



EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS

O SISTEMA DE SAÚDE ESPANHOL: HISTÓRIA, CONTEXTOS E DESAFIOS

THE SPANISH HEALTH SYSTEM: HISTORY, CONTEXTS AND CHALLENGES

Mario Angelo Cenedesi Júnior¹, Silvia Elena Vouillat²

e321119

<https://doi.org/10.47820/recima21.v3i2.1119>

RESUMEN

Los Sistemas de Salud que existen actualmente están íntimamente relacionados con los tipos de protección social. En Salud, la protección social redistributiva socialdemócrata o institucional, basada en la ciudadanía e inspirada en la búsqueda de la aplicación de la justicia social, derivó en sistemas nacionales de salud, de carácter universal y financiados con impuestos. El Sistema de Salud español ha sufrido numerosos cambios en las últimas décadas (especialmente en los últimos años). Actualmente, inspirado en el Modelo Beveridge de abastecer la Salud de su población, presenta, hasta el día de hoy, numerosos desafíos que es necesario afrontar y, posteriormente, presentar cambios, para brindar una Salud Pública digna. De esta manera, conociendo la Historia, el contexto detrás de su formación y mantenimiento son de su importancia para trazar mejoras no meramente políticas, sino, sobre todo, que apunten a un servicio de calidad a sus usuarios. La protección de la salud de los ciudadanos es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Española, y es deber de los poderes públicos garantizar tales beneficios. El Sistema Nacional de Salud en España está formado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en todos los niveles de gobierno – estatal, autonómico y local. Con muchos cambios en su estructura, en los últimos años, la Sanidad finalmente ha vuelto a ser universal –pero, en la práctica, esto no se percibe fácilmente en las Comunidades Autónomas.

PALABRAS CLAVE: Beveridge. Sistema de salud. España. Salud pública

RESUMO

Os Sistemas de Saúde que existem atualmente estão intimamente relacionados com os tipos de proteção social. Na Saúde, a proteção social de tipo social-democrata ou redistributiva institucional, alicerçada na cidadania e inspirada na busca pela aplicação da justiça social, resultou em sistemas nacionais de saúde, de caráter universal e financiados com impostos. O Sistema de Saúde Espanhol vem passando por inúmeras mudanças, nas últimas décadas (sobretudo nos últimos anos). Atualmente, inspirado no Modelo Beveridge de fornecimento à Saúde de sua população, apresenta, até hoje, inúmeros desafios que precisam ser enfrentados e, após isso, apresentar mudanças, para fornecer uma Saúde Pública digna. Dessa forma, conhecer a História, o contexto por detrás de sua formação e manutenção são de sua importância para traçar-se melhorias não meramente políticas, mas, sobretudo, que visem um atendimento de qualidade aos seus usuários. A proteção da saúde dos cidadãos configura-se como um direito fundamental consagrado na Constituição espanhola, sendo dever do poder público garantir tais benefícios. O Sistema Nacional de Saúde na Espanha é composto por todas as estruturas e serviços públicos ao serviço da saúde em todos os níveis de governo – estadual, regional e local. Com muitas mudanças em sua estrutura, nos últimos anos, a Saúde finalmente voltou a ser universal – mas, na prática, isso não é facilmente percebido nas Comunidades Autônomas.

PALAVRAS-CHAVE: Beveridge. Sistema de Saúde. Espanha. Saúde Pública

¹ Médico por el Centro Universitario Barão de Mauá, Ribeirão Preto-Brasil, MBA en Gestión en Salud por la Universidad de Sao Paulo (USP), doctorando en Salud Pública por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires-Argentina.

² Psicóloga por la Universidad de Buenos Aires, Doctora en Salud Pública por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires-Argentina.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

SUMMARY

The Health Systems that currently exist are closely related to the types of social protection. In Health, social-democratic or institutional redistributive social protection, based on citizenship and inspired by the search for the application of social justice, resulted in national health systems, of a universal nature and financed with taxes. The Spanish Health System has undergone numerous changes in recent decades (especially in recent years). Currently, inspired by the Beveridge Model of supplying the Health of its population, it presents, until today, numerous challenges that need to be faced and, after that, present changes, to provide a dignified Public Health. In this way, knowing the History, the context behind of its formation and maintenance are of its importance to trace improvements not merely political, but, above all, that aim at a quality service to its users. The protection of citizens' health is a fundamental right enshrined in the Spanish Constitution, and it is the duty of the public authorities to guarantee such benefits. The National Health System in Spain is made up of all public structures and services at the service of health at all levels of government – state, regional and local. With many changes in its structure, in recent years, Health has finally returned to being universal – but, in practice, this is not easily perceived in the Autonomous Communities.

KEYWORDS: Beveridge. Health system. Spain. Public health

1 INTRODUCCIÓN

La formación histórica de los sistemas de protección social se entrelaza con la propia construcción de la sociedad capitalista. En sus orígenes, están los mecanismos creados por los trabajadores asalariados de la industria, los cuales constituyeron apoyos del tipo de ayuda mutua. Esos son formados por trabajadores de la industria, basados en el aporte voluntario de sus trabajadores, y tenían como objetivo atender las necesidades derivadas del desempleo, la enfermedad, la muerte y la vejez. Los beneficios fueron en efectivo y, en algunos casos, hubo asistencia médica mediante la contratación de algunos médicos a través de la asociación de ayuda mutua (CASTEL, 2012).

Esas formas de protección rudimentarias y corporativistas buscaban cumplir dos objetivos importantes: por un lado, se trataba de llenar el vacío provocado por la destrucción de las obsoletas formas de solidaridad asociadas a las corporaciones comerciales y la vida rural, a partir del rápido crecimiento de las ciudades y de la industria. En ese momento, frente a la situación en la que vivían los trabajadores, la familia y el barrio, no pudieron posicionarse como una red de protección efectiva. De esa manera, por otro lado, eso sirvió como garantía mínima para que los trabajadores no pudieran quedar completamente a merced de las condiciones laborales y salarios que ofrecían los capitalistas. De esa manera, la existencia de este tipo de protección social, bien como su capacidad para brindar la cobertura a que se proponía, dependían directamente del grado de organización que los trabajadores, agrupados por campos de actividad, lograran alcanzar en las fases iniciales de la industrialización (CASTEL, 2012).

El Estado solo se hizo responsable de la organización y gestión de la protección social impulsado y/o presionado por el crecimiento de la organización autónoma de los trabajadores (ESPING-ANDERSEN, 1991). Eso ha ocurrido a principios del siglo XX, que ha correspondido a la administración taylorista de la fuerza de trabajo. La excepción – la única – registrada es el caso de



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

Alemania, donde la legislación sobre Seguridad Social se remonta a los años 1980. Sin embargo, ese hecho solo confirma la relación entre el surgimiento del Estado en términos de protección social y el grado de organización de sus trabajadores. Así, la iniciativa de Bismarck tenía claramente la intención de desmovilizar y cooptar la fuerte organización de los trabajadores alemanes (MARQUES, PIOLA y ROA, 2016).

Lobato y Giovanella (2012), por su vez, al proponer discusión de los Sistemas de Salud típicos presentes en el mundo contemporáneo, parten de la definición de Roemer (1991, p. 3) sobre lo que sería un sistema: “[...] un conjunto de *inter-partes-relacionadas e interdependientes, que tiene como objetivo lograr ciertos fines*”. Para esos autores, esa noción se aplica a los Sistemas de Salud, una vez que en todos los países es “[...] posible identificar una serie de acciones, organizaciones, normas e individuos cuyas actividades están directa o indirectamente relacionadas con la prestación de servicios de salud.” (ROEMER, 1991 p. 90). De esa manera, los tipos de Sistemas de Salud “[...] corresponden a modalidades de intervención del gobierno en el financiamiento, en la conducción de la regulación de los distintos sectores de atención y en la prestación de los servicios de salud, generando distintas condiciones de acceso y derecho a la Salud”. (ROEMER, 1991, p. 92).

Los Sistemas de Salud que existen actualmente, por su vez, están estrechamente relacionados con los tipos de protección social. En la Salud, la protección social de tipo socialdemócrata o redistributivo institucional, fundada en la ciudadanía e inspirada por la búsqueda de la aplicación de la justicia social, ha resultado en sistemas nacionales de salud, que carácter universal y financiados con impuestos (MARQUES, PIOLA y ROA, 2016). El ejemplo más emblemático de este tipo de atención sanitaria es el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. Esos sistemas también se conocen como Beveridgian, dada su referencia histórica al Informe Beveridge de 1942, en Inglaterra. En ese momento, en plena Segunda Guerra Mundial, se propuso, por primera vez, la protección social en el campo de la Salud, basada en el principio de ciudadanía, con el objetivo de garantizar el acceso a todas las personas, independientemente de los ingresos que hacían. Como manera de financiamiento, se ha propuesto reemplazar las contribuciones de empleados y empleadores por impuestos generales. La propuesta derivada de ese informe, que ha sido entendida como una promesa del Gobierno hecha durante la guerra, ha sido aprobada en 1946. Aunque el partido gobernante era Laborista, la propuesta recibió la aprobación de todos los demás. El NHS comenzó a operar en 1948. A partir de entonces, todo ciudadano británico tendría acceso gratuito a la atención médica, simplemente al registrarse con un médico general, responsable por la Atención Primaria, y de hacer derivaciones a especialistas y hospitales – solo el 5% de los hospitales permanecía en manos del sector privado, todos los demás habían sido nacionalizados (MARQUES, PIOLA y ROA, 2016).

En los sistemas universales, es el Estado, generalmente, el ejecutor de los Servicios de Salud, por lo que la red hospitalaria y ambulatoria es casi, en su totalidad, de propiedad estatal, y los profesionales de la Salud son funcionarios públicos – incluso en el caso de la contratación de servicios, como se constituye una monopsonía (dado que es con mucho el principal comprador del



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

mercado, casi el único), tienen una gran capacidad para regularlos y controlar sus costos. Además del Reino Unido, el Sistema de Salud Beveridge, de servicios nacionales de Salud organizados por el Estado y financiados con recursos fiscales existe en países como España, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia (IMMERGUT, 1992).

Como se mencionó, este es el caso de España, el país que se aborda en el presente trabajo, cuyo sistema antes mencionado se implementó solo después de principios de los años ochenta, con la muerte de Franco y el restablecimiento de la democracia.

2 DESARROLLO

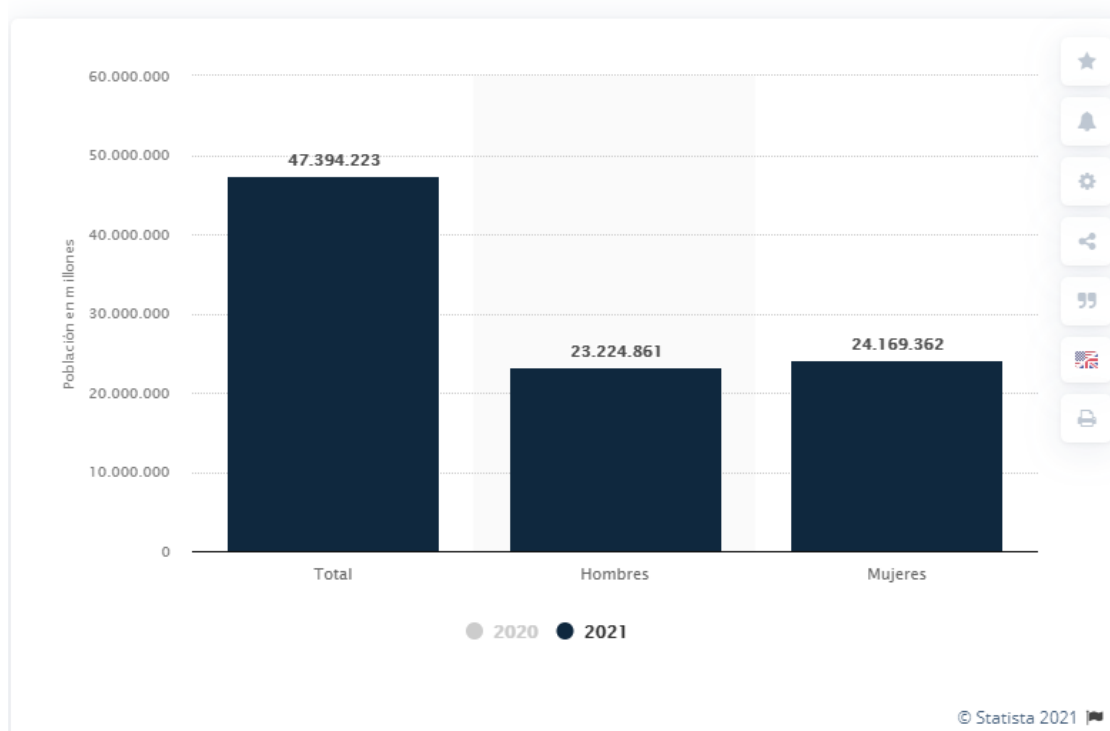
2.1 Quien es la España que se conoce hoy – datos demográficos

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE), España ha empezado en año de 2021 con 47.394.223 millones de habitantes (de ese número, 11,34% son extranjeros y 88,66% son españoles) – un crecimiento de solo 61.609 personas del año 2020 para 2021 (es ese número, se contabilizan nacimientos, muertos, entradas de extranjeras al país, salidas de españoles para otros países) (INE, 2021).

Mientras se mira la división por género, tenemos 23.224.861 masculinos (49,00%) y 24.169.362 femeninos (51,00%), de acuerdo con la figura 1 (INE, 2021).

Figura 1.

Población de España de 2020 y 2021, por género (en millones)



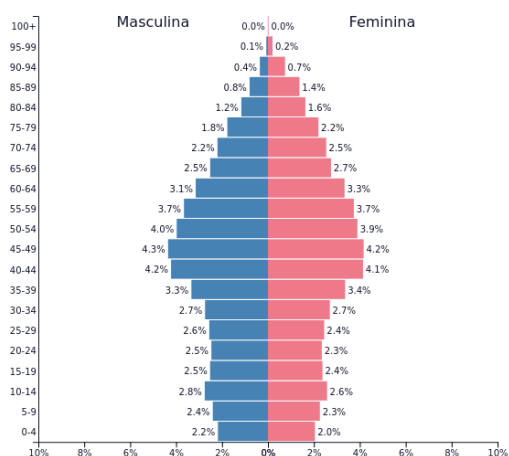


RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouïllat

En la figura 2, tenemos la distribución etaria de la población española, en el mismo período, en una clara pirámide regresiva (actualmente, con una predominancia de adultos, en el grupo de 40-59). Aún, se nota que hay más hombres que mujeres desde el nacimiento hasta los 29 años (después, eso se va cambiando hasta los 60 años, cuando, a partir de allí solo se va a tener más mujeres que hombres, en porcentaje) (INE, 2021). Eso todo se presenta en la figura 2.

Figura 2. Distribución etaria de la población Española en 2021

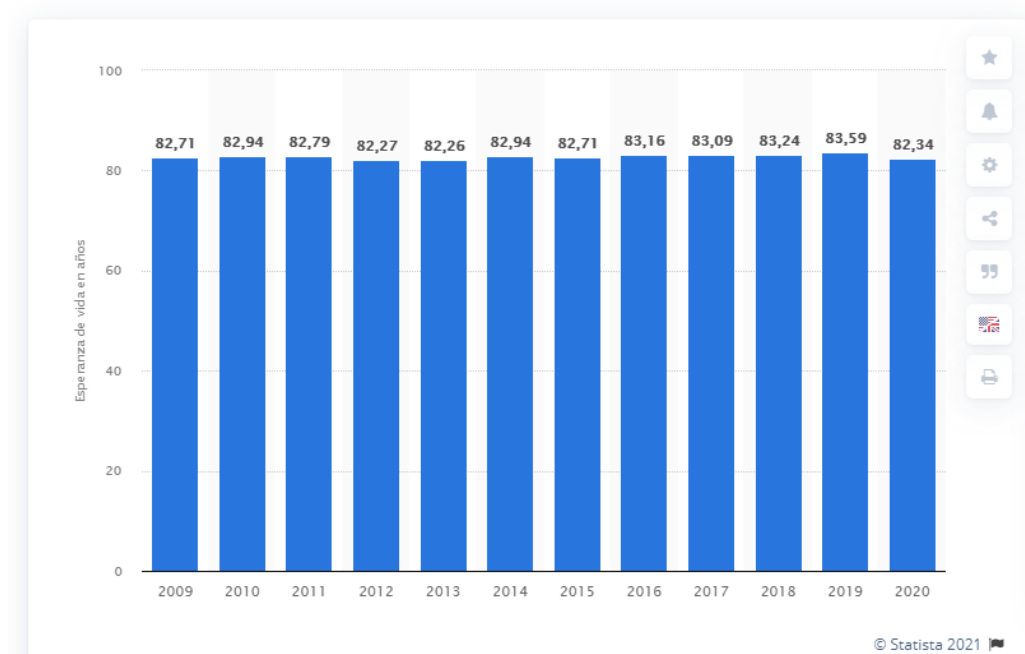


Fuente: Sanidad Española

La esperanza de vida al nacer en España, en el año 2020, es de 82,34%, conforme la figura 3 (INE, 2021).

Figura 3.

Esperanza de vida al nacer en España de 2009 a 2020





RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

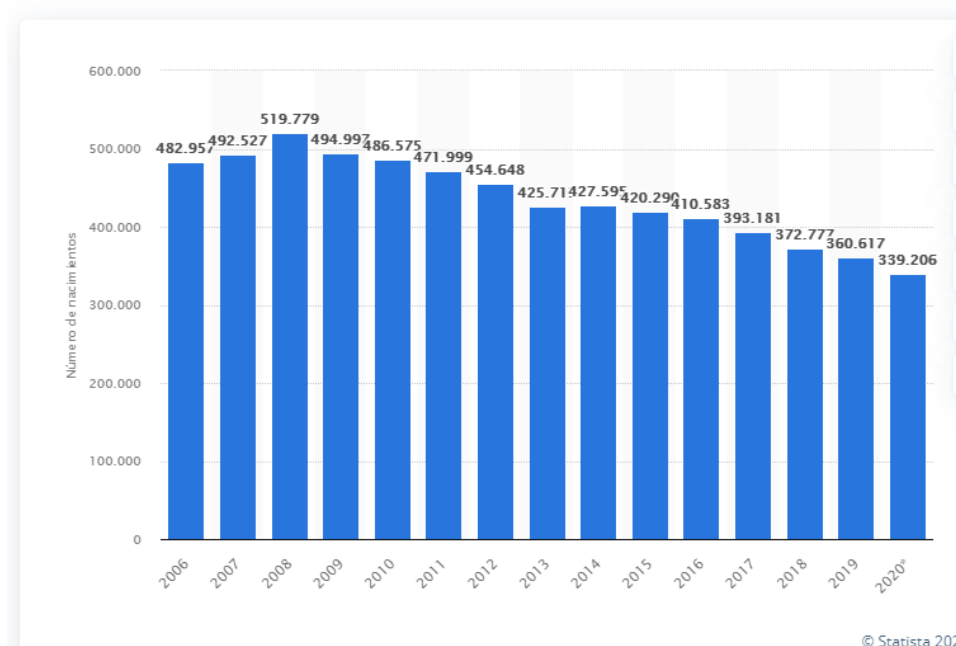
La población de España podría reducirse más de un 50 % a final de este siglo, lo que generaría un retroceso también en la lista de potencias económicas globales, al caer del puesto decimotercero de 2017 hasta el vigesimoquinto en 2100, como lo indica un estudio elaborado por el Instituto de Métricas y Evaluaciones de Salud (IHME) de la Universidad de Washington, EEUU, que ofrece proyecciones globales, regionales y nacionales sobre economía, población, mortalidad, fertilidad y migración en 195 países (IHME, 2018).

Así, según el informe, países como España e Italia verán caer su población de manera drástica, tal y como se ve en la animación superior elaborada con los informes del organismo. En el caso de España pasaría de los 46 millones de habitantes en 2017 a 23 millones en 2100. Del mismo modo, Italia caerá de los 61 millones en 2014 a los 23 en 2100.

En 183 de los 195 países analizados, entre los que se encuentra España, la Tasa Total de Fertilidad (TTF) se situará en unos niveles que no permitirán mantener el tamaño de sus poblaciones, a menos que se apliquen “políticas liberales de inmigración”, advierte el estudio.

Abajo, se notan dos figuras importantes que muestran bien la caída de los nacimientos, año a año, y la manutención de la mortalidad, en los últimos 15 años (con excepción al año 2020, en que se ha aumentado el valor de la mortalidad (un incremento de casi 17,5) – figuras 4 y 5.

Figura 4.
Número de nacimientos en España de 2006 a 2020

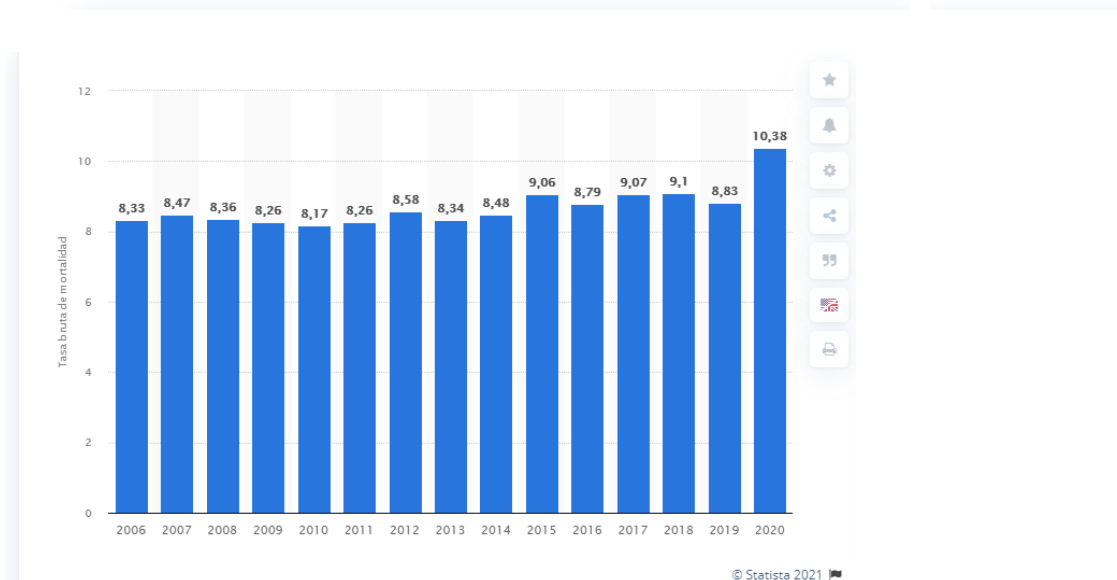


Fuente: Statista, 2021



Figura 5.

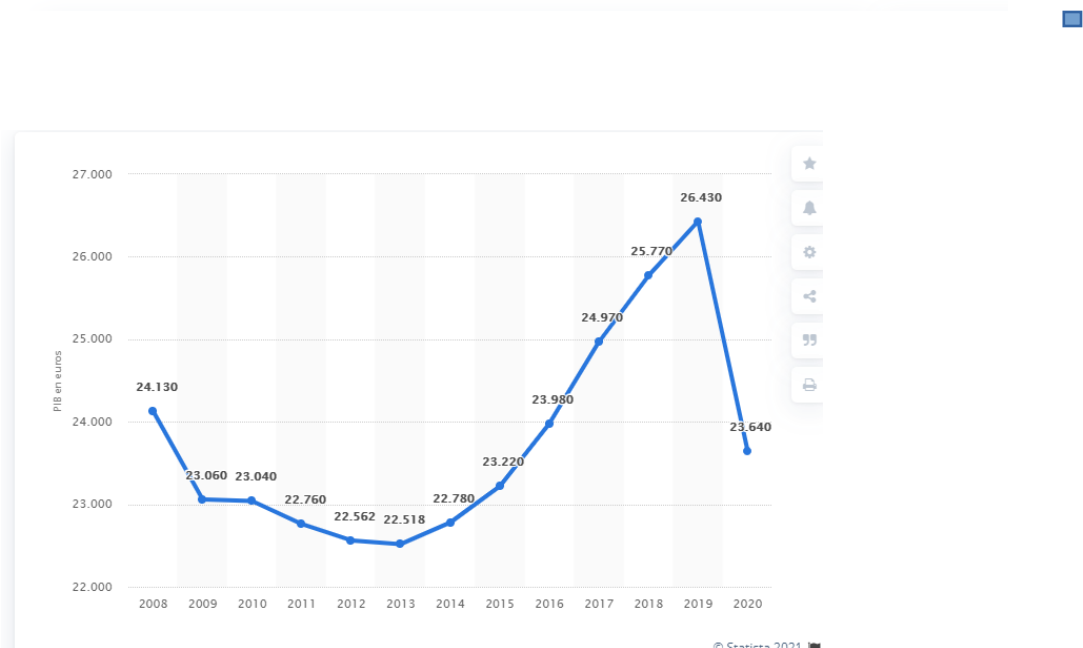
Número de defunciones por cada mil habitantes en España de 2006 a 2020



El Producto interior bruto (PIB) real per cápita en España, en 2020, ha sido de 23.640 euros (una queda, comparando con los 26.430 en el año anterior) – figura 6. En 2020, la cifra total del PIB fue de 1.121.698M. €, 10,8% de caído comparando con el año de 2019 (INE, 2021).

Figura 6

Producto interior bruto (PIB) real per cápita en España de 2008 a 2020 (en euros)





2.2 Historia de la Salud Pública en España Contemporánea – hasta el periodo franquista

Hasta finales del siglo XIX, se hablaba poco de la 'Salud Pública' en España. Existían hospitales filantrópicos, pero poco desarrollo de la Medicina como facilitadora de la Salud de las personas (aunque la primera Facultad de Medicina en España es la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, creada a principios del siglo XV, por Enrique III de Castilla) (FOUCAULT, 1999).

El punto de partida de las políticas de protección sociales en Salud se sitúa en la Comisión de Reformas Sociales (1883), la cual se ha encargado del estudio de cuestiones que interesasen a la mejora y bienestar de la clase trabajadora. En 1900, se crea el primer seguro social, que se llamaba 'La Ley de Accidentes de Trabajo', y en 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión, en el que se integran las cajas que gestionan los seguros sociales que iban surgiendo (IMMERGUT, 1992).

Posteriormente, los mecanismos de protección drenan en una serie de seguros sociales, entre los que destacan el Retiro Obrero (1919), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1923), Seguro de Paro Forzoso (1931), Seguro de Enfermedad (1942), Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) (1947). La protección dispensada por esos seguros prontamente se mostró insuficiente, lo que llevó a la aparición de otros mecanismos de protección articulados a través de las Mutualidades laborales, organizadas por sectores laborales y cuyas prestaciones tenían finalidad de completar la protección preexistente. Dada la multiplicidad de Mutualidades, ese sistema de protección condujo a discriminaciones entre la población laboral, produjo desequilibrios financieros e hizo muy difícil una gestión racional y de manera eficaz (FOUCAULT, 1999).

2.3 Historia de la Salud Pública en España Contemporánea – Periodo pre-Franco y Guerra Civil Española

El 11 de julio de 1934, se promulgó la Ley de Coordinación Sanitaria, la cual presentaba el objetivo fundamental de acentuar la incipiente intervención estatal en la organización de sus servicios sanitarios locales. En ella, se propone la creación del Ministerio de Sanidad, pero distinto del actual sistema (RODRÍGUEZ OCANA, 1994).

La Guerra Civil Española, también de nombres 'La Cruzada', entre los nacionalistas, la Cuarta Guerra Carlista, entre los carlistas, y La Rebelión o Sublevación, entre los republicanos, fue un conflicto armado que tuvo lugar en España entre 1936 y 1939. La guerra ha sido entre los republicanos, leales a la Segunda República Española, urbanos y progresistas, en alianza de conveniencia con los anarquistas y comunistas, y los nacionalistas, alianza de falangistas, monárquicos, carlistas y católicos, encabezada por el general Francisco Franco. Debido al clima político internacional en ese momento, la guerra ha tenido muchas facetas, y diferentes puntos de vista la han visto como una lucha de clases, una guerra religiosa, una lucha entre la dictadura y la democracia republicana, entre la revolución y la contrarrevolución, entre el fascismo y el comunismo



(Santos, 1999). Los nacionalistas ganaron la guerra a principios de 1939 y gobernaron España hasta la muerte del generalísimo Francisco Franco, en noviembre de 1975 (RODRÍGUEZ OCANA, 1994).

2.4 Historia de la Salud Pública en España Contemporánea – Periodo Franquista (1939-1975)

Durante el período de la dictadura de Franco, han existido pocos cambios en la Salud Pública. La Ley de 14 de diciembre de 1942 crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, SOE, bajo la gestión del Instituto Nacional de Previsión, sistema de cobertura de los riesgos sanitarios a través de una cuota vinculada al trabajo, reestructurado en la Ley General de la Seguridad Social. La Seguridad Social asumió cada vez un mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones, así como cubriendo a un mayor número de personas y colectivos. No obstante, un informe de la OMS en 1967 detectaba importantes carencias en el sistema (FREDE VEGA, MARTÍN ALCÁZAR F, MARTÍNEZ FIERRO, 1999).

En 1963, se crea la Ley de Bases de la Seguridad Social, cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación. A pesar de esa definición de principios, muchos de los cuales se plasmaron en la Ley General de la Seguridad Social de 1966, a partir de 1 de enero de 1967 – el correcto es que aún pervivían antiguos sistemas de cotización alejados de los salarios reales de trabajadores, ausencia de re-valorizaciones periódicas (RODRÍGUEZ OCANA, 1994).

La Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora, de 1972, ha intentado corregir los problemas financieros existentes, pero los ha agravado al incrementar la acción protectora sin establecer los correspondientes recursos que le dieron cobertura financiera. Por ello, no será hasta la implantación de la democracia en España, y la aprobación de la Constitución, cuando se produzcan reformas en los distintos campos que configuran el sistema de la Seguridad Social (FREDE VEGA, MARTÍN ALCÁZAR F, MARTÍNEZ FIERRO, 1999).

2.5 Historia de la Salud Pública en España Contemporánea – Periodo pos-franquista: el regreso a Democracia

Con la muerte de Franco, en 1975, el regreso al 'poder' dos de la Casa de Borbón, con el rey Juan Carlos I (que contaba con el apoyo del propio Franco y ya demarcado como su sucesor) como nuevo monarca (y no su padre, don Juan), en 1977 se restableció la democracia (luego de un intenso esfuerzo popular), culminando con la creación de la Constitución de 1978, la última y más actual (BELENES, 2003).

En concreto, para el área de la Salud, los artículos 41 y 43 tratan del acceso universal de los españoles a la Seguridad Social y Salud Pública:



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

Artículo 41. *Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.*

Artículo 43.

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

La primera gran reforma se produce con la publicación del Real Decreto-Ley (RDL) 36/1978, de 16 de noviembre, que, en función de lo acordado en los 'Pactos de la Moncloa', ha creado un sistema de participación institucional de los agentes sociales, favoreciendo, así, la transparencia y racionalización de la Seguridad Social, bien como el establecimiento de un nuevo sistema de gestión realizado por los siguientes organismos:

- - el Instituto Nacional de la Seguridad Social, para la gestión de las prestaciones económicas del sistema;
- - el Instituto Nacional de Salud, para las prestaciones sanitarias (Organismo que posteriormente pasará a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria);
- - Instituto Nacional de Servicios Sociales, para la gestión de los servicios sociales (Organismo que posteriormente pasará a denominarse Instituto de Mayores y Servicios Sociales);
- - el Instituto Social de la Marina, para la gestión de los trabajadores del mar;
- - la Tesorería General de la Seguridad Social, como caja única del sistema actuando bajo el principio de solidaridad financiera.

En la década de 1980, se llevaron a cabo una serie de medidas encaminadas a mejorar y perfeccionar la acción protectora al ampliar las prestaciones de los colectivos no cubiertos y dar una mayor estabilidad económica al sistema de la Seguridad Social. Entre esas medidas, se puede citar el proceso de equiparación de las bases de cotización con los salarios reales, la re-valorización de las pensiones en consecuencia de la variación del índice de precios al consumo, la ampliación de los períodos necesarios para acceder a las prestaciones y, para el cálculo de las pensiones, la simplificación de la estructura de la Seguridad Social, el inicio de la separación de las funciones de financiación, de manera que las prestaciones de carácter contributivo se fuesen financiando a cargo de las cotizaciones sociales, mientras que las de naturaleza no contributiva encontrasen su cobertura



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

financiera en la ampliación general - ese proceso va a permitir la progresiva generalización de la asistencia sanitaria (JIMÉNEZ PALACIOS, 2006).

2.6 Historia de la Salud Pública en España Contemporánea – La Ley General de Sanidad de 1986

La Ley General de Sanidad (LGS) 14/1986, de 25 de abril, posibilitó el tránsito del antiguo modelo de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado con impuestos y de cobertura prácticamente universal (JIMÉNEZ PALACIOS, 2006).

El artículo 41 de la LGS define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (17 + 02 ciudades 'especiales', en África, con estatuto de autonomía (Ceuta y Melilla)), integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud (art. 41). A nivel estatal, el organismo responsable para la administración y gestión de los servicios sanitarios es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que es una entidad gestora dependiente de la Seguridad Social. Adicionalmente, en cada Comunidad Autónoma se constituye un Servicio Regional de Salud, integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma (Ley 14/1986, 1986; art. 50). Esas entidades gestoras sanitarias – estatal y autonómicas – son financiadas fundamentalmente mediante recursos impositivos, propios y cedidos de las Administraciones Públicas, que han sido destinados prioritariamente a la cobertura de gastos de los Centros de Atención Primaria, Hospitales Públicos, productos farmacéuticos – en parte, pues en esta categoría existe el denominado copago sanitario y otros gastos de Salud Pública. Adicionalmente, a partir de esos ingresos se pueden financiar prestaciones subcontratadas mediante conciertos con hospitales privados y servicios subcontratados de profesionales sanitarios privados (JIMÉNEZ PALACIOS, 2006).

O sea, los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso;
- prestación de una atención integral de la Salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados;
- descentralización política de la Sanidad en las comunidades autónomas;
- derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos;
- integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la Salud en el Sistema Nacional de Salud.

Por último, completando el circuito de la actividad sanitaria, hay que se mencionar la prestación de esos servicios en el ámbito privado – quedando, por tanto, excluidos del Sistema Nacional de Salud. La asistencia sanitaria privada se orienta, en ese momento, por el principio del



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

beneficio económico y la ley de la oferta y la demanda, y, en consecuencia, no se obliga a cumplir con los criterios establecidos para el sector sanitario público. En esa modalidad de provisión de asistencia sanitaria, los interesados pueden optar por dos alternativas básicas: (a) la contratación de un seguro privado que les permita acceder a un amplio catálogo de prestaciones con sus entidades colaboradoras a cambio del pago de una cuota o prima anual o (b) la contratación directa del servicio sanitario privado realizando el pago correspondiente (BELENES, 2003).

Entre 1986 y 2003, se legisla progresivamente la descentralización de competencias en distintas Autonomías en materia de Salud, quedando, así, definitivamente descentralizadas las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, a partir de la promulgación de la Ley de Cohesión de la calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo (JIMÉNEZ PALACIOS, 2006).

2.7 Historia de la Salud Pública en España Contemporánea – RDL 16/2012

Como consecuencia de la crisis económica española, de 2008, el RDL 16/2012, de 20 de abril, introdujo una serie de reformas en el Sistema Nacional de Salud, modificando la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Entre estas medidas, dicho sistema dejó de ser el sistema universal que se conocía. A partir de entonces, solo tiene derecho a la sanidad pública si está asegurado o es beneficiario (PÉREZ-CANTÓ, MACIÁ-SOLER, GONZÁLEZ-CHORDÁ, 2019).

O sea, en ese momento, la Sanidad pública española no es universal, es decir, que por estar en España o ser español, no tiene automáticamente derecho y acceso a los servicios sanitarios públicos.

Sin embargo, la financiación sigue siendo la misma que antes: los recursos no provienen de las cotizaciones de los afiliados a la Seguridad Social, sino que continúan financiándose mediante los impuestos.

El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud. Es el documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud. En España son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, aquellas personas que tienen la condición de asegurado.

La condición de asegurado la reúnen todos aquellos que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la seguridad social y en situación de alta o asimilado al alta;
- ser pensionista del sistema de la seguridad social;
- percibir cualquier otra prestación periódica, incluidas la prestación y el subsidio de desempleo;



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

- haber agotado la prestación o subsidio por desempleo y figurar inscrito como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título (WILLIAMS, 1991).

Si no se cumpliera ninguno de los supuestos anteriores, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente. Serán beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, quien deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente; serán también beneficiarios el excónyuge a cargo del asegurado, los descendientes del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%. Todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial. Los asegurados de regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, La Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, pueden optar por provisión sanitaria pública (SNS) o privada (entidades de seguro). Las personas adscritas en dichas mutualidades que optan por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades; si recibieran asistencia sanitaria en centros sanitarios públicos, el gasto derivado será reclamado al tercero obligado.

El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de sus direcciones provinciales, y, una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, quienes facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual. El Instituto Nacional de la Seguridad Social comunica a las administraciones sanitarias los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin precisar para ello el consentimiento del interesado. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España pueden recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles:

- de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica;
- de asistencia al embarazo, parto y puerperio;
- si son menores de dieciocho años (PÉREZ-CANTÓ, MACIÁ-SOLER, GONZÁLEZ-CHORDÁ, 2019).

Así, El RDL 16/2012, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, es popularmente conocido como *decreto de exclusión sanitaria*, porque dejó sin asistencia sanitaria, de un día para otro, a más de 850.000 personas. Mientras desde instancias gubernamentales, se defendía que esta norma



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

permitiría un ahorro de “más de 5.000 millones de euros”, el Tribunal Constitucional y otros tribunales autonómicos, ponían en cuestión tanto el argumento del ahorro a obtener por la exclusión de la asistencia a estas personas como por su constitucionalidad (PÉREZ-CANTÓ, MACIÁ-SOLER, GONZÁLEZ-CHORDÁ, 2019).

La reforma, además de modificar las atenciones incluidas en el sistema sanitario y la prestación farmacéutica, transformaba radicalmente el sistema sanitario que pasaba de ser un Sistema Nacional de Salud urgencia un sistema de aseguramiento que solo reconocía a determinados asegurados y sus beneficiarios quedando fuera los inmigrantes sin permiso de residencia, pero también aquellos en situación regular de más de 26 años que no hubieran cotizado nunca y obtuvieran sus papeles después del 24 de abril de 2012 (fecha de publicación del decreto). También afectó a los españoles que se situaran por encima de esa edad y no hubieran trabajado deberían acreditar unos ingresos inferiores a cien mil euros anuales para tener acceso a la tarjeta sanitaria (WILLIAMS, 1991).

Así pues, la promulgación del RD 16/2012 daba al traste con todo aquello que sustentaba el Derecho a la Salud y la Universalidad del Sistema Nacional de Salud, chocando frontalmente con los fundamentos de la Declaración de Alma Ata, de 1978 y, incluso, a su Constitución de 1978 (WILLIAMS, 1991).

2.8 Historia de la Salud Pública en España Contemporánea – RDL2018

El día 31 de julio de 2018 entra en vigor el RDL 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que supone un cambio radical, al menos en lo que se refiere al derecho a la asistencia sanitaria, prestada a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), puesto que ese derecho parece salir del ámbito de la Seguridad Social (como así se configuraba en la Ley 16/2003, tras la modificación operada en la misma a través del RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, desarrollado por el RD 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS), para configurarse como un derecho de ciudadanía, de carácter universal, y solamente ligado a la residencia, extendiendo también el derecho (si bien con alguna limitación) a las personas que se encuentren irregularmente en España, cuyo acceso había quedado vetado tras la entrada en vigor del RD 1192/2012 (PÉREZ-CANTÓ, MACIÁ-SOLER, GONZÁLEZ-CHORDÁ, 2019).

Si en la normativa anterior el derecho a la asistencia sanitaria pasaba, con carácter prioritario, por tener algún título vinculado con el sistema de la Seguridad Social² y solo ante la ausencia de dicho título podría entrar en juego el título de residencia legal para acceder al derecho a la asistencia sanitaria, con la entrada en vigor del real decreto-ley indicado pasan a ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española, así como las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

De esta forma (y como se reconoce en la propia exposición de motivos del RDL 7/2018), el modelo desliga el hecho de ser beneficiario/asegurado de la Seguridad Social y se vincula a la residencia en España, así como a aquellas personas que, sin residir habitualmente en el territorio español, tengan reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, consolidándose así la separación del derecho a la asistencia sanitaria, previsto en el artículo 43 de la Constitución del correspondiente a la Seguridad Social.

En orden a la efectividad del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas indicadas han de encontrarse en alguno de los casos siguientes:

- tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español;
- tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia;
- ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, circunstancia que sucede cuando la persona extranjera está asegurada en un sistema de Seguridad Social u otro sistema público a través del cual se recibe la asistencia sanitaria y se hace cargo de esa misma asistencia sanitaria, en los casos de estancia temporal en otro país o de cambio de residencia, todo ello en base a los instrumentos internacionales, de carácter bilateral o multilateral, suscritos por España o de aplicación en su territorio (caso de los reglamentos comunitarios de coordinación de las legislaciones de Seguridad Social).

Así, una de las mayores novedades que contiene el RDL 7/2018 se dirige a la protección de la Salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que, encontrándose en España, no tengan su residencia legal en el territorio español, revirtiendo la situación generada en 2012, tras la promulgación del RDL 16/2012, que limitó la asistencia sanitaria pública, en estos casos, a los supuestos de asistencia sanitaria de emergencia, de embarazo, parto y puerperio o para los menores de edad.

La única limitación que se establece, en los casos de asistencia sanitaria en favor de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, consiste en la ausencia del derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos, es decir, que no existirá en relación con las mismas el derecho a la "exportación" del derecho a la asistencia sanitaria, en sus desplazamientos al territorio de otro Estado, aunque este último esté ligado con España en virtud de la normativa comunitaria de Seguridad Social o de convenios bilaterales (PÉREZ-CANTÓ, MACIÁ-SOLER, GONZÁLEZ-CHORDÁ, 2019).



2.9 Los medicamentos y la Sanidad Española – sus reglamentos, uso y distribución

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

Es una ley que concentra en la figura del Estado la responsabilidad de garantizar calidad en los medicamentos de uso humano y veterinario, cuanto a su seguridad, calidad, autorización y registro de laboratorios/farmacéuticos, bien como las reglas de los ensayos clínicos con medicamentos (humanos y veterinarios) – aquí, también, se incluyen los medicamentos homeopáticos, con plantas medicinales. Aún, establece las obligaciones del Estado y del paciente cuanto al fornecimiento de la medicación por el SNS, a partir del artículo 101 (LAMATA et al, 2017).

Así, se define que la participación en el pago, por parte del paciente, podrá ser estipulada por el Gobierno, de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) *La capacidad de pago;*
- b) *La utilidad terapéutica y social de los medicamentos o de los productos sanitarios;*
- c) *Las necesidades específicas de ciertos colectivos;*
- d) *La gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para los que resulten indicados;*
- e) *Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica;*
- f) *Existencia de medicamentos o productos sanitarios ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones;*

Aún, “los usuarios estarán obligados a justificar su derecho a la correspondiente modalidad de pago cuando así les sea requerido por el personal facultativo del Sistema Nacional de Salud o en las oficinas de farmacia dispensadoras” (artículo 101 del RDL 1/2015).

Ya el artículo 102 delimita como es la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, de la siguiente manera:

1. *Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a través de oficinas o servicios de farmacia.*
2. *La prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario.*
3. *La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.*
4. *La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.*
5. *Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:*
 - a) *Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.*



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

6. Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a) Un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros.

b) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o d), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.

c) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18,52 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionista de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros.

7. El importe de las aportaciones que excedan de las cuantías mencionadas en el apartado anterior será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

8. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.

d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista



su situación.

e) *Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.*

9. *El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8 (Real Decreto Legislativo 1/2015) (LAMATA et al, 2017).*

Por fin, se puede verificar en la página web del Ministerio de Sanidad, a través del buscador 'Nomenclátor', cuáles son los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud, actualizados por mes.

Cuanto, a la Salud Privada, algunos planes de Salud estipulan la devolución de parte del valor de pago de los medicamentos, de acuerdo con lo estipulado en el contrato con su asegurado (desde 0 hasta 100% del valor de la medicación – eso, incluso, puede cambiar, por cuenta del grupo etario del paciente).

2.10 Odontología – la gran caries en la Sanidad Pública Española

La Odontología, para los adultos, no está incluida en la cartera de servicios de la Sanidad Pública Española, con excepción a extracciones de dientes, flemones o traumatismos (considerados de emergencia). Estudios muestran que hasta 21% de la población no visitan al dentista por motivos económicos y a 100% de la población de los mayores de 65 años les faltan dientes (INE, 2021).

Dentadura postiza, tratamientos dentales, orto prótesis, sillas de ruedas, camas articuladas, gafas, audífonos, lentillas, algunos fármacos (como las gotas para el ojo seco, jarabes mucolíticos y antigripales) son algunos de los grandes excluidos del Sistema Público de Salud.

2.11 Condiciones actuales de Salud en España

El gasto sanitario público en el año 2019 en España supuso 75.025 millones de euros, lo que representa el 6,0 por ciento del producto interior bruto (PIB) – cuando se lleva en cuenta el gasto público y privado, estos valores pueden subir para hasta 8,9% (debajo de la media europea, que es de 9,8%). El gasto per cápita ascendió a 1.593 euros por habitante. De eso valor, 62,15% se da con servicios hospitalarios y especializados y 14,78% con servicios primarios de Salud (el restante está a cargo de servicios colectivos de Salud, Farmacia, traslado, prótesis, aparatos terapéuticos y otros) (INE, 2021).

De los más de 47 millones de habitantes en España, 10,5 millones han accedido a Salud Privada en 2019, una cifra de aproximadamente 22,15% (cuanto se ve por CCAA, Madrid presenta 47% de usuarios de Salud Privada, Cataluña 31% y Andalucía, 26%).

Cuanto a la satisfacción con el sistema sanitario público es de 6,6 puntos (en una escala de 1 a 10) – la opinión general de la población es más alta en atención primaria (7,3 puntos) y más baja en



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

urgencias hospitalares (6,0); ya la percepción de buena coordinación entre niveles asistenciales se mantiene por debajo del 50%.

El tiempo medio de espera en consultas en junio de 2019 fue 81 días (especialidades con mayor espera son traumatología (96 días) y oftalmología (83 días)) y de espera en cirugías no urgentes, en el mismo periodo, es de 115 días (mayor tiempo de espera en cirugía plástica (351 días), neurocirugía (153 días) y cirugía torácica (139 días)).

La frecuentación media de la población a consultas de Medicina es de 5,1 visitas por persona y año, mientras la frecuentación media consultas de Enfermería es de 2,8 (INE, 2021).

En 11 de agosto de 2021, más de 71% han vacunado con 1 dosis para la COVID-19 y más de 60% han hecho el esquema completo, con 2 dosis (EL PAÍS, 2021).

2.12 Desafíos/Retos

Si por un lado España es uno de los cuatro países que más ha vacunado en el mundo, con excelentes índices, todavía los retos son muchos, desde antes de la pandemia de la COVID-19, y se siguen adelante:

- fortalecimiento de las políticas públicas de Salud, sobre todo cuanto a las CCAA respetaren el RDL 7/2018 y lo aplicaren en la práctica, siendo la universalidad el más grande reto;
- disminución de pagos directos en el gasto sanitario (como consecuencia de la crisis económica, la proporción de los pagos directos en el gasto sanitario aumentó del 20% en 2009 al 25% en 2014, ya que se incrementó la participación de los beneficiarios en el coste de los medicamentos y otros servicios. Dicha participación disminuyó ligeramente al 24% en 2017 pero sigue siendo bastante superior a la media de la Unión Europea que se sitúa en el 16% - los pagos directos en España se concentran especialmente en los medicamentos, ya que están menos cubiertos, y en la atención dental, que no está cubierta);
- incremento y desarrollo de la Atención Primaria / desconstrucción del sistema hospital centrado – aumento de la inversión en AP;
- mejoría de la vacunación general entre los niños y personas mayores (a pesar de que la cobertura de vacunación contra el sarampión entre los niños se encuentra por encima del 95% recomendado por la OMS, la cobertura contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, así como contra la hepatitis B, se encontraba por debajo de dicho umbral en 2018);
- mayor liderazgo del Ministerio de Sanidad, como órgano fiscalizar de la Sanidad, y, principalmente, mayor coordinación entre el MS y las CCAA;
- contratación de más profesionales y desconstrucción de un sistema tan centrado en la figura médica (desarrollo de la participación del equipo multidisciplinar);
- mejoría de las remuneraciones de los profesionales de Sanidad, proporcionales a la responsabilidad, y incentivo al desarrollo profesional;
- la gran politización del sistema (necesidad de 'menos política' y 'más conocimiento experto');



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

- disminución de las listas de espera (sobre todo asistencia a los crónicos y a personas mayores), y otros.

3 CONCLUSIONES

La protección de la Salud de los ciudadanos se configura como un derecho fundamental recogido en la Constitución Española, siendo deber de los poderes públicos garantizar tales prestaciones. El Sistema Nacional de Salud en España se encuentra integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en todos los niveles de gobierno –estatal, autonómico y local. Con muchos cambios en su estructura, en los últimos años, por fin la Salud volvió a ser universal – pero, en la práctica, no se nota eso, con facilidad en las CCAA.

Las 17 CCAA tienen competencia directa en materia de planificación estratégica y operativa a escala de comunidad autónoma, asignación de recursos, adquisición y prestación de servicios. Pero, cabe al Ministerio de Sanidad liderar ese proceso, sobre todo cuanto, a la percepción y aplicación, en la práctica, del RDL 7/2018, y cuanto, a disminuir la discrepancia, en termos de generación de Salud, entre las CCAA.

Según los expertos, la Sanidad en España, en números, está debajo de la misma materia cuanto a la UE (mismo antes de la pandemia), de manera a potencializar el gasto público (una vez que es universal) en Sanidad, hasta, al menos, alcanzar la media de la UE. Cuanto, a la población, les cabe tener una participación más efectiva cuanto al acceso universal de los habitantes de España a la Sanidad, de manera justa y humana, y también la calidad de la Sanidad, en la práctica.

La sociedad española está cambiando, incluso con el envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad – así, se espera que la Sanidad Española acompañe esos cambios, proporcionando, no solamente a los mayores, pero a toda la población, una Salud centrada en el paciente, y no en la enfermedad, con aumento de la calidad de vida de los españoles.

REFERENCIAS

BARRASA, J.I. (2003). Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. **Rev Calid Asist.** 18(7):580-90.

BELENES, R. (2003): Un balance personal de 25 años de gestión moderna en el Sistema Nacional de Salud". **Gaceta Sanitaria**; 17: 150-6.

CASTEL, R (2012). **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

EL PAÍS (2021). **Periódico diario**. Access in 11.agosto.2021.

ESPING-ANDERSEN, G (1991). **As três economias políticas do Welfare State**. Lua Nova, São Paulo, n. 24, p. 85-115.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS
 Mario Angelo Cenedesi Júnior, Sílvia Elena Vouillat

FOUCAULT, M. (1999). **Nacimiento de la medicina social**. En: *Obras esenciales. Vol. IV: Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós, 1999.

FRENDE VEGA, M.A.; MARTÍN ALCÁZAR, F.; MARTÍNEZ FIERRO, S. (1999): **La reforma del sector sanitario español: Una oportunidad para la cooperación empresarial in XIII Congreso Nacional y IX Congreso Hispano-Francés de la Asociación Europea de Dirección y Economía de la Empresa**. Logroño, J

IMMERGUT, EM (1992). **Health politics: interests and institutions in Western Europe**. Nova York: Cambridge University Press.

INE (2021). Instituto Nacional de Estadística. España. **Informe del Sistema Sanitario**.

JIMÉNEZ-PALACIOS, A. (2006).A. El Sistema Nacional de Salud 20 años después. **Rev Adm Sanit.** (2):311-22.

LAMATA F.; GÁLVEZ R; SÁNCHEZ-CARO, J. (2017). **Medicamentos: ¿Derecho humano o negocio?**. Díaz de Santos, Madrid 2017.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L (2012). **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. (2016) **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. ABrES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil.

MIRA, J.J.; ARANAZ, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. **Med Clin (Barc)**. 14 Supl 3:26-33.

PÉREZ-CANTÓ, V.; MACIÁ-SOLER, L.; GONZÁLEZ-CHORDÁ, V.M. (2019). Satisfacción de los usuarios en el sistema de salud español: análisis de tendencias. **Rev Saude Publica**. 53:87.

PORRAS, P. (1978): **Algunos aspectos económicos de la evolución del concepto de hospital. En Temas de Administración Hospitalaria**. Subsecretaría de la Salud, Escuela de Gerencia Hospitalaria. Madrid. Edita Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

ROEMER, M. I. (1991). **National Health Systems of the World**. Nova York: Oxford University Press.

RODRÍGUEZ OCANA, E. (1994). **The making of the Spanish Health Administration during the first third of the twentieth century**. Quaderni Internazionale di Storia della Medicina e la Sanità (Siena), 3, 49-65.

SÁNCHEZ RON, J.M. (1988). **La Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas ochenta años después**. En: 1907-1987. La Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas 80 años después, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2 vol.

TRIAS MAXENCOS, A. (1975). **L'Escola d'Infermeres de la Generalitat de Catalunya.in: Actes del II Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana**, Barcelona 1-5 de juny de 1975. Barcelona, s.e., Vol. 2, 153-157.

WILLIAMS, P. (1991) **The Laws of Health: Women, Medicine and Sanitary Reform, 1850-1890**. En: **Science and Sensibility**. Gender and Scientific Enquiry, 1780-1945, Oxford, Basil Blackwell, 61-71.