las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.

siendo predominantemente responsable el sistema público, aunque el sector privado responde también de una proporción importante del conjunto de estas actividades de valoración del estado de salud (gráfico 61).

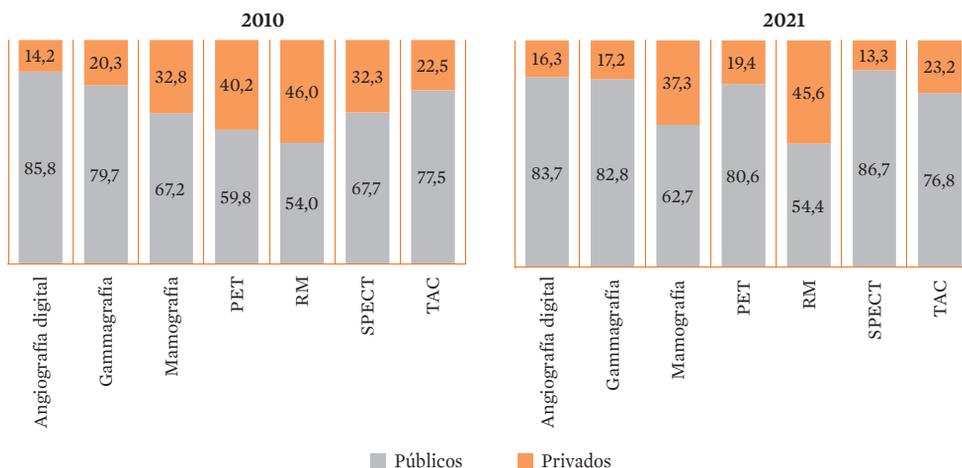
El incremento del uso de este tipo de pruebas, que en algunos casos ha duplicado su número en poco más de una década en España, puede atribuirse a varios factores, como el propio desarrollo tecnológico, que impulsa la adopción de nuevos métodos de diagnóstico, el envejecimiento de la población asociado al aumento de patologías crónicas que pueden requerir diagnóstico y tratamiento especializado, las expectativas de los

GRÁFICO 60. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE URGENCIAS EN HOSPITALES, 2010-2021 (Número de consultas)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada.

GRÁFICO 61. ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA EN CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA



Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Atención Especializada.

propios pacientes en cuanto a la precisión y el ajuste de los tratamientos o la evolución de la propia práctica clínica. Si bien el aumento general del número de pruebas refleja un incremento de la capacidad diagnóstica del sistema, con beneficios probados en cribados poblacionales que favorecen la detección precoz, podría esconder problemas de eficiencia en su uso tanto por la realización de algunas prácticas innecesarias o redundantes como por la infrautilización de algunos equipos, lo que aconseja una evaluación continua, como ya se mencionó en el apartado anterior.

En 2021 se realizaron en España 6 millones de tomografías (TAC), siendo la prueba diagnóstica avanzada más frecuente en atención especializada, con un incremento del 57 por 100 desde 2010. El 77 por 100 de estas pruebas de imagen se realizó en el sistema público, mientras que el sector sanitario privado respondió de restante 23 por 100, un reparto semejante al observado en 2010.

También en 2021 se efectuaron 4,1 millones de resonancias magnéticas, casi el doble de las prescritas en 2010, con un reparto casi al 50 por 100 entre los sectores público (54 por 100) y privado (46 por 100).

Por su parte, las mamografías, tercera prueba más habitual, alcanzaron un volumen de 2,5 millones, un 44 por 100 más que en 2010, mostrando una mejora en la implantación de la política preventiva del cáncer de mama a través de cribados poblacionales, que dan como resultado una de las tasas de mortalidad más bajas de la Unión Europea por esa dolencia.

3. La salud pública

La constatación de la importancia del medio ambiente, los estilos de vida y la biología humana, por encima de los sistemas de asistencia sanitaria, ampliamente contrastada y compartida por la comunidad científica, ha afianzado la idea de que las acciones políticas deben dirigirse hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades, potenciando la promoción de la salud. Por eso, se considera que el dispositivo asistencial no es el principal condicionante del estado de salud. Este se determina en otros terrenos que abarcan todo el ciclo vital, desde el periodo de gestación, hasta la acumulación de experiencias de todo tipo a lo largo de la vida de las personas. El entorno familiar, la educación, el bienestar material, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire, del agua, de los alimentos, el ejercicio físico y, en definitiva, todo el entorno social y natural, determinan el estado de salud. En este sentido el enfoque de la salud pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y por tanto requieren nuevas formas de organización.

En España la prestación de salud pública, recogida en la Cartera común de servicios, está integrada por el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

Las prestaciones de salud pública deben ejercerse con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. Consecuentemente, la Cartera de servicios de ese nivel de atención incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial.

Para hacer efectiva esta prestación, la Cartera de servicios de salud pública tiene, de acuerdo con la Ley 16/2003, de Cohesión, una doble orientación. Por un lado, se orienta al diseño e implantación de políticas de salud. Por otro, se dirige al ciudadano, comprendiendo programas intersectoriales, en los que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública se agrupan en actuaciones sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud. Y programas transversales, en los que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública se agrupan en programas y actividades en las distintas etapas de la vida, programas y actuaciones sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles, lesiones y accidentes, o programas para grupos de población con necesidades especiales.

La actividad de esta prestación se asienta en seis pilares: la información y vigilancia epidemiológica, la protección de la salud a través del diseño de políticas de salud, la prevención de enfermedades, la protección de la salud ambiental, la seguridad alimentaria, la vigilancia y control de riesgos para la salud derivados de la importación y exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, así como la promoción y protección de la salud laboral.

A pesar de su potencial para la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas y para el aumento de la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario –la prevención resulta mucho menos costosa que el tratamiento de la enfermedad– así como del sistema productivo¹²⁹ –la enfermedad genera pérdidas económicas causadas por sus efectos en el entorno laboral–, la salud pública viene recabando una porción exigua de los recursos del SNS, que deben reforzarse tanto desde el punto de vista presupuestario como de recursos humanos de carácter multidisciplinar. De hecho, hasta la aparición del SARS-CoV-2, el porcentaje del gasto público en esta dimensión de la sanidad apenas alcanzaba al 1 por 100 del gasto total, habiéndose elevado hasta el 3 por 100 en 2022, en un contexto de renovado interés por la actividad en salud pública, y de manera especial en su vertiente de vigilancia epidemiológica y de prevención a través de medidas de profilaxis, entre otras.

Cabe recordar, como hiciera el CES en su dictamen sobre el Anteproyecto de Ley de Salud pública¹³⁰, que la creciente globalización, en su dimensión sanitaria, exige respuestas comunes. Cada vez es más frecuente la aparición de riesgos y amenazas para

129 Existe suficiente conocimiento científico para poder asegurar que un alto nivel de salud mejora la productividad en todos los ámbitos analizados, de ahí que la inversión en salud, incluyendo la inversión en las estructuras que aseguran la salud de la población, sea una de las políticas públicas más rentables.

130 Dictamen CES 7/2010, sobre el Anteproyecto de Ley de Salud pública.

la salud que traspasan los límites locales y las fronteras nacionales, lo que hace imprescindible la toma de medidas coordinadas para resolver eficazmente las situaciones de riesgo. Unido a lo anterior, está demostrado que el fomento de la prevención y los hábitos de vida saludables, que constituyen la base de la salud pública, además de mejorar la salud y la calidad de vida de la población a medio y largo plazo, aumentan la eficiencia económica del sistema sanitario. La norma, aprobada en 2011, vino a corregir la ausencia de una normativa estatal que regulara las actividades encaminadas a la prevención, promoción y prevención¹³¹, previendo la creación de varios instrumentos de vigilancia epidemiológica (Red de vigilancia de salud, incluyendo sistemas de alerta precoz y respuesta rápida) y de coordinación con las comunidades autónomas (Centro Estatal de Salud Pública).

La prevención y la promoción de estilos de vida saludables, elementos nucleares de la política de salud pública descansan de manera principal en unas pautas de actividad física y de evitación de comportamientos de riesgo, así como de unos patrones de alimentación equilibrada y de calidad, cuyo seguimiento depende no solo de la interiorización de sus beneficios por parte de la población, sino también de la accesibilidad de los elementos que conforman los estilos de vida favorables para la salud. En este sentido, la seguridad alimentaria juega un papel determinante en el contexto de las políticas de salud pública, habiendo alcanzado un notable desarrollo a raíz de las sucesivas crisis alimentarias surgidas en las últimas décadas. Así el control de la cadena alimentaria asegura el cumplimiento de unas normas de producción, manipulación y transformación de los productos agrícolas rigurosas de acuerdo con la normativa de la Unión Europea, garantizando la seguridad y la calidad de los alimentos, pero al mismo tiempo añadiendo costes al proceso de producción, lo que puede suponer una desventaja para los productores en el mercado interior.

Impulso de la salud pública a raíz de la pandemia de COVID-19: conclusiones del Evaluacovid-19

La configuración del Sistema Nacional de Salud, compuesto por 17 servicios autonómicos de salud –y múltiples competencias asumidas por las administraciones locales– y distintos niveles de atención, hacía muy necesaria la coordinación frente a circunstancias como la desencadenada por el COVID-19, dando respuesta rápida y eficaz a situaciones de riesgo para la salud de la población, con herramientas como, entre otros, un registro de personal disponible para ser trasladado si fuera preciso.

A este respecto, cabe subrayar las principales conclusiones del informe de Evaluación del desempeño del SNS ante la pandemia de COVID-19¹³². Dicho informe señala

131 Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud pública.

132 Equipo de Planificación y Coordinación de la evaluación. *Evaluacovid-19. Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia.* Abril 2023.

la insuficiente preparación del sistema para abordar una crisis como la del COVID, a pesar del conocimiento de posibles amenazas, la falta de adecuación del marco legal para afrontar la crisis sanitaria, y la preexistencia de problemas del sistema sanitario que llevaron a una respuesta a la pandemia marcada por algunos errores, entre los que destacan la distancia entre la salud pública y los niveles asistenciales, las deficiencias en los sistemas de vigilancia epidemiológica, unos recursos humanos estructuralmente infra-dimensionados para la actividad cotidiana de los servicios de salud pública, y la ausencia de un adecuado sistema de información a nivel nacional. A ello se unió la falta de protocolos previos en las residencias de personas mayores y otros colectivos vulnerables, y la limitada coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales. Al mismo tiempo el informe pone de manifiesto la existencia de fallos de coordinación en múltiples áreas, como en los mecanismos para compartir recursos médicos entre territorios, la debilidad del CISNS como instrumento para adoptar decisiones homogéneas en algunos casos, y algunos errores de comunicación.

La necesidad de disponer de instrumentos de coordinación en salud pública, reconocida en la Ley de Salud pública, se hizo plenamente visible durante la pandemia. La norma de 2011 previó, en efecto, la creación de diversos instrumentos para facilitar la coordinación interterritorial e internacional, así como la cooperación interadministrativa. Pero no fue hasta 2022 cuando por fin vio la luz la nueva “hoja de ruta” plasmada en la nueva

De la segmentación a la integración: un cambio de enfoque necesario

Estrategia de Salud Pública, más de una década después, y en el contexto de una crisis sanitaria que puso de manifiesto el riesgo que supone en la actualidad el surgimiento de patógenos con gran capacidad de propagación, por su potencia de arrastre en el conjunto de las estructuras sociales a escala internacional.

La nueva Estrategia de Salud Pública (ESP) constituye un instrumento de coordinación de las políticas nacionales en materia de salud pública (generales, autonómicas y locales) y una herramienta de articulación con las diferentes iniciativas internacionales (recuadro 13). Se plantea como la hoja de ruta común para la formulación, establecimiento y evaluación de políticas en salud y para incluir la perspectiva de salud y equidad en todas las políticas. Y constituye el marco nacional de referencia para facilitar la co-gobernanza, la cohesión y las sinergias colaborativas entre los distintos agentes y ámbitos territoriales.

El documento establece las acciones prioritarias creando un marco de referencia para la coordinación de todos los agentes implicados. Además, hasta el año 2026, será el instrumento que articule las diferentes iniciativas en salud pública desarrolladas en el ámbito internacional con las políticas nacionales. La previsión de la evaluación bianual de su funcionamiento queda pendiente de la puesta en marcha de la Agencia Estatal de Salud Pública, cuyo proyecto de ley de creación ha comenzado su tramitación en el Congreso.

RECUADRO 13. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA ESP 2022

- Línea estratégica 1: fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población. Con las metas de fortalecer el sistema de gobernanza; asegurar capacidades y competencias; impulsar la investigación y la innovación y potenciar la comunicación y la abogacía de la salud pública.
- Línea estratégica 2: modernizar la vigilancia en la salud pública para garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud. Con las metas de fortalecer y completar el sistema de vigilancia en salud pública y garantizar una respuesta rápida, oportuna y coordinada ante las amenazas que supongan un riesgo para la salud pública a nivel local, regional, nacional e internacional.
- Línea estratégica 3: mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida y entornos generadores de salud, seguros y sostenibles. Con las metas de promover los estilos de vida saludables, seguros y sostenibles; contribuir a crear entornos saludables, salutogénicos, seguros, sostenibles y libres de discriminación y violencia; mejorar las condiciones de vida, el bienestar y salud de la población y fomentar acciones para que las opciones más saludables sean las más fáciles de realizar para la población.
- Línea estratégica 4: promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida. Con las metas de favorecer la salud de la población a lo largo de todas las etapas de la vida y la equidad.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Estrategia de Salud Pública (ESP) 2022.

Por su parte, el Centro Estatal de Salud Pública, cuya creación también preveía la Ley de Salud pública y cuya aprobación sigue pendiente, habrá de asumir las funciones de asesoramiento técnico y científico en materia de salud pública, de evaluación de intervenciones, seguimiento y evaluación de la ESP 2022, así como de coordinación de las acciones desarrolladas por los centros nacionales de salud pública. Dentro de sus competencias, debe dar soporte al desarrollo de la Red de Vigilancia de la Salud Pública y fomentar mecanismos de cooperación entre los servicios asistenciales y de salud pública de las comunidades autónomas, creando un espacio de coordinación técnica e intercambio de buenas prácticas. También habrá de ejercer competencias de análisis y estudio, evaluación de políticas e intervenciones públicas, asesoramiento técnico, propuesta de medidas a las autoridades sanitarias y preparación y coordinación de respuesta ante situaciones de emergencia.

La actividad en salud pública: programas y estrategias

Si bien es cierto que la dimensión de salud pública del sistema se ha visto reforzada a raíz de la crisis sanitaria iniciada en 2020, no lo es menos que hasta ese momento venía desplegando una intensa y heterogénea actividad organizada en planos diversos para tratar de responder a los principales problemas de salud de la población, bien por su elevada prevalencia o por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica (recuadro 14).

RECUADRO 14. PRINCIPALES ACTUACIONES EN SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA**Promoción de la salud y prevención**

Enfermedades crónicas o no transmisibles: prevención de conductas de riesgo: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, alimentación (diabetes, obesidad).

Enfermedades transmisibles: Vacunación (calendario y programas).

Programas de cribado de enfermedades de alta prevalencia (cáncer colorectal, mama, cervix)

Programa de cribado neonatal de enfermedad endocrino-metabólicas.

Respuesta a alertas y emergencias sanitarias

El Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR) Evaluación de riesgos y coordinación de respuestas entre el sector sanitario y otros sistemas (Protección Civil y el Departamento de Seguridad Nacional).

Prevención y control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis

Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España.

Plan para la Prevención y Control del VIH y otras ITS 2021-2030.

Sanidad ambiental

Plan Estatal de Salud y Medio Ambiente 2022-26.

Salud laboral

Protocolo de vigilancia específica Amianto.

Sanidad exterior y salud internacional

Vacunación internacional, Control y vigilancia higiénico-sanitaria de puertos, aeropuertos de tráfico internacional, puestos fronterizos y medios de transporte internacional, Importación y exportación de alimentos.

Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Sanidad.

De acuerdo con los datos recogidos en el informe sobre los Perfiles Nacionales del Cáncer 2023¹³³, la tasa de mortalidad por cáncer ajustada por edad se sitúa en 218 muertes por cada 100.000 habitantes, una cifra superior a la mortalidad registrada por enfermedades del sistema circulatorio, habiendo disminuido de forma significativa en la última década (11 por 100 desde 2011). España presenta, además, una de las tasas de mortalidad más bajas de la Unión Europea por esta causa, junto con Suecia y Finlandia.

*La acción preventiva
mediante cribados
y vacunas*

Se ha demostrado que los programas de cribado reducen la morbilidad y la mortalidad prematuras por cáncer y contribuyen, significativamente, a mejorar la supervivencia. Al mismo tiempo, resultan cruciales para abordar las desigualdades sociales siendo eficaces cuando la población objetivo se determina de forma adecuada y los niveles de participación son elevados.

133 Comisión Europea, *European Cancer Inequalities Registry*, 2023.

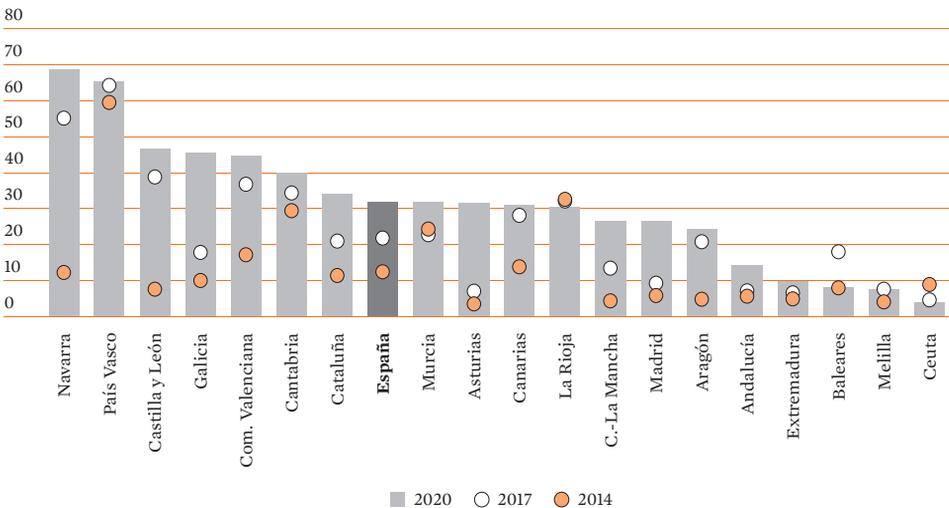
De acuerdo con las estimaciones de la OCDE¹³⁴, el coste del cáncer en 2020 habría representado alrededor del 10 por 100 del gasto público en atención sanitaria, con un total estimado de 12.100 millones de euros. En torno al 43 por 100 responden a costes directos (incurridos en el sistema sanitario); otro 21 por 100 a costes de oportunidad de tiempo derivados de la prestación de cuidados no remunerados por parte de familiares; y el 36 por 100 restante se debe a las pérdidas de productividad atribuidas a la morbilidad y a la mortalidad prematura. En cambio, el gasto en prevención en 2020 se situó en el 3,2 por 100 del gasto sanitario, ligeramente por debajo de la media de la Unión Europea (3,4 por 100).

En la actualidad se encuentran recogidos en la Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud los cribados poblacionales cuya aplicación hace que el beneficio obtenido, en términos de disminución de mortalidad y en algún caso de incidencia, compense a los posibles efectos adversos (resultados falso-positivos, sobrediagnósticos, sobretratamientos, resultados falso-negativos, etc.), esto es, cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de cérvix. No obstante, su aplicación en las comunidades autónomas, presenta notables disparidades en cobertura y participación (gráfico 62 y gráfico 63), habiendo sufrido un considerable retroceso durante el año 2020 a causa de la pandemia.

La adhesión a estos programas de detección precoz es muy variable, siendo los cribados de cáncer de mama y de cuello de útero los más exitosos (siete de cada diez

GRÁFICO 62. CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

(Porcentaje de personas de 50 a 69 años con prueba de sangre oculta en heces realizada con la frecuencia recomendada)

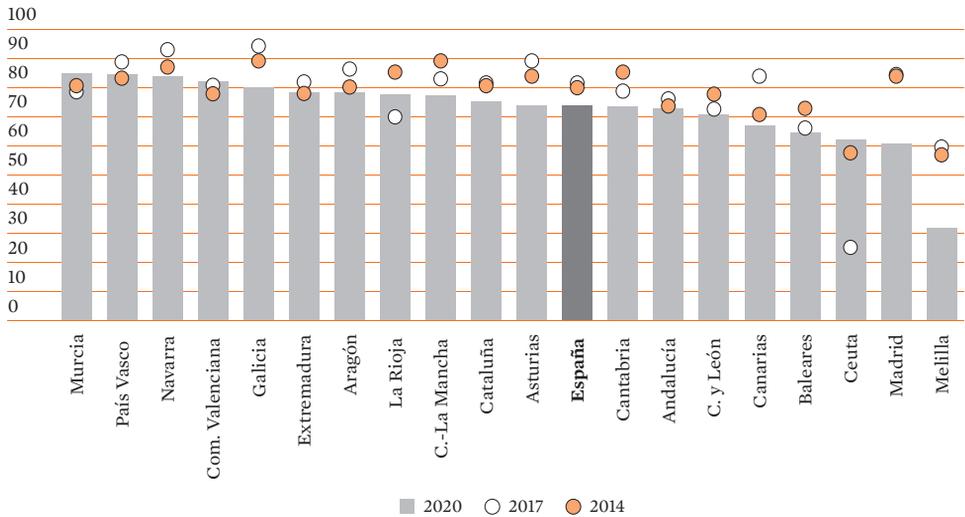


Fuente: Ministerio de Sanidad, INCLASNS.

134 OCDE, Comisión Europea, *Perfiles nacionales de cáncer, 2023. España*.

GRÁFICO 63. CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

(Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada)



Fuente: Ministerio de Sanidad, INCLASNS.

mujeres en los tramos de edad recomendados ha participado sometándose a pruebas de mamografía y citología¹³⁵), mientras que la detección y prevención del cáncer colorrectal presenta un nivel de seguimiento muy inferior (tres de cada diez personas en los tramos de edad recomendados en 2021). El nivel de estudios alcanzado parece ser determinante en la adhesión a los programas de mama y cérvix, especialmente en este último, siendo inferior en la población con formación básica. En el caso del cáncer colorrectal, en cambio, los estudios no son especialmente predictivos.

Por otro lado, la altísima variabilidad territorial en la penetración de los cribados, en especial la colonoscopia, sugiere diferencias en las políticas preventivas de las consejerías de salud, que demandan una mayor implicación en las comunidades en las que ni siquiera el 30 por 100 de la población diana llega a participar en los programas. La demostrada eficacia preventiva de la detección precoz de tumores de alta prevalencia y, elevada mortalidad en los casos avanzados, debe animar a aumentar el esfuerzo de las administraciones autonómicas con menor seguimiento en el desarrollo de programas de concienciación para alcanzar unos niveles de participación suficientes, poniendo especial énfasis en la masculina, que muestra niveles de adhesión inferiores.

Desde el punto de vista de la salud pública, las enfermedades transmisibles han ido perdiendo protagonismo dando paso a un régimen epidemiológico con la

Medidas de urgencia durante la pandemia

135 Debe señalarse que los criterios de delimitación de los tramos de edad están siendo revisados a la luz de nuevas evidencias sobre la incidencia en población menor de 50 y mayor de 70 años. Ello ha impulsado la adopción de un nuevo enfoque en el Plan Europeo de lucha contra el cáncer, que prevé, entre otras novedades, la ampliación de los grupos de edad en los cribados.

cronicidad como centro de la diana preventiva y terapéutica. Sin embargo, la aparición y difusión de nuevos patógenos nunca ha dejado de ser una posibilidad. No en vano, la OMS publicó repetidamente desde principios de siglo advertencias sobre un alto riesgo de epidemia por nuevos virus, en especial desde el surgimiento de las epidemias por SARS (2003) y MERS (2012), urgiendo a las administraciones sanitarias de todo el mundo a su preparación para el abordaje de una eventual crisis sanitaria global de origen infeccioso. Pero esas advertencias tuvieron escasas consecuencias en la mayor parte de los países antes de la irrupción del coronavirus, dando como resultado un desigual y descoordinado abordaje de la pandemia en 2020.

El conocimiento a finales de 2019 de los primeros casos identificados de neumonía en China relacionados con el nuevo virus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad COVID-19), supuso el origen de una situación inédita en la historia reciente de la salud pública en términos globales. La rápida extensión de la epidemia en ese país y posteriormente en otros lugares del mundo llevó a la Organización Mundial de la Salud a declarar la enfermedad como pandemia en marzo de 2020, alertando sobre sus efectos y sobre la urgencia de tomar medidas enérgicas para frenar su expansión. Italia y España fueron los primeros en experimentar el golpe del nuevo virus y en tomar medidas restrictivas, de distanciamiento social, por motivos de salud pública en el seno de la Unión Europea.

En España, las medidas adoptadas se organizaron en varias fases, siendo la primera, dentro de la declaración de estado de alarma, la más restrictiva. Así, el Gobierno aprobó el 14 de marzo de 2020 declarar el estado de alarma en todo el territorio español para afrontar la situación de emergencia sanitaria, que se prorrogó hasta junio de 2020. Desde la entrada en vigor del Plan de desescalada las comunidades autónomas asumieron la toma de decisiones relativas a las restricciones de movilidad, las actividades económicas y culturales, las medidas en el entorno educativo y la gestión de los recursos sanitarios. Así, pudieron ajustar los horarios de los “toques de queda” o las limitaciones a los desplazamientos, en función de la situación epidemiológica. Pudieron también regular la apertura y cierre en hostelería y las actividades culturales y de ocio. En cuanto al sistema educativo, asumieron las decisiones sobre el funcionamiento de las escuelas, implementando modalidades presenciales, semipresenciales o a distancia. También asumieron la responsabilidad de gestionar los recursos sanitarios como, entre otros, la adquisición de equipos médicos. Todo ello resultó en un abordaje muy dispar de la situación, con medidas más restrictivas en algunas regiones y otras más permisivas, habiéndose publicado recientemente la evaluación del impacto del conjunto de las medidas sobre la salud de la población y sobre el sistema sanitario, a la que ya se ha hecho mención¹³⁶.

Durante la situación denominada de “nueva normalidad”, se adoptaron medidas urgentes de prevención, contención y coordinación, para permitir seguir haciendo frente y controlando la pandemia. Esta situación perduró hasta que en octubre de 2020, con una

136 Evaluacovid-19, *op. cit.*

nueva subida de la mortalidad, se volvió a declarar el estado de alarma en todo el territorio nacional para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 en la denominada segunda ola, prorrogándose hasta mayo de 2021. Finalmente, en julio de 2023 se declaró el fin de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Pocos meses después de la declaración de la pandemia de COVID-19, la Comisión Europea estableció un Plan de Vacunación frente a la enfermedad¹³⁷, que incluía acuerdos adelantados de adquisición de vacunas con varias compañías farmacéuticas¹³⁸. La participación de España en esta estrategia facilitó la rápida disposición de dosis que han ido administrándose con arreglo a las pautas establecidas en una Estrategia¹³⁹ que se ha actualizado en once ocasiones, a medida que se incorporaban nuevos preparados¹⁴⁰ y se profundizaba en el conocimiento de la enfermedad y su transmisión.

El éxito de la campaña de vacunación en España se ha reflejado en unas tasas de inmunización superiores a la media de la Unión Europea. En enero de 2023, 40,7 millones de personas habían recibido la pauta completa, lo que supone un 86 por 100 de la población. La mayoría recibió el tratamiento preventivo a lo largo de 2021, año que finalizó con una cobertura del 79,7 por 100 de la población en España, constatándose la mayor adhesión a las recomendaciones de salud pública referidas a la vacunación en los segmentos de mayor edad, con un 100 por 100 de vacunados con la pauta completa de los mayores de 80 años, considerados la población de mayor riesgo de complicación y fallecimiento por COVID-19. En cambio, en los menores de 40 (y mayores 20) la tasa alcanzó un 85,5 por 100, cifra que, si bien muestra buenos niveles de confianza en la medida preventiva, es inferior a la del resto de la población.

*Una campaña
de vacunación
especialmente exitosa,
en comparación
europea*

4. La atención a la salud mental

La salud mental es una dimensión muy importante del bienestar y el desarrollo de la vida de las personas, considerándose una pieza clave para el ejercicio pleno de la ciudadanía. Pero a pesar de su importancia, su abordaje ha estado lastrado por la negativa carga simbólica de la enfermedad, derivada principalmente de la falta de información, siendo objeto de prejuicios sociales que llevan a la estigmatización de quienes sufren algún problema de salud mental. Ello ha repercutido desfavorablemente en su visibilidad, en la capacidad diagnóstica, en el acceso a los tratamientos necesarios y por tanto en la calidad de vida de quienes, necesiéndolos, no se han beneficiado de ellos.

La creciente carga de la enfermedad mental en todos los países occidentales, y la evidencia del peso de los determinantes sociales en su aparición, han favorecido una

137 *Estrategia de la UE para las vacunas frente la Covid-19*, COM (2020) 245 final.

138 Con una aportación de 2.700 millones de euros para su desarrollo.

139 Ministerio de Sanidad, *Estrategia de vacunación frente a Covid-19 en España*.

140 Todas las vacunas que están consideradas dentro del acuerdo de compra de la Comisión Europea se autorizan siguiendo el procedimiento centralizado por la Agencia Europea de Medicamentos.

cierta reorientación de las políticas sanitarias, situando la atención a la salud mental entre las líneas prioritarias en los compromisos internacionales para el abordaje integral de la salud.

La tendencia ascendente de los problemas de salud mental a lo largo de la última década se exacerbó durante el curso de la pandemia, constatándose su influencia negativa sobre el bienestar de la población. En este sentido,

Crisis de salud mental

el incremento de los trastornos de ansiedad, depresión, y cuadros de estrés postraumático, así como el aumento de conductas autolíticas a partir de 2020, hizo evidente la relación de la crisis sanitaria con el empeoramiento de la salud mental de la población. La pandemia causó también el aumento de la descompensación de cuadros clínicos preexistentes, como los trastornos de la conducta alimentaria, cuadros psicóticos y conductas adictivas, en especial las relacionadas con aparatos de pantalla, entre otros. Esa relación causal, documentada ampliamente en el ámbito internacional, ha sido también contrastada en el caso de población española, señalándose la especial vulnerabilidad de algunos segmentos como los integrados por personas con problemas de salud previos, las personas trabajadoras del sector sanitario, las que cuentan con menos recursos económicos o las mujeres, por la desigual carga de responsabilidades.

A ello debe añadirse el preocupante incremento de casos en la población infantil y adolescente indesligable de la transformación de los estilos de vida, las pautas de ocio y los nuevos modos de socialización en los que las tecnologías digitales han adquirido un enorme protagonismo. Las adicciones comportamentales, trastornos como la adicción al juego problemático o patológico, las conductas de riesgo de adicción, incluidas las que se desarrollan a través de las tecnologías de la información y la comunicación y el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla y el ciberacoso son formas cada vez más habituales de conducta problemáticas asociadas a las TIC entre los más jóvenes.

Un abordaje en dos niveles que demanda más recursos

En España (SNS) la atención a la salud mental se organiza en los dos niveles asistenciales, primaria y especializada, bajo el enfoque preconizado hoy en día de atención integral a esta área de la salud, que concede cada vez más importancia a la intervención preventiva desde el ámbito de la salud pública, el papel de la atención primaria y el uso racional del medicamento, así como la coordinación sociosanitaria.

La Cartera común de servicios de atención primaria comprende las actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital. En esta línea incluye la detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, la detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, la detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en

particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente, así como el seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

En el ámbito de la atención especializada se abordan los casos que revisten una mayor complejidad y gravedad, comprendiendo el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

Según el Informe del SNS 2022¹⁴¹ en España casi 4 de cada 10 personas padece algún trastorno de salud mental: el 37 por 100 de la población, proporción que aumenta al 75 por 100 entre las personas de 75 y más años, con un predominio de mujeres.

La grave crisis desencadenada por la extensión del coronavirus dejó una clara huella en el bienestar emocional de la población. De acuerdo con los datos sobre la salud mental recabados por el CIS en febrero de 2021 el 42 por 100 de las personas encuestadas “ha tenido problemas de sueño”, el 52 por 100 reconoció “sentirse cansado o con pocas energías” y el 23 por 100 ha sentido “miedo a morir debido al coronavirus”. Además, el 16 por 100 ha experimentado uno o más ataques de pánico.

La prevalencia registrada en las consultas de atención primaria¹⁴² es coherente con los datos de las encuestas (valores relativos a indicadores de malestar), mostrando un

RECUADRO 15. ACCIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

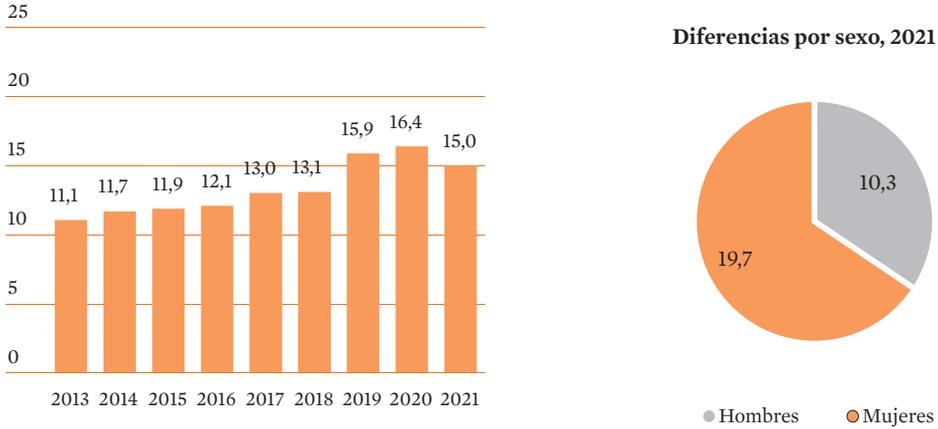
- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Fuente. Ministerio de Sanidad, Cartera común de servicios de atención especializada.

141 Según la BDCAP, *op. cit.* y el registro de actividad de atención sanitaria especializada.

142 Base de datos clínicos de atención primaria, 2023.

GRÁFICO 64. PREVALENCIA REGISTRADA DE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN GENERAL Y POR SEXO



Fuente: Ministerio de Sanidad, INCLASNS, 2023.

valor del 16,4 por 100 en 2020 y del 15 por 100 en 2021, con una mayor representación de mujeres, por la mayor frecuencia de diagnósticos de ansiedad y depresión, que son los más habituales en el ámbito de la salud mental.

A ello hay que añadir el preocupante número de fallecimientos por suicidio, que, en 2022, según los datos aportados por el Observatorio del suicidio en España, asciende a 4.097, lo que implica una media de 11,2 personas al día y un aumento del 2,3 por 100 con respecto a 2021, siendo mayoría los hombres, que representan el 74 por 100 frente al 26 por 100 de mujeres.

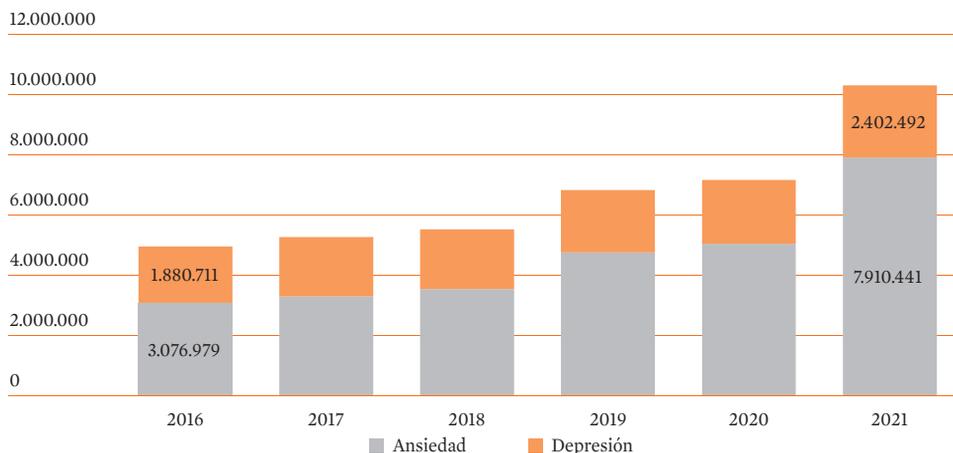
Definida por la OMS como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, la salud mental es una dimensión esencial de la calidad de vida de las personas, y al mismo tiempo es un factor esencial de integración laboral y productividad. No en vano, los problemas de salud mental constituyen la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, después de las enfermedades osteomusculares.

Según las estimaciones de la OCDE¹⁴³ el coste total de los problemas de salud mental representa el 4 por 100 del PIB en los países de la Unión Europea distribuidos en 190 mil millones de euros de gasto directo en asistencia sanitaria, 170 mil millones de euros en programas de seguridad social y aproximadamente 240 mil millones de euros de costes indirectos para el mercado laboral debido a la reducción del empleo y de la disminución de la productividad laboral. En España se estima un coste de los problemas de salud mental, equivalente al 4,2 por 100 del PIB.

Sin embargo, a pesar de la importancia de los datos epidemiológicos, y sus implicaciones en los ámbitos del bienestar y la economía, la salud mental recaba una porción

143 OCDE, *Health at a glance*, 2018.

GRÁFICO 65. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL REGISTRADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA



* Problema de salud: incluye aquellos problemas de salud que han estado “activos” en el año de estudio y que constan registrados en la historia clínica de forma codificada. Se utiliza la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP), que incluye tanto diagnósticos como determinados signos y síntomas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Base de datos clínicos de atención primaria.

reducida de los recursos del sistema en términos de personal especializado, contando con 10 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, tasa inferior a la media de Unión Europea¹⁴⁴, y muy inferior a la de algunos países como Alemania, Bélgica o Polonia.

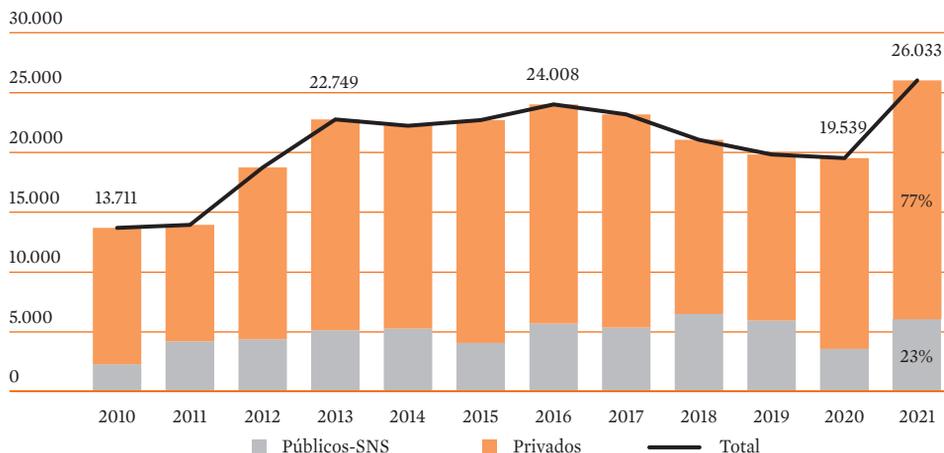
El aumento del riesgo de padecer problemas de salud mental, medido a través de indicadores de malestar (Encuesta Nacional de Salud y Barómetro del CIS), así como del número de problemas registrados en atención primaria, ha corrido en paralelo al incremento de las consultas en atención especializada (psiquiatría) a lo largo de la última década. Así, de las cerca de 14 mil consultas realizadas en 2010 se ha pasado a 26 mil en 2021, es decir, que la actividad de consulta casi se ha duplicado

La provisión de atención especializada en salud mental: protagonismo del sector privado

en ese periodo (gráfico 66). La insuficiencia de los recursos destinados a la atención a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud ha propiciado el auge del sector privado en esta área asistencial, de modo que 8 de cada 10 consultas en psiquiatría se realizan en ese sector mientras que el sistema público responde solo de 2 de cada 10. Esta distribución de la actividad total, que implica gasto para la mayoría de los pacientes, puede resultar en una situación de cuidados inversos, recibiendo menos atención quienes más la necesitan, toda vez que los segmentos con menos recursos económicos son precisamente los más expuestos al riesgo de padecer problemas de salud mental.

144 Eurostat.

GRÁFICO 66. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EN PSIQUIATRÍA



Fuente: Ministerio de Sanidad, INCLASNS, 2023.

Nueva estrategia de salud mental

Desde 2006, año en que se aprobó la Estrategia de Salud Mental del SNS, hasta 2021 la principal herramienta para coordinar las acciones encaminadas a mejorar la salud mental no había sido actualizada. La dilatación del plazo de renovación y la coincidencia de la crisis sanitaria causada por el coronavirus con el anuncio de su aprobación, llevaron a una acogida positiva rodeada de importantes expectativas de la ESM 2022-2026¹⁴⁵. No en vano el nuevo marco considera elementos específicamente relacionados con la pandemia, introduciendo algunas cuestiones muy sensibles como la prevención de las conductas suicidas cuyo incremento en la población más joven ha generado alarma, la salud mental en la infancia y la adolescencia o su dimensión de género.

La Estrategia persigue el objetivo de servir como herramienta para mejorar la salud mental de la población, atender de forma integral a las personas con problemas de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, apoyando a sus familias y promoviendo un modelo de atención integral y comunitarios que favorezca la recuperación e inclusión social y se consolidan diez líneas estratégicas, incluyendo por primera vez la perspectiva de género.

El instrumento nace, en definitiva, en un momento en el que la salud mental se ha convertido en un reto de primer orden para un sistema sanitario que en la actualidad no cuenta con medios suficientes para afrontar las necesidades de la población en términos de bienestar mental, en un contexto social de auge del reconocimiento de su importancia.

¹⁴⁵ Ministerio de Sanidad 2022, Estrategia de Salud Mental 2022-2026.

RECUADRO 16. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL 2022-2026

1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.
2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental.
3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.
5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia.
6. Atención e intervención familiar.
7. Coordinación.
8. Participación de la ciudadanía.
9. Formación.
10. Investigación, innovación y conocimiento.

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2022.

CAPÍTULO IV
EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA

Un sistema sanitario desarrollado, de cobertura universal y amplias prestaciones, financiado con impuestos generales, con implantación en todo el territorio, innovador y bien gestionado, constituye un pilar fundamental de cualquier democracia avanzada por múltiples razones. En primer lugar, porque garantiza altas cotas de bienestar a toda la ciudadanía durante toda su vida, vida de calidad que también ayuda a alargar. Asimismo, porque tiene un notable potencial redistributivo y de reducción de la pobreza, contribuyendo de forma notable a la cohesión social y territorial del país. Pero también por lo que representa desde el punto de vista estrictamente económico, y no solo por lo que aporta el sector sanitario en términos de valor añadido y empleo, ya de por sí muy relevante, sino sobre todo por su contribución al crecimiento potencial de la economía. Porque gastar en mejorar la salud de la población es invertir en capital humano, con los efectos positivos que se derivan en términos de ampliación de la fuerza laboral, de alargamiento de la vida activa, de aumento de la productividad y de la mejora del desempeño de las personas trabajadoras¹⁴⁶. Por todo ello, la consolidación y el fortalecimiento presupuestario del Sistema Nacional de Salud debe verse ante todo como una inversión de futuro.

1. Análisis comparado

El Sistema de Cuentas de Salud, que ha sido adoptado por OCDE, Eurostat y la OMS como referente para la recogida y tratamiento de la información sobre gasto sanitario con el fin de hacerla comparable entre los países miembros de estas organizaciones, muestra que el gasto sanitario en España se sitúa, según todos los indicadores, en cotas inferiores al promedio de la UE-27.

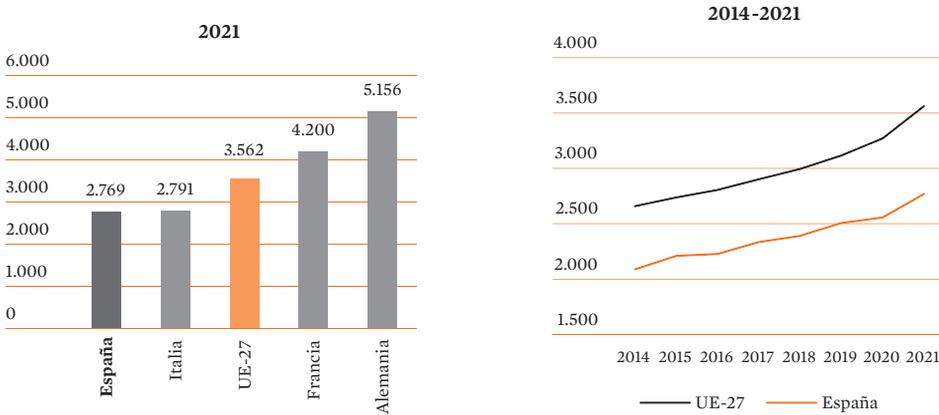
Así, en 2021, último año para el que se ofrecen datos, el gasto sanitario per cápita (ajustado en función de las diferencias en el poder adquisitivo), y que incluye tanto el gasto público como el privado, ascendió a 2.769 euros, un 22 por 100 por debajo de la media de la Unión Europea, una brecha que se mantiene en el tiempo, a pesar del aumento del gasto

El gasto sanitario en España es inferior al promedio de la Unión Europea

sanitario registrado en los últimos años en España. Entre los países europeos con mayor tamaño poblacional, España es el que presenta un gasto sanitario per cápita inferior, con diferencias muy acusadas respecto a países como Francia o Alemania (gráfico 67).

146 Para un análisis detallado y cuantificado de la contribución económica y social de la sanidad véase Analistas Financieros Internacionales (2021), *Inversión en Sanidad: la vía española hacia la prosperidad*.

GRÁFICO 67. GASTO SANITARIO PER CÁPITA (Euros en paridad de poder de compra)

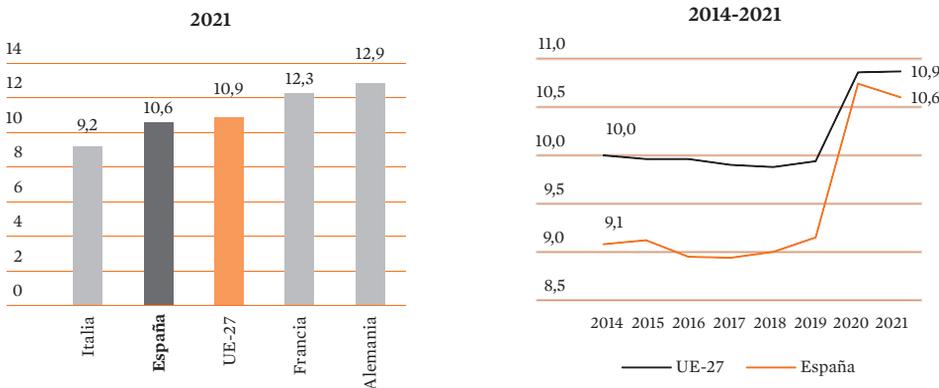


Fuente: Eurostat, Sistema de Cuentas de Salud.

En términos de PIB y con la misma fuente, el gasto sanitario en España se situó en 2021 en el 10,6 por 100 del PIB, algo por debajo del promedio de la UE-27 (10,9 por 100) y a distancia de países como Francia o Alemania. En 2020 se observa una notable convergencia de este indicador hacia el promedio de la UE-27 que rompe con el patrón observado en años previos, algo que hay que achacar en gran medida a un mero efecto estadístico o “efecto denominador”, es decir, a una caída del PIB por efecto de la crisis pandémica mucho mayor en España que en el resto de la Unión Europea. Esto explica que en 2021, con la economía española en recuperación, se haya producido una reversión parcial de dicha convergencia, reversión que es previsible que haya continuado en 2022 por el retraso relativo de España en recuperar el nivel de PIB previo a la pandemia (gráfico 68).

En cuanto a la estructura del gasto por esquemas de financiación, en España el gasto público sanitario representa el 71,6 por 100 del total, y el resto se financia privadamente, bien a través de seguros voluntarios (7,4 por 100) o de pagos directos de los hogares

GRÁFICO 68. GASTO SANITARIO EN PORCENTAJE DEL PIB



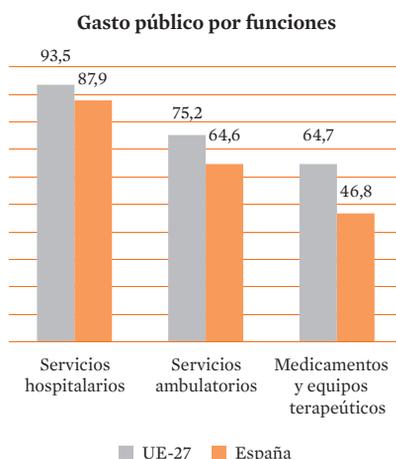
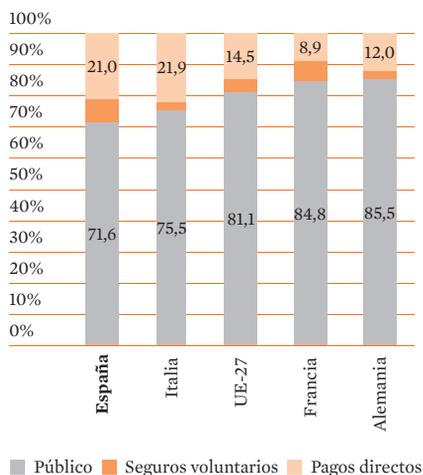
Fuente: Eurostat, Sistema de Cuentas de Salud.

(21 por 100). La proporción del gasto público es en España sensiblemente inferior al promedio de la UE-27, que se eleva al 81,1 por 100, y muy alejada de las cifras de países como Francia o Alemania. Por grandes funciones sanitarias, el peso del gasto público frente al gasto privado es inferior en España al observado en la UE-27 en todas ellas, aunque la diferencia no es tan abultada en servicios hospitalarios como en servicios ambulatorios y, sobre todo, en medicamentos y dispositivos terapéuticos dispensados a pacientes ambulatorios, donde el gasto público en España representa solo el 46,8 por 100 del total, frente al 64,7 por 100 de la UE-27 (gráfico 69).

El gasto sanitario privado es más importante en España que en el promedio de la UE

De esta forma, más de una quinta parte del gasto sanitario en España se sufraga directamente por los hogares, muy por encima del promedio de la UE-27 (14,5 por 100) y más aún de países como Francia (8,9 por 100) o Alemania (12 por 100). Atendiendo a la composición del gasto privado directo, en España bastante más de la mitad se destina a la adquisición de medicamentos y equipos terapéuticos, como sillas de ruedas, audífonos y similares, y más de una tercera parte a pagar servicios sanitarios ambulatorios, con un peso destacado de los servicios dentales, cuya cobertura en el sistema Nacional de Salud español es muy limitada¹⁴⁷. En la UE-27 el peso de estos dos tipos de compras en el total de pagos directos es menor que en España y, en cambio, tiene más importancia el gasto privado en cuidados sanitarios de larga duración (gráfico 70).

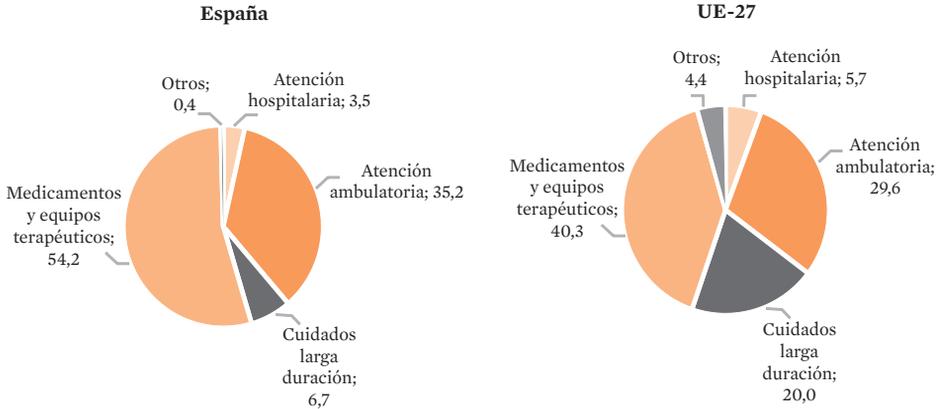
GRÁFICO 69. ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO POR ESQUEMAS DE FINANCIACIÓN, 2021 (En porcentaje del total)



Fuente: Eurostat, Sistema de Cuentas de Salud.

147 De acuerdo con algunas estimaciones, la universalización de la atención bucodental podría suponer un aumento del gasto sanitario de alrededor de medio punto de PIB (A. Montero y F. I. Sánchez Martínez (2023): “Una aproximación al coste presupuestario de universalizar la salud bucodental en España”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 37).

GRÁFICO 70. DISTRIBUCIÓN DE LOS PAGOS DIRECTOS POR FUNCIÓN, 2021
(En porcentaje)



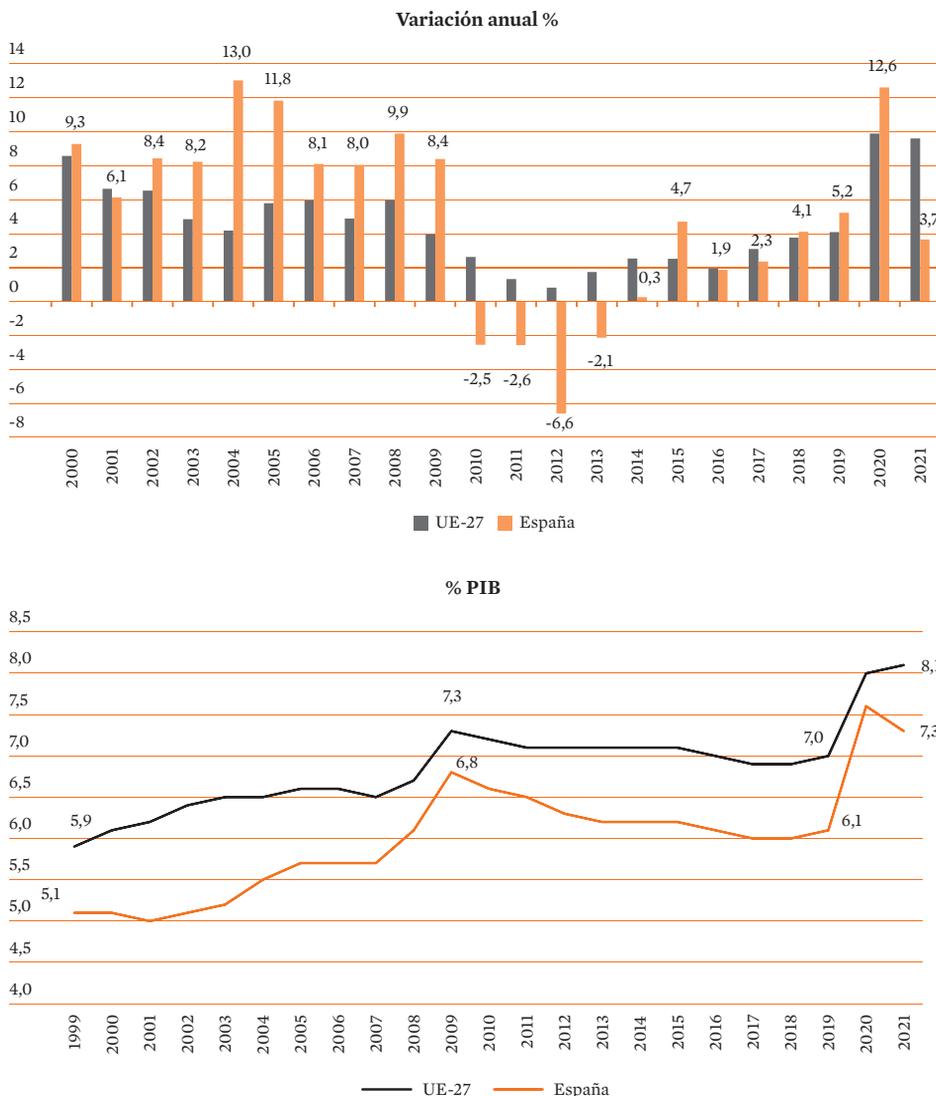
Fuente: Eurostat, Sistema de Cuentas de Salud.

A diferencia de la UE, importantes recortes de gasto sanitario público en España tras la crisis financiera

Centrando el análisis comparado en el gasto sanitario realizado por las Administraciones públicas según el SEC-2010 (clasificación funcional COFOG), su evolución desde principios de siglo permite distinguir tres etapas. Desde 1999 y hasta 2009, coincidiendo con un periodo de bonanza económica, se produjo una notable expansión del gasto sanitario público en España, que aumentó en general a tasas sensiblemente superiores al PIB y al promedio de la UE-27, lo que supuso un incremento notable de su peso en el PIB (del 5,1 al 6,8 por 100) y una reducción de la brecha con Europa. Pero esta tendencia a la convergencia con Europa se revirtió en 2010, en plena crisis financiera y por las políticas de ajuste fiscal desplegadas a instancias de la Unión Europea desde esa fecha. Desde entonces y hasta que se desencadenó la pandemia, si bien se produjo una progresiva pérdida de peso del gasto sanitario en el PIB en la Unión Europea en general, porque se registraron tasas de crecimiento del gasto sanitario muy moderadas, en España el ajuste del gasto sanitario fue mucho más intenso porque, a diferencia de lo ocurrido en la UE-27, se produjeron recortes del gasto sanitario público durante cuatro años consecutivos –de manera destacada en 2012–, que no se revirtieron después a pesar de la recuperación de la economía, lo que provocó una pérdida de peso del gasto sanitario público en el PIB diferencialmente alta que amplió la brecha con la media europea (gráfico 71).

Finalmente, la crisis sanitaria provocada por la pandemia condujo en 2020 a un crecimiento muy considerable del gasto sanitario público en todos los países europeos al tiempo que se contraían abruptamente las economías, con el consiguiente aumento generalizado de la ratio de gasto sobre el PIB. En España el incremento del peso del gasto sanitario público sobre el PIB fue más acusado y prácticamente se cerró la brecha con la Unión Europea, lo que se explica porque el gasto creció más que el promedio

GRÁFICO 71. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO, 1999-2021



Fuente: Eurostat, Contabilidad Nacional. Clasificación funcional COFOG.

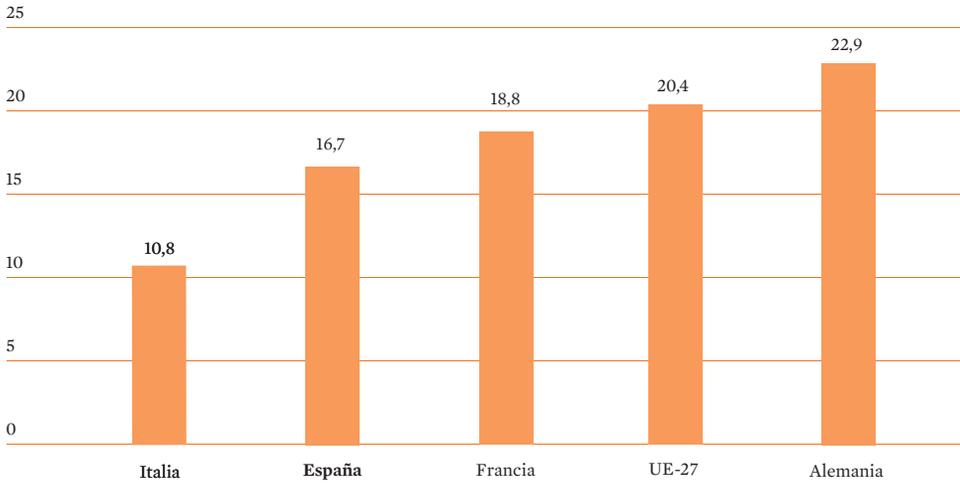
Europeo, pero también porque el desplome del PIB fue bastante mayor. No obstante, esta aparente convergencia con Europa del indicador de referencia se ha corregido sustancialmente en 2021 porque, a diferencia de lo ocurrido en la Unión Europea, el crecimiento del gasto sanitario ese año se limitó en España considerablemente, al tiempo que la actividad económica se recuperaba con vigor. Con todo, en 2021 tanto en la UE-27 como en España el peso del gasto público en el PIB se sitúa en

La abrupta caída del PIB en España en 2020 explica la convergencia de la ratio con la UE

cotas históricamente elevadas, si bien no es descartable que, a partir de 2022, con la pandemia prácticamente superada, la retirada de las medidas sanitarias extraordinarias y la recuperación de las economías, se registren caídas de este indicador.

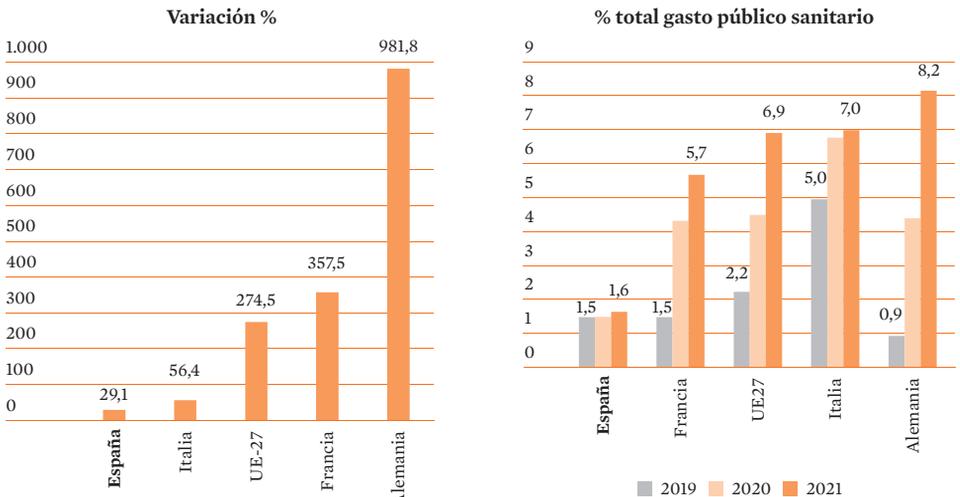
En todo caso, el aumento agregado del gasto público sanitario en España durante la pandemia (años 2020 y 2021), aunque fue considerable (16,7 por 100), fue bastante menor que el promedio de la UE-27 (20,4 por 100) y que el registrado en países como Francia y Alemania (gráfico 72).

GRÁFICO 72. AUMENTO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DURANTE LA PANDEMIA (Variación 2019-2021 %)



Fuente: Eurostat, Contabilidad Nacional. Clasificación funcional COFOG.

GRÁFICO 73. AUMENTO DEL GASTO EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA PANDEMIA, 2019-2021



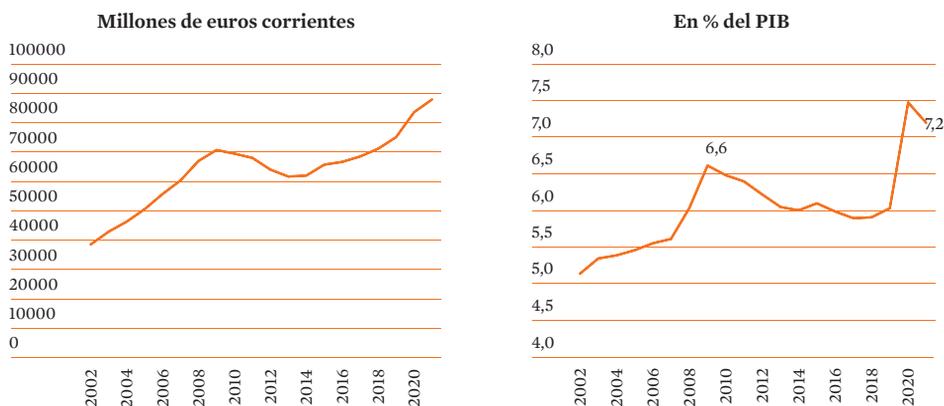
Fuente: Eurostat, Contabilidad Nacional. Clasificación funcional COFOG.

Destaca en particular el escaso crecimiento en este bienio del gasto en salud pública en España, si se compara con el importantísimo esfuerzo realizado en los países europeos de referencia. Como consecuencia, el peso del gasto en salud pública sobre el total de gasto sanitario apenas ha aumentado una décima en España, hasta el 1,6 por 100, una cota muy baja y alejada de la que se ha alcanzado de promedio en la Unión Europea, del 6,9 por 100, y todavía más si se compara con los datos de Francia y Alemania (gráfico 73). Como se ha explicado en otro lugar del informe, el escaso desarrollo de la política de salud pública constituye una de las principales debilidades del Sistema Nacional de Salud español y para corregirla resulta perentorio e ineludible aumentar de forma muy considerable su dotación presupuestaria.

2. Gasto sanitario público: total y por comunidades autónomas

Como se ha comentado, en España, la evolución del gasto sanitario público desde 2002, momento en que se produjo el traspaso de competencias a las comunidades autónomas, es de crecimiento ininterrumpido hasta la crisis financiera de 2009, tanto en términos absolutos como en porcentaje del PIB, de retroceso a partir de entonces y hasta 2014 como consecuencia de la política de recortes desplegada durante la crisis, de aumento en términos absolutos entre 2015 y 2019, aunque a tasas iguales o inferiores a las del PIB, y de acusado incremento en 2020 y 2021, reflejo de la respuesta que desde el sistema público se dio a la crisis sanitaria provocada por la pandemia. Como también se ha explicado, el incremento registrado en términos de PIB en 2020 está muy sesgado por el desplome de la actividad (denominador). En 2021, último dato disponible, el gasto sanitario público según la Estadística de Gasto Sanitario Público asciende a 88.000 millones de euros, lo que supone el 7,2 por 100 del PIB (con la reciente revisión del INE), y el 14,5 por 100 del gasto público total.

GRÁFICO 74. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL, 2002-2021



Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público.

Los servicios hospitalarios y especializados absorben el 62 por 100 del gasto público sanitario

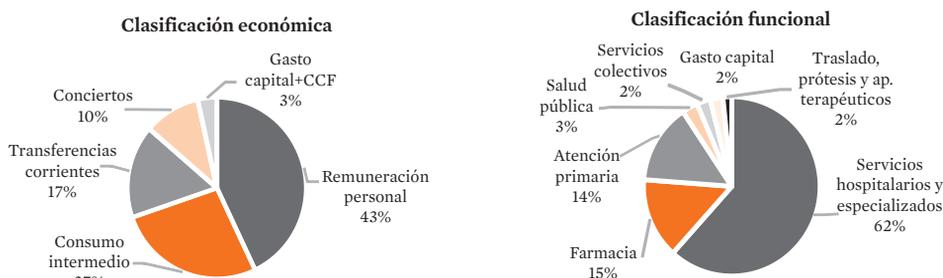
En cuanto a la estructura del gasto sanitario público, según la clasificación económica la principal partida es la remuneración del personal sanitario (43 por 100), en consonancia con el carácter intensivo en trabajo de la actividad sanitaria, seguido de los consumos intermedios (27 por 100) donde se incluye el gasto farmacéutico hospitalario, las transferencias corrientes (17 por 100) donde se ubica el gasto en recetas, los conciertos con el sector privado (10 por 100) y los gastos de capital (3 por 100). Por funciones, el gasto en servicios hospitalarios y especializados explica el 62 por 100 del total, y le sigue en importancia el gasto en farmacia (15 por 100) y en atención primaria (14 por 100) (gráfico 75).

En consonancia con el modelo español de gestión descentralizada, las comunidades autónomas realizan el 92,1 por 100 del gasto sanitario público total; el resto corresponde a la Administración central¹⁴⁸ (2,6 por 100), a las mutualidades de funcionarios¹⁴⁹ (2,6 por 100), al sistema de Seguridad Social (2,0 por 100) y a las corporaciones locales (1,0 por 100).

El gasto sanitario de las comunidades autónomas, que ascendió a 81.000 millones de euros en 2021, se concentra en las cuatro comunidades más pobladas: Cataluña (17,3 por 100), Andalucía (15,6 por 100), Madrid (12,8 por 100) y Comunidad Valenciana (10,3 por 100), que conjuntamente realizan el 56 por 100 del gasto sanitario total.

GRÁFICO 75. ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL, 2021

(En porcentaje del total)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público.

148 Comprende el gasto sanitario realizado por el Ministerio de Sanidad y sus organismos adscritos que son la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); la Organización Nacional de Trasplantes (ONT); y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

149 El mutualismo administrativo lo componen la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la más numerosa, el Instituto social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU). Se trata de organismos públicos que se financian con una parte de las cotizaciones sociales de los mutualistas y garantizan su cobertura sanitaria y la de sus familiares a través de conciertos con empresas de seguros privadas, así como con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

CUADRO 8. GASTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2021

Comunidad	€ por habitante	% PIB regional	% gasto total de la comunidad	% gasto sanitario total CCAA	% población total CCAA*
Andalucía	1.486	7,9	38,7	15,6	18,0
Aragón	1.894	6,6	40,4	3,1	2,8
Asturias	1.965	8,5	41,3	2,4	2,1
Baleares	1.644	6,6	29,4	2,5	2,5
Canarias	1.732	9,1	33,4	4,8	4,6
Cantabria	1.866	7,9	38,3	1,3	1,2
Castilla y León	1.879	7,7	41,7	5,5	5,1
Castilla-La Mancha	1.793	8,7	44,7	4,5	4,3
Cataluña	1.829	6,1	34,0	17,3	16,4
C. Valenciana	1.656	7,4	37,9	10,3	10,7
Extremadura	1.895	9,9	38,2	2,5	2,2
Galicia	1.776	7,6	40,5	5,9	5,7
Madrid	1.536	4,4	34,0	12,8	14,2
Murcia	1.909	9,0	44,4	3,6	3,2
Navarra	1.941	6,3	27,9	1,6	1,4
País Vasco	2.073	6,3	36,9	5,6	4,7
Rioja (La)	1.660	6,1	32,9	0,6	0,7
Total CCAA	1.716	6,7	36,9	100,0	100,0

* INE. Datos definitivos a 1 de enero de 2021

Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público.

Con el fin de poder comparar el gasto sanitario que realizan las diferentes comunidades autónomas, se recogen para cada una de ellas los tres indicadores más relevantes con datos de 2021, el último año disponible (cuadro 8). Tomadas en conjunto, las comunidades gastan 1.716 euros por habitante, el gasto sanitario representa el 6,7 por 100 del PIB, y explica el 36,9 por 100 del gasto público total de las comunidades, lo que la convierte en la principal política de gasto autonómico. Sin embargo, se observan diferencias significativas entre ellas.

Así, en cuanto al gasto sanitario por habitante, 12 de las 17 comunidades presentan registros superiores a la media, encabezadas por el País Vasco, Asturias y Navarra, y solo cinco de ellas se sitúan por debajo, un grupo entre las que se encuentran, además de Baleares y La Rioja, tres de las comunidades más pobladas: Andalucía, Madrid y la Comunidad Valenciana.

Existe una disparidad notable entre las comunidades en gasto sanitario por habitante

En segundo lugar, tomando el peso del gasto sanitario en el PIB regional, sobresalen algunas comunidades con menor nivel de desarrollo económico, como Canarias, Extremadura, Murcia o Castilla-La Mancha, mientras que otras con un PIB regional relativamente alto, como Madrid, Cataluña o las forales, tiene registros inferiores a la media.

Por último, respecto al porcentaje del gasto sanitario sobre el total de gasto público, que indicaría el esfuerzo presupuestario que cada comunidad dedica a esta política pública, destacan Castilla-La Mancha, Murcia, Castilla y León, Asturias, Galicia y Aragón, que destinan más del 40 por 100 de su presupuesto a sanidad, mientras que en Navarra o Baleares este porcentaje no supera el 30 por 100.

Por lo que respecta a la estructura del gasto sanitario de las comunidades, la clasificación económica muestra un claro predominio de los gastos de personal en todas ellas, hasta el punto de que en algunas (País Vasco, Aragón, Navarra y Canarias), esta partida supone más de la mitad del gasto total. Le siguen en importancia las partidas de consumos intermedios, que incluye el gasto farmacéutico hospitalario, y las transferencias corrientes, que recogen el gasto farmacéutico en recetas (cuadro 9).

CUADRO 9. ESTRUCTURA ECONÓMICA DEL GASTO SANITARIO DE LAS CCAA, 2021
(En porcentaje del total)

Comunidades autónomas	Remuneración personal	Consumo intermedio	Conciertos	Transferencias corrientes	Gasto de capital + CCF	Total mill. euros
Andalucía	49,4	26,3	3,9	19,3	1,2	12.658,4
Aragón	53,4	25,6	3,7	15,2	2,1	2.486,7
Asturias	48,5	28,7	5,9	16,3	0,6	1.984,2
Baleares	47,6	28,7	8,6	12,9	2,2	2.006,3
Canarias	51,4	22,9	7,3	16,9	1,5	3.910,3
Cantabria	47,7	31,7	3,1	15,9	1,5	1.089,9
Castilla y León	49,5	27,5	2,8	17,5	2,6	4.472,7
Castilla-La Mancha	48,8	25,2	5,0	17,0	4,0	3.674,4
Cataluña	36,9	22,9	23,9	12,6	3,7	14.125,1
C. Valenciana	40,8	34,9	3,9	18,4	1,9	8.376,9
Extremadura	49,1	25,5	4,2	19,0	2,2	2.001,1
Galicia	44,2	29,4	4,5	18,0	3,8	4.783,5
Madrid	43,9	27,6	11,7	14,5	2,4	10.407,6
Murcia	49,5	26,6	5,5	15,4	3,0	2.895,3
Navarra	52,4	24,7	6,7	13,3	3,0	1.276,9
País Vasco	53,6	24,6	6,1	12,2	3,5	4.521,6
Rioja (La)	49,7	27,7	5,6	15,6	1,5	525,1
Total CCAA	45,7	26,8	8,9	16,0	2,5	81.196,1

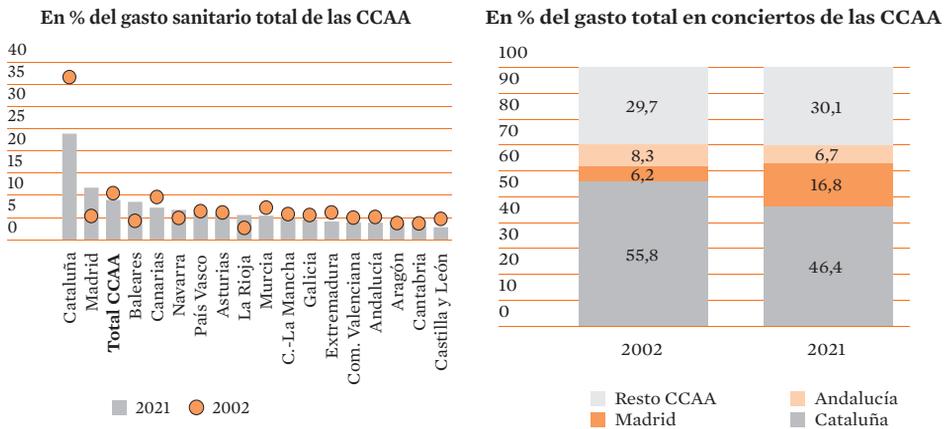
Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público.

Es reseñable, por diferenciarse claramente del resto, la situación de Cataluña, la comunidad con mayor gasto sanitario, donde casi una cuarta parte se destina a financiar conciertos con el sector privado. Esta singularidad responde a que el modelo sanitario catalán, a diferencia del resto, se ha basado históricamente en la colaboración con el sector privado, especialmente con el no lucrativo, y se basa en la separación de la provisión de servicios del resto de funciones públicas (ordenación, planificación, compra, financiación, evaluación y control), permitiendo que la provisión de servicios y prestaciones del sistema sanitario público pueda realizarse bajo una gran diversidad de fórmulas de gestión –directa, indirecta o compartida¹⁵⁰–.

Cataluña, Madrid y Andalucía concentran el 70 por 100 del gasto en conciertos

Con todo, el peso del gasto público en conciertos ya alcanza cotas significativas en Madrid (11,7 por 100) y Baleares (8,6 por 100), dos comunidades en las que este indicador muestra una tendencia claramente creciente desde 2002, a diferencia de Cataluña y la mayoría del resto de territorios, donde los conciertos han perdido peso relativo a lo largo del periodo. En todo caso, el volumen agregado de recursos públicos que las comunidades destinan a conciertos sanitarios, en su mayor parte de servicios hospitalarios y especializados¹⁵¹, casi se ha duplicado entre 2002 y 2021 hasta alcanzar los 7.265

GRÁFICO 76. GASTO EN CONCIERTOS SANITARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2002-2021



Fuente Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público.

150 Para un análisis en profundidad de la historia y características del modelo sanitario catalán véase M. Del Castillo y J. Serrat (2018), “La colaboración público-privada en el sector Salud”, en *La cooperación público-privada*, Revista del Consejo General de Economistas, núm. 15.

151 Los servicios hospitalarios concertados incluyen pruebas diagnósticas, terapias respiratorias o radioterapia, entre otros, y los servicios especializados concertados abarcan intervenciones quirúrgicas, cuidados de larga estancia, de salud mental, rehabilitación, etc. Aunque en menor medida, también se concertan con el sector privado el traslado de enfermos, servicios primarios de salud y prótesis y aparatos terapéuticos.

millones de euros¹⁵², de los que el 46 por 100 corresponden a Cataluña, el 17 por 100 a Madrid y el 7 por 100 a Andalucía (gráfico 76).

Los conciertos con el Sistema Nacional de Salud constituyen una pieza fundamental del modelo de negocio de los hospitales privados, de forma que se estima que el 63 por

Los conciertos con el SNS sostienen el modelo de negocio de los hospitales privados

100 de los mismos tiene algún tipo de concierto con entidades públicas y que los ingresos por este concepto, suponen el 35 por 100 de la facturación del sector. El resto de su cifra de negocios se reparte entre la asistencia sanitaria puramente privada (10 por 100) y los convenios con empresas de seguros sanitarios (55 por

100)¹⁵³. Además, si se tiene en cuenta que en la facturación a las aseguradoras se incluye la asistencia sanitaria prestada a los beneficiarios del mutualismo administrativo, que se financia con dinero público a través de conciertos de las distintas mutualidades de funcionarios con diferentes compañías de seguros¹⁵⁴, puede afirmarse que el peso de los fondos públicos en la facturación de sector hospitalario privado supera ampliamente el mencionado 35 por 100.

En lo que atañe a la clasificación funcional del gasto sanitario de las comunidades, los datos muestran el enorme peso que ha adquirido el gasto en servicios hospitalarios

El peso del gasto en atención primaria no supera el 17 por 100 en ninguna comunidad

y especializados en todas ellas, particularmente en la Comunidad de Madrid donde roza ya el 70 por 100, y, en cambio, el limitado porcentaje de gasto que se destina a atención primaria, un 14,2 por 100 de media, con comunidades como Madrid y Galicia donde no llega al 12 por 100, a pesar de ser el nivel con mayor potencial

para resolver las demandas de atención sanitaria con el consiguiente ahorro de gasto para el sistema. Por su parte, el gasto en farmacia, que recoge el gasto en recetas, es la segunda partida en importancia en casi todas las comunidades, con un peso destacado en Extremadura, Galicia, Andalucía y la Comunidad Valenciana, donde supera el 17 por 100 del total.

152 Si al gasto en conciertos de las comunidades autónomas se suma el que realiza la Seguridad Social, la Administración central y las mutualidades de funcionarios, la cifra asciende a 9.227 millones de euros en 2021, el 10,2 por 100 del gasto sanitario público total.

153 Datos de 2021. IDIS (2023), *Sanidad privada, aportando valor*.

154 Se calcula que en 2022 el mutualismo administrativo representa el 17 por 100 del volumen de primas del sector de los seguros sanitarios y el 14 por 100 de los asegurados. IDIS (2023), *Sanidad privada, aportando valor*.

CUADRO 10. ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL GASTO SANITARIO DE LAS CCAA, 2021
(En porcentaje del total)

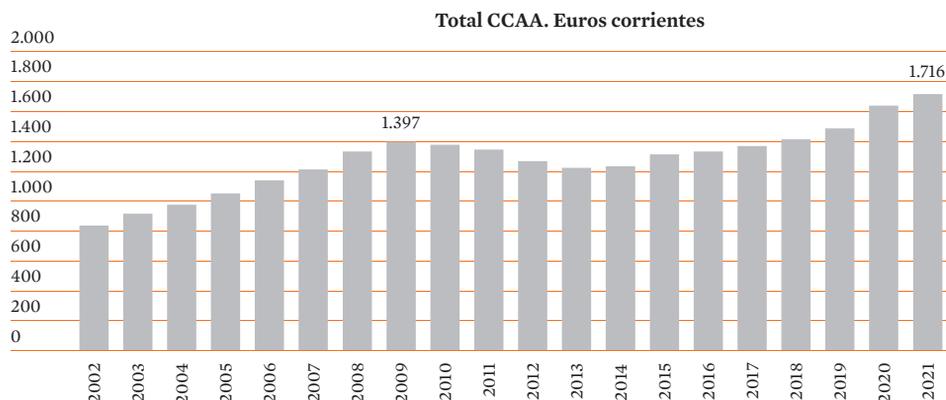
Comunidades autónomas	Servicios hospitalarios y especializados	Farmacia	Servicios primarios de salud	Servicios colectivos de salud	Gasto de capital	Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	Servicios de salud pública	Total mill. euros
Andalucía	61,9	17,3	17,0	0,8	1,0	1,6	0,3	12.637,8
Aragón	64,3	14,8	13,4	3,5	1,2	1,4	1,4	2.486,7
Asturias	66,0	15,8	13,3	2,5	0,6	1,3	0,6	1.982,9
Baleares	65,1	12,7	14,2	3,5	2,2	0,8	1,5	2.005,3
Canarias	62,7	16,0	14,8	2,0	1,4	2,2	1,1	3.890,0
Cantabria	62,3	15,7	14,5	3,6	1,5	1,1	1,4	1.088,9
Castilla y León	59,7	16,7	15,6	1,2	2,6	1,8	2,5	4.471,5
Castilla-La Mancha	57,5	16,1	15,9	1,6	4,0	2,9	1,9	3.670,3
Cataluña	64,9	12,1	13,7	3,3	3,0	2,0	1,0	14.016,6
C. Valenciana	62,0	17,2	14,3	2,4	1,8	1,0	1,4	8.367,8
Extremadura	57,7	18,5	15,0	2,6	1,4	2,1	2,7	1.999,0
Galicia	64,3	17,4	11,8	0,7	3,7	0,9	1,2	4.778,4
Madrid	69,4	14,4	11,0	1,2	2,4	0,6	1,1	10.352,7
Murcia	62,1	15,1	13,8	4,2	1,4	1,5	1,9	2.894,7
Navarra	63,6	11,8	15,6	2,6	3,0	1,6	1,8	1.275,0
País Vasco	65,7	11,7	13,9	3,8	2,3	2,1	0,5	4.513,9
Rioja (La)	63,1	15,2	15,4	1,7	1,0	1,8	1,9	524,1
Total CCAA	63,6	15,2	14,2	2,2	2,2	1,5	1,1	80.955,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público.

En cuanto a la evolución del gasto sanitario de las comunidades autónomas, si se toma como indicador el gasto por habitante, la media del conjunto sigue un perfil similar al del gasto sanitario en valores absolutos, con aumentos sistemáticos desde 2002 y hasta la crisis financiera de 2009 (aumento acumulado del 67 por 100), caída importante del indicador en la etapa de recortes entre 2010 y 2013 (-12,5 por 100), aumento moderado entre 2014 y 2019 con la economía en recuperación (+21,7 por 100), e importante repunte en los años de la pandemia 2020 y 2021 (+15,4 por 100). Estas etapas pueden distinguirse también en cada una de las comunidades, pero con notables diferencias en cuanto a la magnitud de las variaciones, de tal manera que el aumento acumulado del gasto sanitario per cápita en el conjunto del periodo es mucho mayor en unas, como pueda ser Murcia (+131,9 por 100) o Castilla y León (+124,0 por 100), que en otras como Andalucía (88,2 por 100) o Canarias (89,0 por 100), por mencionar los casos extremos (gráfico 77).

Notable aumento del gasto sanitario per cápita desde 2002, pero en unas comunidades más que en otras

GRÁFICO 77. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO POR HABITANTE DE LAS CCAA, 2002-2021



Comunidad	Variación (%)				
	2002-2009	2009-2013	2013-2019	2019-2021	2002-2021
Andalucía	57,8	-15,7	20,1	17,8	88,2
Aragón	71,5	-18,7	35,2	12,9	113,0
Asturias	75,8	-11,9	23,3	11,5	112,7
Baleares	66,0	-13,2	28,4	11,5	106,4
Canarias	60,6	-17,7	22,0	17,2	89,0
Cantabria	41,7	-1,6	23,8	10,7	91,0
Castilla y León	65,7	-2,6	22,8	13,1	124,0
Castilla-La Mancha	87,9	-22,3	24,8	18,8	116,5
Cataluña	65,7	-11,9	21,7	20,7	114,4
C. Valenciana	68,0	-15,7	28,7	12,4	105,1
Extremadura	78,2	-11,9	19,8	12,6	111,9
Galicia	70,0	-11,9	21,3	13,3	105,6
Madrid	66,5	-8,5	15,7	14,6	102,1
Murcia	89,4	-8,4	14,7	16,5	131,9
Navarra	60,6	-12,3	21,0	14,6	95,3
País Vasco	72,3	-5,6	21,4	9,2	115,6
Rioja (La)	68,6	-10,5	17,2	8,1	91,2
Total CCAA	66,9	-12,5	21,7	15,4	105,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público.

3. Gasto sanitario privado: pagos directos de los hogares y seguros privados

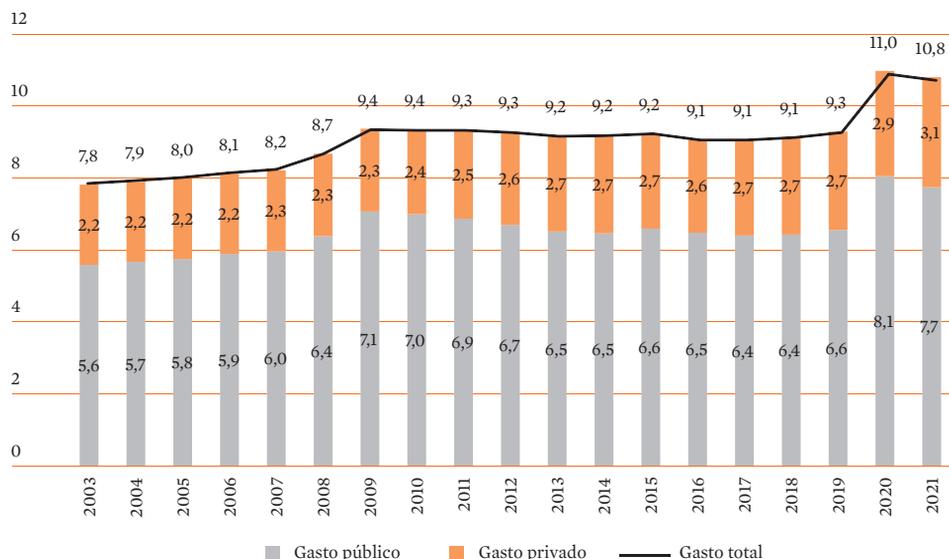
En España el gasto sanitario privado tiene un peso relativamente elevado si se compara con los estándares de la Unión Europea, como se explicó más arriba. En concreto, según

El gasto privado representa el 3,1 por 100 del PIB y el 28,3 por 100 del gasto sanitario total

el Sistema de Cuentas de Salud, en 2021 el gasto sanitario privado ascendió a 37.300 millones de euros, lo que supone el 3,1 por 100 del PIB y representa el 28,3 por 100 del gasto sanitario total, una proporción esta última que, con ligeros altibajos, se mantiene desde 2003 (gráfico 78).

GRÁFICO 78. GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRIVADO, 2003-2021

(En porcentaje del PIB)



Nota metodológica: la contabilización del gasto sanitario público según el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) presenta algunas diferencias importantes respecto al Sistema Europeo de Cuentas, que es la base de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad. Entre las diferencias más relevantes cabe mencionar que la EGSP incluye el gasto en I+D y en formación sanitaria ejecutados por el sector público, mientras que el SCS los excluye. Sensu contrario, el SCS incluye el gasto en cuidados sanitarios de larga duración y la atención sociosanitaria que la EGSP excluye, salvo si se prestan en instituciones estrictamente sanitarias. Las diferencias metodológicas entre ambas fuentes explican que la ratio gasto sanitario público/PIB no arroje cifras coincidentes. En concreto, según la EGSP el gasto sanitario público/PIB en España en 2021 fue del 7,2 por 100, mientras que según el SCS fue del 7,7 por 100.

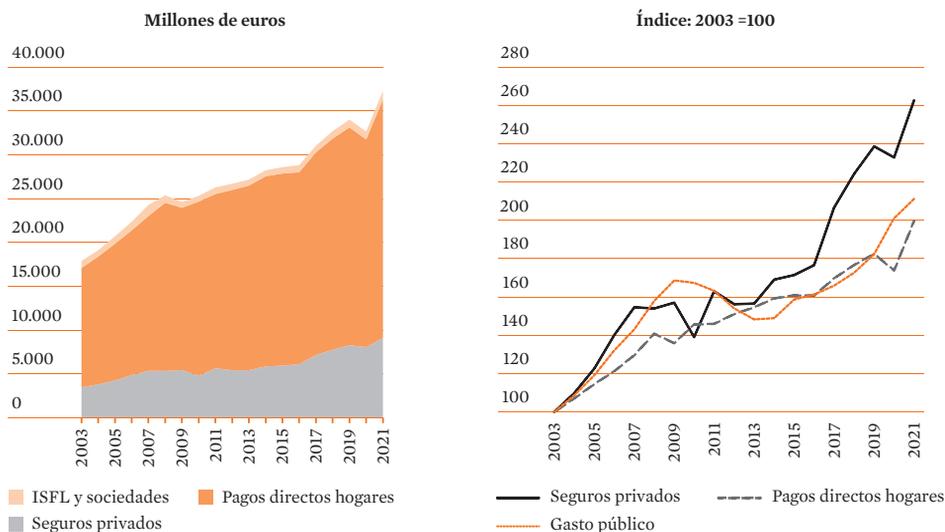
Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Cuentas de Salud.

El grueso del gasto sanitario privado sale directamente del bolsillo de los hogares (73 por 100) mientras que el 24,4 por 100 lo realizan empresas privadas de seguros sanitarios que se financian con las primas de los seguros sanitarios voluntarios que suscriben los particulares¹⁵⁵. El resto, de importancia residual, lo financian instituciones sin fines lucrativos y sociedades. Comparando con 2003, es reseñable el aumento del peso del gasto realizado por las aseguradoras privadas, que entonces se limitaba al 19,4 por 100, lo que se explica porque en términos absolutos este tipo de gasto sanitario ha crecido un 163 por 100 desde entonces (de manera pronunciada a partir de 2013), bastante más que los pagos directos de los hogares que aumentaron un 100 por 100 (gráfico 79). La tasa de crecimiento del gasto sanitario financiado por empresas de seguros durante el periodo también supera a la

El grueso del gasto sanitario privado sale del bolsillo de los hogares, pero los seguros ganan terreno

155 No incluye el gasto sanitario de las aseguradoras privadas correspondiente al mutualismo administrativo, que computa como gasto público.

GRÁFICO 79. GASTO SANITARIO PRIVADO POR AGENTE DE FINANCIACIÓN, 2003-2021



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

del gasto sanitario público, que se sitúa en el 111 por 100, lo que explica que el peso de los seguros privados en el gasto sanitario total de España haya pasado del 5,5 por 100 registrado en 2003 al 6,9 por 100 de 2021.

Las limitaciones o insuficiencias de la cartera pública explican buena parte del gasto sanitario privado

Con datos para 2021 del Sistema de Cuentas de Salud, el cuadro 11 recoge el gasto sanitario corriente total y privado realizado en cada tipo de prestación o servicio, y la desagregación del gasto privado por agentes de financiación para cada una de las rúbricas. De los datos se desprende que el 82,4 por 100 del gasto sanitario privado se concentra en solo cinco tipos de gasto que son, por orden de importancia económica, los siguientes:

- 1) *Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos* (rúbrica 4.2) (gafas, audífonos, ortoprótesis, etc.) que, con 8.784 millones de euros concentran el 23,9 por 100 del gasto sanitario privado y se financian en un 98,9 por 100 a través de pagos directos de los hogares. El gasto privado supone el 97,4 por 100 del gasto total en estos dispositivos, lo que es reflejo de la falta de cobertura por parte del SNS.
- 2) *Otros servicios de asistencia especializada ambulatoria* (rúbrica 1.3.3) (comprende la asistencia especializada excluyendo los servicios y diagnósticos básicos y los servicios odontológicos) que, con 7.190 millones de euros, concentran el 19,5 por 100 del gasto sanitario privado y se financian en un 63,6 por 100 a través de pagos directos de los hogares y en un 36,0 por 100 a través empresas de seguros. El gasto privado supone el 25,1 por 100 del gasto sanitario total en esta rúbrica.

CUADRO 11. GASTO SANITARIO PRIVADO POR TIPO DE GASTO Y AGENTE DE FINANCIACIÓN, 2021

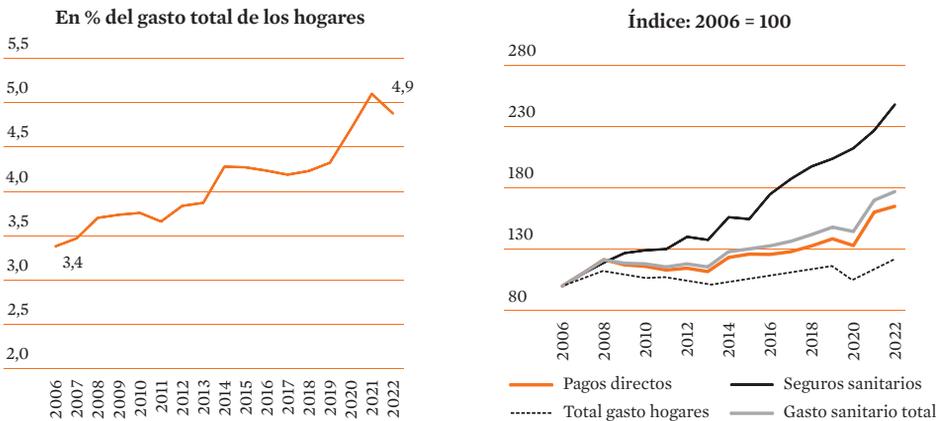
Rúbrica de gasto	Gasto sanitario total		Gasto privado				Empresas de seguro privadas				Pagos directos hogares				ISFL	
	Mill. euros	% gasto total	Mill. euros	% gasto total	Mill. euros	% gasto privado	% gasto total	Mill. euros	% gasto privado	% gasto total	Mill. euros	% gasto privado	% gasto total	Mill. euros	% gasto privado	% gasto total
1. Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	75.529,2	23,3	17.595,7	23,3	6.652,7	37,8	8,8	10.546,5	59,9	14,0	395,4	2,2	0,5	395,4	2,2	0,5
1.1 Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	33.802,3	12,1	4.105,8	12,1	2.936,3	71,5	8,7	950,7	23,2	2,8	218,8	5,3	0,6	218,8	5,3	0,6
1.2 Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	2.683,0	33,5	33,5	1,2	22,6	67,4	0,8	7,3	21,8	0,3	3,6	10,7	0,1	3,6	10,7	0,1
1.3 Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	38.028,7	13,454,4	35,4	3,694,2	27,5	9,7	9,588,3	71,3	25,2	171,9	1,3	0,5	171,9	1,3	0,5	
1.3.1 Servicios médicos y diagnósticos básicos	10.960,5	783,2	71	549,8	70,2	5,0	91,9	11,7	0,8	141,6	18,1	1,3	141,6	18,1	1,3	
1.3.2 Asistencia odontológica ambulatoria	4.249,1	41.845	98,5	50,6	1,2	1,2	4.133,9	98,8	97,3	-	-	-	-	-	-	-
1.3.3 Otros servicios de asistencia especializada	21.280,3	7.189,6	33,8	2.590,3	36,0	12,2	4.569,1	63,6	21,5	30,3	0,4	0,1	30,3	0,4	0,1	
1.3.4 Otros servicios de asistencia ambulatoria	1.538,8	1.297,0	84,3	503,5	38,8	32,7	793,5	61,2	51,6	-	-	-	-	-	-	-
1.4 Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	1.013,2	2,0	0,2	0,7	33,3	0,1	0,2	10,8	0,0	1,1	56,0	0,1	0,1	1,1	56,0	0,1
2. Servicios de atención de larga duración	11.569,4	16,5	1.908,4	16,5	30,4	1,6	0,3	1.821,1	95,4	15,7	56,9	3,0	0,5	56,9	3,0	0,5
2.1 Atención de larga duración hospitalaria	7.447,0	1.326,9	17,8	27,0	2,0	0,4	1.249,0	94,1	16,8	50,9	3,8	0,7	50,9	3,8	0,7	
2.2 Atención de larga duración en hospitalización de día	1.189,2	197,1	16,6	3,4	1,7	0,3	187,7	95,2	15,8	6,0	3,0	0,5	6,0	3,0	0,5	
2.3 Atención de larga duración domiciliaria	2.933,2	384,4	13,1	-	-	-	384,4	100,0	13,1	-	-	-	-	-	-	-
3. Servicios auxiliares de atención de la salud	6.453,0	293,6	4,5	183,9	62,7	2,9	105,9	36,1	1,6	3,8	1,3	0,1	0,1	3,8	1,3	0,1
3.1 Laboratorio clínico	2.770,5	13,21	4,8	83,4	63,1	3,0	48,7	36,9	1,8	-	-	-	-	-	-	-
3.2 Diagnóstico por imagen	2.324,6	155,1	6,7	97,9	63,1	4,2	57,2	36,9	2,5	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia	1.318,5	6,4	0,5	2,6	41,0	0,2	-	-	-	-	3,8	59,0	0,3	-	-	-
3.4 Otros servicios auxiliares	39,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	27.879,5	14.841,0	53,2	99,5	0,7	0,4	14.741,5	99,3	52,9	-	-	-	-	-	-	-
4.1 Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	18.864,3	6.057,0	32,1	-	-	-	6.057,0	100,0	32,1	-	-	-	-	-	-	-
4.2 Dispositivos terapéuticos y otros prod. médicos no perecederos	9.015,2	8.784,0	97,4	99,5	1,1	1,1	8.684,5	98,9	96,3	-	-	-	-	-	-	-
5. Servicios de prevención y de salud pública	4.467,2	43,0	1,0	-	-	-	-	-	-	-	43,0	100,0	1,0	-	-	-
6. Administración de la salud y los seguros médicos	3.717,0	2.123,3	57,1	2.123,3	100,0	57,1	2.123,3	73,9	21,0	499,0	1,4	0,4	499,0	1,4	0,4	
TOTAL GASTO SANITARIO CORRIENTE*	129.615,3	36.804,8	28,4	9.090,8	24,7	7,0	27.215,0	73,9	21,0	499,0	1,4	0,4	499,0	1,4	0,4	0,4

* El gasto sanitario de capital total asciende a 2.369 millones de euros, de los que una quinta parte es gasto privado que realizan las sociedades (80%) y las ESFL (20%). Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Cuentas de Salud.

- 3) *Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos* (rúbrica 4.1), que, con 6.057 millones de euros, suponen el 16,5 por 100 del gasto sanitario privado y se financian al 100 por 100 con pagos directos de los hogares. El gasto privado supone el 32,1 por 100 del gasto farmacéutico extrahospitalario total, lo que incluye tanto los copagos de productos recetados como las compras sin receta que realizan los consumidores.
- 4) *Asistencia odontológica ambulatoria* (rúbrica 1.3.2) que, con 4.185 millones de euros, supone el 11,4 por 100 del gasto sanitario privado y se financia en un 98,8 por 100 con pagos directos de los hogares. El gasto privado supone el 98,5 por 100 del gasto total en servicios dentales, reflejo de la ausencia de esta prestación en la cartera de servicios del SNS.
- 5) *Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria* (rúbrica 1.1) que, con 4.106 millones de euros, supone el 11,2 por 100 del gasto sanitario privado y se financia en un 71,5 por 100 por medio de seguros privados y en un 23,2 por 100 mediante pagos directos de los hogares. El gasto privado supone el 12,1 por 100 del gasto total en asistencia hospitalaria.

La Encuesta de Presupuestos Familiares ofrece información sobre la importancia que ha adquirido el gasto sanitario de los hogares en el periodo 2006-2022 (sumadas las compras directas de productos y servicios sanitarios y las primas de seguros de salud). De esta fuente se desprende que el gasto sanitario ha pasado de suponer el 3,4 por 100 del presupuesto que manejaban los hogares en 2006, a representar el 4,9 por 100 del gasto de los hogares de 2022. Esto significa que en el periodo el gasto sanitario de los hogares ha crecido más (76 por 100) que su presupuesto total (22 por 100). Se puede constatar también que el crecimiento del gasto de los hogares en seguros relacionados con la salud ha sido mucho más pronunciado (148 por 100) que el gasto sanitario que pagan directamente de su bolsillo (65 por 100) (gráfico 80).

GRÁFICO 80. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO DE LOS HOGARES, 2006-2022



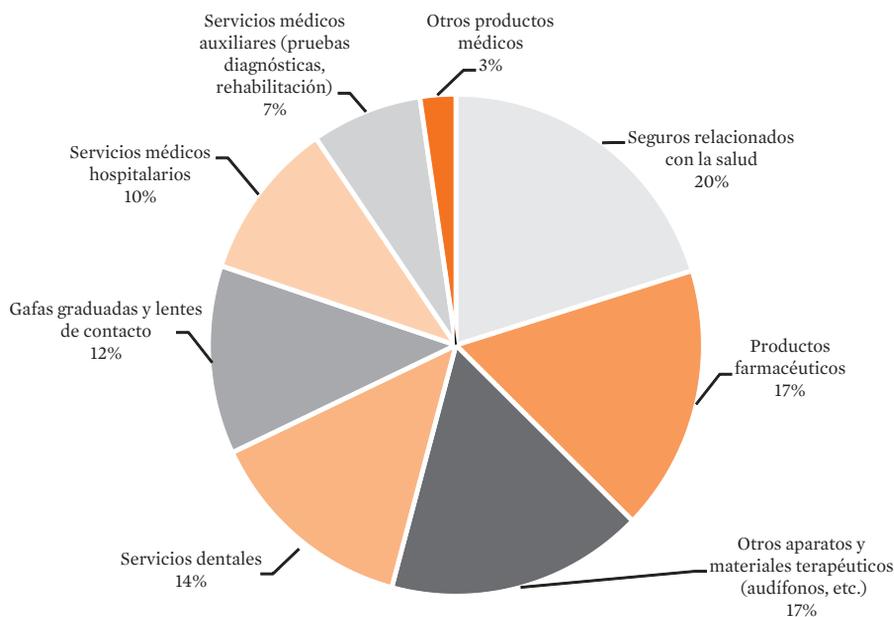
Fuente: INE, Encuesta de Presupuestos Familiares.

Así, si en 2006 las primas de seguros sanitarios suponían el 14 por 100 del gasto sanitario realizado por los hogares, en 2022 esta proporción alcanza el 20 por 100 sobre un total de 29.300 millones de euros. El resto se destina a adquirir productos farmacéuticos (17 por 100), gafas y lentes (12 por 100), otros aparatos y materiales terapéuticos, como audífonos y ortoprótesis (17 por 100), servicios dentales (14 por 100), servicios médicos hospitalarios (10 por 100) y servicios médicos auxiliares (7 por 100) (gráfico 81).

En definitiva, el gasto sanitario privado es de una magnitud muy elevada en España y tiene una importancia creciente en el presupuesto de los hogares, lo que en buena medida responde a la muy insuficiente cobertura pública de algunas prestaciones y servicios de primera necesidad, como determinados aparatos terapéuticos (gafas, lentillas, audífonos, ortoprótesis, etc.) o los servicios de salud bucodental y mental, pero también con el deseo o la necesidad de evitar las listas de espera del Sistema Nacional de Salud en relación con determinados servicios de atención especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria, lo que tiene su correlato en la demanda creciente de seguros privados de salud.

Con todo, el porcentaje de hogares con niveles de pagos directos catastróficos, es decir, aquellos que gastan más del 40 por 100 de su capacidad de pago neta¹⁵⁶ en atención sanitaria y que como consecuencia de ello se empobrecen o agravan su situación

GRÁFICO 81. ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO DE LOS HOGARES, 2022
(En porcentaje sobre el total)



Fuente: INE, Encuesta de Presupuestos Familiares.

¹⁵⁶ La capacidad de pago neta es el consumo total del hogar menos una cantidad estándar destinada a satisfacer necesidades básicas de alimentación, vivienda y suministros, que define la línea de pobreza.

de pobreza, es uno de los más bajos de la Unión Europea: en 2020, menos del 2,9 por 100 de los hogares experimentaron gastos sanitarios catastróficos¹⁵⁷. Este resultado indica que, a pesar de sus limitaciones, el SNS español presenta una enorme fortaleza desde el punto de vista redistributivo que tiene que ver con la práctica universalización de la cobertura, la extensa cartera de prestaciones financiada con fondos públicos y el diseño de copagos limitados a la prestación farmacéutica y ortoprotésica, que además cuentan con mecanismos de protección a los más vulnerables¹⁵⁸.

Ello no obsta para que desde todas las Administraciones públicas se hagan esfuerzos suplementarios para incrementar la financiación del Sistema Nacional de Salud, en consonancia con las recomendaciones de la Comisión de Reconstrucción, de manera que se logre dar una respuesta suficiente a las necesidades sanitarias de la población que siguen insatisfechas.

En este sentido, la anunciada asunción parcial de la deuda de las comunidades autónomas por parte del Estado supondrá un aumento considerable de su margen fiscal que los gobiernos autonómicos deberían aprovechar para reforzar sus respectivos sistemas de salud. Del mismo modo, sería deseable que se acometiera sin demora la reforma del sistema de financiación de las comunidades de régimen común, de manera que se corrija algunas de sus principales debilidades, en particular, la infrafinanciación relativa de algunas de ellas. Además, en aras del principio de corresponsabilidad fiscal y en el ejercicio de su autonomía tributaria, las comunidades autónomas deberían reforzar su capacidad para aumentar la dotación de recursos con los que fortalecer y mejorar sus servicios de salud. Por último, debería explorarse una ampliación de las transferencias estatales finalistas a las comunidades autónomas, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y a los fondos europeos, para reforzar los ámbitos sanitarios más debilitados o menos desarrollados del SNS, como la atención primaria, los servicios dentales o la salud mental.

Pero no menos importante que mejorar la financiación del sistema, siempre sujeta a restricciones presupuestarias, es que todas las Administraciones públicas se comprometan a realizar evaluaciones sistemáticas de eficiencia, eficacia y equidad de sus políticas sanitarias, con el fin de optimizar los siempre insuficientes recursos públicos destinados a mejorar la salud de la población. En este sentido, como se apunta en otras partes de este informe, sería deseable que se reforzaran sustancialmente las instancias de evaluación de las políticas sanitarias, para que sobre la base de análisis rigurosos, independientes y transparentes se favorezca el uso racional de los fondos públicos y la gestión de calidad de los servicios sanitarios.

157 OCDE (2023) *State of Health in the EU. España, perfil sanitario nacional 2023*.

158 R. Urbanos-Garrido et al. (2021), *¿Se puede permitir la gente pagar por la asistencia sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España*, OMS.

CAPÍTULO V
CALIDAD, EQUIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE

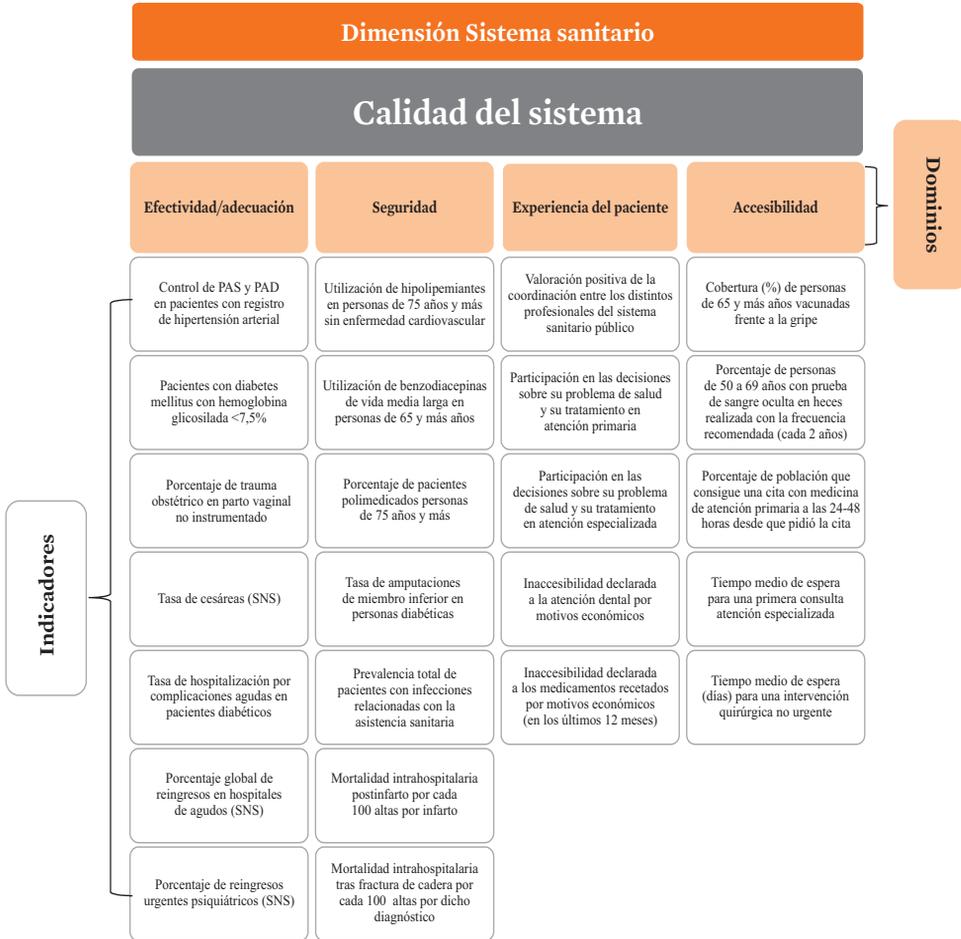
1. Calidad de la atención: efectividad, accesibilidad, seguridad y satisfacción

Si bien la calidad es un concepto multifactorial que puede ser abordado desde diferentes enfoques, cabe distinguir principalmente dos dimensiones de análisis. Por un lado, las administraciones responsables de la prestación y/o armonización de servicios y prestaciones sanitarias tienen la obligación de evaluar su cartera de servicios y el conjunto de la política pública en materia sanitaria con el fin de desarrollar innovaciones que incrementen la calidad y eficiencia del sistema sanitario. Por otro lado, las usuarias y los usuarios del sistema de salud son, al mismo tiempo, agentes clave en el proceso de análisis y evaluación del sistema sanitario. Así, la importancia de evaluar la calidad de los servicios públicos desde la perspectiva de las y los usuarios contribuye no solo a identificar los puntos débiles y fuertes del funcionamiento del servicio y de la percepción que tienen de este, a promover la participación de la ciudadanía en su salud, sino también a evaluar políticas sanitarias adoptadas, observando cómo influyen estos cambios en las opiniones, experiencias y actitudes de la ciudadanía frente a las prestaciones que perciben.

Para el análisis de calidad del sistema sanitario, se toman cuatro dominios que forman parte de la dimensión “sistema sanitario” del cuadro de indicadores de calidad del SNS (ilustración 2), que además combinan la doble perspectiva antes propuesta:

- a) La efectividad del sistema, esto es, el grado en el que una intervención, servicio, proceso, procedimiento, prueba diagnóstica o tratamiento, o un conjunto de ellos, producen el resultado deseado. El grado de efectividad mide, por ejemplo, la eficacia de un sistema de salud pública a la hora de reducir la mortalidad prematura derivada de enfermedades o lesiones que tratadas con un sistema de salud más eficaz evitarían la muerte de los pacientes. Las campañas de vacunación, el cribado poblacional para detectar precozmente el cáncer o la vigilancia epidemiológica durante las campañas de gripe son diferentes ejemplos de cómo un sistema sanitario mejora su efectividad en la provisión de servicios de salud.
- b) La accesibilidad al sistema, esto es, el uso adecuado y tiempos de espera a determinados servicios de atención especializada y hospitalaria. Además, dado que un sistema sanitario de alto valor es aquel que ofrece diferentes vías de acceso al mismo y en tiempos adecuados, se analizan las barreras de acceso que plantea el

ILUSTRACIÓN 2. INDICADORES ESENCIALES DEL SISTEMA NACIONAL DEL SALUD



Fuente: elaboración propia a partir del marco conceptual de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.

sistema por razones físicas, de comunicación, culturales, lingüísticas, geográficas o de oportunidad.

- c) La seguridad, entendida como la minimización del riesgo innecesario de daño al o la paciente, lo que se manifiesta en la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a la provisión asistencial o errores médicos.
- d) Finalmente, la satisfacción o experiencia del paciente con los servicios sanitarios a los que accede y de las preferencias, actitudes y expectativas que tienen respecto de la atención sanitaria y la relación con los y las profesionales de la salud. Esta dimensión de la calidad está íntimamente relacionada con el derecho a la participación del paciente, toda vez que un proceso asistencial que atiende sus necesidades, deseos y preferencias promueve la formación y apoyo necesario para la participación efectiva de las personas destinatarias de la atención en el proceso.

El marco de indicadores del INCLASNS, basado en el modelo conceptual sugerido por la *European Core Health Indicators* (ECHI)¹⁵⁹, revisado por el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) en 2020, y actualizado en 2023, contempla tres dimensiones de análisis y 12 dominios, entre los que se encuentra los cuatro escogidos para el análisis de la calidad del sistema. Cada dominio está compuesto por una serie de indicadores, algunos de los cuales se consideran “esenciales” y son los que proporcionan una visión de los aspectos más destacados o relevantes de las principales características del SNS, mientras que el resto permiten una visión más detallada de sus principales dominios y dimensiones. Sin embargo, los indicadores que escoge el INCLASNS (esenciales y no esenciales) no agotan la medición de los diferentes dominios del sistema, aunque sí dan luz sobre algunos aspectos que el CISNS considera claves para medir la universalidad, la efectividad, la calidad y la equidad del sistema de salud.

Pese a la disponibilidad de esta información, el sistema carece de un mecanismo de evaluación permanente de los mismos. No resulta posible abordar aquí de forma exhaustiva todos y cada uno de los indicadores en esta área, algunos de los cuales revisten sin duda cierta complejidad técnica en su interpretación. Baste por ello tomar como ejemplo algunos de los señalados, junto a otros que provienen de otras fuentes de datos y que resultan accesibles para el conjunto de la población.

La efectividad de un sistema de salud podrá ser conocida si se cuenta con un sistema de información capaz de señalar lo que funciona y lo que no funciona, así como indicar cuál es el resultado de las intervenciones en materia de salud. Para diferenciar aquello que funciona respecto de lo que no funciona, el panel de indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) diferencia la “adecuación” de la “efectividad”, ambas como parte de una misma dimensión del sistema. La adecuación tiene que ver con la utilización del conocimiento científico para determinar quiénes podrán beneficiarse de un servicio con el objetivo de reducir la incidencia, duración, intensidad y consecuencias de los problemas de salud. Así, un servicio se entiende como adecuado cuando se proporciona a toda la población que realmente lo necesita y cuando se toman decisiones centradas en la persona. La efectividad, por su parte, nos habla de los resultados de las acciones o decisiones que se toman en materia de salud.

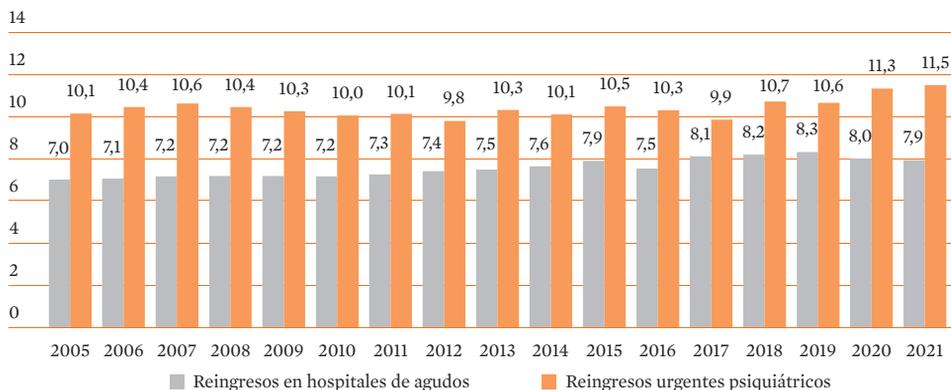
*Efectividad y adecuación
en el sistema sanitario*

Del lado de la efectividad, el comportamiento de los reingresos hospitalarios y reingresos psiquiátricos son especialmente llamativos (gráfico 82). En el caso de los reingresos hospitalarios de agudos, si bien las tasas son relativamente bajas (menos de un 9 por 100 de la población sufre un reingreso inesperado), entre 2005 y 2021 se ha mantenido una tendencia creciente, con un incremento de casi un 1 por 100.

159 El cuadro de indicadores elaborado por ECHI puede consultarse en: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/echi_shortlist_by_policy_area_en_0.pdf (última fecha de consulta 06/09/2023).

GRÁFICO 82. REINGRESOS EN HOSPITALES DE AGUDOS* Y REINGRESOS URGENTES PSIQUIÁTRICOS**. HOSPITALES DEL SNS, 2005-2021

(En porcentaje sobre el total de ingresos)



* Proporción de casos en los que se produce un reingreso inesperado (ingreso urgente) del mismo paciente en un hospital de agudos tras un alta previa en el mismo hospital en los 30 días siguientes al alta del episodio anterior.

** Proporción de pacientes con enfermedad mental que, tras el alta, vuelven a ser ingresados en el mismo hospital, menos de 30 días después del alta inicial.

Fuente: elaboración propia con datos INCLASNS a partir del Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Ministerio de Sanidad.

Algo similar ocurre con el indicador de reingresos urgentes de pacientes psiquiátricos, aunque con algunas diferencias que conviene resaltar. Si bien la serie histórica presenta cierta linealidad entre 2005 y 2017, se aprecia un repunte de aproximadamente un 20 por 100 entre 2017 y 2021. Inevitablemente, este indicador llama la atención, pues pone de manifiesto que la efectividad en ingresos hospitalarios urgentes por salud mental puede estar estrechamente relacionada con la efectividad de los servicios de salud mental en general, de ahí el repunte de reingresos hospitalarios. Al mismo tiempo, si se comparan los reingresos hospitalarios de agudos con los reingresos urgentes psiquiátricos, en los últimos años la distancia entre ambos indicadores se ha incrementado, mostrando, una vez más, que uno de los talones de Aquiles del sistema tiene que ver con el tratamiento de la salud mental. Además, este empeoramiento en la efectividad y adecuación se da en un contexto social en el que las preocupaciones por mayor atención y accesibilidad a la salud mental son crecientes.

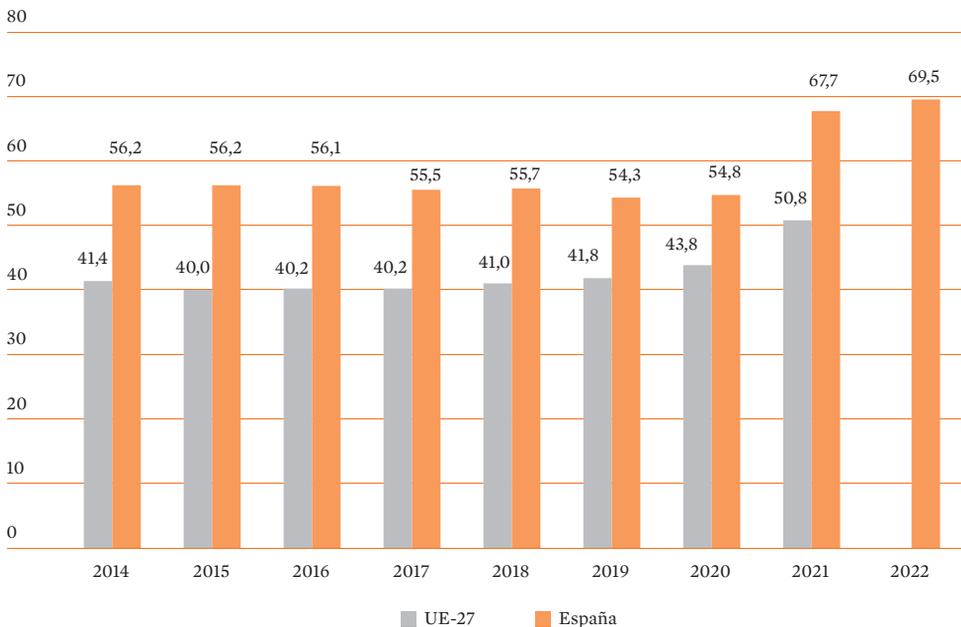
Por su parte, el *European Core Health Indicators* (ECHI) propone 88 indicadores que se relacionan con diferentes ámbitos de política sanitaria (*relevant policy areas*), una de ellas “Rendimiento del sistema sanitario, calidad de la asistencia, eficiencia de la asistencia, seguridad del paciente”. De los 88 indicadores, 36 se refieren a esta dimensión, lo que permite ahondar en diferentes aspectos de la efectividad del sistema de salud y hacer comparaciones con los países del entorno europeo a partir de las estadísticas publicadas por Eurostat. Por ejemplo, si se analiza la evolución histórica de diferentes indicadores de efectividad como la tasa de vacunación contra la gripe en

mayores de 65 años (gráfico 83), la ratio de mortalidad por enfermedades/condiciones prevenibles o la ratio de mortalidad por enfermedades/condiciones tratables personas menores de 75 años (gráfico 84), se comprueba que el desempeño del SNS presenta mejores resultados que la media europea.

Al margen de las series históricas, que dan cuenta de un buen rendimiento del sistema de salud español en perspectiva comparada, conviene hacer referencia al cambio de tendencia que se experimenta a partir de 2020 en las tasas de vacunación contra la gripe en mayores de 65 años (gráfico 83) y en la ratio de mortalidad por enfermedades prevenibles en menores de 75 años (gráfico 84).

El fuerte impacto de la pandemia en España se expresó en dos sentidos casi antagónicos: por un lado, se aprecia un cambio de tendencia abrupto en la ratio de mortalidad por enfermedades prevenibles (gráfico 84); es decir, mortalidad en personas menores de 75 años que podrían haberse evitado por medio de iniciativas de prevención primaria. Una muerte se considera prevenible si, a la luz de la comprensión de sus determinantes de salud al momento de la muerte, todas o la mayoría de las muertes por esa causa podrían evitarse mediante intervenciones de salud pública, en su sentido más amplio. En este sentido, un acceso temprano a la vacuna del COVID-19 habría frenado, o al menos atenuado, la mortalidad provocada por la enfermedad.

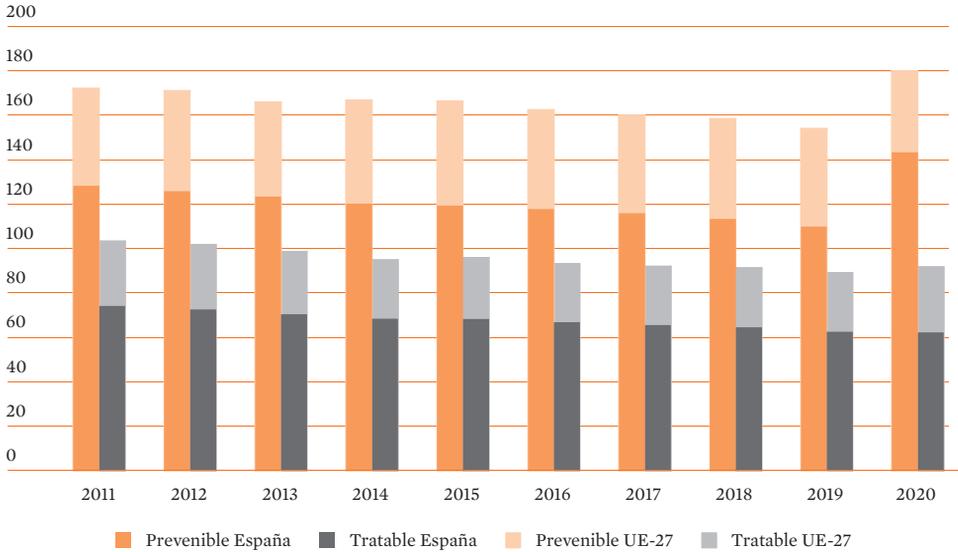
GRÁFICO 83. VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS
(En porcentaje sobre el total de la población mayor de 65)



Fuente: Eurostat.

GRÁFICO 84. MORTALIDAD, PERSONAS MENORES DE 75 AÑOS

(Ratio por cada 100.000 habitantes. Por enfermedades/condiciones prevenibles y por enfermedades/condiciones tratables)



Fuente: Eurostat.

Por otro lado, como ya se ha mencionado, el impacto de la pandemia se acompañó de un proceso de vacunación contra el SARS-CoV-2 de una intensidad sin precedentes en nuestro país, alcanzando una de las coberturas más elevadas del mundo que, además, en el caso de los mayores se ofrecía junto a la vacuna de la gripe, lo que pudo reforzar el repunte de la profilaxis contra esa enfermedad. En este sentido, entre 2019 y 2022 la tasa de vacunación contra la gripe, suministrada junto a la del COVID-19, creció en casi un 15 por 100, rompiendo, además, una ligera tendencia decreciente con anterioridad a 2019 (gráfico 83).

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como “la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos”.

Seguridad de las y los pacientes

En un sentido más amplio, la seguridad implica una serie de iniciativas, prácticas y procedimientos destinados a minimizar los errores médicos o tratamientos perjudiciales, reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos, mitigar sus efectos cuando se producen y, en definitiva, garantizar un entorno seguro y propicio para pacientes en diversos entornos sanitarios. Además de ser un aspecto fundamental de la prestación de asistencia sanitaria de alta calidad, la seguridad es un derecho de los pacientes que debe ser garantizado. De esta forma, el sistema no solo busca que los tratamientos y prácticas clínicas sean seguras,

sino que también generen sensación de seguridad; esto es, que pacientes y familiares puedan sentirse confiados y seguros de los servicios sanitarios recibidos.

La combinación de factores que interactúan en la prestación de servicios sanitarios (factores organizativos, tecnológicos, personales de los profesionales y/o factores relacionados con la enfermedad) complejizan el manejo de los pacientes y pueden exponerlos a riesgos evitables, además de ocasionar costes elevados al sistema. Para evitar estos riesgos, el sistema desarrolla una serie de instrumentos, desde protocolos de higiene de manos, programas de seguridad quirúrgicos o directrices sobre el uso de medicamentos, entre muchos otros, de los que participan todos los agentes implicados: profesionales de la salud, responsables políticos, pacientes, organizaciones, etc.

En este sentido, diferentes marcos de actuación se preocupan por la garantía de seguridad del sistema, entre los que destacan el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁶⁰ y la Estrategia de Seguridad del Paciente¹⁶¹, que incorpora el acervo en materia de seguridad del sistema de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Además, España participa en los grupos técnicos y de definición de políticas de seguridad del paciente de la OCDE, el Consejo de Europa y la Unión Europea con el fin de desarrollar mejores prácticas en la atención sanitaria.

La ausencia o falta de seguridad de los pacientes puede estar vinculada a diferentes factores y venir derivada de múltiples causas. Si se observan los indicadores esenciales de seguridad del INCLASNS, estos están principalmente relacionados con potenciales errores en la prescripción de medicamentos, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y mortalidad intrahospitalaria.

Una de las dimensiones de seguridad que, sin duda, más llama la atención es la relacionada con la prescripción y uso de medicamentos. Un problema de seguridad con un fármaco puede generar una gran alarma social, producir desconfianza en el sistema e incluso suponer una vulneración de los derechos de pacientes. Así, a pesar de que la AEMPS y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés) cumplen un rol fundamental a la hora de garantizar la calidad, seguridad y correcta información de los medicamentos, desde su investigación hasta su utilización por parte de usuarios del sistema, el Ministerio de Sanidad¹⁶² señala que los errores asociados al uso de medicamentos constituyen un problema de salud pública que pueden ocurrir en cualquier momento de la atención sanitaria, ser una de las principales causas de lesiones y daños evitables y, además, provocan la mayor parte de eventos

*El uso seguro de
medicamentos: una
responsabilidad médico-
paciente*

160 Ministerio de Igualdad, Política Social e Igualdad (2010), *Plan de Calidad Para el Sistema Nacional de Salud 2010*, Ministerio de Igualdad, Política Social e Igualdad.

161 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), *Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

162 Información disponible en la web del Ministerio de Sanidad: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasseguras/usoSeguroMedicamentos/home.htm> (última fecha de consulta 09/10/2023).

adversos que se producen como consecuencia de la asistencia sanitaria. Los errores de medicación pueden darse en cualquier momento de la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los fármacos. En este sentido, de los siete indicadores esenciales que establece el INCLASNS en materia de seguridad, los tres primeros se refieren al uso de medicamentos.

El primero está relacionado con el uso de benzodiazepinas. Como se ha señalado en este informe, las estadísticas en términos de accesibilidad y efectividad en salud mental

Consumo de benzodiazepinas e hiposedantes: diferencias entre hombres y mujeres

la señalan como uno de los talones de Aquiles del sistema, lo que se refleja, a su vez, en la relevancia que ha adquirido esta problemática en el debate público. Junto a estas deficiencias y limitaciones del sistema, se ha publicado que España es líder mundial en el consumo de benzodiazepinas¹⁶³, que son los medicamentos tranquilizantes o inductores del sueño más utilizados en la práctica clínica. Pese a su uso extendido, no deja de ser cierto que existe cierta controversia respecto de la eficacia y seguridad de estas, especialmente entre pacientes con antecedentes de trastornos adictivos¹⁶⁴, más expuestos a sobredosis, y personas mayores de 65 años, quienes pueden sufrir deterioro en el funcionamiento cognitivo, reducción de la movilidad, mayor riesgo de caídas, y que pueden agravarse con los tratamientos prolongados¹⁶⁵.

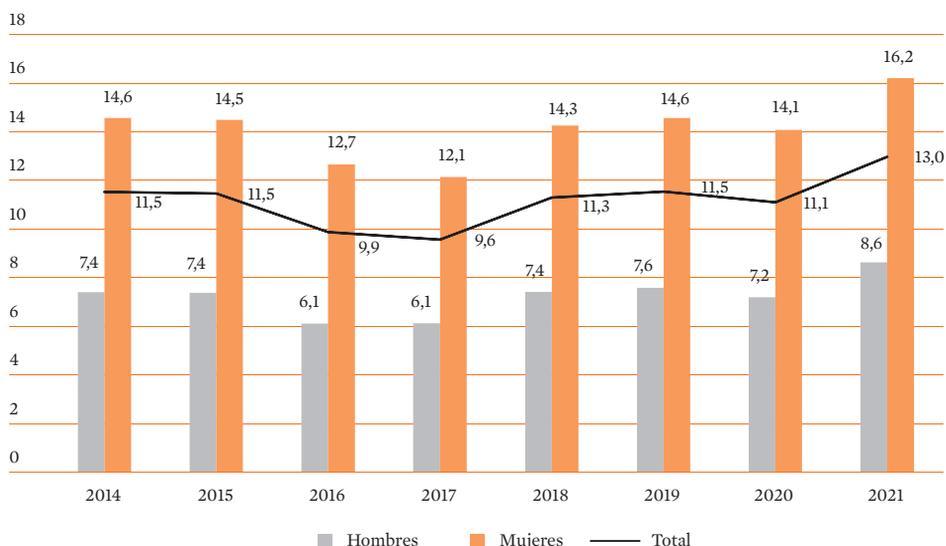
En este contexto, el INCLASNS incluye entre sus indicadores esenciales de seguridad la “utilización de benzodiazepinas de vida media larga en personas de 65 y más años”. Como puede observarse (gráfico 85), no solo se aprecia que un elevado porcentaje de la población consume este tipo de medicación, sino también que su consumo es mucho mayor –prácticamente el doble– en mujeres que en hombres mayores de 65 años. Al tratarse de un indicador de consumo de benzodiazepinas de vida media-larga,

163 España está suscrita a la Convención Única sobre Estupefacientes desde el inicio, en 1961, y proporciona a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) previsiones y estadísticas sobre la fabricación efectiva, el comercio internacional y el consumo de sustancias sometidas a fiscalización internacional. En su informe de 2021, la JIFE sitúa a España como país líder en el consumo de benzodiazepinas. Además, señala que en 2020 las benzodiazepinas fueron las sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional que más se fabricaron, comercializaron y consumieron a nivel mundial (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2021).

164 El riesgo de adicción a fármacos potencialmente adictivos como hiposedantes o analgésicos opiáceos no puede atribuirse a un problema exclusivo de seguridad del sistema, lo que no obsta para que sea considerado un problema de salud pública. En este sentido, el Ministerio de Sanidad incluye el consumo de estos fármacos en el Plan Nacional Sobre Adicciones (2021-2024) con el fin de llevar a cabo planes y programas relacionados con las adicciones, basados en la evidencia. El objetivo, en este sentido, es la prevención y la correcta utilización de fármacos con potencial adictivo y favorecer la respuesta de la red asistencial de adicciones para las personas con problemas asociados a su uso: Ministerio de Sanidad (2021), *Plan Nacional sobre Adicciones, 2021-24*, Ministerio de Sanidad, Secretaría de Estado de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

165 Véase, por ejemplo, el informe publicado por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías y financiado por el Ministerio de Sanidad: SOCIDROGALCOHOL (2019), *Guía de consenso para el buen uso de benzodiazepinas. Gestión de riesgos y beneficios*, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.

GRÁFICO 85. UTILIZACIÓN DE BENZODIACEPINAS DE VIDA MEDIA, MAYORES DE 65 AÑOS (Ratio A/B*)



Nota: los datos incluyen diferentes benzodiazepinas de vida media larga clasificados tanto en el grupo de ansiolíticos (N05B) como en el de hipnóticos y sedantes (N05C).

*Datos expresados con la fórmula $(a/b) * 100$.

a = Número de personas a las que se han dispensado al menos un envase de benzodiazepinas de vida media larga.

b = Número de personas asignadas a atención primaria.

Fuente: elaboración propia con datos del INCLASNS.

los datos dan cuenta de una pauta de cronicidad en su consumo, probablemente debido a que su prescripción aumenta conforme la edad avanza, sobre todo con relación a trastornos del sueño. Así, ante un consumo continuado, es más probable que la persona ya no pueda dejar la medicación necesaria para dormir, especialmente por los efectos rebote que produce esta medicación cuando su efecto farmacológico termina. Además, a medida que su uso se extiende en el tiempo, se puede producir una pauta de tolerancia que exige dosis progresivamente crecientes para producir los mismos efectos.

Entre 2014 y 2017, se produjo una reducción en el consumo de este tipo de medicamentos en mayores de 65, pero a partir de 2018 se aprecia un repunte considerable que, siguiendo la tendencia histórica, muestra datos más elevados entre mujeres que entre varones. Además, el incremento de casi dos puntos porcentuales en los dos últimos años para los que se tienen registros hace que 2021 sea el ejercicio con el consumo más elevado de benzodiazepinas de la serie.

Siendo España uno de los principales consumidores a nivel mundial de benzodiazepinas, el indicador que recoge el INCLASNS, al ceñirse a la población mayor de 65 años, presenta ciertas limitaciones. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad elabora bianualmente la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), con un universo

poblacional de referencia de 15 y 64 años. En esta se analiza la prevalencia del consumo de determinadas sustancias a las que se accede de forma ilegal, entre ellas los fármacos hipnosedantes y opiáceos. El consumo ilícito de estos fármacos no solo representa un importante riesgo para la salud de las personas consumidoras, sino también un problema de salud pública debido al potencial adictivo que provoca el consumo no supervisado médicamente de estas sustancias. Además, en su último informe sobre ingresos hospitalarios por consumo de sustancias psicoactivas, el Ministerio de Sanidad¹⁶⁶ llama la atención por el incremento de ingresos hospitalarios urgentes por consumo no prescrito de hipnosedantes junto a otras sustancias y señala que, después del alcohol, es el que mayores ingresos urgentes genera, por encima del cannabis o la cocaína.

Así, con los datos más recientes, se aprecia una tendencia positiva en la prevalencia del consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, tanto en hombres como en mujeres (gráfico 86). Al igual que ocurre con la población mayor de 65 años, una de las características más llamativas sobre el uso de estos fármacos, y sobre la que el ministerio llama la atención, es que “los hipnosedantes con o sin receta son una de las pocas sustancias para las que la prevalencia de consumo está más extendida entre las mujeres que entre los hombres”¹⁶⁷.

Si se toman los datos más recientes (2022) las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de hipnosedantes con receta pueden llegar a casi 10 puntos porcentuales de diferencia, lo que contrasta con el consumo de estos mismos fármacos sin receta, que es bastante equilibrado entre hombres y mujeres. Esto vincula el elevado consumo general, y entre mujeres en particular, a la práctica clínica, lo cual convierte el consumo de estos medicamentos en un problema de seguridad del sistema.

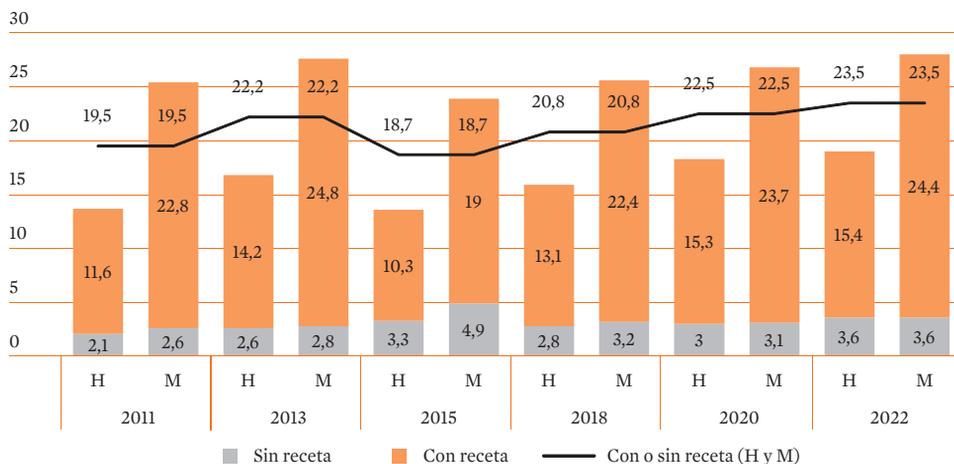
Por su parte, los datos de prevalencia de los últimos 12 meses muestran el mismo comportamiento, con un consumo más elevado en mujeres que en hombres (cuadro 12). Si se toman los datos de forma agregada, el 13,1 por 100 de la población encuestada manifiesta haber consumido sustancias hipnosedantes en el último año.

Finalmente, si se hace una valoración global del número de dosis diarias consumidas por cada 1.000 habitantes al día, tanto de benzodiazepinas analgésicas como hipnóticas y sedantes, expedidas a través de receta oficial y mutua, se aprecia un crecimiento sostenido en la última década, con valores mucho más altos para los ansiolíticos que para los hipnóticos y sedantes (gráfico 87).

166 Ministerio de Sanidad (2022), *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Indicador Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas 1987-2020*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Ministerio de Sanidad.

167 Ministerio de Sanidad (2022), *Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), 1995-2022*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Ministerio de Sanidad.

GRÁFICO 86. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS HIPNOSEDANTES, 2011-2022
(Porcentaje sobre el total de la población de 15-64 años que ha consumido alguna vez en la vida, desagregados por sexo. Con y sin receta médica)



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España, EDADES.

CUADRO 12. DIFERENCIAS POR SEXO EN LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS HIPNOSEDANTES, 2011-2022.

(Porcentaje de población de cada sexo de 15 a 64 años que ha consumido estas sustancias en los últimos 12 meses)

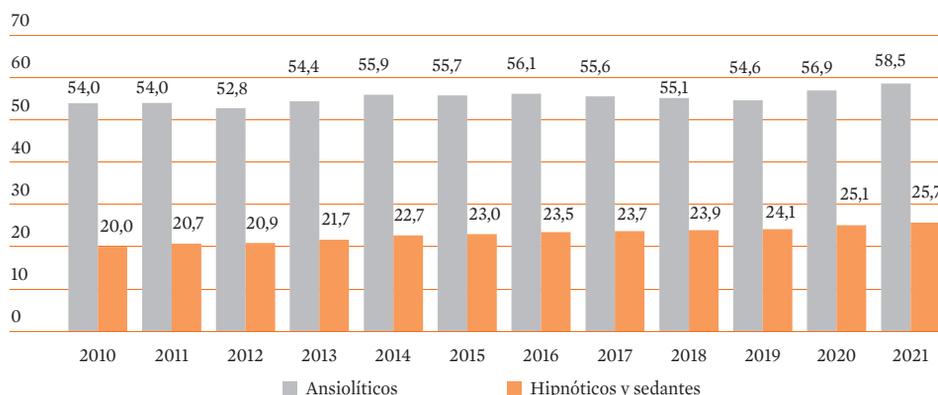
	2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Hipnosedantes con o sin receta	7,6	15,3	8,5	16	8,3	15,8	8,1	14,1	9,4	14,7	10,3	16
Hipnosedantes sin receta	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3
Hipnosedantes con receta	6,5	14,1	7,4	14,7	6,7	12,9	6,9	12,7	8,1	13,5	8,9	14,7

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España, EDADES.

Teniendo en cuenta el consumo global, pero en especial las diferentes pautas de consumo que se dan entre mujeres y hombres, se constata que el elevado consumo y su crecimiento exponencial está relacionado con la expedición de recetas, por lo que se trata, una vez más, de una cuestión vinculada con la práctica clínica. El último informe de la EDADES (2022) realiza un análisis descriptivo del consumo de este tipo de sustancias¹⁶⁸, pero no ahonda en las causas que explicarían las enormes diferencias que se dan entre mujeres y hombres a la hora de hacer uso de hipnosedantes, ni las razones clínicas que explican el crecimiento en la prevalencia global de consumo (recuadro 17).

168 Para un análisis más desagregado de la pauta de consumo de benzodiazepinas y otros fármacos en salud mental, puede consultarse el informe: Base de Datos Clínicos de atención primaria-BDCAP (2020), *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*, Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad. Aunque recoge información desagregada por sexo, lugar de residencia o renta, aún no se ahonda en las causas más profundas que explican el importante desequilibrio de género en el consumo de benzodiazepinas.

GRÁFICO 87. CONSUMO DE FÁRMACOS* ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS Y SEDANTES
(Dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día)



* En ambos casos se trata de derivados de las benzodiazepinas de receta oficial + mutua.

Fuente: Observatorio del Uso de Medicamentos, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

RECUADRO 17. CONSUMO Y PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS: DESIGUALDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES

Las pautas de género en el consumo de benzodiazepinas han sido objeto de literatura académica. Existe cierto consenso al señalar que uno de los hallazgos más ampliamente documentados en epidemiología psiquiátrica es que las mujeres tienen más posibilidades que los hombres de ser diagnosticadas con un trastorno de ansiedad¹⁶⁹. Sin embargo, pocos estudios epidemiológicos han examinado el impacto de género en los trastornos mentales como la ansiedad u otros. Como ocurre con el informe de EDADES, la literatura académica da cuenta de las correlaciones sociodemográficas que se dan en los parámetros de prevalencias de los trastornos mentales y las mujeres, pero presta menos atención a las causas que explicarían la correlación entre ansiedad o depresión y mujeres. Pese a ello, algunos trabajos¹⁷⁰ apuntan a que, más allá de las simplificaciones biológicas —fisiológicas u hormonales— que intentan explicar la propensión a sufrir patología mental de las mujeres, existen importantes determinantes sociales que dan cuenta de la presencia y prevalencia de problemas de salud mental en general, y de ansiedad en particular, en mujeres. Así, por ejemplo, se aprecia que las mujeres expresan con mayor frecuencia malestar emocional o psicológico, lo que explicaría una mayor predisposición en la práctica clínica a prescribir benzodiazepinas ansiolíticas a mujeres. En este sentido, también se ha llamado la atención sobre los estereotipos de género, tanto entre quienes prescriben esta medicación como entre quienes la usan: ante una misma sintomatología, un diagnóstico y una autopercepción del problema diferenciada; e incluso a igualdad de frecuencia de diagnósticos, una sobreprescripción de psicofármacos en ellas¹⁷¹. Además, como señalan algunos trabajos, las desigualdades de género en la salud mental tienden a aumentar entre la población de mayor edad, de menor clase social y de menor nivel educativo, lo que da cuenta de la existencia de una clara in-

169 Véase, por ejemplo, C. P. McLean, A. Asnaani, B. T. Litz, y S. G. Hofmann (2011), “Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity, and burden of illness”, *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035.

170 Véase, por ejemplo, M. P. Matud Aznar, L. García Pérez, J. M. Bethencourt Pérez, y C. Rodríguez-Wangüemert (2017), “Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España”, *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 5.

171 A. Bacigalupe, Y. González-Rábago y M. Jiménez-Carrillo (2022), “Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas”, *Atención Primaria*, 54(7).

terseccionalidad de diferentes ejes de desigualdad¹⁷². En esta línea, el Informe 1/2022 del CES puso de manifiesto que ante contingencias como las provocadas por la crisis sanitaria de la pandemia, el incremento de los trastornos depresivos y de ansiedad tuvieron una incidencia significativamente más alta en la población femenina: la proporción de mujeres que recurrieron a ayuda profesional fue el doble que la de varones, y de casi el triple en la prescripción de psicofármacos.

Las diferencias de género en el diagnóstico y tratamiento muestran una realidad compleja que también afecta a los hombres. Mientras que la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor en mujeres, los problemas mentales entre hombres están más asociados al consumo de alcohol y otras sustancias, y se evidencia una mayor tasa de diagnóstico y prevalencia de los trastornos de la conducta y de personalidad antisocial en los hombres. Esto guarda relación con cierta pauta de masculinidad que rechaza la debilidad, la dependencia emocional o la necesidad de búsqueda de ayuda, que conduce a que los hombres se vean inclinados a ocultar o minimizar su sufrimiento psicológico, y que recurran a la retórica de síntomas físicos o una expresión no verbal en forma de agresividad o consumo de sustancias, lo que puede enmascarar sus menores tasas de depresión o ansiedad¹⁷³. En este sentido, es conveniente llamar la atención sobre el infradiagnóstico y el consecuente insuficiente tratamiento farmacológico que se podría estar dando entre los hombres con estas patologías mentales.

Convendría, en este sentido, poder contar con más información oficial que ahonde en las causas y que analice los efectos, en términos de seguridad y adecuación, del suministro de este tipo de fármacos y su relación con la respuesta del SNS ante el empeoramiento de la salud mental de la población a que se ha hecho referencia en el apartado 4 del capítulo III.

Otro indicador de seguridad del INCLASNS que llama la atención es el de la tasa de pacientes mayores de 75 años polimedicados. Un paciente polimedicado es aquel que consume de forma cronológica un elevado número de fármacos. Para el indicador que crea el INCLASNS, este número es de seis fármacos, aunque otros estudios ponen el límite en cinco. Ahora bien, con independencia del número de fármacos, es importante una distinción cualitativa entre pacientes polimedicados. Por un lado, existen pacientes con una polimedicación adecuada. El ejemplo de estos podrán ser personas portadoras de algún tipo de enfermedad que, por sus características, requieren múltiples medicamentos para llevar a cabo una vida saludable. Por el otro, está la polimedicación inadecuada, que es cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios, o que en su conjunto pueden generar un alto perjuicio para la salud, y el objetivo en estos casos es reducir ese número de fármacos. El ejemplo más frecuente en estos casos es el de las personas mayores con dos o más enfermedades (comorbilidad acusada), donde cada enfermedad precisa de uno o más medicamentos¹⁷⁴. Una polimedicación conlleva graves riesgos para la salud, entre los que se encuentran un aumento de la morbilidad, e incluso de la mortalidad, especialmente en pacientes mayores.

*Polimedicación
inadecuada entre
personas mayores*

172 A. Bacigalupe, A. Cabezas, M. B. Bueno y U. Martín (2020), “El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020”, *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67.

173 Bacigalupe *et al.*; *op. cit.*

174 V. Barroso y G. Moral, (2011), Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario, *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 4 (35).

Los datos de pacientes mayores de 75 años polimedificados en la última década son preocupantes. Como se puede apreciar (gráfico 88), entre 2016, primer año para los que se tienen registros, y 2020, el incremento de pacientes polimedificados ha sido de más de once puntos porcentuales, lo que significa un crecimiento interanual de más de 2 por 100 de media. Esta cifra remite en 2021 hasta situarse en niveles previos a la pandemia. Hasta no conocer los datos de años posteriores no podrán extraerse conclusiones definitivas, pues el crecimiento de la tasa de polimedicación de 2020 (pico de la serie) podría responder a causas vinculadas con la pandemia o, por el contrario, el descenso en 2021 podría indicar una nueva tendencia positiva en términos de descenso de la polimedicación.

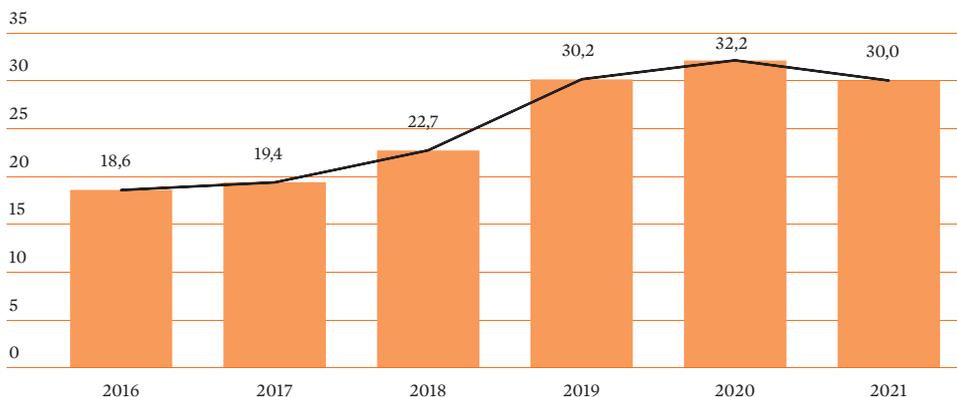
La polimedicación puede provocar riesgo de toxicidad por interacciones medicamentosas, efectos y reacciones adversas no deseadas, caídas, problemas cognitivos y, en general, afectar a la calidad de vida de los pacientes. Por ello es imprescindible medir los riesgos, llevar a cabo los ajustes necesarios en el régimen de medicación y concienciar a pacientes y familiares sobre el uso adecuado de medicamentos en personas mayores con el fin de asegurar un tratamiento seguro y efectivo.

La preocupación en torno a la seguridad del sistema vinculada al uso de fármacos también se relaciona con el del uso excesivo e incorrecto de antibióticos, lo que provoca uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial: la resistencia antimicrobiana. Esta se produce cuando microorganismos como bacterias, virus, parásitos u hongos se vuelven resistentes a los tratamientos antimicrobianos a los que antes eran sensibles. Aunque este informe se preocupa por la seguridad de los pacientes en el uso de fármacos, la resistencia de microorganismos a antibióticos también se encuentra en animales, plantas y el medioambiente (agua, suelo y aire), que pueden ser, a su vez, vectores de transmisión de estos organismos. Resulta

El uso responsable de antibióticos

Resulta preocupante que la resistencia antimicrobiana se produce cuando microorganismos como bacterias, virus, parásitos u hongos se vuelven resistentes a los tratamientos antimicrobianos a los que antes eran sensibles. Aunque este informe se preocupa por la seguridad de los pacientes en el uso de fármacos, la resistencia de microorganismos a antibióticos también se encuentra en animales, plantas y el medioambiente (agua, suelo y aire), que pueden ser, a su vez, vectores de transmisión de estos organismos. Resulta

GRÁFICO 88. PACIENTES POLIMEDICADOS DE 75 AÑOS Y MÁS
(Porcentaje sobre el total de personas de 75 y más años con tarjeta sanitaria individual)



Fuente: elaboración propia con datos del INCLASNS.

preocupante, además, que a medida que se desarrollan y comercializan nuevos antimicrobianos, pronto se crean mecanismos de resistencia por parte de estos organismos. Así, con datos de la Organización Mundial de la Salud, la resistencia a fármacos antimicrobianos se encuentra entre las diez principales amenazas sanitarias a nivel mundial y se estima que 4,9 millones de muertes anuales están relacionadas con resistencia bacteriana a los antibióticos¹⁷⁵, cifras que podrían llegar a los 10 millones para 2050¹⁷⁶.

A raíz de constatar el inadecuado y elevado porcentaje de antibióticos consumidos entre la población, en 2014 se crea el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) con el objetivo de reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos y, consecuentemente, reducir el impacto de este problema sobre la salud de las personas. En su último plan estratégico (2022-2024)¹⁷⁷, el PRAN destaca que desde su entrada en vigor en 2014 hasta 2020 se han implementado un total de 80 medidas de vigilancia, control, prevención, investigación, formación y comunicación, que han tenido como resultado una reducción del consumo en salud humana de antibióticos del 32,4 por 100. Sin embargo, mientras que el consumo de antibióticos en hospitales mantiene una tendencia decreciente, los datos publicados en 2022 muestran un repunte de 3,3 por 100 en el consumo global (receta oficial más receta privada) de antibióticos de uso sistémico en el sector comunitario, que quizá pueda estar relacionado con el incremento de infecciones respiratorias tras el COVID-19.

Del lado del consumo de antibióticos de uso animal, el plan estratégico del PRAN destaca una reducción del 57 por 100 en las ventas de antibióticos veterinarios. Además, en materia de resistencia antimicrobiana animal, en enero de 2022 entraron en vigor las medidas contempladas en el Reglamento-UE 2019/6¹⁷⁸ que, entre otras, refuerza las acciones específicas a nivel comunitario para garantizar el uso responsable y prudente de antibióticos de uso animal.

En la actualidad, la AEMPS señala que España se sitúa como el primer país con mayor reducción de antibióticos veterinarios y el tercero en salud humana a nivel europeo¹⁷⁹. Pese a ello, España sigue siendo uno de los mayores consumidores a nivel europeo de antibióticos (gráfico 89).

En términos de impacto, aproximadamente entre 33 y 35 mil personas mueren cada año en Europa como consecuencia de infecciones provocadas por bacterias resistentes, 4.000 de ellas en España, el cuádruple de muertes que las causadas por accidentes de

175 OMS (2022), *Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2022*.

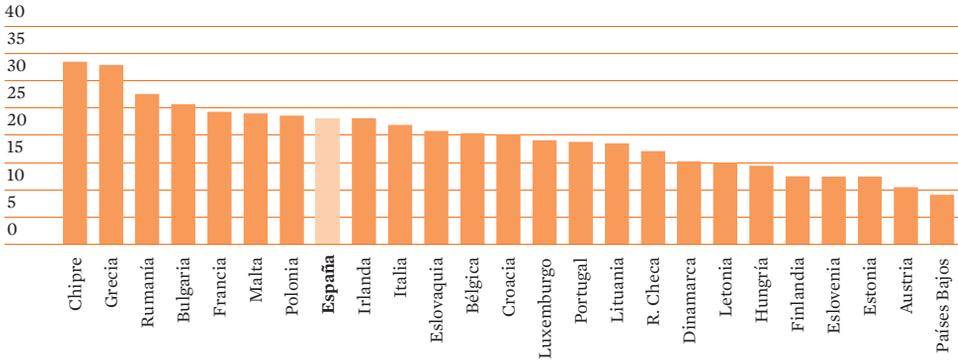
176 United Nations Environment Programme (2023), *Bracing for Superbugs: Strengthening environmental action in the One Health response to antimicrobial resistance*, UNEP: Ginebra.

177 Plan Nacional Frente a la Resistencia a los Antibióticos (2022), *Plan estratégico 2022-2024*, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Agricultura y Pesca, Ministerio Para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico y Agencia Española del Medicamento.

178 Reglamento (UE) 2019/6 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2018, sobre medicamentos veterinarios y por el que se deroga la Directiva 2001/82/CE.

179 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2023), *España lidera la reducción de consumo de antibióticos en Europa*.

GRÁFICO 89. CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS DE USO SISTÉMICO, 2022
(En dosis diarias definidas por 1.000 habitantes/día)



Nota: no hay datos publicados para Alemania y Suecia.

Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control.

tráfico¹⁸⁰. Respecto del conocimiento que tiene la población española sobre los antibióticos, de acuerdo con la edición especial del Eurobarómetro dedicada a la resistencia a los antimicrobianos (2022)¹⁸¹, el 46 por 100 de la población española cree de manera errónea que los antibióticos matan a los virus y el 36 por 100 cree que son efectivos contra los resfriados. Del lado positivo, la encuesta refleja que el 85 por 100 de la población es consciente de que el uso indebido de antibióticos los hace más ineficaces.

En términos de monitoreo, el INCLASNS elabora dos indicadores desde 2018 que miden la resistencia del *Staphylococcus aureus* a la meticilina y la resistencia del *Escherichia coli* a la cefalosporina de 3ª generación. En el caso de la meticilina, se aprecia un comportamiento positivo en la resistencia a este antibiótico, descendiendo de 31,97 por 100 en 2019 a un 26,98 por 100 en 2021. En el caso de la cefalosporina no se aprecian cambios significativos, manteniéndose la resistencia a este antibiótico en torno al 18,5 por 100 en los tres años para los que se tienen datos.

El riesgo de zoonosis se produce ante la eventual transmisión de enfermedades de animales a humanos a través de agentes etiológicos como bacterias, virus, hongos o parásitos.

El enfoque One Health ante riesgos medioambientales y de zoonosis

La epidemiología de estas enfermedades es muy variada, desde el contacto directo con un animal infectado (la rabia, por ejemplo), hasta transmisiones por consumo de alimentos (resistencia antimicrobiana animal que luego es transferida a las personas a través de la cadena alimentaria, por ejemplo). Así, en la medida en la que la relación

180 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2021), Nota Informativa. España mantiene el pulso frente a la pandemia silenciosa: la resistencia a los antibióticos.

181 Comisión Europea (2022), *Special Eurobarometer 522. Antimicrobial resistance*.

de las personas y animales es constante, ya sea por el consumo de alimentos derivados de estos o por contacto directo con animales domésticos o en la industria pecuaria, las enfermedades zoonóticas representan una importante amenaza para la salud pública.

Si bien las enfermedades por transmisión animal aumentaron de manera significativa en la segunda mitad del siglo XX, no deja de ser cierto que la pandemia de COVID-19 ha elevado el nivel de importancia y preocupación, tanto por parte de autoridades sanitarias como ciudadanía, por la interacción humanos-animales-medioambiente en la emergencia de zoonosis¹⁸².

En este sentido, es precisamente por la variedad de escenarios, con diferentes niveles de gravedad, que la vigilancia frente a la emergencia de zoonosis de los sistemas de salud pública y salud veterinaria trabajan para aplicar medidas preventivas bajo la estrategia *One Health* a la que ya se ha hecho mención. En 2022 se aprobó el *One Health Joint Plan Action (2022-2026)*¹⁸³, promovido por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de la Salud Animal (OMSA). El objetivo de este plan es dar respuesta a las necesidades de prevenir futuras pandemias y promover la sostenibilidad de la salud. El Plan contempla una serie de vías de acción, algunas de las cuales están orientadas a reducir los riesgos de las epidemias y pandemias zoonóticas, o llevar a cabo acciones en materia de riesgos de seguridad alimentaria. En este sentido, el enfoque *One Health* promueve una mirada holística que reconozca la interconexión entre la salud de las personas, los animales, las plantas y el medio ambiente, lo que inevitablemente lleva a la necesidad de no disociar la seguridad veterinaria de la salud humana. Un buen ejemplo del enfoque *One Health* a la hora de tratar problemas de salud pública zoonóticos es el Plan de Acción Europeo de Resistencia Antimicrobiana¹⁸⁴. El plan contempla, entre otras acciones, la articulación europea de expertos en salud humana, salud animal y en medioambiente quienes, junto a diferentes agencias europeas, trabajan para facilitar el aprendizaje mutuo, compartir ideas innovadoras, crear consensos, comparar los progresos realizados en ámbitos clave y, en caso necesario, acelerar los esfuerzos nacionales para hacer frente a la resistencia antimicrobiana, tanto animal como humana.

La preocupación por un uso responsable de los medicamentos no solo atañe a las pautas de prescripción médica de los fármacos, sino también al cumplimiento por parte de los pacientes de la dosificación y persistencia de la pauta prescrita, además de las recomendaciones acordadas entre paciente y personal sanitario, que incluyen el seguimiento de

*Adherencia terapéutica
como factor de éxito
de los tratamientos
farmacológicos*

182 A. Sánchez, A. Contreras, J. C. Corrales y C. de la Fe (2022), “En el principio fue la zoonosis: *One Health* para combatir esta y futuras pandemias. Informe SESPAS 2022”, *Gaceta Sanitaria*, 36, 61–67.

183 FAO, UNEP, WHO, & WOAHA (2022), *Global Plan of Action on One Health. Towards a more comprehensive One Health, approach to global health threats at the human-animal-environment interface*. Rome.

184 Comisión Europea (2017), *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR)*.

un determinado tipo de dieta o la modificación de ciertos hábitos de vida (actividad física, por ejemplo). En caso contrario, una mala adherencia a medicamentos conlleva un importante coste humano en términos de seguridad del paciente y calidad de vida, además de suponer un problema de salud pública, especialmente cuando se trata de personas con enfermedades crónicas o que requieren pautas de polimedición.

En 2003 la OMS publicó un estudio¹⁸⁵, que sigue siendo referencia en otros trabajos sobre adherencia a medicamentos, en el que señalaba que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas se situaba tan solo en el 50 por 100. Existe, en tal sentido, una asociación clara y directa entre la falta de adherencia terapéutica y la obtención de peores resultados en salud: empeoramiento de la enfermedad, incremento de la morbilidad y mortalidad, intensificación del tratamiento prescrito o la sustitución de un tratamiento por otro con peor perfil de seguridad, con un incremento de los costes sanitarios y pérdida de eficiencia del sistema¹⁸⁶. En definitiva, tasas de adherencia tan bajas repercuten negativamente en la evaluación de efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos, de igual forma que una buena adherencia se traduce en menores hospitalizaciones, consultas externas o visitas a urgencias.

Las causas del incumplimiento terapéutico son de carácter multifactorial, desde la falta de comprensión de un paciente de la pauta médica después de una transición asistencial, hasta la negativa explícita de este a continuar con un tratamiento debido a la aparición de efectos secundarios. Los factores de adherencia, que llegan a ser más de 200, pueden estar, por tanto, relacionados con el paciente, con el fármaco, con la enfermedad o con el personal sanitario. Es precisamente el carácter multifactorial el que impide que una estrategia para promover el cumplimiento terapéutico sea de carácter universal, de la misma forma que no resulta sencillo medir a nivel agregado el grado de incumplimiento terapéutico de la población ni hacer una clasificación exhaustiva de pacientes no adherentes. De hecho, las investigaciones más precisas sobre cumplimiento terapéutico se centran en analizar los factores de adherencia, ponderando en mayor o menor medida si estos factores están más relacionados con la enfermedad –VHI, diabetes– o con el perfil del paciente –población anciana–, por poner dos ejemplos. En este sentido, algunos estudios muestran que la tasa de adherencia a tratamientos retrovirales en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es bastante alta¹⁸⁷, mientras que otros estudios muestran peores resultados de adherencia en pacientes con hipertensión arterial, hipercolesterolemia o diabetes¹⁸⁸. En enferme-

185 E. Sabaté (2003), *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*, Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

186 T. Dilla, A. Valladares, L. Lizán, y J. A. Sacristán (2009), *Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora*, 41(6), 342–348.

187 C. Dongil, M. T. Gómez Lluch, A. Marcos de La Torre y B. Proy Vega (2022), “Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH”, *Revista Multidisciplinar Del SIDA*, 10(26), 7–13.

188 A. Moreno Juste, A. Gimeno Miguel, B. Poblador Plou, F. González Rubio, M. M. Aza Pascual-Salcedo, E. Menditto y A. Prados Torres (2019), “Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española”, *Medicina Clínica*, 153(1), 1–5.

dades como el asma, en la que la adherencia no llega al 50 por 100, las repercusiones en términos de morbilidad, mortalidad y consumo o de recursos sanitarios son altísimas¹⁸⁹.

Pese al impacto que puede tener en la salud del paciente y en el sistema un elevado incumplimiento terapéutico, ninguno de los indicadores de seguridad del INCLASNS aportan información, ni agregada ni desagregada por enfermedad. Como se ha visto, los indicadores se preocupan por los posibles errores, por acción u omisión, en la prescripción correcta de medicamentos. Es decir, en el momento *anterior* al consumo. Y en el caso del *después*, se centran en los efectos nocivos del consumo excesivo o voluntario de medicamentos. Esto no quiere decir que no haya preocupación por la cuestión. De hecho, la última Estrategia de Seguridad del Paciente¹⁹⁰ hace referencias en múltiples ocasiones a las acciones que se deben tomar para mejorar la adherencia a los tratamientos.

En este sentido, tanto por su formación como por la vinculación que tienen con el paciente, los y las profesionales de farmacias comunitarias son una pieza clave en la monitorización de la adherencia terapéutica, especialmente cuando se trata de pacientes crónicos, agudos y/o polimedicados. En este ámbito, la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)¹⁹¹ publicó en 2017 una guía práctica para farmacéuticos en la que, por un lado, se hace una clasificación mínima del tipo de perfiles de pacientes con mala adherencia terapéutica y, por el otro, desarrolla una metodología para la detección y mejora de la adherencia en el ámbito de las farmacias comunitarias. Asimismo, esta misma guía reconoce que no existe una estrategia general que funcione para mejorar la adherencia de pacientes, y que más bien es necesaria la personalización con medidas sencillas adaptadas a cada caso.

Conviene tener en consideración, no obstante, que tanto la Estrategia de Seguridad del Paciente como la Guía elaborada por SEFAC están orientadas a la práctica clínica/farmacéutica y al seguimiento individualizado de los pacientes por parte del personal sanitario; no a la recolección agregada de datos. En este sentido, resulta imprescindible una monitorización, a través de estadísticas oficiales, de la adherencia a medicamentos, especialmente en pacientes crónicos que padecen enfermedades en las que la literatura científica ha dado cuenta de mayores riesgos de morbimortalidad prematura derivada del incumplimiento terapéutico: hipertensión, asma, VIH+ o hemodiálisis, diabetes, entre otras. Contar con información oficial permitirá dar coherencia a los múltiples estudios que se vienen desarrollando desde la década de los 80 al respecto, pero sobre todo permitirá diseñar estrategias coherentes y consistentes de prevención del incum-

189 J. Hernández Borge, L. M. Sierra Murillo, J. Antona Rodríguez y P. Cordero Montero (2021), “Nivel de adherencia y patrón de adherencia al tratamiento inhalado en pacientes con EPOC y asma”, *Revista Española de Patología Torácica*, 33(1), 24–34. Véase también, C. Melero Moreno, N. Rodríguez Meleán y R. Díaz Campos (2017), “Adherencia al tratamiento en asma. Situación actual”, *Revista de ASMA*, 2(1), 13–22.

190 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), *Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

191 Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (2017), *Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario*. EDITTEC: Barcelona.

plimiento terapéutico, al menos en las enfermedades que mayores riesgos de seguridad presentan por baja adherencia.

Finalmente, otro importante indicador de calidad en el sistema de cuidados vinculado con la seguridad es el de mortalidad intrahospitalaria, esto es, el número de pacientes que fallecen durante su estancia en el hospital.

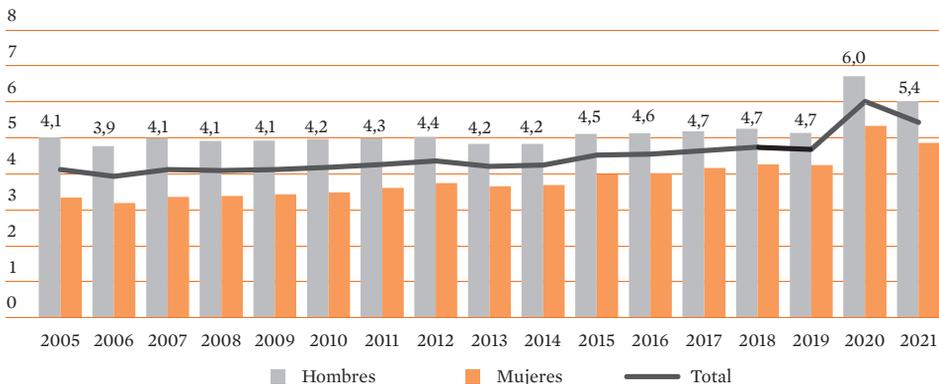
La mortalidad intrahospitalaria como una garantía de seguridad del sistema

Aunque el INCLASNS establece como esenciales los indicadores de mortalidad intrahospitalaria postinfarto y mortalidad intrahospitalaria tras factura de cadera, con el fin de tener una panorámica más amplia, aquí se toman los datos globales de mortalidad intra-

hospitalaria, también incluidos como indicador del INCLASNS. Los datos muestran (gráfico 90) una relativa estabilidad en las tasas de mortalidad intrahospitalaria, con una afectación mayor en hombres que en mujeres. A partir de 2020, como consecuencia de la pandemia de COVID-19, se aprecia un repunte significativo, aunque este remite en el siguiente año. En términos generales, con una mortalidad intrahospitalaria de en torno al 5 por 100, se entiende que el sistema mantiene altas cuotas de seguridad en la materia.

En el caso de enfermedades con gran prevalencia, como son las respiratorias y cardiovasculares, los datos muestran comportamientos disímiles. En el caso de las segundas, la mortalidad intrahospitalaria postinfarto ha seguido una tendencia descendente, disminuyendo del 9,3 por 100 en 2007 al 6,19 por 100 en 2021. Sin embargo, la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía mantiene un comportamiento relativamente estable, con una tasa en torno al 9 por 100 (casi tres puntos por encima que la media global) y, también como consecuencia de la pandemia, un pico del 14,4 por 100 en 2020, con un descenso al 10,3 por 100 en 2021.

GRÁFICO 90. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA GLOBAL DEL SNS, 2005-2021
(Porcentaje sobre el total de altas)



Fuente: elaboración propia a partir con datos del INCLASNS.

Al evaluar un sistema de alta calidad y universalidad como el español, la cuestión de la accesibilidad aparece como un elemento de primer orden, no solo por la amplitud de servicios y vías de acceso que ofrece el sistema, sino también por las barreras de entrada y limitaciones terapéuticas que presenta. La pandemia del COVID-19 es un claro ejemplo de la universalidad y accesibilidad del sistema sanitario español, como el del conjunto de países de la Unión Europea¹⁹², pues fue en virtud de esta, que se pudo garantizar que la población tuviese acceso a las pruebas de detección, vacunación y tratamientos para la enfermedad. Sin embargo, pese al principio dogmático de equidad, cohesión y universalidad que proclama el SNS, el acceso efectivo a diferentes servicios puede verse limitado por cuestiones como el número de camas disponibles en hospitales, excesivos tiempos de espera en atención primaria o especialista, barreras geográficas, limitación de recursos humanos o escasez de tecnología médica, por poner algunos ejemplos.

Una vez más, la accesibilidad como expresión de la calidad del SNS no solo se mide en función de las barreras o limitaciones que el sistema identifica, sino también en función a las demandas de los pacientes y de la población en general. En este sentido, el INCLASNS, en coherencia con los derechos que reconoce la Ley 14/1986 general de Sanidad¹⁹³, entiende la accesibilidad como el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud, garantizando como derecho el acceso a tener una respuesta asistencial en plazos adecuados, sin más criterios que el de la necesidad en salud, y sin barreras por razones físicas, de comunicación, culturales, de lengua, geográficas o de oportunidad.

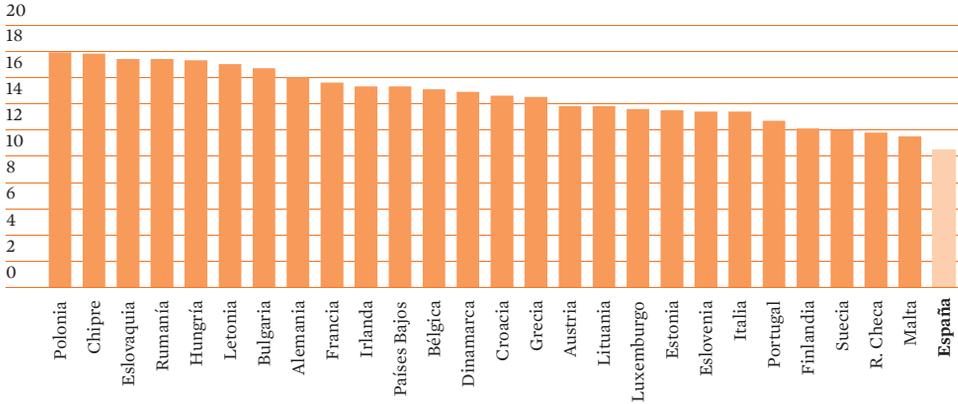
A partir de esta definición, el INCLASNS incorpora 16 indicadores de accesibilidad, cinco de los cuales entiende como esenciales, aunque no agotan esta dimensión del sistema. Por ejemplo, aunque no se incluye como “esencial”, la accesibilidad a una salud preventiva también mide la tasa de cribado de cáncer de mama a través de pruebas de mamografía o citologías vaginales. Como se aprecia (gráfico 91), en comparación con el cribado de cáncer de colon (prueba de sangre en heces), el porcentaje de mujeres que se realiza la prueba mamográfica o la citología vaginal con la frecuencia recomendada es muy alta, como ya se adelantó en el apartado 2 del capítulo III, lo que da cuenta de un alto grado de concienciación, tanto institucional, como de las personas con riesgo de padecer cáncer de mama o cérvix, de la necesidad de una detección temprana. Pese a que los datos de la Organización Mundial de la Salud¹⁹⁴ indican que en 2019 el cáncer de mama era la quinta causa de muerte entre mujeres en España, con

192 Sobre accesibilidad de los sistemas sanitarios europeos en el contexto de la pandemia del COVID-19, véase OCDE, *Health at a Glance, 2022* (2023), capítulo siete.

193 La Ley general de Sanidad reconoce en su artículo 3.2 que el “El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva” y más adelante, en el artículo 10, reconoce el derecho a que toda persona tenga acceso a las administraciones públicas sanitarias; “sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social”.

194 OMS, *Data on Mortality and global health*, 2023.

GRÁFICO 91. MORTALIDAD EN MUJERES POR CÁNCER DE MAMA, UE-27, 2020
(Tasa por cada 100.000 habitantes)



Fuente: OMS, Global Cancer Observatory.

una incidencia de 29,32 muertes por cada 100.000 habitantes, datos de 2020 muestran que España es el país con el índice de mortalidad por cáncer de mama entre mujeres más bajo de la Unión Europea, lo cual refleja la importancia que el sistema ha dotado a esta enfermedad.

Sin embargo, el cribado de cáncer de colon en la edad (50-69 años) y frecuencia recomendada (cada dos años) es muy bajo, a pesar del crecimiento que se ha dado en la última década. Esto contrasta con la incidencia en la mortalidad por cáncer de colon o recto que, según datos de la OMS para 2019, es la sexta causa de muerte más frecuente entre hombres y mujeres en España, con una incidencia de 36,31 muertes por cada 100.000 habitantes. Si se observan los datos desagregados y en serie histórica (gráfico 92), se puede comprobar que las bajas tasas de cribado contrastan con tasas mucho más elevadas de muerte por cáncer de colon o recto en varones respecto de mujeres (gráfico 93), a pesar de que el cribado es equilibrado entre hombres y mujeres.

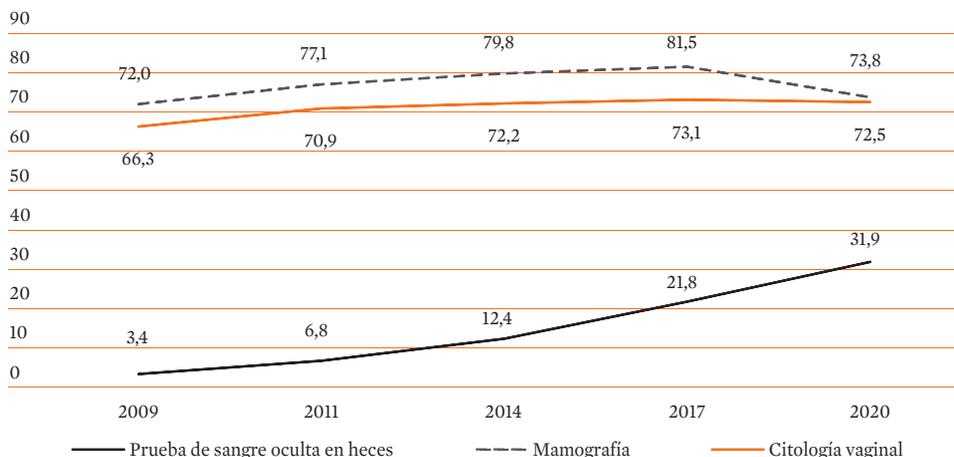
Uno de los aspectos que más preocupa a la población en general, y que en ocasiones ha sido materia de discusión pública, tiene que ver con los tiempos de espera a la atención

Los tiempos de espera en la sanidad: una preocupación en la ciudadanía

primaria. Como se ha señalado en este informe, la atención primaria se asume como eje del sistema, ya que constituye el primer estadio en el proceso asistencial y es el escalón capaz de resolver la mayor parte de los cuadros patológicos sin necesidad de recurrir a la atención especializada, mucho más costosa. De hecho, un porcentaje

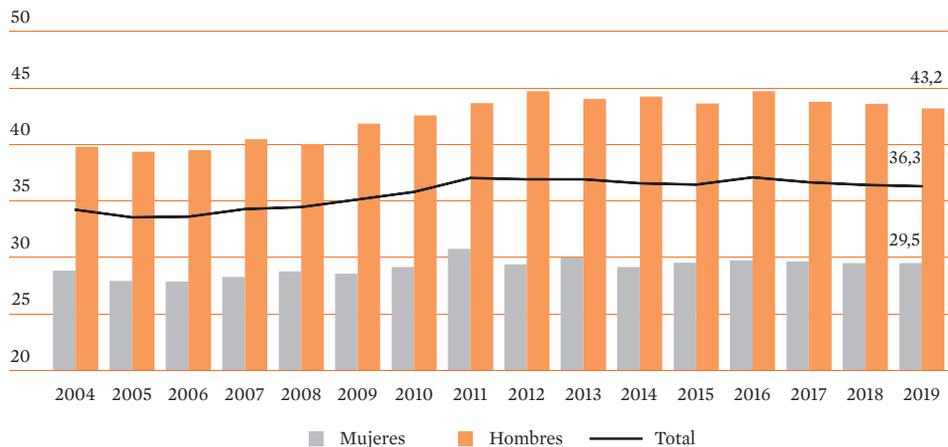
muy alto de personas que tuvieron un problema de salud y quisieron acudir a visitar a su médico/a de familia y no pudieron optar por acudir a un servicio de urgencias (31,2 por 100, según la última oleada del Barómetro sanitario, julio 2023). Este es un claro escenario en el que la atención primaria no es capaz, debido a los tiempos de espera, de

GRÁFICO 92. CRIBADO DE CÁNCER DE COLON Y DE MAMA, Y CITOLOGÍA VAGINAL, 2009-2020
 (% de personas de 50 a 69 años con prueba de sangre oculta en heces, % de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada, en ambos casos con la frecuencia recomendada; y % de mujeres de entre 25 y 65 años con citología vaginal en los últimos 3 años)



Fuente: elaboración propia con datos del INCLASNS y del Ministerio de Sanidad (2023), *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2022*.

GRÁFICO 93. INCIDENCIA DE MUERTE POR CÁNCER DE COLON ENTRE HOMBRES Y MUJERES, 2004-2019
 (Tasas por cada 100.000 habitantes)



Fuente: OMS, Global Health Estimates (GHE).

hacer un cribado de las personas que realmente necesitan atención hospitalaria respecto de las que podrían haber resuelto la sintomatología/dolencia en atención primaria. Por esta razón, un funcionamiento eficaz de la atención primaria no solo repercute positivamente en el funcionamiento del sistema en general, sino también –y sobre todo– en la salud y calidad de vida de la población, por ello que la coordinación y rapidez son

condiciones de posibilidad para contar con un sistema de atención primaria inclusivo, equitativo, costoeeficaz y efectivo.

Resulta evidente que el nivel de saturación y estrés que ha sufrido el sistema sanitario durante la pandemia ha repercutido muy negativamente en ciertos estándares

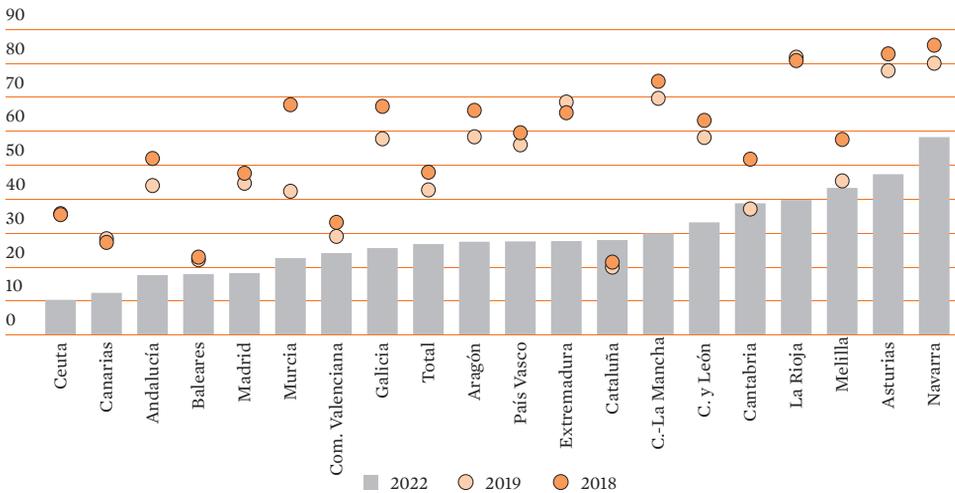
Saturación en AP: tan solo un cuarto de la población consigue cita en las primeras 24-48 horas

de calidad, entre ellos los tiempos de espera. Como se puede comprobar (gráfico 94) existe un claro deterioro en los tiempos de espera en la atención primaria en todas las comunidades y ciudades autónomas. En términos agregados, tan solo un cuarto de la población que necesita una consulta en atención primaria consigue una cita en las primeras 24-48 horas, cifra que antes de la pandemia rozaba el 50

por 100. Asimismo, las diferencias entre territorios son notabilísimas. Mientras que en territorios como La Rioja, Navarra o Asturias en torno al 80 por 100 de la población accedía antes de la pandemia a la atención primaria con la rapidez que exige el sistema para una prestación correcta del servicio, en Cataluña, Baleares o Canarias tan solo el 30 por 100 de la población lo conseguía.

Pese a que el sistema sanitario ya no está centrado en la gestión de la pandemia, los datos de la segunda oleada del Barómetro sanitario de julio de 2023 no muestran una mejora de los resultados en los tiempos de espera en atención primaria. A nivel agregado, tan solo el 21,9 por 100 de los encuestados señalaron que consiguieron una cita en atención primaria el mismo día o al día siguiente de solicitarla, casi 6 puntos por

GRÁFICO 94. ACCESIBILIDAD A ATENCIÓN PRIMARIA EN 24-48 HORAS
(Desde la solicitud de cita. En porcentaje)



Nota: en 2020 y 2021 no se realizó el Barómetro sanitario debido a la pandemia de COVID-19. Los resultados a partir de 2022 pueden mostrar diferencias respecto de los años anteriores ya que se cambió el modo de administración del cuestionario (de entrevista presencial a telefónica).

Fuente: INCLASNS a partir de los datos del Barómetro sanitario.

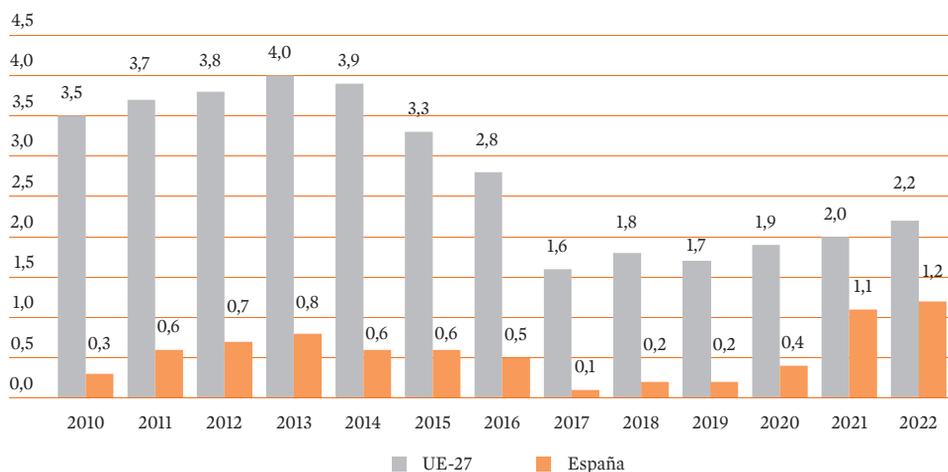
debajo del dato consolidado de 2022 (total oleadas). Del otro lado, el 69,4 por 100 de las personas que no obtuvieron cita ese mismo día o el día siguiente señalan que se debió a que “no había citas antes”. A estas mismas personas se les preguntó cuántos días tuvieron que esperar y casi la mitad, el 54,2 por 100, respondieron que entre siete y once días o más. Los resultados de la última oleada del Barómetro sanitario, muy similares a los de la primera edición de 2023, muestran un claro empeoramiento en los tiempos de espera, que inevitablemente afecta a la calidad y accesibilidad a la atención primaria.

Una comparación de España con la media de la Unión Europea muestra un escenario más favorable. En términos de accesibilidad, las tres principales razones por las cuales la ciudadanía declara no haber podido satisfacer necesidades médicas¹⁹⁵ son los costes económicos, las distancias de desplazamiento para acceder a un servicio y las listas de espera. Si se toman las variables de forma agregada tanto para España como para la UE-27, estas reflejan una ventaja comparativa respecto de la media de la Unión Europea (gráfico 95).

Sin embargo, si se observan los datos a nivel desagregado, el principal problema de accesibilidad que declara la ciudadanía en España son las listas de espera, especialmente en los últimos años, mientras que en la media de la Unión Europea los tiempos de las listas de espera son menores, siendo el esfuerzo económico la principal barrera de acceso al sistema de salud (cuadro 13).

GRÁFICO 95. NECESIDADES DE ATENCIÓN SANITARIA NO SATISFECHAS, 2010-2022

(En porcentaje de la población mayor de 16 años, valores agregados)



Fuente: Eurostat (Online data code HLTH_SILC_14_custom).

195 Las necesidades autodeclaradas como no satisfechas se refieren a la propia evaluación de una persona sobre si necesitaba un examen o tratamiento para un tipo específico de atención sanitaria, pero no lo tenía o no lo buscaba por las tres razones siguientes: “razones económicas”, “lista de espera” y “demasiado lejos para desplazarse”.

CUADRO 13. NECESIDADES MÉDICAS NO SATISFECHAS, POR MOTIVOS, 2010-2022

(Valores desagregados por variable. En porcentaje)

Año	UE-27			España		
	Razones económicas	Demasiado lejos para desplazarse	Listas de espera	Razones económicas	Demasiado lejos para desplazarse	Listas de espera
2010	2,2	0,2	1	0,2	0	0,1
2011	2,6	0,2	0,9	0,4	0	0,2
2012	2,5	0,2	1	0,4	0,1	0,2
2013	2,7	0,2	1,1	0,6	0,1	0,1
2014	2,8	0,2	1	0,5	0	0,1
2015	2,4	0,1	0,8	0,1	0	0,4
2016	1,9	0,1	0,8	0,2	0	0,4
2017	1	0,1	0,6	0,0 (n)	0,0 (n)	0,1
2018	1,1	0,1	0,6	0,1	0	0,1
2019	0,9	0,1	0,7	0,0 (n)	0,0 (n)	0,2
2020	1,1	0,1	0,7	0,0 (n)	0,0 (n)	0,4
2021	1	0,1	0,9	0,1	0,0 (n)	1
2022	1,1	0,1	0,9	0,1	0,0 (n)	1,1

(n) No significativo.

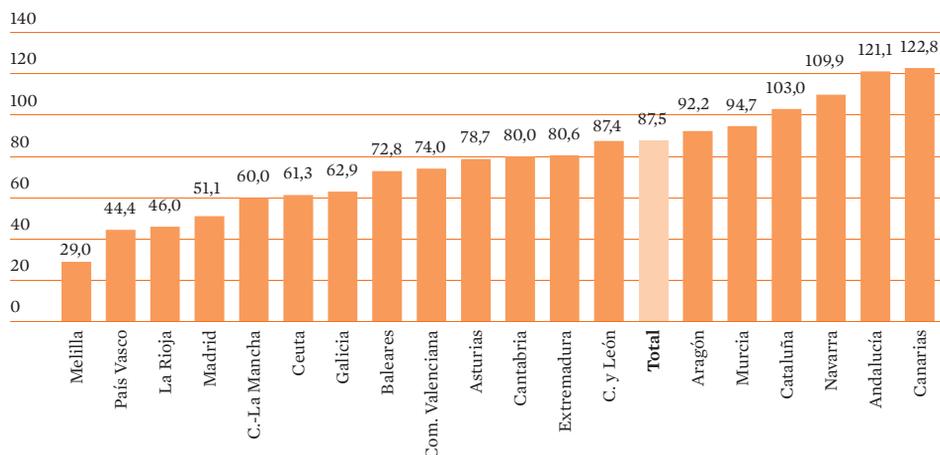
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Eurostat (Online data code HLTH_SILC_14).

Esperas en aumento en atención especializada, con importantes diferencias territoriales

Si se analizan los tiempos de espera en atención especializada, el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS)¹⁹⁶ ofrece información sobre la espera en consultas de atención especializada y sobre la espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes, incluyendo tanto

los tiempos medios de espera como el porcentaje de pacientes con más de dos meses de espera para consulta en atención especializada. Los datos más recientes publicados (junio de 2023) muestran importantes diferencias entre territorios, lo cual revela que, en términos de accesibilidad, se producen inequidades territoriales manifiestas (gráfico 96). La media en días de espera para el conjunto de España se sitúa en 87,45 días, con un rango de diferencia de más de 100 días entre Melilla, donde el tiempo de espera es de 28,96 días, y Canarias, donde el tiempo medio de espera es de más de cuatro meses de espera (122,78 días).

196 A diferencia de los tiempos de espera de atención primaria, que son recogidos a través de encuestas, los datos de espera en atención especializada son más homogéneos, pues están regulados por el Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

GRÁFICO 96. TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA PRIMERA CONSULTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, 2023 (En días)

Fuente: INCLASNS a partir del Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS). Ministerio de Sanidad.

En el caso de los tiempos de espera para una intervención quirúrgica no urgente, la evolución histórica es también creciente para el conjunto del sistema. Entre 2010 y 2023 el tiempo medio de espera se ha duplicado, siendo el pico más alto en 2020 producto de la pandemia de COVID-19 (gráfico 97). Las diferencias entre territorios son igualmente manifiestas. Con los datos consolidados de lista de espera de 2022, en territorios como Melilla (39 días) o Madrid (63,4 días) los tiempos de espera medios fueron de dos meses o menos, mientras que en Canarias (157 días), Extremadura (156 días), Cataluña (154 días) o Cantabria (154 días) los tiempos medios de espera superan los cinco meses. A 30 de junio de 2023, para intervención quirúrgica no urgente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el tiempo medio de espera se sitúa en 112 días y el 17,4 por 100 de ellos llevaba incluido en lista de espera más de 6 meses.

Los datos analizados, que no agotan una evaluación en profundidad de la accesibilidad del sistema sanitario en España, muestran que, por un lado, la accesibilidad autopercibida por la ciudadanía ha sido históricamente mayor que la de la media de la Unión Europea. Sin embargo, tanto en términos comparados con la Unión Europea como analizando las cifras que sistematiza el INCLASNS de diferentes fuentes, uno de los problemas más acuciantes del sistema, tanto en la atención primaria como especialista, son los tiempos de espera, ya sea para primeras citas como para intervenciones quirúrgicas no urgentes. De hecho, la principal razón que expone la población que opta por una cobertura sanitaria privada es “la rapidez con la que atienden” (el 74,4 por 100 de las personas que contrataron un seguro privado, según la primera oleada del Barómetro sanitario del CIS para el año 2023).

La pandemia de COVID-19 ha agravado la situación de los tiempos de espera, llevando las cifras a sus peores resultados históricos. Conviene, en este sentido, que las

GRÁFICO 97. TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚGICA NO URGENTE (En días)



Nota: para el último año de la serie (2023) el INCLASNS proporciona datos referidos a la situación a 30 de junio, hasta que se publican los datos consolidados referidos a 31 de diciembre.

Fuente: INCLASNS a partir del Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS). Ministerio de Sanidad.

Administraciones públicas responsables de la gestión sanitaria hagan esfuerzos por mejorar los indicadores de accesibilidad, no solo para recuperar estándares previos a la pandemia, sino también para armonizar los estándares de calidad a nivel nacional. La cohesión social no puede desligarse de la cohesión territorial y tanto la administración central como las administraciones autonómicas tienen la responsabilidad de garantizar servicios sanitarios de calidad.

Por otro lado, conviene tener en cuenta que el derecho a la salud de todas las personas, con independencia de su origen racial o étnico, de su género u orientación sexual, de su discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social, se encuentra reconocido por la Constitución y fue desarrollado por la Ley general de Sanidad. En este sentido, resulta pertinente llamar la atención sobre la ausencia de información, e incluso de indicadores de seguimiento, acerca de diferentes barreras de accesibilidad que afectan al componente cualitativo de la atención. Por ejemplo, la literatura especializada ha dado cuenta de problemas de discriminación por razón de edad o “edadismo”¹⁹⁷ que, como ya se ha mencionado, pudieron hacerse espe-

Necesidad de ahondar en el acceso efectivo, la accesibilidad y calidad de la atención a la salud

¹⁹⁷ Véase Informe CES 3/2020, *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, así como E. del Pino, F. J. Moreno-Fuentes, G. Cruz Martínez, J. Hernández-

cialmente evidentes en contextos como el de la pandemia, y que en general se caracterizan por la limitación de tratamientos o diagnósticos tardíos u omitidos, prácticas de cuidados inversos, polimedicación inadecuada con una relación riesgo-beneficio desfavorable, “racionamiento” en la asistencia por razones de edad o incluso la exclusión de personas mayores en ensayos clínicos aleatorios sin razones bien justificadas. Es imprescindible, por tanto, minimizar el sesgo de edadismo, toda vez que se ha demostrado que puede acarrear graves problemas para la salud e incluso la muerte.

Junto a los problemas de accesibilidad por razón de edad y/o discapacidad, deben considerarse otro tipo de barreras como pueden ser disposiciones arquitectónicas en centros de salud y/u hospitales, transportes y desplazamientos a centros sanitarios en entornos rurales con población dispersa y de baja densidad, limitaciones en las tecnologías de la información a la hora de gestionar citas, carpetas ciudadanas u otros recursos electrónicos/digitales; barreras comunicativas y/o culturales con población migrante, entre muchas otras¹⁹⁸. Administraciones públicas prestadoras de servicios básicos como la salud alcanzan mayores cuotas de calidad, resiliencia y apertura a la innovación social cuando son capaces de incorporar en sus procedimientos, modelos de gestión y prestación de servicios las experiencias, tanto físicas como emocionales, de diferentes grupos, entre ellos colectivos vulnerables o vulnerados por acción u omisión.

La cuarta dimensión que analiza la calidad de la asistencia del SNS tiene que ver con los niveles de satisfacción o experiencia del paciente a la hora de acceder al sistema. La capacidad que tenga un sistema de generar una experiencia positiva en la población repercute positivamente en cuestiones como el cumplimiento terapéutico de los y las pacientes o puede afectar en las posibilidades de retorno ante un nuevo episodio de dolencia o enfermedad. Un enfoque de evaluación de calidad desde la perspectiva del paciente permite mejorar las interacciones que se dan con los usuarios, un mayor alineamiento de las necesidades de los pa-

Satisfacción y experiencia del paciente

Moreno, L. Moreno, M. Pereira-Puga y R. Perna (2020), *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid. Asimismo véase, OMS, *Informe mundial sobre el edadismo*. (2021) así como S. K. Inouye (2021), “Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves”, *Nature Aging*, 1(2), 150-152.

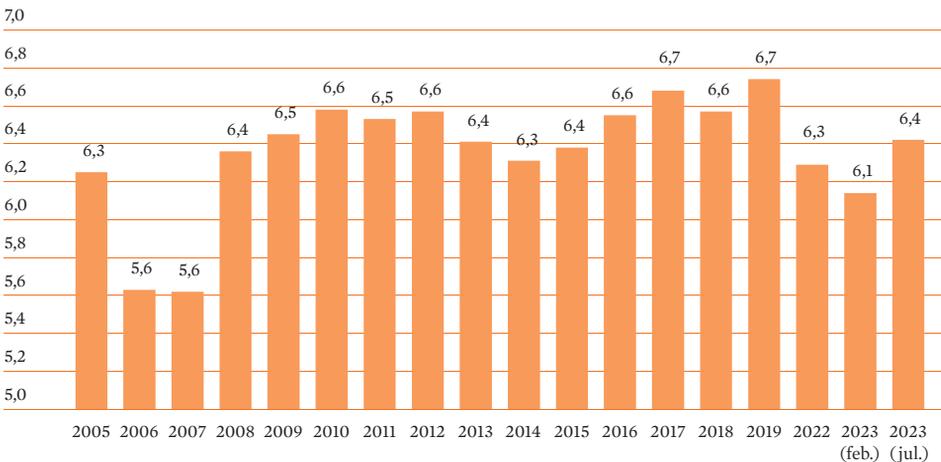
198 Diferentes informes han llamado la atención sobre problemas de accesibilidad de diferentes colectivos al sistema sanitario. Barreras arquitectónicas en el caso de personas con movilidad reducida, estigmas y estereotipos en población transgénero, o limitaciones administrativas o comunicacionales en el caso de personas migrantes. Véase, por ejemplo: FELGTB (2019), *Las personas trans y su relación con el sistema sanitario*, Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales. FELGTB (2020), *Mujeres trans y su relación con el sistema sanitario en los procesos de transición médica*, Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales. Fundación ONCE; ILUNION *Tecnología y Accesibilidad (220)*, *Accesibilidad e innovación social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la sanidad*, Fundación ONCE/Vía Libre Madrid. Ministerio de Sanidad (2022), *Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con VIH en España*, División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad: Madrid.

cientes con el tipo de atención que se provee y, en consecuencia, un mejor desempeño en la gestión del sistema y del proceso de mejora de procedimientos.

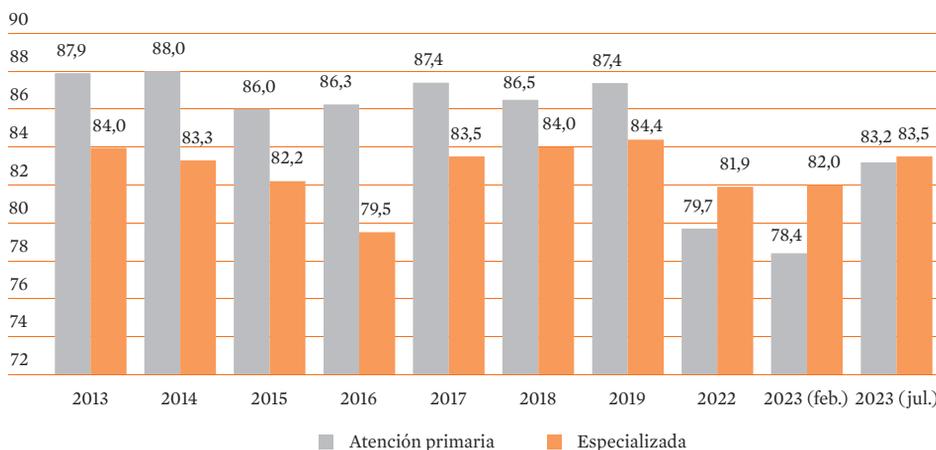
Por otra parte, la satisfacción de la ciudadanía con una administración y los servicios públicos que presta da cuenta de la reputación de esta institución o conjunto de estas. Como se verá a continuación, la opinión generalizada de la población española, pese a las limitaciones o mejoras necesarias, confiere un alto valor al SNS y considera que funciona bien o bastante bien. En este sentido, una institución con buena reputación cuenta con talento, cohesión y eficacia suficiente para tomar decisiones con relativa autonomía, además de afianzar su arraigo en la sociedad. Pese a las reformas que sufrió el sistema durante la última crisis económica, o las disputas político-partidistas por los diferentes modelos de gestión autonómicos vinculados con la tensión público-privado, el SNS en España sigue contando con altos niveles de satisfacción, lo que permite al sistema mostrar su singularidad para crear y prestar servicios que no se encuentran en otro lugar. Un buen ejemplo de ello no solo viene dado por la capacidad que tuvo de hacer frente a la pandemia, sino la confianza que la población mantuvo en el sistema durante las diferentes etapas de gestión de esta.

El INCLASNS establece diez indicadores para medir la experiencia del paciente con el sistema sanitario, cinco de los cuales considera esenciales. El primero de ellos –el grado de satisfacción de los ciudadanos, en una escala de 0 a 10, con el funcionamiento del sistema sanitario público– ofrece una visión de conjunto, a partir de la cual se profundiza en aspectos más concretos. Se observan valores relativamente estables en la valoración que hace la ciudadanía del sistema sanitario, con una media en la serie histórica (2005-2023) de 6,34 puntos, siendo el valor más alto de la serie un 6,74 en 2019, justo antes de la pandemia de COVID-19 (gráfico 98).

GRÁFICO 98. SATISFACCIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO (Resultados medios en la escala del 1 al 10 de grado de satisfacción)



Nota: los datos de 2023 corresponden a la primera y segunda oleada del Barómetro de Salud.
Fuente: INCLASNS, basado en el Barómetro sanitario (CIS).

GRÁFICO 99. VALORACIÓN POSITIVA DE LA ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SNS

Nota: personas que acudieron al médico de familia y médico especialista de la sanidad pública en los últimos 12 meses, que valoran como buena o muy buena la atención recibida.

Los datos de 2023 corresponden a la primera y segunda oleada del Barómetro sanitario.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Barómetro sanitario (CIS).

Si se analizan los datos de satisfacción con el sistema respecto de la valoración de la asistencia recibida en atención primaria o atención especialista en los últimos 12 meses, existe cierta correlación en la tendencia positiva de la serie histórica. Sin embargo, los datos publicados después de la pandemia dejan ver una caída significativa en las tres dimensiones analizadas, lo que revela, con los datos más recientes de 2023, lo que ya se apuntaba en la última Memoria anual del CES; y es que, una vez superada la pandemia, la creciente insatisfacción de la ciudadanía con el SNS responde a causas más profundas. Es especialmente alarmante la caída que se fue dando en la valoración de la asistencia primaria tras la pandemia, aunque con los datos más recientes de la última oleada del Barómetro sanitario se aprecia un considerable repunte (gráfico 99).

Los datos analizados permiten extraer al menos dos conclusiones. La primera es que la población española manifiesta, en términos generales, una opinión positiva del Sistema Nacional de Salud. Estos datos encuentran mejores resultados entre quienes acudieron a la asistencia primaria o especialista en los últimos doce meses, lo que demuestra que el sistema genera confianza en la experiencia del paciente a la hora de acudir al médico. Sin embargo, una mirada menos optimista a partir de los datos más recientes revela que los niveles de satisfacción en general y de experiencia de usuario en particular han sufrido una importante caída tras la pandemia del COVID-19. La tercera oleada del Barómetro sanitario permitirá confirmar si la tendencia a la baja se mantiene, lo que debería mover a la reflexión y a la toma de decisiones para las autoridades responsables de la gestión del sistema de salud. La percepción que tiene la ciudadanía de los servicios de salud es un indicador muy importante de la calidad del sistema, y

una caída en esta podría conducir a una pérdida de confianza, con consecuencias aún impredecibles, pero que sin duda podrían afectar negativamente al SNS tal y como está concebido: un sistema generador de equidad y cohesión social.

2. Derechos del paciente: participación como herramienta de mejora de la atención

A lo largo de este informe se ha insistido en el impacto que tiene la sanidad en la cohesión social, bienestar y calidad de vida de la ciudadanía. Las preocupaciones por la salud propia o de familiares y allegados, y el acceso al sistema sanitario estarán presentes en diferentes momentos del ciclo vital de una persona. Sin embargo, el desarrollo normativo de la prestación de servicios sanitarios no solo ha materializado el derecho a la salud consagrado en el artículo 43 de la Constitución, sino que ha evolucionado hacia un paradigma más integral, que incorpora la perspectiva del paciente y reconoce, de esta forma, una serie de derechos de pacientes y obligaciones profesionales e institucionales ineludibles en todo el proceso asistencial. Estos derechos no solo refuerzan la posición de la ciudadanía en su relación con el sistema, sino que les convierten en verdaderos protagonistas de este, aumentando sus posibilidades de elección y participación, tanto individual como colectiva, así como, en su caso, articulando vías de reclamación¹⁹⁹.

La aprobación en 1986 de la Ley general de Sanidad (LGS) sentó las bases para el desarrollo de un enfoque más integral y participativo en el sistema, mientras que la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del paciente, supone un desarrollo normativo más extenso de los principios básicos contemplados en la LGS, especialmente en el refuerzo y trato especial del derecho de autonomía del paciente. Más adelante, con la aprobación en 2003 de la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se consolidan las estructuras de participación social en el sistema. En todo este contexto, el desarrollo legislativo de participación social y de derechos y autonomía del paciente responde tanto a la voluntad del legislador, como a la necesidad de entrar en coherencia con los planteamientos de las organizaciones internacionales que se preocupan por estas materias²⁰⁰ y de las que España forma parte.

Este desarrollo normativo, que excede la visión centrada en la provisión de servicios de salud desde un enfoque basado exclusivamente en la ciencia/enfermedad, entiende que los problemas de salud pueden generar situaciones de indefensión o vulnerabilidad entre los pacientes, lo que ha conducido a promover un paradigma de salud centrado en el paciente, de carácter más humano, y en el que se evalúan los impactos en la salud y bienestar de la población no solo desde la perspectiva de la enfermedad o del

199 La importancia de la participación social en el sistema sanitario fue materia de análisis del Informe CES 1/2010, *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*.

200 Especialmente relevantes fueron la Declaración de Alma-Ata de 1978 de la OMS, la OPS y UNICEF; la Carta de Ottawa de 1986 de la OMS; la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de 1994, promovida por la Oficina Regional para Europa de la OMS; y más adelante la Carta Europea de Derechos de los Pacientes de 2022, promovida desde asociaciones de pacientes.

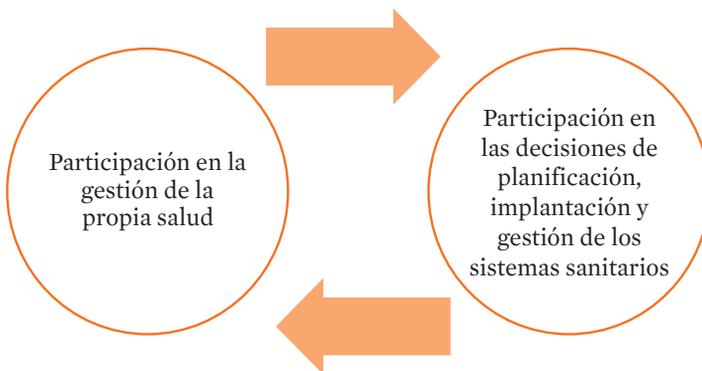
sistema, sino también desde la perspectiva de las personas receptoras de la prestación sanitaria. Esta mirada implica, necesariamente, reconocer el rol activo del paciente, con derecho a ser informado y con la capacidad de poder decidir autónomamente sobre cualquier actuación o intervención que recaiga sobre su cuerpo. Se trata, en definitiva, de un enfoque terapéutico relacional, en el que el usuario juega un rol activo, y donde pierde peso la mirada “directiva” entre el personal sanitario y el paciente.

Los derechos de participación y toma de decisiones de los pacientes no se circunscriben, sin embargo, a una dimensión individual. El espectro de participación abarca desde la toma de decisiones compartidas médico-paciente, hasta la presencia de pacientes en consejos de dirección o la participación en órganos consultivos tales como foros o consejos de salud. En este sentido, la participación no solo es el mecanismo para salvar la brecha entre el criterio médico y las expectativas y necesidades del paciente, sino también para salvar la brecha entre las perspectivas de los responsables políticos y las experiencias y necesidades de las comunidades²⁰¹.

Además de reconocerse una serie de derechos y garantías, la participación, tanto individual como colectiva, se convierte en una herramienta imprescindible para mejorar la atención en sentido amplio. Incorporar la perspectiva de las y los usuarios contribuye no solo a identificar los puntos débiles y fuertes del funcionamiento del servicio y de la percepción que tienen de este, sino también a evaluar políticas sanitarias adoptadas, observando cómo influyen estos cambios en las opiniones, experiencias y actitudes de la ciudadanía frente a las prestaciones que perciben.

Conviene tener presente que los sistemas de salud pueden tender a prestar un exceso de atención a indicadores de efectividad o eficiencia de los recursos materiales o

ILUSTRACIÓN 3. DIMENSIONES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA SALUD



Fuente: elaboración propia.

201 D. Rajan, K. Rohrer-Herold, K. Koch y A. Soucat (2022), *Voz, agencia, empoderamiento. Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal*, OMS: Ginebra.

humanos dedicados a la prestación de servicios, soslayando la opinión de la ciudadanía en la evaluación de la calidad del sistema. Si bien es cierto que el sistema de salud español ostenta indicadores de muy alta calidad en términos de efectividad o eficiencia, un sistema de salud centrado en el paciente trasciende las estadísticas vinculadas con la esperanza de vida, tasa de operaciones ambulatorias o cribados exitosos de cáncer. Los pacientes, al participar de forma activa en la prestación de servicios de salud, se preocupan por cuestiones como el dolor sufrido durante y después de un tratamiento, la calidad de vida después de una intervención quirúrgica o la propia experiencia de atención por parte de los profesionales de la salud, por poner algunos ejemplos. Al tener en cuenta la experiencia y perspectiva de los y las pacientes sobre los resultados, y habilitar mecanismos de participación colectiva e institucional, el sistema es capaz de impulsar de una manera más holística las mejoras que necesita para mejorar la calidad de vida de estos.

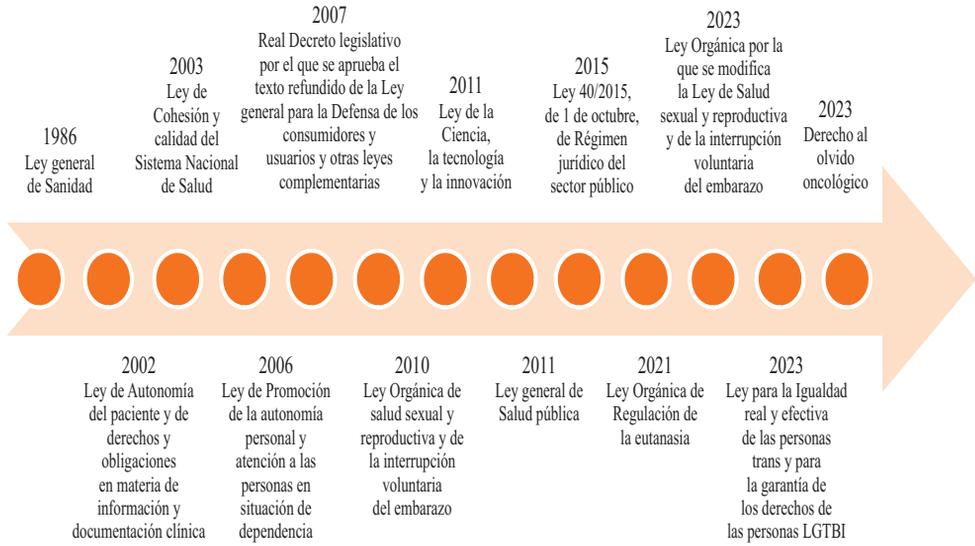
El paradigma de la atención sanitaria centrada en el paciente tiene su antecedente en la aprobación en 1984, dos años antes de la entrada en vigor de la LGS, del Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria²⁰², que incluye una Carta de Derechos y Deberes de Pacientes, base sobre la cual se aprobó la LGS. En esta ya se reconocen, entre otros, el derecho a la confidencialidad, el derecho a la información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso; el derecho a la libre elección terapéutica, así como el derecho a negarse al tratamiento; el derecho a la historia clínica; o el derecho a conocer las vías para presentar quejas, reclamaciones o sugerencias y que estas obtengan contestación por escrito.

Estos y otros derechos, sin embargo, no vienen acompañados del reconocimiento de derechos colectivos de participación, que sí serán recogidos dentro del catálogo de derechos del artículo 10 de la Ley general de Sanidad de 1986. Además, con la LGS se sientan las bases para un rico y progresivo desarrollo normativo que avanzará en el reconocimiento y concreción de derechos, tanto colectivos como individuales, y que no necesariamente estarán vinculados con la prestación de servicios sanitarios orientados a la enfermedad, sino a la necesidad de hacer cumplir otros regímenes de autonomía, libertades y voluntades: la autonomía personal de personas con discapacidad, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo o, las más recientes, ley de eutanasia o el reconocimiento del derecho al olvido oncológico, entre otras (ilustración 4).

De esta manera, se constata que la participación de los pacientes, en un modelo de toma de decisiones terapéuticas compartido, tiene importantes efectos en la calidad de la atención sanitaria, en especial en los supuestos en los que se produce incertidumbre por un balance entre beneficios y riesgos que resulta similar para dos o más opciones

202 Ministerio de Sanidad y Consumo (1984), *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria*, Ministerio de Sanidad y Consumo.

ILUSTRACIÓN 4. EVOLUCIÓN NORMATIVA EN EL ÁMBITO DE DERECHOS DEL PACIENTE



Fuente: elaboración propia.

terapéuticas²⁰³. En estos casos, la toma de decisiones compartida permite que la calidad del servicio prestado esté vinculada no solo al criterio médico, sino también al criterio del paciente, que es quien atravesará el proceso terapéutico y podrá ponderar los riesgos o beneficios en términos de calidad de vida, experiencia del tratamiento y posibles efectos adversos, tanto en el corto, como en el mediano y corto plazo.

El consentimiento informado que introduce en la legislación española la Ley de Autonomía del paciente²⁰⁴ es el instrumento que articula el principio de autodeterminación del paciente, pero también la obligación de médicos y responsabilidad de la administración en la provisión de información y garantía de decisión del paciente. Con la entrada en vigor del consentimiento informado, la relación médico-paciente se articula en la voluntad del segundo que, en pleno uso de sus facultades y en pleno ejercicio de la autonomía de su voluntad, decide tomar en cada contexto la decisión que entiende que más le conviene, una vez ha sido informado de la naturaleza de los objetivos, potenciales consecuencias y riesgos que comporta la aplicación de un determinado tratamiento o intervención; así como o también de las opciones terapéuticas, en el caso de que hubiera más de una.

Consentimiento informado: del deber de informar y el derecho a ser informado

203 A. Ruiz-Azarola y L. Perestelo-Pérez (2012), “Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012”, *Gaceta Sanitaria*, 26, 158–161.

204 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ahora bien, no existe posibilidad de participación y toma de decisiones si no se cuenta con toda la información disponible, pero sobre todo de forma accesible. En este sentido, más allá de cumplir con la obligatoriedad de firma del consentimiento informado, en los casos en los que es necesario, la práctica profesional debe tender a una provisión de información a través de un lenguaje sencillo que procure que el consentimiento sea eficaz. Esto quiere decir que, más allá de ser un deber jurídico, el consentimiento informado debe garantizar que la información ha sido en efecto la base sobre la cual el paciente ha tomado la decisión que mejor le conviene, sin haberse visto en ningún momento coaccionado, obligado o persuadido a tomar una u otra decisión. Además, el consentimiento informado busca evitar situaciones de “presunta información” que no conducirían a nada más que a una intervención médica arbitraria que, dependiendo el supuesto, podría suponer una negligencia médica o un delito.

De hecho, uno de los vicios en los que puede incurrir el tratamiento de los consentimientos informados es que, en lugar de tratarse de documentos personalizados, su uso se extienda como documentos de carácter general, alejándose del imperativo que establece al respecto la Ley de Autonomía del paciente. Así pues, en la actualidad siete de cada diez reclamaciones por daños sanitarios son por defectos que se dieron en el consentimiento informado²⁰⁵. Además, con la entrada en vigor del consentimiento informado, las maneras de abordar las reclamaciones vía judicial por negligencia médica cambiaron radicalmente. En lugar de demostrar que hubo negligencia o mala praxis, quien demanda argumenta falta de información o problemas en el consentimiento informado. Al tratarse de una infracción grave, la ausencia o vicios de consentimiento dota incluso de mayor poder a pacientes ante un contexto de reclamación, pues en muchos casos prácticamente se produce una inversión de la carga de la prueba, ya que debe ser el médico quien demuestre, mediante pruebas, que informó correctamente al paciente, cosa que no ocurría con las reclamaciones de mala praxis, en las que era el paciente quien debía probar este supuesto.

La autonomía del paciente no solo tiene que ver con que el sistema integre mecanismos de garantía de este derecho, sino que las personas que acceden a servicios de salud sientan que participan en el proceso asistencial. Con el fin de conocer en qué medida los mecanismos y prácticas puestas en marcha están teniendo efecto en la subjetividad del paciente, el INCLASNS incorpora cuatro indicadores de “experiencia del paciente” que miden el grado de participación y satisfacción con la información recibida, tanto en atención primaria como en atención de especialista. Estos indicadores buscan dar cuenta de los cambios introducidos en los últimos años en relaciones médico paciente, con

Indicadores de percepción de información y participación de pacientes

salud sientan que participan en el proceso asistencial. Con el fin de conocer en qué medida los mecanismos y prácticas puestas en marcha están teniendo efecto en la subjetividad del paciente, el INCLASNS incorpora cuatro indicadores de “experiencia del paciente” que miden el grado de participación y satisfacción con la información recibida, tanto en atención primaria como en atención de especialista. Estos indicadores buscan dar cuenta de los cambios introducidos en los últimos años en relaciones médico paciente, con

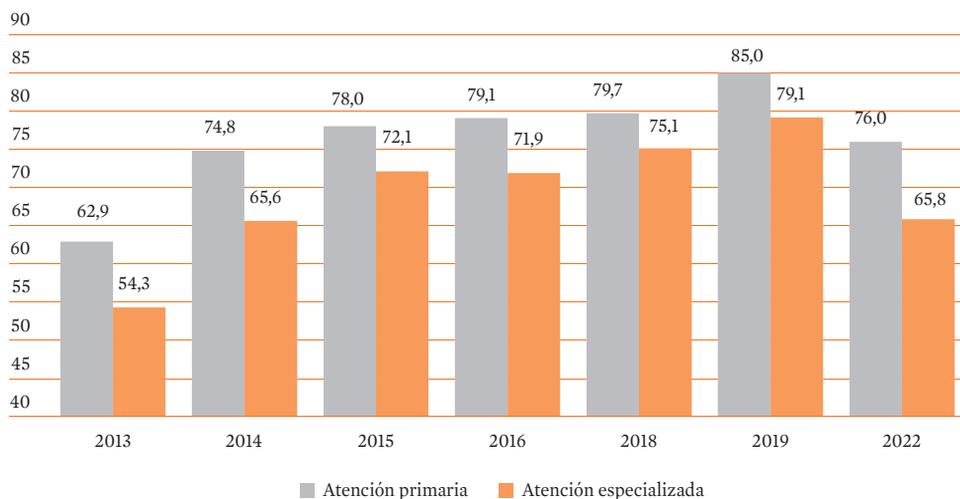
205 D. Bello Janeiro (2023), “El consentimiento informado tras el COVID 19”, en, *Los nuevos tiempos del Derecho Sanitario: profesionales y pacientes como protagonistas* (pág. 57), Reus Editorial.

el objetivo de que la asistencia sanitaria también sea medida y evaluada en función de la percepción del paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

Respecto de la percepción de participación que tienen los pacientes, los datos muestran que, a nivel agregado, esta ha sido creciente desde 2013, tanto en atención primaria como especializada, con una fuerte caída en el indicador a partir de 2022, año en el que se retoma el Barómetro sanitario, suspendido en dos ediciones producto de la pandemia (gráfico 100). A la espera de la publicación del Barómetro sanitario de 2023, los datos provisionales de las dos primeras oleadas muestran una ligera recuperación en el porcentaje de pacientes que consideran que participaron de forma satisfactoria en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento. No obstante ello, el impacto de la pandemia, sobre todo en la atención especializada, ha conducido a que casi cuatro de cada diez personas entiendan que no han formado parte del tratamiento de su enfermedad o problema de salud, lo que pondría en evidencia que el enfoque de atención centrado en el paciente puede perder presencia e importancia ante situaciones que lleven al límite al sistema, pero que no por ello hacen que pacientes y familiares pierdan el derecho a participar de las decisiones que se toman durante el proceso sanitario.

Un comportamiento más estable muestra el nivel de satisfacción de los pacientes con la información recibida sobre su problema de salud, ya sea por parte del médico de familia o del médico especialista. Desde que se tienen registros, los datos reflejan una valoración media de en torno a 7,5 puntos en la información recibida por el médico especialista, en una escala de 0 a 10, donde 10 significa totalmente satisfactorio. Algo

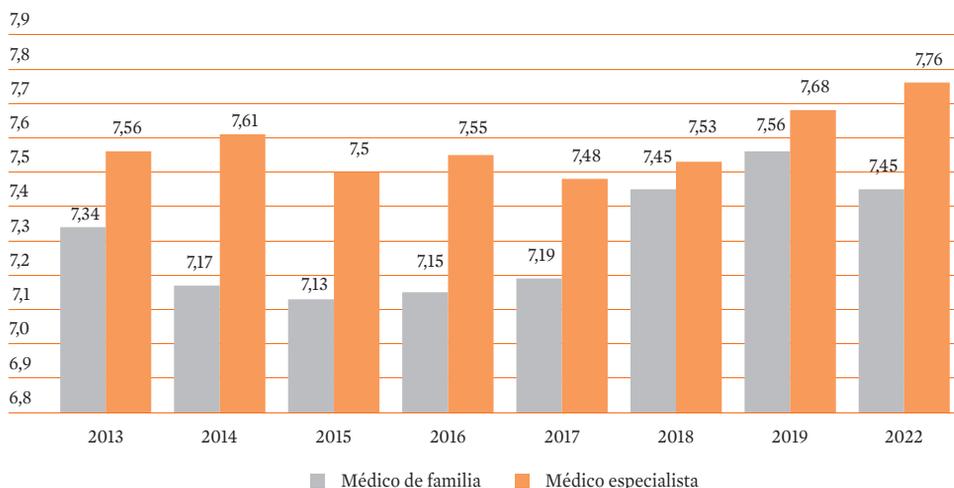
GRÁFICO 100. PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES SOBRE SU PROBLEMA DE SALUD Y SU TRATAMIENTO, 2013-2022



Nota: en 2017 no se realizó la pregunta. Los datos que publica el INCLASNS, basados en el Barómetro sanitario, no incluyen las respuestas de “no sabe o no contesta”, lo que explica la discrepancia entre ambas fuentes.

Fuente. elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

GRÁFICO 101. SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SU PROBLEMA DE SALUD, 2013-2022



Fuente. elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

Nota: los datos que publica el INCLASNS, basados en el Barómetro sanitario, no incluyen las respuestas de “no sabe o no contesta”, lo que explica la discrepancia entre ambas fuentes.

similar ocurre con la información recibida por el médico de atención primaria, aunque con un rango de variabilidad interanual algo superior y valores medios cercanos a 7,5 puntos en los últimos años (gráfico 101).

Resulta llamativo, sin embargo, que el impacto de la pandemia, a diferencia de lo que ocurrió con los datos de participación, que mostraban un peor comportamiento, no afectó negativamente en la percepción que la población tiene de la información recibida durante su problema de salud. De hecho, en atención especializada los datos son mejores que antes de la pandemia, mientras que en atención primaria se da un descenso, aunque poco pronunciado. El contraste es significativo, pues permite apreciar que la participación más va allá de la obligación y el derecho a ser informado; esto es, que incluso con información exhaustiva, es muy posible que las personas no perciban que han participado activamente en el proceso de toma de decisiones de su enfermedad.

Finalmente, conviene destacar que los cuatro indicadores, aunque buenos en términos generales, tienen aún amplios márgenes de mejora, toda vez que la información y participación de la ciudadanía durante un problema de salud y tratamiento son derechos consagrados en el ordenamiento jurídico, como también responsabilidad y obligación de profesionales, tanto en el ámbito público como en el privado. Respecto de esto último, convendría contar con datos oficiales que permitan medir el grado de cumplimiento del deber de informar y el derecho a participar en el ámbito de prestación de servicios privados de salud.

Ya sea por errores u omisiones, todo derecho corre el riesgo de ser vulnerado en algún momento. Ante esta eventualidad, la ciudadanía debe contar con mecanismos de re-

clamación que sirvan como mecanismo de protección de los derechos de pacientes y familiares. Pero más allá de la ineludible necesidad de protección de derechos, todo servicio público corre el riesgo de pérdida de legitimidad si no cuenta con canales a través de los cuales la ciudadanía pueda expresar disconformidad, malestar o inquietud sobre los servicios que presta. En el caso de la salud, un sistema público que provee una mala calidad asistencial corre el riesgo de difuminar el principio de cohesión social que el ordenamiento jurídico le asigna al sistema público de salud en España. En este sentido, las quejas y reclamaciones son instrumentos de participación que no solo sirven como canal de expresión de la ciudadanía, sino también como un mecanismo para identificar oportunidades de mejora, dando cuenta, de esta manera, que las quejas de los usuarios son tenidas en cuenta y gestionadas adecuadamente, tanto a nivel gerencial como a nivel político.

Al respecto, la LGS reconoce en su artículo 10 el derecho a contar con vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, y que, en ambos casos, deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan. Sobre ello insiste la Ley de Autonomía del paciente cuando establece que todos los usuarios deben ser conocedores de las formas de participar y presentar sugerencias y reclamaciones respecto de la información del SNS, en especial respecto de los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos. Finalmente, cabe destacar que el artículo 148 de la Ley general para la Defensa de los consumidores y usuarios reconoce un régimen especial de responsabilidad a la prestación de servicios sanitarios²⁰⁶.

Ahora bien, cada comunidad autónoma, dentro de su ámbito competencial, es responsable de habilitar los canales y vías de reclamación a las que obliga la ley. En este sentido, si bien todas ellas cumplen con los preceptos señalados, no se cuenta con cifras oficiales sobre el número de reclamaciones o sugerencias presentadas, el grado de cumplimiento en las respuestas y la evolución interanual de estas. De hecho, no todas las comunidades autónomas publican periódicamente sus cifras al respecto. Resultaría conveniente, en este sentido, contar con cifras oficiales desagregadas por sexo, perfil sociodemográfico, nivel asistencial, motivo de reclamación y tiempo medio de respuesta, tanto de centros públicos como privados.

Finalmente, en el ámbito de las reclamaciones y quejas por vía no judicial, el Defensor del Pueblo ejerce una importante labor de canalización, tratamiento e incidencia ante eventuales actuaciones irregulares de las administraciones públicas. En el ámbito sanitario, que es uno de los que más quejas genera y sobre el que pone especial atención, además de llevar a cabo las recomendaciones, dedica un apartado especial en su informe anual y, eventualmente, emite informes monográficos sobre la materia. Al respecto, en el contexto de la pandemia emite un informe sobre la naturaleza y tipo de quejas que recibió el organismo y, en el terreno sanitario, dedicó un apartado especial a

206 Real Decreto legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general para la Defensa de los consumidores y usuarios y otras leyes complementarias.

lo ocurrido en las residencias de mayores, ámbito en el que se llevaron a cabo un elevado número de actuaciones producto de las quejas recibidas²⁰⁷.

En las últimas décadas, en España se ha legislado en el reconocimiento de una serie de derechos que inevitablemente afectan al Sistema Nacional de Salud, toda vez que

Derechos de autonomía, autodeterminación y voluntad no relacionados con la enfermedad

una parte muy importante del ejercicio de estos derechos debe ser garantizada por el SNS. El primer paso, en este sentido, fue la aprobación en 2006 de la Ley de Dependencia²⁰⁸. Si bien es una ley que excede el marco de prestación de servicios sanitarios, involucra en su catálogo de servicios una serie de prestaciones de atención

sociosanitaria. A pesar de ello, la ley reconoce que es en el ámbito competencial de las comunidades autónomas desde donde debe garantizarse el acceso a los servicios que se reconocen como derecho de las personas en situación de dependencia.

Otro importante hito al respecto fue la entrada en vigor en 2010, y modificada en 2023, de la Ley de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (LSSRIVE), sobre la que el CES tuvo la oportunidad de pronunciarse²⁰⁹. Algunos de los aspectos más importantes de esta ley y su reciente modificación tienen que ver no solo con los derechos que se reconocen, sino con la obligatoriedad que se establece a toda administración pública implicada en la garantía de estos derechos a actuar con la diligencia debida; a incorporar un enfoque de género, interseccional y múltiple en sus actuaciones; a una accesibilidad universal; al fortalecimiento de la capacidad de agencia y la autonomía de las personas depositarias de estos derechos, entre muchos otros. Además, junto al reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, la ley establece una serie de medidas para la formación del personal sociosanitario y la elaboración, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de una Estrategia Estatal de Salud Sexual y Reproductiva.

La reforma de la LSSRIVE supone un avance en el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos. No obstante, como señalaba el CES en su Informe 1/2022, 8 de cada 10 interrupciones voluntarias del embarazo se realizan en centros privados, generalmente con concierto público, a los que se deriva a las mujeres solicitantes porque hay centros pertenecientes al SNS donde no se presta el servicio, siendo el derecho reconocido por el sistema que más derivaciones provoca. En este sentido, el Dictamen CES 9/2022 llamaba la atención sobre la disparidad e inequidad territorial en el acceso a la prestación y apuntaba a la necesidad de que la red pública cuente con los recursos necesarios para garantizar la accesibilidad, gratuidad y proximidad de esta prestación

207 Defensor del Pueblo (2020), *Actuaciones ante la pandemia de covid-19*.

208 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

209 Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Véase Dictamen CES 9/2022, sobre el Anteproyecto de la norma.

incluida en la cartera común, sin perjuicio de la colaboración público-privada en este ámbito y de la salvaguarda del derecho individual a la objeción de conciencia por parte del personal sanitario.

Por otro lado, con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021 de Eutanasia (LORE) se regula el derecho a solicitar y recibir ayuda a morir como una nueva prestación del Sistema Nacional de Salud, a través de procedimientos establecidos y garantías sobre estos. En términos institucionales, cada comunidad autónoma y ciudad autónoma debe contar con una comisión de Garantía y Evaluación (CyGE) encargada de verificar lo dispuesto en la LORE. Al mismo tiempo, la ley establece el personal sanitario involucrado en el procedimiento, que incluye: a) un médico responsable que tiene a su cargo la coordinación de la información, el proceso deliberativo, y de la asistencia sanitaria del paciente desde el inicio hasta el final de la prestación de ayuda para morir; b) un médico consultor, que será especialista en las patología que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo que el médico responsable; finalmente, c) un equipo asistencial de profesionales que garantiza la continuidad asistencial en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda da morir²¹⁰.

Junto al avance que supone la LORE, los cuidados paliativos para personas con necesidades médicas paliativas sigue mostrando carencias. La legislación española y la cartera de servicios comunes del SNS reconoce que toda persona con necesidades paliativas requiere de una atención de calidad; esto es, efectiva, eficiente, segura y centrada en la persona. Sin embargo, la Estrategia de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad no se actualiza desde 2014²¹¹ y la última evaluación de la misma (2015-2020)²¹² reconoce la falta de indicadores comunes que permita obtener información homogénea en el conjunto del SNS, así como la falta generalizada de resultados sobre la satisfacción de la atención integral recibida por parte de pacientes y familias que, salvo en algunas comunidades autónomas, sigue siendo muy limitada. Con el fin de alcanzar una atención de calidad, es necesario actualizar la Estrategia de Cuidado Paliativos, con un acuerdo que permita obtener información homogénea, y que estos sean incorporados en el cuadro de indicadores de calidad del INCLASNS.

Finalmente, la Ley para la Igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI²¹³ de 2023 será el último paso en el reconocimiento de derechos, con amplia afectación en materia de salud que van desde la necesidad de actualizar la cartera de servicios básicos de salud hasta la formación del personal y profesionales de la salud. El CES también tuvo ocasión de pronunciarse

210 Ministerio de Sanidad (2023), *Manual de buenas prácticas en eutanasia*.

211 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

212 Ministerio de Sanidad (2023), *Informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020*, Ministerio de Sanidad.

213 Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la Igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

sobre el Anteproyecto de esta norma²¹⁴. Además, aunque no sea en el ámbito del Ministerio de Sanidad, la Ley crea el Consejo de Participación de las Personas LGTBI, que será el ámbito de participación efectiva de las personas LGTBI, a través de sus organizaciones representativas, en las políticas relativas a la salud.

Qué duda cabe que la pandemia de COVID-19 puso en jaque el sistema sanitario español, con consecuencias aún por determinar en términos de mortalidad directamente

Los derechos del paciente en el contexto del COVID-19

relacionada a la enfermedad, consecuencias en términos de salud mental y, en general, de deterioro de indicadores de calidad que ya han sido tratados a lo largo del informe, entre los que destacaban, por ejemplo, los tiempos de espera en atención primaria.

Ahora bien, las contingencias que supusieron la pandemia en términos de respuesta del sistema tuvieron también implicaciones en los derechos del paciente en un sentido más amplio, con el derecho al acceso a la salud como el más importante de todos ellos.

Valga como ejemplo de esto lo que la pandemia supuso en términos de responsabilidad civil objetiva o por riesgo de los hospitales –o cualquier otro centro de asistencia sanitaria–, tanto públicos como privados, ante, por ejemplo, infecciones nosocomiales de COVID-19 de personas que ingresaron en los hospitales por otras patologías y se contagiaron del virus dentro del hospital, con resultados indeseables, incluso de muerte, producto de la infección. Al respecto, conviene reflexionar en qué medida la pandemia llevó al sistema al límite de no poder garantizar las condiciones de seguridad a las que están obligadas en virtud, entre otras, del régimen especial de responsabilidad que impone a los servicios sanitarios el artículo 148 del Real Decreto legislativo 1/2007 de defensa de consumidores y usuarios²¹⁵.

Más allá de argumentos y posiciones encontradas al respecto, la pandemia del COVID-19 no solo evidenció el enorme riesgo sanitario al que se enfrentó el sistema y las debilidades de este ante graves crisis sanitarias, sino que también dejó valiosas lecciones sobre escenarios adversos que se asumen como poco probables, pero posibles. En esta línea, ante eventuales crisis sanitarias que puedan poner en riesgo la salud pública y los derechos de los pacientes, conviene llamar la atención sobre la necesidad de un marco regulador en situaciones de pandemia, que delimite cuestiones como las planteadas, u otras presentes en el debate público como la obligatoriedad de la vacunación, la limitación de derechos como pacientes o derechos fundamentales, la coordina-

214 Dictamen 1/2022 sobre el Anteproyecto de Ley para la Igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

215 Argumentos al respecto, con referencia a sentencias del Tribunal Supremo en casos específicos de infección nosocomial por COVID-19, pueden encontrarse en: P. Botello Hermosa (2023), “La condición de la infección nosocomial del COVID-19 y la responsabilidad civil objetiva de los hospitales en los que se produzcan infecciones nosocomiales”, en D. Bello Janeiro (ed.), *Los nuevos tiempos del Derecho Sanitario: profesionales y pacientes como protagonistas* (págs. 205-224), Reus Editorial.

ción sociosanitaria en estos casos²¹⁶, los derechos de familias de fallecidos, o incluso la consideración de contingencia profesional de la infección por COVID-19 en el caso del personal sanitario, entre muchos otros ejemplos²¹⁷.

Si en la primera parte de este apartado se daba cuenta del cambio de enfoque en la provisión de servicios de salud, por el que se reconoce el rol activo y gestor de su propia salud, el paradigma de la atención centrada en el paciente supone también reconocer la influencia de la participación social en la planificación de las políticas sanitarias. Pero además de la voluntad del legislador por desarrollar un marco legal que canalice una atención sa-

*La participación
colectiva en el sistema
sanitario*

nitaria centrada en el paciente, la participación ciudadana en el SNS también responde al imperativo constitucional que, en su artículo 129, establece que la ley establecerá las formas de participación de los interesados en los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar general, entre ellos el SNS.

Esta participación se refleja en dos ámbitos. Por un lado, los mecanismos de participación directa en foros, consejos y otras instancias institucionales donde hay representación directa de la ciudadanía en el proceso de deliberación y toma de decisiones. Por el otro, en el amplio y plural tejido asociativo que ejerce una fuerte incidencia política, tanto en la defensa de los derechos del paciente, como en la visibilización, educación, concienciación, acompañamiento y presión sobre enfermedades o problemáticas vinculadas con la salud.

Ambas esferas de participación, pese a las limitaciones que puedan presentar, responden a la necesidad de que los servicios de salud y profesionales sanitarios puedan ejercer la prestación de servicios atendiendo a la realidad social de su ámbito de trabajo. Esto implica que la participación social responde a un doble interés: por un lado, hacer efectiva la participación como un derecho democrático que promueve una mayor autonomía ciudadana y responsabilidad social en la gestión de lo público. Por el otro, dar respuesta a una necesidad técnica, pues sin la presencia de la ciudadanía en diferentes instancias de gestión sanitaria se limitan las posibilidades de resolver problemas vinculados con los procesos terapéuticos. Así, por ejemplo, un sistema que desconoce la participación social en la gestión del sistema podría ostentar las mejores estadísticas de esperanza de vida al nacer, pero limitaría sus posibilidades de conocer y dar respuesta a acciones que, por acción u omisión, puedan resultar o percibirse como violentas por las mujeres en el momento de dar a luz.

La Ley general de Sanidad introduce en el modelo de gestión y gobernanza del sistema sanitario los primeros mecanismos de participación social. Con el objetivo de

216 Véase Informe CES 3/2020, *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

217 Véase R. De Lorenzo y Montero (2023), “Retos y experiencias jurídicas ante la emergencia sanitaria del COVID-19”, en D. Bello Janeiro (ed.), *Los nuevos tiempos del Derecho Sanitario: profesionales y pacientes como protagonistas* (págs. 257–296), Reus Editorial.

Los Consejos de Salud de Área como un ámbito local de participación

desarrollar un sistema de salud coordinado e integral, la LGS crea las Áreas de Salud (artículo 56) a nivel autonómico como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos de los servicios de salud, y

de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar en las demarcaciones territoriales en las que se organiza cada servicio de salud de las comunidades autónomas. Para llevar a cabo su acción, las Áreas de Salud cuentan con al menos tres órganos, uno de ellos el de participación: el Consejo de Salud de Área (artículo 58).

Los Consejos de Salud de Área pretenden ser los máximos órganos consultivos y de participación ciudadana de los servicios de salud autonómicos, acercando las estructuras sanitarias a la población y, al mismo tiempo, posibilitando que los agentes sociales conozcan y se impliquen en la planificación y seguimiento del sistema sanitario. Sin embargo, como ya se señaló en el Informe 1/2010 del CES, es posible conocer el volumen de estos órganos en función de número de áreas o zonas de salud de las comunidades autónomas, pero no se tiene constancia de su operatividad real. Pese a la escasa bibliografía al respecto, algunos estudios han señalado la ambigüedad de estas instancias institucionales, caracterizadas generalmente por una confusa delimitación competencial, su rigidez como estructura de participación o estar carentes de capacidad decisoria²¹⁸.

Por otro lado, si bien la LGS establece unos criterios mínimos de composición de los Consejos de Salud de Área, son las comunidades autónomas las responsables la composición de estos órganos, lo cual puede suponer grandes diferencias entre territorios. En algunos casos, la normativa autonómica contempla la participación de asociaciones de vecinos, asociaciones de voluntariado, representantes de consejos escolares, profesionales farmacéuticos o veterinarios, e incluso menores de edad como representantes de la infancia, mientras que otras depositan en las organizaciones sindicales, empresariales y de consumidores y usuarios la total representación de la ciudadanía en estos órganos. Esta disparidad muestra que no existe coherencia entre la naturaleza local de estas esferas de participación y el ámbito de actuación de las organizaciones que participan en estas, que en ocasiones es de naturaleza autonómica o nacional.

Al igual que con la participación a nivel comunitaria, la LGS establece que, con el fin de articular la participación en el ámbito de las comunidades autónomas, se creará

El Consejo de Salud Autonómico

en cada una de ellas el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma (artículo 53). Estos se conciben como esferas permanentes de participación en las que llevar a cabo tareas de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión en el ámbito de la salud de cada comunidad autónoma. Además, corresponde a cada territorio

218 Véase, por ejemplo, P. A. Sáinz-Ruiz, J. Mínguez-Arias y J. R. Martínez-Riera (2019), “Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en La Rioja”, *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 134-140.

regular el funcionamiento y composición de estos órganos, por lo que pueden darse diferencias sustanciales entre territorios, sobre todo en la composición de estos órganos. Finalmente, cada comunidad autónoma, en el ámbito de sus competencias, puede crear otros órganos permanentes de participación ciudadana, o puede, en su caso, delegar en los Consejos de Salud la potestad de creación de esferas o fórmulas de participación temporales, tales como comisiones específicas o grupos de trabajo sobre temáticas que requieran una dedicación especial.

En 2003, con la entrada en vigor de la Ley de Cohesión y calidad del SNS (LCCSNS), se consolida un régimen de participación de la ciudadanía y los profesionales de salud a nivel nacional. La LCCSNS crea el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, que se asume como canal de comunicación permanente entre las administraciones públicas sanitarias, los profesionales y las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y empresariales y los consumidores y usuarios. Este Consejo tendrá tres formas de organización, pudiendo actuar como Comité Consultivo, como Foro Abierto de Salud o como Foro Virtual. De estas tres vías de articulación de la participación, el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud es el órgano estable y permanente de participación.

Participación a nivel nacional: el Consejo de Participación Social del SNS

El Comité Consultivo actúa como esfera de información, asesoramiento y formulación de propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el SNS y, en concreto, sobre proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico; los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta; las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del SNS –órgano del que depende– que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario; los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política de personal del Sistema Nacional de Salud y cualquier otra materia que le sea atribuida por el CISNS.

Forman parte del Comité Consultivo, además de los representantes de los tres niveles de gobierno –local, autonómico y nacional–, representantes de las organizaciones empresariales y de las organizaciones sindicales más representativas de ámbito estatal.

En virtud de la importancia de seguir mejorando, impulsando y fortaleciendo la insuficientemente desarrollada participación y representación ciudadana en el SNS y, en coherencia con los objetivos de mayor apertura que preconiza el IV Plan de gobierno abierto, se deberán impulsar esferas como los Consejos de Salud de área, dotar de carácter permanente al Foro Abierto de Salud y, en general, promover una mayor presencia de las asociaciones de personas consumidoras y usuarias más representativas en los distintos ámbitos de participación del SNS.

En todo caso, los avances que se den en el ámbito de la participación deberán ser coherentes con la naturaleza y atribuciones que otorga el marco legal a las diferentes organizaciones, al tiempo que responder a las inquietudes de la ciudadanía.

El último impulso en materia de participación social en la salud: el Consejo Asesor de Salud Pública

La Ley general de Salud pública de 2011²¹⁹ pretende dar un paso más en materia de participación con la creación del Consejo Asesor de Salud Pública. Se trata de un órgano colegiado de consulta y participación, en el que están representados administraciones, organismos y organizaciones que aseguren una adecuada gobernanza del sistema. Deberá estar compuesto por representantes de las corporaciones profesionales, así como de las asociaciones científicas, de las asociaciones profesionales y de las organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas con la salud pública, de los sindicatos, de las organizaciones empresariales, organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas con la salud pública y de las organizaciones de consumidores y usuarios. Pese a la importancia que la ley le atribuye a esta instancia de participación, este organismo aún no ha sido creado y no existen referencias a este ni su futura creación en la Estrategia de Salud Pública de 2022.

La Ley general de Sanidad, Ley de Cohesión y calidad del SNS, la Ley general de Salud pública y la Ley Régimen jurídico del sector público²²⁰ sientan las bases legales

Otras instancias de participación de la sociedad civil

para articular la participación de la sociedad civil en la gestión y gobernanza del sistema de salud. Como paraguas, estas normas permiten o contemplan la creación de una infinidad de foros, consejos y comités en los que participan, en representación de la sociedad civil, organizaciones sindicales, organizaciones empresariales y asociaciones de usuarios y consumidores. En el informe más reciente publicado por el Portal de Transparencia (2023)²²¹, se recoge una relación de 22 órganos colegiados en el ámbito sanitario que cuentan con participación de la sociedad civil. Sin embargo, esta relación de organismos no agota el universo de instancias de participación social del sistema. Por ejemplo, no recoge información sobre instancias de participación a nivel autonómico ni está incluida, entre otras, Alianza del PERTE para la salud de vanguardia²²² como foro de gobernanza que representa a la pluralidad de actores públicos y privados que colaboran para la consecución de los objetivos del PERTE.

En este sentido, todo el entramado institucional que la legislación reconoce para la participación social presenta importantes limitaciones derivadas de cierta opacidad y confusión en cuanto a sus funciones y competencias. A diferencia de lo que ocurre con la participación de los pacientes en la toma de decisiones compartida respecto de su salud, que parece mucho más clara y con un recorrido mayor, la participación colectiva

219 Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud pública.

220 La Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen jurídico del sector público regula en el artículo 22 el marco de creación, modificación y supresión de órganos colegiados, que afecta a todos los ámbitos de participación social en las Administraciones públicas.

221 Portal de Transparencia (2023), *Órganos Colegiados que cuentan con participación de la Sociedad Civil. Eje Participación. IV Plan de gobierno abierto*.

222 Gobierno de España (2021), *Memoria explicativa. PERTE para la salud de vanguardia*.

se articula de manera difusa, con múltiples instancias de participación a través de foros, consejos y comités que en su conjunto se asemejan más a un mosaico que a un verdadero sistema integrado y coherente de participación. Más allá de que la regulación al respecto sea capaz de dotar de coherencia al régimen de participación, resultaría igualmente conveniente poder contar con información accesible, centralizada y actualizada de las diferentes unidades administrativas en las que existe presencia de la sociedad civil. Además, convendría poder conocer en qué casos se trata de órganos meramente consultivos y en cuáles se reconocen como espacios de toma de decisiones, sobre todo cuando la representación se da a través de asociaciones de pacientes y consumidores que son las que, por norma general, promueven derechos y deberes desde la perspectiva de las personas afectadas, directa o indirectamente, por alguna enfermedad.

A la hora de articular los mecanismos de participación social en el SNS no queda claro cuál es el rol que ocupan los pacientes, organizados en asociaciones, en la gestión del sistema. Las asociaciones de pacientes

*La participación de
pacientes en el sistema*

componen una vasta red de organizaciones de incidencia social y política que comparten objetivos vinculados con la mejora del sistema, siempre desde la perspectiva del paciente y de su entorno familiar y de cuidados.

Peso a ello, las organizaciones de pacientes han ejercido una importante influencia, tanto a nivel europeo como nacional, en materia de derechos. Conviene destacar, en este sentido, el impacto que tuvo a nivel europeo la aprobación en 2002 de la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes promovida por un gran número de asociaciones, algunas de ellas españolas, y en la que se reclamaban cuestiones vinculadas al consentimiento informado, participación, empoderamiento o reclamaciones y compensaciones por malas praxis en el ámbito sanitario.

A nivel español, uno de los hitos más importantes fue la aprobación, en mayo de 2003, de la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes. En esta se llamaba la atención sobre importantes problemas y deficiencias del sistema en diferentes dimensiones, desde el limitado tiempo con el que cuentan los pacientes en la consulta de atención primaria, que limita el derecho de participación en la propia salud, hasta los problemas de acceso al sistema derivado de las listas de espera. Asimismo, la Declaración de Barcelona reconoce importantes limitaciones de los pacientes a la hora de participar en las políticas sanitarias y reclama la necesidad de que las asociaciones sean asumidas por la administración como agentes sociales cuya colaboración es necesaria.

La Declaración de Barcelona fue el primer paso para que, un año más tarde, en 2004, se crease el Foro Español de Pacientes. Su objetivo era articular una plataforma que representase a los pacientes desde la experiencia experta con diferentes enfermedades y su impacto cotidiano en la vida del paciente y su entorno social y familiar. Un año más tarde, en 2023, nace la Alianza General de Pacientes (AGP), que tiene como uno de sus objetivos fundamentales canalizar la participación de los pacientes en el sistema sani-

tario, manteniendo una presencia constante en los distintos foros, incluyendo la habitual interlocución con las autoridades sanitarias. Finalmente, también con el objetivo de representar los derechos y necesidades sanitarias y sociosanitarias que comparten las personas con enfermedades crónicas o síntomas cronificados, se crea la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).

En términos generales, las demandas de estas plataformas giran en torno a garantizar su participación en la gobernanza del SNS, así como también en la evaluación de terapias, planes de humanización o formación, o procedimientos para reclamación y obtención de respuestas y/o indemnizaciones por vulneración de derechos de los pacientes, entre otras. Al margen de su participación institucional, también ejercen una importante labor de investigación, formación y difusión de información, que no solo impacta en las políticas públicas sanitarias, sino también en el empoderamiento de pacientes y familiares con el objetivo de que puedan participar plenamente en las decisiones que afectan a su enfermedad o tratamiento.

CAPÍTULO VI
INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y DIGITALIZACIÓN
SANITARIA

1. La investigación biomédica y sanitaria en España

El impulso a la investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) mediante actuaciones orientadas a proteger la salud de la ciudadanía constituye una de las principales bases de la calidad del sistema sanitario. Los ámbitos de la I+D+i vinculados a la salud son cada vez más numerosos, proyectándose la generación de evidencia científica tanto en los aspectos preventivos como diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de las enfermedades.

La investigación biomédica es un campo en constante desarrollo. España cuenta con una sólida infraestructura de investigación biomédica, conformada por un conjunto amplio y diverso de actores que aglutina centros académicos de generación de conocimiento e innovación, estructuras de investigación del propio Sistema Nacional de Salud, a través de los institutos de investigación sanitaria y de las plataformas y centros de investigación en red, y el sector industrial, biotecnológico y farmacéutico, implicados directamente en la salud a través de sus laboratorios y empresas, dedicadas al descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos y vacunas.

En las últimas dos décadas, se han logrado importantes avances para la salud en diversas áreas de la investigación biomédica, como la genética, la biología molecular, la medicina regenerativa, la neurociencia y la oncología. España ha fortalecido su posición gracias a un creciente esfuerzo inversor en investigación biomédica tanto desde el ámbito público como el privado, situándose como un referente internacional en varias áreas, como los ensayos clínicos de terapias avanzadas.

La biomedicina es uno de los sectores que más van a cambiar el futuro de la sociedad, mejorando la salud humana a través de la investigación y su integración con la práctica médica. El creciente papel del *big data* y la inteligencia artificial puede revolucionar la práctica de la medicina, con un diagnóstico más rápido y preciso, tratamientos personalizados más eficaces y un seguimiento clínico crecientemente telemático.

EVOLUCIÓN DE LA I+D+I BIOMÉDICA Y SANITARIA EN ESPAÑA

El gasto en investigación, desarrollo e innovación biomédica y sanitaria ha experimentado una notable evolución durante la última década, tanto desde el ámbito público como privado, ganando peso sobre otras partidas.

El gasto en I+D relacionado con la salud del sector de las Administraciones públicas ha crecido un 24,5 por 100 entre 2016 y 2021, hasta situarse en 3.543 millones de euros.

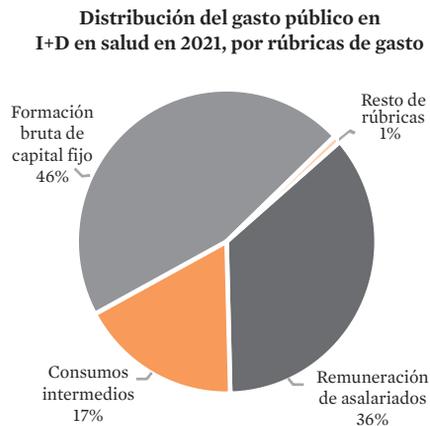
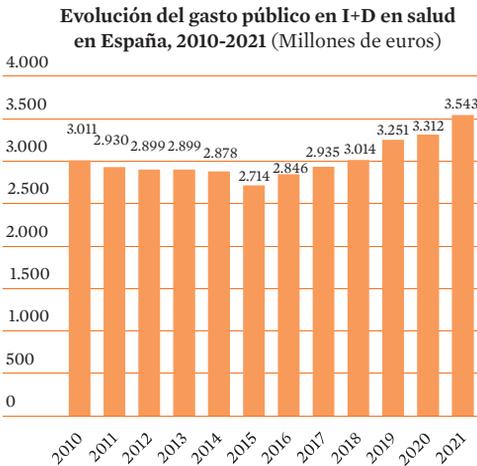
El gasto público en investigación en salud ha crecido un 25 por 100 en los últimos 5 años

Esta partida supone el 33,9 por 100 del gasto público total en I+D, solo superado por el gasto en I+D para asuntos económicos. El 87 por 100 del gasto público en I+D en salud corresponde a la administración regional. Las principales rúbricas son la formación bruta de capital fijo y la remuneración de asalariados (gráfico 102).

Nuestro ecosistema público de investigación en salud se sitúa en un lugar muy destacado a nivel europeo en términos de gasto público en I+D. En términos absolutos, España es el país de la UE-27 que más gasto público dedica a la I+D relacionada con la salud, superando a países como Países Bajos (3.395 millones de euros) o Alemania (3.224 millones de euros). En términos relativos al Producto Interior Bruto, España ocupa la tercera posición (con un 0,3 por 100 del gasto público total destinado a gasto público en I+D relacionado con la salud), por detrás de Austria (0,5 por 100) y de Países Bajos (0,4 por 100)²²³.

Una de las fortalezas del sistema público de investigación sanitaria en España se encuentra en el entramado institucional y de centros destinados a la investigación, con el Instituto de Salud Carlos III como principal organismo encargado de la gestión y ejecución de los programas (recuadro 18). El sistema nacional de investigación biomédica pública también cuenta con los institutos de investigación sanitaria (IIS), que son el resultado de la asociación de hospitales del SNS, universidades y otros centros públicos y privados. Actualmente existen 35 IIS acreditados en España, en trece comunidades autónomas, con más de 179 centros y 24.000 investigadores adscritos²²⁴. A este entramado se suman los organismos de investigación dependientes de las administraciones autonómicas.

GRÁFICO 102. INDICADORES SOBRE GASTO PÚBLICO EN I+D EN SALUD EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN ESPAÑA



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Eurostat (General Government expenditure by function, COFOG).

223 Eurostat, General Government expenditure by function (COFOG).

224 ISCIII. Plan Anual 2023.

RECUADRO 18. EL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) es el principal Organismo Público de Investigación (OPI) gestor de la investigación biomédica y la prestación de formación y servicios científico-técnicos sanitarios en España. Realiza investigación a través de sus centros propios y de otros centros vinculados al mismo. En 2023, el ISCIII contó con un presupuesto de 488 millones de euros entre su presupuesto ordinario y el mecanismo del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia, lo que representa un incremento del 80 por 100 sobre el presupuesto del año 2020.

Entre los centros vinculados al ISCIII destacan los siguientes:

- El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), cuya misión es desarrollar una investigación que permita obtener nuevos y más eficaces métodos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncológicas, y trasladar el conocimiento científico a la práctica clínica. Es uno de los pocos centros oncológicos europeos que destina sus recursos a investigación básica y aplicada bajo un enfoque integrado.
- El Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), que se dedica a comprender las bases fundamentales de la salud y la enfermedad cardiovascular y trasladar dicho conocimiento al paciente. Sus recursos están orientados a trasladar los resultados de investigación a la práctica clínica y al sector empresarial.
- La Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (FCIEN), cuyo objetivo es apoyar, promocionar y coordinar la investigación en todos los campos de la neurología básica, clínica y epidemiológica, con énfasis en los problemas relacionados con las enfermedades neurodegenerativas.

Por otro lado, el ISCIII financia la Plataforma de Soporte para la Investigación Clínica (SCReN, Spanish Clinical Research Network), que es una estructura en red de apoyo a la investigación clínica independiente o académica, compuesta por 34 unidades de investigación, distribuidas en 14 comunidades autónomas²²⁵.

Además, el ISCIII ejerce funciones de seguimiento y control de las actividades de los trece centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER), donde investigadores básicos y clínicos trabajan conjuntamente para facilitar que los resultados de la investigación se transfieran a la industria y a la sociedad, en las siguientes áreas²²⁶.

- Bioingeniería, Biomateriales y *Nanomedicina* (CIBERBBN).
- Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
- Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN).
- Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).
- Enfermedades Respiratorias (CIBERES).
- Enfermedades Raras (CIBERER).
- Diabetes y Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM).
- Salud Mental (CIBERSAM).
- Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED).
- Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV).
- Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES).
- Cáncer (CIBERONC).
- Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC).

El sector salud ha sido reconocido como una de las seis áreas estratégicas de investigación del Gobierno, especialmente en relación con la medicina de precisión, el diagnóstico preciso, el cáncer y envejecimiento, y las enfermedades infecciosas. Entre las prioridades de la Estrategia de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027 destacan

225 SCReN.EU.

226 ISCIII. Áreas temáticas.

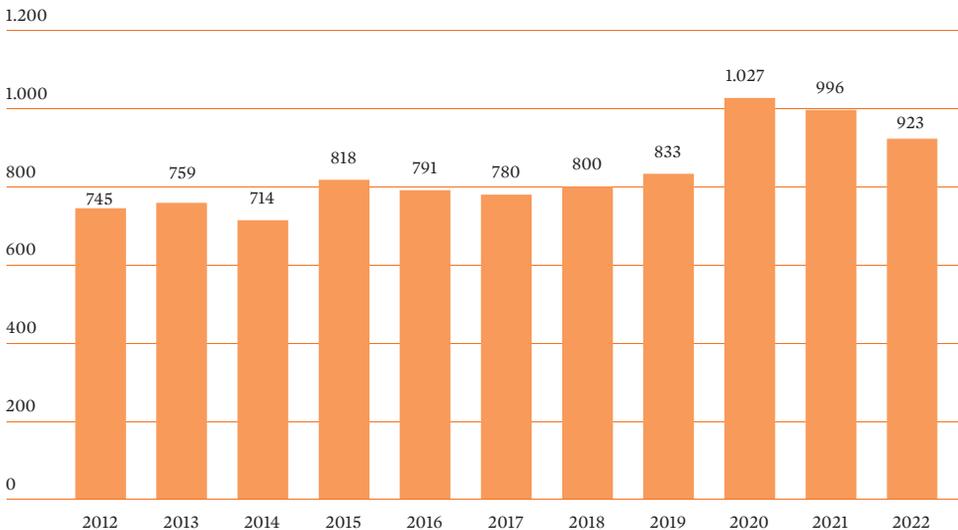
el refuerzo de la investigación e innovación en salud, así como objetivos más generales como el reforzamiento de los ecosistemas de innovación, la consolidación de la red de infraestructuras y equipamientos científico-técnicos, la incorporación de la perspectiva de género, y la promoción de la I+D+i privada mediante incentivos fiscales²²⁷. Algunos de los retos pendientes se refieren al establecimiento de un marco laboral adecuado, la estabilización de la carrera investigadora, la ampliación de los grupos de investigación y la transferencia del conocimiento.

España, referente internacional en ensayos clínicos, con la colaboración del 63 por 100 de hospitales

España es una potencia global en términos de ensayos clínicos. Uno de cada tres ensayos que se realizan en Europa se llevan a cabo en territorio español, lo que nos sitúa como un referente internacional en la actividad investigadora. El número de ensayos clínicos ha evolucionado de forma creciente durante los últimos años (gráfico 103).

Se estima que actualmente, el 63 por 100 de los hospitales llevan a cabo ensayos clínicos²²⁸, lo que pone de manifiesto la interconexión entre la I+D biomédica y el sistema sanitario. Conviene resaltar la decisiva contribución del propio sistema sanitario a la investigación, con todos sus recursos humanos, técnicos y organizativos, ofreciendo a los pacientes participar en ensayos clínicos y otros estudios que pueden abrir nuevas vías de conocimiento y abriéndoles opciones de tratamiento novedosas.

GRÁFICO 103. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ENSAYOS CLÍNICOS COMPLETADOS EN ESPAÑA (CON PROTOCOLO EUROPEO), 2012-2022



Fuente: elaboración propia a partir de las memorias anuales de la AEMPS.

²²⁷ Ministerio de Ciencia e Innovación, Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027.
²²⁸ AIREF, *Estudio de gasto hospitalario del SNS: farmacia e inversión en bienes de equipo*.

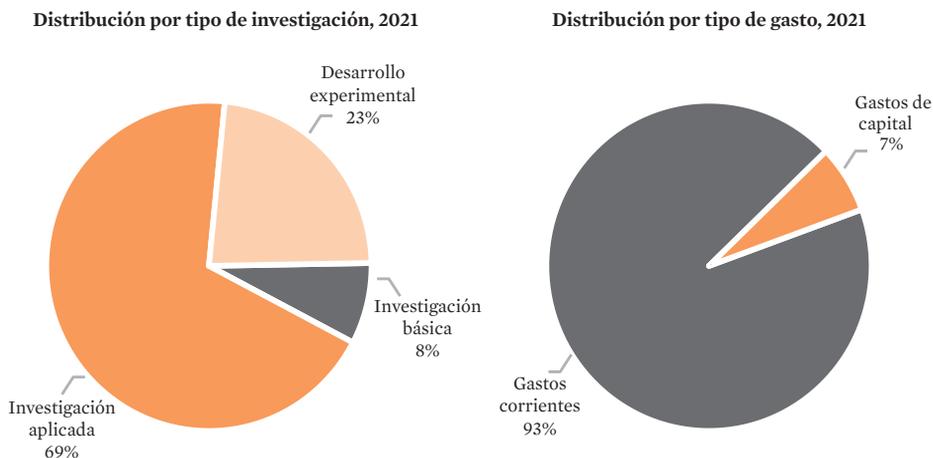
Una parte importante de la investigación biomédica en España es la que realizan las empresas biofarmacéuticas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2020 el gasto en I+D+i de las empresas del sector farmacéutico (CNAE 21) en España ascendió a 1.203 millones de euros, de los cuales el 64,1 por 100 correspondió al gasto en I+D interna²²⁹, el 19,9 por 100 al gasto en adquisición de I+D (o I+D externa) y el 16,0 por 100 a otros gastos de innovación²³⁰.

Inversión en I+D+i de la industria farmacéutica

En 2021, el gasto en I+D interna de las empresas del sector farmacéutico en España ascendió a 812,1 millones de euros²³¹, contabilizándose 157 empresas que realizaron I+D (el 92 por 100 de forma continua y el resto ocasional). Casi un 70 por 100 de la I+D se destinó a investigación aplicada, mientras que un 23 por 100 fue para desarrollo experimental y un 8 por 100 para I+D básica. Por su parte, el 93 por 100 de la I+D correspondió a gastos corrientes (fundamentalmente, costes laborales) y el 7 por 100 a gastos de capital, incluyendo equipo e instrumentos (5,4 por 100), terrenos y edificios (0,6 por 100), adquisición de software específico (0,3 por 100) y productos de propiedad intelectual específicos (0,3 por 100) (gráfico 104).

En los últimos diez años, el gasto en I+D interna de las empresas del sector farmacéutico ha aumentado a un ritmo anual promedio del 2,6 por 100, con tendencias procíclicas respecto al Producto Interior Bruto. La I+D del sector empresarial farmacéutico supone actualmente el 8,4 por 100 de la I+D de todos los sectores económicos y el 18,1

GRÁFICO 104. INDICADORES SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO INTERNO EN I+D DE LAS EMPRESAS FARMACÉUTICAS



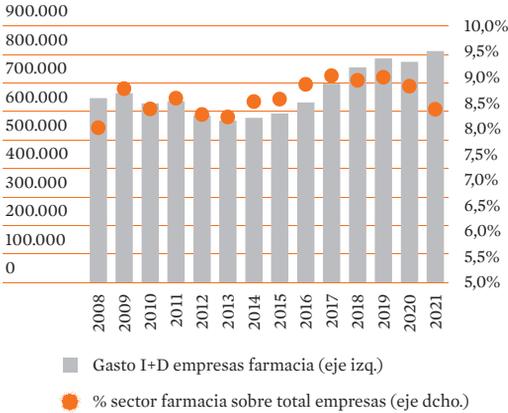
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Actividades de I+D del Instituto Nacional de Estadística.

229 La I+D interna se refiere al gasto en actividades de I+D realizadas dentro de la unidad o centro investigador.
230 INE, Encuesta sobre Innovación en las Empresas 2020. Gasto en innovación por ramas de actividad, tipo de gasto y tamaño de la empresa.

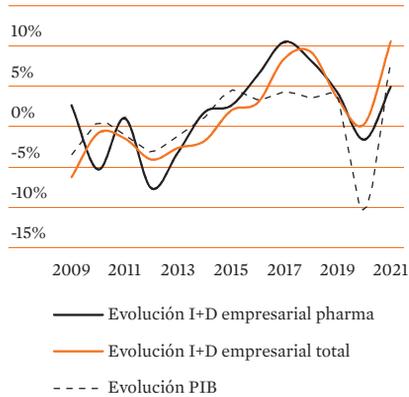
231 Resultados basados en Empresa Estadística.

GRÁFICO 105. INDICADORES SOBRE EVOLUCIÓN DEL GASTO EN I+D DE LAS EMPRESAS DEL SECTOR FARMACÉUTICO

Evolución del gasto en I+D empresarial farmacéutico y del peso de la I+D farmacéutica sobre la I+D del sector empresarial, 2008-2021

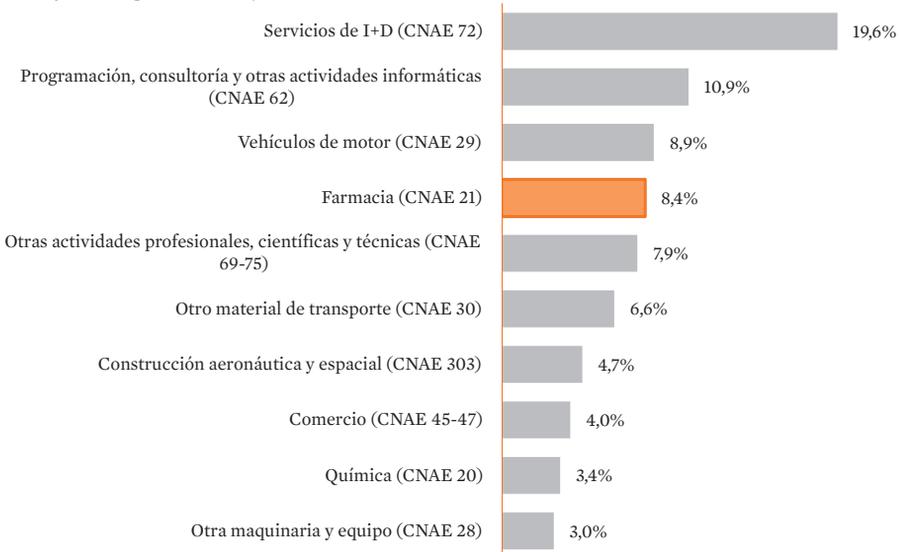


Evolución de la variación interanual del gasto empresarial en I+D y del PIB en España, 2008-2021



Fuente: elaboración propia a partir del INE.

GRÁFICO 106. GASTO EN I+D EMPRESARIAL, POR SECTOR, 2021 (Porcentaje sobre gasto I+D empresarial total)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Actividades de I+D del Instituto Nacional de Estadística.

por 100 de la de todos los sectores industriales (gráfico 105). Por sectores, el farmacéutico es el cuarto que más invierte en I+D, y el segundo del sector industrial, tras el de vehículos de motor (gráfico 106).

Por su parte, otra fuente relevante de datos de I+D biofarmacéutica es la Asociación Nacional Empresarial de la industria farmacéutica (Farmaindustria), que elabora

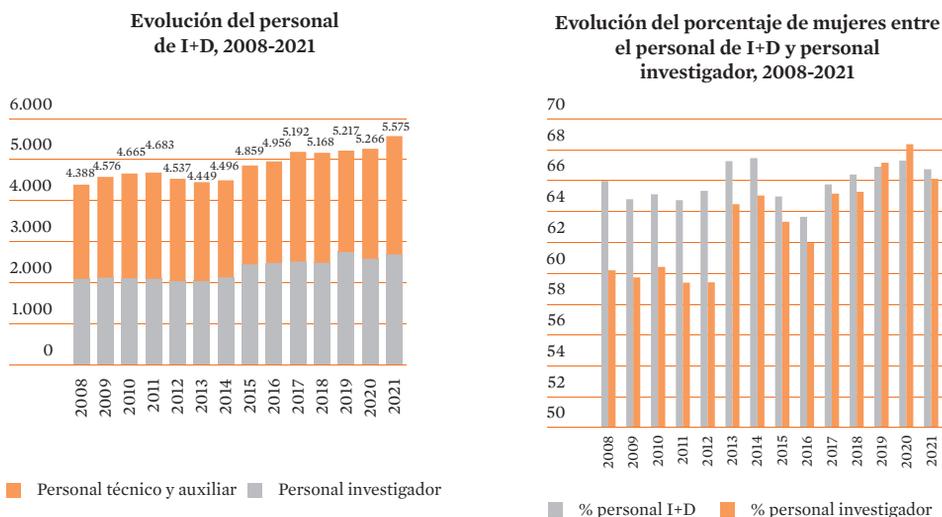
periódicamente su propia encuesta de inversión en I+D a partir de sus laboratorios asociados. Según dicha encuesta, el gasto en I+D+i de las empresas del sector ascendió a 1.395 millones de euros en España en 2022, de los cuales el 60 por 100 de destinó a ensayos clínicos y el 40 por 100 restante a investigación básica, galénica y pre-clínica, a farmacoeconomía y epidemiología, a desarrollo tecnológico y a otros aspectos. Por su parte, el 54,7 por 100 de la I+D se realizó intramuros (invertida por los centros de investigación de las propias empresas del sector farmacéutico) y el 45,3 por 100 se destinó a proyectos de investigación desarrollados en colaboración con hospitales, universidades y centros públicos y privados. Según esta fuente, se observa un aumento de la proporción que representan los proyectos en colaboración con la universidad y el sistema sanitario, puesto que en 2009 los porcentajes eran del 60-40 por 100, respectivamente²³².

En términos de personal destinado a I+D, el sector farmacéutico empresarial emplea actualmente a un total de 5.575 personas equivalentes a jornada completa (EJC), de las cuales el 48 por 100 son personal investigador, el 38 por 100 personal técnico y el 29 por 100 personal auxiliar. Dos tercios del personal dedicado a I+D interna son mujeres, una proporción similar a la mantenida durante la última década. En cambio, ha aumentado ligeramente el porcentaje de mujeres investigadoras, que en 2008 se situaba en el 60 por 100 del total de personal investigador del sector y actualmente se sitúa en el 66 por 100 (gráfico 107).

Elevada y creciente participación de mujeres en la investigación biofarmacéutica

La introducción de la perspectiva de género en la investigación clínica es un enfoque oportuno, teniendo en cuenta que además de su elevada contribución a la investigación

GRÁFICO 107. INDICADORES SOBRE PERSONAL DE I+D DE LAS EMPRESAS FARMACÉUTICAS (EJC)



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística sobre Actividades de I+D del INE.

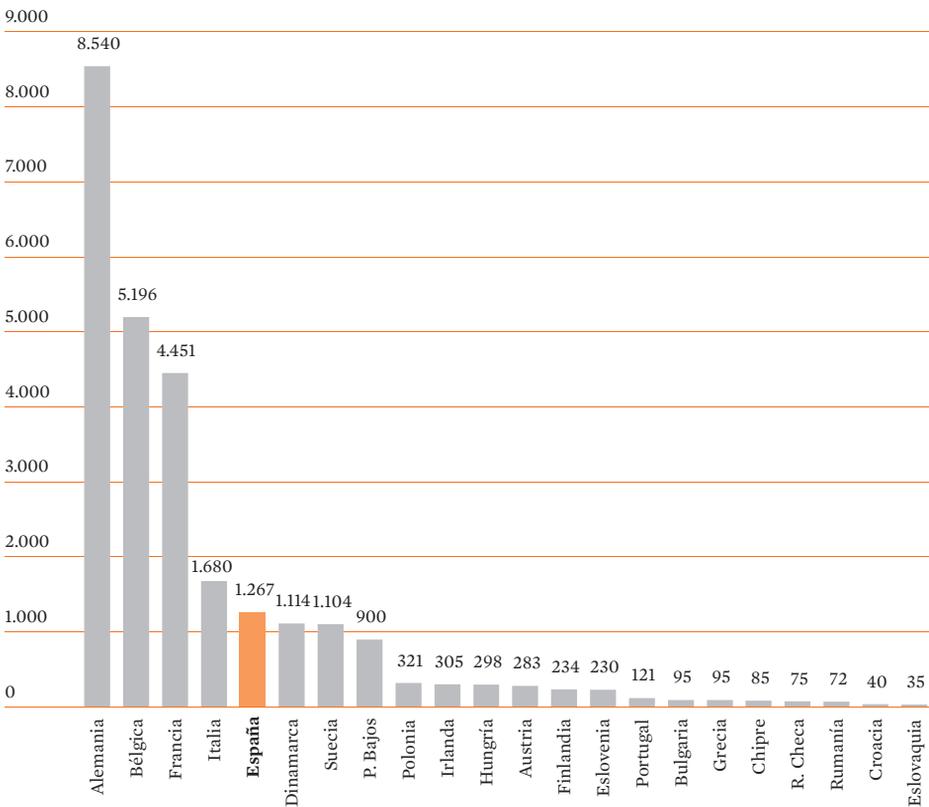
232 Farmaindustria, Encuesta de I+D en la industria farmacéutica 2021.

biomédica, las mujeres constituyen la mitad de la población destinataria de la mayor parte de los medicamentos. Por ello, resulta importante asegurar la suficiente representación de mujeres en las distintas fases de la investigación clínica, tanto en ensayos clínicos como en estudios en vida real a largo plazo, así como la consideración de las variables de género en cuanto a la efectividad de los medicamentos y sus consecuencias adversas²³³.

Según datos recientes de la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA por sus siglas en inglés), el gasto en I+D de la industria farmacéutica en la UE-27 fue de unos 44.500 millones de euros en 2022, lo que supuso un crecimiento interanual del 4,6 por 100 y un 59 por 100 más que en el año 2010. Por su parte, España, con 1.267 millones de euros (el 2,85 por 100 del total europeo), se sitúa como el quinto país con mayor gasto en I+D de la industria farmacéutica (gráfico 108).

Situación de I+D industrial biomédica comparada con otros países

GRÁFICO 108. GASTO EN I+D DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UE-27, POR PAÍS, 2021 (Millones de euros)



Fuente: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). *The Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2023*.

233 Informe CES 1/2022, *Mujeres, trabajos y cuidados: propuestas y perspectivas de futuro*.

RECUADRO 19. EU INDUSTRIAL R&D SCOREBOARD

Según el EU Industrial R&D Investment Scoreboard, un 19,1 por 100 (478) de las 2.500 empresas del mundo que más invirtieron en I+D en 2022, pertenecían al sector biofarmacéutico. Tres de ellas eran españolas. El número asciende a 567 si se contempla todo el sector sanitario, que incluye biotecnología, proveedores sanitarios, equipamiento médico, suministros sanitarios y fármacos. El sanitario es el segundo sector que más invirtió en I+D en 2021 (un 21,5 por 100 del total), por detrás del sector de TIC, pero siendo el sector más intensivo en innovación, al destinar a I+D el 12,4 por 100 de sus ventas.

Indicadores de las 2.500 empresas que más invirtieron en I+D en 2021

Sector industrial	Núm. empresas	Gasto en I+D (miles millones de euros)	Gasto en I+D total (por 100)	I+D promedio por empresa (millones euros)	Intensidad en I+D (por 100 sobre ventas)
Aeroespacial y defensa	44	17,7	1,6 por 100	402,3	3,9
Transporte	179	152,4	13,9 por 100	851,4	4,9
Químico	115	25,1	2,3 por 100	218,3	2,4
Construcción	65	30,9	2,8 por 100	475,4	2,3
Energía	80	19,5	1,8 por 100	243,8	0,5
Financiero	61	19,1	1,7 por 100	313,1	2,7
Sanitario	567	235,3	21,5 por 100	415,0	12,4
Productos TIC	456	246,8	22,6 por 100	541,2	7,0
Servicios TIC	365	216,3	19,8 por 100	592,6	9,3
Industriales	260	54,8	5,0 por 100	210,8	2,5
Otros	308	75,9	6,9 por 100	246,4	2,6
Total	2500	1093,8	100,0 por 100	437,5	4,7

Fuente: Comisión Europea, *The 2022 EU Industrial R&D Investment Scoreboard*.

En el ámbito de la investigación biomédica, a pesar de los avances señalados, se constatan una serie de debilidades y retos que es necesario tener en cuenta a la hora de considerar la situación actual (recuadro 20).

Retos en el ámbito de la investigación biomédica

RECUADRO 20. DEBILIDADES Y RETOS EN EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN ESPAÑA

- **Inversión en investigación.** Existe una importante brecha entre la inversión pública y privada en I+D biomédica. La inversión en I+D biomédica requiere de una mayor financiación y de reglas de juego estables que permitan el desarrollo y consolidación de los grupos de investigación.
- **Los fondos europeos como palanca.** El reto de canalizar adecuadamente las perspectivas de mejora abiertas por los Fondos Next Generation y ejecutar al máximo las ayudas europeas, cumpliendo los plazos previstos.

RECUADRO 20. (Continuación)

- **Transferencia de resultados a la práctica clínica.** Pese al relevante acercamiento entre el ámbito universitario y empresarial, sigue habiendo necesidad de promover una mayor colaboración entre la investigación básica y la clínica, así como una mayor colaboración público-privada, que permita que la investigación académica se convierta en productos y soluciones comerciales.
- **Talento y carrera investigadora.** El reto de lograr una carrera científica con mejores condiciones laborales de los profesionales, que ayude a retener y atraer el talento, también desde el extranjero. La incorporación de nuevos perfiles profesionales (bioinformática, matemáticas, biofísica, inteligencia artificial, inteligencia epidemiológica, etc.).
- **Burocracia.** La excesiva burocracia a la que están sujetas las instituciones científicas limita la autonomía para tomar decisiones sobre personal, gestión de la financiación y ordenación interna, y resta agilidad a la hora de introducir modificaciones organizativas y tecnológicas y de entablar relaciones con actores estratégicos.
- **Optimización de los ensayos clínicos.** Aumentar el conocimiento e implicación de los hospitales en los ensayos clínicos, fomentando el trabajo en red e incentivando los ensayos multicéntricos en las convocatorias públicas de investigación y los contratos de gestión de las comunidades autónomas. Se debería asimismo tratar de aumentar la investigación clínica en atención primaria.
- **Participación del paciente.** Insuficiente participación del paciente en la investigación biomédica. Margen de mejora en la consideración de sus preferencias y expectativas, y en la consideración de variables relacionadas con su calidad de vida.

2. Oportunidades y desafíos de la digitalización sanitaria

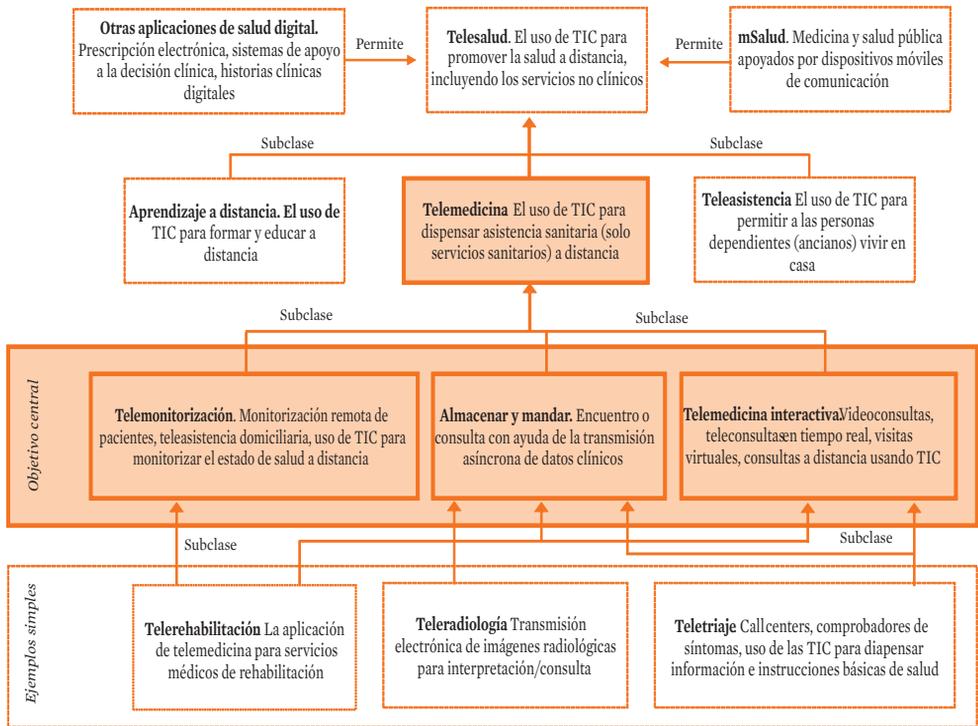
La digitalización sanitaria, también conocida como eHealth o salud digital, se refiere a la incorporación y uso de tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de la salud. Estas tecnologías pueden incluir registros médicos electrónicos, telemedicina, aplicaciones de salud móvil, uso de la inteligencia artificial y análisis de *big data*, entre otras.

La OCDE define un variado ecosistema de tecnologías sanitarias digitales, diferenciando la tecnología o medio utilizado (por ejemplo, el móvil), la especialidad (por ejemplo, teleradiología), la enfermedad (por ejemplo, telediabetes), el tipo de atención (por ejemplo, telerehabilitación) y la actividad (por ejemplo, prescripción electrónica). También se muestran los factores y tecnologías que los hacen posibles (por ejemplo, las historias clínicas electrónicas) (ilustración 5).

Así, la telemedicina puede definirse como “el uso de sistemas de telecomunicaciones para suministrar asistencia sanitaria a distancia”, distinguiéndose tres categorías, que a su vez pueden combinarse entre sí:

- Seguimiento remoto: uso de dispositivos móviles y plataformas para realizar pruebas médicas rutinarias, comunicar los resultados a los profesionales sanitarios en tiempo real y potencialmente lanzar respuestas automáticas pre-programadas.
- Aplicaciones para almacenar y lanzar: sistemas utilizados para datos clínicos que sean menos sensibles al tiempo y para los cuales sea aceptable un retraso entre la transmisión y la respuesta.
- Telemedicina interactiva (en tiempo real): implica la comunicación directa y sincronizada entre profesionales sanitarios y pacientes (en el domicilio o en instalaciones sanitarias).

ILUSTRACIÓN 5. LA TELEMEDICINA Y UN SISTEMA MÁS AMPLIO DE SALUD DIGITAL



Fuente: OCDE Health Working Paper No 116, Bringing health care to the patient: an overview of the use of telemedicine in OECD countries, 2020.

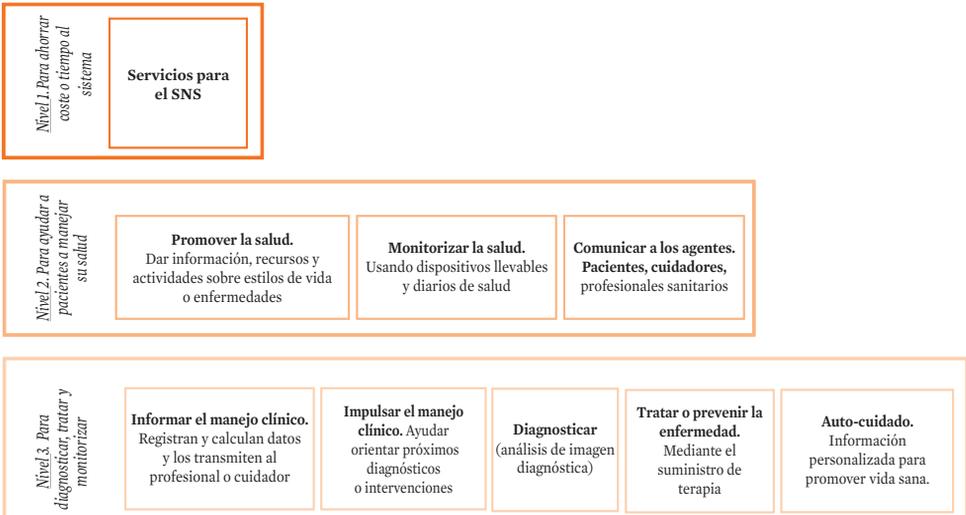
Las tecnologías digitales aplicadas a la salud incluyen una combinación heterogénea técnicamente, que también difiere según su papel en la interacción terapéutica y diagnóstica con las personas. El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico las categoriza en tres grandes niveles (ilustración 6):

1. Las tecnologías centradas en facilitar la gestión o la eficiencia de un sistema o servicio de salud, como la historia clínica digital, la receta electrónica o los sistemas informatizados de gestión hospitalaria.
2. Las diseñadas para transmitir información y facilitar la comunicación entre agentes.
3. Las que intervienen directamente sobre la salud de una persona, al proporcionar información que puede ayudar a diagnosticar, tratar o manejar una determinada enfermedad.

Esta clasificación es relevante para definir estándares de evaluación, que debe ser tanto más estricta cuanto más intrusiva sea la tecnología en la vida de los pacientes.

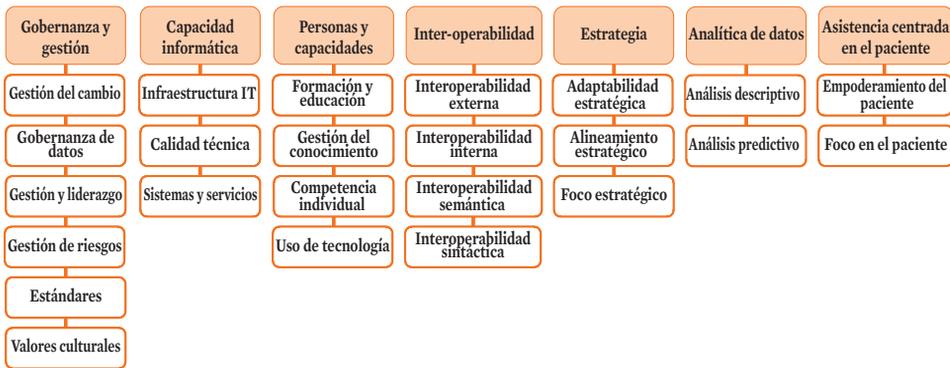
Por su parte, en el ámbito de la digitalización sanitaria, hay que tener en cuenta los múltiples aspectos relacionados con la madurez digital debiéndose encontrar un equilibrio entre la adopción de tecnología y la privacidad y seguridad de los datos (ilustración 7). Como se verá más adelante, otros aspectos fundamentales son la brecha digital y las diferencias territoriales.

ILUSTRACIÓN 6. CLASIFICACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE SALUD DIGITAL EN FUNCIÓN DE SU FINALIDAD PREVISTA



Fuente: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Evidence standards framework for digital health technologies, 2022.

ILUSTRACIÓN 7. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA MADUREZ DIGITAL



Fuente: Woods (2022) Which one? A suggested approach for evaluating digital health maturity models. *Frontiers in Digital Health* 4:1045685.

El grado de digitalización de los servicios de salud entre los países europeos ha ido en aumento en los últimos años. Según datos de la Comisión Europea, actualmente más del 80 por 100 de los servicios públicos europeos ya se encuentra online, mientras que en salud electrónica aún hay margen de mejora. Los servicios con mayor disponibilidad a nivel nacional son la monitorización de información digital sobre especialidades médicas y la obtención de la tarjeta sanitaria europea (cuadro 14).

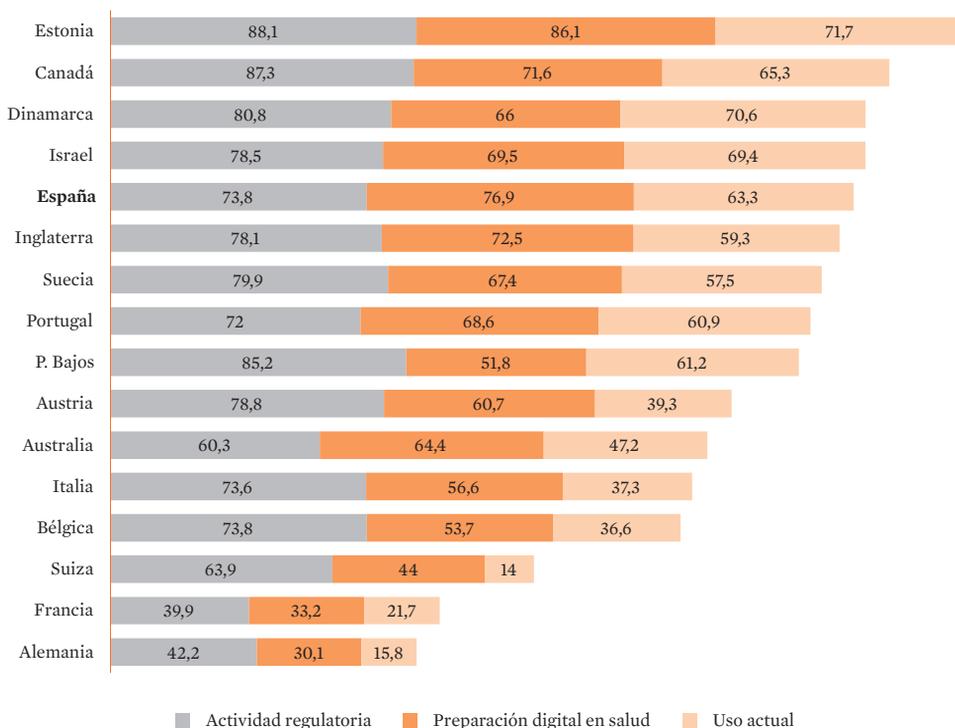
Actual situación de la digitalización sanitaria en España, en el contexto europeo

CUADRO 14. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DIGITALES RELACIONADOS CON LA SALUD A NIVEL NACIONAL Y TRANSFRONTERIZO EN LA UE-27

Servicios online	Nacional	Transfronterizo
Recibir orientación/información sobre donde obtener asistencia sanitaria	77 por 100	61 por 100
Monitorizar información online sobre especialidades y licencias médicas	91 por 100	40 por 100
Obtener una tarjeta de seguro médico europeo	90 por 100	50 por 100
Registrar y (re)agendar una cita en el hospital	79 por 100	34 por 100
Solicitar tele-consulta con un especialista (nivel hospitalario)	30 por 100	30 por 100
Obtener prescripción electrónica de un médico especialista	74 por 100	–
Solicitar y acceder a historias médicas digitales	88 por 100	–

Fuente: Comisión Europea, eGovernment Benchmark 2022.

Según el informe eGovernment Benchmark 2022, España se sitúa entre los ocho países europeos (de los 35 analizados) con mayor avance de la administración sanitaria electrónica, con una puntuación de 78,9 sobre 100 (el promedio europeo es de 64,5)²³⁴.

GRÁFICO 109. ÍNDICE DE SALUD DIGITAL, POR PAÍS

Fuente: Fundación Bertelsmann, 2019.

234 Comisión Europea, eGovernment Benchmark 2023.

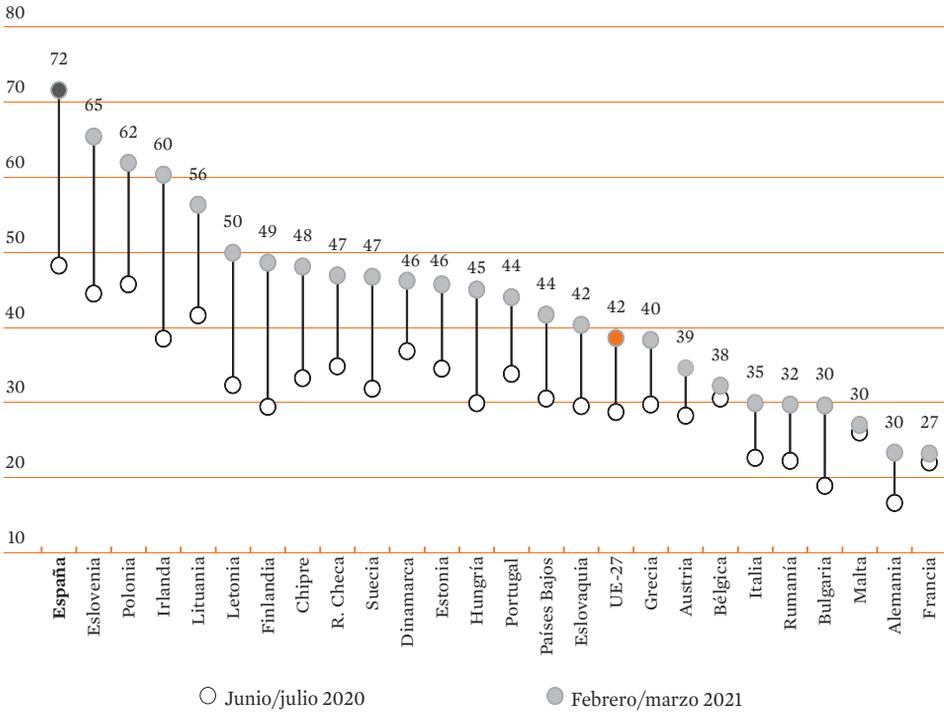
Otras fuentes también sitúan a España entre los países europeos con mayor grado de digitalización sanitaria. Por ejemplo, según el índice de Salud Digital de la Fundación Bertelsmann, nuestro país se sitúa en la quinta posición de entre los países analizados, destacando especialmente en términos de preparación e implementación técnica digital del sistema (gráfico 109)²³⁵.

Impulso de la digitalización sanitaria a raíz de la pandemia por COVID-19, especialmente en España

La pandemia causada por el COVID-19 aceleró el proceso de digitalización sanitaria, y en un solo mes la telemedicina creció más que en los últimos diez años. En España, el porcentaje de personas adultas que recibieron una teleconsulta médica aumentó en un solo año del 48 por 100 al 72 por 100, situándose en cifras récord en la Unión Europea (gráfico 110).

Por su parte, según la Encuesta de salud digital y sector farmacéutico, 2021, realizada por Accenture, el 75 por 100 de los españoles utilizó alguna tecnología digital para gestionar su salud en el último año, mientras que ese porcentaje asciende al 36 por 100

GRÁFICO 110. TELECONSULTAS MÉDICAS EN EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA EN LA UE (Porcentaje de adultos que tuvieron una consulta médica on line o telefónica)



Fuente: OCDE Health at a Glance, 2022.

235 Fundación Bertelsmann, SmartHealthSystems, *International Comparison of digital strategies*, 2019.

en el resto del mundo. Las funcionalidades más empleadas en nuestro país fueron las consultas virtuales con médicos, las apps de salud y las historias clínicas electrónicas.

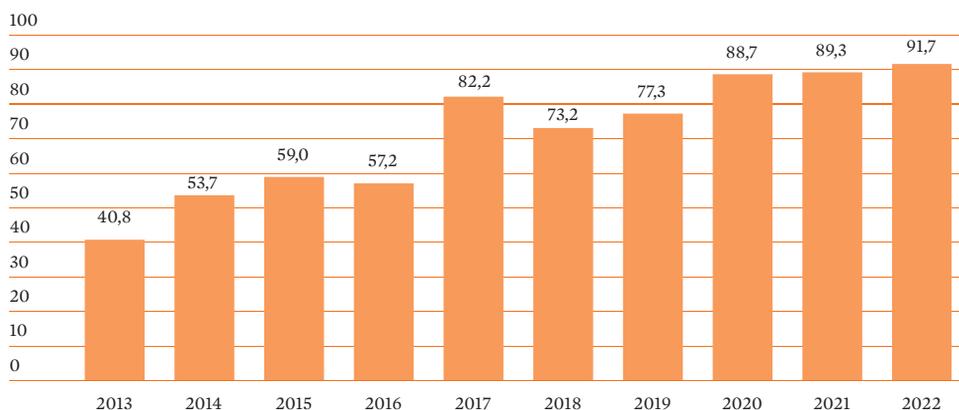
Las consultas externas de atención especializada en las que se utiliza receta electrónica muestran una tendencia creciente, pasando del 40,8 por 100 en 2013 al 91,7 por 100 en 2022 (gráfico 111). En todo caso, las consultas en remoto presentan evidentes limitaciones para hacer diagnósticos precisos y/o preventivos de los problemas de salud, sobre todo en caso de emergencias médicas.

Existen otros problemas en la digitalización general de las economías que hay que resolver antes de hacer una aplicación masiva y rápida de las soluciones digitales señaladas, puesto que de no ser así podría incurrirse en situaciones de exclusión digital que pueden dar lugar a un desigual acceso a servicios básicos de salud.

A pesar de los buenos resultados de España en términos de conectividad comparada con los principales socios europeos, hay que tener en cuenta la desigual implantación de la fibra óptica (concentrada sobre todo en las grandes ciudades) y las redes de 4G, que solo ofrecen velocidades de 100 Mbites bajo determinadas condiciones. Esto limita la aplicación de muchas de las herramientas digitales que se señalan como avances en el terreno de la salud, como servicios de urgencia sanitaria vinculados a los dispositivos personales conectados, por ejemplo, o en los consultorios rurales, que en la actualidad acceden a las historias clínicas digitales, pero que necesitan contar con redes de mayor capacidad y menor latencia para ofrecer servicios de mayor valor añadido como teleasistencia, seguimiento remoto o medicina personalizada. No obstante, existen diferencias territoriales en madurez digital del sector salud (gráfico 112).

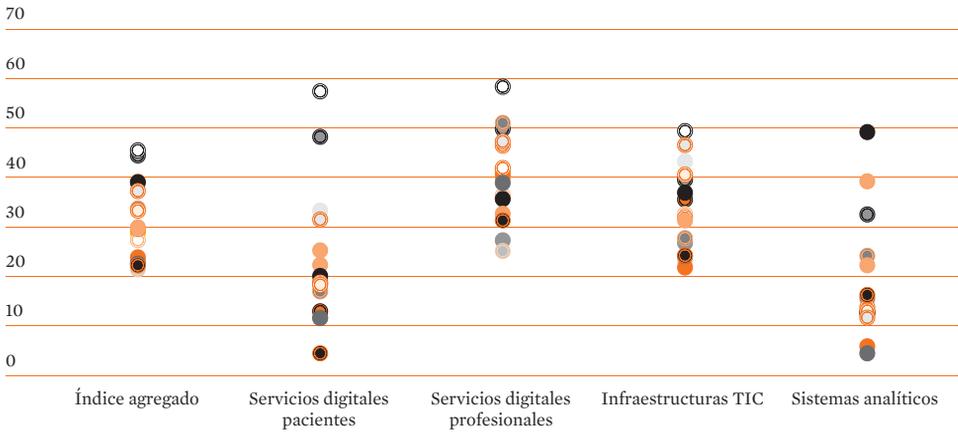
Importantes diferencias territoriales en conectividad y madurez digital en España

GRÁFICO 111. USO DE RECETA ELECTRÓNICA EN CONSULTAS EXTERNAS. ESPAÑA, 2013-2022
(En porcentaje sobre el total de consultas)



Fuente: Sociedad Española de Informática de la Salud, Índice SEIS 2022.

GRÁFICO 112. ÍNDICE DE MADUREZ DIGITAL DEL SECTOR SALUD ENTRE CCAA, 2019
(En % sobre el valor ideal)



Fuente: FENIN y Cotec (2020).

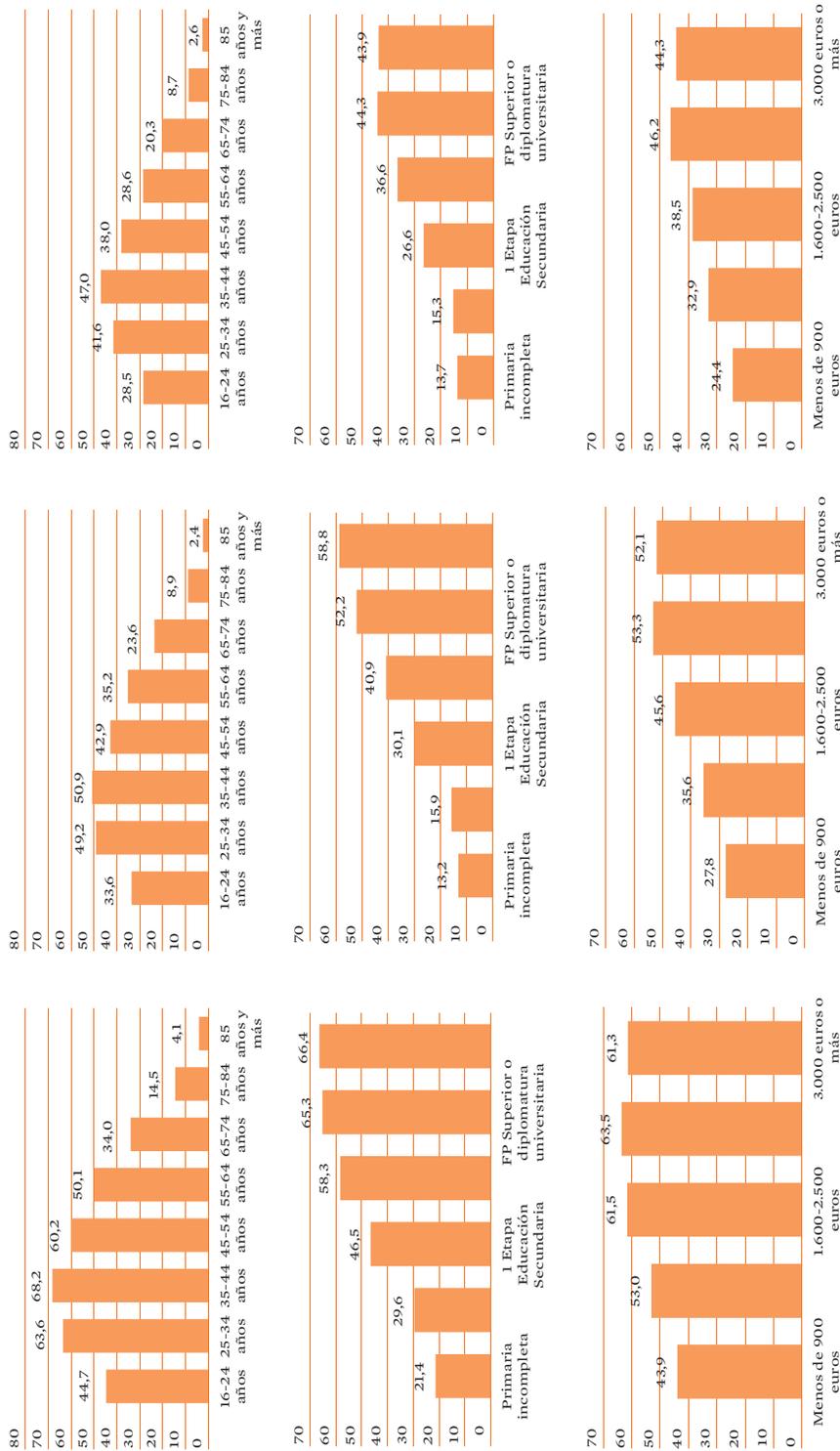
Unido a lo anterior, hay que tener en cuenta la brecha digital que existe por razones socioeconómicas, como la edad, la renta o el nivel educativo, que determinan el grado de habilidades digitales, de dotación de los hogares, de infraestructuras o incluso del nivel de confianza para la navegación online; cuando, además, por lo general son las personas de edad más avanzada y los pertenecientes a los percentiles de renta inferiores quienes suelen presentar peores condiciones de salud. El gráfico 113 muestra la brecha digital que existe para personas mayores, personas de menores niveles educativos y personas de hogares con menores ingresos en cuanto al acceso a servicios sanitarios digitales.

La inteligencia artificial (IA) juega un papel fundamental en el ámbito de la digitalización sanitaria, por la revolución que puede suponer –y está suponiendo ya– para la práctica clínica. La generación y utilización de datos masivos permite, aplicando técnicas de aprendizaje automático de las máquinas, aportar a la atención médica soluciones algorítmicas basadas en la extracción de información y su aplicación a un problema concreto. La IA está sirviendo también

El papel de la inteligencia artificial

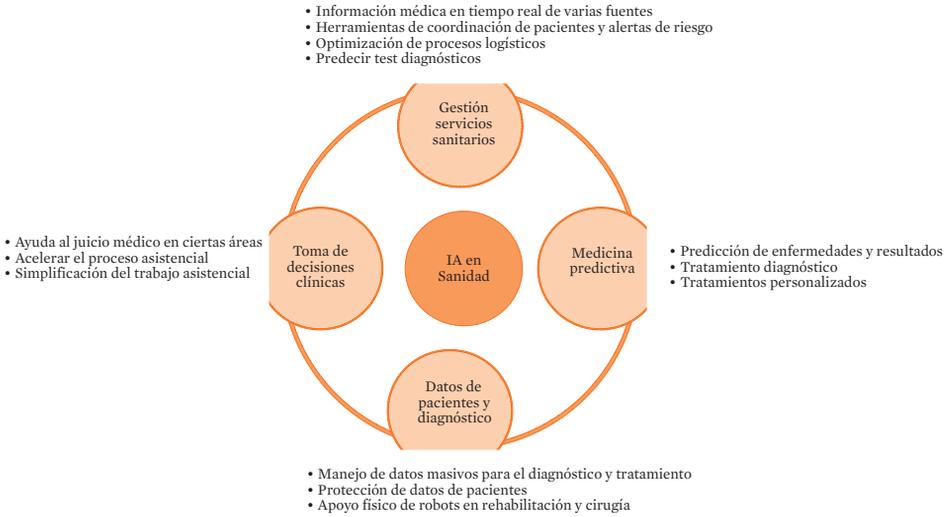
para avanzar en campos diagnósticos como la radiología, la patología, la dermatología y la oftalmología, permitiendo que el humano se centre en los casos donde puede haber dudas o mayores riesgos. Asimismo, la IA brinda herramientas de apoyo a la práctica médica, revisando miles de registros médicos electrónicos completos para ofrecer de forma anticipada una alerta y sugerir un posible tratamiento personalizado. Los pacientes también podrán usar una variedad de herramientas basadas en IA para cuidarse a sí mismos, al igual que manejan muchos otros aspectos de sus vidas hoy en día (ilustración 8).

GRÁFICO 113. BRECHA DIGITAL Y ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS, 2022
(En % de pacientes por grupo de edad, nivel educativo y nivel de ingresos mensuales del hogar)



Fuente: INE (2022), Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares.

ILUSTRACIÓN 8. APLICABILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA SANIDAD



Fuente: Secinaro (2021), “The role of artificial intelligence in healthcare: a structured literature review”. BMC Med Inform Decis Mak 21:125.

Como bien público global, la IA es uno de los casos más claros a favor del uso compartido de datos. Sin embargo, los ciudadanos deben contar con el control de sus datos personales, los cuales deben, además, ser tratados de manera legal, justa y transparente. Este y otros riesgos, como los posibles sesgos que afectan a la inteligencia artificial, están siendo objeto de debate. En este sentido, la regulación europea está actualizándose para asegurar un acceso y uso seguro de los datos sanitarios, equilibrando la protección de la privacidad y los derechos fundamentales con el fomento de la innovación²³⁶.

Oportunidades de la digitalización sanitaria

La digitalización induce un cambio tecnológico extremadamente disruptivo en la asistencia sanitaria, en su organización y en los sistemas de información, constituyendo una potente palanca de cambio, que ofrece diversas oportunidades a los distintos agentes del sistema sanitario, así como al sistema de salud en su conjunto (recuadro 21).

Entre las principales aportaciones de la digitalización merece la pena destacar:

- **Mejor acceso a la atención médica:** la telemedicina y las aplicaciones de salud móvil permiten que las personas puedan acceder en mayor grado y con mayor flexibilidad a los servicios de atención sanitaria y seguimiento de su salud desde cualquier lugar, lo que es especialmente útil en áreas remotas o con escasez de servicios médicos. La tarjeta sanitaria interoperable permite una asistencia sanitaria más cohesionada. Permite ahorrar tiempo a pacientes y profesionales.

236 Data Act, adoptada por la Comisión Europea en febrero de 2022.

RECUADRO 21. POTENCIALES BENEFICIOS DE LA SALUD DIGITAL PARA DISTINTOS AGENTES DEL SISTEMA

Pacientes	Profesionales sanitarios	Organización sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento e implicación en la gestión de su propia salud. • Mayor tasa de accesibilidad a la asistencia sanitarias, con amplitud de elección horaria. • Enfoque en cuidados más predictivo, preventivo, personalizado y participativo. • Mayor participación en la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de carga de trabajo. • Mayor flexibilidad. • Ahorro en desplazamientos. • Mayor eficiencia en entornos rurales y remotos. • Más satisfacción profesional, al poder reducir tareas rutinarias o innecesarias. • Más herramientas e información para un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento. • Más capacidad para desarrollar y aplicar nuevo conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificación administrativa y agilidad en la gestión económica y de contratación. • Optimización de tiempo y recursos. • Gestión más eficaz de los recursos humanos. • Diseño de nuevos modelos de atención basados en el valor. • Mayor interoperabilidad y coordinación de la atención socio-sanitaria. • Sistema más cohesionado.

Fuente: elaboración propia.

- **Prevención y monitorización de enfermedades:** las tecnologías digitales permiten la recopilación y análisis de datos masivos de salud en tiempo real, lo que facilita la identificación temprana de brotes de enfermedades, la monitorización de la salud poblacional y la emisión de alertas, siendo una potente herramienta de salud pública.
- **Transformar la atención médica:** el uso creciente de técnicas de analítica avanzada como el análisis masivo de datos (*big data*) o la inteligencia artificial están facilitando el procesamiento y análisis de las enormes cantidades de información generada por los pacientes y extraídas de las historias clínicas, modificando la forma de identificar factores de riesgo, diagnosticar y predecir la respuesta a tratamientos, permitiendo a su vez resolver problemas complejos de salud y personalizar tratamientos.
- **Carga de trabajo de los profesionales:** la inteligencia artificial aportará herramientas que permitirán contribuir a la realización de tareas sencillas y repetitivas que consumen el tiempo del personal sanitario, liberándoles para que realicen otro tipo de tareas asistenciales de más valor. Por ejemplo, permitirán analizar rápida y automáticamente datos y pruebas diagnósticas, permitiendo que el humano pueda centrarse en revisar los resultados dudosos o de mayor riesgo, y en aportar soluciones personalizadas a los pacientes.

- Mayor énfasis en estilos de vida saludables: las aplicaciones y plataformas digitales proporcionan información y recursos educativos sobre temas de salud, al tiempo que promueven la concienciación y participación de las personas en su propia salud, poniendo énfasis en los estilos de vida y la prevención, ayudando a promover la salud de los ciudadanos y a prevenir enfermedades, incluidas las que se contraen en el centro de trabajo.
- Más información y comunicación: la facilidad de acceder a Internet y a sus numerosas fuentes de información permite un mayor conocimiento, empoderamiento y proactividad de los pacientes.
- Eficiencia y calidad en la atención: los registros médicos electrónicos y sistemas de información facilitan la gestión de datos y pueden permitir perfeccionar procedimientos, reducir ineficiencias y agilizar los procesos, reduciendo el tiempo de espera y mejorando la coordinación entre los profesionales de la salud y los niveles asistenciales, incluyendo la asistencia social.
- Innovación en la gestión: la digitalización puede favorecer la transición de los sistemas sanitarios hacia nuevos modelos asistenciales integrados, con un enfoque proactivo (y no reactivo) de la salud integral, centrado en las necesidades de la población.
- Investigación médica: la digitalización de datos médicos y la disponibilidad de grandes cantidades de información permiten realizar investigaciones más rápidas y precisas, lo que puede conducir a avances en el conocimiento y tratamiento de enfermedades.

No obstante, la introducción de las tecnologías digitales en la sanidad presenta también numerosos retos para los agentes del sistema, relacionados con distintos ámbitos,

Desafíos de la digitalización sanitaria

tan dispares como el acceso a las tecnologías, la transferencia de riesgos en la toma de decisiones, la medicalización innecesaria, los derechos de los pacientes o la propiedad, confidencialidad y seguridad de los datos (recuadro 22). Algunos de los principales ámbitos se enumeran a continuación:

- Gobernanza e integración de sistemas: un factor clave es la interoperabilidad de los distintos sistemas de información y aplicaciones digitales, ya que la descentralización regional de competencias en materia de sanidad puede generar problemas para la utilización integrada de los datos de salud, dificultando la transferencia y el intercambio de información entre niveles asistenciales, regiones y agentes.
- Brecha digital: el desigual acceso a la tecnología o a los conocimientos digitales, especialmente entre las personas de mayor edad, menor nivel educativo o menor

nivel de ingresos, puede generar desigualdades en el acceso a la atención médica y a las herramientas de salud digital.

- Resistencia al cambio: la adopción de nuevas tecnologías en el sistema de salud puede encontrarse con resistencia por parte de profesionales y pacientes, lo que puede dificultar una implementación completa y efectiva de la digitalización sanitaria.
- Sobrecarga de información: la cantidad de datos generados por la digitalización puede ser abrumadora. Constituye un reto es desarrollar y aplicar herramientas que permitan recopilar, filtrar y analizar la información relevante de manera más efectiva posible, evitando sesgos.
- Desarrollo de nuevas capacidades: los profesionales sanitarios necesitarán actualizar sus capacidades y competencias para adaptarse al nuevo conocimiento y a su utilización. Además, en las organizaciones sanitarias se requerirán nuevos perfiles de profesionales tecnológicos, como informáticos, ingenieros o matemáticos, lo que puede suponer un reto a nivel de gestión.
- Interpretabilidad: un reto de la IA es la actual opacidad de los algoritmos utilizados, lo que dificulta su interpretación y entendimiento, redundando a su vez en una menor confianza en la toma de decisiones basadas en esta tecnología.
- Aspectos éticos y legales: el manejo de datos médicos sensibles y el uso de la IA conlleva el riesgo de su inadecuado tratamiento y utilización en términos de privacidad, confidencialidad y ciberseguridad. Otro reto son los aspectos éticos, ya que el uso de ciertos datos puede entrar en conflicto con los derechos de los individuos.

RECUADRO 22. POTENCIALES DESAFÍOS DE LA DIGITALIZACIÓN SANITARIA PARA DISTINTOS AGENTES DEL SISTEMA

Pacientes	Profesionales sanitarios	Organización sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad telemática (brecha digital). • Confidencialidad de datos. • Ciberseguridad y protección de datos. • Aspectos éticos. • Inequidades en el manejo asistencial y acceso a tratamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de información. • Falta de competencias tecnológicas. • Necesidad de formación y nuevas competencias. • Resistencia al cambio. • Automatización del flujo de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobernanza. • Integración e interoperabilidad a nivel asistencial y de comunidades autónomas. • Sistemas digitales de recopilación de información. • Mejorar la fiabilidad y disponibilidad en tiempo real de la información. • Acreditación oficial de las apps de salud. • Generación de inequidades. • Costes económicos.

Fuente: elaboración propia.

3. El impulso de los fondos europeos

La reciente crisis sanitaria provocada por el COVID-19 ha situado a la ciencia y la innovación como palancas esenciales en los planes de reconstrucción y en la capacidad de respuesta frente a futuras crisis. En los siguientes apartados, se desgranán los objetivos de los distintos fondos europeos y nacionales dirigidos a la recuperación de la pandemia, con énfasis en la salud y la ciencia.

Cabe recordar que en 2020, el Consejo Europeo acordó *Next Generation EU*, un instrumento excepcional de recuperación dotado con 750.000 millones de euros para el

Fondos Next Generation: una oportunidad para la sanidad

conjunto de los Estados miembros, con el fin de afrontar de manera coordinada las consecuencias económicas y sociales de la pandemia²³⁷. El núcleo del fondo, dotado con 723.800 millones de euros, era el Mecanismo para la Recuperación y la Resiliencia (MRR)²³⁸.

Además, el REACT-EU, dotado con 50.600 millones de euros, actuaba como fondo estructural de cohesión.

En España, la financiación de los fondos *Next Generation EU* se instrumentó a través del ya mencionado Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que se estructura en torno a 10 políticas palanca (con 30 componentes)²³⁹, y que se prevé que movilizará más de 160.000 millones de euros en transferencias y préstamos en el periodo 2021-2026. Para la primera fase del plan (2021-2023), la Comisión Europea ha concedido a España 69.510 millones de euros en forma de subvenciones²⁴⁰. En cuanto al Fondo REACT-EU, la asignación para España fue de 12.436 millones de euros para su ejecución en el periodo 2021-2022.

Uno de los componentes del Plan de Recuperación de España (el componente 18) se centra precisamente en la renovación y ampliación de las capacidades del SNS, con 1.069 millones previstos para las reformas e inversiones previstas. Otros tres componentes del Plan también están relacionados en cierta medida con la salud, la investigación biomédica y la digitalización sanitaria: el componente 16 para una Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial (500 millones); el componente 17 de reforma institucional y fortalecimiento de las capacidades del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (3.456 millones); y el componente 19 sobre el Plan Nacional de competencias digitales (3.593 millones).

Los PERTE (Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica) son proyectos de carácter estratégico creados en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno, que se caracterizan

El PERTE para la salud de vanguardia

237 Comisión Europea, *Next Generation EU*.

238 Comisión Europea, *The Recovery and Resilience Facility*.

239 Gobierno de España, *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*.

240 Comisión Europea, *Recovery and Resilience Scoreboard*.

RECUADRO 23. COMPONENTE 18. RENOVACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LAS CAPACIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Retos y objetivos. Reforzar las capacidades del SNS.

Reformas:

- Fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria para una mayor prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.
- Reforma del sistema de salud pública, con instrumentos estratégicos y operativos como base de un nuevo sistema de salud pública más ambicioso, más integrado y mejor articulado.
- Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad, con una nueva ley, la reorientación de la atención de alta complejidad en el sistema sanitario y el incremento de la cartera común de servicios sanitarios públicos a prestar al conjunto de la ciudadanía.
- Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad, reformando la ley que regula el personal sanitario en España (Estatuto Marco) y mejorando el sistema de formación sanitaria especializada.
- Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios, incrementando la competencia y favoreciendo el acceso a nuevos tratamientos, desarrollando a su vez el Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica.

Inversiones:

- Plan de inversión en equipos de alta tecnología en el SNS, con la renovación de equipos de aceleradores lineales, TAC, resonancia magnética, gamma-cámara, equipos de hemodinámica, angiografía vascular, angiografía neuroradiológica, PET, braquiterapia digital, etc.
- Acciones para reforzar la prevención y promoción de la Salud. Centradas especialmente en la promoción de estilos de vida y entornos saludables.
- Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias: incluye el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia, detección precoz y respuesta rápida ante crisis sanitarias, así como la disposición de suministros suficientes ante la eventualidad y el refuerzo de las capacidades de laboratorios e instituciones sanitarias.
- Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento y otras inversiones para mejorar la asistencia sanitaria a pacientes con enfermedades raras.
- Plan para la Racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad y consolidación de la medicina personalizada en la prestación sanitaria.
- Data Lake sanitario: un centro de datos sanitarios con información de los sistemas de información que permita un análisis masivo para la identificación y mejora del diagnóstico y de los tratamientos.

Fuente: Gobierno de España, Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

por su gran capacidad de arrastre para el crecimiento económico, el empleo y la competitividad de la economía española. Se trata de una figura con vocación de permanencia, con un alto componente de colaboración público-privada. En los PERTE colaboran las distintas administraciones públicas, empresas y centros de investigación, con el objetivo de impulsar grandes iniciativas que contribuyan a la transformación de la economía española.

Hasta la fecha se han aprobado doce proyectos estratégicos, que contemplan una inversión pública de más de 35.000 millones de euros, de los cuales 18.000 millones de euros corresponden a la primera fase del plan y el resto a la adenda²⁴¹. Esta inversión pública a su vez movilizará inversiones privadas. A junio de 2023 se habían comprometido más de 14.000 millones de euros²⁴².

Uno de los doce proyectos estratégicos es el PERTE para la salud de vanguardia, que pretende mejorar la salud de la población a partir de la innovación diagnóstica, terapéutica y preventiva en el SNS, que a su vez permitirá fomentar la generación de tejido industrial y la creación de empleo de calidad. Más concretamente, el proyecto busca fomentar la incorporación de técnicas y tecnologías innovadoras para el diagnóstico y la prevención de las enfermedades, promover el desarrollo de terapias avanzadas desde el ámbito académico y facilitar su transferencia a la práctica clínica, y desarrollar una plataforma de diseño y producción industrial de medicamentos y vacunas basados en ribonucleótidos con capacidad de respuesta ultra-rápida a las necesidades de salud pública. El PERTE para la salud de vanguardia tiene cuatro objetivos estratégicos y cinco líneas transversales (ilustración 9):

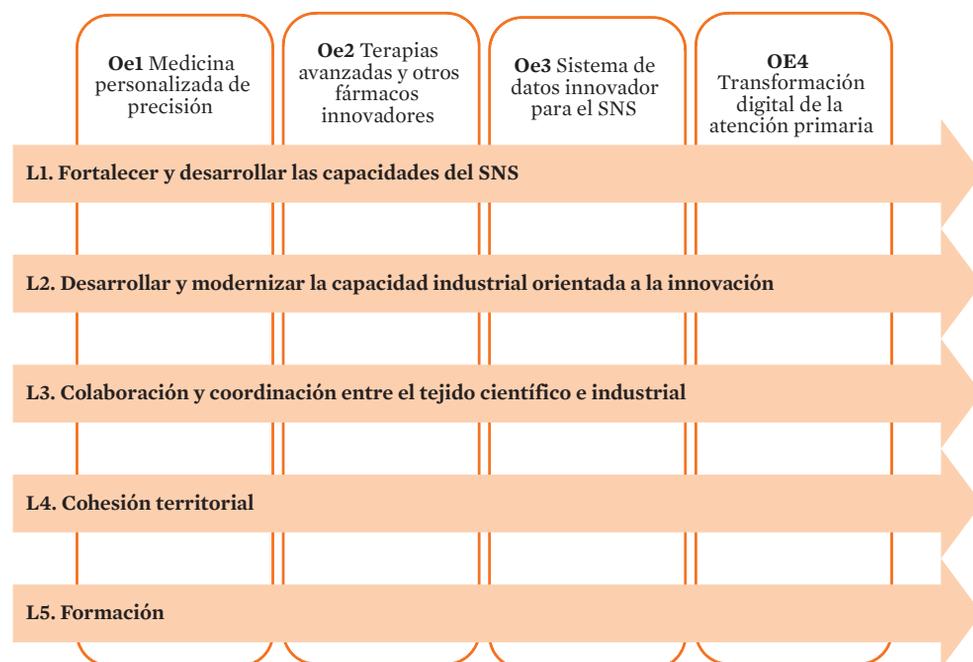
- Impulsar la puesta en marcha de medicina personalizada de precisión de forma equitativa, favoreciendo el desarrollo y la creación de empresas competitivas basadas en la generación de conocimiento para impulsar este campo de la medicina.
- Posicionar España como país líder en la innovación y desarrollo de terapias avanzadas orientadas a la curación de enfermedades como la diabetes, las enfermedades neurodegenerativas, o el ELA, entre otras.
- Desarrollar un Sistema Nacional de Salud digital, con una base de datos integrada que permita la recogida, el tratamiento, el análisis y la explotación de los datos procedentes de las distintas fuentes para mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación.
- Potenciar la atención sanitaria primaria a través de la transformación digital, con la aplicación de tecnología avanzada para todas las actividades que impliquen relación con la ciudadanía y la gestión de los recursos en cualquier punto del país y en todos los ámbitos asistenciales, en condiciones de ciberseguridad.

Las principales convocatorias del PERTE en 2023 para la Salud de Vanguardia se refieren a la Medicina Personalizada de Precisión, las Misiones de Inteligencia Artificial del Sector salud, la investigación clínica independiente y la Misión en Terapias Avanzadas y medicamentos emergentes²⁴³.

241 Gobierno de España, III Informe de Ejecución del Plan de Recuperación, febrero de 2023.

242 Gobierno de España, Adenda. Segunda fase del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, junio 2023.

243 Gobierno de España, III Informe de ejecución del plan de recuperación, febrero de 2023.

ILUSTRACIÓN 9. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PERTE PARA LA SALUD DE VANGUARDIA

Fuente: Gobierno de España, Memoria Explicativa PERTE para la salud de vanguardia.

Según las estimaciones del Gobierno, si se cumplieran todas las previsiones, globalmente el PERTE para la salud de vanguardia generaría una contribución en PIB de hasta 4.335 millones de euros, y la creación de 12.688 nuevos puestos de trabajo (cuadro 15)²⁴⁴.

CUADRO 15. IMPACTOS EN PIB Y EMPLEO DEL PERTE PARA LA SALUD DE VANGUARDIA

Ámbito de actuación	Impacto en PIB (millones de euros)	Impacto en empleo (puestos de trabajo)
Actuaciones innovadoras y de transformación del SNS	2.176 *	9.141 **
Transformación digital de la atención primaria	726	1.527
Actuaciones en digitalización (<i>data lake</i> sanitario, misiones IA salud, integración IA en cadenas de valor)	433	No se espera impacto
Innovación y fortalecimiento industrial (fomento de la investigación clínica y medicamentos esenciales y reserva estratégica)	1.000	2.020
Total	4.335,5	12.689

Notas: *2.176 M€ si se considera el efecto arrastre sobre otros sectores; 870,6 M€ si se considera el efecto inducido; 761,7 M€ si solo se considera el efecto directo. ** 9.141 puestos si se considera el efecto inducido; 7.454 empleos si solo se considera el efecto directo.

Fuente: Gobierno de España, Memoria Explicativa PERTE para la salud de vanguardia.

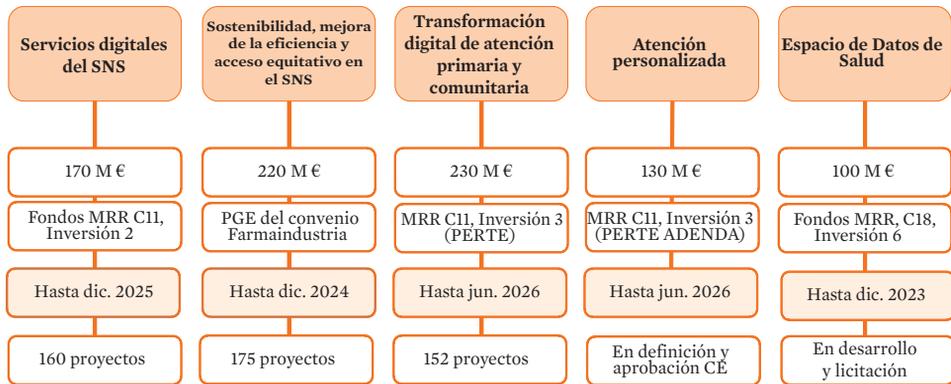
244 Gobierno de España, Memoria Explicativa PERTE para la salud de vanguardia.

Ejecución de los fondos europeos

Tener información actualizada sobre la ejecución de los fondos vinculados a estos componentes es esencial para conocer su traslación real y poder anticipar potenciales dificultades para materializar las inversiones en el sector público y privado. El PERTE para la salud de vanguardia comenzó en noviembre de 2021 con una inversión pública de 982 millones de euros, que se incrementó hasta alcanzar los 1.183 millones. En 2023, la aprobación de una adenda supuso 830 millones adicionales (500 M€ en transferencias adicionales y 330 M€ en préstamos), hasta alcanzar una inversión pública de 2.013 millones de euros²⁴⁵.

Según datos de junio de 2023, el PERTE para la salud de vanguardia contaba en esa fecha con un total de 39 actuaciones, de las cuales 28 ya estaban resueltas, con una financiación asociada comprometida por importe de 843,79 millones de euros (un 39 por 100 más que en 2022)²⁴⁶. Estas actuaciones resueltas incluían convocatorias, licitaciones, convenios con inversiones, compra pública pre-comercial y acuerdos sectoriales (ilustración 10). Asimismo, había 6 actuaciones en marcha con fondos movilizados y 5 actuaciones pendientes de movilizar en 2023. En cuanto a la inversión privada, en 2023 se alcanzó la cifra de 129,4 millones de euros, de los 486,9 millones inicialmente previstos. Parece por tanto que la ejecución pública está avanzando a buen ritmo, mientras que la privada está más rezagada. En todo caso, para la consecución de los compromisos adquiridos con Bruselas, los PERTES deben aumentar su ritmo de eje-

ILUSTRACIÓN 10. RESUMEN DE LOS PROYECTOS ESTRATÉGICOS PARA EL SNS DESARROLLADOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD DIGITAL



Fuente: Ministerio de Sanidad. Seguimiento de la Estrategia de Salud Digital, Comité Consultivo septiembre 2023.

245 Información disponible en: <https://planderecuperacion.gob.es/noticias/perte-salud-vanguardia-duplica-inversion-publica-hasta-2000-millones-prtr>.

246 Ministerio de Ciencia e Innovación, Acta de la tercera alianza PERTE para la salud de vanguardia.

cución y que los organismos convocantes sigan acelerando el ritmo de resolución y adjudicación de convocatorias²⁴⁷.

Por su parte, el PERTE para la salud de vanguardia cuenta con más de 140 beneficiarios de diferentes convocatorias, entre las que destacan las convocatorias del Instituto de Salud Carlos III sobre medicina personalizada de precisión e innovación vinculada a la medicina personalizada y terapias avanzadas²⁴⁸. Próximamente se van a lanzar dos convocatorias adicionales, sobre plataformas de apoyo a la investigación biomédica y ciencias de la salud (30 millones de euros) y la convocatoria TRANSMISIONES para proyectos de I+D con aplicabilidad industrial y empresarial inmediata en terapias avanzadas y medicina de precisión (que se espera que movilizará 50 millones de euros para las entidades participantes).

En suma, España cuenta con una sólida infraestructura de investigación biomédica y es un referente mundial en ensayos clínicos. El gasto en I+D+i biomédica y sanitaria ha experimentado una notable evolución durante la última década, tanto en el ámbito público como privado. A esto se unen los fondos que contempla el Plan de Recuperación de España para renovar y ampliar las capacidades del SNS. Pese a los avances producidos, existen retos de diversa índole –inversión, ejecución de fondos europeos, transferencia del conocimiento, carrera investigadora, burocracia, participación del paciente– que es necesario abordar para optimizar los esfuerzos y aprovechar las enormes oportunidades que brinda la digitalización sanitaria a los pacientes (accesibilidad, comunicación), los profesionales sanitarios (diagnóstico y manejo terapéutico) y el sistema (eficiencia). Para ello, también se debe resolver el desigual acceso a las tecnologías, la falta de integración de los sistemas de información, el desarrollo de nuevas capacidades o el adecuado control de los datos personales de los pacientes, entre otros aspectos.

247 CEOE, Informe de seguimiento de los Fondos Next Generation en España. Situación actual y recomendaciones desde la visión empresarial. Informe de septiembre 2023.

248 Gobierno de España, Memoria Explicativa PERTE para la salud de vanguardia.

CAPÍTULO VII
COORDINACIÓN, COOPERACIÓN Y GOBERNANZA

La gobernanza del sistema sanitario es un concepto amplio que abarca su marco normativo, su diseño estructural y organización, la planificación de la prestación de servicios y su financiación, así como la participación de los diversos actores involucrados. Un sistema de gobernanza sólido puede contribuir a la mejora de la calidad de la atención médica, la reducción de las desigualdades en la salud y la promoción de la eficiencia.

Este apartado se ocupa de la actual gobernanza del sistema sanitario en España –sin ánimo de exhaustividad, dada la complejidad del entramado–, se aborda el creciente papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como órgano de coordinación de más alto nivel y se señalan algunos posibles ámbitos de refuerzo para mejorar la coordinación y la cooperación en esta etapa post-pandemia.

1. La actual gobernanza del sistema sanitario

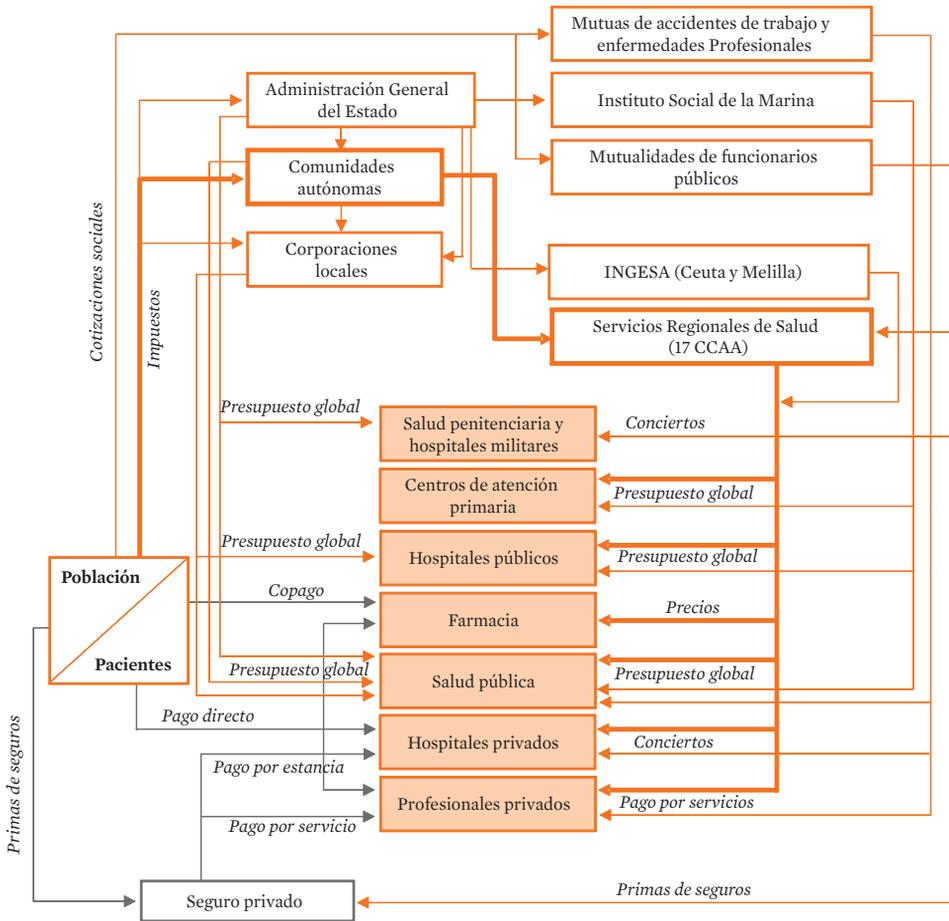
El sistema sanitario español está organizado en distintos niveles organizativos y asistenciales, con un entramado donde los flujos financieros de la AGE, las comunidades autónomas, las entidades locales y las mutualidades coexisten con el sistema sanitario privado (ilustración 11).

La complejidad de la gobernanza del sistema sanitario viene dada, en primer lugar, por la distribución de competencias y responsabilidades en materia de salud y asistencia sanitaria entre el Estado y las comunidades autónomas, con un reparto no siempre claro, sistemático y formal de competencias. El CISNS actúa como órgano permanente de coordinación inter-regional, con el que coexisten otros órganos y sistemas de gobernanza a niveles más específicos y técnicos.

En el ámbito de la evaluación y financiación de medicamentos y tecnologías sanitarias en España intervienen una veintena de estructuras organizativas, por lo que es necesario asegurar una coordinación suficiente y adecuada entre ellas. Las principales estructuras son las siguientes:

- Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia (DGCSSNSF). Órgano directivo del Ministerio de Sanidad encargado de evaluar la cartera común de servicios del SNS; desarrollar y ejecutar la política farmacéutica del Departamento; y abordar las funciones que competen al Estado en materia de financiación pública y de fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios dispensados a través de receta oficial.

ILUSTRACIÓN 11. FLUJOS FINANCIEROS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL



Fuente: Ministerio de Sanidad, 2023.

- **Comisión Permanente de Farmacia (CPF).** Comisión de trabajo del Consejo Interterritorial del SNS que se encarga de la preparación, estudio y desarrollo de las cuestiones sometidas a su conocimiento. Carece de Reglamento interno que regule sus funciones, composición y régimen de adopción de acuerdos.
- **Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (CIPM).** Propone la adopción de decisiones sobre la financiación pública. Es la DGSSNSF la que establece formalmente el precio de venta al público de los medicamentos. Cuenta con 25 integrantes, incluyendo representantes del Ministerio de Sanidad, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, Ministerio de Hacienda y Función Pública y comunidades autónomas (3 representantes que rotan semestralmente). Desde la aprobación de su reglamento interno el 30 de septiembre 2019, las demás comunidades autónomas participan en esta comisión con voz, pero sin voto.

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Agencia estatal adscrita a la Secretaría de Estado de Sanidad, quien ostenta su presidencia y asume actividades de evaluación de medicamentos y productos sanitarios, así como la realización de los informes de utilidad terapéutica de los medicamentos.
- Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica (CAPF). Órgano colegiado de carácter científico-técnico encargado de proporcionar asesoramiento, evaluación y consulta sobre la pertinencia, mejora y seguimiento de la evaluación económica necesaria para sustentar las decisiones de la CIPMPS. Establecido en 2012, pero creado en 2019.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta la complejidad de un sector como el sanitario, y en concreto, un sector farmacéutico altamente regulado ante la existencia de fallos de mercado, relación de agencia (quien financia no es quien prescribe ni quien consume servicios o intervenciones sanitarias), múltiples intereses, información incompleta y asimétrica, y la entrada de innovaciones tecnológicas rápidas y costosas, entre otros factores determinantes, mientras que los recursos públicos disponibles son insuficientes para atender a toda la demanda²⁴⁹.

En tercer lugar, la limitación de los recursos del sector y la a menudo insuficiente prioridad política conferida a la salud y la sanidad –al menos hasta la pandemia–, con un liderazgo del Ministerio de Sanidad calificado como insuficiente (16 ministros entre 2000 y 2022; 4 ministros entre 2018 y 2023), y una estructura orgánica y medios personales reducidos (es el Ministerio que cuenta con menos niveles 30).

En cuarto lugar, el sector sanitario, y en concreto los cuidados de larga duración, están estrechamente ligados al sector sociosanitario, especialmente en relación con la atención a las personas mayores y es donde por tanto la coordinación entre agentes debe abarcar un mayor espectro (residencias de mayores, centros de día, servicios sociales, etc.). Tal y como se señaló en el Informe CES 3/2020²⁵⁰, durante la pandemia quedó patente la importancia de implicar al entorno sociosanitario en el proceso asistencial, cuidando especialmente la gestión de las residencias, que fueron el mayor foco de mortalidad por COVID-19.

2. El papel del Consejo Interterritorial del SNS

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) es “el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado”. Su finalidad es promover la cohesión del SNS y garantizar los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado²⁵¹.

249 F. Lobo (2019), “La industria farmacéutica en la actualidad: un vistazo a sus características”, *FUNCAS Papeles de Economía Española* núm. 160.

250 Informe CES 3/2020, *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

251 Artículo 69 de la Ley 13/2006, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS.

La composición y funciones del CISNS

El CISNS tiene naturaleza jurídica de conferencia sectorial y está constituido por las personas titulares del Ministerio de Sanidad y de las consejerías competentes en materia de sanidad de las comunidades y ciudades autónomas. Funciona en Pleno (órgano de más alto nivel) y en Comisión Delegada (órgano de segundo nivel), así como por medio de comisiones técnicas y grupos de trabajo. Entre sus funciones se encuentran la configuración del SNS; el asesoramiento, planificación y evaluación del SNS; la coordinación del SNS; y la cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas (recuadro 24).

RECUADRO 24. PRINCIPALES FUNCIONES DEL CISNS

Función	Detalle
Configuración del SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la cartera de servicios del Catálogo de Prestaciones del SNS. • Establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias de las comunidades autónomas. • Criterios que garanticen un tiempo máximo de acceso a prestaciones del SNS. • Garantías mínimas de seguridad y calidad para la apertura y funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. • Servicios de referencia del Sistema Nacional de Salud. • Criterios para colaborar con las oficinas de farmacia, por medio de concertos. • Criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado. • La iniciativa sectorial de investigación en salud. • Criterios y sistemas que permitan la información recíproca en el SNS. • Criterios para la elaboración y evaluación de las políticas de calidad del SNS. • Declarar la necesidad de realizar actuaciones coordinadas en salud pública. • Aprobación de los planes integrales. • Los criterios generales sobre financiación pública de medicamentos y productos sanitarios y sus variables. • Criterios/mecanismos para la suficiencia financiera del sistema.
Asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución de los planes autonómicos de salud y la formulación de los planes conjuntos y del Plan integral de salud. • Evaluación de las actividades y la formación de propuestas que permitan una planificación estratégica del sector farmacéutico. • Planes y programas sanitarios, especialmente para promover la salud y la prevención de la enfermedad, que impliquen a todas o a una parte de las comunidades autónomas. • Líneas genéricas del programa formativo de los profesionales del SNS, así como los criterios básicos de acreditación de centros y servicios para la docencia. • Evaluación de las políticas de calidad implementadas en el SNS y evaluación de la eficacia, eficiencia y seguridad de las nuevas intervenciones sanitarias.
Coordinación del SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de las acciones de coordinación. • Asuntos en materia de sanidad, asistencia sanitaria, productos farmacéuticos y consumo en el seno de las Comunidades Europeas. • Criterios para coordinar los programas de control de calidad y seguridad de los medicamentos establecidos por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas. • Principios de coordinación respecto a requisitos comunes y condiciones para la financiación y desarrollo de los ensayos clínicos en el SNS. • Criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del SNS. • Acuerdos sanitarios internacionales por los que se colabore con otros países.
Cooperación entre Estado y comunidades autónomas	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos entre las distintas Administraciones sanitarias para objetivos de común interés. • Criterios para desarrollar programas que integren acciones de cooperación al desarrollo sanitario.

Fuente: Ley 13/2006, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS.

La Comisión Delegada ejerce las funciones y adopta las decisiones que el Pleno del CISNS le delegue, actuando como órgano de apoyo y discusión previa de los temas que vayan a ser sometidos al Consejo y como órgano de coordinación técnica y administrativa. Podrá establecer las subcomisiones y grupos de trabajo que resulten necesarios para el adecuado ejercicio de sus funciones. Estos tienen un régimen de funcionamiento específico, relacionado con las tareas que se les asignen en cada caso.

Además, como forma de ejercer la participación social, a la que ya se ha hecho referencia en el capítulo V del informe, se articula el Comité Consultivo, cuyas funciones son informar, asesorar y formular propuestas sobre materias de especial interés para el funcionamiento del SNS y, en cualquier caso, sobre los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico; los planes integrales de salud; las disposiciones o acuerdos que afecten directamente a derechos y deberes de los pacientes y usuarios; o proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política de personal del SNS²⁵². Está integrado por los siguientes 32 miembros:

- Seis representantes de la Administración General del Estado.
- Seis representantes de las comunidades autónomas.
- Cuatro representantes de la Administración local (FEMP).
- Ocho representantes de las organizaciones empresariales (CEOE; CEPYME).
- Ocho representantes de las organizaciones sindicales (CCOO; UGT; Euskal Langileen Alkartasuna; Confederación Intersindical Gallega).

Finalmente, el Foro Abierto de Salud, donde pueden participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine, se constituye, con carácter temporal, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el SNS.

Durante la pandemia causada por el COVID-19, se intensificó el papel del CISNS como órgano oficial de comunicación entre las comunidades autónomas y la AGE en materia sanitaria, con una actividad frecuente (casi semanal) que permitió un seguimiento estrecho de la situación epidemiológica del coronavirus en cada región y adoptar acuerdos de una manera rápida para adaptarse a las distintas fases de la pandemia.

Intensificación de la actividad del CISNS durante la pandemia

Así, en 2020 la actividad del CISNS se multiplicó casi por cuatro respecto al año anterior, celebrándose un total de 236 reuniones, de los cuales 68 fueron reuniones del Pleno del CISNS, la mayoría de ellas de carácter urgente y extraordinario, para realizar el seguimiento y la valoración de la situación epidemiológica y del proceso de vacunación.

252 Artículo 67 de la Ley 13/2006, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS.

CUADRO 16. NÚMERO DE REUNIONES MANTENIDAS EN EL MARCO DEL CISNS, 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Pleno	4	5	68	52	24
Comisión Delegada	5	5	0	2	4
Comité Consultivo	2	4	2	2	4
Comisión Permanente del Comité Consultivo	2	4	0	2	4
Comisión de Salud Pública	9	11	32	51	25
Otras comisiones y grupos de trabajo	39	51	134	137	26
Total	61	80	236	246	87

Fuente: Ministerio de Sanidad, Memorias de Actividad del CISNS.

Asimismo, se mantuvo en niveles elevados la actividad de la Comisión de Salud Pública y las Ponencias de Vigilancia Epidemiológica, de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta, y de Programa y Registro de Vacunaciones. En concreto, la Comisión de Salud Pública ha pasado de celebrar 11 reuniones en el año 2019 a celebrar 51 en el año 2021. También se ha mantenido muy activa la Comisión de Salud Digital, creada en el año 2021.

Este esfuerzo coordinador se mantuvo en gran medida en el periodo post-pandemia, especialmente en las comisiones de salud pública y en los plenos del CISNS (cuadro 16).

Pese a esta ingente labor, el CISNS no fue suficientemente eficaz como instrumento para adoptar decisiones homogéneas, cuando hubiera sido conveniente que lo fuera. En este contexto, cabe reflexionar acerca de las condiciones necesarias y suficientes para garantizar la eficacia de los órganos de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas, destacando la habilidad política de sus responsables y la cultura democrática de todas las Administraciones y agentes que participan, pero también la lealtad institucional.

3. Compromisos y retos para la gobernanza del sistema

Principios de buen gobierno

La buena gobernanza de los sistemas sanitarios debe apoyarse en valores fundamentales, como los derechos humanos y el cumplimiento de las normas, así como en principios rectores de nuestro sistema, como son la universalidad, la equidad y la solidaridad. Sin embargo, estas normas y principios deben ser complementados por otros principios generales de buen gobierno, como son la transparencia, la participación, la integridad, la capacidad operativa y la rendición de cuentas (cuadro 17).

CUADRO 17. PRINCIPIOS DE BUEN GOBIERNO (MARCO TAPIC*)

	Transparencia	Rendición de cuentas	Participación	Integridad	Capacidad operativa
Definición	Las instituciones deben informar al público y a otros actores relevantes tanto de las decisiones futuras como de las decisiones ya tomadas, así como del proceso y de los motivos por los que se toman las decisiones.	Los agentes deben dar cuenta de sus acciones, con consecuencias si la acción y/o la explicación de la misma son inadecuadas.	Las partes interesadas deben tener la oportunidad de exponer sus puntos de vista y contribuir a los debates, sin temor a represalias.	Las personas y las organizaciones deben tener una asignación clara de roles y responsabilidades en los procesos de representación, toma de decisiones, empleo y ejecución de acciones.	La capacidad de desarrollar y evaluar políticas donde se alineen los objetivos perseguidos con los recursos precisos.
Ejemplos	Comités de vigilancia e inspecciones; informes periódicos; normativa sobre acceso a la información; gestión del rendimiento y evaluación; información pública clara y útil.	Contratos; normativa que especifique objetivos, informes y procedimientos; licitación competitiva; mecanismos de pago por desempeño; políticas de declaración y regulación de conflicto de intereses; estándares; códigos de conducta.	Foros ciudadanos; comités consultivos; alianzas; encuestas; presupuestos participativos; procedimientos administrativos abiertos.	Acciones de retención del talento; políticas de personal; auditorías internas y externas; mandatos legislativos; procedimientos; roles y propósitos organizativos claros.	Procedimientos de contratación; formación de personal; capacidad de análisis; etc.

*TAPIC: T por *Transparency*; A por *Accountability*; P por *Participation*; I por *Integrity*; C por *Capacity*.

Fuente: Greer (2019) It's the governance, stupid! TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation. Health Systems and Policy Analysis. Policy Brief 33.

Por otro lado, hay que considerar que las líneas de actuación de mejora de la gobernanza dependerán del nivel de la toma de decisiones considerado. Así, en el nivel más macro, a la política sanitaria le corresponde la regulación, planificación, financiación y organización sanitaria, así como el encaje institucional, la descentralización y el buen gobierno. Algunas de las mejoras planteadas en este nivel por algunos expertos pasan por una regulación de la institucionalización y de las reglas de financiación, o la creación de una agencia independiente de evaluación de las tecnologías sanitarias.

Por su parte, a nivel meso, la gestión sanitaria se encarga de la planificación, dirección, organización, coordinación y control de los centros y servicios asistenciales, por lo que el buen gobierno se orientaría a la profesionalización de los directivos o a una gestión transparente, con indicadores de desempeño.

Finalmente, en la microgestión o gestión clínica, la gobernanza estará enfocada en una mejor coordinación y motivación de los profesionales sanitarios, y en la utilización

efectiva de los recursos, por ejemplo, a través de una integración asistencial, un cambio cultural o una mayor involucración de los pacientes.

La necesidad de una adecuada gobernanza del sistema sanitario se ha evidenciado durante la gestión de la crisis sanitaria, que dio lugar a diversos compromisos

Las recomendaciones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica

en este ámbito, recogidos en su mayoría en el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica (Congreso de los Diputados, 29 de julio de 2020), al que ya se ha hecho mención al inicio de este informe y cuyas conclusiones fueron aprobadas por el Pleno del Congreso de los Diputados. En este dictamen se incluyeron unas 70 propuestas de resolución (y 183 acciones) en el área de la sanidad y salud pública, entre las cuales se recogieron 6 propuestas relativas a gobernanza (recuadro 25).

En este sentido, la comisión propone, entre otras medidas, reafirmar los valores y principios rectores del SNS, impulsar un nuevo pacto social por la sanidad pública que implique a todas las fuerzas políticas y a todos los sectores de la sociedad (agentes económicos y sociales, organizaciones profesionales y sociales) independientemente del partido que gobierne el país, reforzar el papel del Ministerio de Sanidad como ente coordinador, e incorporar los principios de la buena gobernanza a todos los niveles.

RECUADRO 25. DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA. CONCLUSIONES SOBRE LA GOBERNANZA DE LA SANIDAD Y SALUD PÚBLICA

1. Reafirmar los valores y principios rectores del Sistema Nacional de Salud.

- Reafirmar los valores y principios en los que se basa el SNS, recogidos en la Constitución Española y el conjunto de nuestro ordenamiento jurídico, los valores y derechos fundamentales de nuestra sociedad y los principios básicos a los que responde la sanidad pública.
- Impulsar y adoptar las modificaciones normativas, legales y reglamentarias necesarias para garantizar la efectividad del derecho a la protección a la salud a través del acceso universal.
- Impulsar un nuevo pacto social en pro de la sanidad pública que implique a todas las fuerzas políticas y a todos los sectores de la sociedad, y en el que el Ministerio de Sanidad salga reforzado, aportando valor y sin quitar competencias a las comunidades autónomas.
- Orientar las políticas públicas y el sistema de salud a la protección frente a los riesgos para la salud y a la promoción de entornos y modos de vida saludables.
- Proponer un proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años.
- Fortalecer el posicionamiento del Estado ante los programas EU4Health y Horizon Europe, así como ante la Unión Europea en la totalidad de políticas y medidas de financiación, transferencia, soporte, para la aplicación de los fondos a proyectos colaborativos público-privados.

2. Incorporar a todos los niveles del SNS los principios e instrumentos de buena gobernanza.

- Aplicar al SNS los valores y principios de la buena gobernanza pública, que incluye transparencia, rendición de cuentas, participación democrática, integridad y competencia; eficiencia, calidad y sensibilidad ante las necesidades, demandas y expectativas ciudadanas.
- Dotar a las organizaciones del SNS con presupuesto propio de órganos colegiados.
- Profesionalizar la gestión de las organizaciones sanitarias, y contribuir a legitimar más su papel en las organizaciones, de acuerdo a los principios de igualdad, mérito y capacidad.

- Basar las decisiones en datos y evidencias científicas contrastadas, adoptando como norma general la realización de informes técnicos sobre los problemas, exponiendo las opciones existentes para su abordaje y justificando la opción que se propone.
- Reforzar las estructuras de asesoramiento y participación profesional y de los pacientes para hacer más transparente la toma de decisiones, con las mejores prácticas para mejorar su calidad, y favorecer la implicación de los profesionales sanitarios y los pacientes.
- Promover mayor autonomía y capacidad de respuesta para las organizaciones sanitarias, a todos los niveles, explorando las fórmulas jurídicas y organizativas más adecuadas para ello. Esta autonomía ha de incluir aspectos de gestión económica, de gestión de personal con medios para motivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinaria, así como corregir incumplimientos, al igual que capacidad para innovar y evaluar los resultados.
- Fomentar la comunicación fluida entre personal de dirección y profesionales sanitarios.
- Promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional con el desarrollo de normativas en pro de una buena gobernanza, que incluya obligaciones de transparencia y publicidad activa; códigos éticos y de conducta, sistemas de buenas prácticas, normas y procedimientos operativos estandarizados; regulación de la actividad de los grupos de interés en el ámbito sanitario y farmacéutico y de los conflictos de interés; etc. Todo ello formando parte de una estrategia de buena gobernanza y de prevención del fraude y la corrupción.
- Promover la transparencia a través de indicadores que evalúen los resultados del sistema sanitario en cuanto a efectividad clínica, eficiencia, seguridad y satisfacción de los pacientes.

3. Rediseñar una nueva arquitectura institucional para el SNS basada en la co-gobernanza, la cooperación y la coordinación de las comunidades autónomas entre sí y con el Ministerio de Sanidad.

- Mejorar la cooperación y coordinación inter-autonómica. Es necesario establecer un nuevo marco de cooperación y coordinación en el SNS.
- Repensar la institucionalidad actual del CISNS para dotarle de capacidades adicionales como órgano colegiado del nuevo cogobierno de la sanidad española, de modo que pueda impulsar eficazmente la cooperación y la coordinación de las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas y los Servicios Autonómicos de Salud entre sí y con el Ministerio de Sanidad, en un escenario de colaboración interinstitucional y lealtad renovadas entre las administraciones sanitarias.
- Estudiar la modificación del Reglamento de Funcionamiento del CISNS, para la mejora de su coordinación y eficacia.
- Desarrollar modelos de gestión más funcionales, revitalizando el trabajo en red, con alianzas funcionales y flexibles en función de la demanda entre los establecimientos de salud.

4. Reforzar al Ministerio de Sanidad para que pueda desempeñar con efectividad sus funciones en un sistema descentralizado.

- Dotar al Ministerio de recursos adicionales, de personal, económicos, tecnológicos, así como de capacidades para atender a la especificidad del sector sanitario dentro de la administración pública, de modo que pueda incorporar el talento científico-profesional especializado que precise para liderar y coordinar la política sanitaria española y participar activamente en la política sanitaria de la Unión Europea y de las organizaciones sanitarias internacionales.
- Fortalecer algunas funciones horizontales esenciales, para incrementar su capacidad técnica, dotándolas de personalidad y autonomía, haciendo además posible que las comunidades autónomas, a través del CISNS, puedan participar en sus órganos colegiados de gobierno. Entre las funciones a fortalecer con un estatus especial cabe destacar el Sistema de Información del SNS, la Ordenación Profesional y las actividades relacionadas con la Calidad y la Evaluación.

5. Actualizar la legislación sanitaria de ámbito nacional y autonómico, adaptándola a las propuestas de la Comisión para la de Reconstrucción Social y Económica.

6. Crear una subcomisión o grupo de trabajo parlamentario para el seguimiento de los acuerdos en materia sanitaria en el Congreso de los Diputados.

Fuente: Congreso de los Diputados, julio 2020.

Evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia

La pandemia de COVID-19 supuso una situación crítica sin precedentes para el sistema sanitario y la economía, con más de 13 millones de casos confirmados y 120.000 personas fallecidas en nuestro país²⁵³. El CISNS encargó a un comité de expertos una evaluación independiente del desempeño del SNS español frente a la pandemia, para ofrecer información útil que sirviese para fortalecer y cohesionar el sistema ante futuras amenazas pandémicas. El análisis y recomendaciones del trabajo se sustentan sobre un amplio conjunto de informes técnicos y trabajos de campo, que han contado con la participación de centenares de personas que han aportado su experiencia y juicio experto y también con la de miles de ciudadanos y profesionales.

En la evaluación se contemplaron 15 dimensiones de análisis, estructuradas en 3 grandes áreas: gestión de la crisis, capacidades del sistema, e información y comunicación²⁵⁴. El informe final propuso una hoja de ruta con un total de 72 acciones a abordar en los próximos años para estar mejor preparados, agrupadas en los siguientes doce componentes.

1. Redefinir los mecanismos de coordinación, planificación y preparación ante futuras pandemias.
2. Actualizar la legislación que ampara las actuaciones en crisis sanitarias.
3. Promover estructuras resilientes de salud pública, con suficiencia de recursos y procesos de trabajo normalizados.
4. Reforzar y revalorizar la atención primaria de salud, asegurando la suficiencia de recursos e impulsando nuevos modelos de relación.
5. Fortalecer la coordinación nacional de los servicios de emergencias y urgencias sanitarias y la optimización de los recursos disponibles.
6. Robustecer la gestión de los recursos humanos y materiales necesarios para hacer frente a crisis sanitarias.
7. Impulsar la investigación, desarrollo e innovación en salud pública.
8. Incrementar la capacidad analítica de la red de laboratorios y mejorar sus sistemas de alertas.
9. Ampliar y reforzar los mecanismos de prevención y control de infecciones en entornos sociosanitarios.
10. Priorizar el desarrollo e integración de los sistemas de información sanitaria que faciliten el control y gestión de futuras pandemias.
11. Desarrollar programas que favorezcan la humanización de la atención y protejan la salud mental del conjunto de profesionales.
12. Diseñar planes de comunicación específicos para crisis sanitarias que aseguren la transmisión de información rigurosa y efectiva a profesionales y ciudadanos.

253 Worldometer. Disponible en: <https://www.worldometers.info/>.

254 Equipo de Planificación y Coordinación de la evaluación, *Evaluacovid-19. Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia*. Abril 2023.

Gran parte de las medidas propuestas se refieren al ámbito de la salud pública. Algunas son actuaciones específicas para momentos de crisis sanitarias, mientras que otras son acciones estructurales de fortalecimiento del sistema sanitario en su funcionamiento habitual. Para mejorar nuestra capacidad de gestión ante una crisis sanitaria, es necesario desarrollar un nuevo marco normativo, fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública, establecer una reserva estratégica para emergencias, mejorar los mecanismos de colaboración público-privada y la cooperación cívico-militar, y actualizar los registros de centros y perfiles profesionales estratégicos, entre otras medidas. El informe incide en la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, entre cuyas principales misiones estaría la preparación frente a emergencias sanitarias, con un presupuesto que incluya partidas finalistas para las propias actividades de preparación de respuesta frente a emergencias sanitarias. La evaluación también recalca la importancia de desarrollar un mecanismo de rendición anual de cuentas sobre el trabajo realizado y los logros alcanzados.

Para aumentar y fortalecer las capacidades del SNS, es clave reforzar la salud pública, reorientar y fortalecer la atención primaria, aumentar la flexibilidad de la atención hospitalaria, mejorar la formación de los profesionales sanitarios en prevención, mejorar la coordinación con el resto del sistema y potenciar las actividades de apoyo a la salud pública y la asistencia sanitaria. Se debe redefinir la naturaleza del entorno sociosanitario, y desarrollar nuevos modelos de atención multidisciplinarios desde atención hospitalaria, con una mayor coordinación desde medicina preventiva y salud pública, ampliando además las inspecciones en cuanto a arquitectura, personal y requisitos funcionales, considerando nuevas necesidades arquitectónicas de los centros y fortaleciendo la formación específica de los profesionales en este entorno.

Más allá de los aspectos mejorables, el sistema sanitario español presenta claras fortalezas. Somos el país europeo con mayor esperanza de vida al nacer (83,1 años en 2022 según el INE), tenemos un sistema de cobertura sanitaria universal, un acceso a la asistencia sanitaria elevado y se están tomando medidas de mejora del sistema, entre las que destacan las de transformación digital²⁵⁵. Además, durante la pandemia se realizaron actuaciones importantes de flexibilización y simplificación de procedimientos de contratación, organización y gestión del personal, y de gestión de recursos materiales que favorecieron la agilidad de la respuesta. Cabe destacar la creación de un mando único al comienzo de la pandemia y la comunicación continua entre gobierno central y las comunidades autónomas, así como el papel de la Comisión de Salud Pública del CISNS como órgano de consenso y orientación de muchas medidas de respuesta a la pandemia²⁵⁶.

Fortalezas, retos y debilidades del sistema sanitario en términos de gobernanza

255 Comisión Europea, OCDE, European Observatory of Health Systems and Policies (2023), *State of Health in the EU. Spain Country Health Profile 2023*.

256 Equipo de Planificación y Coordinación de la evaluación, *Evaluacovid-19. Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia*. Abril 2023.

Algunos de los retos identificados en el ámbito de la gobernanza en los distintos niveles del sistema sanitario son los siguientes:

- Escasa prioridad política de la sanidad. La responsabilidad del Estado en materia de coordinación sanitaria contrasta con la escasa prioridad política de la sanidad, al menos hasta el surgimiento de la pandemia (por ejemplo, en términos de elevada rotación de ministros de Sanidad, ausencia de referencias a la salud en los discursos sobre el estado de la Nación, etc.)²⁵⁷. A esto se une la más reciente dificultad de llegar a acuerdos en los órganos de representación parlamentaria, y la fragmentación e inestabilidad política.
- Visión estratégica y liderazgo. Continúa siendo un reto el abordar una visión estratégica y de sostenibilidad del sistema, con un modelo de co-gobernanza y cooperación con las comunidades autónomas, donde el Ministerio tenga un mayor papel y liderazgo, de conformidad con las competencias que la Constitución le confiere. Existe escasez de medios para ello, a lo que se une la necesidad de que las atribuciones y responsabilidades en los distintos niveles territoriales estén reconocidas y asumidas.
- Deficiencias organizativas. Actualmente coexisten en el sistema un elevado número de organismos, órganos y grupos de trabajo, sin que en todos los casos haya un marco normativo que defina sus competencias y funciones; evite solapamientos innecesarios; y contemple un diseño de conjunto del sistema, incluyendo la evaluación de las prestaciones sanitarias.
- El papel del CISNS. El CISNS ha conseguido avanzar en el ámbito de la cooperación y la planificación en materia de salud pública, pero se deben reforzar los marcos de cooperación para mejorar el alcance acordado de las medidas. Además, persiste el reto de integrar las decisiones del CISNS con las del Ministerio de Hacienda, para reducir las desigualdades en salud y en el acceso a las prestaciones del SNS.
- Profesionalización de la gestión sanitaria. En muchos casos, a nivel de meso-gestión sigue siendo necesario la introducción de adecuados incentivos, formación y motivación de los recursos humanos en sanidad, a todos los niveles, evaluando de forma continuada los resultados obtenidos.
- Colaboración público-privada. La colaboración público-privada puede contribuir al aprendizaje mutuo y al flujo de procesos innovadores, así como ser un instrumento útil de mejora del funcionamiento del sistema sanitario cuando este se vea limitado, sin perjuicio del necesario compromiso de todas las Administraciones con la mejora y el refuerzo del SNS. En el caso de la prestación privada de servicios públicos, su eficacia va ligada a asegurar la garantía pública de la calidad del servicio y a que se fomente la competencia y la eficiencia en el uso de los recursos públicos. En este

257 J. Vida et al. (2023), *La (des)organización de la evaluación de la eficiencia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias en España: diagnóstico*, FUNCAS.

sentido, existe margen de mejora en el diseño de los pliegos, las condiciones especificadas en los contratos y la supervisión que se hace de los mismos.

- Búsqueda de soluciones integrales. Un reto es avanzar hacia una búsqueda de soluciones integrales a las necesidades clínicas u organizativas detectadas en el sistema público, a través de la colaboración público-privada cuando sea necesaria, aprovechando las oportunidades que brinda la ley de contratos.
- Coordinación socio-sanitaria. En la pandemia se demostró la necesidad de optimizar la coordinación entre los distintos servicios de salud y áreas funcionales, como es el caso del entorno sociosanitario. Es necesario un refuerzo de la atención sociosanitaria de carácter integral y continuado, independientemente de si los cuidados se aplican en el domicilio o en centros especializados. Además, es necesaria una mayor imbricación con la salud pública.
- Coordinación inter-institucional. Ante desafíos tan importantes como la crisis climática, medioambiental, sanitaria y alimentaria, con consecuencias sanitarias de gran alcance, que se suman al reto migratorio, cabría implantar de manera efectiva un modelo de gobernanza basado en *One Health*, donde la colaboración y la coordinación interinstitucional sean la base para desarrollar e implantar estrategias que puedan abordar cuestiones de tanta complejidad. Para la mejora de la respuesta desde este enfoque resultará clave garantizar la coordinación, cooperación y seguimiento entre los distintos Ministerios.
- Participación de los agentes involucrados. Es necesaria una mayor involucración de pacientes, sociedades científicas y otros agentes económicos y sociales en la toma de decisiones como forma de contemplar sus necesidades y preferencias, si bien hay que contemplar y manejar sus posibles conflictos de interés. Además, convendría asegurar que se reconoce la participación de las empresas en la toma de las decisiones que les afecten, y garantizarse los derechos previstos legalmente²⁵⁸.
- Transparencia. Como norma de buena gobernanza, el sistema debe ser transparente sobre cómo toma las decisiones en salud, publicando los procesos, tiempos, alegaciones y resultados. En todo caso, deberá garantizarse la confidencialidad de la información facilitada por las empresas, suprimiendo cualquier información comercial de carácter sensible. Los informes de evaluación que se publiquen deberán tener información anonimizada, agregada y no confidencial²⁵⁹.
- Cambio de enfoque. Es necesario que el sistema sanitario asuma su transformación desde un enfoque basado en el mero abordaje de la enfermedad a otro cuyo eje se sitúe en la prevención, la promoción de la salud y la gestión de la cronicidad.

258 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas.

259 Tal y como contempla el artículo 19 del Reglamento (UE) 2021/2282 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de diciembre de 2021 sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE.

RECUADRO 26. RETOS EN EL ÁMBITO DE LA EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES SANITARIAS

- **Falta de cultura evaluativa.** La ausencia de una verdadera cultura evaluadora en la administración impide contar con evidencia suficiente y rigurosa sobre cómo han funcionado hasta la fecha las distintas fórmulas de gestión sanitaria (pública, o de colaboración público-privada), lo que supone el primer paso para decidir por qué tipo de modelo optar preferentemente.
- **Evaluación de las políticas.** Un sistema integral de evaluación de las políticas públicas debe abarcar la fase de diseño, ejecución y seguimiento. La nueva regulación de institucionalización de la evaluación de políticas públicas en la Administración puede suponer algunos avances²⁶⁰, pero también retos.
- **Independencia.** Para garantizar la independencia entre la evaluación económica y la financiación, deberán arbitrarse los mecanismos administrativos internos necesarios, entre ellos, encomendar estas funciones a unidades diferentes²⁶¹.
- **Inequidad.** En la práctica se producen diferencias entre comunidades autónomas en el acceso a los medicamentos, tanto si se trata de medicamentos en situaciones especiales, como en el caso de medicamentos financiados o con resolución de no financiación. Prueba de la preocupante situación es que en estos momentos algunos pacientes pueden ser tratados en algunas comunidades autónomas y no en otras, o incluso en unos hospitales sí y en otros no dentro de la misma comunidad autónoma. Existen múltiples causas de esta situación: problemas estructurales de gobernanza del SNS; inexistencia de procedimientos adecuados para la evaluación, financiación y fijación de precio de los medicamentos; duplicidad de evaluaciones y restricciones en algunas comunidades autónomas; y la falta de un procedimiento adecuado para la adquisición pública de medicamentos por los centros y servicios de las comunidades autónomas.
- **Eficiencia y coste de oportunidad.** Cada decisión de financiación conlleva la no financiación de otras partidas con esos recursos públicos. Sin embargo, la consideración de la eficiencia y el coste de oportunidad de las decisiones de financiación pública continúa siendo una asignatura pendiente que sería necesario abordar para avanzar hacia una mayor solvencia y sostenibilidad del sistema.
- **Evaluación del mutualismo.** Un ámbito específico que requiere de evaluación sobre su eficiencia técnica y económica es la asistencia sanitaria del mutualismo administrativo, un ámbito que la AIReF va a analizar próximamente²⁶².
- **Dotación de medios y recursos.** Las redes de evaluación de medicamentos no pueden seguir basadas en un trabajo voluntario y no planificado de los recursos humanos involucrados. Debe dotarse a los órganos de evaluación de recursos personales y materiales suficientes que le permitan desarrollar esta competencia que culmina con la inclusión, en su caso, de un medicamento o tecnología en el SNS con las repercusiones que ello conlleva para los pacientes, las empresas, las administraciones públicas y el sistema sanitario en su conjunto.
- **Participación de los agentes.** Pese a los avances de los últimos años, sigue habiendo mucho margen de mejora en cuanto a la participación de pacientes, expertos y otros agentes en el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos.
- **Necesidad de reglamentación y armonización.** La necesidad de reglamentar y armonizar la evaluación de tecnologías sanitarias se ha hecho más acuciante tras la sentencia de la Audiencia Nacional²⁶³, en la que declara nulo de pleno derecho el acuerdo en el que se sustentaba la actual evaluación de medicamentos, basada en el Plan para la Consolidación de los IPT de los Medicamentos en el SNS. Dicha reglamentación deberá acomodarse a las previsiones legales²⁶⁴.

260 Ley 27/2022, de 20 de diciembre, de Institucionalización de la evaluación de políticas públicas en la Administración General del Estado.

261 La primera corresponde a la AEMPS de acuerdo con la disposición adicional tercera de la Ley 10/2013 de 24 de julio y su Estatuto orgánico. La segunda se ha venido realizando por el Ministerio de Sanidad, a través de la DGCSNSF.

262 Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF). Plan de Acción de la Revisión del Gasto del Conjunto de las Administraciones Públicas (Spending Review 2022-2026 Fase I). Instrumentos financieros de apoyo a la PYME reforzados por el PRTR y asistencia sanitaria del mutualismo administrativo. 2022.

263 Sentencia de la Sección Octava de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional (26 junio 2023).

264 Del Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y de la disposición adicional tercera de la Ley 10/2013, de 24 de julio.

En resumen, el complejo entramado institucional del SNS dificulta la gobernanza del sistema y, en ocasiones, genera duplicidades, inequidades y falta de independencia de las decisiones. La buena gobernanza debe apoyarse en valores fundamentales y en los principios rectores de nuestro sistema (universalidad, equidad y solidaridad), junto con otros principios generales de buen gobierno, como son la transparencia, la participación, la integridad, la capacidad operativa y la rendición de cuentas. Para ello, los esfuerzos deben dirigirse a potenciar la prioridad política de la sanidad, el papel del CISNS, la visión estratégica, el diseño organizativo, la profesionalización de la gestión sanitaria, la colaboración público-privada e inter-institucional, la cultura evaluadora y la eficiencia en la toma de decisiones.

CAPÍTULO VIII
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El sistema sanitario constituye un vector de cohesión social y crecimiento económico que atraviesa un momento crítico, en un contexto en el que confluyen importantes desafíos existentes hace décadas, a los que se añade la necesidad de incorporar las lecciones aprendidas de la pandemia y hacer frente a nuevos retos, como el impacto de los riesgos ambientales en la salud y la propia contribución del sistema sanitario a la transición ecológica.

El sistema sanitario español ha gozado tradicionalmente de buena reputación y en la comparación internacional arroja resultados muy favorables en salud y esperanza de vida con un nivel de gasto inferior a la media. Es necesario poner en valor la naturaleza universal del SNS, la extensión de la cartera de servicios, el elevado grado de accesibilidad a los mismos, la cualificación y profesionalidad de sus recursos humanos, la calidad de la atención ofrecida y la continua adopción de medidas de mejora del sistema, incluyendo la transformación digital y la incorporación de las terapias y tecnologías más avanzadas pero también los avances a la hora de proporcionar una experiencia cada vez más cercana y centrada en las necesidades del paciente. Sin embargo, en los años más recientes el alto grado de aprecio por el sistema sanitario entre la población se ha visto empañado por un empeoramiento de la percepción sobre el mismo. Es muy importante recuperar la confianza de la población en el Sistema Nacional de Salud, reforzando sus recursos y mejorando su calidad.

A continuación, se resumen algunas de las principales ideas centrales que surgen a lo largo del informe, que en la mayoría de los casos dan lugar a una serie de propuestas, sin ánimo de exhaustividad y sin otra intención que abrir un debate en el que ya abundan los diagnósticos expertos, confiando en que la visión del CES contribuya a la hoja de ruta de las acciones que deben ser emprendidas para la consolidación y mejora del SNS.

Aumentar el impacto positivo del sistema sanitario en la salud y el bienestar

La salud es el resultado de la interacción de variables muy diversas de índole social, cultural y ambiental que actúan como sus determinantes, teniendo una importancia decisiva en la calidad de vida, en la duración de esta y en la carga de la enfermedad (entendida como el impacto de los problemas de salud en términos económicos y de mortalidad). En ese sentido, el papel del sistema sanitario resulta limitado, pero es posible y deseable aumentar su efecto positivo reforzando su capacidad asistencial y ampliando su acción preventiva.

En la actualidad la esperanza de vida, como reflejo de la salud de la población, se sitúa en España entre las más altas del mundo, a pesar del descenso experimentado en la crisis del COVID-19. Pero el avance en la supervivencia no ha sido homogéneo, observándose diferencias significativas por nivel educativo y socioeconómico, de género y territoriales, factores a menudo confluyentes.

Por otro lado, el aumento de la esperanza de vida se ha acompañado de un incremento del tiempo de vida saludable, aspecto que reviste una notable importancia en una sociedad en la que las personas de más de 65 años conforman un segmento cada vez más voluminoso, lo que contribuye, junto con el descenso del número de nacimientos, al envejecimiento de la población. No obstante, esa mejora del indicador de esperanza de vida saludable, el porcentaje de personas de más de 65 años que padece enfermedades crónicas es todavía importante –y más alto en España que en el resto de la Unión Europea, probablemente debido a la mayor presencia de personas de edades muy avanzadas–, lo que repercute tanto en su calidad de vida como en la carga de enfermedad debida a la cronicidad. La mayor supervivencia de las mujeres aumenta la probabilidad de padecer enfermedades crónicas, revelando la necesidad de abordar la prevención y la asistencia sanitaria con un enfoque de género que adecúe los recursos a la realidad en términos de la prevalencia de las patologías de mujeres y hombres.

En la Unión Europea –y también en España–, la principal causa de muerte viene dada por las enfermedades del aparato circulatorio, con algunas diferencias entre comunidades autónomas y con mayor mortalidad en las mujeres que entre los hombres en todo el territorio. Si el riesgo de padecer enfermedades circulatorias aumenta con la edad, no debe olvidarse que la gran mayoría de los infartos de miocardio y de los accidentes cerebrovasculares prematuros son prevenibles con hábitos de vida saludables.

Por su parte, el cáncer constituye el otro gran grupo de enfermedades responsables de la mortalidad en España, ocupando la segunda posición después del aparato circulatorio. En 2019, tres de cada 10 defunciones en hombres y dos de cada 10 en mujeres fueron causadas por el cáncer. No obstante, el aumento de la calidad asistencial en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad durante la última década ha hecho posible que las tasas de supervivencia a los cinco años se sitúen en España por encima de las medias de la Unión Europea para la mayor parte de los tipos de cáncer.

La influencia de los estilos de vida junto a las condiciones socioeconómicas y culturales de la población en la incidencia de estas enfermedades, que responden en buena medida a factores evitables, principalmente el consumo de tabaco y de alcohol, y la obesidad, pone en evidencia el importante margen de mejora de las políticas preventivas.

Además de estos factores relacionados con los estilos de vida, las condiciones ambientales se presentan como otro gran grupo de elementos determinantes de la salud, razón por la cual el aumento de la calidad del entorno repercute de manera positiva en el estado de salud de la población. Sin embargo, el calentamiento global se configura como causa directa de morbilidad y mortalidad, y su irreversibilidad a medio plazo

urge a la puesta en marcha de medidas de adaptación que minimicen sus efectos sobre la salud.

Una apuesta por la salud pública, la prevención y la preparación ante nuevos *shocks*

Los principales retos del sistema vienen dados por la alta prevalencia de las enfermedades crónicas en el contexto del envejecimiento, y el abordaje de los grupos de enfermedades causantes de la mayor parte de los fallecimientos, esto es, las que afectan al aparato circulatorio y el cáncer. Muchas veces la aparición de estas patologías responde al desarrollo de estilos de vida no saludables, siendo por tanto evitables y respondiendo favorablemente a la prevención. Pero el sistema sanitario por sí mismo no tiene capacidad para afrontar ese reto. En este sentido, la efectividad de las políticas de salud pública exige el compromiso de actuar sobre los principales determinantes de salud, con planes interdepartamentales de salud pública, con altos niveles de colaboración y coordinación y haciendo realidad el paradigma preconizado por la OMS de “Salud en todas las políticas”.

En el ámbito concreto de las enfermedades oncológicas, los programas de cribado han demostrado una gran eficacia, reduciendo significativamente la mortalidad por cáncer. No obstante, estos programas poseen un amplio margen de mejora desde el punto de vista de la adhesión de la población objetivo y en lo referido a la inclusión de nuevos cribados, en línea con el nuevo enfoque del cribado en el Plan europeo de la lucha contra el cáncer.

La reciente crisis sanitaria de escala global, generada por la expansión del virus zoonótico SARS-CoV-2, ha avivado el interés por el abordaje multisectorial de la salud, que no debe dejarse de lado en el desarrollo de políticas nacionales de salud pública. Es necesario entender la salud humana como el resultado de la interacción de múltiples factores inseparables de su entorno. Así, en este informe se ha reflejado la importancia de la estrategia *One Health* a la hora de evaluar y dar respuestas a problemas de salud desde la perspectiva de la interdependencia y vinculación entre la salud humana, la sanidad animal y el medioambiente.

Propuestas:

- Activar el enfoque de “salud en todas las políticas” con la implicación de todas las administraciones en la orientación de unas políticas favorables a la salud con perspectiva intersectorial.
- Mejorar la adherencia a los programas de cribado de cáncer vigentes, especialmente el colorrectal, reduciendo la desigualdad entre comunidades autónomas. Avanzar en la incorporación de nuevos programas de cribado de los tipos de cáncer con mayor prevalencia, como los de próstata, pulmón y gástrico, en línea con las nuevas recomendaciones del Plan europeo de la lucha contra el cáncer

y la Recomendación del Consejo de la Unión Europea de 2022. También es necesario, en este sentido, seguir las recomendaciones de ampliación del rango de edad de la población diana en el cribado de cáncer de mama.

- Extender la aplicación del enfoque “Una sola salud” en el desarrollo de las políticas de salud pública.
- Desarrollar un plan de vigilancia de zoonosis a nivel nacional, que integre el abordaje de la salud de la población con la evaluación de riesgos de origen animal.
- Explorar posibilidades que el vínculo humano-animal aporte al sistema sanitario, por sus beneficios para la salud física y mental de las personas.
- Dotar al SNS de los medios necesarios para afrontar crisis sanitarias de gran envergadura, reforzando la coordinación a todos los niveles. Para ello, urge, entre otras medidas, la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, con una adecuada dotación de recursos.
- Reforzar y dar continuidad a acciones como la Campaña PRAN 2023 con el objetivo de concienciar a la población sobre el uso adecuado de los antibióticos.
- Abordar los efectos sobre la salud del calentamiento global, minimizando la contribución del sistema sanitario al cambio climático desarrollando también estrategias de adaptación al mismo.
- Reforzar el papel de la farmacia comunitaria en la promoción de la salud pública y como proponía el Dictamen de la Comisión del Congreso de los Diputados para la reconstrucción social y económica.

Avanzar hacia una efectiva universalidad del SNS

El principio de universalidad en el acceso constituye, junto con el de financiación pública y gratuidad de los servicios en el momento de su uso, una de las principales vertientes del derecho y uno de los pilares más característicos del sistema sanitario público español. El carácter prácticamente universal del SNS contribuye a garantizar un alto nivel de protección de la salud individual y colectiva. No obstante, se mantienen algunas exclusiones parte de los cuales se pretendieron abordar en la anterior legislatura, iniciativa que el CES valoró favorablemente en su Dictamen 7/2022 pero que quedó inconclusa tras la convocatoria de elecciones generales.

Igualmente, tampoco se ha completado el proceso de integración de los diferentes subsistemas de protección sanitaria pública en el SNS que preveía la LGS, con lo que el aseguramiento universal no se procura únicamente a través de aquel, sino que se mantienen las peculiaridades del Régimen del Mutualismo Administrativo. Continúa pendiente asimismo la plena integración de la sanidad penitenciaria en el SNS.

En cualquier caso, hacer efectivo el principio de cobertura universal de la asistencia sanitaria requiere fortalecer el SNS, completando las reformas necesarias para optimizar sus recursos, la gobernanza y la cooperación en el conjunto del sistema sanitario, así como la calidad de la atención centrada en el paciente.

Propuestas:

- Desligar definitivamente el acceso al SNS de la condición de aseguramiento de la Seguridad Social, en coherencia con su naturaleza de prestación universal financiada con cargo a la imposición general.
- Avanzar en la universalidad del sistema sanitario, extendiendo el derecho a la atención sanitaria a las personas cuya titularidad no había sido explícitamente reconocida.
- Aprobar el desarrollo reglamentario pendiente del Real Decreto-ley 7/2018, homogeneizando y simplificando los requisitos administrativos de acceso al derecho eliminando barreras que obstaculicen el acceso a la atención sanitaria.

Mejorar la equidad en el acceso a los servicios de atención sanitaria en el SNS

La equidad, entendida como la garantía de acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, constituye otro de los principios del Sistema Nacional de Salud desde su creación. A pesar de los esfuerzos realizados para asegurar la igualdad en el acceso, los datos muestran la persistencia de inequidades en distintos espacios de la acción del SNS, que pueden llegar a manifestarse de la forma más aguda, en un efecto de cuidados inversos. Ello implica que en determinadas circunstancias reciben menos atención las personas que más la necesitan. A lo largo del informe se han identificado varios focos de distinta naturaleza y alcance y se ha alertado sobre el riesgo de una profundización en ese problema:

- La insuficiencia de los recursos destinados a la atención a la salud mental en el SNS ha propiciado que en el sistema público solo tengan lugar 2 de cada 10 consultas en psiquiatría, mientras que 8 de cada 10 se realizan en ese sector privado. Esta distribución de la actividad total, que implica gasto para la mayoría de los pacientes, puede resultar en una situación de cuidados inversos, recibiendo menos atención quienes más la necesitan.
- De acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad, la participación en los programas de cribado de cáncer es menor en los segmentos de población con menor renta y menor nivel educativo, que son precisamente los que presentan más riesgo de padecer mala salud. Esa menor adhesión a los programas establecidos en salud pública limita las posibilidades de detección precoz e incrementa las tasas de agravamiento y empeora los pronósticos.
- Digitalización de las consultas. Uno de los cambios más importantes en la actividad de atención primaria en los últimos años está siendo el avance de la telemedicina que, ofreciendo interesantes posibilidades de mejora en términos de eficiencia, puede estar generando efectos negativos por el empeoramiento de los niveles de detección de riesgos y enfermedades, así como en el control y segui-

miento de patologías crónicas. Las personas de edades avanzadas y las que cuentan con escasas habilidades en herramientas digitales son precisamente las que más atención médica necesitan, pero son también las que menos acceden a la atención por medios digitales, cuyo avance ha quedado constatado, sustituyendo parcialmente a la atención presencial.

- Abordaje de emergencias sanitarias, como la pandemia de COVID-19. Desde marzo de 2020 hasta junio de 2023 el COVID ha sido responsable de una de cada diez muertes en España, pero las diferencias territoriales son muy llamativas (en un rango de 15,5 a 4,4 por 100), pudiendo haber recibido menos atención sanitaria los colectivos que más la necesitaban en algunas comunidades, lo que resultó en un aumento del número de fallecimientos.

Propuestas:

- Incrementar el esfuerzo en la detección, el análisis y la evaluación de las desigualdades en salud y en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario, prestando atención a la aparición de focos de desigualdad emergentes que puedan manifestarse además en un efecto de cuidados inversos.
- Analizar el impacto en la equidad de los copagos y las exclusiones de prestaciones, medicamentos y productos sanitarios de la financiación.
- Mejorar la equidad en el SNS actuando con proporcionalidad, con respuestas progresivamente más intensas en función de las condiciones socioeconómicas, aplicando medidas selectivas para mejorar las circunstancias de las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

Concretar, actualizar y mejorar la cartera de servicios del SNS

La cartera de servicios del SNS se ha ido enriqueciendo e incorporando numerosas prestaciones a lo largo de los años, en respuesta a la necesaria evolución de un sistema en el que las necesidades vinculadas a la cronicidad, la salud pública, la coordinación sociosanitaria o la atención específica a grupos de riesgo van cobrando importancia. Sin embargo, en el catálogo de servicios la mayor parte de las prestaciones se siguen enunciando de manera muy genérica, admitiendo un amplio margen de variabilidad sobre su desarrollo específico.

Es necesario modernizar y mejorar la cobertura de la cartera de servicios del SNS, en especial en algunas vertientes de la atención donde la falta de concreción o las lagunas existentes están dando lugar a importantes desigualdades sociales y territoriales en salud. También el componente 18 del PRTR contempla varios compromisos de incremento de la cartera común de servicios sanitarios públicos, en línea con otros documentos estratégicos como el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022 y 2023.

En un entorno de continua aparición de innovaciones terapéuticas, resulta asimismo especialmente importante que el sistema cuente con procedimientos de actualización continua del catálogo de prestaciones, garantizando la incorporación de los avances científico técnicos previa evaluación de su impacto, clarificando las funciones y esquemas de actuación de los organismos de evaluación ya existentes y dotándolos de medios adecuados para el correcto desarrollo de sus cometidos.

Por otro lado, es necesario evitar la exclusión sanitaria por motivos económicos. En este sentido, cabe recordar que la aportación de las personas usuarias a la prestación farmacéutica ambulatoria constituye la principal excepción a la gratuidad de la atención sanitaria pública en España. Desde la aprobación del RDL 16/2012, rige un esquema de copago basado en distintos niveles de aportación en función del nivel de renta, la condición (activo/a o pensionista) y el grado de enfermedad. El componente de equidad del sistema se ha visto reforzado con el sucesivo aumento del volumen de personas exentas por razón de su vulnerabilidad socioeconómica. No obstante, transcurridos ya varios años desde la adopción de este nuevo esquema de copago, es necesaria su evaluación, desde el punto de vista de sus efectos en la protección de la salud de las personas y en la calidad de la prestación farmacéutica.

Propuestas:

- Concretar la descripción de las prestaciones que componen la cartera de servicios del SNS, especialmente el alcance y los contornos de prestaciones como la atención sociosanitaria, las prestaciones de salud pública y la atención a la salud mental.
- Mejorar la cobertura el alcance en todo el SNS de la atención bucodental y visual, la podología, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, el apoyo a las dietas especiales, la atención temprana y la atención a enfermas y enfermos terminales.
- Analizar la viabilidad de nuevas reformas para profundizar en el objetivo de equidad en la regulación de los copagos, como acabar con la diferenciación entre activos y pensionistas; subdividir en más tramos el actual de entre 18.000 y 100.000 euros para dotar al sistema de mayor progresividad; extender los límites máximos de aportación a más grupos o considerar la pluripatología como factor de ponderación del copago.
- Tener en cuenta al sector veterinario en la cartera de servicios del sistema, en coherencia con el enfoque *One Health* preconizado desde la OMS y la Unión Europea.
- Simplificar la categorización de la cartera de servicios establecida por el Real Decreto 16/2012 recuperando la cartera única y suprimiendo la distinción entre cartera básica, suplementaria y accesoria.

Hacer de la atención primaria el verdadero eje del sistema

El consenso en torno a la importancia de la atención primaria emana de la constatación de unos mejores resultados en salud, una mayor equidad en la distribución de los recursos y, en definitiva, una mayor eficiencia de los sistemas sanitarios que disponen de regímenes de atención primaria sólidos y de calidad, capaces de resolver la mayor parte de los cuadros patológicos sin necesidad de recurrir al siguiente escalón, la atención especializada/hospitalaria, mucho más costosa.

En un contexto de señalado envejecimiento demográfico, la atención primaria habrá de asumir el necesario refuerzo de su función preventiva en los próximos años, con el fin de incrementar el tiempo de vida con buena salud y libre de discapacidad. La sostenibilidad del sistema sanitario en un horizonte demográfico con una proporción creciente de población mayor de 65 años (en torno a la tercera parte en 2050, de acuerdo con las proyecciones) estará condicionada, entre otros factores, por el estado de salud de ese voluminoso segmento. Además, entre los principales retos de la atención primaria hay que tener en cuenta la especificidad de los entornos rurales, más envejecidos, donde convergen la despoblación y la dispersión de la población como condicionantes de la atención.

Tras la pandemia, la atención primaria atraviesa una situación especialmente crítica, con un claro deterioro en los tiempos de espera en todos los servicios de salud pues tan solo un cuarto de la población que necesita una consulta en atención primaria consigue una cita en las primeras 24-48 horas, cifra que antes de la pandemia rozaba el 50 por 100. Por ello, es necesario reforzar este nivel mejorando la respuesta a tiempo, la coordinación interniveles y la resolutiveidad.

Propuestas:

- Impulso, seguimiento, y difusión de los resultados de la plena implantación del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 y evaluación continua de sus objetivos, especialmente del referido a incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8 por 100.
- Aumentar la capacidad de resolución del nivel de la atención primaria.
- Avanzar hacia un modelo de atención sistemática a los pacientes con enfermedades crónicas, evolucionando hacia un sistema centrado en las necesidades del paciente, y simplificando los circuitos asistenciales de atención.
- Priorizar las medidas de prevención mediante la promoción de estilos de vida saludables, para incrementar el tiempo de vida saludable, aminorando la necesidad del recurso a las estructuras de atención especializada.

- Profundizar en las acciones dirigidas a garantizar una atención de calidad tanto en entornos urbanos como rurales, especialmente en zonas de difícil cobertura, optimizando la gestión de recursos tanto materiales como humanos.
- Avanzar hacia una convergencia territorial que garantice que la población tiene acceso a la atención primaria en las primeras 48 horas posteriores a la solicitud de la cita.
- Fomentar una mayor colaboración entre la atención primaria y la red de oficinas de farmacia impulsando iniciativas, como el sistema personalizado de dosificación de medicamentos (SPD) ya existente, que mejoren la calidad de la prestación farmacéutica, la adherencia a los tratamientos y la atención centrada en las necesidades de los pacientes.

Atención especializada: afrontar las listas de espera como problema multifactorial

Las listas de espera constituyen un problema multifactorial para cuya solución operativa sería necesario tener en cuenta la evolución de la morbilidad y la frecuentación de los servicios, los recursos humanos disponibles, la financiación, el grado de coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada, la dotación de recursos (incluidos los tecnológicos), los recursos de la sanidad privada, los cambios en el sistema de registro e información, los procesos de gestión o incluso la educación en salud, entre otros. Por ese motivo, el análisis de su evolución a lo largo del tiempo en el SNS reviste una notable complejidad en un contexto de gran variabilidad en los modelos de gestión autonómica, que se manifiestan en situaciones muy dispares en las comunidades autónomas.

Las listas de espera para consulta con el especialista o para intervenciones en este nivel se han abordado habitualmente con “Planes de Choque” que buscan la descongestión a través de un uso intensivo de los recursos del sistema o a la contratación externa de los mismos. Más allá de los resultados de ese tipo de medidas coyunturales, que deberían ser evaluadas con criterios coste-eficiencia y de resultados en salud, es preciso dotarse de instrumentos estructurales que eviten la formación de bolsas de pacientes en espera de atención y gestionen los tiempos de una manera eficaz, transparente y evaluable.

Propuestas:

- Desarrollar los análisis adecuados para conocer de forma precisa las causas del incremento de las listas de espera, evitando recurrir a medidas oportunistas y coyunturales.
- Alcanzar un acuerdo sobre criterios comunes de gestión de los tiempos de espera en el SNS, configurando un mecanismo estructural de anticipación y respuesta a la formación de las listas de espera, con criterios de transparencia y evaluación de resultados, que actúe en los factores de demanda, oferta y gestión.

- Cuestionar y evaluar el exceso de actividad autogenerada no siempre necesaria, que pueda estar dando lugar a exceso de controles, revisiones o pruebas, articulando medidas para evitar el uso de la medicina defensiva.
- Potenciar el aprovechamiento por el SNS de todos los centros y recursos asistenciales, entre ellos, los adscritos a las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, tal y como prevé el artículo 82.4 del texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, que establece que podrán realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores, con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de los procesos de incapacidad temporal de contingencia común, previa autorización del médico del servicio público de salud y consentimiento informado del paciente.

Fortalecer el modelo integral de atención a la salud mental

La salud mental es, sin lugar a duda, uno de los capítulos más débiles del sistema sanitario español, lo que exige importantes reformas al respecto. A esta conclusión se llega no solo por la creciente preocupación de la población española en la materia, especialmente desde la pandemia de COVID-19, sino por la clara transversalidad que la temática ha tenido a lo largo del presente informe. Así, por ejemplo, conviene recordar que la calidad del SNS se ve mermada por problemas de adecuación y efectividad del sistema en lo referido a reingresos urgentes psiquiátricos, que se han incrementado un 20 por 100 y en la actualidad 1,5 de cada 10 pacientes que reciben el alta son reingresados de manera urgente en menos de 30 días. Como reto ineludible del sistema, emerge la necesidad de reforzar la atención a la salud mental, desde etapas primarias hasta casos más graves como el de reingresos urgentes de pacientes psiquiátricos.

En España se estima un coste de los problemas de salud mental equivalente al 4,2 por 100 del PIB. Sin embargo, a pesar de la importancia de los datos epidemiológicos, y sus implicaciones en los ámbitos del bienestar y la economía, la salud mental recaba una porción reducida de los recursos del sistema en términos de personal especializado.

En este contexto, el preocupante aumento de los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente resulta indesligable de la transformación de los estilos de vida, las pautas de ocio y los nuevos modos de socialización en los que las tecnologías digitales han adquirido un enorme protagonismo. Las adicciones comportamentales, trastornos como la adicción al juego problemático o patológico, la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación y el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla y el ciberacoso son formas cada vez más habituales de conductas problemáticas asociadas a las TIC entre los más jóvenes.

Por otro lado, también en términos de calidad, la seguridad del sistema se ve comprometida por el uso inadecuado de diferentes fármacos, entre los que destacan las benzodiazepinas e hipnosedantes. Los problemas detectados en el uso de estos fár-

macos han generado cierta controversia respecto de su eficacia y seguridad, no solo por sus elevadas tasas de consumo, especialmente inseguro en personas mayores de 65 años, sino también por las pautas de género en los patrones de consumo.

Propuestas:

- Aumentar los recursos dedicados a la salud mental y extender un enfoque terapéutico integral a la misma garantizando la atención multidisciplinar, la continuidad asistencial y la perspectiva de equidad.
- El SNS debe ampliar la dotación de medios para afrontar los problemas de salud mental, tanto de recursos humanos especializados (incluyendo psiquiatría y psicología infantojuvenil), como de dispositivos.
- Mejorar la dimensión preventiva en el abordaje de la salud mental en toda la población, incluida la población infantil y adolescente, prestando especial atención a las tecnologías de la comunicación y las redes sociales como factores de riesgo, así como a las conductas potencialmente adictivas.

Potenciar la calidad de la prestación farmacéutica y el uso racional del medicamento

La prestación farmacéutica y la política de uso racional del medicamento ocupan un lugar esencial en la satisfacción del derecho a la salud y el desarrollo de la atención sanitaria. El SNS garantiza una extensa oferta financiada, con un peso importante de los medicamentos genéricos, aunque por debajo de la media europea, y biosimilares, con un grado de penetración territorial desigual.

Los datos de consumo de medicamentos en España reflejan, en buena medida, el perfil de salud de la población descrito, con un aumento constante del peso de subgrupos terapéuticos indicados para el tratamiento del dolor y patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión o los trastornos mentales. España destaca en la comparación europea, particularmente, por el elevado consumo de antidepresivos. En el perfil de la prestación farmacéutica hospitalaria predominan los medicamentos antitumorales, inmunodepresores, antivirales que son los que arrastran el consumo y el 60,6 por 100 del gasto en este entorno.

Reforzar la autonomía y garantizar el suministro constituye un reto en un contexto en que el desabastecimiento de algunos productos sanitarios y medicamentos constituye un problema global. Algunas normas de ámbito autonómico y diversas iniciativas contempladas en el PERTE para la salud de vanguardia se dirigen a fortalecer y desarrollar las capacidades de los centros del SNS, así como el desarrollo y modernización de la capacidad industrial orientada a la innovación, mientras la iniciativa de creación de una reserva estratégica sanitaria quedó en suspenso tras la disolución de las Cortes.

El desarrollo de medicamentos de terapias avanzadas y para algunas enfermedades raras que carecían de tratamiento hasta hace poco, así como el descubrimiento de usos

alternativos de los ya existentes abren nuevas expectativas en los pacientes, al tiempo que suponen un gran desafío, no solo desde el punto de vista científico y de su fabricación, sino de su inclusión en la cartera de servicios y su financiación. Es necesario alinear la investigación y la innovación con las necesidades sanitarias no cubiertas.

En perspectiva comparada, en España transcurre demasiado tiempo entre la autorización de algunos fármacos hasta su prescripción efectiva de modo que el acceso a las terapias y medicamentos innovadores no resulta siempre accesible para todos los pacientes al mismo tiempo, dependiendo de las prácticas de comercialización, las políticas de fijación de precios, la competencia en el mercado o la agilidad de los procedimientos administrativos de autorización. Es importante mejorar el tiempo de acceso al mercado.

Por otro lado, el avance de la resistencia a los antimicrobianos está reduciendo la capacidad de tratar enfermedades infecciosas e incluso de practicar operaciones quirúrgicas rutinarias, siendo un problema multifactorial de alcance mundial.

Todo ello, junto al elevado peso que supone el gasto farmacéutico en el conjunto, apunta a la necesidad de seguir profundizando en acciones de política de uso racional del medicamento, mejorando la calidad de la prescripción farmacéutica, la reducción del consumo inadecuado de medicamentos y fomentando la adecuada adherencia a los tratamientos.

En cualquier caso, el fomento del uso eficaz, adecuado y racional del medicamento es parte de la política de salud pública del SNS. El protagonismo de la prescripción farmacéutica dentro del SNS se relaciona con los problemas de la atención primaria; el escaso tiempo que los profesionales pueden dedicar a los pacientes, así como la debilidad de la red de uso racional del medicamento en atención primaria, la escasez de recursos para los programas preventivos de salud pública y fomento de estilos de vida saludable así como con la escasez de recursos dedicados a la atención mental y la incapacidad del sistema hasta el momento de extender un enfoque terapéutico integral a los problemas de salud psíquica, donde el tratamiento farmacológico se inserte en el marco de una atención continuada y a cargo de equipos multidisciplinares.

Por su parte, hay que recordar que las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios que, por su cercanía y proximidad con los pacientes, desempeñan un papel fundamental en la política de salud pública y de uso racional del medicamento que debería reforzarse.

Propuestas:

- Fomentar la autonomía estratégica en medicamentos y productos sanitarios, fortaleciendo la resiliencia de la cadena de suministros.
- Avanzar en la planificación de una reserva estratégica de medicamentos y productos sanitarios esenciales y un sistema de coordinación estatal alrededor de la misma.

- Acelerar la implementación de las acciones del PERTE para la salud de vanguardia dirigidas a fortalecer las capacidades de producción de medicamentos y terapias avanzadas del SNS y su coordinación a nivel estatal, así como el desarrollo y modernización de la capacidad industrial orientada a la innovación
- Impulsar los cometidos de la AEMPS en el ámbito de la garantía de abastecimiento en colaboración con toda la cadena de valor del medicamento, así como la implementación y seguimiento del Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos aprobado en 2019.
- Impulsar la innovación y el desarrollo de medicamentos en áreas donde existen carencias como en el área de enfermedades neurodegenerativas, enfermedades raras y cánceres infantiles, así como mejorar la accesibilidad de la población a los mismos.
- Articular procedimientos específicos que doten a la inclusión de medicamentos de predictibilidad y transparencia y avanzar en un proceso de conformación de precios adecuados.
- Proseguir fomentando las medidas de reducción del uso excesivo de antibióticos tanto en la asistencia sanitaria humana como veterinaria, así como incentivar el desarrollo de antimicrobianos innovadores o alternativas a los mismos.
- Simplificar la complejidad de los procesos administrativos que anteceden a la puesta en el mercado de los medicamentos.
- Impulsar procedimientos abreviados de autorización y registro de medicamentos de especial necesidad terapéutica.
- Reducir las diferencias territoriales respecto al tiempo transcurrido entre el establecimiento de las condiciones de precio y reembolso de los nuevos fármacos oncológicos y la aprobación de su prescripción en hospitales.
- Impulsar el Plan para la Racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad.
- Completar la implementación del Plan de acción para fomentar la utilización de medicamentos biosimilares y genéricos, así como innovadores, en el Sistema Nacional de Salud.
- Fomentar la formación para el aumento de las habilidades y el conocimiento de los profesionales para el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias.
- Reforzar el papel de la farmacia comunitaria y los equipos de farmacia, en este ámbito, aprovechando avances como la interoperabilidad de la receta electrónica, tanto en atención primaria como hospitalaria.
- Mejorar la calidad de la atención farmacéutica a las personas residentes de los centros sociosanitarios.
- Adoptar un enfoque integral de la atención a la salud animal y humana también desde el ámbito de la prestación farmacéutica.
- Continuar avanzando en acciones de calidad de la prescripción, con especial atención a evitar la medicación innecesaria en niños y personas mayores.

Una inversión de futuro: consolidar el SNS con recursos suficientes y sostenibles

La consolidación y el fortalecimiento presupuestario del Sistema Nacional de Salud debe verse ante todo como una inversión de futuro, tanto por su aportación al bienestar, la longevidad y la calidad de vida de la población como por su impacto redistributivo y su contribución a la cohesión social y territorial del país. Pero también por lo que representa desde el punto de vista estrictamente económico, y no solo por lo que aporta el sector sanitario en términos de valor añadido y empleo, ya de por sí muy relevante, sino sobre todo por su contribución al crecimiento potencial de la economía. Porque gastar en mejorar la salud de la población es invertir en capital humano, con los efectos positivos que se derivan en términos de ampliación de la fuerza laboral, de alargamiento de la vida activa, de aumento de la productividad y de la mejora del desempeño de las personas trabajadoras.

La disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades de la población y promover la prevención en salud constituye un requisito para ofrecer una atención sanitaria de calidad. Ello requiere un nivel de gasto adecuado, equiparable al de los países con un similar perfil sanitario y desarrollo económico y social, así como reforzar los recursos humanos y materiales del sistema, en atención a las necesidades de la población y los riesgos existentes para la salud.

Según todos los indicadores, el gasto sanitario en España sigue siendo bastante inferior al promedio de la UE-27, y más si se compara con países que tienen también un gran tamaño poblacional, como Francia o Alemania. Además, el peso del gasto sanitario privado, tanto los pagos directos de los hogares como los seguros sanitarios, es diferencialmente alto en España y tiene una importancia creciente en el presupuesto de los hogares, lo que en buena medida responde a la muy insuficiente cobertura pública de algunas prestaciones y servicios de primera necesidad, como determinados aparatos terapéuticos o los servicios de salud bucodental y mental, pero también con el deseo o la necesidad de evitar largas esperas en relación con algunos servicios públicos de atención especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria, lo que tiene su correlato en una demanda creciente de seguros privados de salud.

Por tanto, resulta muy necesario que desde todas las Administraciones públicas se hagan esfuerzos suplementarios para incrementar la financiación del Sistema Nacional de Salud, en consonancia con las recomendaciones de la Comisión de Reconstrucción, de manera que puedan dar una respuesta suficiente a las necesidades sanitarias de toda la población.

Propuestas:

- Las comunidades autónomas deberían priorizar el gasto en sanidad atendiendo a su especial utilidad económica y social.
- En aras del principio de corresponsabilidad fiscal y en ejercicio de su autonomía tributaria, las comunidades autónomas deberían incrementar la dotación de recursos para ampliar la cartera de servicios y mejorar sus servicios de salud.

- La anunciada asunción parcial de la deuda de las comunidades autónomas por parte del Estado supondrá un aumento considerable de su margen fiscal que los gobiernos autonómicos deberían aprovechar para fortalecer sus respectivos sistemas de salud.
- Debe explorarse la ampliación de las transferencias estatales finalistas a las comunidades autónomas, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y a los fondos europeos, para reforzar los ámbitos sanitarios más debilitados o menos desarrollados, como la atención primaria, los servicios dentales o la salud mental.

Impulsar la planificación y el refuerzo de los recursos humanos del SNS

La actual crisis de recursos humanos del sistema sanitario requiere ser objeto de atención prioritaria para salvaguardar la calidad y la accesibilidad de la atención, así como el atractivo de las profesiones sanitarias. La confluencia de varios factores alerta sobre la importancia de adoptar decisiones en el ámbito de la regulación, la planificación y la gestión, que deben adaptarse a las necesidades de la población y los cambios sociales.

Persisten importantes limitaciones estadísticas que afectan al conocimiento de la realidad de los recursos humanos del sistema sanitario en su conjunto, lo que dificulta cualquier ejercicio de planificación estratégica. No obstante, a partir de la imagen fragmentada que ofrecen las distintas fuentes, se confirma un importante crecimiento del sector sanitario en las dos últimas décadas hasta acercarse a los 1,3 millones de personas ocupadas a finales de 2022. Con todo, España se sitúa en torno al promedio de los países de la Unión Europea en médicos por habitante y por debajo en personal de enfermería, aunque los datos pueden no ser estrictamente comparables. El volumen de otro tipo de profesionales también es claramente insuficiente en algunos casos, como, en el de psicólogos/a, trabajadores sociales o fisioterapeutas. Tres de cada cuatro profesionales sanitarios trabajan en atención hospitalaria, lo que refleja la preponderancia de este nivel, tendencia que ha ido en aumento pese a los reiterados compromisos de refuerzo de la atención primaria.

A pesar del aumento del volumen de personal en los últimos años, no se han llegado a recuperar los niveles de profesionales por 1.000 habitantes anteriores a la crisis de 2008. Por su parte, el importante refuerzo de personal contratado durante la pandemia no se ha mantenido en su totalidad.

Los próximos años serán críticos en España tanto por el déficit de personal en algunas especialidades como por la llegada a la edad de jubilación de numerosos profesionales sanitarios, aunque se espera que a partir de 2027 comience a haber un cierto rejuvenecimiento con la paulatina incorporación de promociones más numerosas. A ello se añade el aumento de la demanda de atención, tanto por el afloramiento de las necesidades

*Solucionar el desajuste
entre la oferta
y demanda de personal
médico*

estancadas durante la pandemia y sus secuelas, como por el propio avance del proceso de envejecimiento de la población, entre otros factores.

El desajuste de personal médico especialista plantea importantes retos más allá de la planificación cuantitativa, que afectan a los propios criterios de entrada al grado de medicina y enfermería; el escaso atractivo de algunas especialidades y lugares de destino o la propia definición del mapa de especialidades y los programas de formación especializada. Algunos de estos retos son extrapolables a otras profesiones sanitarias como la de enfermería o fisioterapia.

El creciente volumen de solicitudes de certificados de idoneidad para trabajar en el extranjero ilustra de una propensión a abrirse camino en otros sistemas sanitarios que, al margen de las ventajas individuales que pueda reportar, no deja de suponer una pérdida de talento y despilfarro de recursos para el sistema, teniendo en cuenta el coste, la dureza y la duración de los estudios sanitarios.

Más allá de la cuestión de la necesidad cuantitativa de recursos y nuevas contrataciones, a los desajustes profesionales subyace una compleja realidad que requiere

Necesidad de cambios para mejorar la calidad del empleo, la eficiencia y la atención al paciente

soluciones desde múltiples vertientes especialmente en el ámbito de la gestión pública, la mejora de los incentivos, la motivación y las condiciones laborales que hagan más atractivas las plazas menos demandadas. A menudo las condiciones laborales son disuasorias, especialmente por un elevado nivel de temporalidad,

frecuencia de contratos de corta duración, dificultades para la conciliación del trabajo con la vida personal, elevada carga mental, exposición a riesgos laborales y aumento de la incidencia de la violencia en el lugar de trabajo. La inestabilidad de las plantillas dificulta la, de por sí, compleja gestión de los centros sanitarios, pudiendo afectar negativamente a la calidad de la atención.

La aprobación del proceso de estabilización de personal sanitario a través del Real Decreto-ley 12/2022 tuvo su origen en la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de Medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, que dio lugar a la modificación del EBEP y del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en coherencia con el compromiso del PRTR (C-18), sobre renovación y ampliación de las capacidades del SNS. Se abre con ello una vía para la consolidación de unas 80.000 personas trabajadoras temporales en el SNS. No obstante, siguen pendientes otros compromisos como el de aprobar incentivos para la cobertura de plazas en determinadas zonas geográficas no suficientemente atendidas, así como otras medidas que contribuyan al desarrollo profesional y retengan el talento en el sistema español, con la introducción de mejoras en el entorno y condiciones laborales, no solo en lo que respecta a las condiciones económicas, sino también mediante la apertura de posibilidades en docencia e I+D.

A la heterogeneidad y la dispersión en las retribuciones en el SNS subyace la ausencia un modelo integrado basado en la coordinación entre las distintas administraciones competentes, así como de sistemas de información que faciliten la evaluación de las distintas políticas retributivas implementadas en cada comunidad autónoma.

Es necesario asimismo consolidar una adecuada planificación de la formación permanente, proporcionar los medios para que las personas que trabajan en el sector sanitario puedan acogerse a la oferta formativa y compatibilizarla con el desempeño de sus funciones y su vida personal. La evaluación de la calidad de la formación impartida, así como la labor de acreditación y validación de la utilidad de dicha formación, resulta particularmente importante.

Propuestas:

- Dotar de plena operatividad al registro estatal de profesionales sanitarios, como herramienta fundamental de planificación de los recursos humanos sanitarios.
- Elaborar un mapa de recursos humanos del sistema sanitario español permanentemente actualizado.
- Mejorar la coordinación de las políticas de recursos humanos en el SNS, incluyendo las retributivas.
- Reforzar la colaboración entre autoridades sanitarias y educativas para la planificación de la formación de pregrado, posgrado y continuada.
- Evitar el desacoplamiento entre el número de graduaciones en Medicina y otros estudios requeridos en el SNS (como psicología o enfermería) y las plazas convocadas para su posterior formación como especialista vía FSE (MIR, PIR o EIR)).
- Aumentar las plazas en territorios que lo requieran.
- Repensar la idoneidad de los criterios de entrada a los grados de medicina y enfermería en las universidades y garantizar la suficiencia de plazas.
- Aumentar el atractivo de las especialidades en las que año tras año quedan desiertas plazas, mejorando las condiciones de trabajo.
- Diseñar incentivos para cubrir las plazas en destinos poco demandados o con excesiva rotación, especialmente en el entorno rural.
- Analizar las causas de la emigración de personal sanitario formado o con experiencia en España, abordar políticas de retención del talento y favorecer el retorno.
- Implementar programas de gestión del factor edad para favorecer la permanencia en activo y evitar la retirada antes de la edad de jubilación.
- Favorecer la movilidad geográfica de los profesionales sanitarios en el SNS.
- Profesionalizar la gestión de los centros y hospitales del SNS.
- Reducir la elevada carga burocrática de las profesiones sanitarias.

- Ahondar en la colaboración y coordinación de funciones entre personal médico, de enfermería y administrativo y abriendo la posibilidad de creación de nuevas figuras, retomando lo pactado en los Acuerdos de clasificación profesional.
- Favorecer el acceso de las mujeres a puestos gerenciales y estratégicos en el sistema.
- Consolidar una adecuada planificación de la formación permanente.
- Mejorar la evaluación de la formación impartida, con criterios homogéneos.

Asegurar las infraestructuras y equipamientos sanitarios necesarios

La gestión de los recursos materiales del sistema afronta importantes desafíos en un contexto caracterizado por el fuerte impulso experimentado por la innovación terapéutica y tecnológica, incluyendo el desarrollo de tratamientos personalizados cada vez más avanzados y de más alto precio, lo que plantea a los sistemas sanitarios el reto de su financiación y de garantizar la equidad en el acceso a los mismos. Los centros y servicios del sistema sanitario afrontan la necesidad de una dotación adecuada en recursos, basada en la evaluación y en criterios de eficiencia. A ello se añaden nuevos retos como la sostenibilidad medioambiental y la reducción de la huella de carbono de la actividad hospitalaria, la adaptación al envejecimiento de la población usuaria y trabajadora, así como la necesidad de adaptabilidad de las infraestructuras, equipamientos y estructuras organizativas a necesidades cambiantes o imprevistas, como se demostró durante la pandemia. Es necesaria asimismo una concepción física y tecnológica que facilite la cooperación entre distintos servicios hospitalarios y con los otros niveles de la atención, especialmente con la atención primaria.

La disponibilidad de un parque tecnológico adecuado y actualizado es imprescindible para garantizar diagnósticos cada vez más precisos y tratamientos más eficaces desde las fases más tempranas de la enfermedad. A pesar de las inversiones más recientes, España se sitúa por debajo de la media europea y de los países de su entorno más próximo en lo que se refiere a dotación de alta tecnología, habiendo sido modesto el esfuerzo público en este tipo de inversión. Además, se observan significativas diferencias territoriales tanto en la dotación de estos equipamientos como en el peso de la alta tecnología de titularidad pública y privada y el uso eficiente de los equipos.

La eficiencia de los centros de salud y servicios hospitalarios requiere dotarlos de los recursos necesarios, así como del desarrollo de métodos robustos que permitan ge-

Avanzar en la cultura evaluativa del sistema sanitario

nerar información valiosa para mejorar la calidad de la atención, la información de que disponen las personas usuarias y una gestión racional y sostenible de los recursos.

Desde la aprobación de la Ley 15/1997, la proliferación de formas organizativas de gestión directa o indirecta de centros y servicios sanitarios a través de cualesquiera entidades admitidas en Derecho constituye una realidad, especialmente arraigada en el

nivel hospitalario y de atención especializada. Sin embargo, se ha carecido hasta ahora de un sistema de evaluación de resultados en salud de las distintas fórmulas de gestión, tanto pública directa como público-privada, basado en la evidencia y con arreglo a indicadores comunes y homogéneos, para facilitar la toma de decisiones y la utilización adecuada de los recursos públicos.

Junto a la inyección coyuntural de recursos que aporta el Plan INVEAT en el marco del PRTR, hay que recordar la necesidad de optimizar con carácter estructural los sistemas de incorporación de tecnologías sanitarias al SNS y de la evaluación de su eficiencia en España, pues como se refleja en el capítulo VII del informe, dedicado a la gobernanza, los mecanismos actualmente existentes se caracterizan por la ausencia de un diseño de conjunto de sistema, con una cierta confusión organizativa y de asunción de responsabilidades entre los distintos niveles.

Unido a lo anterior, los hospitales afrontan la necesidad de adaptar sus recursos para ofrecer una atención integral a los pacientes crónicos y con fragilidad vinculada a la pluripatología y la ancianidad, que requieren un tipo de atención integral compartida entre la atención primaria, hospitalizada y sociosanitaria.

Propuestas:

- Seguir impulsando la reducción de la obsolescencia del parque tecnológico, equilibrar la densidad de equipos por 100.000 habitantes superando las diferencias territoriales y fomentar su uso eficiente.
- Potenciar la tasa de utilización y el uso eficiente de los equipos.
- Avanzar en la cultura evaluativa del sistema sanitario, impulsando al mismo tiempo la efectiva aplicación de las obligaciones establecidas por la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, por parte de todos los organismos responsables y sujetos obligados por la misma, salvaguardando los límites legales al derecho de acceso a la información pública y la normativa de protección de datos de carácter personal.
- Establecer un sistema de evaluación de la gestión de los centros de salud y servicios hospitalarios desde un enfoque multidimensional, con una visión a largo plazo y centrada en los principios del SNS y los resultados en salud de las personas usuarias de los servicios.
- Replantear la organización y las prioridades del hospital en el marco de las recomendaciones generales de los modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas.
- Avanzar en una concepción física y tecnológica que facilite la cooperación entre distintos servicios hospitalarios y con los otros niveles de la atención, especialmente con la atención primaria.
- Evaluar las experiencias de modelos de atención integrada y de cooperación interniveles y difundir las buenas prácticas en este ámbito.

Garantizar la igualdad interterritorial y la movilidad de pacientes

Como ha señalado el CES, es necesaria la planificación de los recursos sanitarios con criterios de racionalidad y de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio, de modo que se garantice la igualdad en el acceso y la calidad de la atención independientemente del lugar de residencia. Sin embargo, como limitación de partida, el informe refleja que existen grandes disparidades entre las comunidades en gasto sanitario per cápita, en esfuerzo presupuestario, en el peso relativo del gasto en atención hospitalaria frente a la atención primaria, en la dimensión del gasto farmacéutico, y también en cuanto a la importancia del gasto en conciertos sanitarios con el sector privado.

Los CSUR constituyen importantes instrumentos para garantizar la cohesión y la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención sanitaria independientemente del lugar de residencia, al igual que los demás supuestos de movilidad de los pacientes en el conjunto del SNS. Pero es preciso optimizar la coordinación y la cooperación entre servicios de Salud, la mejora y agilización de los procedimientos administrativos y optimizar el uso de los instrumentos presupuestarios existentes para hacer efectiva la equidad interterritorial en el acceso a las infraestructuras, equipamientos y tecnologías sanitarias.

A lo largo de este informe se han podido observar también otras diferencias reseñables que pueden estar afectando a la equidad desde una perspectiva territorial. Así, existen diferencias territoriales significativas tanto en mortalidad por cáncer como en materia de prevención, recursos humanos, acceso a programas de diagnóstico precoz, terapias avanzadas y calidad asistencial, que evidencian la necesidad de mejorar el funcionamiento de la atención oncológica. Asimismo, se siguen produciendo diferencias de aplicación de la política de uso racional del medicamento en los distintos servicios de salud.

Propuestas:

- Acometer la reforma del sistema de financiación de las comunidades de régimen común, de manera que se corrijan algunas de sus principales debilidades, en particular, la infrafinanciación relativa de algunas de ellas.
- Garantizar el funcionamiento y la contribución efectiva del Fondo de Cohesión Sanitaria y del Fondo de Garantía Asistencial a la igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias públicas, compensando adecuadamente los costes en que incurren los servicios de salud autonómicos por la atención a pacientes desplazados o derivados, así como desarrollar medidas de acompañamiento para afrontar los gastos derivados del desplazamiento para las familias de los pacientes.
- Facilitar la permeabilidad de los distintos servicios de salud, dada la desigual dotación de infraestructuras y recursos destinados a patologías complejas.
- Mejorar la evaluación y seguimiento del modelo organizativo de CSUR en función de los resultados en salud. Valorar su extensión a otras áreas, más allá de la atención a enfermedades raras y de alta complejidad.

- Garantizar la equidad interterritorial en la atención a todas las patologías complejas, independientemente de su incorporación al sistema CSUR.
- Institucionalizar mecanismos de cooperación entre servicios de salud para cuando la situación crítica del paciente no aconseja su desplazamiento sino el de los equipos y medios tecnológicos.
- Establecer unas normas mínimas de calidad para la prestación de asistencia oncológica en todo el SNS.

Mantener y reforzar la calidad de la atención, centrada en el paciente

El análisis del sistema desde la perspectiva de la calidad exige una doble mirada en la que se evalúa tanto la excelencia de los servicios, como que estos estén centrados en los pacientes y sus necesidades. Los indicadores de calidad que recoge el sistema de información del SNS no resultan todo lo exhaustivos de esta dimensión. En términos generales, los indicadores son más robustos a la hora de medir cuestiones de efectividad, eficiencia o seguridad, y algo más débiles a la hora de medir la dimensión del sistema centrada en el paciente.

Por otro lado, el sistema presenta importantes flancos de mejora. Entre ellos, uno de los más llamativos tiene que ver con los cuidados paliativos que es, a su vez, una de las dimensiones más cualitativas del sistema, ya que atiende a cuestiones como el derecho al alivio del sufrimiento o a la calidad de los cuidados al final de la vida. La falta de acuerdo entre las diferentes administraciones para establecer criterios homogéneos de seguimiento y evaluación impide que el INCLASNS incluya indicadores sobre cuidados paliativos y, a pesar de que se siguen elaborando informes de seguimiento, la Estrategia de Cuidados Paliativos no ha sido actualizada desde 2014.

Ahora bien, pese a los retos que debe afrontar el SNS a la hora de garantizar la universalidad y mejorar la accesibilidad al sistema, aspectos como las elevadas tasas de vacunación contra la gripe en personas mayores de 65 años o los cribados de cáncer de mama, útero y colon como estrategia de minimización de factores de riesgo muestran la dimensión más positiva del sistema en esta materia. Estos indicadores, que en perspectiva comparan con la media de la Unión Europea, demuestran no solo la calidad que es capaz de ofrecer el sistema, sino también la confianza de la población en el SNS.

Sin embargo, los tiempos de espera, a las que ya se ha hecho alusión, son el indicador que más negativamente afecta a la calidad y accesibilidad al sistema. Pese a que la Ley 14/1986 reconoce el derecho de pacientes a tener una respuesta asistencial en plazos adecuados, los actuales tiempos de espera repercuten negativamente en la salud de los pacientes, pero también en la eficiencia del sistema. De hecho, si bien la tasa de necesidades médicas no satisfechas en España es muy baja, inferior a la media de la Unión Europea, las listas de espera son el principal factor explicativo de estas. Además, el Barómetro sanitario muestra que siete de cada diez personas que optaron por un seguro privado de salud lo hicieron por “la rapidez con la que le atienden”.

La saturación de la sanidad pública resulta sintomática de los importantes desafíos que afronta el sistema sanitario en su conjunto a la hora de garantizar el derecho a la salud que compete a los poderes públicos, en términos de adecuación y suficiencia de los recursos disponibles, equidad, calidad de la atención y sostenibilidad.

Existen además una serie de barreras que no forman parte de las estadísticas, pero que afectan negativamente a la accesibilidad de determinados colectivos a los servi-

Necesidad de eliminar las barreras invisibles y garantizar los derechos del paciente

cios sanitarios. Entre ellas, destacan disposiciones arquitectónicas en centros de salud y hospitales, la necesidad de desplazamientos a centros sanitarios en entornos rurales con población dispersa, así como las barreras culturales y/o comunicativas con población migrante, entre otras. En este contexto, el sesgo de la

edad conlleva problemas de discriminación por razón de edad o “edadismo”, lo que obliga a una vigilancia contante que evite pautas como la limitación de tratamientos o diagnósticos tardíos u omitidos, prácticas de cuidados inversos, polimedicación inadecuada con una relación riesgo-beneficio desfavorable, “racionamiento” en la asistencia por razones de edad o incluso la exclusión de personas mayores en ensayos clínicos aleatorios sin razones bien justificadas. Es imprescindible, por tanto, minimizar el sesgo de edadismo, toda vez que se ha demostrado que puede acarrear graves problemas para la salud e incluso la muerte.

El grado de participación de las personas en las decisiones sobre su propia salud constituye otra importante dimensión de la calidad del sistema, que no solo se vincula al criterio médico sino también a la experiencia del paciente, quien atravesará el proceso terapéutico y tiene la capacidad de ponderar los riesgos o beneficios en términos de calidad de vida o de posibles efectos adversos en el corto, mediano y largo plazo.

Además del derecho a participar en la gestión de la propia salud, el SNS contempla diferentes mecanismos de participación colectiva de la ciudadanía en las decisiones de planificación, implantación y gestión del sistema sanitario. De esta forma, la participación individual permite salvar la brecha entre el criterio médico y las expectativas y necesidades del paciente, mientras que la participación colectiva contribuye a salvar las brechas entre las perspectivas de los responsables políticos y las experiencias y necesidades de las comunidades.

Propuestas:

- Mejorar los indicadores de calidad centrados en el paciente. En este sentido, es preciso que el sistema de información sanitaria recopile y publique cifras oficiales sobre el número de reclamaciones y sugerencias presentadas por la ciudadanía, con datos desagregados por sexo, perfil sociodemográfico, nivel asistencial, motivo de reclamación y tiempo medio de respuesta, tanto de centros públicos como privados.

- Actualizar la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS e impulsar el diálogo necesario para incluir en el INCLASNS indicadores cuantitativos y cualitativos sobre el grado de cumplimiento de los objetivos relativos a tratamientos de cuidados paliativos.
- Por lo que se refiere a la prestación de interrupción voluntaria del embarazo, cabe recordar la existencia de cierta disparidad e inequidad territorial en el acceso a la misma, siendo necesario que la red pública cuente con los recursos adecuados para garantizar la accesibilidad, gratuidad y proximidad de esta prestación incluida en la cartera común, sin perjuicio de la colaboración público-privada en este ámbito y de la salvaguarda del derecho individual a la objeción de conciencia por parte del personal sanitario.
- Para una mejora de la calidad atención centrada en el paciente, avanzar en la evaluación de la práctica clínica desde el punto de vista de la prevención de los posibles sesgos de todo tipo, incluyendo la edad o el género, entre otros, integrando en los modelos de gestión y prestación de servicio las experiencias, tanto físicas como emocionales, de diferentes grupos, entre ellos colectivos vulnerables o sobre quienes existen estigmas o estereotipos.

Avanzar hacia un sistema sanitario resiliente y justo en perspectiva de género

Como se ha visto en este informe, la feminización de las profesiones sanitarias es una creciente realidad. Más de la mitad de los profesionales de la medicina y más del 70 por cien de los profesionales de enfermería en el SNS son mujeres. Esta tendencia irá en aumento en los próximos años, teniendo en cuenta la proporción de mujeres entre las nuevas incorporaciones a las profesiones sanitarias, lo que debería ser tenido en cuenta en el contexto de la planificación y la gestión sanitaria. Sin embargo, constituyen minoría en los puestos gerenciales y estratégicos del SNS.

Las mujeres sostienen el sistema sanitario y de cuidados a la salud en nuestro país, no solo por su preponderancia entre el personal sanitario e investigador en salud, sino también por la pervivencia de su protagonismo en el sistema informal de cuidados a la salud de las personas en el seno de los hogares, que lleva implícito *de facto* el que se hagan responsables de la salud de todos sus miembros como resultado de la desigualdad en la distribución de los roles de los cuidados en la sociedad, tal y como analizó el CES en su Informe 1/2022, desigualdad cuya superación debe seguir siendo impulsada. Además, el envejecimiento de la población y la mayor longevidad de las mujeres lleva aparejado que estas predominen entre los pacientes de mayor edad, recayendo en ellas una buena parte de la carga de enfermedad, cronicidad y fragilidad asociadas a la edad, por una parte, así como, por otro, de los cuidados, atención a la enfermedad y acompañamiento a los miembros del entorno familiar en su recorrido por los establecimientos sanitarios. La resiliencia del sistema sanitario está ligada en buena medida al reconoci-

miento de esta realidad y a la adopción de un enfoque de género que le haga justicia en todas sus dimensiones.

La persistencia de desigualdades en salud, en el acceso al sistema sanitario entre mujeres y hombres, sigue haciendo necesario mejorar el conocimiento, la difusión de información sobre estas cuestiones, así como hacer frente a los problemas específicos que afectan a las mujeres en su vertiente tanto de usuarias del sistema sanitario (como las dificultades de acceso a la salud reproductiva o las diferencias en el consumo de medicamentos y la sobreprescripción de psicofármacos entre las mujeres), o como profesionales del sistema (como la violencia ejercida contra el personal sanitario, mayoritariamente sufrida por mujeres, o las dificultades para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral).

Propuestas:

- Incluir la perspectiva de género en cualquier tipo de análisis orientado al diseño de las políticas y la toma de decisiones en el ámbito sanitario, partiendo de su necesaria inclusión en el sistema de indicadores de medición, seguimiento y evaluación de esta realidad.
- Potenciar la actividad del Observatorio de salud de las mujeres y la traslación de sus hallazgos a la práctica de la investigación, la medicina, los cuidados sanitarios y la gestión.
- Incorporar la perspectiva de género en la práctica clínica y en los criterios de calidad de la prescripción.

Reforzar la confianza en el sistema y hacer efectiva la participación del paciente

El Sistema Nacional de Salud cuenta con un alto grado de confianza por parte de la población, con altos índices de satisfacción y sentido de pertenencia, y una consideración muy positiva de su funcionamiento. Ahora bien, pese a las fortalezas que mostró el sistema para afrontar la pandemia, su impacto, añadido a los retos a que ya se enfrentaba el sistema con anterioridad, se tradujo en una merma de la valoración de la población en la atención primaria y especialista. Si bien los datos provisionales de 2023 muestran un ligero repunte, es necesario prestar atención a la creciente insatisfacción de la ciudadanía con el sistema, con el fin de determinar si este indicador responde a una coyuntura crítica como la pandemia o si es que existen causas más profundas de insatisfacción. Conviene, en este sentido, tener presente que la población española le ha conferido históricamente un alto valor al SNS y, en general, considera que funciona bien o bastante bien. Esto tiene efectos positivos sobre cuestiones como la adherencia terapéutica o en las posibilidades de retorno ante un nuevo episodio de dolencia o enfermedad. Pero, además, una institución con buena reputación cuenta con talento, cohesión y eficacia suficiente para tomar decisiones innovadoras y para afianzar su arraigo en la sociedad. Es necesario, por ello,

recuperar y mejorar los niveles previos a la pandemia de satisfacción y valoración positiva del SNS, tanto en atención primaria como especializada.

En este mismo sentido, la hora de evaluar la autonomía de pacientes en su proceso terapéutico, el impacto de la pandemia ha supuesto un quiebre en la percepción que tiene la ciudadanía sobre su participación en las decisiones vinculadas con su enfermedad y tratamiento. Este aspecto es de gran trascendencia en términos de calidad del sistema, pues en la medida en la que la participación se diluye, no solo se vulnera el principio de una salud centrada en el paciente, sino que el sistema pierde capacidad de impulsar mejoras que incorporen la percepción del paciente sobre su propio dolor, su sensación de bienestar físico y mental, o su satisfacción con el resultado alcanzado. Además, incluso asumiendo que la población cuenta con información exhaustiva, esto no se traduce en que considere que ha participado activamente en el proceso de toma de decisiones de su enfermedad.

Hacer efectivos los derechos vinculados a la información y la autonomía del paciente

Propuestas:

- En la medida en la que la información y participación de la ciudadanía durante un problema de salud y tratamiento son derechos consagrados en el ordenamiento jurídico, convendría contar con datos oficiales que permitan medir el grado de cumplimiento del deber de informar y del derecho a participar en el ámbito de prestación de servicios privados de salud.

Frente a la caída en la percepción que tiene la ciudadanía de su participación en el proceso terapéutico, conviene destacar que, en el ámbito de la atención especialista, la valoración que tiene el o la paciente de la información recibida sobre su problema de salud es buena y, lo que es más importante, el impacto de la pandemia no se ha traducido en una mayor insatisfacción con esta. En el ámbito de la atención primaria la satisfacción con la información es igualmente buena, aunque la pandemia sí se tradujo en caída, aunque poco pronunciada, del indicador.

Cabe recordar que la Ley de Autonomía del paciente incorporó en la práctica médica el consentimiento informado, un instrumento que supuso un importante avance en los derechos del paciente, mejorando la toma de decisiones sobre su propia salud y el conocimiento de la naturaleza de los objetivos, potenciales consecuencias y riesgos que comporta un determinado tratamiento o intervención. No obstante, teniendo en cuenta que el mayor número de reclamaciones por daños sanitarios se dan por vulneración del consentimiento informado, es preciso articular mecanismos de mejora de la comunicación médico-paciente que favorezcan una correcta transmisión de la información que figura en el documento, garantizando su adaptación, de forma que no existan barreras idiomáticas, culturales o de cualquier otra naturaleza.

Por otro lado, conviene seguir avanzando en una reflexión, análisis e investigación sobre las consecuencias que tuvo la pandemia en la posible vulneración de derechos de los pacientes. Como se ha insistido, el COVID-19 no solo puso de relieve las grietas del sistema a la hora de dar respuesta a emergencias sanitarias como esta, sino que también dejó valiosas lecciones sobre escenarios que, aunque se asuman como poco probables, pueden repetirse. En este sentido, es preciso avanzar en un marco regulador que, por un lado, garantice derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico incluso en las situaciones más adversas y que, por el otro, delimite cuestiones presentes en el debate público como la obligatoriedad de la vacunación, la limitación –si cabe alguna, en qué circunstancias y con qué justificación– de derechos como pacientes o derechos fundamentales, la coordinación sociosanitaria en estos casos, los derechos de las familias de fallecidos, o incluso la consideración sobre la contingencia profesional de infecciones provocadas por una pandemia en el caso del personal sanitario, entre muchos otros ejemplos.

La contribución del sector privado con y sin ánimo de lucro

A lo largo del informe se ha podido constatar la estrecha relación entre el sector sanitario público y el privado en sus distintas manifestaciones. La provisión privada de servicios públicos puede ser socialmente conveniente cuando el sistema público se vea limitado, siempre y cuando se establezca la garantía pública de la calidad del servicio contratado y se fomente la competencia, y la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Desde el punto de vista de la cobertura, el SNS alcanza prácticamente a la totalidad de la población mientras la penetración de la asistencia sanitaria privada, fundamentalmente a través de la figura del seguro sanitario es un fenómeno minoritario, aunque creciente en las últimas décadas, concentrado territorialmente, por edades y nivel socioeconómico, y acentuado a partir de la pandemia. La cobertura mixta arroja importantes diferencias territoriales y es más frecuente entre la población de ingresos más altos, en edades intermedias y con mayor nivel de estudios. Esta evolución se encuentra relacionada con factores como la subsistencia del mutualismo administrativo, la evolución demográfica, el aumento del nivel educativo y de renta, las mayores expectativas del paciente, la densidad poblacional o las políticas de gasto público regional. Según el Barómetro sanitario, la rapidez de la atención constituye la principal razón para contratar un seguro sanitario, a gran distancia de cualquier otro tipo de motivaciones.

La interconexión entre el sistema público y el privado se manifiesta en múltiples dimensiones del entorno sanitario, comenzando por la propia formación de sus profesionales. Desde comienzos de siglo, la oferta formativa de titulaciones sanitarias en universidades privadas no ha dejado de crecer, en paralelo al aumento del interés por ellas y las dificultades de acceso marcadas por el *numerus clausus* en las universidades públicas. Sin embargo, la gran mayoría de plazas de residentes para la formación especializada radica en los centros y hospitales públicos.

La coexistencia de profesionales es especialmente intensa en el nivel de la atención especializada y hospitalaria. El 60 por 100 del total de hospitales pertenecen a la red del SNS y el 40 por 100 al sector privado. De hecho, en las últimas décadas la expansión de la red hospitalaria pública ha tenido lugar principalmente a través del desarrollo de la denominada red de utilización pública, es decir, centros de dependencia privada que dedican más del 80 por 100 de sus recursos a la prestación de servicios financiados por el SNS. En la red de utilización pública se llevan a cabo actividades vinculadas a la sanidad privada, del mismo modo que profesionales al servicio de las instituciones sanitarias públicas pueden trabajar para el sector privado o de forma autónoma. El 30 por 100 de los profesionales sanitarios que trabajan en el sector hospitalario privado, lo hace en hospitales privados que cuentan con un concierto sustitutorio o que pertenecen a una red de utilización pública.

El sector privado comparte cada vez más con el público las dificultades para la captación y retención del personal sanitario. Aunque la gran mayoría del personal facultativo del SNS desempeña sus funciones en régimen de exclusividad, en la mayor parte de los Servicios de Salud autonómicos se permite compatibilizar el ejercicio de la sanidad pública con sus actividades privadas, siempre que se cumplan una serie de requisitos regulados por la normativa.

Por otro lado, mientras el esfuerzo inversor del SNS en formación continua del personal facultativo hospitalario se sitúa según la AIREF en un nivel muy bajo y es desigual territorialmente, la industria farmacéutica desempeña un papel significativo en la formación continuada de este personal, si bien al margen de lo que sería una planificación en atención a los objetivos y necesidades de los profesionales identificados por la Administración sanitaria.

Por su parte, los conciertos con el sector sanitario privado para la provisión de diferentes servicios del SNS, un tipo de fórmula de gestión mixta muy extendida en Cataluña, están adquiriendo una importancia creciente también en otras comunidades, como Madrid o Baleares. Este tipo de colaboración público-privada absorbe un volumen creciente de recursos públicos que, a su vez, sostienen el modelo de negocio del sector hospitalario privado. En todo caso, existe margen de mejora en el diseño de los pliegos, las condiciones especificadas en los contratos y la supervisión que se hace de los mismos.

La colaboración público-privada es especialmente fructífera en el ecosistema de investigación biomédica, contribuyendo a la buena posición de España en este campo, como se ha visto en el apartado correspondiente de este informe.

En todo caso, la complementariedad del sector privado respecto al público y la existencia de fórmulas de colaboración entre ambos no debe servir para diluir la obligación de los poderes públicos de garantizar el derecho a la salud y un alto nivel de calidad de la atención sanitaria prestada a través de la red pública, que debe ser reforzada.

Propuesta:

- Dada la importancia económica y la complejidad de los distintos tipos de conciertos existentes con el sector privado, todas las Administraciones públicas se deberían comprometer a realizar evaluaciones sistemáticas, transparentes e independientes de eficiencia, eficacia y equidad de las distintas fórmulas de gestión público-privada adoptadas.

Mejora de la gestión y la evaluación del sistema

El sistema sanitario es una organización de gran tamaño y complejidad donde se toman a diario millones de decisiones de gestión que influyen en los recursos disponibles y la eficiencia en su utilización, las condiciones de trabajo del personal y la propia calidad de la atención al paciente. A lo largo de la realización del informe se han podido constatar numerosas mejoras en el sistema de información del SNS pero también importantes lagunas que dificultan la aproximación al sistema en su conjunto. No se trata tanto de la carencia de indicadores sino de la existencia de un sustrato organizativo que aborde su explotación continua desde la perspectiva de su adecuación al perfil sanitario de la población y a los resultados en salud.

A título de ejemplo, la información ofrecida a través del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y la Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) queda circunscrita al número de consultas, profesionales, interconsultas y número de personas por cupo, pero no ofrece referencias a los resultados en salud producto de la actividad desplegada, lo que supone una traba para la evaluación de su funcionamiento. Tampoco muestra de forma precisa el volumen real de la actividad al no tener en cuenta la falta de cobertura de bajas de profesionales, cuyas agendas son con frecuencia asumidas por otros profesionales que las añaden a las propias.

Otro tanto ocurre con el sistema de atención especializada, donde si bien se incorpora información sobre la actividad del sector privado, esta no resulta fácilmente interpretable. Además, resulta difícilmente aprehensible el grado de coordinación interniveles, se carece de información sobre experiencias de modelos integrados de atención y otros numerosos aspectos que afectan a la vertiente cualitativa de la actividad y al uso eficiente de los recursos. La coordinación sociosanitaria en el SNS, por ejemplo, tan a menudo nombrada entre los resortes de mejora de la calidad de la atención, carece de corporeidad en forma de herramientas de información y seguimiento continuo que faciliten la visibilidad de las experiencias que se están llevando a cabo.

Un buen sistema de información constituye la base para impulsar la cultura evaluativa en el sistema sanitario, en la que se requiere profundizar en todas sus vertientes.

Propuestas:

- Continuar mejorando el sistema de información sobre salud y sistema sanitario con nuevas herramientas y observatorios que faciliten la evaluación continua del funcionamiento de las estructuras SNS en todas sus dimensiones, tanto atención primaria y atención especializada como otras áreas de atención (salud pública, atención a la salud mental, coordinación sociosanitaria, entre otras), incorporando registros sobre los resultados en salud de su actividad.
- Dadas las restricciones presupuestarias, todos los agentes de gasto sanitario, en particular las comunidades, deberían realizar o encargar evaluaciones rigurosas, independientes y transparentes de sus políticas y servicios sanitarios, y de las diferentes fórmulas de gestión implantadas. Ello permitiría detectar ineficiencias, inequidades y carencias, pero también identificar buenas prácticas susceptibles de ser emuladas por el resto.

Impulsar la participación social en el SNS

Una de las dimensiones más difuminadas, pero no por ello menos importantes, de la gobernanza del sistema sanitario está relacionada con la participación de la sociedad civil en la gestión del SNS. Esta responde a un doble interés: por un lado, hacer efectiva la participación como un derecho democrático que promueve una mayor autonomía ciudadana y responsabilidad social en la gestión de lo público. Por el otro, dar respuesta a una necesidad técnica, pues sin la presencia de la ciudadanía en diferentes instancias de gestión sanitaria se limitan las posibilidades de resolver problemas vinculados con los procesos terapéuticos. Así, por ejemplo, un sistema que desconoce la participación social en la gestión del sistema podría ostentar las mejores estadísticas de esperanza de vida al nacer, pero limitaría sus posibilidades de conocer y dar respuesta a acciones que, por acción u omisión, puedan resultar o percibirse como violentas, abusivas o vejatorias.

El desarrollo normativo del SNS ha ido introduciendo en su modelo de gestión y gobernanza diferentes mecanismos de participación social, tanto en el ámbito local, como autonómico y nacional. Ahora bien, al igual que ocurre con algunos indicadores de calidad del sistema, la naturaleza de las organizaciones que forman parte de algunos órganos de participación varía notablemente entre territorios, especialmente en el ámbito local.

En la actualidad, no existen cifras oficiales que den cuenta del número de foros, consejos, comités consultivos u otros órganos donde esté representada la sociedad civil. A esto se suma que el entramado institucional que la legislación reconoce para la participación social presenta importantes limitaciones derivadas de cierta opacidad y confusión en cuanto a sus funciones y competencias. A diferencia de lo que ocurre con la participación de los pacientes en la toma de decisiones compartida respecto de su salud, que parece mucho más clara y con un recorrido mayor, la participación colectiva se articula de manera difusa, con múltiples instancias de participación que en su conjunto se asemejan más a un mosaico que a un verdadero sistema integrado y coherente de participación.

Finalmente, una de las esferas más interesantes de participación de la sociedad civil es en el ámbito de las organizaciones de pacientes y usuarios. Si bien no queda claro cuál es el rol que ocupan en la gestión del sistema, esto no ha impedido que se conforme una vasta red de organizaciones que ejercen una importante incidencia política y social en torno a mejoras que requiere el sistema, siempre desde la perspectiva de pacientes y su entorno familiar y de cuidados.

Al margen de su participación institucional e interés por participar en la gobernanza del SNS, las organizaciones de pacientes ejercen una importante labor de investigación, formación y difusión de información, que no solo impacta en las políticas públicas sanitarias, sino también en el empoderamiento de pacientes y familiares con el objetivo de que puedan participar plenamente en las decisiones que afectan a su enfermedad o tratamiento.

Propuestas:

- Incorporar al SISNS información accesible, centralizada y actualizada de las diferentes unidades administrativas en las que existe presencia de la sociedad civil, tanto si se trata de órganos meramente consultivos como si son espacios de toma de decisiones.
- Respetando la naturaleza y atribuciones legales de las distintas organizaciones y órganos de participación, mejorar y fortalecer la participación y representación ciudadana en el Sistema Nacional de Salud, impulsando esferas como los Consejos de Salud de área, dotando de carácter permanente al Foro Abierto de Salud y, en general, promoviendo una mayor presencia de las asociaciones de personas consumidoras y usuarias más representativas en los distintos ámbitos de participación.

Impulsar el ecosistema de investigación e innovación y la digitalización sanitaria

El correcto funcionamiento del sistema de investigación biomédica y sanitaria es esencial para desarrollar tratamientos efectivos y avanzar en el conocimiento científico que sustenta la práctica médica. Pese a ser un ámbito de creciente relevancia en nuestro país, que ha venido impulsándose por distintas vías, es necesario seguir realizando esfuerzos para abordarlo de una manera más cohesionada, eficiente, sostenible y ética, aprovechando las enormes oportunidades que brinda la digitalización sanitaria y la inteligencia artificial.

España es un referente en investigación biomédica, con un potente sistema públi-

Fomentar la inversión pública y privada en investigación biomédica y sanitaria

co de investigación sanitaria, si bien existe margen de mejora en términos de intensidad del gasto en I+D, manejo del talento y traslación de resultados a la práctica real. Dado que la biomedicina es uno de los sectores que más van a cambiar el futuro de la sociedad, resulta

acuciante tratar de resolver estos retos. Los principales desafíos consisten en aumentar los recursos humanos y técnicos disponibles para la investigación; simplificar el entorno regulatorio y administrativo en el ámbito de la investigación, así como asegurar una mayor traslación de los resultados de la investigación.

Propuestas:

- Aumentar la financiación y mejorar la fiscalidad de la I+D biomédica, estableciendo prioridades en los Presupuestos Generales del Estado y de las comunidades autónomas, y buscando recursos adicionales de financiación desde el sector privado y las convocatorias internacionales de investigación.
- Asegurar una ejecución adecuada y ágil de todos o buena parte de los recursos europeos recibidos.
- Para ello, habría que analizar a qué se debe el menor ritmo de ejecución de fondos por parte del sector privado, y tratar de solventar los problemas detectados, ya sean de índole administrativa, legal, organizativa o económica.
- Invertir en áreas clave que permitan aumentar la masa crítica nacional, asegurando la continuidad de los proyectos una vez finalizados los fondos.
- Invertir en las capacidades y competencias del personal investigador, no solo durante la etapa formativa inicial sino también a lo largo de toda su trayectoria profesional, incluyendo las relacionadas con la digitalización.
- Dotar a los centros de infraestructuras y recursos técnicos y humanos para adaptarse a las nuevas exigencias científicas y regulatorias que presenta el nuevo reglamento europeo de ensayos clínicos²⁶⁵.
- Garantizar un marco normativo estable y predecible de la investigación, evitando cambios frecuentes que puedan afectar a la continuidad y planificación de los proyectos.
- Simplificar los procedimientos administrativos asociados a la obtención de fondos y ejecución de proyectos de investigación, eliminando trabas.
- Agilizar trámites y plazos de respuesta en las convocatorias públicas.
- Introducir una mayor flexibilidad en la contratación de personal, con plena sujeción al marco laboral vigente y a la definición de categorías profesionales establecida.
- La contratación de gestores administrativos podría aliviar la carga administrativa de los investigadores.
- Mejora de los marcos de colaboración entre la investigación básica y la clínica, así como una mayor colaboración público-privada, para una mayor traslación del conocimiento de la academia al mundo real.

265 Reglamento (UE) núm. 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE Texto pertinente a efectos del EEE.

- Revisar las condiciones de acceso a las convocatorias de ayudas, evaluando la accesibilidad a las mismas en función del tipo y tamaño de las empresas, evitando que queden desiertas por la existencia de barreras administrativas.
- Desarrollar y fomentar formas de compra pública innovadora por parte del sector público que permitan integrar soluciones para satisfacer sus demandas clínicas y económicas.
- Reforzar la investigación y el conocimiento de las intervenciones en salud pública, al igual que la investigación sobre determinantes sociales y ambientales de la salud, mediante convocatorias específicas para estas áreas de investigación.
- Fomentar la inclusión de la perspectiva de género en la investigación biomédica, incidiendo especialmente en patologías tradicionalmente sub-estudiadas.

Aprovechar las oportunidades que brinda la digitalización sanitaria

La digitalización sanitaria tiene el potencial de mejorar la eficiencia, la accesibilidad y la calidad de la atención médica, así como de empoderar a los pacientes. Sin embargo, para ello, se debe resolver el desigual acceso a las tecnologías, el desarrollo de nuevas capacidades, la falta de integración de los sistemas de información, o el adecuado control de los datos personales de los pacientes, entre otros aspectos. Resulta prioritario reducir la brecha digital de los usuarios, así como alinear las capacidades con las necesidades.

Propuestas:

- Proporcionar los medios adecuados de acceso e interlocución con el sistema sanitario.
- Fomentar la diversidad de canales de comunicación, y su adecuación a distintos grados de alfabetización digital.
- Potenciar las capacidades tecnológicas de los grupos de población más vulnerables, con programas de alfabetización digital que enseñen habilidades básicas de tecnología.
- Colaborar con empresas tecnológicas para desarrollar soluciones innovadoras y programas que aborden la brecha digital.
- Seguir invirtiendo en la formación, competencias digitales y capacidades necesarias para que los profesionales sanitarios puedan ser ciber-resilientes en el uso de herramientas digitales.
- Incorporar nuevos perfiles profesionales en el sistema sanitario (bioinformática, biofísica, matemáticas, inteligencia artificial, etc.), con un adecuado sistema de formación e incentivos, para poder afrontar mejor la digitalización sanitaria.

Para poder generar y utilizar información sanitaria de manera eficiente y segura, se deben desarrollar sistemas electrónicos que permitan la recopilación y almacenamiento

de datos de salud de forma estructurada y estandarizada, facilitando al mismo tiempo el intercambio de información entre sistemas. Además, el adecuado manejo de los datos personales será fundamental para garantizar la privacidad y seguridad de la información del paciente. Por tanto, recopilar, almacenar, procesar y compartir información, así como asegurar el correcto manejo de los datos personales constituyen retos de primer orden.

Desarrollar e integrar los sistemas de información sanitaria

Propuestas:

- Facilitar la integración e interoperabilidad de los sistemas de información a nivel autonómico y nacional, con una historia clínica digital única compartida entre atención primaria y hospitalaria, y una funcionalidad óptima y compartida de la tarjeta sanitaria electrónica.
- Dar pasos hacia una mayor interoperabilidad del sistema público de información con el sistema privado de salud, las mutualidades y las oficinas de farmacia.
- Fomentar la recogida, almacenamiento, procesamiento y análisis de datos procedentes de las distintas fuentes para mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la investigación.
- Desarrollar herramientas que ayuden a utilizar y aplicar mejor la información del sistema sanitario, evitando sesgos estadísticos y sociales.
- Abordar los retos éticos del manejo de los datos médicos de pacientes como fuente de información de la inteligencia artificial en medicina, teniendo en cuenta su privacidad, consentimiento informado y estándares éticos aprobados.
- Abordar los retos legales del manejo de los datos médicos de pacientes, asegurando el cumplimiento normativo y considerando la propiedad de datos, la responsabilidad legal y los estándares legales en desarrollo de la IA.
- Invertir en ciberseguridad y otras medidas de seguridad de la información para prevenir ataques informáticos y proteger los datos personales.
- Capacitar al personal que maneja datos sobre las mejores prácticas de seguridad y privacidad.

Mejorar la coordinación, la cooperación y la gobernanza del sistema

La coordinación, cooperación y gobernanza en el sistema sanitario son aspectos cruciales para garantizar la eficiencia, equidad y calidad en la prestación de servicios de salud. Si bien no existen soluciones simples para el complejo entramado institucional que supone el sistema sanitario, cabría realizar algunas recomendaciones generales para mejorar su funcionamiento a nivel macro (sistema de salud en su conjunto) y meso (organizaciones, regiones, comunidades), incorporando los principios de la buena gobernanza a todos los niveles.

Liderazgo y gobernanza del sistema

Resulta prioritario clarificar los roles y responsabilidades de las diferentes instituciones y actores en el sistema de salud para evitar duplicidades y asegurar una distribución eficiente de recursos, dotando al sistema de mayor coherencia y continuidad.

Propuestas:

- Dotar al Ministerio de Sanidad de una mayor visión estratégica y liderazgo, reforzando su papel como ente coordinador, con una adecuada organización de los recursos personales, materiales y organizativos.
- Definir claramente las atribuciones y responsabilidades de los distintos agentes del sistema, con una adecuada planificación a medio y largo plazo.
- Establecer un reglamento interno para la Comisión Permanente de Farmacia, que regule sus funciones, composición y régimen de adopción de acuerdos.
- Aclarar legalmente el papel del CISNS y el alcance de su capacidad de coordinación, teniendo en cuenta que los ámbitos de cooperación inter-administrativa necesitan no solo respetar las distintas funciones y competencias, sino también los marcos de lealtad institucional, con un esfuerzo común por tratar de cumplir con los objetivos compartidos.
- Desarrollar y publicar procedimientos y metodologías claras, que permitan dotar a las distintas partes del proceso de consistencia, equidad y transparencia.
- Todo este impulso convendría desarrollarlo en el marco de un nuevo pacto social por la sanidad pública que implique a todas las fuerzas políticas y a todos los sectores de la sociedad, de modo que sea sostenible en el tiempo.

Armonizar el sistema de evaluación de tecnologías sanitarias

Como ya se ha adelantado, se debe solucionar el vacío normativo en el que se encuentra actualmente la evaluación de tecnologías sanitarias, con evaluaciones a nivel europeo que habrá que completar en los aspectos que sean de competencia nacional, hacia lo que apunta el proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias, abierta a consulta pública en octubre de 2023. La necesidad de reglamentar y armonizar la evaluación de tecnologías sanitarias se ha hecho más acuciante tras la sentencia de la Audiencia Nacional, en la que declara nulo de pleno derecho el acuerdo en el que se sustentaba la actual evaluación de medicamentos.

Propuestas:

- Lograr una atribución clara de las funciones de los distintos agentes del sistema, que evite evaluaciones redundantes e innecesarias.
- Arbitrar los mecanismos administrativos internos necesarios para garantizar la independencia entre la evaluación económica y la decisión de financiación

de las tecnologías sanitarias, con una estructura que permita dar información clínica y económica y que informe una toma de decisiones, pero que no sea la propia de la toma de decisiones.

- Debe dotarse a los órganos de evaluación de recursos personales y materiales suficientes como para desarrollar esta competencia de manera rigurosa, ágil, independiente y sostenible en el tiempo.
- Introducir en el sistema de evaluación una mayor predictibilidad y transparencia, aumentando la certidumbre sobre la metodología utilizada y los tiempos necesarios de cada fase del proceso.
- Explorar vías para agilizar el acceso a los medicamentos, con procesos paralelos en vez de secuenciales, aportación de modelos sólidos de evaluación económica por parte de las compañías farmacéuticas, inicio temprano de las negociaciones de precio, o la fijación de precios provisionales y modulables en el tiempo.
- Dotar al Fondo de cohesión sanitaria de financiación continua y suficiente para luchar contra las desigualdades en salud.
- Reglamentar un sistema de evaluación de las tecnologías sanitarias con mecanismos claros de participación a diferentes niveles, incluyendo los representantes de los intereses de los pacientes, organizaciones de consumidores, profesionales sanitarios y los propios operadores económicos, así como cualquier otra parte interesada con un interés legítimo.

Por otro lado, la coordinación continua y armonizada de los distintos agentes del sistema, incluyendo los servicios de salud y áreas funcionales, como es el caso del entorno sociosanitario, es esencial para garantizar una atención integral y efectiva a los pacientes.

*Mejorar la coordinación
entre instituciones y
agentes del sistema*

Propuestas:

- Ejecutar la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública como forma de mejorar la gobernanza del SNS y fomentar mecanismos de cooperación entre los servicios asistenciales y de salud pública de las comunidades autónomas.
- Mejorar la colaboración y coordinación inter-institucional, implantando de manera efectiva un modelo de gobernanza basado en *One Health*.
- Establecer canales de comunicación claros y eficientes entre los profesionales de la salud, los servicios sociales, y otros actores involucrados.
- Promover la competencia por comparación entre entes del sector público, como forma de estimular la rendición de cuentas, con datos que ayuden a reducir la asimetría informativa.
- Evaluar las experiencias en modelos de atención integrada entre distintos niveles de atención y considerar su extensión, como posible forma de mejorar la prevención y la calidad de la atención.

- Promover una evaluación independiente y rigurosa de las distintas fórmulas de gestión sanitaria realizadas, como forma de conocer su impacto real y de guiar la toma de decisiones futuras.
- Profundizar en la profesionalización de la gestión sanitaria, como herramienta de transformación del sistema sanitario, utilizando adecuados incentivos, formación y motivación de los recursos humanos, a todos los niveles.
- Reforzar y dar continuidad a la coordinación entre el ámbito asistencial y el sociosanitario, con protocolos claros de actuación en las residencias de personas mayores y otros colectivos vulnerables.
- Mantener también una coordinación con el sector sanitario privado, como una forma creciente de provisión de salud, en el marco de la garantía pública de la suficiencia y la calidad de la atención prestada.
- Aumentar la participación ciudadana en la gobernanza del sistema, con mayor presencia de los agentes económicos y sociales; las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas, así como pacientes y sociedades científicas.

El punto de inflexión que supuso la irrupción de la pandemia en el sistema sanitario dio lugar a importantes compromisos de fortalecimiento del SNS, que necesitan materializarse. El sistema sanitario se encuentra en un momento propicio para afianzar la universalidad, la equidad, la calidad y la sostenibilidad, haciéndolo más resiliente y al mismo tiempo más centrado en las necesidades de las personas usuarias, superando el mero enfoque reactivo frente a la enfermedad para incorporar plenamente el paradigma de la prevención y promoción de la salud a lo largo de la vida y en todas sus esferas.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
AE: atención especializada.
AFI: Analistas Financieros Internacionales.
AGE: Administración General del Estado.
AGP: Alianza General de Pacientes.
AIReF: Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal.
AP: atención primaria.
ASD: angiografía vascular intervencionista.
ASPE: Alianza de la Sanidad Privada Española.
BDCAP: Base de datos clínicos de atención primaria.
BDPP: Base de datos de población protegida.
BIFIMED: Buscador de la Información sobre la situación de la financiación de los medicamentos.
CCAA: comunidades autónomas.
CCOO: Comisiones Obreras.
CCAES: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
CEOE: Confederación Española de Organizaciones Empresariales.
CEPYME: Confederación Española de la Pequeñas y Mediana Empresa.
CES: Consejo Económico y Social.
CHESSMEN: Coordination and Harmonisation of the Existing Systems against Shortages of Medicines, European Network.
CIBER: Centros de Investigación Biomédica en Red.
CIPM: Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos.
CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.
CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
CNIC: Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares.
CNIO: Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.
COVID-19: coronavirus disease 2019 (Enfermedad causada por el SARS-CoV-2).
COFOG: Classification of Functions of Government (Clasificación Funcional del Gasto de las Administraciones públicas).

CRES: Centre de Recerca en Economia i Salut.
CPF: Comisión Permanente de Farmacia.
CSUR: centros, servicios y unidades de referencia.
CyGE: Comisión de Garantía y Evaluación.
CT+Gamma: tomografía computarizada de emisión monofotónica.
DGCSSNSF: Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.
DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
DGCYF: Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.
EAP: equipos de atención primaria.
ECHI Data Tool: indicadores esenciales europeos de salud.
ECO: ecógrafos.
EDADES: Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España.
EES: Encuesta Europea de Salud.
EFPIA: Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas.
EJC: equivalentes a jornada completa.
EM: Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
ESM: Estrategia de Salud Mental.
ESP: Estrategia de Salud Pública.
EUROSTAT: Oficina Estadística de Unión Europea.
EV: esperanza de vida.
ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea.
FACME: Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas.
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
FCIEN: Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas.
FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias.
FUNCAS: Fundación de las Cajas de Ahorro.
GLASS: Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System.
HEM: sala de hemodinámica.
IA: inteligencia artificial.
I+D+i: investigación, desarrollo e innovación.
IIS: Institutos de Investigación Sanitaria.
INE: Instituto Nacional de Estadística.
INCLASNS: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.
INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

ISCIH: Instituto de Salud Carlos III.

ITP: informes de posicionamiento terapéutico.

JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

LCCSNS: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

LGS: Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad.

LGTBI: lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales.

LORE: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la eutanasia.

LSSRIVE: Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

MAMO: mamógrafos.

MERS: síndrome respiratorio de oriente medio (siglas en inglés).

MRR: Mecanismo para la Recuperación y la Resiliencia.

MIR: médico interno residente.

MON: monitorización de pacientes críticos.

MRI: resonancia magnética por imagen.

MS: Ministerio de Sanidad.

MUFACE: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

MUGEJU: Mutualidad General Judicial.

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.

OPI: Organismo Público de Investigación.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OMC: Organización Médica Colegial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OMSA: Organización Mundial de la Salud Animal.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PERTE: Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica.

PET: tomografía por emisión de positrones.

PIB: Producto Interior Bruto.

POP: Plataforma de Organizaciones de Pacientes.

PRAN: Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos.

RAE-CMDB: Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada-Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias.

RCO: radiología convencional.

RT: terapia de radiación.

SARS: síndrome respiratorio agudo grave (siglas en inglés).

SARS-CoV-2: coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (siglas en inglés).

SCReN: Plataforma de Soporte para la Investigación Clínica.

SEC: Sistema Europeo de Cuentas.

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria.

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada.

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria.

SDIC: sistemas digitales de inyección de contraste.

SISLE-SNS: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud.

SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography o tomografía por emisión de fotón único.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SVI: soporte vital.

TAC: tomografía axial computarizada.

TEC: terapias de calor.

RM: resonancia magnética.

TRLGSS: texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

UCM: Universidad Complutense de Madrid.

UE: Unión Europea.

UNEP: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

INFORME SOBRE EL SISTEMA SANITARIO: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

Este informe, elaborado por la Comisión de Trabajo de Salud, Consumo, Asuntos Sociales, Educación y Cultura bajo la presidencia de Félix Martín Galicia (consejero del grupo tercero, HISPACOO) y la vicepresidencia de Ana Eva Antón Fernández (consejera del grupo primero, CCOO), se aprobó en la sesión ordinaria del Pleno celebrada el día 28 de febrero de 2024.

Composición del Pleno del Consejo Económico y Social (*)

Presidencia: Antón Costas Comesaña

Secretaría General: María Soledad Serrano Ponz

Vicepresidencia: Carmen Vidal Barbero (CCOO)
Francisco Javier Ferrer Dufol (CEOE-CEPYME)

Grupo primero

Antonio José Abad García (UGT)
Ana Eva Antón Fernández (CCOO)
Ricard Bellera Kirchhoff (CCOO)
Luis Burgos Díaz (CIG)
Francisco Carbonero Cantador (CCOO)
José Ignacio Castillo Manzano (UGT)
María Jesús Cedrún Gutiérrez (UGT)
Eduardo Donaire Yáñez (UGT)
Cristina Estévez Navarro (UGT)

Gema Gómez Parla (CCOO)
Antonio González González (UGT)
Ramón Górriz Vitalla (CCOO)
Luis Lozano Mercadal (UGT)
Carlos Gutiérrez Calderón (CCOO)
Enrique Martín-Serrano Jiménez (CCOO)
José Manuel Morán Criado (UGT)
Magdalena Eva Urbano Blanco (CCOO)
Xabier Zabala Monasterio (ELA)

Grupo segundo

Ana Esperanza Beltrán Blázquez (CEOE-CEPYME)
Antonio Carrillo Alcalá (CEOE-CEPYME)
Jordi Casas Bedós (CEOE-CEPYME)
Jorge de Saja González (CEOE-CEPYME)
Teresa Díaz de Terán López (CEOE-CEPYME)
Pedro C. Fernández Alén (CEOE-CEPYME)
Celia Ferrero Romero (CEOE-CEPYME)
Agustín González Herмосilla (CEOE-CEPYME)
Alberto González Menéndez (CEOE-CEPYME)
Ana Isabel Herráez Plaza (CEOE-CEPYME)

Juan Antonio Labat Arangüena (CEOE-CEPYME)
Félix Longás Lafuente (CEOE-CEPYME)
José Pablo Martínez Marqués (CEOE-CEPYME)
César Maurín Castro (CEOE-CEPYME)
Edita Pereira Omil (CEOE-CEPYME)
Carmen Pleite Broseta (CEOE-CEPYME)
Antonio Romero Mora (CEOE-CEPYME)
Rosario Isabel Santos Fernández (CEOE-CEPYME)
Juan Jesús Vives Ruiz (CEOE-CEPYME)

Grupo tercero

Juan José Álvarez Alcalde (ASAJA)
Jerónima Bonafe Ramis (CEPES)
José Ignacio Conde Ruiz (Expertos)
Ruperto Iglesias García (CEPES)
Juan Vicente López Gandía (Expertos)
Félix Martín Galicia (HISPACOO)
Miguel Martínez Cuadrado (OCU)
Matilde Mas Ivars (Expertos)
Fernando Móner Romero (CECU)
Leire Mugerza Garate (CEPES)

Rafael Muñoz de Bustillo Llorente (Expertos)
Eduardo Navarro Villarreal (COAG)
Javier Ojeda González-Posada (APROMAR)
José Basilio Otero Rodríguez (FNCP)
Domiciano Pastor Martínez (UPA)
Juan Antonio Pedreño Frutos (CEPES)
Gustavo Samayoa Estrada (FUCI)
José Antonio Suárez-Llanos Rodríguez (ARVI)
Raymond Torres Martín (Expertos)

(*) Composición del Pleno en la fecha de aprobación del informe.

Equipo técnico del Área de Estudios y Análisis

Nuria Moreno-Manzanaro García (coordinadora), Juan Ignacio Estévez Rubín de Celis, Natalia Fernández Durán, Carmen Vizán Rodríguez

Colaboraciones externas

Néboa Zozaya González, directora de *Health Affairs & Policy Research* de Vivactis Weber



CONSEJO ECONÓMICO
Y SOCIAL ESPAÑA



9 788481 884142