



La Administración pública sanitaria en España: análisis actualizado del informe anual del SNS desde una perspectiva administrativo-financiera

David López Santos

Jurista

Funcionario del Sistema Nacional de Salud (España)

davidlopsan20@gmail.com

Este trabajo ha sido seleccionado para su publicación por: don Enrique Arnaldo Alcubilla, don Raúl Leopoldo Canosa Usera, doña Ana Cremades Leguina, doña Silvia Díaz Sastre, don Rafael Fernández Valverde y don Luis Pérez de Ayala Beceril.

Extracto

El presente documento busca aportar una aproximación detallada al Sistema Nacional de Salud desde una perspectiva jurídico-financiera, abordando aspectos como la financiación, la distribución del gasto o la respuesta ante la pandemia de la covid-19. Para ello, se analizan datos específicos recogidos en el más actual informe anual del Ministerio de Sanidad, reflexionando sobre los presupuestos asignados, la inversión per cápita, la distribución de profesionales de la salud, etc.; proporcionando, así, una visión integral de la situación actual del sistema sanitario español.

Palabras clave: Administración pública sanitaria; Sistema Nacional de Salud; derecho administrativo sanitario; derecho a la protección de la salud; organización sanitaria.

Recibido: 03-05-2023 / Aceptado: 08-09-2023 / Publicado: 05-03-2024

Cómo citar: López Santos D. (2024). La Administración pública sanitaria en España: análisis actualizado del informe anual del SNS desde una perspectiva administrativo-financiera. *CEFLegal. Revista Práctica de Derecho*, 278, 43-66. <https://doi.org/10.51302/cefllegal.2024.19117>



Public health administration in Spain: updated analysis of the annual report of the Ministry of Health

David López Santos

This work has been selected for publication by: Mr. Enrique Arnaldo Alcubilla, Mr. Raúl Leopoldo Canosa Usera, Mrs. Ana Cremades Leguina, Mrs. Silvia Díaz Sastre, Mr. Rafael Fernández Valverde and Mr. Luis Pérez de Ayala Becerril.

Abstract

The present document aims to provide a detailed overview of the Spanish National Health System from a legal-financial perspective, addressing aspects such as funding, expenditure distribution, and the response to the covid-19 pandemic. To achieve this, specific data from the latest annual report of the Ministry of Health is analyzed, reflecting on allocated budgets, per capita investment, etc. This offers a comprehensive view of the current state of the Spanish healthcare system.

Keywords: public health administration; Spanish National Health System; administrative law; right to health; healthcare organization.

Received: 03-05-2023 / Accepted: 08-09-2023 / Published: 05-03-2024

Citation: López Santos D. (2024). La Administración pública sanitaria en España: análisis actualizado del informe anual del SNS desde una perspectiva administrativo-financiera. *CEFLegal. Revista Práctica de Derecho*, 278, 43-66. <https://doi.org/10.51302/cefllegal.2024.19117>



Sumario

1. Introducción
 2. La Administración pública sanitaria en España: régimen administrativo-financiero del Sistema Nacional de Salud
 3. Análisis actualizado del informe del SNS del Ministerio de Sanidad desde una perspectiva administrativo-financiera
 4. Conclusiones
- Referencias bibliográficas



1. Introducción

El presente ensayo busca aportar un análisis profundo de los diferentes servicios de salud autonómicos que conforman el Sistema Nacional de Salud de España, centrándose en aspectos como la financiación o la distribución de recursos. Contextualizándose en el ámbito europeo, se detallan las cifras de financiación y se exploran las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en el gasto sanitario. A través de estadísticas, gráficos y tablas, se busca ofrecer una comprensión completa de la realidad palpable de la regulación vigente y el desempeño del sistema de salud.

Así, una comprensión detallada del Sistema Nacional de Salud (SNS) requiere, por un lado, entender cómo se estructura territorialmente y cómo se rige jurídicamente el sistema público y, por otro lado, comprender su situación material y su evolución en los años previos. Por ello, en primer lugar, se analizarán sucintamente las diversas leyes autonómicas que han configurado los diversos servicios de salud de las comunidades autónomas, refiriendo sus naturalezas y sus regímenes jurídico-económicos. En segundo lugar, y fundamentalmente, se procederá a la actualización del análisis del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, publicado por el Ministerio de Sanidad el 2 de noviembre de 2023. Este informe se erige como una ventana esencial para examinar la complejidad y dinámica operativa del sistema de salud español.

2. La Administración pública sanitaria en España: régimen administrativo-financiero del Sistema Nacional de Salud

El artículo 43 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho a la protección de la salud y determina que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La normativa constitucional, al reconocer el derecho a la protección de la salud, simultáneamente confía a las instituciones gubernamentales la tarea de desarrollar un sistema sanitario integral que

garantice la efectividad de este derecho fundamental. De este modo, se instituye una conexión intrínseca entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y la obligación de los poderes públicos de articular un marco normativo y estructural que materialice dicho reconocimiento en la práctica¹.

En cuanto a la normativa de desarrollo del sistema de salud, amparada por los artículos 4 y siguientes del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (Rastrollo *et al.*, 2004) y en el marco de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece que *todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud*, destaca la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Así, la referida norma establece acciones destinadas a fomentar la coordinación y cooperación entre las diversas Administraciones públicas sanitarias. Este enfoque se erige como un medio esencial para salvaguardar el derecho fundamental de los ciudadanos a la protección de la salud. El propósito primordial que subyace en esta disposición normativa es asegurar la consecución de un sistema de salud integral, caracterizado por los principios fundamentales de equidad, calidad y participación social, los cuales se desprenden de manera explícita de la exposición de motivos de la norma en cuestión (Rastrollo *et al.*, 2004).

En este sentido, el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, en los términos establecidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad², que reconocerá el derecho de acceso a la asistencia pública para toda la población y se financiará a través de los presupuestos de las Administraciones, fundamentalmente, autonómicas a las que se adscriban las correspondientes estructuras, sin perjuicio de otras formas de financiación (González López *et al.*, 2011).

Así pues, aunque se haya reservado para el Estado las bases y la coordinación del sistema sanitario, el artículo 148.1 de la CE permite que las comunidades autónomas, a través de sus estatutos de autonomía, asuman las competencias en materia de sanidad (Rastrollo *et al.*, 2004). De esta forma, a nivel autonómico se han ido creando y desarrollando los diferentes servicios públicos de salud, que se configuran como una estructura administrativa y de gestión integradora de los establecimientos y servicios autonómicos, locales e intra-comunitarios, configurando el Sistema Nacional de Salud. A continuación se relacionan los servicios de salud que han creado las diferentes comunidades autónomas, aportando una sucinta referencia a su naturaleza y a sus regímenes jurídico-financieros:

- En Andalucía, con la entrada en vigor de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía, se terminó configurando el Servicio Andaluz de Salud (SAS) como un

¹ Constitución española (1978). BOE 311. (España).

² Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. BOE 102.

organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud, con la consideración de agencia administrativa. En este sentido, tiene el mismo régimen jurídico de personal, presupuestario, económico-financiero, de control y contabilidad que el establecido para la Administración de la Junta de Andalucía, de acuerdo con el artículo 65.2 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía. No obstante, la propia norma recoge la posibilidad de que al sistema sanitario andaluz se le incorporen empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía³.

- En Aragón, cobran especial importancia la Ley 6/2002, de 15 de abril, de salud de Aragón y el Decreto legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud, en el que, de similar forma, se recoge que el Servicio Aragonés de Salud es un organismo autónomo que se adscribe al departamento responsable en materia de salud de la Administración de la comunidad autónoma, teniendo sometimiento al régimen de intervención y contabilidad pública, en los términos recogidos por el texto refundido de la Ley de Hacienda de la comunidad autónoma, aprobado por el Decreto legislativo 1/2000, de 29 de junio⁴.
- En Asturias, la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud configura el Sespa como un ente de derecho público del Principado de Asturias, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, adscrito a la consejería competente en materia de sanidad, que se rige por los preceptos de la presente ley, sus disposiciones complementarias de desarrollo y por las demás disposiciones que resulten de aplicación. A los solos efectos de su régimen económico y presupuestario, al Sespa le serán de aplicación las previsiones relativas a los organismos autónomos del texto refundido del régimen económico y presupuestario, aprobado por el Decreto legislativo del Principado de Asturias 2/1998, de 25 de junio⁵.
- En las Islas Baleares, la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears determina que el Servicio de Salud de las Illes Balears es un ente público de carácter autónomo, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, y se rige por lo que dispone esta ley, por los estatutos del ente y, en lo que no se oponga, por la legislación reguladora del sector público instrumental de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. El ejercicio del control financiero se realizará de forma permanente por la Intervención General de la comunidad autónoma⁶.

³ Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía. BOE 185.

⁴ Ley 6/2002, de 15 de abril, de salud de Aragón. BOE 121.

⁵ Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud. BOE 126.

⁶ Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears. BOE 110.

- En Canarias, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de ordenación sanitaria de Canarias crea el Servicio Canario de la Salud como organismo autónomo encargado de la ejecución de la política sanitaria de la comunidad autónoma, de carácter administrativo, cuyo régimen económico-financiero del Servicio Canario de Salud se corresponderá a lo dispuesto en la Ley reguladora de la Hacienda pública canaria⁷.
- En Cantabria, la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de ordenación sanitaria de Cantabria configura el Servicio Cántabro de Salud igualmente como un organismo público, cuya financiación se regirá por lo dispuesto en las leyes de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, entre otras⁸.
- En Castilla-La Mancha, se crea, en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, con el fin de proveer los servicios y gestionar los centros y establecimientos destinados a la atención sanitaria que le sean asignados, siendo un organismo autónomo con régimen sujeto a la Ley 6/1997, de 10 de julio, de Hacienda de Castilla-La Mancha, y a la Ley 6/1985, de 13 de noviembre, de patrimonio de Castilla-La Mancha, y sujeto a función interventora y a régimen de contabilidad pública⁹.
- En Castilla y León, la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León recoge, en sus artículos 26 y siguientes, que el Servicio de Salud de Castilla y León, denominado Gerencia Regional de Salud, es un organismo autónomo adscrito a la consejería competente en materia de sanidad, dotado de personalidad jurídica, patrimonio y tesorería propios. El régimen presupuestario de la Gerencia Regional de Salud será el previsto para los organismos autónomos, la Ley 2/2006, de 3 de mayo, de la Hacienda y del sector público de la Comunidad de Castilla y León, y en las leyes de presupuestos anuales, de forma similar a los regímenes de intervención, contabilidad y tesorería¹⁰.
- En Cataluña, la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria, crea el Servicio Catalán de la Salud, como un ente público de naturaleza institucional y sometido al derecho público en determinadas materias, entre las que destaca el régimen financiero, presupuestario y contable. No obstante, cabe destacar la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, que crea el Instituto Catalán de la Salud como entidad de derecho público de la Generalidad, que actúa sujeto al derecho privado, con condición de medio propio instrumental y de servicio técnico. En cuanto al control financiero, al régimen contable y al presupuestario, de

⁷ Ley 11/1994, de 26 de julio, de ordenación Sanitaria de Canarias. BOE 204.

⁸ Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de ordenación Sanitaria de Cantabria. BOE 6.

⁹ Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha. BOE 50.

¹⁰ Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León. BOE 235.

formas similares, la referida ley mantiene la aplicación de la normativa reguladora de las entidades que integran el sector público, la normativa reguladora de las finanzas públicas de la Generalidad, etc.¹¹

- En el ámbito de la Comunidad Valenciana, la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de salud de la Comunitat Valenciana consolidó la extinción del organismo autónomo Agencia Valenciana de Salud, acordada por la Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalidad. Así, el Sistema Valenciano de Salud es el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunidad Valenciana, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalidad. Su gestión y administración será competencia de la consejería competente en materia de sanidad, por lo que su régimen jurídico y económico será el recogido para la Administración de la comunidad autónoma, con las especificidades correspondientes¹².
- En Extremadura, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud de Extremadura, crea el Servicio Extremeño de Salud, como organismo autónomo de carácter administrativo, rigiéndose por la referida ley y demás disposiciones que la desarrollan, por la Ley 3/1985, de 19 de abril, general de Hacienda pública de la Comunidad Autónoma de Extremadura y por las demás disposiciones que resulten de aplicación¹³.
- En Galicia, la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia configura el Servicio Gallego de Salud, creado por la Ley 1/1989, como un organismo autónomo de naturaleza administrativa, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. El Servicio Gallego de Salud estará sometido al régimen de contabilidad pública y la Intervención General de la Xunta de Galicia ejercerá sus funciones en el ámbito del Servicio Gallego de Salud, en los términos que establece el Decreto legislativo 1/1999, de 7 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de régimen financiero y presupuestario de Galicia, y demás disposiciones que resulten de aplicación¹⁴.
- En La Rioja, la Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud establece que el Servicio Riojano de Salud es una entidad pública de provisión, gestión y administración de asistencia sanitaria pública de La Rioja, con la consideración de organismo autónomo administrativo, sujeto a contabilidad pública y al régimen presupuestario dispuesto en la legislación vigente aplicable a la Hacienda pública de la Comunidad Autónoma de La Rioja. La Intervención General de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja ejercerá sus funciones en el ámbito del Servi-

¹¹ Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria. BOE 197.

¹² Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de salud de la Comunitat Valenciana. BOE 35.

¹³ Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. BOE 117.

¹⁴ Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. BOE 202.

cio Riojano de Salud, bien directamente o bien a través de alguno de los órganos que, a tal efecto, existan o puedan crearse¹⁵.

- En la Comunidad de Madrid, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid crea el Servicio Madrileño de Salud para llevar a cabo, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, una adecuada configuración y asignación del presupuesto para la asistencia sanitaria de la población con derecho a cobertura asistencial, en función de las necesidades estimadas. El Servicio Madrileño de Salud es un ente de derecho público, de los previstos en el artículo 6 de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, adscrito a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. No obstante, el Servicio Madrileño de Salud se sujetará con carácter general al derecho privado, y lo hará al derecho público en los casos que se establecen en la norma, *v. gr.* en el régimen patrimonial, financiero, presupuestario y contable¹⁶.
- En la Región de Murcia, por la Ley 4/1994, de 26 de julio, de salud de la Región de Murcia, se determina que el Servicio Murciano de Salud se configura como un ente de derecho público de los previstos en el artículo 6.1 a) de la Ley 3/1990, de 5 de abril, de Hacienda de la Región de Murcia, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, con régimen presupuestario específico regulado en su propia ley, además de en lo recogido en la Ley 3/1990, de Hacienda de la Región de Murcia. El control de carácter económico, financiero y contable del Servicio Murciano de Salud se realizará mediante comprobaciones periódicas o procedimientos de auditoría, así como mediante el ejercicio de la función interventora y el control financiero en aquellas áreas en las que se establezca¹⁷.
- En la Comunidad Foral de Navarra, con la aprobación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud se crea el Servicio Navarro de Salud como un organismo autónomo de carácter administrativo. Salvo en lo previsto en esta ley foral, la estructura, procedimiento de elaboración, ejecución y liquidación del presupuesto del Servicio Nacional de Salud se regirán por lo previsto en la Ley Foral 8/1988, de 26 de diciembre, de la Hacienda pública de Navarra. El ejercicio de la función interventora en el Servicio Navarro de Salud se realizará conforme a las previsiones contenidas en la Ley Foral 8/1988, de 26 de diciembre, de la Hacienda pública de Navarra.¹⁸

¹⁵ Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud. BOE 106.

¹⁶ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOE 55.

¹⁷ Ley 4/1994, de 26 de julio, de salud de la Región de Murcia. BOE 243.

¹⁸ Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud. BOE 71.

- En el País Vasco, la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi, crea el ente público Osakidetza - Servicio Vasco de Salud, bajo la naturaleza jurídica de ente público de derecho privado y adscrito al departamento de la Administración general competente en materia de sanidad. En lo que se refiere a su régimen económico y hacendístico-financiero, a su régimen de organización y funcionamiento interno y a sus relaciones jurídicas externas se sujetará al derecho privado, sin perjuicio de las circunstancias descritas en el artículo 21 de la citada norma¹⁹.
- Por último, en Ceuta y Melilla destaca como organización pública sanitaria el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, regulado por el Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, como entidad gestora de la Seguridad Social, adscrita al Ministerio de Sanidad a través de la Secretaría de Estado de Sanidad, con naturaleza de entidad de derecho público y capacidad jurídica para el cumplimiento de los fines que le están encomendados, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 66 del texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre²⁰.

Así pues, relacionada una revisión de los articulados fundamentales que rigen los servicios de salud de las diferentes comunidades autónoma, se puede concluir que, si bien con determinadas excepciones, en las últimas décadas se ha desarrollado una marcada tendencia en las Administraciones autonómicas de crear organismos autónomos, agencias administrativas u otro tipo de organismos públicos, financiados fundamentalmente mediante los presupuestos autonómicos, para conformar la estructura del Sistema Nacional de Salud, en los términos establecidos en la normativa básica de aplicación. Así, estas organizaciones, a pesar de que algunas se rijan por derecho privado, puedan incluir empresas públicas de naturaleza privada, etc., generalmente están sujetas a regímenes presupuestarios, de intervención y de contabilidad pública homologables a los generales del resto de Administraciones públicas con, no obstante, una serie de características propias recogidas en sus normas de funcionamiento.

3. Análisis actualizado del informe del SNS del Ministerio de Sanidad desde una perspectiva administrativo-financiera

A lo largo del presente apartado, se emprenderá una exposición de una serie de estadísticas que buscarán aportar una imagen aproximada del Sistema Nacional de Salud en términos financieros, abarcando así una perspectiva de alcance estatal. Se pretende, de esta manera, proporcionar una aproximación rigurosa y comprensiva que arroje luz sobre la realidad palpable de la regulación vigente. En este contexto, se desplegará un análisis

¹⁹ Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi. BOE 9.

²⁰ Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. BOE 45.

profundo de indicadores clave, tendencias demográficas y datos económicos que inciden directamente en la dinámica operativa y el desempeño general del Sistema Nacional de Salud. A través de esta incursión analítica, se pretende no solo cuantificar y describir, sino también contextualizar los aspectos fundamentales que definen la infraestructura y el funcionamiento del sistema sanitario a nivel estatal.

De forma previa, contextualizando el presente análisis en el ámbito internacional, específicamente en el ámbito de Europa, durante el año más reciente analizado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación en su informe *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*, los Estados miembros de la Unión Europea dedicaban, en promedio, aproximadamente el 9 % de su producto interior bruto (PIB) a sufragar los gastos del sector sanitario. No obstante, cabe destacar que esta asignación variaba considerablemente, oscilando entre el 6 % y el 12 %, dependiendo de las características específicas de cada país. En este marco se sitúa España, con una inversión del 9,3 %, en la décima posición dentro de esta clasificación, ubicándose por debajo de naciones como Alemania, el Reino Unido y los Países Bajos, así como de aquellas con afinidades socioeconómicas notables, entre las que se incluyen Portugal o Francia. No obstante, es relevante señalar que España se posiciona por encima de otros Estados pertenecientes al sur de Europa, tales como Italia o Grecia, en lo que respecta a la proporción del PIB asignada al ámbito sanitario. Esta décima posición en el ranking subraya el compromiso financiero de España con la salud pública en comparación con sus homólogos europeos. La heterogeneidad en los porcentajes mencionados refleja divergencias significativas en las estrategias presupuestarias adoptadas por cada país en el contexto de la gestión de sus sistemas de salud²¹. De igual manera, España ocuparía una posición análoga al realizar una comparación entre el gasto público y la población, asignando una cifra cercana a los 3.000 dólares por habitante, según el referido informe²².

Tabla 1. Inversión en salud como porcentaje del PIB en 2011

	2001	2011 (o año más cercano disponible)
Países Bajos	8,3	11,9
Francia	10,2	11,6
Alemania	10,5	11,3
Dinamarca	9,1	10,9



²¹ Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2013).

²² Véase nota anterior.



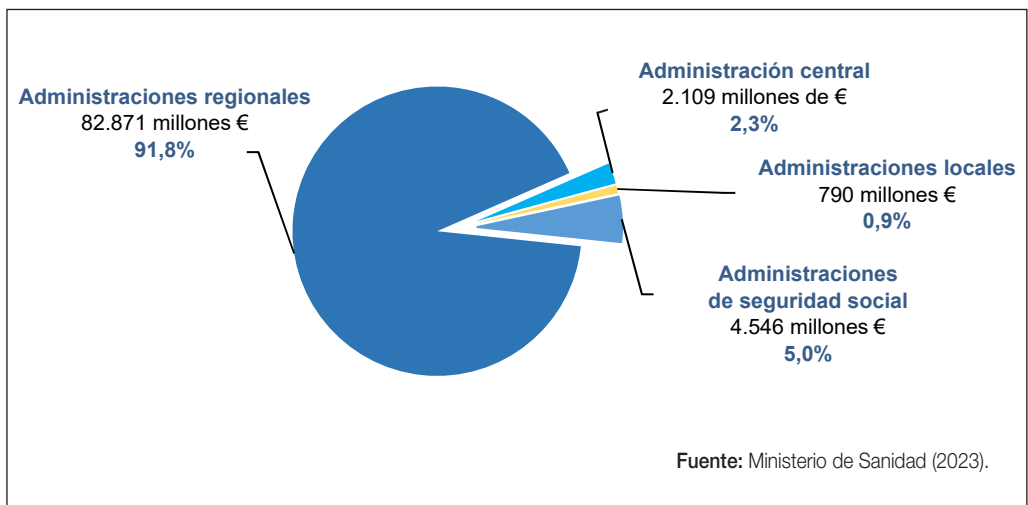
	2001	2011 (o año más cercano disponible)
◀		
Austria	10,1	10,8
Bélgica	8,3	10,5
Portugal	9,3	10,2
Suecia	8,9	9,5
Reino Unido	7,3	9,4
España	7,2	9,3
Italia	8,1	9,2
Grecia	8,9	9,1
Finlandia	7,4	9,0
Irlanda	6,7	8,9
Eslovenia	8,6	8,9
Malta	7,3	8,6
República Eslovaca	5,5	7,9
Hungría	7,2	7,9
República Checa	6,4	7,5
Chipre	6,0	7,4
Bulgaria	7,4	7,2
Lituania	5,7	7,0
Polonia	5,9	6,9
Letonia	5,0	6,8
Luxemburgo	7,4	6,6
Rumania	4,2	6,0

Fuente: Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2013).

Desde este punto de partida, en un inicio, se presenta como una tarea de singular complejidad el análisis de la financiación inherente al Sistema Nacional de Salud, cuya dificultad deviene de la notable heterogeneidad existente en las modalidades y competencias que lo componen (Benítez-Llamazares, 2020). No obstante, la universalización del acceso a los servicios públicos de atención sanitaria conlleva la eliminación de la imposición de primas o cuotas sanitarias. Así, esta circunstancia, de acuerdo con lo planteado por amplia doctrina, acarrea como consecuencia inmediata la necesidad imperativa de que el sistema público de salud obtenga su financiamiento primordialmente a través de ingresos tributarios (Benítez-Llamazares, 2020). Es imperativo tener presente que el paradigma actual de financiación se cristalizó con la promulgación, así como con las respectivas modificaciones, de la 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.

En concordancia con el último informe anual del Sistema Nacional de Salud publicado por el Ministerio de Sanidad en la fecha de redacción de este documento, se constata que durante el año 2020 el desembolso sanitario de las entidades gubernamentales ascendió a la cifra de 90.316 millones de euros, representando un 73,5 % del gasto sanitario total. Por contraposición, el sector privado contribuyó con el 26,5 % restante, cifrado en 32.535 millones de euros²³.

Gráfico 1. Distribución de la financiación del SNS entre las diferentes Administraciones territoriales



²³ Ministerio de Sanidad (2023).

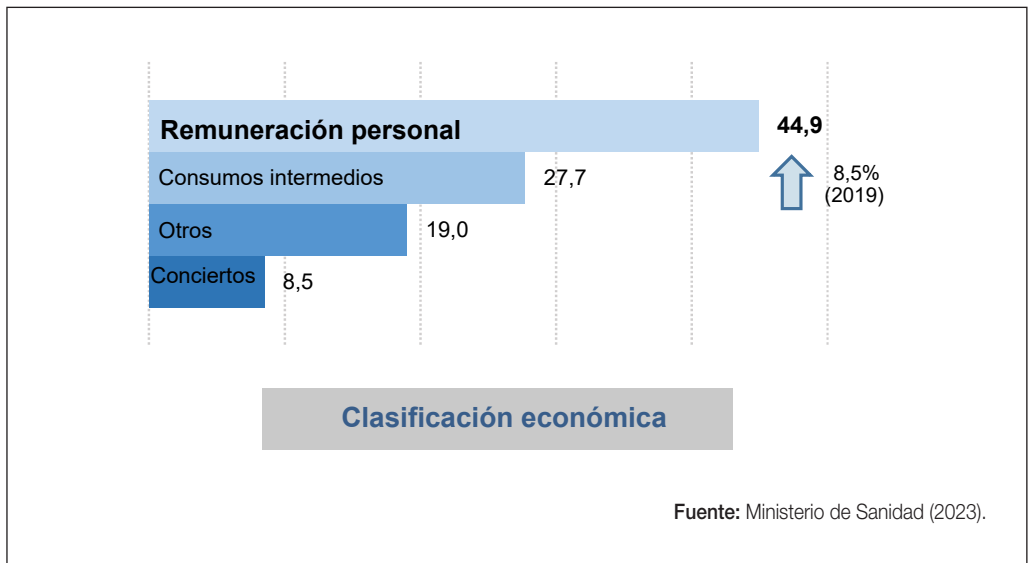
Resulta imperativo subrayar la significativa disparidad entre las cifras presentadas, lo cual ostenta una marcada relevancia en el análisis de los datos presupuestarios concernientes al ámbito sanitario. Este fenómeno, que revela una notable disparidad entre el ejercicio fiscal en cuestión y su predecesor, adquiere mayor complejidad y trascendencia al considerar las condiciones excepcionales derivadas de la pandemia de la covid-19. La contingencia sanitaria, que marcó el año 2020 de manera sin precedentes, ha dejado una impronta innegable en las estadísticas económicas y financieras, manifestándose de manera conspicua en el sector de la salud. En este contexto, se pone de manifiesto una divergencia sustancial, donde el gasto público en el año 2019 exhibía una magnitud considerablemente menor, cifrándose en 12.912 millones de euros menos respecto al ejercicio fiscal posterior. Esta variación, que ascendió a la cifra de 77.404 millones de euros en 2019, se ve contrastada de manera notoria por el aumento inusitado experimentado en 2020. La excepcionalidad de las circunstancias y las demandas extraordinarias impuestas por la crisis sanitaria global han suscitado la necesidad de redoblar los recursos y esfuerzos destinados al ámbito de la salud pública. En adición, se vislumbra un incremento porcentual en la inversión pública, fenómeno que cobra especial relevancia al contemplar el periodo transcurrido desde 2019 hasta 2020. Este aumento, que se sitúa en alrededor de tres puntos porcentuales, no solo denota una variación cuantitativa, sino que también refleja un cambio cualitativo en las prioridades presupuestarias y la asignación de recursos en el marco de la política sanitaria gubernamental. La inversión pública, en consecuencia, emerge como un indicador sensible a las dinámicas y exigencias impuestas por el contexto sanitario y socioeconómico²⁴.

Así pues, las comunidades autónomas emergen como el principal agente financiero en el contexto de la sanidad pública, asumiendo una carga significativa que se traduce en una contribución del 91,8 % del total. Esta contribución se cuantifica en una cifra substancial de 82.871 millones de euros, evidenciando la magnitud de la responsabilidad financiera que recae sobre dichas Administraciones en el ámbito de la salud. Paralelamente, las entidades vinculadas a la Seguridad Social, englobando tanto a las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social como a las mutualidades de funcionarios, desempeñan un papel secundario en la financiación del gasto sanitario público. Su participación se cifra en un 5,0 %, reflejando una proporción considerablemente inferior en comparación con las comunidades autónomas. En contraste, la Administración central ostenta una evidente contribución más modesta, representando un 2,3 % del gasto sanitario público. No obstante, este dato se ha visto duplicado respecto a 2019, que desciende hasta el 1,2 %. Este fenómeno se visualiza de manera elucidativa en el gráfico previamente presentado, corroborando la distribución de responsabilidades financieras entre las diversas instancias de la Administración sanitaria, derivada del régimen de competencias vigente. En definitiva, en virtud de la descentralización de competencias establecida por los di-

²⁴ Ministerio de Sanidad (2021).

versos estatutos de autonomía, se evidencia que las comunidades autónomas se erigen como las principales asidoras, asumiendo aproximadamente el 92 % del gasto público destinado a la sanidad, en contraposición al modesto porcentaje atribuido a la Administración Central del Estado²⁵.

Gráfico 2. Distribución del gasto destinado al SNS en 2020

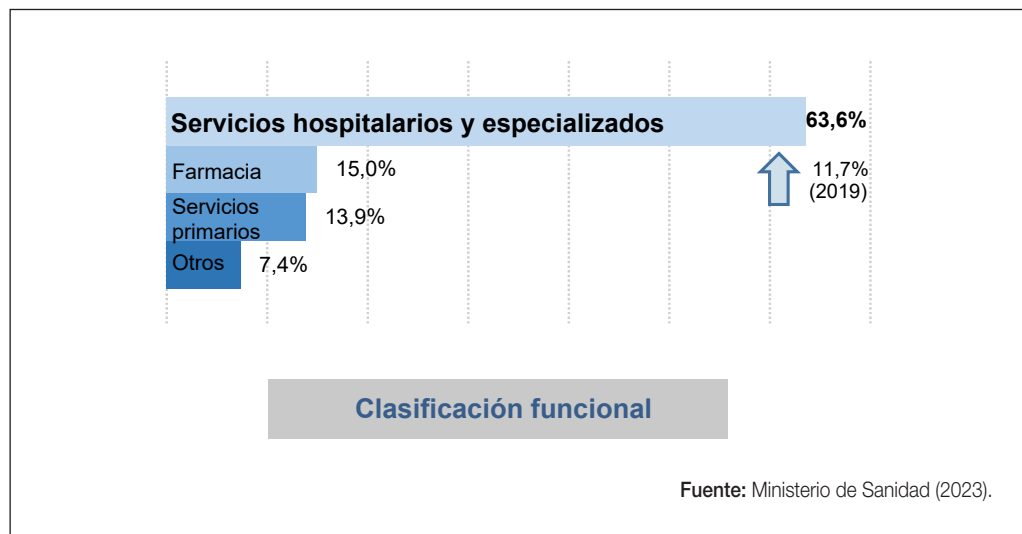


En una primera instancia, como se evidencia en el gráfico anterior, se observa que durante el año 2022, la mayor proporción del presupuesto asignado al ámbito sanitario se destinó al pago de remuneraciones de los empleados del Sistema Nacional de Salud, representando aproximadamente el 45 % del total presupuestado. Seguidamente, la partida de mayor envergadura se asoció al consumo intermedio de los insumos necesarios para llevar a cabo los servicios correspondientes, alcanzando un 27,7 % del gasto total²⁶. Estos datos, aunque levemente superiores a los registrados en el año previo, se mantienen (Rodríguez Blas, 2019). Es crucial destacar, en este punto, que el aseguramiento de condiciones laborales óptimas para el personal público, que se distinga por su formación y capacidad, contribuye a crear un entorno propicio para la innovación, considerado como el tercer componente esencial de los intangibles fundamentales para el desarrollo (Gutiérrez Navas, 2014).

²⁵ Ministerio de Sanidad (2023).

²⁶ Véase nota anterior.

Gráfico 3. Distribución del gasto destinado al SNS en 2020



Paralelamente, conviene señalar que, aunque se ha constatado que una proporción significativa del presupuesto público destinado al ámbito sanitario se dirige a sufragar las remuneraciones de los profesionales del sector, una examinación más detenida del tercer gráfico revela que la preeminente porción de este desembolso se asigna a establecimientos hospitalarios y servicios especializados, alcanzando un 63,6 %. Esto contrasta notoriamente con el 13,9 % asignado a los servicios de atención primaria y el 15 % destinado a los gastos farmacéuticos, siendo estos últimos recurrentemente identificados como los componentes preponderantes en el esquema de gastos del sistema (Abásolo Alessón y González López-Valcárcel, 2016). No obstante, en el año 2019, el porcentaje destinado a atención primaria se situaba en el 14,8 %, lo que supone un descenso de casi un 1 % de reducción del gasto en los servicios primarios, que habría acabado, presumiblemente, en la financiación de los servicios hospitalarios y especializados, que han visto incrementados sus fondos en una proporción similar para el año 2022 (Rodríguez Blas, 2019).

Tabla 2. Gasto sanitario por comunidad autónoma en millones de euros sobre PIB y por habitante en 2020

	Millones de euros	Porcentaje sobre el PIB	Euros por habitante
Andalucía	11.858	7,9	1.398
Aragón	2.350	6,7	1.765

	Millones de euros	Porcentaje sobre el PIB	Euros por habitante
◀			
Asturias, Principado de	1.922	8,9	1.892
Balears, Illes	1.917	7,2	1.577
Canarias	3.629	9,3	1.617
Cantrabía	1.047	8,1	1.798
Castilla y León	4.454	8,0	1.863
Castilla-La Mancha	3.468	8,8	1.698
Cataluña	13.473	6,3	1.760
Comunidad Valenciana	7.985	7,6	1.585
Extremadura	1.881	9,7	1.776
Galicia	4.593	7,8	1.702
Madrid, Comunidad de	10.077	4,7	1.491
Murcia, Región de	2.670	8,9	1.769
Navarra, Comunidad foral de	1.220	6,3	1.856
País Vasco	4.265	6,4	1.948
Rioja, La	507	6,2	1.604
Total sector de gasto	77.316	6,9	1.638

Fuente: Rodríguez Blas (2019).

De acuerdo con el gráfico que antecede, el cual ilustra de manera clara y concisa la preeminencia de las comunidades autónomas en la absorción de la abrumadora mayoría del gasto público destinado a los sectores de salud y sanidad, resulta imperativo abordar una indagación más pormenorizada en relación con la asignación comparativa de recursos por cada entidad autonómica de manera específica. Este análisis adquiere particular relevancia, ya que el ejercicio de descentralización de competencias, tal como se dispone en los diversos estatutos de autonomía, conlleva a una heterogeneidad en la gestión financiera de la sanidad²⁷.

²⁷ Ministerio de Sanidad (2023).

Dentro de este contexto de análisis más detallado, los datos recopilados en la tabla correspondiente al año 2020 permiten concluir que algunas comunidades autónomas destacan significativamente por su compromiso financiero per cápita en la esfera sanitaria. Entre ellas, se destacan el País Vasco, Asturias y Navarra. Contrariamente, se identifican regiones como Madrid y Andalucía, que exhiben cuantías per cápita inferiores, dando lugar a una interesante disparidad en la distribución del gasto público sanitario a lo largo del territorio nacional. En este punto, cabe precisar que los datos presentados son similares a los del año 2019, si bien con normales diferencias en términos numéricos, pero las comunidades autónomas con mayor y menor inversión, en los términos descritos, se mantienen siendo las mismas²⁸.

Este análisis pormenorizado subraya la importancia de considerar no solo la magnitud global del gasto, sino también las estrategias inversoras específicas adoptadas por cada comunidad autónoma, con el fin de evaluar la eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos asignados a la salud, permitiendo así una visión más integral de la realidad financiera y asistencial en el ámbito autonómico (Rodríguez Blas, (2019).

Contrastándolo con ello y analizando otros datos previos, concretamente del año 2014, expresados en la siguiente tabla, se observa cómo la media de todas las comunidades autónomas se situaba en 1.437 euros por habitante de gasto público.

Tabla 3. Gasto sanitario en euros por habitante en España en 2014

	Euros por habitante
Gasto sanitario público	1.437
Gasto sanitario privado	621
Gasto sanitario total	2.058

Fuente: Ministerio de Sanidad (2016).

No obstante, en el más reciente informe del Ministerio de Sanidad objeto del presente análisis, se incorpora una evolución desde el año 2017 hasta 2021 de los cambios en la inversión sanitaria por habitante. Así, se puede observar que la inversión, si bien desde 2014-2017 se mantenía en torno a los 1.400 euros por habitante, en los siguientes cuatro años dicho promedio ha ido ascendiendo aproximadamente en unos 100 euros anuales en cada ejercicio presupuestario²⁹:

²⁸ Ministerio de Sanidad (2020).

²⁹ Ministerio de Sanidad (2023).

Tabla 4. Evolución de la inversión porcentual sobre PIB y por habitante

	2017	2018	2019	2020	2021
Millones de euros	68.507	71.091	75.111	83.622	87.941
Porcentaje sobre PIB	5,9%	5,9%	6,0%	7,5%	7,3%
Euros por habitantes	1.472	1.521	1.595	1.766	1.858

Fuente: Ministerio de Sanidad (2016).

Este aumento sostenido en la inversión per cápita en salud refleja, por un lado, un aparente compromiso progresivo por parte de las autoridades gubernamentales, con el fortalecimiento y la optimización de los recursos destinados al sistema sanitario, y por otro lado, una incuestionable necesidad, en los dos últimos ejercicios de los analizados, de financiar los servicios sanitarios para poder hacer frente a la pandemia de la covid-19. La variación ascendente en la inversión por habitante, especialmente durante el periodo señalado, sugiere una respuesta activa a las demandas crecientes en materia de atención médica, así como una adaptación a las complejidades y desafíos que han caracterizado el entorno sanitario en el lapso considerado. Este análisis temporal aporta una perspectiva dinámica que enriquece la comprensión de la dinámica financiera del sector, señalando una tendencia positiva en la inversión per cápita como indicador de un esfuerzo continuado hacia la mejora y sostenibilidad del sistema de salud. No obstante, habrá que estar a los futuros datos publicados por las autoridades correspondientes para comprobar si el nivel de inversión seguirá mejorando o ha sido provocado por las circunstancias coyunturales relacionadas con la pandemia de la covid-19. Por otro lado, y de acuerdo con lo expresado anteriormente, en la siguiente tabla se puede observar cómo, en una proporción similar a la actual, una significativa porción del presupuesto se destina primordialmente a los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, así como a los productos médicos, por lo que, aparentemente, se estaría apostando por una estrategia presupuestaria orientada hacia la atención especializada y la promoción de la recuperación y rehabilitación de los pacientes³⁰.

Tabla 5. Gasto sanitario por función de atención a la salud en 2014

	Millones de euros	% sobre total
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	55.393	57,9



³⁰ Ministerio de Sanidad (2016).

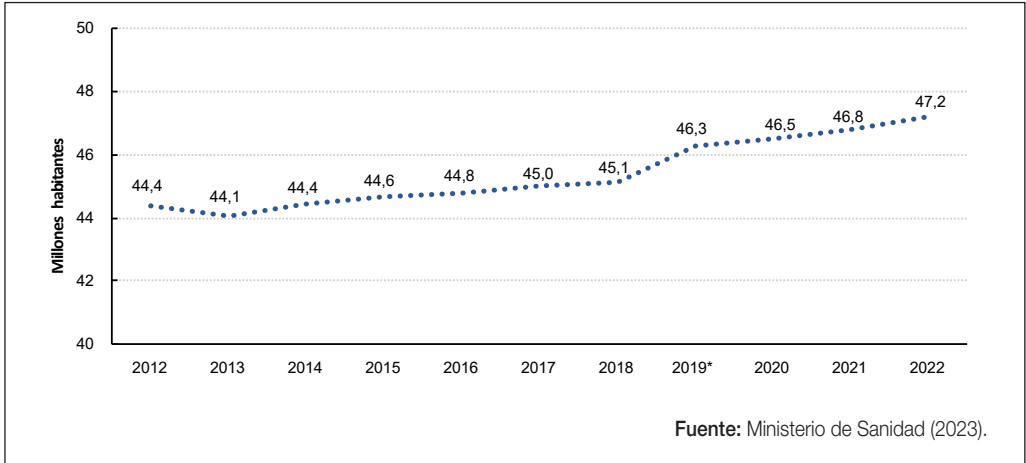


	Millones de euros	% sobre total
◀		
Servicio de atención de larga duración	8.676	9,1
Servicios auxiliares de atención de la salud	4.700	4,9
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.074	22,0
Servicio de prevención y de salud pública	1.875	2,0
Administración de la salud y los seguros médicos	2.814	2,9
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención a la salud	1.188	1,2
Gasto sanitario total	95.722	100,0

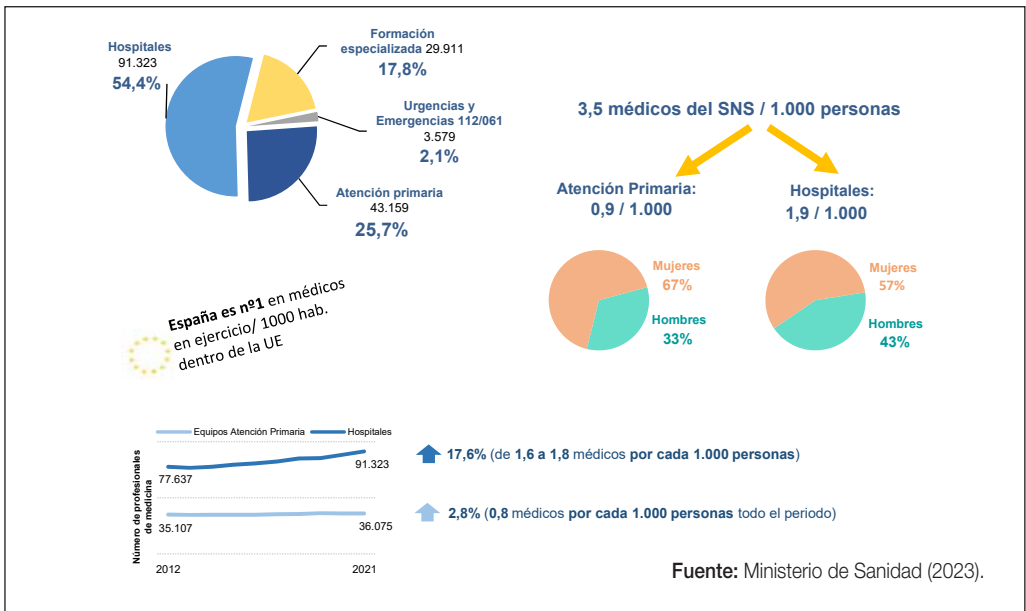
Fuente: Ministerio de Sanidad (2016).

Así pues, en relación con los titulares y beneficiario de los derechos a la atención sanitaria en los términos expuestos previamente, según los datos registrados hasta 2022, se constata que más de 47 millones de individuos ostentan un derecho efectivo a recibir asistencia sanitaria respaldada por fondos públicos. De este significativo conjunto, se destaca que algo más de 46 millones de personas son atendidas directamente por el Sistema Nacional de Salud, evidenciando un crecimiento sostenido desde el año 2012. Este incremento en el número de beneficiarios directos del Sistema Nacional de Salud durante el transcurso de la última década sugiere una ampliación en la cobertura y el alcance de los servicios de salud financiados con recursos públicos. La expansión constante de la población con acceso a la atención sanitaria refleja un compromiso continuado con el principio de universalidad en la prestación de servicios médicos esenciales. Cabe resaltar que, más allá de la cifra global, resulta esencial considerar la calidad y la accesibilidad efectiva de los servicios de salud proporcionados a esta creciente población beneficiaria. La evaluación de estos aspectos contribuirá a garantizar no solo la amplitud, sino también la eficacia y la equidad en la entrega de la atención médica a lo largo del territorio nacional. Así, estos datos constituyen un punto de referencia crucial para la formulación de políticas que busquen mejorar constantemente la eficiencia y la efectividad del Sistema Nacional de Salud en su compromiso con el bienestar de la ciudadanía³¹:

³¹ Ministerio de Sanidad (2023).

Gráfico 4. Población protegida por el Sistema Nacional de Salud financiado con dinero público


Finalmente, antes de cerrar el examen de las estadísticas y datos particulares del Sistema Nacional de Salud, es imperativo revisar nuevamente un elemento esencial de este, relacionado con los profesionales de medicina contratados o nombrados por los diferentes servicios de salud:

Gráfico 5. Caracterización de los profesionales de medicina del Sistema Nacional de Salud


Por ende, más allá de la consideración de otros profesionales del ámbito sanitario, como el personal de enfermería o los cuerpos de gestión, cuyas proporciones se mantienen en líneas generales similares, los gráficos anteriores vuelven a confirmar que la mayoría de los profesionales se concentran en centros hospitalarios, alcanzando un 54,4 %. En contraste, un 25,7 % se dedica a la atención primaria y un 17,8 % a especialidades médicas. Al analizar otras variables relevantes, el Ministerio de Sanidad informa que existen 3,5 facultativos por cada 1.000 personas en términos generales, evidenciando un mantenimiento del aumento desde 2010 hasta la fecha del informe³². Respecto a 2019, se puede observar un leve descenso de la cantidad de facultativos destinados a atención primaria, frente a los adscritos a especialidades médicas. Así, en el primero de los casos se ha registrado un descenso cuantitativo de un punto porcentual, mientras que se habría incrementado el segundo en la misma proporción³³.

4. Conclusiones

En última instancia, y como se evidencia en el gráfico siguiente, en el año 2020 el gasto sanitario público alcanzó la cifra de 90.317 millones de euros, frente a los 77.404 millones de euros que se destinaron al sistema en 2019. Si bien, aunque se produjo este aumento evidente de la inversión, enmarcada en el contexto de pandemia de la covid-19, este gasto anual, si bien porcentualmente mayor en 2020, ha seguido representando en torno al 70 % del total cuando se computa el gasto privado.

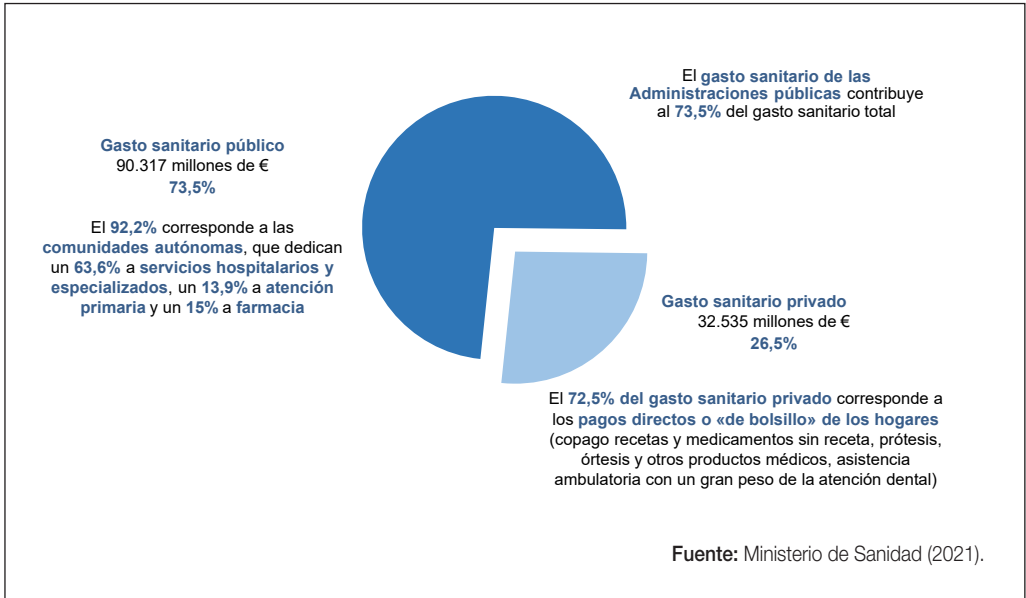
En este contexto, es notable que el 72,5 % de dicho gasto privado se compone de pagos directos realizados por los hogares, abarcando conceptos como medicamentos, dispositivos terapéuticos y otras formas de asistencia curativa; cifra, por su parte, levemente menor que en el año 2019, que se situaba en un 73,8 %. Estos datos subrayan la relevancia de considerar tanto el gasto público como el privado al evaluar el panorama financiero de la salud en el año 2020. Además de la significativa proporción de pagos directos por parte de los hogares, destaca la importancia de abordar estrategias que no solo fortalezcan la financiación pública, sino que también busquen reducir la carga económica directa sobre los ciudadanos en el acceso a servicios y tratamientos médicos esenciales³⁴:

³² Ministerio de Sanidad (2023).

³³ Ministerio de Sanidad (2021).

³⁴ Ministerio de Sanidad (2021).

Gráfico 6. Distribución del gasto sanitario en el año 2020 en España



Así pues, si bien en el ámbito sanitario español convive el sector público con el sector privado, resulta evidente que es el Sistema Nacional de Salud, estructurado en los diferentes servicios autonómicos, la organización que continúa, a fecha actual, centralizando la atención sanitaria de la mayor parte de la población.

El análisis y los datos que anteceden revelan una serie de aspectos cruciales sobre el Sistema Nacional de Salud en España. Por un lado, la pandemia de la covid-19 ha dejado una marca sustancial en las estadísticas económicas y financieras, evidenciando un aumento notorio en el gasto público en 2020. Por otro lado, la descentralización de competencias sitúa a las comunidades autónomas como principales responsables financieras, contribuyendo con aproximadamente el 92 % del gasto público destinado a la sanidad.

De acuerdo con lo expresado, el incremento sostenido en la inversión en salud refleja un compromiso aparentemente progresivo de las autoridades gubernamentales. Sin embargo, la distribución de recursos entre servicios hospitalarios y la atención primaria plantea interrogantes sobre la estrategia presupuestaria y la comparación entre comunidades autónomas destaca disparidades significativas.

En definitiva, la evaluación de la evolución temporal en los últimos años parece mostrar una expansión en la cobertura y el alcance de los servicios de salud financiados públicamente; no obstante, se deberá comprobar si este esfuerzo continuado se mantendrá o si ha sido impulsado por las circunstancias excepcionales de la pandemia.

Referencias bibliográficas

- Abásolo Alessón, I. y González López-Valcárcel, B. (2016). La eficiencia agregada del gasto público sanitario en una década partida en dos por la crisis económica. En *Salud 2000* (pp. 8-14). Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
- Benítez Llamazares, N. (2020). La financiación de la sanidad pública española. Especial referencia a la crisis sanitaria generada por COVID-19. *e-Revista Internacional de la Protección Social*. Universidad de Sevilla, 356-372.
- González López, E. *et al.* (2011). Introducción a los sistemas sanitarios. El sistema sanitario español. [Temario de curso Inmersión Precoz en la Clínica, Universidad Autónoma de Madrid, 7].
- Gutiérrez Navas, M. (2014). Un nuevo modelo económico para España. Reformas estructurales para la recuperación y el crecimiento. En *Mediterráneo económico*.
- Ministerio de Sanidad. (2016). *La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y Cifras España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfSNS2019.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Rastrollo, A., Sieira, S. y Peña, P. (2004). «Sinopsis artículo 43». Análisis legislativo. Congreso de los Diputados.
- Rodríguez Blas, C. (2019). *Estadística de Gasto Sanitario Público. Principales resultados*. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

David López Santos. Graduado en Derecho por la Universidad Pablo de Olavide y en Ciencias Jurídicas de las Administraciones Públicas por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Máster en Derechos Fundamentales por la Universidad de Granada. Doctorando en Derecho por la Universidad de Sevilla. Empleado público del SNS.