



universidad
de león
Facultad de Ciencias
Económicas y Empresariales

Facultad de Ciencias Económicas y
Empresariales Universidad de León

Grado en Economía

Curso 2020/2021

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL
ANTE EL COVID-19.

THE SPANISH HEALTH SYSTEM AGAINST
COVID-19.

Realizado por el Alumno Dña. Noelia Sierra Pérez

Tutelado por el Profesor Don. Luis Buen Día García.

León, febrero, 2021.

MODALIDAD DE DEFENSA PÚBLICA: Tribunal Póster

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETO	8
3. METODOLOGÍA.....	9
PARTE I: IMPACTO DEL COVID-19	10
4. LA PANDEMIA EN ESPAÑA.....	10
4.1 IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO	11
4.2 DIFERENCIAS TERRITORIALES EN LA INCIDENCIA DEL COVID-19	16
4.3 IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO.....	20
4.4 IMPACTO ECONÓMICO	24
5. LA PANDEMIA EN COMPARACIÓN.....	28
5.1 IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO	28
5.1 IMPACTO ECONÓMICO	31
PARTE II: ANÁLISIS DEL SISTEMA SANITARIO	33
6. LA SANIDAD EN ESPAÑA DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS	33
6.1 EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO	36
6.2 EVOLUCIÓN EN LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS:	39
6.2.1 Situación de la atención primaria (AP)	41
6.2.2 Situación de la Atención Secundaria (AS): Servicios hospitalarios y especializados.....	42
6.3 EVOLUCIÓN DEL EQUIPAMIENTO.....	46
6.4 SITUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO	49
7. EL SISTEMA SANITARIO A NIVEL AUTONÓMICO	52
7.1 GASTO SANITARIO.....	54

7.2	EVOLUCIÓN EN LA PROVISIÓN DE SERVICIO	56
7.3	EVOLUCIÓN DEL EQUIPAMIENTO	57
7.4	PERSONAL SANITARIO	61
7.5	ACCESIBILIDAD.....	65
8.	COMPARACIÓN CON LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO:.....	69
8.1	GASTO SANITARIO.....	70
8.2	RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS.....	72
8.3	EFICACIA, COBERTURA Y ACCESIBILIDAD.	75
9.	CONCLUSIONES	79
10.	REFERENCIAS:	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 4.1: Casos confirmados por COVID-19. (del 4/03/2020 al 21/07/2020)...	12
Gráfico 4.2: Fallecimientos confirmados por COVID-19. (del 4/03/2020 al 21/07/2020).	13
Gráfico 4.3: Casos confirmados y fallecimientos por grupo de edad.	14
Gráfico 4.4 Incidencia del COVID-19, casos por cada 100.000 habitantes por CC.AA. (1/03/2020 al 21/07/2020).....	14
Gráfico 4.5 Evolución de los contagios acumulados entre las CC.AA. (1/03/2020 a 21/07/2020)..	14
Gráfico 4.6 Fallecidos por COVID-19 por cada millón de habitantes. (1/03/2020 al 21/06/2020).	14
Gráfico 4.7: Porcentaje de camas de UCI ocupadas por pacientes con COVID-19. (15/03/2020 al 22/04/2020).....	21
Gráfico 4.8: Porcentaje de casos de Covid-19 que corresponden al personal sanitario. (hasta el 11 de mayo).....	22
Gráfico 4.9. Proyecciones PIB del Banco de España (tasas de crecimiento anuales)	25
Gráfico 5.1 : Comparación de casos confirmados y muertes totales por COVID-19 (del 1/03/2020 al 21/6/2020)	29
Gráfico: 5.2: Comparación Europa de los 15. Casos y muertes del COVID-19 por 100.000 hab.	29
Gráfico 5.3: Comparación del PIB en los años 2019,2020,2021. Los años 2020 y 2021 corresponden a proyecciones del PIB del FMI.	31
Gráfico 6.1: Gasto público total en sanidad consolidado en términos reales (GSP) y porcentaje del GSP respecto al PIB.....	37
Gráfico 6.2: Gasto sanitario público consolidado (GSP) y producto interior bruto (PIB). Tasa de variación interanual (en porcentaje). España, 2002-2018.....	38
Gráfico 6.3: gasto total consolidado: Gasto en la atención primaria y atención secundaria: hospitales y atención especializada.	40
Gráfico 6.4: Pacientes en espera para cirugía por cada 100 habitantes.....	44
Gráfico 6.5: Pacientes por cada 1000 habitantes en espera para una primera consulta en atención especializada.	45
Gráfico 6.6: Evolución de los centros de atención primaria por cada millón de habitantes.....	47
Gráfico 6.7: Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes.....	48
Gráfico 6.8: Evolución del personal sanitario por cada 1000 habitantes.	49
Gráfica 6.9: Gasto real consolidado en remuneraciones al personal del SNS.	51

Gráfico 7.1: Evolución del gasto público consolidado como porcentaje del PIB por Comunidades Autónomas.	54
Gráfico 7.2: Comparativa del gasto sanitario per cápita. (años 2008 y 2018)	55
Gráfico 7.3: Gasto por habitante en atención primaria y secundaria en las CC.AA.	55
Gráfico 7.4: Evolución de las camas hospitalarias por 1000 habitantes por CC.AA. (Años 2008 y 2018).....	55
Gráfico 7.5: Comparación de los quirófanos en funcionamiento por cada 100.000 habitantes (Años 2008 y 2018).....	60
Gráfico 7.6: Comparación del personal médico y de enfermería por cada 1000 habitantes. Año 2018.....	61
Gráfico 7.7: Personal médico por habitante en las CC.AA. (Años 2008 y 2018)...	62
Gráfico 7.8: Comparación del personal de enfermería por cada 1.000 habitantes (Años 2008 y 2018.).....	63
Gráfico 7.9: Tiempo de espera en días para una operación quirúrgica no urgente y cirugía general y digestiva. Año 2019.....	65
Gráfica 7.10: Comparación entre los pacientes en espera para la primera consulta de atención especializada (Años 2012 y 2019).	67
Gráfico 7.11: Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas contra la gripe (Años 2008 y 2018).....	68
Gráfico 8.1: Gasto corriente en sanidad per cápita en PPA.	71
Gráfico 8.2: Comparación de las camas y duración media de permanencia entre España y la Unión Europea.	72
Gráfico 8.3: Camas de hospital por cada cien mil habitantes en la UE.	73
Gráfico 8.4 : Comparación de médicos y enfermeros por cada 1000 habitantes...	74
Gráfico 8.5: Tasa de mortalidad prevenible y tratable por cada 100.000 habitantes. Año 2016.....	76
Gráfico 8.6: Índice de necesidades insatisfechas (EU-SILC).	78

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 6.1: Comparación del porcentaje de gasto público dedicado a cada función, años 2002, 2010 y 2018.....	39
Tabla 6.2: Número de hospitales en España.	46
Tabla 7.1: Comparación de la dotación de infraestructura sanitaria en las CC.AA. (2018)	57
Tabla 7.2: Media diaria de consultas del personal sanitario de la atención primaria (Año 2018)	64
Tabla 8.1: Coberturas (% de vacunación).	77

RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud se enfrenta a su primera pandemia global. El virus SARS-CoV-2 (COVID-19), ha provocado unas consecuencias devastadoras a lo largo del mundo dejando a España con uno de los peores escenarios. El país ha sido incapaz de contener el virus siendo muy graves las consecuencias en el ámbito de la salud. Por ello cabe preguntarse si el Sistema Nacional de Salud se encontraba en unas condiciones óptimas para afrontar la pandemia. El presente Trabajo de Fin de Grado realiza un análisis descriptivo de los principales datos disponibles para ofrecer una respuesta a esta incógnita. Para ello se ha dividido el trabajo en dos apartados. La primera parte proporciona información sobre el impacto del COVID-19 a nivel estatal, regional y comparaciones con el entorno europeo. La segunda realiza un análisis del Sistema Nacional de Salud en los últimos 20 años a través de los principales indicadores, comparados a nivel regional y europeo.

Palabras clave: Sanidad, Sistema Nacional de Salud, SARS-CoV-2, COVID-19.

ABSTRACT

The National Health System faces its first global pandemic. The SARS-CoV-2 (COVID-19) virus has caused devastating consequences throughout the world, and Spain has one of the worst scenarios. Spain has been unable to contain the virus and the healthy consequences are being very serious. That's why we should ask if our National Health System was in optimal conditions to face the pandemic. This project analyze with available data to offer an answer for this questions. The work has been divided into two sections. The first one provides information on the impact of COVID-19 and it compares them with european environment. And the second one analyze the National Health System in the last 20 years through the main indicators compared at a regional and European level.

Key words: public health, National Health System , SARS-CoV-2, COVID-19.

1. INTRODUCCIÓN

Desde que la pandemia de la COVID-19 se desatase en la ciudad China de Wuhan a finales de diciembre de 2019, no ha parado de producir consecuencias devastadoras en todo el mundo. A nivel humano, supone la mayor pandemia que han enfrentado las sociedades contemporáneas, reportándose más de 81 millones de casos y más de un millón ochocientas mil de muertes (ECDC, 12/2020), dejando a España como uno de los países más afectados de todo el panorama mundial con más de 1,9 millones de casos reportados y 50.000 fallecimientos. Los bloqueos para enfrentar al virus han tenido efectos nunca antes observados en relación al cambio de vida de las personas, suponiendo un gran impacto a nivel sociológico; y económico, con la crisis global más profunda desde la Segunda Guerra Mundial (Banco Mundial, 2020).

El común denominador para todas las naciones ha sido la falta de previsión y la subestimación de los riesgos del COVID-19, pese a las advertencias de organismos internacionales sobre la dimensión del virus y sus potenciales riesgos, sobre todo para la población más envejecida. En lo que divergen las naciones es en el impacto epidemiológico que ha supuesto el virus, siendo España el segundo país con mayor número de casos confirmados, por detrás de Estados Unidos, en los meses de marzo y abril. (ECDC, 2020).

La pandemia ha azotado con una mayor virulencia a España en comparación con los países del entorno, hecho que no solo se refleja en la afección de la primera oleada sino también en la segunda, en la que han sido confirmados más de 900.000 nuevos casos y 7,500 fallecimientos, desde julio hasta octubre (ECDC, 2020). Tras imponerse uno de los confinamientos más duraderos de la UE, y también tardíos, se esperaba una desescalada del virus paulatina y no un repunte tan drástico como el vivido, por ello se hace necesario estudiar cuáles son los factores que hacen que se falle a la hora de controlar el virus de la COVID-19.

La gran incidencia de la pandemia ha provocado una crisis sanitaria en la que el Sistema Nacional de Salud se ha visto saturado, incapaz de atender la totalidad de la demanda, teniendo que priorizar la atención a los pacientes. Por ello el objetivo de este trabajo es estudiar si el Sistema Nacional de Salud se encontraba en una situación óptima para afrontar la pandemia, pero también conocer sus debilidades para responder a las sucesivas oleadas del virus.

2. OBJETO

La finalidad del trabajo es ofrecer un análisis sobre el Sistema Nacional de Salud para dar una respuesta a por qué las consecuencias del COVID-19 han sido tan devastadoras en el ámbito de la salud. Los objetivos fundamentales son:

- i. Analizar el impacto del COVID-19 a nivel estatal, regional y europeo para establecer las principales diferencias en la repercusión del virus.
- ii. Estudiar las posibles causas que han provocado un mayor impacto del COVID-19 en España, a través de una revisión de la literatura y el análisis de los datos disponibles.
- iii. Analizar la evolución del Sistema Nacional de Salud en los últimos 20 años, a través de sus principales indicadores.
- iv. Realizar un análisis comparativo de los Sistemas Regionales de Salud.
- v. Comparar el sistema sanitario español con los distintos sistemas sanitarios del entorno europeo.

3. METODOLOGÍA.

El desarrollo del trabajo está fundamentado en la recopilación y el análisis de información a través de fuentes primarias y secundarias en materia de salud e impacto del COVID-19, proporcionadas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar principalmente.

La metodología utilizada parte del análisis descriptivo de los datos y de la revisión de la literatura científica que atiende al fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

La primera parte ha sido elaborada a través de los principales datos disponibles sobre el impacto de la COVID-19 proporcionados por el Instituto Carlos III, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC). También se ha realizado una revisión de la literatura disponible sobre las causas del impacto de la Covid-19 a través de los informes publicados por The Lancet y el informe “Una visión global de la pandemia Covid-19 qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC” publicado por el Centro Superior de Investigaciones Científicas en 2020.

En la segunda parte del trabajo, Análisis y Evolución del Sistema Nacional de Salud, ha sido utilizada información primaria proporcionada por las estadísticas del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadística, Eurostat, el Banco Mundial. Los mapas de coropletas se han elaborado mediante la aplicación de INCLANSS y Datawrapper. La información secundaria ha sido proporcionada por los informes “España: Informe del sistema sanitario”, realizado por Bernal-Delgado et al., (2018) y el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud” elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). También se ha realizado una revisión de la literatura en relación con la evolución del sistema nacional de salud.

En cuanto a construcción formal del texto, se ha realizado conforme al reglamento de Trabajos de Fin de Grado (TFG) dispuesto por la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de León

PARTE I: IMPACTO DEL COVID-19

4. LA PANDEMIA EN ESPAÑA

La OMS empezó a difundir las primeras alarmas sobre el COVID-19 en enero de 2020, cuando el brote ya se había descontrolado en Wuhan. Con su informe “National capacities review tool for a novel coronavirus”, trataba de estimar los riesgos de cada nación a través de un cuestionario donde poder identificar las deficiencias de los países ante una epidemia como el COVID. El informe no tuvo gran relevancia a nivel internacional, no siendo hasta la declaración de su director, el 30 de enero, cuando se pone en el disparadero al COVID-19 como “Emergencia de Salud Pública a Nivel Internacional”. En la misma fecha se detecta el primer caso de COVID-19 en España, confirmado por el Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III.

El virus continuó propagándose lentamente por el país produciéndose los primeros contagios en Madrid, Andalucía, Cataluña y Valencia, en el mes de febrero, sin ser focos de contagios. A finales de febrero de 2020 la OMS elevó el riesgo del virus a “muy alto” con más de 78.000 casos en China, presente ya en más de 20 países y reportados en la Unión Europea más de 47 casos. En ese tiempo las autoridades españolas decidieron no implementar medida alguna para la prevención, ni provisión, más que el control de los 31 casos confirmados; pese a disponer de un Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), el ente no toma un papel crucial en la fecha. En el entorno europeo se da la misma situación, el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), subestima al virus del COVID-19, no tomando ningún plan de acción concreto, en parte porque dichos entes carecen de poder ejecutivo.

El primer gran foco de contagio se da en la Comunidad Autónoma de Madrid, con 469 casos confirmados por la RENAVE a 9 de marzo, momento en el que se toman las primeras medidas de contención del virus basadas únicamente en el cese de la actividad educativa de la región. En las semanas siguientes el país se ve abrumado por las altas cifras de contagio, viéndose forzado a decretar unas medidas drásticas de confinamiento y cuarentena para toda la población el día 14 de marzo. Con anterioridad, el 12 de marzo, el Director General de la OMS declara el COVID-19 como “pandemia”, con más de 125.000 casos reportados y presente en 118 naciones. A partir de esa fecha con mayor o

menor prontitud todos los estados europeos plantean medidas de confinamiento para la población y de cierre de fronteras.

El 14 de marzo fue anunciado el “Estado de Alarma” que trajo consigo el confinamiento masivo de la población a través del Real Decreto 463/2020 que supone la *“restricción de la circulación de los ciudadanos, la garantía en el suministro de alimentos y productos necesarios para la salud pública, la regulación de la apertura de la hostelería, la restauración y los locales donde se realizarán actividades culturales, artísticas, deportivas y similares, la priorización del trabajo a distancia y la suspensión de la actividad escolar presencial”*. El 28 de abril se modifican progresivamente las condiciones establecidas en el “Estado de Alarma” a través de un Plan de Desescalada. Tras sucesivas prórrogas se pone fin al “Estado de Alarma” el 21 de junio donde los casos habían disminuido considerablemente, dándose como vencida la batalla contra el COVID-19.

4.1 IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

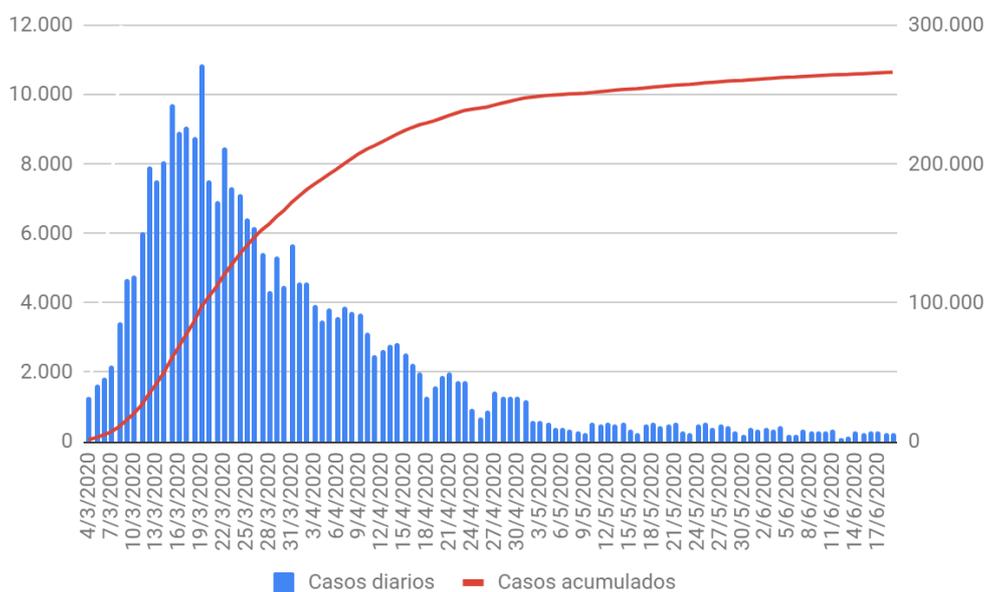
El impacto epidemiológico, en el presente trabajo, es analizado desde el mes de marzo, hasta el 21 de junio, cuando se pone fin al “Estado de alarma”. Se ha tomado como referencia el informe: Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España (RENAVE, 2020), con datos de hasta el 10 de mayo revisados el 29 de mayo, y los datos diarios proporcionados por RENAVE hasta el 21 de junio cuando finaliza el estado de alarma, extraídos en el mes de octubre de 2020; los datos de fallecimientos por COVID-19 y los informes diarios del Centro de Atención de Alertas y emergencias Sanitarias, extraídos en los meses de julio y noviembre de 2020

Los primeros casos notificados datan del mes de enero, cuando no se conocía que el COVID-19 hubiera sido importado del continente asiático. En el mes siguiente, los casos siguen aumentando aún con el desconocimiento de la enfermedad, no siendo hasta el mes de mayo cuando la cifra de casos reportados se dispara, con más de 1.000 contagios en los primeros días del mes.

El 14 de marzo se decreta el “Estado de Alarma Sanitaria por el COVID-19¹ cuando las cifras de casos registrados en centros de salud y urgencias hospitalarias son imparables, con cerca de 8.000 contagios ese día, 33.922 casos acumulados y más de 300 fallecimientos acumulados. El pico de los contagios se alcanza el 21 de marzo, con más de 10.000 casos confirmados y 500 fallecidos. Ante estas exacerbadas cifras el “Estado de Alarma” sufre una prórroga el 27 de marzo², cuando el número de casos se encontraba ligeramente en descenso, mientras que los fallecidos continuaban incrementándose. En todo el mes de marzo los decesos aumentan cada día, registrando el 30 de marzo su máximo, en 906 decesos.

Paulatinamente la mortalidad disminuye al igual que el número de contagios, en un descenso escalonado y lento. El 28 de abril comienza el Plan de Desescalada; a la fecha se reportan 886 contagios, y 259 fallecimientos. Las limitaciones de movilidad y de apertura de actividades comerciales van siendo menores en función de cada territorio, finalizando el 21 de junio para todas las regiones, con todavía 241 casos confirmados y 15 fallecidos.

Gráfico 4.1: Casos confirmados por COVID-19. (del 4/03/2020 al 21/07/2020).

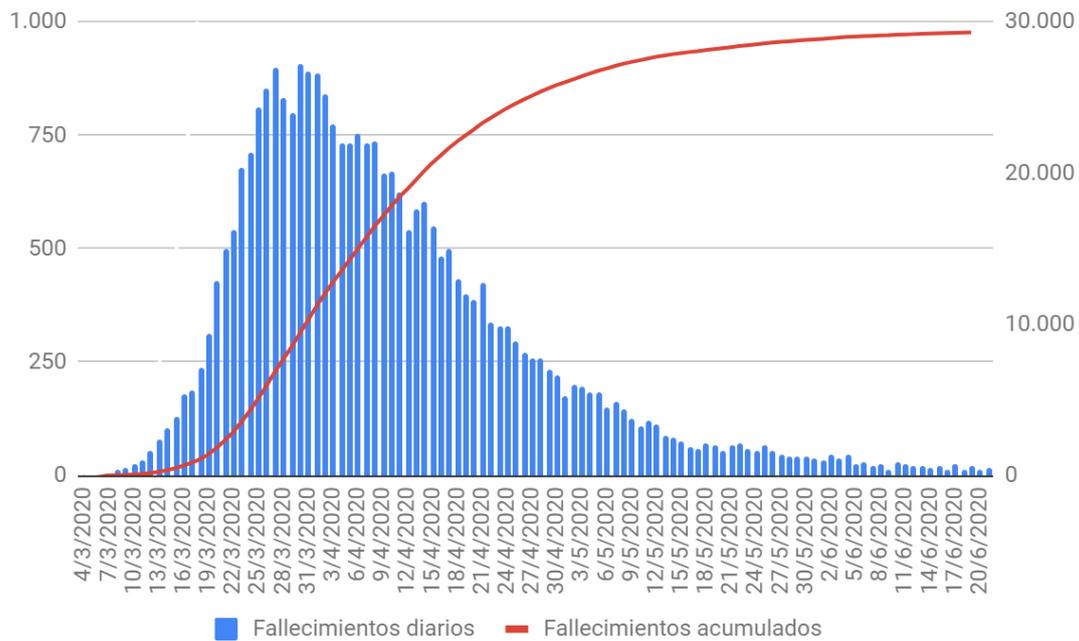


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RENAVE (octubre, 2020)

¹ Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se decreta el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

² Real Decreto 476/2020, de 27 de marzo, por el que se prorroga el estado de alarma.

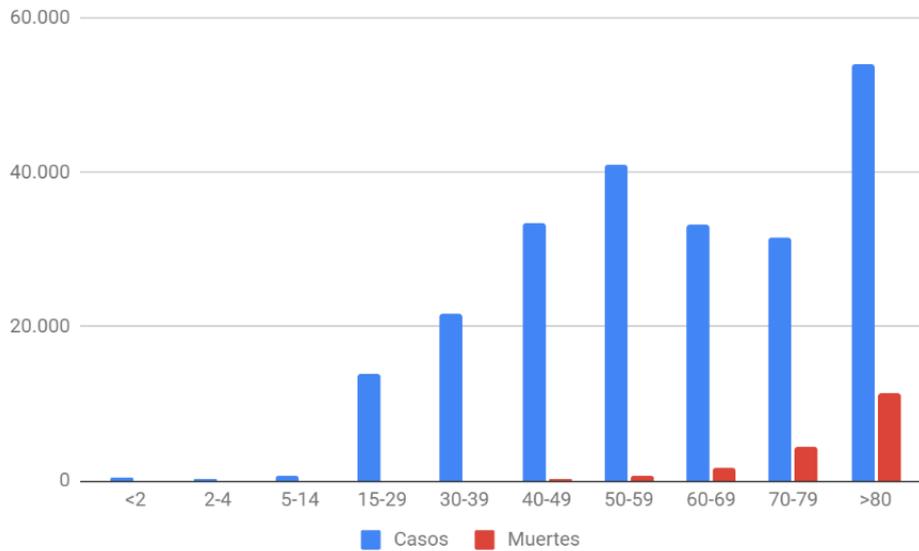
Gráfico 4.2: Fallecimientos confirmados por COVID-19. (del 4/03/2020 al 21/07/2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RENAVE (noviembre, 2020)

El impacto epidemiológico ha sido muy desigual entre la población, afectando con mayor virulencia a la población más envejecida. Tanto el contagio como la letalidad han recaído en los mayores de 70 años, con un 36% de los contagios y un 86,4% de las muertes. En concreto, el grupo más vulnerable ha sido el de más de ochenta años, con casi el 24% del total de los contagios, después se encuentra la población entre 50-59 años con más del 17% de los contagios, pero con una letalidad muy baja del 1,5%.

En España el virus ha tenido una letalidad muy alta, del 8,2%, tomando los datos hasta el 11 de mayo. El grupo de edad más dañado por la pandemia es el de los mayores de 80 años, en el que el virus ha tenido una letalidad de más del 20%, lo que hace que el 62,5% de las muertes por COVID-19 deriven de este grupo de edad.

Gráfico 4.3: Casos confirmados y fallecimientos por grupo de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RENAVE (mayo, 2020)

La crisis generada por el COVID-19 ha muchas de las carencias del sistema sanitario, en todos sus niveles, siendo los establecimientos de larga duración los más afectados por la crisis sanitaria. Las residencias, han sido incapaces de establecer medidas eficaces a la hora de contener el virus, hecho que puede estar directamente relacionado con que no están incluidos en la red del Sistema Nacional de Salud, lo que dificulta la coordinación y el control de estos centros.

Los residentes de centros de larga estancia y el personal sanitario que trabaja en ellas, son el colectivo que más ha sufrido las consecuencias del virus, por una falta de previsión y de equipamiento de los centros, agravado por la insuficiente capacitación del personal ante epidemias y emergencias sanitarias (CSIC,2010). La crisis ha puesto de manifiesto que se carece de cifras oficiales y homogéneas de las plazas residenciales, las edades de los internos y los trabajadores por anciano, lo que hace muy complicado establecer protocolos. Los problemas se han visto acrecentados con las deficiencias preexistentes respecto al control y a la supervisión de estos centros

Actualmente no se dispone de una recopilación oficial de los casos y los fallecimientos en las residencias de ancianos, ni un estudio pormenorizado de la situación de los sanitarios que trabajan en los cuidados de los mayores, por lo que el alcance del coronavirus en este colectivo, aunque ha sido muy grave, no puede ser estudiado.

Según el informe “Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA” de la ECDC (2020), en toda Europa se habrían subestimado y subnotificado los casos de COVID-19 en las residencias, por lo que los 5.400 decesos en residencias de ancianos que se han notificado oficialmente en España (11 de mayo, ECDC) podrían ser muchos más.

4.2 DIFERENCIAS TERRITORIALES EN LA INCIDENCIA DEL COVID-19

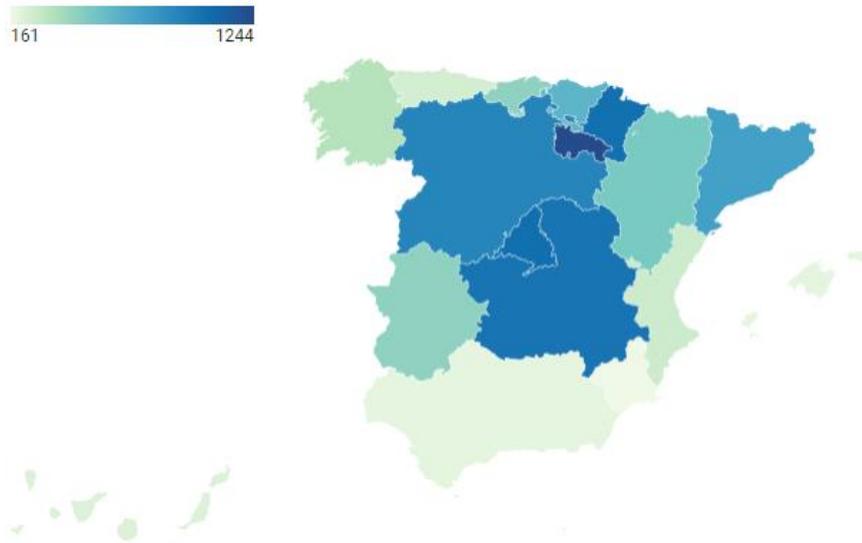
El primer aumento pronunciado de los casos se dio en la Comunidad de Madrid, en su capital, debido, entre otros factores, a la elevada densidad de población (833 h/km²), lo que provocó que la expansión del COVID-19 por el territorio fuera mucho más rápida. Cuando en la Comunidad de Madrid se reportaban a inicios del mes de marzo más de 1.000 casos diarios, en otras comunidades ni siquiera había contagios, por ello la elevada transmisión territorial se explica con el traslado masivo de los residentes de Madrid a otros territorios, justo antes de decretarse el confinamiento.

Analizando las políticas aplicadas³, se pueden considerar como demasiado homogéneas y tardías, ya que el confinamiento ha sido igual de estricto para todo el territorio, mientras que la pandemia ha tenido una incidencia muy desigual. Cuando se decretaron las primeras medidas, algunas regiones registraban más de 5.000 casos diarios (Madrid), mientras que en otras no llegaban a los 200 casos (Canarias). Las políticas aplicadas han sido poco eficaces en los territorios más afectados, ya que las CC.AA. que tenían unas tasas de incidencia y de mortalidad más altas cuando entró en vigor el Decreto de Estado de Alarma, también han tenido unas tasas de incidencia y mortalidad mayores (Figueiredo et al., 2020). A su vez, en un inicio, las políticas no cumplieron su objetivo, el de contener el virus en sus focos, principalmente el de Madrid, lo que provocó que el COVID-19 se extendiera rápidamente por el territorio.

La incidencia de la pandemia, desde marzo hasta junio, ha sido desigual en el territorio. Aunque la media se encuentra en 566,72 contagios por cada 100.000 habitantes existen diferencias muy amplias. Los territorios con más contagios (Castilla-La Mancha, Navarra, La Rioja y Murcia), tienen ratios de más de 1.000 por cada 100.000 habitantes frente a menos de 200 por cada 100.000 habitantes en los territorios con menos incidencia (Murcia, Andalucía y Baleares).

³ “Estado de Alarma” 14 de marzo.

Gráfico 4.4: Incidencia del COVID-19, casos por cada 100.000 habitantes por CC.AA. (1/03/2020 al 21/07/2020).



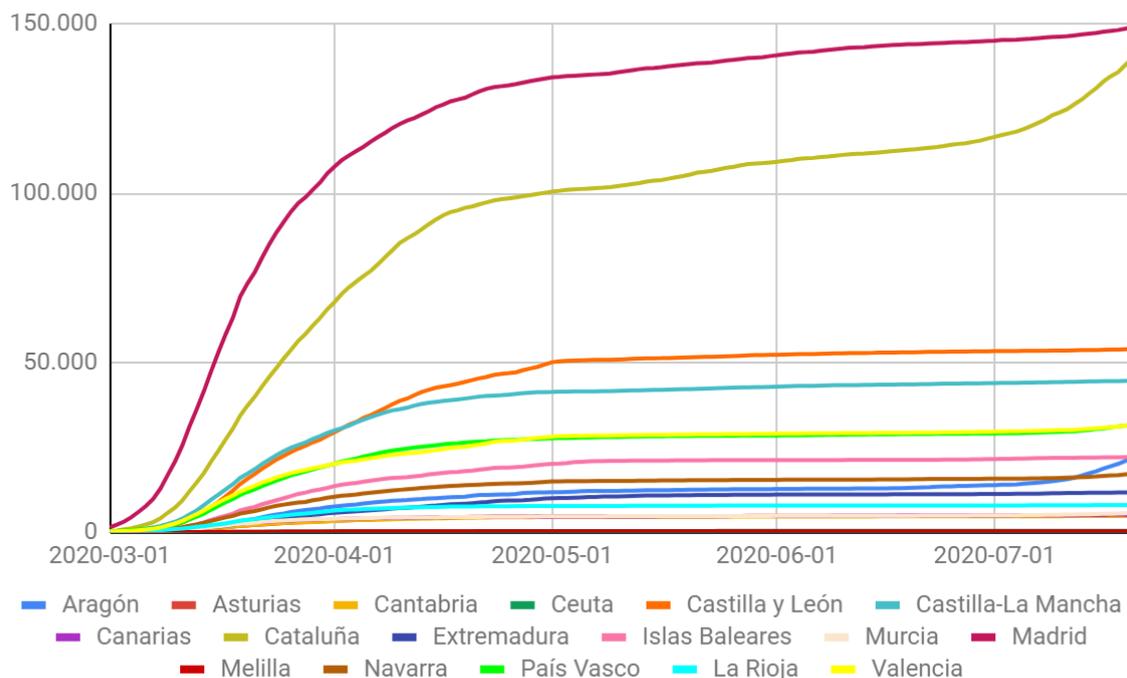
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RENAVE (octubre, 2020)

Madrid y Cataluña, por sus altas densidades de población, son las Comunidades Autónomas más afectadas en cifras absolutas, por el COVID-19. El grueso de los contagios se ha producido en estos dos territorios con 149.000 casos acumulados en Madrid y 139.000 en Cataluña.

Extrayendo del análisis comunitario a Cataluña y a Madrid, que por su densidad de población los contagios y la transmisión son más rápidas, Castilla y León y Castilla-La Mancha han sido los territorios en los que el virus se ha transmitido con mayor rapidez (Gráfico 4.5). Ambas son comunidades muy envejecidas, lo que ha provocado una mayor afección de la pandemia. En Asturias, las Islas Baleares, Galicia y Canarias, la transmisión ha sido más lenta, siendo los territorios en los que mejor se ha contenido el contagio, además están favorecidos por su situación territorial, alejada de los principales focos de contagio. El Gráfico 4.5, muestra como la curva de casos acumulados se aplanaba para estos territorios en la primera semana tras la intervención. Lo que demuestra que la efectividad de las medidas de distanciamiento social ha sido mayor en los lugares donde el número de casos era menor en el momento de la cuarentena (Figueiredo et al., 2020).

El 21 de junio se pone fin al Estado de Alarma en todo el territorio, produciéndose una desescalada de las medidas de confinamiento demasiado rápida, ya que en Cataluña, Navarra y Aragón las cifras de contagios ya se estaban elevando como se puede observar en el Gráfico 4.5.

Gráfico 4.5: Evolución de los contagios acumulados entre las CC.AA. (1/03/2020 a 21/07/2020).



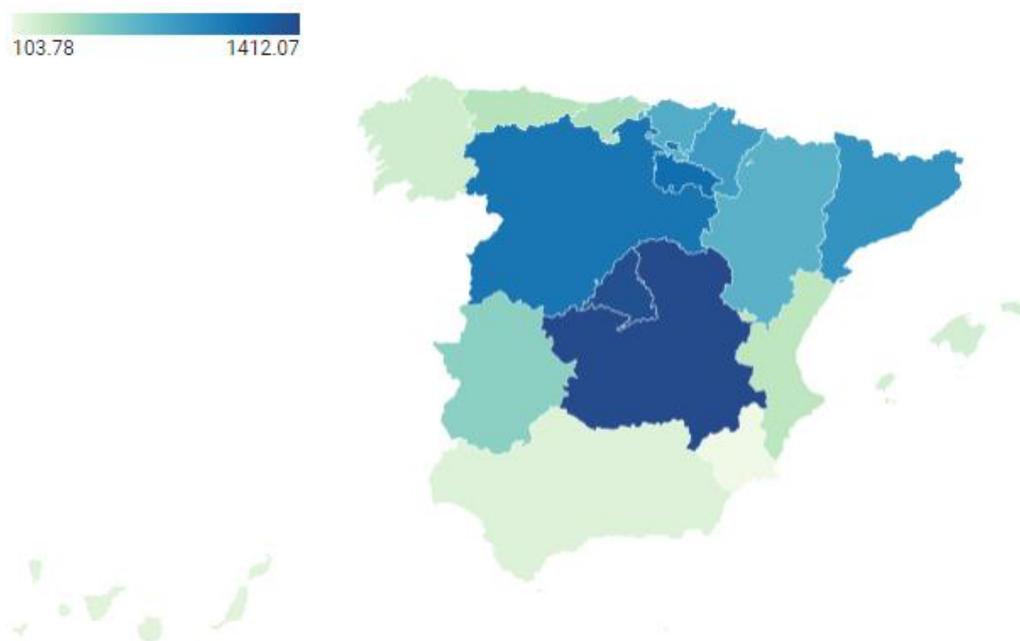
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la RENAVE (octubre, 2020).

La pandemia ha dejado más de 28.000 víctimas en el país, con diferencias alarmantes entre territorios. En cifras absolutas, Cataluña y Madrid son las CC.AA. más afectadas, con 6000 y 8000 fallecimientos, respectivamente. En términos relativos a la población, Madrid y Castilla-La Mancha tienen los peores datos, con más de 1300 fallecimientos por cada millón de habitantes; y las mayores tasas de letalidad, un 14% en Castilla-La Mancha y un 13% en Madrid. También han sido azotados gravemente Castilla y León y La Rioja, con 1000 fallecimientos por cada millón de habitantes.

Entre las regiones menos afectadas se encuentran Murcia, Canarias y Galicia, con menos de 200 decesos por cada millón de habitantes, y tasas de letalidad muy bajas en comparación con el resto de las comunidades, entre el 6% y el 7%.

La variabilidad interterritorial de la incidencia y la mortalidad del virus está relacionada con la proporción de personas mayores en residencias de cada territorio, como demuestra el estudio de Figueiredo et al. (2020). La variabilidad también se explica con la situación epidemiológica de cada territorio antes de decretarse el “Estado de Alarma”; las CC.AA. que tenían unas tasas de incidencia y de mortalidad más altas cuando entraron en vigor las políticas son las que han tenido unas tasas de incidencia y mortalidad mayores (Figueiredo et al., 2020).

**Gráfico 4.6: Fallecidos por COVID-19 por cada millón de habitantes.
(1/03/2020 al 21/06/2020)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias (octubre, 2020)

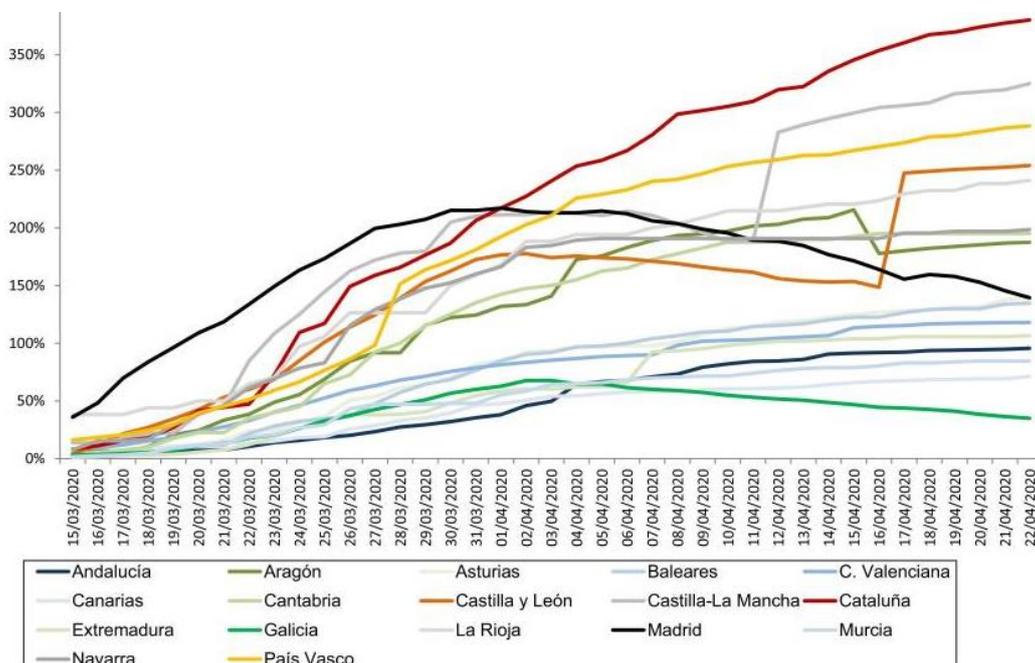
4.3 IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO

El sistema sanitario ha sufrido la crisis de salud pública de lleno, la alta incidencia de la pandemia ha provocado una saturación hospitalaria, teniendo que recurrir a la priorización en la atención a los pacientes. Ha sido necesaria una fuerte movilización del sistema sanitario para combatir el virus, que ha dejado un alto porcentaje del personal sanitario contagiado, un aplazamiento general las citas y también de las operaciones no urgentes.

En cuanto a la atención primaria ha estado ausente en la organización y la gestión de la pandemia, cuando debería haber sido un pilar fundamental para el control del virus (SESPAS,2020), ya que el 80% de los casos son asintomáticos (CSIC, 2020). Uno de los errores más graves cometidos durante la emergencia sanitaria fue el derivar enfermos a las emergencias hospitalarias, colapsando así los hospitales; para las CC. AA. más afectadas supuso el cese de la actividad en algunos centros de atención primaria al tener que derivar al personal sanitario.

En cuanto a la atención secundaria, en concreto la hospitalaria, se ha visto saturada siendo las cifras de incidencia las que ha marcado la sobrecarga de los servicios sanitarios en los territorios. Las CC. AA que tuvieron una mayor incidencia de la pandemia tuvieron una mayor sobrecarga de los servicios sanitarios y viceversa. Cataluña, Valencia y Madrid tuvieron unas tasas de ocupación de las camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) superiores al 100% desde mediados del mes de mayo, por lo que ha sido necesaria una rápida expansión de estas unidades para afrontar la pandemia. En cuanto a Madrid, se puede observar en el Gráfico 4.7 como el porcentaje de pacientes ingresados en la UCI alcanzó cierta estabilización a finales de marzo, hecho que no ocurrió en Cataluña o en el País Vasco.

Gráfico 4.7: Porcentaje de camas de UCI ocupadas por pacientes con COVID-19. (15/03/2020 al 22/04/2020)



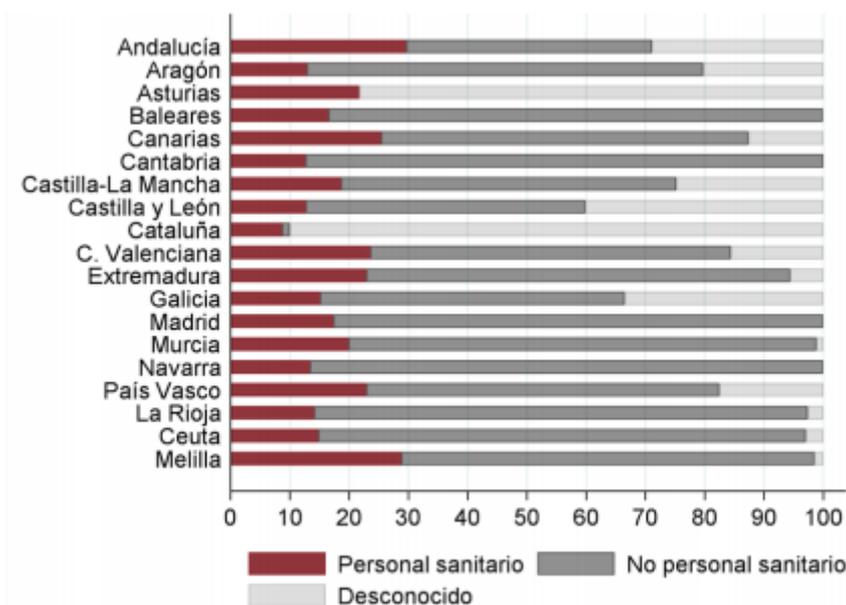
Fuente: Figueiredo et al. (2020).

La falta de medios ha quedado latente tras la primera oleada, en un primer momento por la falta de material sanitario, tanto EPIS como mascarillas, y posteriormente por la ausencia de pruebas para detectar los casos de COVID-19. Según la encuesta realizada por la Asociación de Médicos Unidos por sus derechos (MUD), el 49% del personal médico encuestado, entre el 28 de abril y el 3 de mayo, declaró que todavía no disponía de material de protección suficiente o debidamente homologado, y el 33% declaró que aún no disponía de mascarillas FFP2 y FFP3. A su vez, el 86,6% de los encuestados considera que no disponer del material adecuado, junto con la ausencia de test podrían haber sido el vector de contagio del virus, ya que el 23% del personal médico, tras contagiarse de COVID, volvió a sus puestos de trabajo sin una PCR negativa, y el 25% declaró que había tenido que reutilizar la mascarilla más de una semana por falta de medios.

La carencia de medios ha provocado que el personal sanitario sea uno de los grupos más afectados por la pandemia, reportándose más de 40.000 casos, lo que suponía el 24,11% de los casos totales, a 11 de mayo de 2020 según RENAVE (2020).

La incidencia por comunidades autónomas ha sido bastante homogénea con más del 10% de los sanitarios contagiados en todas ellas, teniendo en cuenta el total de contagiados. Las CC.AA. con mayor más porcentaje de sanitarios sobre el total de los confirmados, son Andalucía con más del 30%, junto con Melilla y Canarias cercanas al 30%. Por otro lado, el personal sanitario contagiado es poco más del 10% en Cataluña y Castilla y León.

Gráfico 4.8: Porcentaje de casos de Covid-19 que corresponden al personal sanitario. (hasta el 11 de mayo)



Fuente: RENAVE. CNE. CNM(ISCIII) (2020).

El sistema sanitario también sufrió la carencia de personal, por la rápida incidencia del COVID-19 y por el elevado contagio entre sanitarios. El Ministerio de Sanidad recurrió a medidas excepcionales en materia de recursos humanos mediante la orden SND/232/2020 (BOE, 2020). La falta de personal se intentó subsanar, en un primer momento, con la cancelación de las vacaciones y la incorporación de sanitarios jubilado. Viéndose insuficiente la orden se modifica⁴, permitiendo contratar egresados sin especificación, estudiantes en el último año de medicina y enfermería, y se amplían los contratos de los médicos residentes. Se han hecho numerosos esfuerzos en muy poco tiempo para subsanar la subinversión en la última década, en la que el personal de las

⁴ El 3 de abril de 2020.

instituciones sanitarias públicas sólo ha aumentado un 5% entre 2009 y 2019, según el Ministerio de Función Pública.

La saturación del sistema sanitario en el mes de marzo supuso el cese de la actividad ordinaria. Los servicios asistenciales crearon una dicotomía entre pacientes COVID y No-COVID, volcándose en los primeros. Para los pacientes No-COVID, ha supuesto demoras no intencionadas en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades, provocando una disminución del 56% en el caso de los procesos diagnósticos, entre marzo y abril (Rodríguez- Leor et al., 2020). La disminución de los diagnósticos no solo se debe al cese de la actividad ordinaria, sino que también depende de las propias decisiones de los pacientes, que por miedo al contagio evitaron acudir a los centros de salud. La Sociedad Española de Cardiología (2020) ya ha alertado del fenómeno, produciéndose una reducción en la búsqueda de atención sanitaria y en las intervenciones realizadas durante la pandemia.

Por tanto, los efectos indirectos de la pandemia, en el sistema sanitario, serán un aumento de los tiempos de espera para los tratamientos y los diagnósticos de las enfermedades. Este aplazamiento implicará un aumento del número de casos diagnosticados en estados tardíos, que afectarán a la supervivencia, la calidad de vida y también tendrán un coste económico mayor (Petrova et Al., 2020).

La crisis sanitaria ha hecho tal presión sobre los componentes básicos de la salud, que ha llevado a la saturación del sistema. Por ello organismos como el FMI o la OCDE han solicitado que los gobiernos prioricen los gastos en salud. En este sentido, el gobierno ha tomado ciertas medidas dotando al sistema sanitario de 2.800 millones de euros a nivel autonómico y creando un nuevo fondo de 1.000 millones para las intervenciones sanitarias que sean prioritarias. Sin embargo, este gasto en salud es solo un parche para afrontar la crisis, que no subsana la dotación que necesita el sistema sanitario tras más de una década de austeridad en la que aún no se han recuperado los niveles de inversión previos a la crisis económica.

4.4 IMPACTO ECONÓMICO

La lucha para frenar la expansión del coronavirus ha supuesto en el ámbito económico bloqueos en la producción y el comercio no esencial. Las medidas han provocado impactos muy graves sobre las economías, al romper muchas de las conexiones en las que se apoya el tejido productivo. Por un lado, se interrumpieron las cadenas de suministros al haberse paralizado las transacciones mundiales, lo que ha provocado una caída de las exportaciones de España, en un 20,7% en el segundo semestre (BE, 2020). También ha provocado bruscas caídas en la actividad productiva, del 21% del VAB (Valor Agregado Bruto) en el sector manufacturero, y del 50% en los servicios, según las estimaciones del BE (2020). Las restricciones para enfrentar el virus provocan una enorme incertidumbre sobre el desarrollo de la actividad económica que afecta gravemente a los mercados financieros y paraliza proyectos de inversión por el deterioro de las expectativas económicas (Pérez & Maudos, 2020).

Las medidas implementadas para contener la pandemia de COVID-19 han provocado una profunda recesión económica, dejando a España como uno de los países con las caídas más graves del Producto Interior Bruto, un 23,7% en términos acumulados en los primeros trimestres del año, cifras muy superiores a las de la crisis de 2008. En concreto la caída del segundo semestre del PIB se sitúa en el 18,5% la mayor caída semestral desde 1970 (BE,2020). El componente más deteriorado es la demanda interna registrando una caída del 16,1% en el segundo semestre (BE,2020)

El Banco de España, en sus proyecciones de septiembre de 2020, plantea dos escenarios: uno más favorable ante la epidemia, con una “recuperación temprana”, en el que se contiene el virus sin rebrotes significativos, suponiendo alteraciones limitadas en la actividad económica; y otro más desfavorable: una “recuperación gradual” con cuarentenas, pero sin plantear un confinamiento generalizado como el de marzo, una situación desfavorable de incertidumbre que erosione la solvencia de las empresas. A la vez ambos escenarios plantean la desaparición o contención de la pandemia a mediados de 2021.

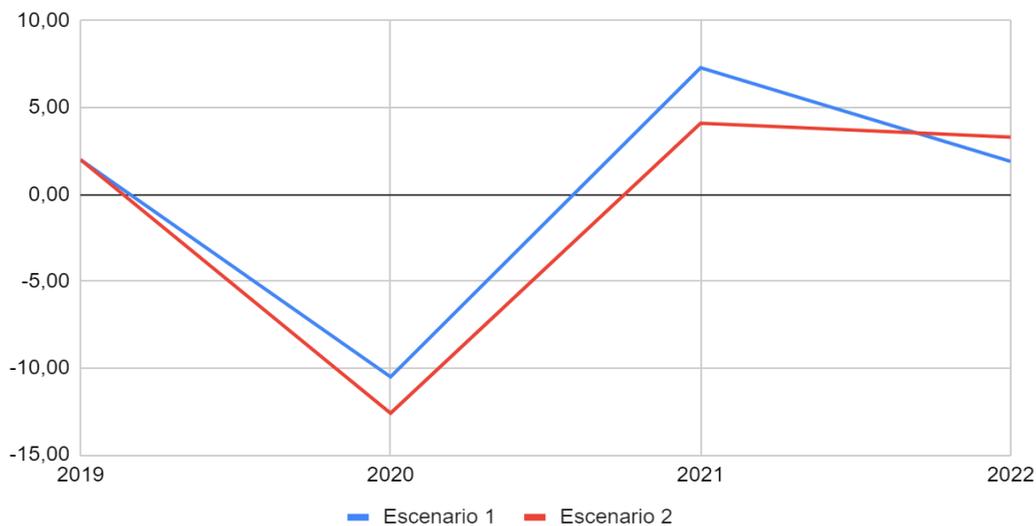
Las previsiones del Banco de España, tras más de dos meses en las que la economía ha estado paralizada, no son favorables, el ente prevé una caída del PIB de -10,5% para 2020, en el caso de una situación epidemiológica más desfavorable el PIB se desplomaría hasta el -12,6%. El cierre de la actividad productiva supuso una reducción de la actividad

asimétrica entre sectores, siendo los servicios de comercio, transporte y hostelería los más acuciados y los que plantean una recuperación más tardía por las limitaciones de movimientos internacionales. En concreto, el sector turístico, uno de los pilares del país, es el que más ha sufrido con una caída estimada del 70% en el 2020 (BE,2020).

Al ser un shock económico producido por una crisis sanitaria se plantea una recuperación de la economía rápida: para 2021 el BE proyecta un crecimiento muy elevado del 7,3%, en el escenario favorable, y un 4,1% para el escenario más desfavorable. Pese a ser unas cifras muy positivas no compensan la pérdida producida por el confinamiento.

Para 2022 las proyecciones son mucho más moderadas, con un crecimiento entre el 1,9% y el 3,3% ante un mal escenario. Las proyecciones dejan un escenario bastante desfavorable en el corto plazo, ya que el PIB no se recuperaría situándose, en el mejor de los escenarios, en 2 puntos porcentuales por debajo del nivel precrisis, y para el peor de los escenarios, en 6 puntos porcentuales por debajo de los niveles previos.

Gráfico 4.9. Proyecciones PIB del Banco de España (tasas de crecimiento anuales)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Banco de España (2020).

La pandemia ha tenido un impacto muy significativo en el mercado laboral, difícil de analizar porque la figura de los ERTE ha amortiguado las cifras de desempleo. En el mes de mayo, cuando se impuso la cuarentena, 3,2 millones de trabajadores se acogieron a los ERTE, lo que es igual a un 17% de los afiliados a la seguridad social, a los que hay que sumarle 1,27 millones de autónomos acogidos a las prestaciones extraordinarias por cese de actividad, que no se registraron como parados. Por todo ello las cifras de crecimiento del desempleo se han frenado. El BBVA estima la caída del empleo en un 20% en el mes de marzo como consecuencia directa de la no renovación de los contratos temporales, ya que tres de cada diez contratos en el mes de marzo tenían una duración de una semana o menos. Por todo ello, resulta más significativo estudiar las horas trabajadas, que han sufrido un descenso del 24,8% en este segundo semestre, según los datos del Banco de España.

El mercado de trabajo está dando señales de recuperación, las cifras de los trabajadores en ERTE han ido disminuyendo sustancialmente, ya que en agosto se registran en torno a 900.000 personas (Banco de España, 2020), una reducción del 70%. Otro indicador es el de afiliación, el cual ha aumentado un 1,8% desde abril hasta agosto. Pese a estas buenas cifras sólo se ha recuperado un 4,2% del empleo que se perdió entre febrero y abril (BE, 2020).

Las proyecciones del Banco de España para 2020 son un aumento en el desempleo del 17% y el 18% en función de un escenario favorable o desfavorable ante la pandemia. Sin embargo, para las horas trabajadas se proyecta una caída del 10% respecto a 2019. Las cifras de desempleo se ven maquilladas por la figura de los ERTE, es complicado pronosticar lo que le ocurrirá al desempleo sin ayuda de los ERTE, pero se hace necesario imaginar una reconversión industrial cuando estas ayudas finalicen.

En cuanto a las cuentas públicas, también saldrán debilitadas de la crisis provocada por el COVID-19, debido principalmente a las políticas expansivas aplicadas. El plan de choque del 18 de marzo supuso un antes y un después en las políticas expansivas aplicadas en el país ante una crisis, que nada tienen que ver con las tímidas ayudas de la crisis de 2008.

Las políticas confluyen desde exoneraciones en las cuotas de la seguridad social, concesiones de prestaciones por desempleo, aumento de la liquidez a través del ICO, etc. Medidas ante un escenario para el que se proyecta una reducción de los ingresos de 25.700 millones con respecto a 2019, según la Hacienda Pública. Estas políticas, más intervencionistas que nunca, han hecho elevar la deuda pública hasta máximos históricos pasando de un 95,5% en 2019 a un 116,8% proyectado para 2020 por el Banco de España, pasando de un déficit del 2,8% al 10,3% para 2020 según la OCDE.

5. LA PANDEMIA EN COMPARACIÓN

5.1 IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

El entorno europeo⁵ ha sido duramente azotado por el COVID-19, con 1.527.284 casos confirmados y 173.588 fallecimientos, reportados desde el mes de mayo hasta junio (ECDC, 2020). Pese a que la demografía y la cobertura sanitaria son similares en la Unión Europea, el impacto del COVID-19 ha sido muy desigual, concentrado mayoritariamente en tres países: Reino Unido, Italia y España, los cuales aglutinan el 50% del total de los casos confirmados y el 58% del total de los fallecimientos.

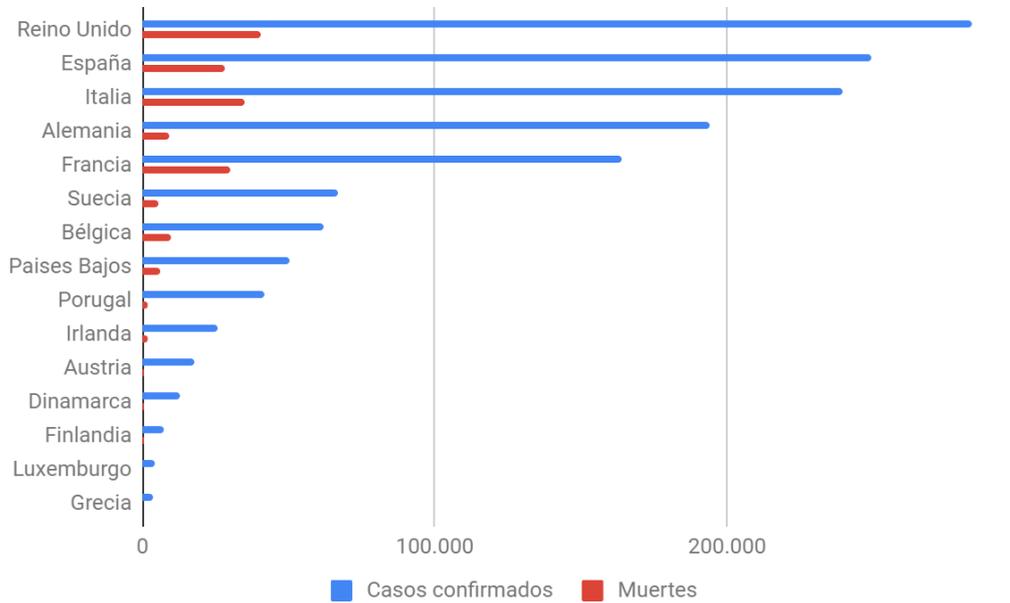
Reino Unido ha quedado devastado con la primera oleada del virus, liderando el ranking tanto en contagios, con 277.138 casos confirmados, como en número de fallecidos 39.847, siendo el estado europeo que ha tardado más en actuar y por consiguiente al que el virus más duramente ha golpeado. Italia ha sido uno de los focos principales del virus dentro de la UE, con 237.387 casos y 34.589 muertes, junto con España, con 246.218 casos confirmados y 28.323 fallecimientos. Ambos han sufrido colapsos sanitarios y escasez de equipamiento, por lo que el Mecanismo de Protección Civil de la UE y el RescEU acudieron al auxilio de los sistemas sanitarios de ambos países con dotación de mascarillas y fondos económicos, pero la ayuda ha resultado tardía e insuficiente.

En cuanto a la letalidad del COVID-19, Francia ha registrado las cifras más altas, con un 18%, y Bélgica con un 15%, pero también es muy alta en estos tres países anteriormente mencionados, Reino Unido con un 14%, un 14,6% en Italia y un 11,5% en España.

Para establecer una comparación más precisa del impacto del COVID-19 en la Europa de los 15, es necesario estudiar la incidencia en función de la población (Gráfico 5.2). El análisis deja a España como el país en el que el virus ha tenido una mayor incidencia, en contagios (530) y también en fallecimientos (60,41). Reino Unido también tiene unas altas tasas de contagio (425) y de muertes (60,53). Destaca el caso de Suecia con la mayor incidencia en contagios (655,39), pero con un número significativamente menor de decesos (53,59) y en el lado contrario se encuentra Bélgica al reportar el mayor número de decesos por cada 100.000 habitantes (83,59).

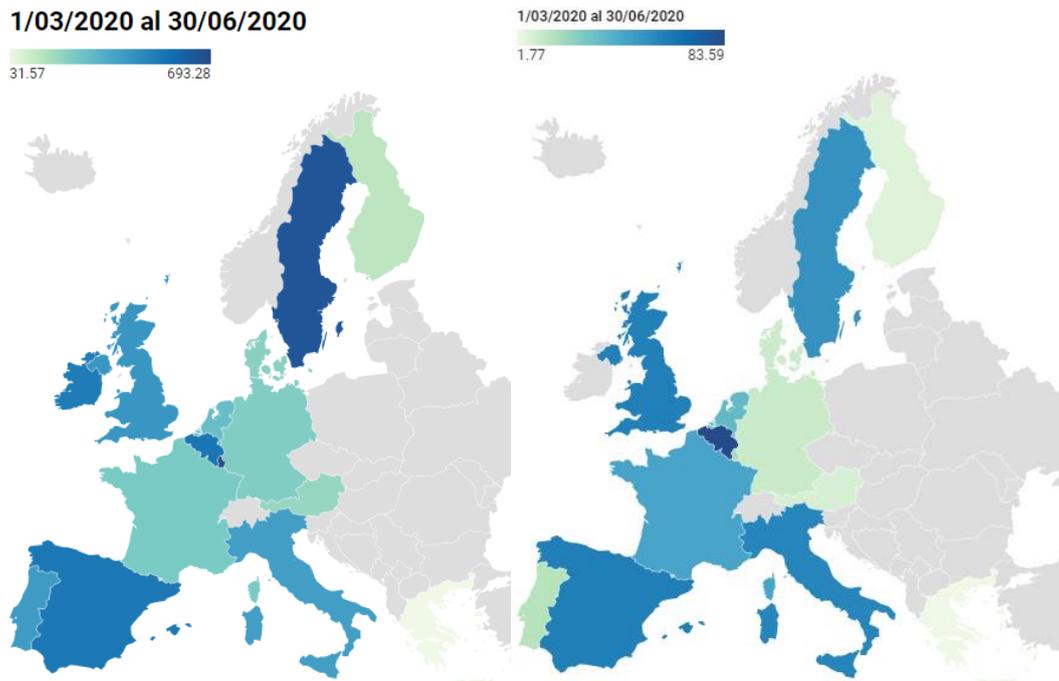
⁵ Unión Europea y Reino Unido.

Gráfico 5.1 : Comparación de casos confirmados y muertes totales por COVID-19 (del 1/03/2020 al 21/6/2020)



Fuente: Elaboración propia a través de datos de ECDC (octubre, 2020)

Gráfico: 5.2: Comparación Europa de los 15. Casos y muertes del COVID-19 por 100.000 hab.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ECDC (octubre, 2020)

Las medidas en la lucha contra el COVID-19 de los estados europeos han sido similares, centrándose en limitaciones a la movilidad y cuarentenas, más o menos estrictas en función de la incidencia del virus, cese de la educación y parálisis de las actividades no esenciales. Amparados por las escasas alarmas de la ECDC se subestimaron las preocupantes situaciones que dejó la pandemia en el continente asiático, lo que provocó que las medidas impuestas, como el cierre de fronteras y las cuarentenas, fuesen tardías, no adelantándose ningún país a la propagación del virus.

El amparo de la UE ha sido tardío y poco solidario, con dotaciones a partir del 2 y el 5 de mayo cuando la situación ya era insostenible. La ayuda en cuanto a equipamiento se ha demostrado insuficiente, con apenas 1,5 millones de mascarillas a repartir entre los países miembros. Esta pandemia destaca, como lo han hecho otras crisis, por la falta de previsibilidad de la Unión Europea, pero también por la poca resiliencia de la industria médica y biotecnológica europea, incapaz de satisfacer la demanda de los países miembros. Posiblemente, y aunque no sea el único factor, esto pueda contribuir a explicar las elevadas cifras que hemos comentado anteriormente.

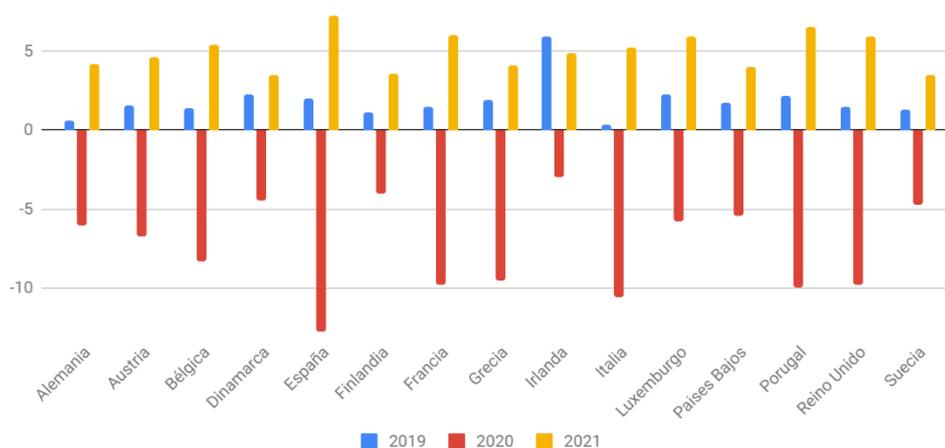
5.1 IMPACTO ECONÓMICO

La caída del PIB que ha sufrido la UE no tiene paragón. El bloqueo económico que han supuesto las cuarentenas en todos los países ha provocado una caída del 14,09% ⁶ en el segundo semestre de 2020, según Eurostat (2020)

Las perspectivas económicas para el entorno europeo no son favorables. El FMI proyecta una caída del 7% del PIB en 2020 y un repunte del 4,7% para 2021. Las economías no se recuperarán tan tempranamente como se pensaba en un primer momento, por ello el FMI aboga por mantener las políticas de apoyo a las empresas y a los puestos de trabajo viables, advirtiendo de que un repliegue prematuro de las ayudas puede suponer contracciones en la economía más graves.

A la economía de la Europa de los 15 le va a costar varios años reponerse de esta crisis, a excepción de Irlanda y Luxemburgo para los que se proyectan crecimientos en 2021 superiores a su caída de 2020. Los países peor parados son los del sur de Europa, con las mayores caídas del PIB: pese a las previsiones de crecimiento favorables para el 2021, no compensará la caída del PIB. España e Italia tendrían una caída de 5 puntos porcentuales respecto al nivel previo a la crisis, mientras que para Francia y Portugal la caída será de 3,5 puntos porcentuales (FMI, 2020).

Gráfico 5.3: Comparación del PIB en los años 2019,2020,2021. Los años 2020 y 2021 corresponden a proyecciones del PIB del FMI.



Fuente: Elaboración propia a través de datos del FMI.

⁶ Europa de los 27.

En materia económica, la UE ha tenido una respuesta contundente ante las consecuencias devastadoras de la pandemia, suministrando una mayor liquidez a través del BCE, y favoreciendo las condiciones de endeudamiento de los Estados con la suspensión de las reglas del Pacto de Estabilidad y Crecimiento.

El pacto Next Generation, con una dotación de 1,85 billones de euros, supone una oportunidad para financiar los planes de recuperación de los estados miembros, pero queda en cuestión cuál será su reparto, ya que se priorizará la lucha contra el cambio climático y la digitalización económica, lo que pone en duda que estas subvenciones mitiguen el impacto de la pandemia en los países que la han sufrido en mayor medida.

PARTE II: ANÁLISIS DEL SISTEMA SANITARIO

6. LA SANIDAD EN ESPAÑA DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

El sistema sanitario español se alza en los rankings como uno de los mejores a nivel mundial. El crecimiento de la esperanza de vida estas últimas décadas, hasta situarse en el primer puesto dentro de la Unión Europea, junto con la gran calidad de vida que declara tener la población, son los aspectos que hacen que la sanidad destaque en estas clasificaciones. Además, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es eficaz, contando con una de las tasas de mortalidad más bajas de la Unión Europea por causas evitables y tratables, (OCDE, 2018) y accesible, lo que hace que España figure en el segundo puesto a nivel europeo (después de Países Bajos), en cuanto a las bajas necesidades insatisfechas del sistema de salud, en un 0,1%, según la encuesta a EHIS (2017).

El Sistema Nacional de Salud es el principal proveedor de los servicios sanitarios y su financiación se realiza vía impuestos. La organización se encuentra descentralizada, las competencias sanitarias están plenamente traspasadas a las CC. AA, lo que forma servicios de salud autonómicos. También se encuentra desconcentrado regionalmente lo que dota de gran accesibilidad al sistema.

La sanidad es un pilar fundamental para España, en el que el derecho a la protección de la salud está recogido en la Constitución (1978), junto con sus competencias, que recaen en los poderes públicos. El derecho a la salud y el actual Sistema Nacional de Salud fueron desarrollados con la Ley General de Sanidad de 1986; Ley que supuso un gran logro para el país con el que se conseguía universalizar la sanidad, gratuidad de las prestaciones en el momento de recibirlas, definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos, prestación de atención integral a la salud con niveles de calidad adecuados y controlados, etc. (Macía & Moncho, 2007).

Pese a ser uno de los pilares fundamentales para el país, el sector sanitario no deja de ser un sistema de gasto. En una situación de crisis económica sus efectos multiplicativos y de arrastre sobre la economía son muy limitados (González, 2010), por ello su partida de gasto fue una de las más recortadas tras la crisis económica. Durante una década el

país se olvidó de que el sistema sanitario genera puestos de empleos cualificados, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población y favorece la cohesión social.

Históricamente la sanidad española se ha caracterizado por ser más equitativa que eficiente, (Barber et al., 2018), por lo que la crisis económica era una oportunidad para utilizar con mayor eficiencia los recursos invertidos. Sin embargo, se corría el riesgo de que los recortes erosionaran en el largo plazo los programas sanitarios. Los recortes sanitarios durante los años más duros de la crisis dejaron con deficiencias en la atención sanitaria a las rentas más bajas.

Por ello se hace necesario estudiar el estado actual de la sanidad pública, analizando la situación antes y después de los recortes sanitarios, no solo para afrontar la actual crisis del COVID-19 sino para los retos futuros que ha de afrontar, como son el envejecimiento de la población y la resiliencia que ha de tener el sistema.

Principales reformas del sistema sanitario:

El SNS ha sufrido multitud de reformas que han cambiado radicalmente su funcionamiento. La mayor reforma que ha sufrido a nivel organizativo ha sido su completa descentralización en 2002. Con ella las Comunidades Autónomas obtuvieron grandes competencias en la regulación, la planificación y la autonomía financiera. Desde el punto de vista económico, este cambio supone incrementos del gasto derivados de las duplicidades, pero también reporta beneficios como la mejor asignación de los recursos (Albi et al., 2009).

Tras la crisis económica iniciada en 2008, se procede a una reforma del sistema sanitario en 2010 cuyo fin atiende a criterios económicos. A través del Programa de Estabilidad del Reino de España (Ministerio de Hacienda, 2010), se redujo la cuota pública del gasto sanitario, también se aprobó la Ley Orgánica 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera y el RDL 16/2012 del Sistema Nacional de Salud. Las reformas impactaron directamente sobre la cobertura y el acceso a los recursos sanitarios, y redujeron su financiación.

El Real Decreto de Ley 16/12 introdujo dos importantes cambios en el SNS, por un lado, modificó los criterios del derecho de aseguramiento del SNS y también modificó el sistema de copago. Con el decreto se perdió la universalidad del sistema sanitario, ya que se garantiza el derecho de asistencia en función de la situación laboral de la persona.

El decreto de ley supuso la pérdida del acceso a la Atención primaria, mayormente para inmigrantes en situación irregular, que únicamente podían recibir atención en Urgencias, a excepción de los menores y las embarazadas, que sí tenían acceso al SNS.

La cobertura del SNS pasó del 100% al 96% tras la ley (Sabando et al., 2020). Esta pérdida de acceso al SNS, se denota en la Encuesta Europea de Salud (2014), donde los españoles declararon que por problemas económicos no han recibido atención médica o no han podido acceder a algún medicamento recetado en una proporción del 2,6% y 2,4%, frente a los extranjeros, con los que las cifras se elevan al 4,7% y 4,1%, respectivamente.

El artículo ha estado vigente durante toda la crisis económica y no es hasta 2018 con el RDL 7/2018, con el que se recupera la universalidad del SNS al desligar la cobertura de la situación laboral de las personas, volviéndose a vincular con la residencia en el territorio español.

El RDL 16/2012 también establece nuevos copagos para una “cartera común suplementaria”, en la que se empiezan a repartir los costes con los usuarios en los servicios de prescripción farmacéutica ambulatoria, provisión de orto prótesis, productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente. Asumir el copago para los pensionistas supuso el pago de un 10%, de los medicamentos recetados, con topes de pago de 8 y 18 euros, en función de la renta. Pero para los demás ciudadanos supuso un mayor gasto sin topes mensuales: para las rentas de hasta 18.000 euros el copago se sitúa en el 40%, frente a las de más de 18.000, que afrontan el 50%, y las de más de 100.000, del 60%. Los copagos no han sido apenas progresivos y han ejercido un impacto negativo a corto plazo en la adhesión de los pacientes a los tratamientos para enfermedades crónicas (González López-Valcárcel et al, 2017)

El copago supuso un aumento del gasto en medicamentos y la pérdida del acceso a ciertos medicamentos para las rentas más bajas. Según la encuesta del INE de Presupuestos Familiares, cada familia pasó de gastar 366€ a 427€ de 2011 a 2015, y según el Barómetro Sanitario de 2014, el 4,5% de la población dejó de consumir algún medicamento al no poderse permitir, llegando al 7,9% en la Comunidad Valencia.

6.1 EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

La cuantificación de la financiación sanitaria emplea la previsión de la utilización en función de la necesidad (demográfica y epidemiológica) para calcular el coste de los servicios sanitarios (del Llano, 2000). Pero el modelo de financiación español calcula las “necesidades” de financiación en función del gasto realizado en años anteriores (Sabando et al. 2020). Por ello resulta más apropiado analizar el gasto sanitario público y su proporción respecto al PIB, ya que las prestaciones cubiertas y los servicios evolucionan en función del desarrollo económico del país.

El gasto real consolidado en sanidad se incrementó año tras año hasta llegar a un punto máximo de 76 millones de euros en 2009. El primer año de crisis económica no influyó en el gasto, aumentando un 5,9%, de 2008 a 2009, pero sí supuso un freno para el gasto de los años sucesivos. La crisis económica que azotó al país en 2008 provocó que la deuda soberana se hiciese insostenible y elevó la prima de riesgo a máximos históricos, por lo que el país se vio obligado a ejercer una política de austeridad nunca antes vista que afectó de lleno a la sanidad pública en todos sus ámbitos.

El gasto sanitario estaba creciendo un 6% anualmente en el periodo previo a la crisis, la literatura española había señalado como determinantes para el aumento del gasto sanitario, el desmesurado uso de medicamentos y las prácticas inefectivas, señalando un déficit en la eficacia del uso de los recursos. Pero según el análisis econométrico de Abellán et al. (2013), los determinantes del crecimiento del gasto en el periodo previo a la crisis han sido: los incrementos del valor de los consumos intermedios hospitalarios por habitante, el crecimiento de la retribución media salarial de la atención hospitalaria, el aumento de trabajadores en la atención secundaria y primaria, y el crecimiento del salario medio en la atención primaria, ordenados de mayor a menor importancia. Los autores Frogner et al. (2011), también han concluido en que el aumento del gasto en salud, no solo en España, sino en la OCDE, se debe a la difusión tecnológica y el aumento de las enfermedades crónicas.

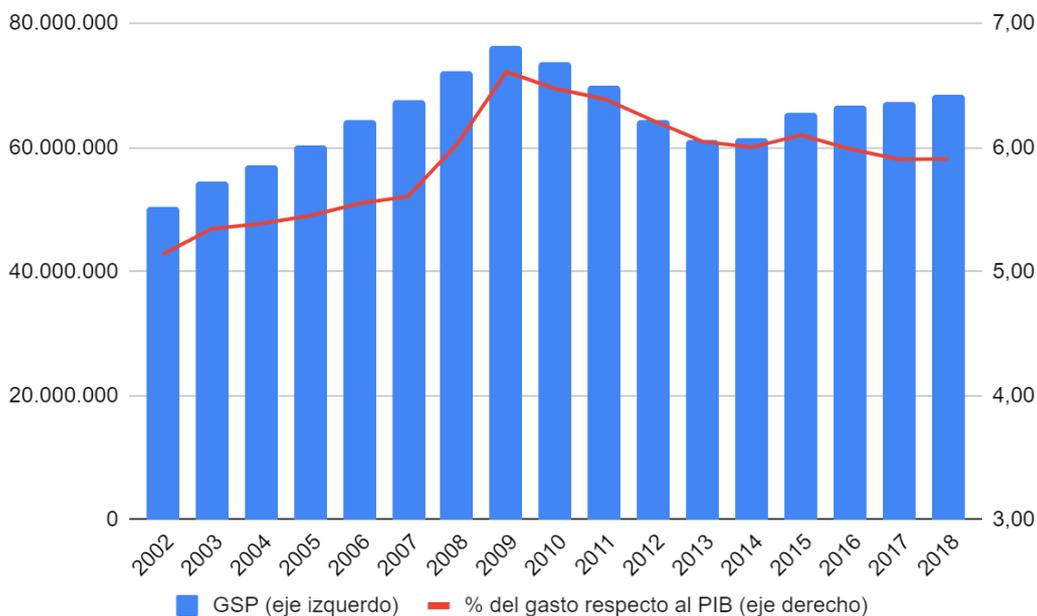
Sin embargo, la crisis económica marcó un cambio en esta tendencia: el gasto comenzó a disminuir anualmente un 2,5% de 2009 a 2015. El Programa de Estabilidad de 2010, marcó un antes y un después en la evolución del gasto, trazando una nueva legislación para regular las condiciones de cobertura, el acceso a las carteras de servicios y la participación de los pacientes en la financiación. Las medidas se combinaron a su

vez con una privatización de los servicios, haciendo que la participación del sector público, un 71%, fuese muy inferior a la que se dio en Alemania (84%), Reino Unido (80%), Francia (79%) e Italia (71%), en 2015 (Coduras & Del Llano, 2018).

Los recortes en sanidad aumentaban en relación con el empeoramiento de la crisis económica en el país, llegando a su nivel más bajo en 2013 cuando el gasto real consolidado sanitario era un 20% menor que en 2009. En el mismo periodo el gasto público total sólo disminuyó un 6% (IGAE, 2013), esto supone que la sanidad cargó con unos recortes proporcionalmente mayores.

En el periodo 2015-2018, el gasto ha ido aumentando, en torno al 3,5% cada año. Pero como se puede observar en la Gráfica 9, los niveles de gasto no se han recuperado, siendo el gasto de 2018 un 10% menor que en 2009, cuando el gasto alcanzó su máximo. El último periodo de crecimiento del gasto sanitario no ha subsanado los recortes ocasionados por la crisis, que dejan una subinversión del -1,1 % tomando el periodo 2009 a 2018, en términos reales.

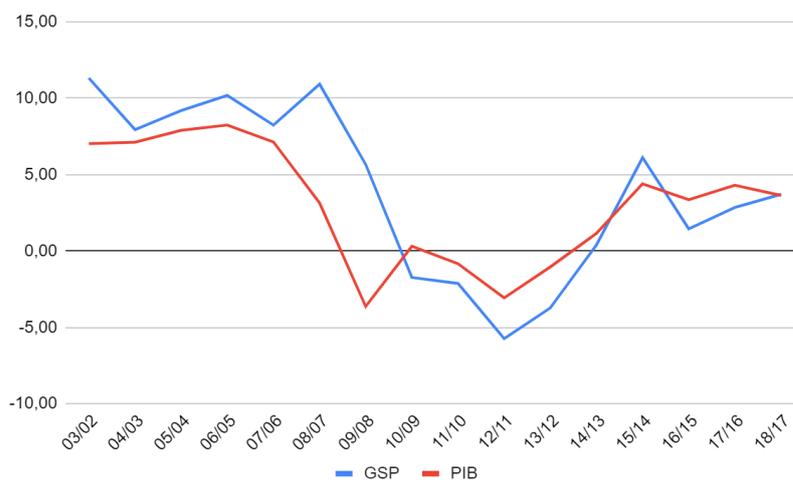
Gráfico 6.1: Gasto público total en sanidad consolidado en términos reales (GSP) y porcentaje del GSP respecto al PIB



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat, Ministerio de Sanidad e INE.

Analizando el porcentaje del gasto dedicado a sanidad respecto al PIB, se puede observar cómo tras la crisis, el sistema sanitario perdió relativamente su importancia en cuanto al gasto que se le dedica, la proporción en 2009 se encontraba en el 6,61% frente al 5,91% del 2018. La década de austeridad que ha sufrido la sanidad pública todavía no se ha solventado ya que el crecimiento del gasto sanitario sigue siendo menor que el del PIB, como se observa en el Gráfico 10. Tomando como referencia el periodo 2014-2018, el crecimiento medio del gasto sanitario ha sido del 3,5% mientras que el crecimiento del PIB ha sido del 3,9% (Ministerio de Sanidad, 2018), lo que demuestra que el crecimiento económico actual no está logrando subsanar, al menos de momento, la década de subinversión que ha sufrido el sistema sanitario.

Gráfico 6.2: Gasto sanitario público consolidado (GSP) y producto interior bruto (PIB). Tasa de variación interanual (en porcentaje). España, 2002-2018.



Fuente: Elaboración propia a través de los datos del Ministerio de Sanidad y Eurostat.

6.2 EVOLUCIÓN EN LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS:

La provisión de servicios del SNS destaca por los servicios prestados en atención primaria y atención secundaria hospitalizada y especializada, ambos universales y gratuitos, también muy importante en el gasto la farmacia, pero con un peso cada vez menor tras los copagos introducidos en el servicio. La provisión del SNS se centra en estos tres servicios representando en total más del 90% del gasto público en salud.

Atendiendo a la estructura funcional del gasto, se puede ver cómo la atención secundaria es la que mayor peso tiene dentro de todas las funciones, representando casi el 60%, y siendo la provisión que explica las variaciones del gasto agregado. Destaca por ser a la única en la que el gasto no ha disminuido, con un aumento de 9 puntos porcentuales si comparamos el gasto de 2002 con el de 2018. La atención primaria, presenta el caso contrario: ha visto mermado su porcentaje de gasto tras la crisis económica, un 0,6 % en comparación con 2010, hecho que contradice las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que ha instado a “basar los sistemas de salud en los principios de una sólida atención primaria y de la cobertura universal [...] evitando la inversión de forma desproporcionada en la atención terciaria” (OMS, 2008).

En cuanto a la farmacia, su gasto ha disminuido un 14,4 por ciento, con respecto a 2009, debido al impacto de las medidas de recorte del gasto en materia farmacéutica (BOE, 2010).

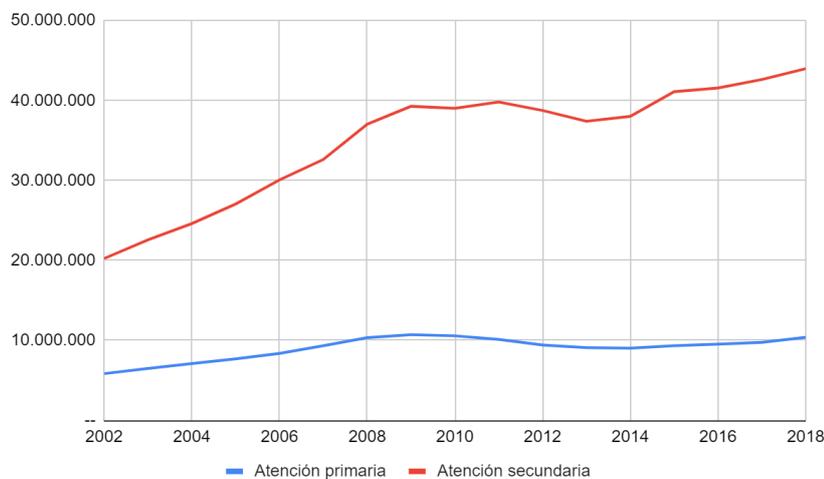
Tabla 6.1: Comparación del porcentaje de gasto público dedicado a cada función, años 2002, 2010 y 2018.

	2002	2010	2018
Servicios hospitalarios y especializados	52,5	56,2	61,8
Servicios primarios de salud	15,2	15,2	14,6
Farmacia	22	19,3	16,2
Gasto de capital	4,3	3,4	1,9
Otros (servicios de salud pública, servicios colectivos de salud, traslados prótesis y ap.terapéuticos)	5,9	5,9	5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad.

El crecimiento del gasto en atención primaria, en comparación con el de la secundaria, siempre ha sido muy moderado, acrecentándose las diferencias tras la crisis económica. En el periodo analizado se atiende a una pérdida paulatina del peso de la atención primaria, en pro del crecimiento de la atención secundaria, creando un modelo demasiado “hospitalocentrista”, donde la atención secundaria ha aumentado más de 5 puntos en cuanto al porcentaje de gasto total frente a la disminución de casi un punto de la atención primaria, en el periodo 2002 al 2018.

Gráfico 6.3: gasto total consolidado: Gasto en la atención primaria y atención secundaria: hospitales y atención especializada.



Fuente: Elaboración propia a través de los datos del Ministerio de Sanidad.

En la situación pandémica actual, es clave el buen funcionamiento de la atención primaria, la que es capaz de detectar los casos precozmente. El CSIC ha señalado la necesidad de reforzar la atención primaria, ya que se estima que el 80% de los pacientes con COVID-19 desarrolla una enfermedad leve o sin complicaciones, por lo que la atención primaria cumple un papel crucial ahora más que nunca.

Como se puede observar en el Gráfico 6.3, el gasto de la atención primaria se encuentra mermado tras la crisis económica de 2008. Pese a estar recuperándose la inversión en sanidad, estos últimos años siguen la tendencia previa a la crisis, en la que se sigue sin apostar por la atención primaria.

Según SESPAS (2002), para el correcto funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se hace necesario reordenar los servicios de salud y devolver a la atención primaria su eje estratégico, basado en los pilares de promoción de la salud, asegurando la equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario público

6.2.1 Situación de la atención primaria (AP)

La atención primaria en España es clave ya que actúa como la puerta de entrada al sistema sanitario, interrelacionándose con los servicios con la atención especializada, por lo que es crucial su buen funcionamiento. Es el primer nivel de asistencia sanitaria, encargado de la promoción de la salud, la prevención y el seguimiento continuado de los pacientes. La asistencia se realiza en los Centros de Salud ampliamente diseminados lo que favorece la accesibilidad. Es un pilar fundamental en la organización sanitaria debido a su aportación marginal a los niveles de salud de la población, su gratuidad en el momento de la prestación reduce las desigualdades en salud favoreciendo la equidad horizontal y posee un menor consumo en costes respecto a otros niveles de la atención sanitaria.

Según Kringos et al. (2015), la solidez de la atención primaria se basa en la existencia de un sistema estructurado que se apoye en la adecuada gobernanza, unas barreras de acceso menores, la financiación y un desarrollo de las plantillas apropiados, así como una cartera integral de prestaciones y la continuidad efectiva de la asistencia a todas las escalas. Atendiendo a estos criterios, en el SNS las barreras de acceso son muy limitadas y hay una amplia accesibilidad a una cartera integral de prestaciones. Por ello, el SNS posee unas cifras bajas de ingresos evitables por enfermedades, si lo comparamos con muchos otros Estados miembros de la UE (OCDE/UE, 2016), y desataca la satisfacción general de los españoles con respecto a los servicios de atención primaria: el 86% de los españoles declara haber recibido una asistencia buena o muy buena en el ámbito de la atención primaria (MSSSI, 2016).

Los beneficios que reporta la atención primaria a la salud general parecen haber sido olvidados durante todo el periodo analizado, en el que se ha primado la atención secundaria y especializada provocando una subinversión en la atención primaria, que ha mermado su calidad y accesibilidad. Muestra de ello es que el porcentaje de usuarios que consideran que la AP ha empeorado aumentó un 46,8%, pasando del 6,59 en 2010 al 12,4% en el 2017 (Encuesta Nacional de Salud, 2017).

La pérdida de la accesibilidad se traduce en un aumento del tiempo de espera en el acceso al servicio, en el que cada vez menos usuarios tienen cita en el mismo día. En 2003 el 64% de los pacientes recibían atención el mismo día, en 2009 bajó al 48% y en 2018 sólo el 36% de los usuarios que solicitaron la asistencia, la recibieron el mismo día (Bernal-Delgado et al., 2018). En 2018, la media para recibir una cita en atención primaria se encontraba en 4 días. Estas esperas tan amplias hacen que el 31% de los usuarios prefiera un proveedor privado según la encuesta del MSSSI del 2016.

Esta paulatina pérdida de accesibilidad en los servicios de la atención primaria ha hecho que la población use con mayor frecuencia el servicio de urgencias hospitalarias, aumentando las consultas que no son de urgencia. En 2002 las consultas no urgentes en hospitales se situaban en el 19,9 %, la cifra en 2011 creció hasta el 27,1% y en el 2017 se sitúa en el 30,15% (FADSP, 2018).

Al medir la calidad de la atención primaria a través de su accesibilidad y su control del acceso como sugieren Smith y John (2011), se puede observar una pérdida de calidad en estos términos. La pérdida de accesibilidad sumada a la sustitución del servicio médico de la AP por las urgencias hospitalarias, merman la eficiencia de la atención primaria, haciendo que no se cumpla el papel de agente, mermando la capacidad de prevención de la AP y dificultando el acceso a los pacientes a la atención secundaria.

6.2.2 Situación de la atención secundaria (AS): Servicios hospitalarios y especializados.

La atención secundaria en España comprende las actividades asistenciales de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y promoción a la salud al paciente una vez agotadas las posibilidades de la atención primaria asegurando así la continuidad asistencial.

Destaca por la fuerte inversión que ha recibido durante los últimos veinte años. Este fuerte apoyo ha hecho posible el avance tecnológico, favoreciendo la eficacia y eficiencia. Se traduce en un aumento de las intervenciones quirúrgicas, en un 22,5%, pasando de 93 intervenciones a 113,94 por cada 1.000 habitantes, en el periodo 2002-2018, y una disminución de las estancias medias de hospitalización, de 8,4 días en 2002 a 6,78 en

2018. La calidad de las intervenciones también ha aumentado, como se puede observar en la mayor tasa de supervivencia en los trasplantes (renal, pulmonar y hepático)⁷.

La inversión también ha hecho posible un aumento de la capacidad operativa atendiendo cada año a un número mayor de pacientes, creciendo la frecuentación de la atención hospitalaria, de 1.608,13 en 2010 a 2.217,9, en 2018, por cada 1.000 habitantes, y la frecuentación diaria hospitalaria, de 93,36 en 2010 a 135,48 en 2018 por cada 1.000 habitantes. A la vez los indicadores de seguridad de la atención secundaria son muy favorables: la infección hospitalaria ha disminuido, de un 1,33 en 2002 al 1,15 en 2018, y la mortalidad intrahospitalaria por cada 100 altas hospitalarias también se ha reducido, de 1,83 en 2002 a 1,5 en 2018.

Con todo, la atención secundaria también tiene carencias. Adolece desde hace décadas de prácticas inefectivas, como son las altas tasas de procedimientos de escaso valor, diferencias en la cirugía programada en las distintas áreas de la atención sanitaria y diferencias sistemáticas en el acceso a ciertas intervenciones basadas en la evidencia (Bernal Delgado et al., 2018).

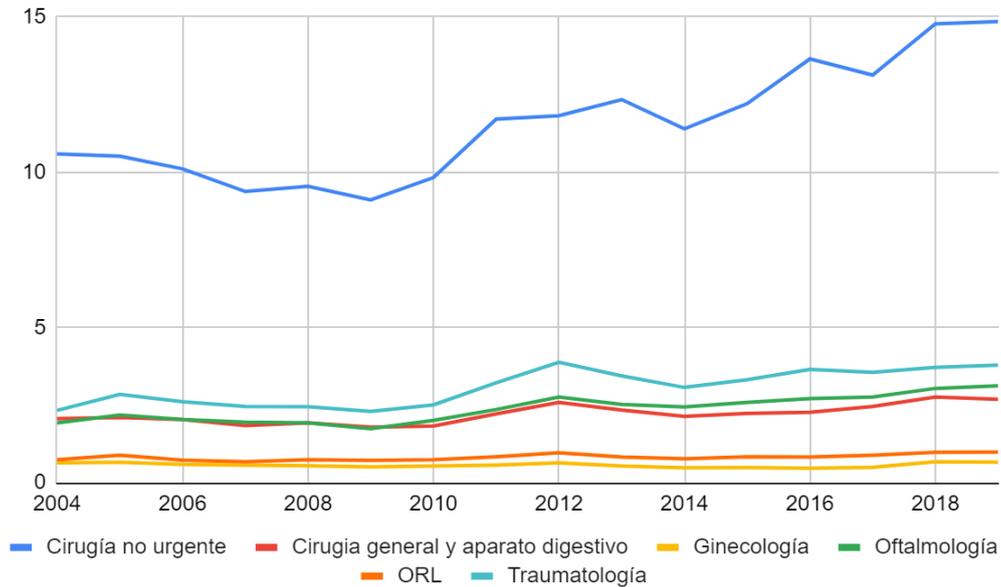
La accesibilidad es el aspecto que más ha empeorado en la atención secundaria, y más en concreto, los tiempos de espera han aumentado ampliamente tras la crisis económica, tanto en las intervenciones quirúrgicas como en las consultas de la atención especializada. La cirugía no urgente es en la que más han aumentado los pacientes en espera, de 9,11 por cada mil habitantes en 2009 a 14,85 en 2019. Este aumento paulatino de las listas de espera coincide con un contexto de avance tecnológico que ha hecho posible el aumento de la cirugía sin ingreso, reduciendo la duración de las estancias quirúrgicas hasta el 16%, pasando de 7,4 a 6,5 días (Comendeiro-Mälloe et al., 2017), pero que no ha hecho posible reducir las listas de espera. En días de espera para una cirugía programada también hay un aumento del 79% de 2009 a 2019 pasando de 63 a 115 días

Según los datos del MISSSI la tasa de pacientes en espera para una operación quirúrgica no urgente ha aumentado un 11,08% de 2012 a 2017. En cuanto al tiempo de espera, ha aumentado un 39,47% para el mismo periodo. Respecto al resto de las cirugías,

⁷ Supervivencia en los trasplantes: hepático 72,2 en 2010 al 86,7 en 2018, pulmonar un 73,2 en 2010 al 82 en 2018.

los pacientes en listas de espera han aumentado ligeramente respecto a antes de la crisis, a excepción de las intervenciones de cirugía cardíaca y vascular por su propia naturaleza.

Gráfico 6.4: Pacientes en espera para cirugía por cada 100 habitantes.

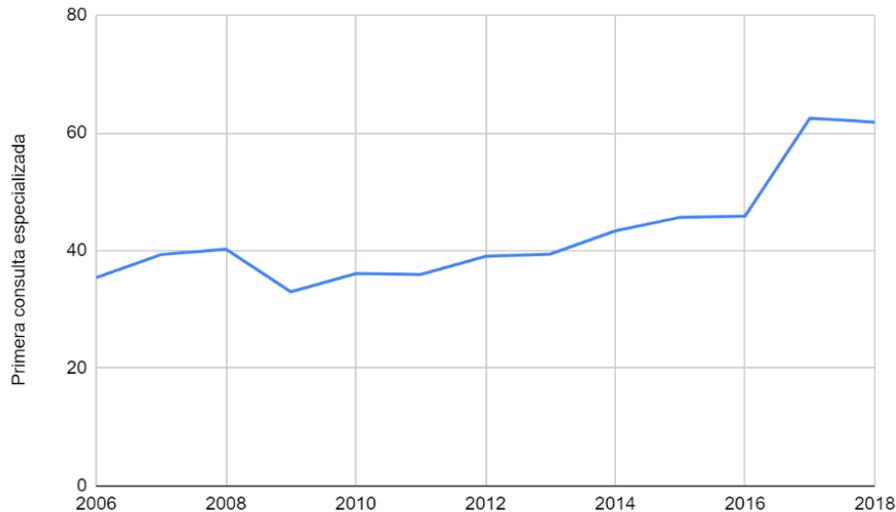


Fuente: Elaboración propia a través de datos del MISSSI.

La atención especializada también presenta problemas de accesibilidad al servicio. Se denota con el aumento de los pacientes en espera y la dilatación en el tiempo hasta. Los pacientes en espera de recibir su primera consulta especializada habían disminuido considerablemente en 2009, pero paulatinamente han ido aumentando hasta alcanzar cifras muy preocupantes en la actualidad. La tasa de pacientes en espera aumentó un 27,63% de 2012 a 2017.

En cuanto a los tiempos de espera, también son muy prolongados, de media 57 días de espera (Ministerio de Sanidad, 2018). Según el Barómetro sanitario de 2018, el 6,50% de los pacientes han esperado seis meses hasta la consulta con el especialista, y el 6,90% han esperado más de 6 meses hasta ser atendidos, si bien es cierto, estas esperas tan prolongadas se vienen reduciendo.

Gráfico 6.5: Pacientes por cada 1000 habitantes en espera para una primera consulta en atención especializada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MSSSI

Para el correcto funcionamiento del sistema sanitario es necesario una buena coordinación entre ambos sistemas, atención primaria y secundaria, de forma que se presten los servicios donde más le convenga al paciente y al problema atendido (Gérvas, y Pérez Fernández, 2005).

Algunos autores apuntan a que uno de los mayores problemas del Sistema Nacional de Salud es la falta de integración entre la atención primaria y la especializada que provocaría “externalidades en costes a otros niveles” (Gómez, 2011). Para otros autores la falta de coordinación y cooperación entre la atención primaria y secundaria radicaría en una situación de condiciones organizativas adversas, en una falta de incentivos, de medios específicos y de cultura de la cooperación. (Gervás & Rico, 2005). A lo que se suma la politización de la sanidad, sin una participación clara del gobierno en las instituciones y los centros del Sistema Nacional de Salud, lo que evita la profesionalización de la gestión y dificulta los planes en el largo plazo.

6.3 EVOLUCIÓN DEL EQUIPAMIENTO

Las inversiones de capital en España nunca han supuesto una parte muy significativa del gasto total en el periodo analizado. Pese a ello en el periodo 2002 a 2008 tuvieron un fuerte crecimiento, el 41%, si comparamos el principio y el fin del periodo. Pero con la crisis económica la inversión en capital sufrió un descenso muy significativo, del 51%, si comparamos 2008 con 2018, no alcanzando la inversión actual los niveles de 2002 (Ministerio de Sanidad, 2018).

En cuanto a la dotación hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, se viene observando una reducción en los últimos 15 años. En el año 2000, la tasa de hospitales por cada millón de habitantes se situaba en 19,2 frente al 16,5 en el 2015. Esta cifra se sitúa muy por debajo de la media de la OCDE con una tasa de 29,4 por cada millón de habitantes en 2015 (OCDE, 2016).

El crecimiento hospitalario sólo ha sido del 2,2% en esta última década, debido principalmente a la disminución paulatina de los hospitales privados. Por el lado de la oferta pública, sí han aumentado los hospitales, en un 5,5 % comparando los datos de 2018 con 2010. Los recortes en inversión no han frenado la creación de nuevos hospitales debido a que el sector público está recurriendo a la subcontratación mediante PFI (Private Financial Initiative), en la que se licita la construcción a una empresa privada y se le permite la obtención de rendimientos de la explotación comercial de servicios no clínicos.

Tabla 6.2: Número de hospitales en España.

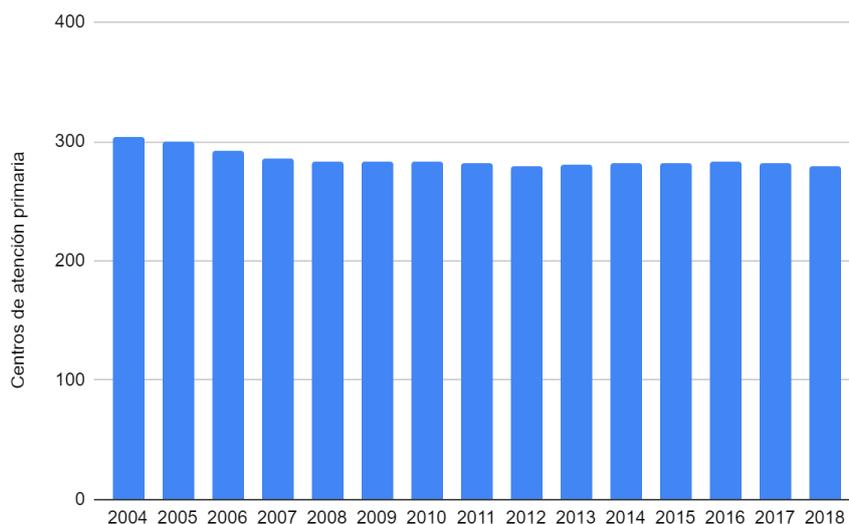
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales	765	763	759	764	763	765	764	779	782
Hospitales públicos	445	451	452	453	451	455	462	466	468
Hospitales privados	320	312	307	311	312	310	302	313	314

Fuente: Elaboración propia a través de los datos del MSSSI.

Pese al aumento muy moderado de la infraestructura, los quirófanos en funcionamiento han aumentado pasando de 6,39 por 100.000 habitantes en 2010 a 6,99 en 2018. También ha aumentado la dotación tecnológica: en el mismo periodo, tanto en TAC (de 10,74 en 2010 a 12,65 en 2018, por cada 100.000 habitantes), mamógrafos (de 8,73 en 2020 a 9,8 en 2018, por cada 100.000 habitantes) y en equipos de hemodiálisis (de 77,3 en 2010 a 94,75 en 2018, por cada 100.000 habitantes).

Por su parte, los centros de salud correspondientes a la atención primaria están viendo una disminución paulatina en su número. Este hecho no se produce debido a los recortes sanitarios, sino que es una tendencia que se observa a lo largo del periodo analizado, de 2004 a 2018, disminuyendo en un 8% teniendo en cuenta los centros de salud por cada millón de habitantes.

Gráfico 6.6: Evolución de los centros de atención primaria por cada millón de habitantes.



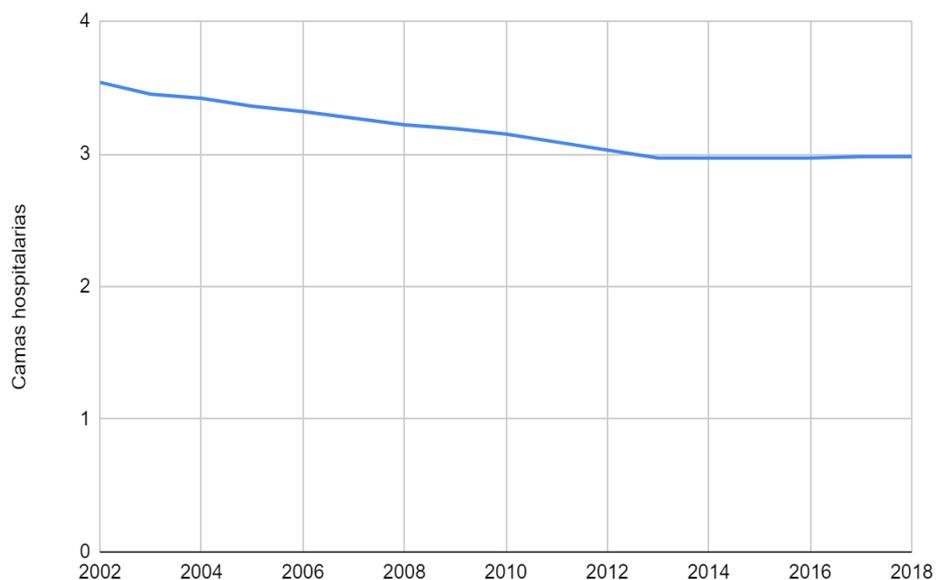
Fuente: Elaboración propia a través de datos del MSSSI e INE.

La dotación de camas hospitalarias también ha mermado a lo largo de los años, pasando de 365 por 100.000 habitantes en 2005 a 337 por 100.000 habitantes en 2019 (MISSS, 2018). Analizando la Gráfica 6.7, se puede observar la tendencia decreciente: al principio del periodo las camas por cada 1.000 habitantes eran 3,5 frente a las 2,98 de 2018, lo que supone una disminución del 15% en el periodo analizado.

La paulatina pérdida de camas hospitalarias está directamente relacionada con el cambio en el modelo de gestión implantado tras la crisis económica en la que se han reducido los tiempos de estancia media en un 6% de 2008 a 2018, y los ingresos hospitalarios, en un 1,15% entre 2012 y 2015, y también la actividad quirúrgica ligada al recurso de camas. Esto ha dado lugar a un incremento muy importante de la cirugía sin ingresos, de la hospitalización de día y de la reorientación en la atención a agudos hacia la cronicidad. Por ello las camas hospitalarias no se han incrementado y en su lugar los puestos hospitalarios de día han aumentado un 10% entre 2012 y 2016.

Estas modalidades asistenciales más eficientes en cuanto al uso de recursos pueden no haber sido tan eficaces en cuanto a la calidad de los servicios prestados ya que los reingresos desde 2009 a 2018 se han incrementado un 14%, pasando de estar en el 7,18% al 8,19%. De cada 100 ingresos por cirugía programada un 3,34% reingresan, cifra que en 2009 se situaba en un 2,43%.

Gráfico 6.7: Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes.



Fuente: elaboración propia a través de los datos del MSSSI.

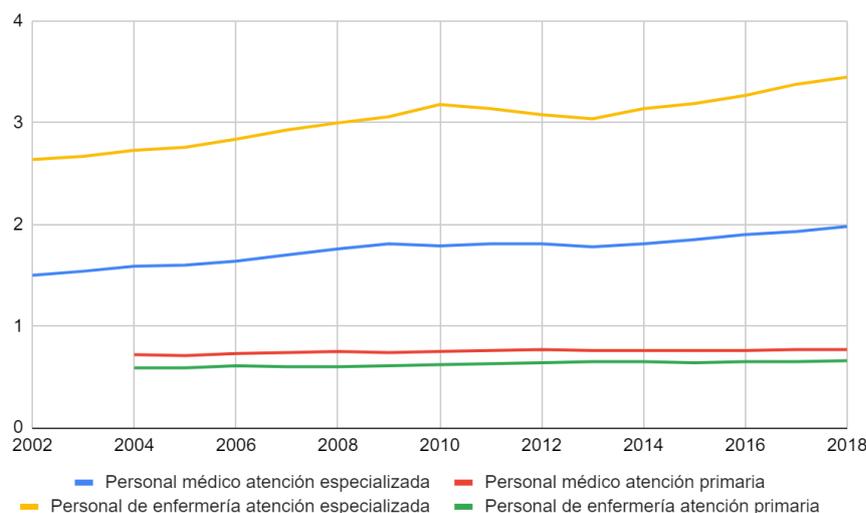
6.4 SITUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

El personal médico y de enfermería en términos relativos a la población ha aumentado un 12% desde el 2008 al 2018. El Sistema Nacional de Salud cuenta con 149.342 profesionales de la medicina, un 23% en la atención primaria, frente a un 74% en la atención secundaria.

Existe una situación desigual del personal sanitario entre la atención primaria y la secundaria, siendo las ratios, tanto de personal de enfermería como de medicina por habitante, mucho mayores en la atención especializada que en la atención primaria. La desigualdad se debe a un crecimiento muy leve del personal de atención primaria, poco más del 0,5% anualmente, desde 2004 a 2018, en cuanto a personal por cada 1.000 habitantes.

Poniendo en análisis el Gráfico 6.8, se observa como el personal médico en la atención especializada es el que más han aumentado, un 10,6% de 2010 a 2018. Un crecimiento similar ha tenido el personal de enfermería de la atención especializada, un 8,49% en el mismo periodo, este grupo a la vez es el que mayor ratio presenta. En cuanto a la atención primaria es el personal médico el que menos ha aumentado, sólo un 2% en todo el periodo analizado, mientras que el personal en enfermería ha aumentado en un 6%, aunque hay que destacar que su ratio por cada 1000 habitantes es muy bajo, menor aún que el personal médico.

Gráfico 6.8: Evolución del personal sanitario por cada 1000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a través del MISSS.

La crisis económica no supuso una reducción significativa del personal sanitario, las medidas de ajuste se centraron en una modificación de las condiciones del personal sanitario a través del Artículo 3 del Real Decreto de Ley 20/2011 (BOE, 2011). El decreto supuso la ampliación de la jornada laboral de todos los empleados públicos, incluido el personal sanitario, de 35 a 37,5 horas sin el aumento salarial pertinente. También supuso restricciones a las nuevas contrataciones y limitaciones en el caso de las vacantes de las jubilaciones, limitando la reposición al 10% de las vacantes. El artículo ha sido modificado en 2016 aumentando el índice de reposición al 100%.

Uno de los principales problemas que presenta el personal médico del SNS es su envejecimiento: más de un tercio de los médicos en España tenía más de 55 años en 2017, lo que supone una escasez para el futuro próximo. La crisis provocada por el coronavirus ha dejado latente la escasa disponibilidad de profesionales sanitarios cuando ha sido necesario aumentar las plantillas. Las mejores expectativas laborales en otros países han provocado la migración del personal sanitario. La última encuesta del CSIF (2020) nos arroja la opinión de profesionales médicos en formación, en la que declaran que el 70% se plantea trabajar fuera cuando acabe su formación por la falta de oportunidades en España. La fuga del personal sanitario se debe a mejores ofertas laborales y un mayor reconocimiento en el extranjero, como declara el 90% de los encuestados. En concreto, más de 15.000 médicos, desde 2012 a 2017, han solicitado permisos para trabajar en el extranjero⁸ (OMC, 2017). Esta migración, no solo hace muy complicado suplir las necesidades de personal requeridas para afrontar la pandemia, sino que la falta de incentivos puede suponer una escasez de personal sanitario en el futuro.

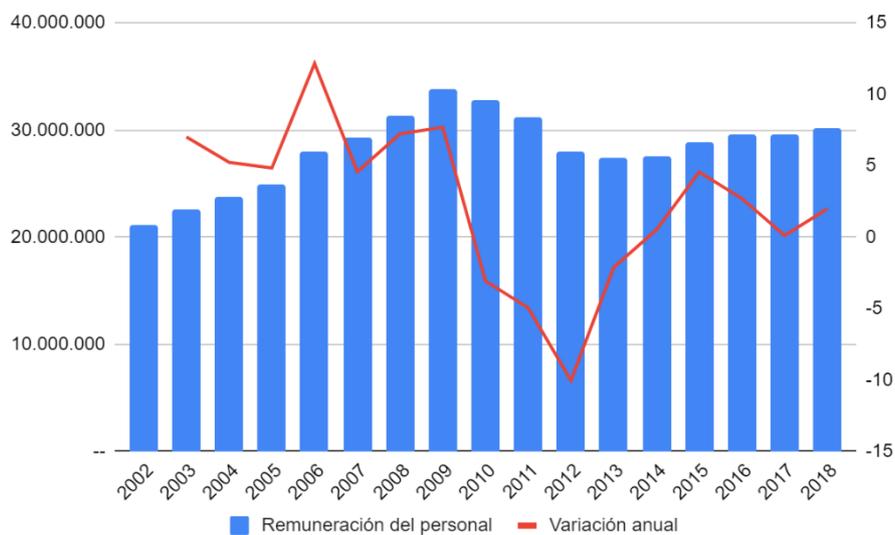
Es también preocupante el creciente número de contratos temporales y a tiempo parcial tras la crisis económica, lo que da lugar a una gran rotación del personal (Comisión Europea, 2019). En el conjunto del SNS, el 30 % de todos los empleados tenía un contrato temporal en 2017, frente al 27 % en 2012 (CCOO, 2017).

⁸ Certificados de idoneidad.

En cuanto a las remuneraciones al personal sanitario, el gasto real creció significativamente en el periodo previo a la crisis, casi un 7% de media cada año desde 2002 a 2009. Las políticas de austeridad impactaron duramente sobre la partida de gasto en remuneraciones al personal, con una disminución del 4% de media anual, en el periodo 2010 a 2014. La partida pasó de tener un gasto real de 33.805.960 € en 2009 a 27.568.722€ en 2014, una disminución del 18,45%. En los últimos años el gasto en remuneraciones ha crecido moderadamente, sin embargo, no llega al máximo alcanzado en 2009, siendo el gasto de 2018 un 10% menor.

Según el Ministerio de Función Pública el personal sanitario ha aumentado un 5% entre 2009 y 2019, sin embargo, para el mismo periodo el gasto en remuneraciones al personal ha disminuido en 3 millones de euros, lo que pone de manifiesto un deterioro en las condiciones laborales del personal sanitario.

Gráfica 6.9: Gasto real consolidado en remuneraciones al personal del SNS.



Fuente: Elaboración propia a través de datos del Ministerio de Sanidad.

7. EL SISTEMA SANITARIO A NIVEL AUTONÓMICO

La Ley General de Sanidad (1986) y la Constitución Española (1978) sentaron las bases para la creación de un Sistema Nacional de Salud, basado en la suma de los servicios de salud autonómicos y centrales. La gestión de los servicios se encontraba mayoritariamente centralizada a través del Instituto Nacional de Salud (INSALUD). La descentralización se realizó de manera progresiva, a través de Reales decretos⁹ con los que se transfirieron las competencias de salud a las distintas CC. AA, siendo necesario modificar sus estatutos, proceso que no se completó hasta 2002. Antes de la reforma de 2001¹⁰ eran 7 comunidades autónomas (Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia, Navarra y Canarias) las que se gestionaban unidireccionalmente, mientras que el resto eran gestionadas por INSALUD. La reforma del SNS en 2001 supuso un gran cambio estructural, descomponiéndose en 17 Sistemas Regionales de Salud, con un nuevo modelo de financiación basado en transferencias del Estado en vez de aportaciones de la Seguridad Social.

El nuevo modelo de financiación supuso el traspaso de todas las competencias en sanidad excepto las de financiación y gestión del endeudamiento. A través del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales se repartieron las transferencias de una manera uniforme atendiendo en el ámbito sanitario a los criterios de población protegida, población de más de 65 años e insularidad. También cuenta con un Fondo de Suficiencia Global, que depende para su asignación de voluntad política provocando desequilibrios en la financiación entre CC.AA. (Bernal Delgado et al., 2018).

Existían problemas de partida en el modelo de financiación, como la infraestimación del modelo anterior, y también de forma, al dejar a las CC.AA. libertad para determinar la cantidad final para su presupuesto en sanidad, sin atender a criterios de “necesidad”. El Fondo de Garantías de Servicios Públicos ha de destinarse a tres partidas: educación, sanidad y servicios sociales, pero no dispone de criterios homogéneos para destinar los fondos a las actividades transferidas, lo que ha provocado amplias desigualdades entre territorios. Por ello es aprobada una nueva ley en 2003 (Ley 16/2003) que amplía el Fondo de Cohesión en un intento de garantizar la financiación de las nuevas prestaciones sanitarias y para corregir y eliminar las desigualdades. Sin

⁹ Reales decretos de traspasos de las funciones y servicios de INSALUD.

¹⁰ Ley 21/2001

embargo, las disposiciones de la ley adolecían de ambigüedad y los fondos adicionales atendían a criterios epidemiológicos y sociales que exigían un aparato estadístico desarrollado del que el sistema carecía (Sabando, 2020).

El resultado ha sido una amplia variabilidad del presupuesto para cada comunidad que se refleja en problemas de funcionamiento del sistema sanitario y problemas en cuanto a la gestión de la deuda. Sumado a los problemas inherentes al proceso de descentralización que aumentan las desigualdades. El proceso se llevó a cabo sin una garantía de mecanismos efectivos para la coordinación, sin información sanitaria en el momento (Borraz y Pou, 2005) y sin sistemas informáticos, que garantizaran un nivel de igualdad en todo el territorio. (González y Barber, 2006). A la hora de descentralizar el sistema sanitario han primado los criterios geográficos sobre los funcionales (Cantero, 2006) y lo mismo ha ocurrido con su financiación, que atiende a voluntad política por encima de aspectos técnicos o equitativos.

Desde la reforma de 2001, las preocupaciones se han centrado en cómo este traspaso de transferencias, sin unos criterios de convergencia entre territorios, ha aumentado las desigualdades entre los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Además, los problemas del SNS tras la crisis económica, el deterioro de las infraestructuras, de los recursos humanos y las pérdidas en la accesibilidad, se han generalizado en todo el territorio, afectando de forma diferente a cada CC.AA.

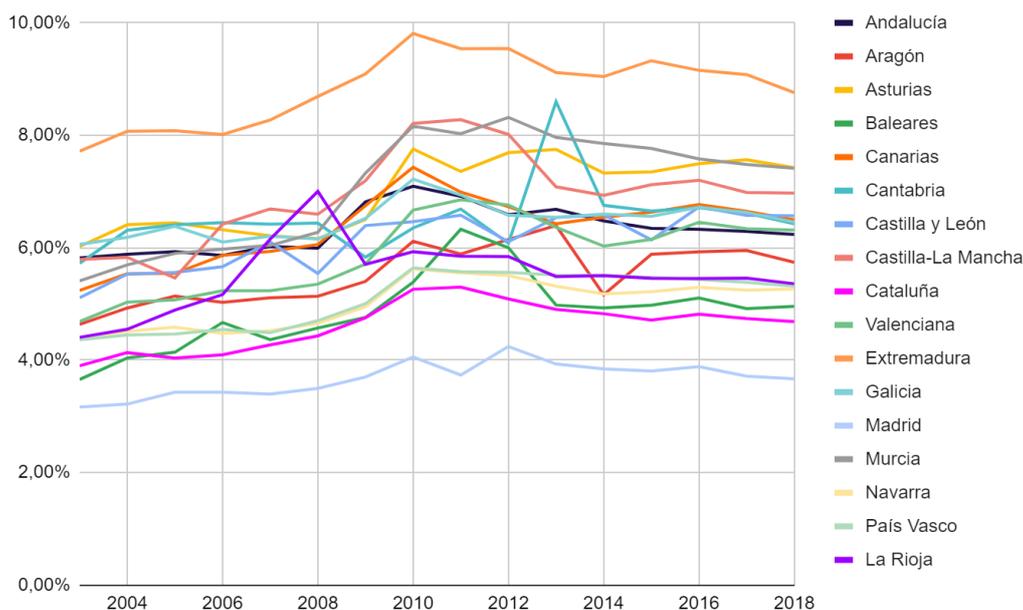
7.1 GASTO SANITARIO

Según los datos del Ministerio de Sanidad, el gasto consolidado de las Comunidades Autónomas del último año disponible se sitúa en 71.145.214€, lo que supone el 92,64 % del total del gasto consolidado. Para las CC.AA. el gasto ya suponía en 2002, tras la reforma del SNS, el 89,70% del total.

El gasto sanitario consolidado como porcentaje del PIB ha ido creciendo en todos los territorios de la península, hasta los recortes sanitarios de 2010, que cambiaron la tendencia creciente del gasto, haciendo que disminuyera en todas las CC.AA. Desde el comienzo de la recuperación económica hasta la actualidad el gasto en relación con el PIB destaca por haberse mantenido estable en todos los territorios.

La inversión de cada CC.AA. en sanidad nunca ha estado ligada a la aportación al PIB de cada una de ellas (Gráfico 7.1), existiendo cierta correlación inversa entre el gasto y el nivel económico de cada territorio, ya que las comunidades más dinámicas como Cataluña, Madrid y Valencia no destacan por una inversión elevada en relación con su PIB. En el lado contrario Extremadura, Murcia y Asturias hacen un gasto mayor. Además, el gráfico nos permite observar la enorme dispersión que tiene el gasto entre las distintas comunidades, de más de 4 puntos porcentuales al comparar Aragón con Madrid.

Gráfico 7.1: Evolución del gasto público consolidado como porcentaje del PIB por Comunidades Autónomas.

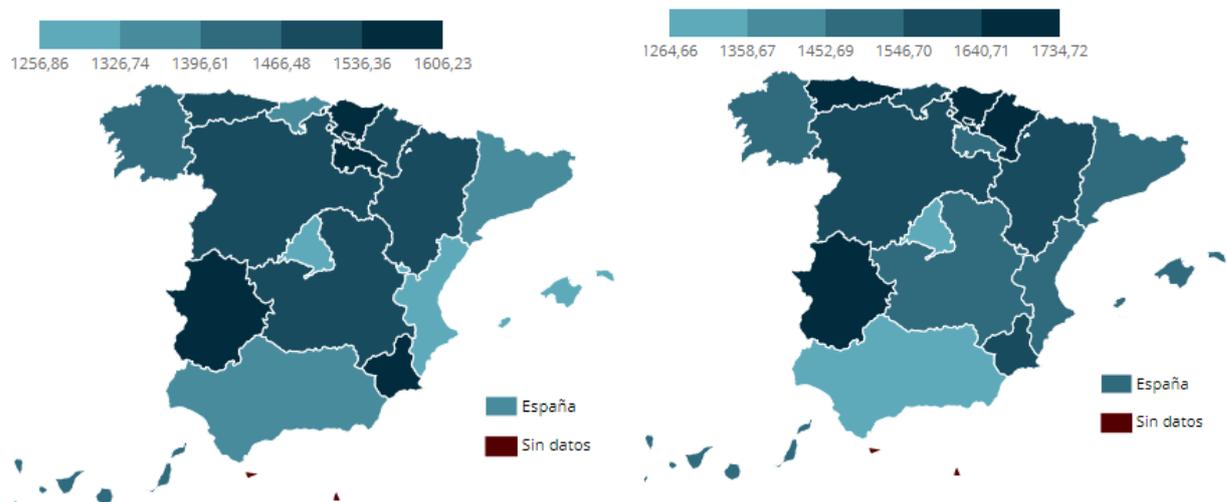


Fuente: Elaboración propia a partir de Datos del Ministerio de Sanidad e INE.

El gasto sanitario a nivel per cápita ha aumentado de media en España un 5,8%, en el periodo de 2008 al 2018, el crecimiento ha sido muy desigual, generando amplias diferencias en el territorio. El gasto medio por habitante se sitúa en 1.460,14€; encontrándose por debajo de la media las CC.AA. de Madrid con 1.289 € y Andalucía con 1.264 €. Estas comunidades autónomas junto con La Rioja son en las que menos dinero se ha invertido en este periodo; destaca el caso de Andalucía, en la que ha disminuido el gasto en 4 puntos porcentuales respecto a 2008, La Rioja lo ha hecho en 2 puntos porcentuales y en Madrid se ha mantenido estable. Destaca sobre todo la desigualdad entre territorios con diferencias de hasta el 27% en el gasto dedicado a cada habitante, si se compara el gasto de Andalucía con el del País Vasco.

Las desigualdades en cuanto a gasto de las CC.AA. provienen directamente de un sistema de financiación desigual en el que se prima la voluntad política sobre criterios de eficiencia y de equidad. Estas desigualdades en el gasto per cápita se han ido incrementando entre comunidades durante todo el periodo analizado, como se puede observar en la Gráfico 7.2, no por un cambio estructural en la población, sino que atiende a criterios políticos y de gestión de la financiación de cada territorio.

Gráfico 7.2: Comparativa del gasto sanitario per cápita. (años 2008 y 2018)



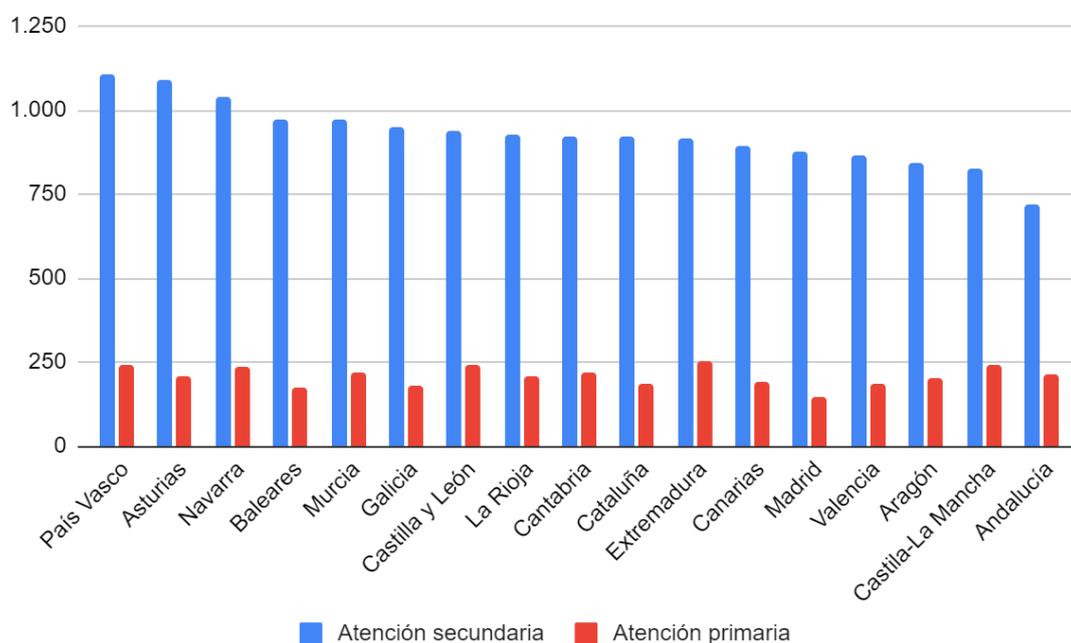
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MISSS.

7.2 EVOLUCIÓN EN LA PROVISIÓN DE SERVICIO

Atendiendo a la provisión de los servicios, ya se ha observado cómo la proporción de gasto en la atención secundaria es mucho mayor que la atención primaria. Todas las comunidades autónomas presentan esta misma articulación del gasto entre ellas, aunque con diferencias. En cuanto a la atención secundaria, las comunidades que invierten por encima de la media son Asturias, País Vasco, Murcia, Galicia y Baleares. Mientras que en la atención primaria invierten por encima de la media Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra y País Vasco.

Las estrategias para mejorar la calidad y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos pasan por potenciar los servicios primarios de salud, por ello, CC.AA. como Asturias, Castilla y León, Extremadura y Castilla-La Mancha, cuyo gasto supera la media nacional en atención primaria, pero quedan por debajo en servicios hospitalarios y especializados, podrían identificarse como un ejemplo de buenas prácticas en lo que se refiere a política sanitaria (Abellán et al., 2013).

Gráfico 7.3: Gasto por habitante en atención primaria y secundaria, en las CC.AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad e INE.

EVOLUCIÓN DEL EQUIPAMIENTO

La infraestructura sanitaria se reparte desigualmente entre las Comunidades Autónomas, apostando de manera distinta entre los dos niveles asistenciales. Cataluña y Madrid apuestan por un mayor peso en la atención secundaria, con un mayor número de hospitales y CSUR (Centros Servicios y Unidades de referencia) por cada millón de habitantes, 32,24 y 18,70 respectivamente. En el lado contrario, Canarias, Castilla y León y Navarra son las que tienen una menor dotación de infraestructura en la atención secundaria por cada millón de habitantes, con un 7,52, un 8,12 y un 9,27, respectivamente en 2018.

Las demás comunidades han optado por primar la infraestructura en atención primaria. Destacan las CC.AA. de Castilla y León, Aragón y Castilla-La Mancha que han apostado por la atención primaria en mayor medida que el resto, con 167 centros de salud por cada 100.000 habitantes en Castilla y León, 75 en Aragón y 67 en Castilla-La Mancha.

Por otra parte, destaca el caso de Cantabria con una dotación de infraestructura equilibrada entre los dos niveles asistenciales, estando a su vez por encima de la media, mientras que las CC.AA. de Baleares, Canarias, País Vasco y Valencia tienen unas infraestructuras por debajo de la media.

Tabla 7.1: Comparación de la dotación de infraestructura sanitaria en las CC.AA. (2018)

	ATENCIÓN SECUNDARIA			ATENCIÓN PRIMARIA	
	Hospitales y CSUR	Hospitales y CSUR por cada millón de habitantes	PHD por cada 100.000 habitantes	Centros de salud y consultorios	Centros de salud y consultorios por cada 100.000 pacientes asignados
Andalucía	85	10,14	35,10	1514	18,37
Aragón	22	16,81	30,70	984	75,40
Asturias	16	15,56	42,80	214	21,00
Baleares	11	9,74	28,70	162	14,69
Canarias	16	7,52	29,10	166	8,20
Cantabria	12	20,68	51,50	260	46,10
Castilla y León	21	8,72	31,80	3914	167,05
Castila- La Mancha	22	10,85	31,60	1311	67,33
Cataluña	245	32,24	71,30	1253	16,83
Valencia	64	12,89	28,30	852	17,90

Extremadura	12	11,19	37,70	520	50,00
Galicia	33	12,21	32,90	460	17,31
Madrid	123	18,70	37,30	424	6,32
Murcia	21	14,20	27,60	265	18,31
Navarra	6	9,27	33,10	289	45,30
País Vasco	32	14,55	55,40	321	14,12
La Rioja	6	19,01	31,30	194	62,78

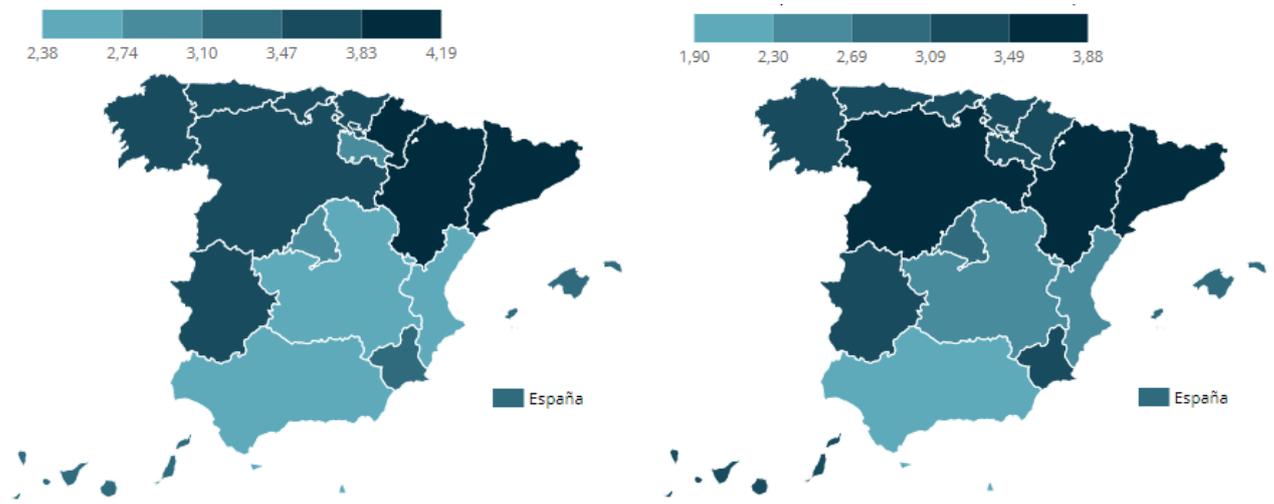
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.

En cuanto a la dotación de las camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, su evolución no es muy favorable: a nivel estatal han disminuido un 8% de 2008 a 2018, lo que supone pasar de 3,22 a 2,98 camas por cada 1.000 habitantes. Las CC.AA. con mayor capacidad son Cataluña, Aragón y Castilla y León, siendo las diferencias intercomunitarias muy amplias; Cataluña posee un 43,56% más de camas hospitalarias que Andalucía, y un 51% más que Melilla.

En general, las camas por 1.000 habitantes han disminuido en la mayoría de las comunidades autónomas con la excepción de La Rioja y Murcia, con aumentos del 6% y el 2,5% respectivamente. Las comunidades de Asturias y Valencia mantuvieron la ratio de camas, mientras que Navarra, Cataluña y Extremadura disminuyeron sus ratios considerablemente.

En cuanto a las camas de cuidados intensivos (UCI), la media se encuentra en 9,7 por cada 100.000 habitantes, sin grandes diferencias territoriales a excepción de Cantabria, con una dotación mucho menor que la media: 6,88 camas por cada 100.000 habitantes. La dotación de camas hospitalarias no se encuentra relacionada con la dotación de UCI. Las CC.AA. que se encuentran por debajo de la media son Andalucía, Castilla y León, Castilla- La Mancha y Murcia, mientras que Valencia, Canarias, Madrid y La Rioja tienen una mayor dotación que la media.

Gráfico 7.4: Evolución de las camas hospitalarias por 1000 habitantes por CC.AA. (Años 2008 y 2018).

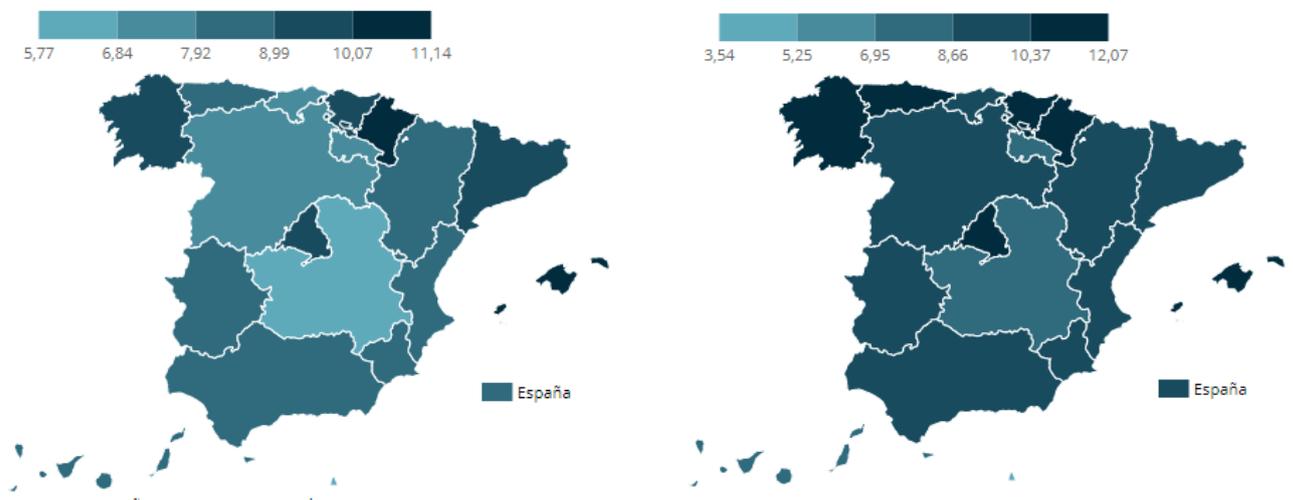


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MSSSI

Los quirófanos en funcionamiento por cada 100.000 habitantes han aumentado de manera desigual desde el inicio del periodo analizado. Tras una década, Ceuta y Melilla siguen teniendo un déficit de quirófanos, perdiendo un 14% y un 38% de quirófanos en funcionamiento respectivamente. Castilla-La Mancha, Canarias y La Rioja son las comunidades donde menos se han incrementado los quirófanos, que se mantienen por debajo de la media, mientras que Navarra sigue liderando el ranking.

Asturias, Cantabria, Castilla y León y Murcia estaban por debajo de la media en 2008, pero han realizado amplios esfuerzos en mejorar su infraestructura con crecimientos de más del 20% de los quirófanos en funcionamiento por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 7.5: Comparación de los quirófanos en funcionamiento por cada 100.000 habitantes (Años 2008 y 2018).



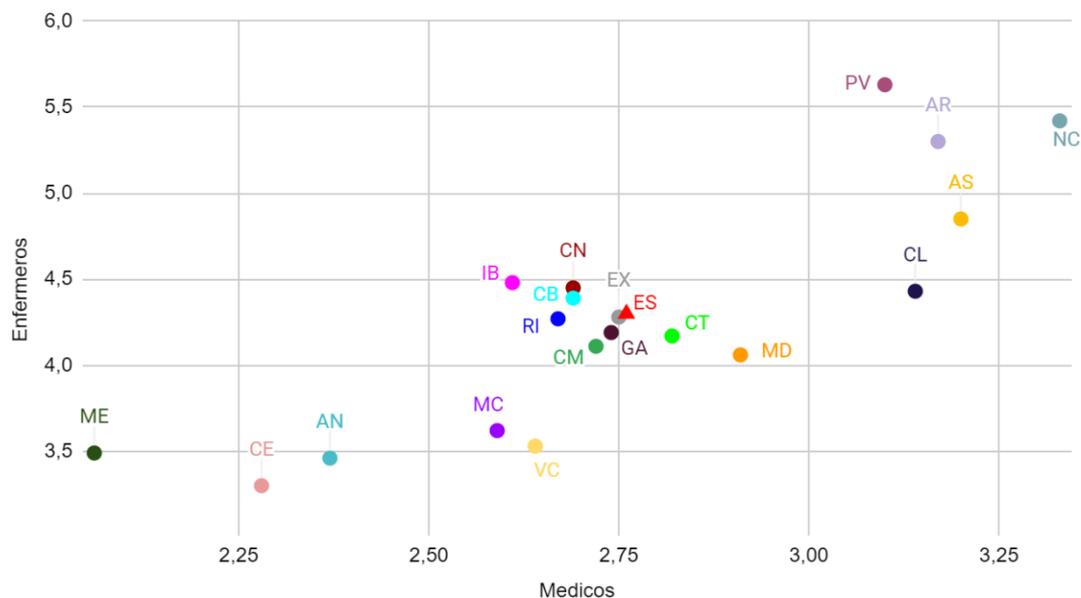
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MSSSI.

7.3 PERSONAL SANITARIO

El personal sanitario se reparte de manera desigual en el territorio, como consecuencia directa de mayores o menores dotaciones en el presupuesto. Tomando como referencia el número de profesionales médicos y de enfermería por cada 1.000 habitantes, en 2018, la media española se encuentra en 2,7 médicos y 4,3 enfermeras existiendo amplias desigualdades en el territorio.

Las Comunidades Autónomas con menor personal sanitario, son Melilla, Ceuta y Andalucía, con muchos menos médicos y enfermeros que el resto de los territorios. Melilla tiene un 25% menos de personal médico que la media española y un 23% menos de personal sanitario y Andalucía presenta un déficit del 16,6% de personal médico respecto a la media y un 19,9% para el personal de enfermería. Por el lado contrario las comunidades mejor dotadas de personal son Navarra, Aragón, País Vasco y Asturias, teniendo más del doble de personal en comparación con otros territorios. En concreto, Navarra es la comunidad con mayor personal médico por cada 1.000 habitantes, con hasta el 20,65% más que la media española, y País Vasco lidera en personal de enfermería con el 30% más que la media. El resto de las CC.AA. no presentan grandes diferencias respecto a la media en España.

Gráfico 7.6: Comparación del personal médico y de enfermería por cada 1000 habitantes. Año 2018.

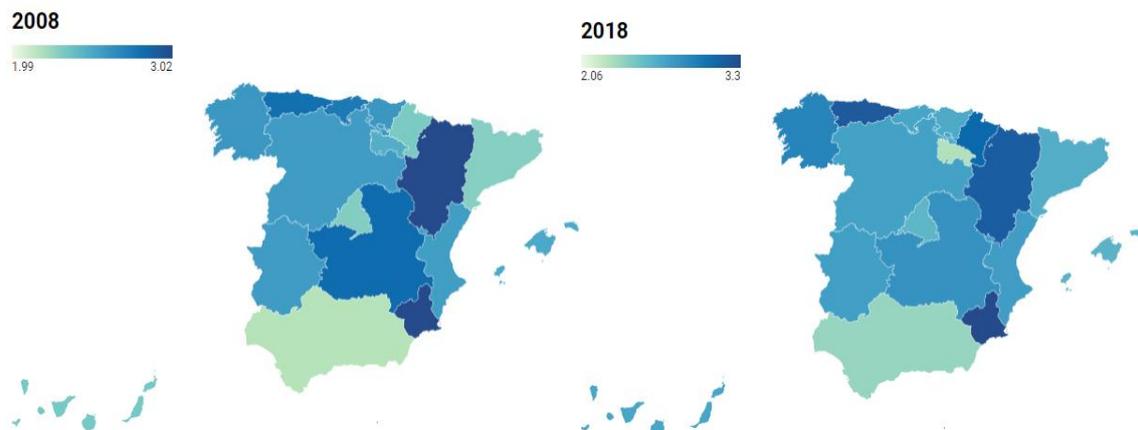


Fuente: Elaboración propia a través de los datos del MSSSI.

En cuanto al personal médico, se ha incrementado un 8,57% de media en España, comparando 2008 con 2018. El incremento se ha dado en todo el territorio, aunque de una manera desigual, a excepción de Castilla-La Mancha que mantiene sus médicos en niveles previos a la crisis y en La Rioja donde han disminuido. El aumento ha sido mayor para los médicos de atención especializada, que son los que marcan las diferencias entre territorios, ya que el número de médicos en atención primaria no varía sustancialmente entre comunidades autónomas.

Tras una década, las desigualdades en cuanto a personal médico por habitante siguen existiendo sin variar la situación de los territorios (Gráfico 7.6). Destacan Asturias, Castilla y León, Navarra, Aragón y País Vasco por estar por encima de la media, mientras que Andalucía tanto en 2008 como en 2018 sigue al final de la cola, junto con Ceuta y Melilla. Las comunidades que más han aumentado sus plantillas médicas han sido Navarra, Cataluña y Canarias, las dos primeras han hecho grandes esfuerzos ya que en 2008 se encontraban muy por debajo de la media.

Gráfico 7.7: Personal médico por habitante en las CC.AA. (Años 2008 y 2018)

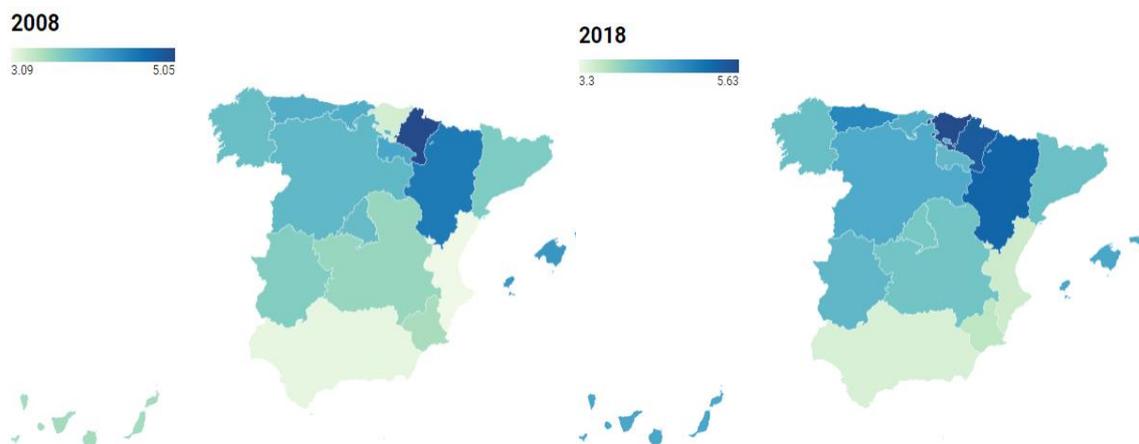


Fuentes: Elaboración propia a través de los datos del Ministerio de Sanidad e INE.

En cuanto al personal de enfermería del SNS, ha aumentado respecto a 2008 un 13,4%, situándose la media en España en 4,29 por cada 1.000 habitantes. El personal de enfermería en atención especializada es el que más ha crecido y el que marca las desigualdades entre territorios, ya que en atención primaria no se ha incrementado su número y las plantillas son proporcionales entre los territorios.

Todas las CC.AA. han aumentado el personal de enfermería a excepción de Ceuta. Destaca el incremento de País Vasco respecto al 2008 en un 73% situándose como la comunidad con mejores dotaciones de personal sanitario por cada 1.000 habitantes. Andalucía de nuevo presenta niveles más bajos junto con la Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla.

Gráfico 7.8: Comparación del personal de enfermería por cada 1.000 habitantes (Años 2008 y 2018.)



Fuente: Elaboración propia a través de los datos del MISSS e INE.

El personal sanitario de la atención primaria como se ha mencionado anteriormente se reparte homogéneamente en el territorio, por lo que se hace necesario analizar la carga de trabajo de las plantillas. Con el análisis se pueden observar las grandes diferencias en las cargas de trabajo en el territorio español. En Andalucía, Murcia, Ceuta y Galicia las consultas de los médicos de familia tienen una mayor carga de trabajo con más de 30 consultas al día, lo que supone menor tiempo en la atención de los pacientes. Mientras, en Cataluña no se llegan a las 22 consultas de media.

El personal de enfermería tiene una menor carga de trabajo en todas las comunidades autónomas, existiendo diferencias sustanciales en la media diaria de consultas. Las plantillas en Canarias y Cataluña tienen una menor carga de trabajo con 11 consultas diarias, frente a Galicia, La Rioja y País Vasco con más de 20 consultas diarias.

Tabla 7.2: Media diaria de consultas del personal sanitario de la atención primaria (Año 2018)

Media diaria de consultas (247 días)			
CC.AA.	Médico de familia	Pediatría	Enfermería
Andalucía	32,3	23,91	22,02
Aragón	26,11	19,34	13,72
Asturias	26,93	17,3	16,74
Baleares	26,19	19,51	18,94
Canarias	28,38	18,35	10,09
Cantabria	26,06	18,43	11,93
Castilla y León	25,10	21,40	17,97
Castila-La Mancha	31,48	19,45	20,36
Cataluña	27,6	17,18	11,49
Valencia	32,3	18,81	18,70
Extremadura	32,3	18,22	18,10
Galicia	30,01	22,78	19,95
Madrid	29,8	19,20	18,35
Murcia	32,38	19,95	15,28
Navarra	27,65	18,22	15,30
País Vasco	27,71	20,12	24,21
La Rioja	29,8	21,13	17,43
Ceuta y Melilla	28,15	22,43	20,14

Fuente: Elaboración propia a través de los datos del Ministerio de Sanidad.

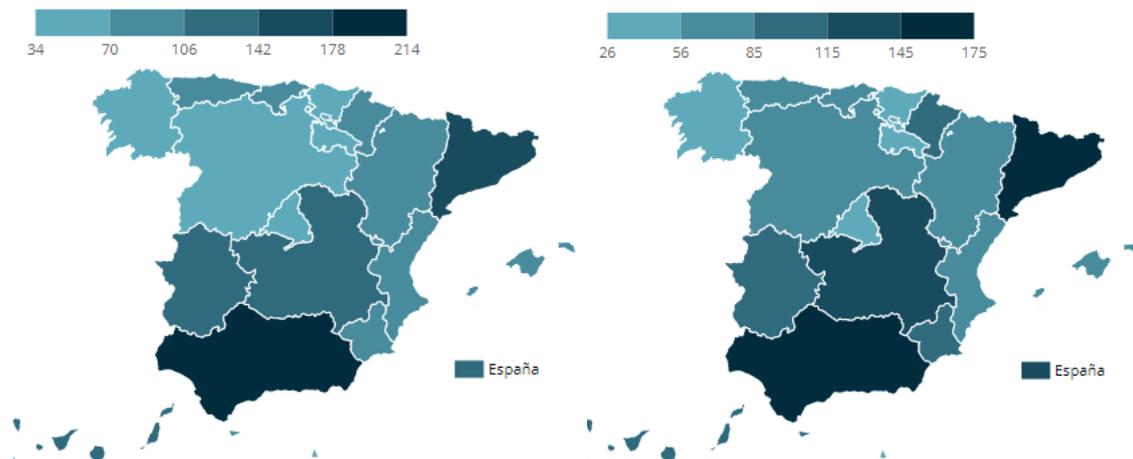
7.4 ACCESIBILIDAD

La accesibilidad a las operaciones se ha visto menguada tras la crisis económica, los recortes sanitarios han recaído principalmente en los pacientes, en concreto, en los tiempos de espera que tienen que soportar. Las operaciones no urgentes y las generales y digestivas son las que más han sufrido este incremento de los tiempos de espera. Las operaciones no urgentes han pasado de 71 días de espera a 115 de media en España, un aumento del 62% de 2008 a 2018; en cuanto a las generales y del aparato digestivo han aumentado un 66% en una década.

Las diferencias entre las CC.AA. son muy amplias. En cuanto a cirugía no urgente, la variabilidad es de casi 100 días entre algunas comunidades. Andalucía, Canarias y Cantabria tienen unos tiempos de espera de más de 140 días frente a Madrid, País Vasco o La Rioja cuyas esperas son de en torno a los 50 días.

En cirugía general y digestiva las diferencias entre comunidades son de hasta el doble de días; Cataluña, Castilla-La Mancha y Andalucía tienen un tiempo de espera de más de 100 días frente a Madrid, País Vasco y Melilla con menos de 50 días de espera.

Gráfico 7.9: Tiempo de espera en días para una operación quirúrgica no urgente y cirugía general y digestiva. Año 2019.



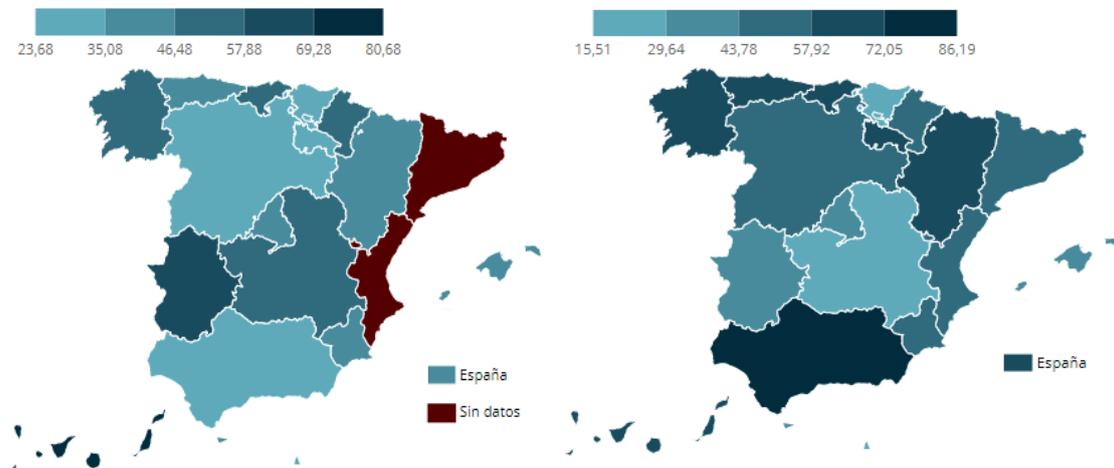
Fuente: Elaboración propia a través de los datos del MISSS.

La accesibilidad de los pacientes a las consultas de atención especializada también ha empeorado tras una década, aumentando un 70% de media el número de pacientes en espera por cada 1.000 habitantes y siendo muy desigual la situación del paciente en función del territorio en el que se encuentre.

Las CC.AA. en las que los pacientes tienen un mejor acceso a la atención especializada son País Vasco y Melilla, con menos de 15 pacientes en espera por cada 1.000 habitantes, en 2019, ambas han experimentado reducciones de los pacientes en espera de un 50% y un 35%, respectivamente, comparando la situación de 2008 frente a la de 2019. El resto de los territorios presentan el doble de pacientes en espera para una consulta especializada, siendo preocupante el caso de Andalucía con 86 pacientes en espera por cada 1.000 habitantes, habiendo aumentado un 192% los pacientes en espera desde 2012 a 2019. Las CC.AA. de Castilla y León, Canarias y Galicia tienen también un número elevado de pacientes en espera.

El tiempo de espera que soportan los pacientes hasta su consulta especializada también es muy variable entre territorios. En concreto, son en las esperas más dilatadas en las que se encuentran más diferencias interterritoriales. Los pacientes que esperan hasta 6 meses, en País Vasco y Madrid no superan el 3%, mientras que en Cataluña y Ceuta son más del 10%. La situación empeora al comparar los pacientes que esperan hasta su consulta 6 meses o más: Murcia y Extremadura tienen más del 20% de los solicitantes en esta situación frente a Andalucía y País Vasco donde estas largas esperas solo las sufren el 5% de los pacientes en espera (Barómetro Sanitario, 2018).

Gráfica 7.10: Comparación entre los pacientes en espera para la primera consulta de atención especializada (Años 2012 y 2019).

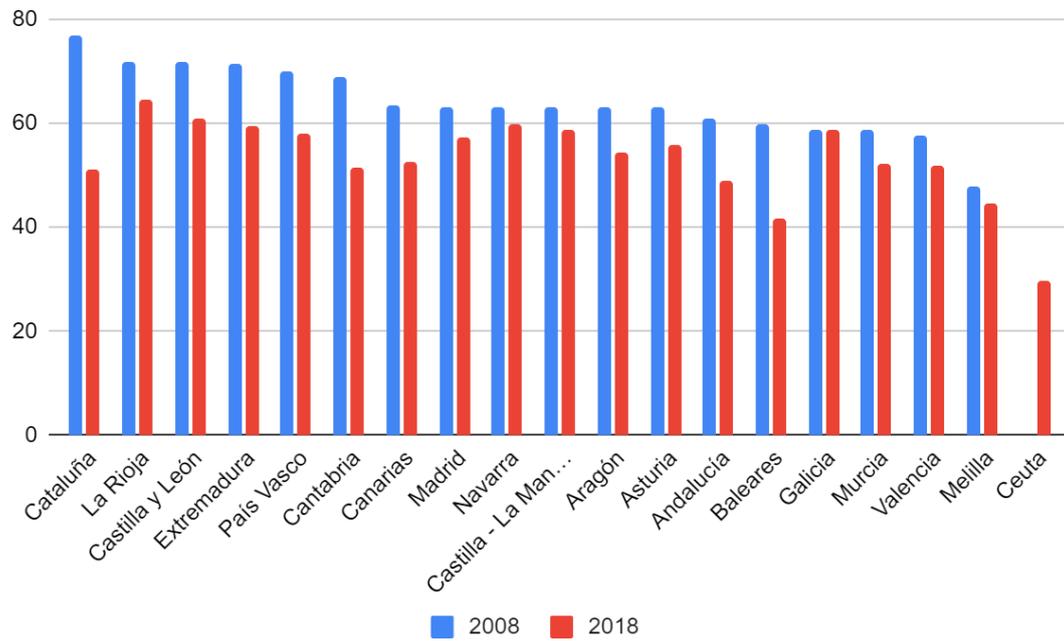


Fuente: Elaboración propia a través de los datos del MSSSI.

En cuanto a la vacunación de los recién nacidos, España ha experimentado un crecimiento muy leve, llegando a unos niveles de cobertura del 94% de media, sin diferencias considerables en el territorio. Mientras, en el mismo periodo la cobertura de los mayores de 65 años que se han vacunado contra la gripe ha disminuido un 11,64% a nivel estatal desde 2008.

Existen amplias diferencias en el territorio, siendo Castilla y León y La Rioja las comunidades con más cobertura, el 60% en 2018. Frente a Baleares y Andalucía donde la cobertura de personas de más de 65 años vacunadas contra la gripe no llega al 50%. Los territorios que más han sufrido esta disminución en la cobertura de vacunación desde 2008 a 2018 son Baleares, Canarias y Andalucía con disminuciones del 30%, 33% y 19%, respectivamente.

Gráfico 7.11: Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas contra la gripe (Años 2008 y 2018).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MSSSI.

8. COMPARACIÓN CON LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO:

La sanidad en la Unión Europea es muy divergente, carece de una política sanitaria común a excepción de la política de medicamentos, la formación y titulación de los profesionales y la regulación de los derechos de la ciudadanía en atención sanitaria transfronteriza. Cada Estado Miembro decide la organización y la financiación de su sistema de salud, lo que provoca distintos escenarios en cuanto a accesibilidad, disponibilidad, copago, etc. Si bien es cierto, los fondos estructurales y los fondos de cohesión otorgados por la Unión Europea han servido para equiparar los sistemas sanitarios de los distintos países miembros.

Los sistemas sanitarios de la UE destacan por una amplia accesibilidad, financiada por el sector público. El 96% de la ciudadanía goza de un conjunto definido de bienes y servicios de atención médica. En cuanto a los países analizados, todos disponen de un derecho de atención médica universal a excepción de Alemania, cuya cobertura pública se encuentra en el 89,2%, la cartera de servicios ofertada por el sector público es e dista entre los países analizados.

La gestión sanitaria en la Unión Europea sigue principalmente dos modelos, el Beveridge o sistema nacional de salud, y el modelo Bismark o Sistema de Seguros Sociales. España, Portugal, Italia, Reino Unido, Suecia, Finlandia y Dinamarca tienen un sistema nacional de salud caracterizado por la financiación a través de los presupuestos del Estado, en el que existe un control gubernamental donde el estado se implica en la gestión. Además, la atención primaria es clave, ya que de ella se deriva la atención especializada. Francia, Alemania, Austria, Grecia, Luxemburgo, Bélgica y Países Bajos, cuentan con un Sistema de Seguros sociales, que se financia a través impuestos o de cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores y los recursos son gestionados por empresas privadas que se ocupan de proveer los servicios necesarios a los asegurados.

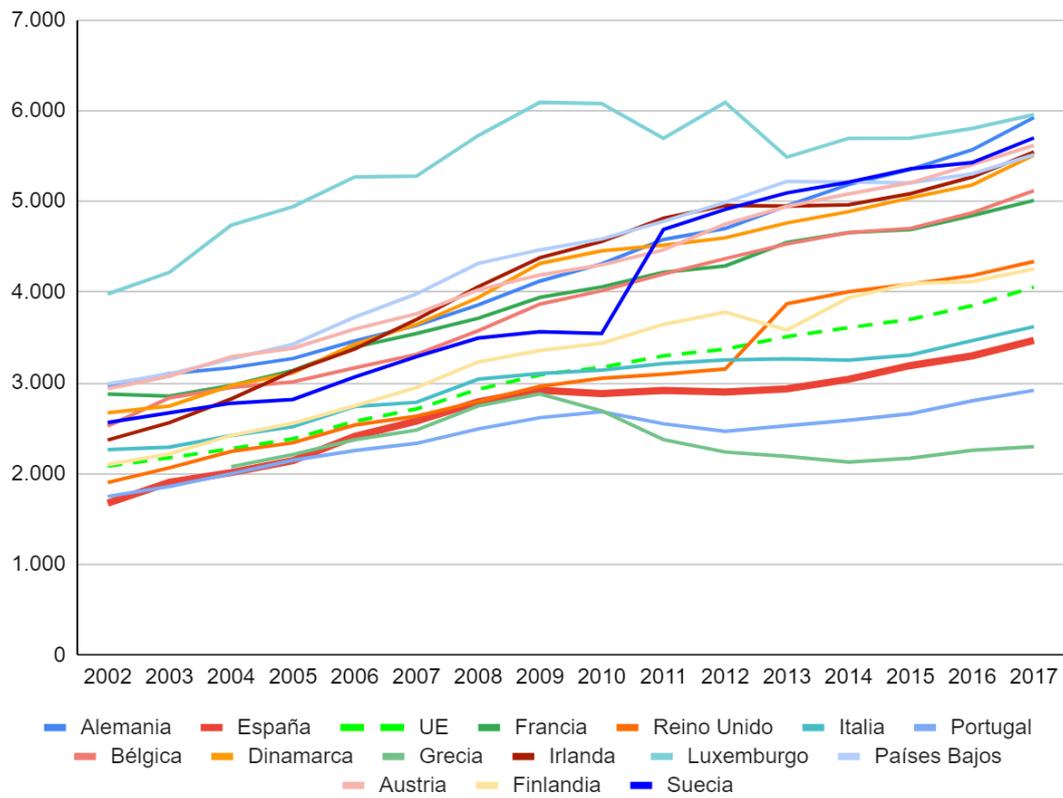
8.1 GASTO SANITARIO.

El entorno europeo destaca por una participación muy alta del gasto público en sanidad, con una participación media del gasto sanitario público del 79%. España se coloca por debajo de la media con la participación del 70% del gasto público en sanidad sobre el gasto total (Ministerio de Sanidad, 2017).

A lo largo del periodo analizado, el gasto en sanidad español en PPA (paridades de poder adquisitivo) se mantiene en torno a la media de la Unión Europea, pero se aleja de la mayoría de los países comparados. El punto de inflexión lo marca la crisis económica, en concreto 2008. Al inicio de la crisis, el gasto en PPA de la UE sólo era un 6,98% mayor que el español, pero las diferencias se han ido incrementando hasta ser un 14,4% mayor el gasto medio de la UE que el de España. El gasto sanitario en PPA español ha crecido un 7% en el periodo analizado, frente a la media europea que ha crecido 10 puntos más.

La crisis económica dejó una repercusión en sanidad muy desigual en la Europa del Norte frente a la Europa del Sur: el gasto de países como Suecia, Bélgica, Alemania, Países Bajos o Dinamarca siguió su tendencia de aumento, mientras que, en Portugal, Grecia, Italia y España, disminuyó drásticamente, lo que acrecentó el diferencial. Estos países sufrieron unos fuertes recortes sanitarios derivados de las políticas de austeridad que asumieron a cambio de los fondos de rescate europeos, que diezmaron su inversión en sanidad, la cual aún sigue en niveles inferiores a la media europea.

Gráfico 8.1: Gasto corriente en sanidad per cápita en PPA.



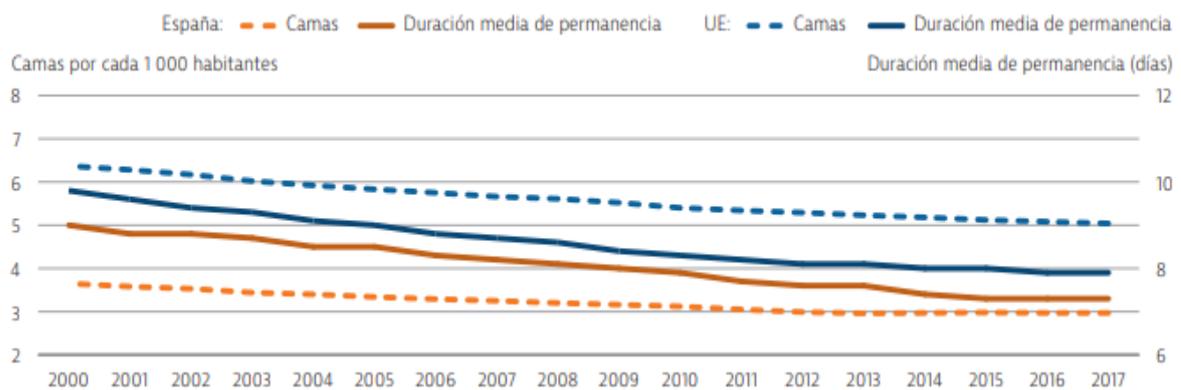
Fuente: Elaboración propia a través de datos del Banco Mundial.

8.2 RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS.

En comparación con los países de la UE, la dotación de camas por habitante en España siempre ha sido mucho menor que la media, 297 frente a las 500 por 100.000 habitantes tomando los datos de 2018. Desde el inicio del periodo se observa una disminución paulatina de las camas de hospital, lo que ha hecho aproximarse a España a las cifras de la Unión Europea.

La reducción de camas hospitalarias en la UE ha sido de un 10% en la última década, al igual que la duración media de permanencia. Esta tendencia se debe a la disminución de las necesidades de hospitalización como consecuencia de los progresos tecnológicos (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

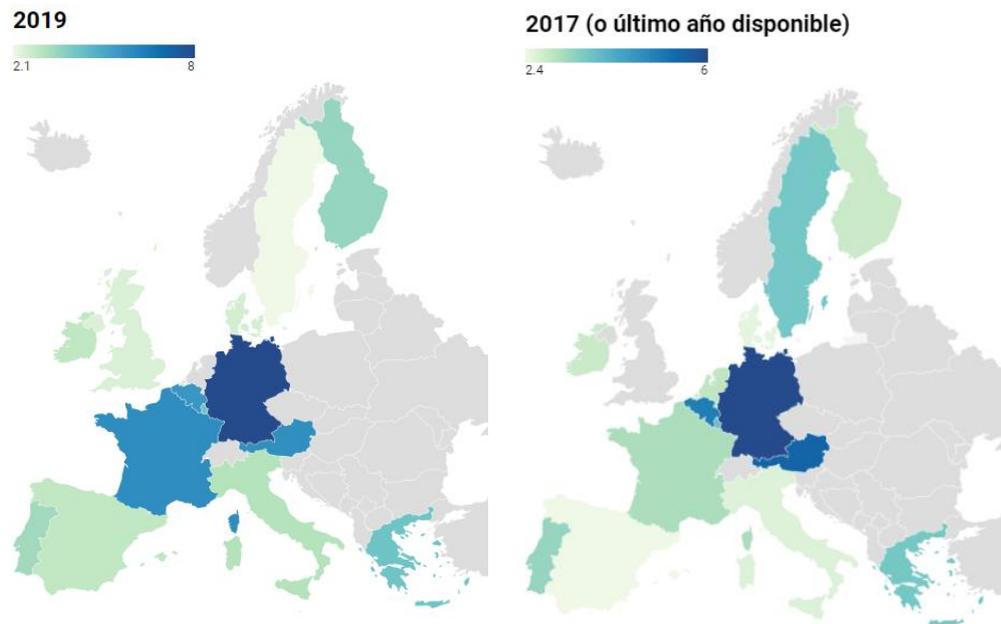
Gráfico 8.2: Comparación de las camas y duración media de permanencia entre España y la Unión Europea.



Fuente: OCDE, 2018.

En comparación con los países analizados, España tiene una ratio menor de camas por habitante, al igual que Austria, Dinamarca y Suecia, que han apostado por un mayor refuerzo en las actividades de prevención y atención primaria. España ha reducido sus camas por habitante sin haber aumentado la dotación en la atención primaria tanto en inversión como en ampliación del personal.

Gráfico 8.3: Camas de hospital por cada cien mil habitantes y camas de agudos por cada mil habitantes en la UE



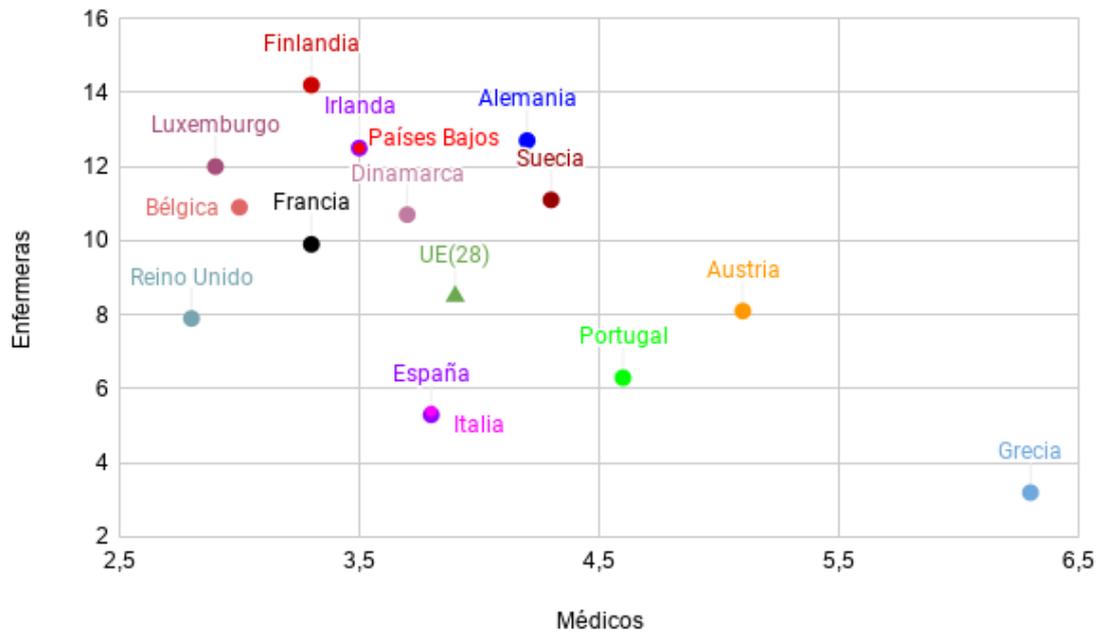
Fuente: Elaboración propia a través de Eurostat y OCDE.

En cuanto a los recursos humanos, la Unión Europea presenta de media 3,6 médicos por cada 1.000 habitantes. En cuanto a los profesionales en enfermería, se sitúa la media en 8,3. El patrón que siguen la mayoría de los países es un mayor número de personal de enfermería que de personal médico, pero no se da por igual en todos los países.

En cuanto a personal médico no hay amplias divergencias, siendo Grecia y Austria los países con un mayor número por habitante. Analizando los profesionales en enfermería es cuando mayores divergencias se encuentran, existiendo un rango muy amplio, de 17,0 profesionales en Dinamarca a 3,6 en Grecia. Estas cifras han de tomarse con mucha cautela ya que no hay unos estándares europeos de medición de los profesionales.

En el ámbito europeo España tiene un número de médicos superior a la media de la UE, 3,9 frente a 3,6 en 2017, mientras que el porcentaje de enfermeros está muy por debajo de la media de la UE, 5,7 por cada 1.000 habitantes frente a 8,5. España tiene un ratio de enfermeros mucho menor por cada médico, como le ocurre a Italia o Portugal.

Gráfico 8.4 : Comparación de médicos y enfermeros por cada 1000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat (2017)

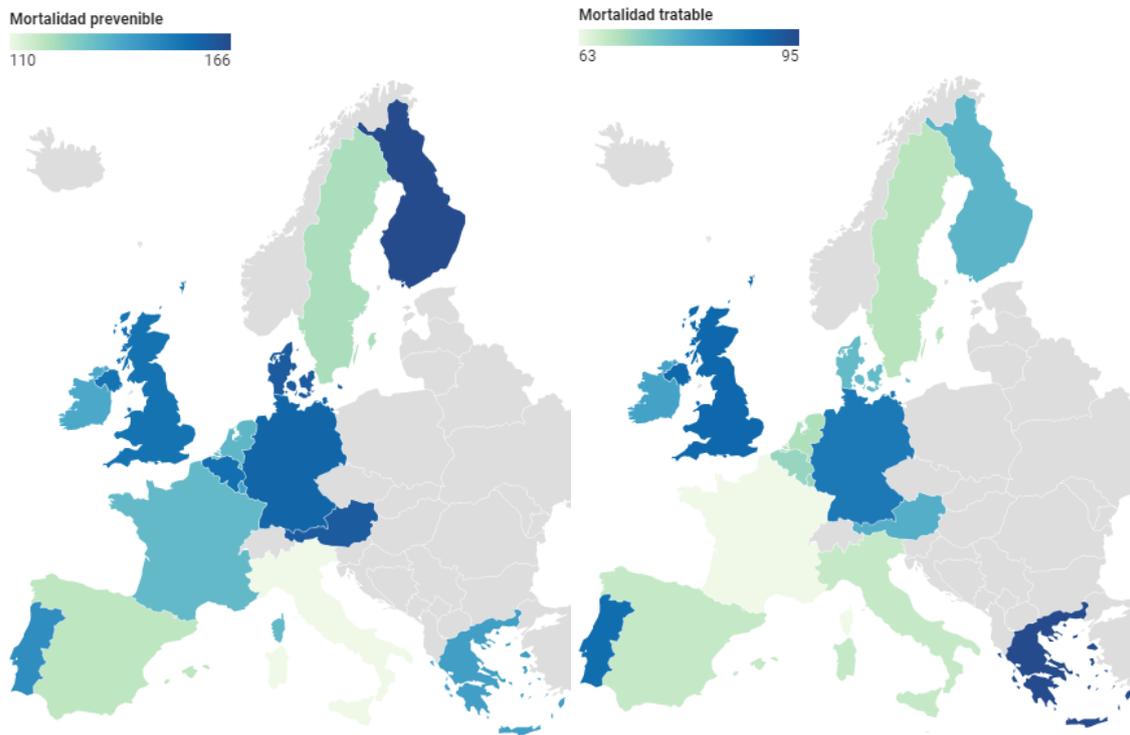
8.3 EFICACIA, COBERTURA Y ACCESIBILIDAD.

Eficacia:

La eficacia de los sistemas de salud se puede comparar a través de las tasas de mortalidad de las enfermedades que se pueden prevenir o tratar a través de intervenciones en salud pública. En cuanto a las causas prevenibles, la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes de España se encuentra entre las más bajas de Europa, sólo por detrás de Italia, lo que indica que la atención primaria trata eficazmente la prevención de enfermedades y, en general, el sistema de salud es eficaz en el tratamiento de las personas con afecciones potencialmente mortales como son: el cáncer de pulmón, accidentes de tráfico y otros, o las enfermedades del corazón. La mortalidad es significativamente más baja que en el resto de los países en cuanto a las enfermedades relacionadas con el alcohol y los accidentes (OCDE, 2018).

El sistema de salud español también presenta muy buenos resultados en la tasa de mortalidad tratable, en cuanto a las muertes que pueden evitarse a través de pruebas diagnósticas de cribado y con tratamientos médicos. La tasa en España se encuentra en 67 muertes por cada 100.000 habitantes, mucho menor que la media europea (93) y solo por detrás de Francia con 63 fallecidos por cada 100.000 habitantes. La sanidad destaca en el tratamiento de las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer de mama con una mortalidad significativamente más baja que el resto de los países de la UE. Según la OCDE, en España la supervivencia tras el diagnóstico de distintos cánceres es superior a la media de la UE con la excepción del cáncer de pulmón, que se encuentra ligeramente por debajo de la media (OCDE, 2018).

Gráfico 8.5: Tasa de mortalidad prevenible y tratable por cada 100.000 habitantes. Año 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE (2018).

Vacunación:

El porcentaje de recién nacidos vacunados de España se encuentra por encima de la Unión Europea, en Hepatitis B y sarampión, pero no se alcanza la media europea en cuanto a la vacunación de difteria, tétanos y tosferina. Salvo en el caso del sarampión, no se ha alcanzado el umbral de vacunación del 95% que marca la OMS.

La tasa de vacunación contra la gripe está por encima de la Unión Europea, pero lejos de Reino Unido, Bélgica o Irlanda. Según la OCDE, la tasa de vacunación contra la gripe habría descendido en casi 10 puntos porcentuales en la última década, alejándose del objetivo de la OMS del 75 % de las personas de dicho grupo de edad.

Tabla 8.1: Coberturas (% de vacunación).

	Vacuna	UE (28)	ESPAÑA
Niños entre 0-10 años.	Difteria, Tétanos y tosferina.	94%	93%
	Sarampión	94%	97%
	Hepatitis B	93%	94%
Personas de más de 64 años	Gripe	44%	56%

Fuente: Elaboración propia a través de los datos de la OCDE.

Accesibilidad y calidad:

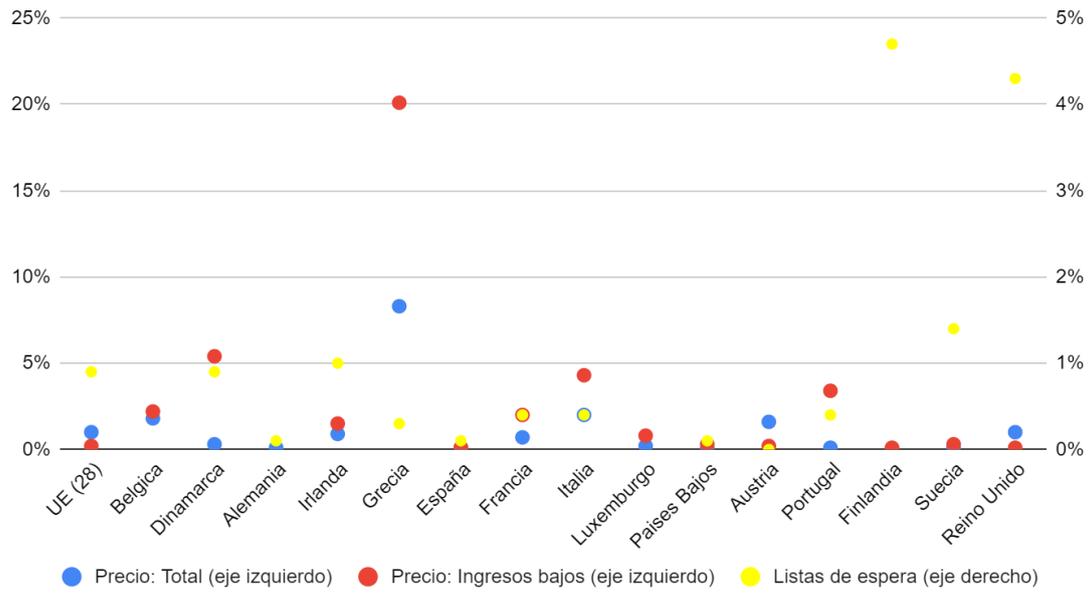
El SNS español cubre la mayor parte de los gastos correspondientes a los servicios sanitarios prestados tanto en la atención primaria como en la secundaria, por ello su índice de necesidades insatisfechas es menor que en la mayoría de los países del entorno europeo.

Según la encuesta EU-SILC, las necesidades insatisfechas de atención médica relativas al gasto y a los tiempos de espera son muy bajas en España, únicamente un 0,1% en 2017. La media de la Unión Europea se encuentra en el 1%. La sanidad española también destaca por un índice muy bajo de necesidades insatisfechas en la población de menor renta, sólo el 0,1% para el primer quintil de renta, frente a la media europea que se encuentra en el 0,2%.

Los niveles de satisfacción de la población española se encuentran al mismo nivel que en Alemania o Reino Unido, teniendo Austria, Suecia y Países Bajos unos mayores porcentajes de necesidades insatisfechas en las rentas más bajas. En cuanto a los tiempos de espera, España también se sitúa en el 0,1% de necesidades insatisfechas, junto con Países Bajos, Alemania y Austria.

La principal diferencia de la sanidad española respecto a los países de la UE es una prestación menor de los servicios de odontología. La misma encuesta muestra que para un 33,5% de los encuestados el gasto en la atención dental les suponía una carga para los presupuestos familiares

Gráfico 8.6: Índice de necesidades insatisfechas (EU-SILC).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat.

9. CONCLUSIONES

El coronavirus ha dejado en el país unos efectos devastadores en el ámbito de la salud, con más de 260.000 casos confirmados y 29.000 fallecimientos en la primera ola, siendo el tercer país en la Unión Europea con mayor número de casos y fallecimientos. El desconocimiento de la enfermedad, la falta de previsión, la inexperiencia en la gestión de pandemias y la falta de organización son los factores que han llevado a España a ser uno de los países más afectados.

El sistema sanitario ha conseguido ampliar su capacidad operativa rápidamente para enfrentarse a la crisis, pero ha fallado a la hora de mantener sus funciones fundamentales, como demuestra la disminución del 56% de los procesos diagnósticos entre marzo y abril (Rodríguez-Leor et al., 2020). La propia organización del SNS es uno de los factores que más ha influido en la saturación hospitalaria en los primeros momentos. Una organización centrada en la atención secundaria, en la atención y la curación, en detrimento de la atención primaria, la prevención, para la que no ha crecido la inversión en la última década. La atención primaria debería haber tomado un papel de liderazgo en el control de los pacientes, ya que el 80% de los pacientes de COVID-19 son asintomáticos (CSIC,2020), y es a puerta de entrada al sistema sanitario. En su lugar, la atención primaria en los primeros momentos de la pandemia quedó relegada para suplir la carencia de personal en la atención secundaria.

Además, se corre el riesgo de no recuperar la normalidad en el sistema sanitario hasta no controlar la pandemia lo que puede repercutir gravemente en la accesibilidad al servicio. La atención primaria estaba perdiendo accesibilidad año tras año, con sólo un 36% de los pacientes atendidos el mismo día y una media de 4 días hasta recibir la consulta (Bernal-Delgado et al. 2018), en la atención secundaria existían amplios tiempos de espera, en las operaciones no urgentes un 15% de cada mil pacientes, y en el caso de las consultas especializadas el 60% de cada mil pacientes se encontraban a la espera. Por lo que uno de los efectos indirectos de la pandemia será un aumento de espera en los tratamientos y también en el diagnóstico de enfermedades.

La capacidad operativa del Sistema Nacional de Salud se ha puesto a prueba con la pandemia, en concreto la ocupación de las camas hospitalarias ha sido el factor más acuciado. La dotación de camas ha ido disminuyendo paulatinamente, hecho que también se ha producido en el entorno europeo, pero España sigue con una dotación mucho menor

256 camas frente a 500 por cada cien mil habitantes. En el caso de las camas de agudos, camas UCI y otras susceptibles de convertirse temporalmente en ellas, España se encuentra muy por debajo de países como Alemania o Francia, con dotaciones de 6 y 5,5 camas respectivamente frente a las 2,4 por cada mil habitantes del país. Por ello se hace necesaria una fuerte inversión en unidades de este tipo en próximas oleadas del virus para no tener que recurrir en ningún caso a la priorización de pacientes.

En comparación con el entorno europeo el Sistema Nacional de Salud posee mejores resultados sanitarios pese a tener una dotación menor de inversión, un 14,45% menos que la media europea. Pero la crisis sanitaria vivida ha retrasado el normal funcionamiento del sistema lo que puede deteriorar las menores tasas de mortalidad evitable y tratable, y los bajos índices de necesidades insatisfechas. Por ello sería conveniente recuperar los niveles de inversión anteriores a la crisis económica para converger en la media europea y liderar el área de la salud en el ámbito europeo.

El problema más severo que presenta el Sistema Nacional de Salud es su gran fragmentación entre CC. AA, con amplias desigualdades en dotación física y humana y en accesibilidad. En cuanto a la dotación de camas hospitalaria las diferencias entre Comunidades Autónomas son muy amplias con un 40% más de dotación de camas al comparar Cataluña con Andalucía, 3,88 camas frente a 2,19 por cada 1000 habitantes. Lo mismo ocurre al analizar los recursos humanos, con diferencias del 40% en cuanto a personal médico al comparar Andalucía con Murcia, y del 70% en personal de enfermería al comparar País Vasco con Andalucía. La accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario también es muy dispar entre territorios, en el caso de las esperas en operaciones no urgentes hay diferencias de hasta 100 días entre comunidades, y la espera para consultas especializadas es de el doble, destacando el caso andaluz en el que la espera para estas consultas ha aumentado un 192% desde 2012 hasta 2019.

La descentralización total de la gestión junto con el actual sistema de financiación son los factores que han favorecido estas amplias disparidades regionales por lo que se hace necesario reajustar los modelos de financiación de manera que favorezcan a las CC.AA. que peores indicadores sanitarios presenten como sucede con el caso del sistema sanitario andaluz muy por debajo en la mayoría de los indicadores analizados.

Por otro lado, la crisis generada por el COVID-19 ha dejado latente la existencia de problemas a la hora de tomar el liderazgo en el ámbito de salud, en concreto, el Ministerio de Sanidad se ha visto incapaz de tomar el control y establecer una estrategia conjunta para dotar al SNS de unidad. A lo que se suma la escasa previsión del ministerio en los ámbitos en los que tiene plena competencia, como es el caso de la adquisición de material de protección para el personal sanitario y los grupos de riesgo.

Por ello se hace necesario que, tras la pandemia, o incluso durante, se haga un examen crítico por parte de las autoridades, para ver en qué ámbitos de la salud pública se ha fallado, siendo crucial una comisión de investigación que proporcione transparencia. A su vez, debido a la falta de coordinación, se hace necesario la creación de una entidad pública de salud como proponen los autores Hernández- Aguado & García (2020). El ente cumpliría el papel de aunar a los mejores profesionales científicos y técnicos que ya trabajan en el SNS; a su vez el ente tendría el papel de coordinar los sistemas de salud autonómicos y armonizar las desigualdades interterritoriales.

10. REFERENCIAS:

- Abellán, A., Andrés, A. D., Bartomeus, F., Bastolla, U., Benavides, J., Cabal, B., ... & Cuervo-Vilches, T. (2020). Una visión global de la pandemia COVID-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC.
- Abellán, J. M., Sanchez, F. I., Méndez, I., Martínez, J. E., & Herrero, C. (2013). *El Sistema Sanitario Público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y Reformas*. Madrid, España: Fundación BBVA. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7v6cPYOrxXoC&oi=fnd&pg=PA25&dq=diferencias+en+sanidad+entre+comunidades&ots=5zbFvX_pij&sig=6ILcbu0e2Epxt6z9FIych7tPktw#v=onepage&q=sanidad&f=false
- Albero, J. S., & López, P. J. T. (2020). La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(5), 468-472. Recuperado de <https://jonnpr.com/PDF/3655.pdf>
- Albi, E.; González-Páramo, J.M. & Zubiri, I. (2009) *Economía Pública* (2 vols). 3ª ed. Barcelona: Ariel.
- Amnistía Internacional (2020, julio). *LA DÉCADA PERDIDA MAPA DE AUSTERIDAD DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA DEL 2009 AL 2018*. Recuperado de https://www.elboletin.com/adjuntos/194420/Informe_de_Amnestia_Internacional_sobre_gasto_sanitario.PDF
- Arce Hortigüela, Ó. J. (2020). Proyecciones macroeconómicas de España 2020-2022 [Presentación]. Informes de proyecciones de la economía española. Recuperado de <https://repositorio.bde.es/bitstream/123456789/12882/1/arce080620.pdf>
- Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos. (2020). *Condiciones de los médicos españoles en la práctica clínica durante la crisis de la Covid-19*. Recuperado de <https://mudmedicos.es/informe-covid-19-mud-condiciones-de-los-medicos-espanoles-en-la-practica-clinica-durante-la-crisis-del-covid-19-mayo-del-2020-mud/>
- Banco de España. (2020). *Informe Trimestral de la Economía Española*. Boletín Económico 3/2020. Recuperado de

<https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEconomico/20/T3/descargar/Fich/be2003-it-Rec1.pdf>

Barber, P., González, Oliva, J., Peña, L.M., Urbanos, R., & Zozaya, G. (2018). *Crisis económica y salud en España. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, 2018*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf

Bernal-Delgado, E., García, S., Oliva, J., Sánchez, F.I., Repullo, J.R., Peña, L.M, Ridao, M. & Hernández, C. (2018). España: Informe del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición, 2018*; 20(2):1–179. Recuperado de

BOE. (2001). Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24962>

BOE. (2010). Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-5030>

BOE. (2011). Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-20638

BOE. (2020, 14 de marzo). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Recuperado de <https://www.boe.es>

BOE. (2020,15 de marzo). Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3700&b=4&tn=1&p=20200403#se>

- BOE. (2020, 17 de marzo). Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19. Recuperado de BOE. (2020, 15 marzo). BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2020-3700. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3700&b=4&tn=1&p=20200403#se>
- BOE (2020, 20 de abril). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- BOE. (2020, 27 de julio). Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- Campo, J. M. F., Camacho, J. G., & Feo, J. J. O. (2006). La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 4(2), 357-382. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2037554>
- Cantero, D. (2008). *Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español*. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/6415/Cantarero%202008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Coduras, A., & Del Llano Señarís, J. (2018). *La sanidad española en cifras 2018*. Círculo de la Sanidad. Recuperado de <http://fundaciongasparcasal.org/publicaciones/Sanidad-espanola-en-cifras-2018.pdf>
- Comisión Europea. (2020, mayo). *Coronavirus: envío de mascarillas a España, Italia y Croacia por parte de RescEU*. Recuperado de https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_20_785

- CSIF. (2020, 1 julio). Casi un 70% de los MIR se plantea trabajar fuera cuando acabe su formación por la falta de oportunidades en España. Recuperado de <https://www.csif.es/contenido/nacional/general/300510>
- Del Llano, J. (2000). La asignación de recursos sanitarios: eficiencia y equidad. In Economía de la salud. (pp. 37-64). Pirámide. Recuperado de http://www.fgcasal.org/publicaciones/Libro_Economia_de_la_salud.pdf
- ECDC. (2020). *Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA*. Recuperado de <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf>
- FADSP. (2011). *Treinta años del sistema sanitario español (1981-2011)*.
- Figueiredo, A. M., Daponte-Codina, A., Figueiredo, D. C. M. M., Vianna, R. P. T., de Lima, K. C., & Gil-García, E. (2020). Factores asociados a la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en las comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.004>
- FMI. (2020, 19 octubre). Perspectivas Económicas Regionales: Europa. Recuperado de <https://www.imf.org/es/Publications/REO/EU/Issues/2020/10/19/REO-EUR-1021>
- Frogner, B. K., Hussey, P. S. & Anderson, G. F. (2011). Health Systems in Industrialized Countries. *The Oxford Handbook of Health Economics*, 7-29. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0002>
- García-Basteiro, A., Alvarez-Dardet, C., Arenas, A., Bengoa, R., Borrell, C., Del Val, M., ... & Hernández, I. (2020). The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain. *The Lancet public health*, 396(10250), 529-530.
- Gérvás J., Pérez Fernández M. (2005). *¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato*. Med Clín (Barc).

- Hernández-aguado, I., & García, A. M. (2021, 1 enero). *¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19?*. ScienceDirect. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911120301369>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Lamata, F. (2011). *Ventajas e inconvenientes en la descentralización sanitaria. Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)*.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C. & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The lancet public health*, 5(5), e251-e252. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30060-8/fulltext?utm_campaign=tlcoronavirus20&utm_source=twitter&utm_medium=social](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30060-8/fulltext?utm_campaign=tlcoronavirus20&utm_source=twitter&utm_medium=social)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Comparaciones Internacionales. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/11_CAP_17.pdf
- Munué, S., De Manuel, E. & Solas, G. (2002). Situación actual y futuro de la atención primaria. *SESPAS*. Recuperado de <https://sespas.es/informe2002/cap19.pdf>
- Muñiz Toyos, N. (2014). *Efecto de la crisis económica sobre el sistema sanitario: consecuencias económicas y de salud*. *Ene*, 8(3), 0-0. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300012
- OCDE. (2019). *España perfil sanitario nacional 2019*. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf
- OCDE. (2020, abril). *Testing for COVID-19: A way to lift confinement restrictions*. Recuperado de https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=129_129658-162d71r66u&title=Testing-for-COVID-19-A-way-to-lift-confinement-restrictions

- OMC. (2017, 4 julio). Desciende un 11,3% el número de médicos que solicitaron el certificado de idoneidad para salir fuera de España en 2017. Recuperado de https://www.cgcom.es/noticias/2017/07/17_07_13_certificados_idoneidad_julio_2017
- Ortiz, R. (2020, junio). Medidas de contención y desescalada adoptadas por los gobiernos europeos en la primera ola del coronavirus (enero-julio 2020). CIDOB. Recuperado de https://www.cidob.org/biografias_lideres_politicos/organismos/union_europea/covid_19_la_respuesta_de_europa_contra_la_pandemia
- Pérez, F. & Maudos, J. (2020). *Impacto económico del coronavirus en el PIB y el empleo de la economía española y valenciana*. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie). Recuperado de <http://www.villena.es/wp-content/uploads/2020/04/Impacto-econ%C3%B3mico-COVID-19-IVIE-31032020.pdf>
- Petrova, P., Pérez-Gómez, B., Pollán, M. & Sánchez, M.J. (2020). Implicaciones de la pandemia por COVID-19 sobre el cáncer en España. *Medicina Clínica*, 155(6), 263-266. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.01>
- RENAVE, CNE, & CNM(ISCIII). (2020, mayo). *Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España*. Recuperado de <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- RENAVE, CNE, & CNM (ISC III). (2020, mayo). *Informe sobre la situación de COVID-19 en España (30)*. Recuperado de <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%20ba%2030.%20Situaci%3bn%20de%20COVID-19%20en%20Espa%c3%ba%20a%2011%20de%20mayo%20de%202020.pdf>

- Rodríguez-Leor, O., Cid-Álvarez, B., Ojeda, S., Martín-Moreiras, J., Rumoroso, J. R., López-Palop, R., ... & de Prado, A. P. (2020). Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC Interv Cardiol*, 2(2), 82-89. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>
- Rodriguez, M.C. (2018). *Estadística de Gasto Sanitario público 2018: principales resultados*. Ministerio de Sanidad. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Ruiz, M., Blanes, A., Bruquetas, C. (2011) *Evolución del nivel de salud de los españoles en los últimos treinta años*. Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011), 2011, vol. 183.
- Sabando Suarez, P., Torres-González, F., & Lamata Cotanda, F. (2020). *El sistema nacional de salud: pasado, presente y desafíos de futuro*. Ediciones Díaz de Santos.
- SESPAS. (2020). Posicionamiento de SESPAS sobre el rol de la atención primaria de salud ante la pandemia COVID-19. <https://sespas.es/2020/04/21/posicionamiento-sespas-sobre-el-rol-de-la-atencion-primaria-de-salud-ante-la-epidemia-de-covid-19/>
- Scott, A., & Jan, S. (2011). Primary Care. *The Oxford Handbook of Health Economics*, 462-485. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0020>
- Unión Europea. (2012). *The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities*. Recuperado de <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-en.pdf>

