



---

**Universidad de Valladolid**

Facultad de Enfermería de  
Valladolid

Grado en Enfermería

Curso 2018/19

**SISTEMAS DE SALUD  
ESPAÑA Y ESTADOS UNIDOS**

**AUTOR/A: YAIZA GONZÁLEZ PÉREZ**

TUTOR: JOSE MARIA JIMENEZ  
COTUTOR/A: ANA GARCIA DEL RÍO

## RESUMEN

**Introducción:** Los recientes cambios políticos y sociales de España y Estados Unidos han afectado de manera integral a su sociedad, economía y también sus sistemas de salud. La evolución que han seguido ambos sistemas desde sus inicios hasta la actualidad justifica el objeto de estudio en la siguiente revisión.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed entre febrero y abril de 2019 sobre estudios realizados en los últimos 10 años acerca de las modificaciones y evolución de los sistemas de salud español y estadounidense. La estrategia de búsqueda realizada y la aplicación de los criterios de inclusión permitió seleccionar 26 artículos relevantes para la elaboración del trabajo.

**Resultados:** Los cambios llevados a cabo en los sistemas sanitarios han sido de mayor magnitud en el sistema nacional de salud de España. La recesión económica en ambos países afectó duramente a la economía sanitaria, siendo este impacto más fuerte y duradero en el sistema sanitario español también, afectando a la calidad y coberturas de la asistencia. La cobertura sanitaria del sistema de salud estadounidense regulada por entidades privadas no ofrece asistencia sanitaria a toda la población, dando lugar a mayores desigualdades en el acceso y prestación de servicios que en el sistema sanitario de España.

**Conclusiones:** Las reformas implementadas para mejorar la sostenibilidad y el acceso a la asistencia sanitaria en ambos sistemas sanitarios han mejorado la calidad asistencial, pero un mayor desarrollo conllevaría una mayor eficiencia en el empleo de los recursos disponibles.

**Palabras clave:** España, Estados Unidos, Sistema de Salud, legislación, economía.

## INDICE

---

1. INTRODUCCION .....	3
1.1 Antecedentes históricos .....	3
1.2 Características generales del Sistema Sanitario en EE. UU.....	4
1.3 Características generales del Sistema Nacional de Salud.....	5
1.4 Justificación .....	5
2. OBJETIVOS .....	7
3. MATERIAL Y METODOS .....	8
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	10
4.1 Características de los sistemas sanitarios: España y Estados Unidos .....	10
4.2 La economía sanitaria: descripción y análisis.....	15
4.3 Cobertura y prestaciones de los sistemas: descripción y análisis.....	18
4.4 Implicaciones de las medidas recientes adoptadas por los sistemas. ....	23
5. CONCLUSIONES.....	26
6. BIBLIOGRAFÍA .....	27
ANEXOS .....	32

## INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Gasto público en sanidad y del producto interior bruto de España y Estados Unidos. Tasa de variación interanual. 2010-2017.	15
Figura 2. Flujograma de la organización para las prestaciones sanitarias del Sistema de Salud de EE. UU. y el SNS.	19
Anexo 1 (Figura 3). Diagrama de las reformas sanitarias en el SS de EE. UU.	31
Anexo 2 (Figura 4). Diagrama de las reformas sanitarias en el SNS de España.	31
Anexo 3 (Figura 5). Organización del SS en EE. UU.	32

## INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. DeCS con sus análogos MeSH.	8
Tabla 2. Búsqueda bibliográfica Pubmed.	9
Tabla 3: Principales características de los sistemas de salud: España vs EE. UU.	10

## **1. INTRODUCCION**

### 1.1 Antecedentes históricos

La convivencia en grupo es propia del ser humano desde sus inicios, las relaciones sociales que establece mediante esta sobre todo de dependencia son aún más fuertes cuando la asistencia sanitaria es precisa. Sin embargo, aunque la organización y planificación sanitaria si están ligados a esos comienzos, los conceptos de modelo y sistema sanitario actuales no son tan antiguos<sup>1</sup>.

En Europa, Alemania fue uno de los primeros países en desarrollar un modelo sanitario propio. La revolución industrial experimentada en el país dio paso en 1883 a una serie de medidas sociales para proveer de protección a los trabajadores en casos de enfermedad, invalidez o vejez, garantizándose estas prestaciones mediante cuotas obligatorias<sup>2</sup>. Fue un modelo avanzado en esos años y del cual derivaron los modelos de algunos países como Bélgica u Holanda como refiere Busse<sup>2</sup>. El modelo Beveridge surgido a partir del Informe de igual nombre en 1942, fue implantado por primera vez en Inglaterra en 1948 y es el actual en España, definía la financiación sanitaria a través de presupuestos generales aprobados por el Estado, quien garantiza el acceso al sistema por la condición de ciudadano y pagar impuestos, encargándose de esta forma de la salud pública y su planificación<sup>3</sup>. En EE. UU el modelo adoptado fue el de libre mercado durante el siglo XX; este permite al usuario elegir el servicio que quiere recibir, asimismo la alta competitividad entre los proveedores de servicios garantiza un alto grado de avance tecnológico lo que conlleva también un coste elevado limitando el acceso de los usuarios a los mismos<sup>5</sup>.

Un sistema sanitario se define como la aplicación práctica y real de un modelo sanitario y es según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”<sup>6</sup>. Para que un sistema pueda considerarse como óptimo añade que debe ser universal, equitativo, eficiente y flexible, permitiendo la participación ciudadana en el mismo y asegurando una atención integral.

Se trata de una relación de oferta y demanda; entre el sistema de salud y la población. Este primero es el proveedor, quien debe tener en cuenta las características demográficas, culturales, educativas y económicas de la población a la que va dirigida la asistencia sanitaria, como describe Cabo Salvador<sup>4</sup>. Pero esta relación precisa de un regulador, el Gobierno de cada país, quien mediante leyes, decretos y órdenes se encarga del manejo del sistema sanitario<sup>4</sup>.

Así pues, cada país, teniendo como base las teorías que componen el modelo sanitario desarrollan su sistema de manera distinta. El presente trabajo se centrará en el Sistema Sanitario Español, basado en el modelo Beveridge y el Sistema Sanitario estadounidense, basado en el modelo de libre mercado.

## 1.2 Características generales del Sistema Sanitario en EE. UU.

Los primeros pasos hacia un sistema sanitario en Estados Unidos tienen su inicio durante la presidencia de Franklin Delano Roosevelt ofreciendo cobertura por primera vez a la vejez y a la jubilación con la Ley de Seguridad Social (1935). De acuerdo a Briggs y Jones se abría de esta forma la puerta a la contemplación de establecer prestaciones sanitarias a los ciudadanos y se planteaba la idea de establecer un sistema de salud<sup>5</sup>. Fue la enmienda de la Seguridad Social de 1965 con la que se sentaron las bases de la cobertura sanitaria del sistema de salud actual en base al modelo sanitario imperativo hasta la fecha, el de libre mercado<sup>5</sup>.

La financiación sanitaria es a través de compañías y seguros privados y la cobertura se divide en dos grupos: pública y privada<sup>5</sup>. Los dos programas públicos existentes, Medicare y Medicaid se encargan de las prestaciones sanitarias en territorio americano, *Medicaid* está diseñado para cubrir los servicios sanitarios de aquellos con bajos ingresos, y está regulado por la administración de cada estado, la cual ajusta los parámetros establecidos por el gobierno federal, de esta forma el mismo programa experimenta variaciones en cuanto a la cobertura prestada a lo largo del país<sup>6</sup>.

Por otro lado, *Medicare* ofrece prestaciones sanitarias a los ciudadanos mayores de 65 años o con alguna discapacidad mediante diferentes planes denominados partes<sup>7</sup>. A (seguro hospitalario) y B (seguro médico), son los denominados “Medicare Tradicional”,

C (“Medicare Avanzado”, regulado por una empresa privada) y D (Cobertura de medicamentos), cada uno de ellos con unos servicios diferentes, pero combinables entre sí<sup>7,8</sup>.

### 1.3 Características generales del Sistema Nacional de Salud

En España los inicios de sistema de salud se encuentran en la edad media con la legislación del fuero real por el rey Alfonso X<sup>9</sup>. Con el tiempo, los gobiernos sucesivos desarrollaron nuevas estructuras sanitarias adaptándolas a las necesidades de la época. Como explica García-Armesto et al.<sup>9</sup>, no fue hasta la creación del Instituto Nacional de Previsión, que se constituyó el primer modelo de Seguridad Social. Sin embargo y pese a los pasos avanzados, los programas de salud carecían de conexión entre el Estado y las diputaciones imposibilitando su ejecución<sup>9</sup>.

Tras la guerra civil y su posterior régimen las políticas sanitarias se congelaron hasta finales del siglo XX, momento en el que se implantó el modelo Beveridge siguiendo los pasos del sistema inglés como describe Boyle<sup>3</sup>, y que junto con la aprobación en 1986 de la Ley 14/1986 General de Sanidad que permitía condiciones de igualdad de acceso y prestaciones sanitarias a toda la población española, se daba paso al actual sistema sanitario: el Sistema Nacional de Salud<sup>5</sup>. La cobertura ofrecida a los ciudadanos es universal y las prestaciones se reconocen en la cartera de servicios sanitaria, dividiéndose en dos niveles de actuación sanitaria: primaria y especializada, financiadas por el estado y de acceso gratuito por parte de los ciudadanos hasta el día de hoy<sup>5,9</sup>.

El empleo de la medicina y la construcción de hospitales, así como el concepto de modelo de salud y su aplicación en forma de sistema a nivel nacional en ambos países apareció de manera diferente. La historia moderna del país norteamericano es más breve, lo que supuso que la implantación de un sistema sanitario ocurriera con posterioridad a España.

### 1.4 Justificación

Los sistemas sanitarios conforman una parte esencial de las sociedades modernas, ofreciendo respuesta a las demandas de los ciudadanos para satisfacer sus necesidades de salud. Su desarrollo está estrechamente ligado a la población a la que va dirigido, fijando objetivos de planificación sanitaria en base a la demanda de asistencia.

Estas estrategias, en el caso del Sistema Nacional de Salud están basadas en el gran envejecimiento de la población, de la cual un 20% supera los 65 años, alcanzando el segundo puesto en esperanza de vida a nivel mundial según datos de la OMS, en 2018. Estados Unidos por su parte, supera en extensión y población al país ibérico, aunque su posición no sea tan alta como el anterior en cuanto a esperanza de vida<sup>11</sup>.

Para garantizar la asistencia sanitaria que permita obtener estos datos de longevidad de vida, los gobiernos de cada país planifican una red de financiación que permita un empleo eficaz de los recursos, lo que se conoce como el gasto sanitario. Sin embargo, la recesión económica experimentada en ambos países durante los años posteriores a 2008 conllevó una serie de medidas políticas, sanitarias y económicas que, en el caso del Sistema Nacional de Salud español (SNS), muestran una limitada posibilidad de eficiencia. Esto es debido al recorte en gasto y mantenimiento de la asistencia sanitaria según la demanda de la población española, como refiere el artículo *Restructuring health systems for an era of prolonged austerity*<sup>14</sup>. En el caso de EE. UU la reforma más importante hasta la fecha, aprobada durante una etapa de inestabilidad económica por la que pasaba el país, vino de la mano del cambio de gobierno en 2008 como describe Rice<sup>15</sup>.

No obstante, el gasto sanitario de ambos países desde la etapa de inestabilidad económica se ha visto modificado en base a las nuevas reformas, alcanzando la cifra de 101.000 millones de euros el pasado año 2018 en el caso del SNS español según datos de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social<sup>12</sup>. Estados Unidos se une a esta magnitud de inversión ascendiendo a un total de 1.131.256 millones de dólares (1.006.817 euros) según datos de su Departamento de Salud del año 2018<sup>13</sup>.

Las modificaciones experimentadas tanto en la sociedad, como los gobiernos y por tanto y en consecuencia, en ambos sistemas justifican la necesidad de reflexionar acerca de los puntos débiles y fortalezas que apoyan los mismos, así como la evolución que ha conllevado para los servicios de salud y su organización.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

- Describir la evolución de los sistemas de salud: España versus Estados Unidos.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar las características del sistema sanitario estadounidense y español.
- Determinar los factores característicos de la economía de cada sistema.
- Valorar las prestaciones sanitarias de las carteras de servicios de ambos sistemas.
- Analizar las implicaciones de las recientes reformas políticas en la asistencia sanitaria.

### 3. MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios publicados sobre los sistemas de salud de España y Estados Unidos, su origen e historia, su evolución y las modificaciones recientes. Para ello se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica entre los meses de febrero y abril de 2019 en bases de datos bibliográficas:

- La base de datos PubMed desarrollada por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM)
- La búsqueda se ha apoyado en los sitios web oficiales de los ministerios y gobiernos: Boletín Oficial del Estado de España, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social del Gobierno de España, Departamento de Salud y Servicios humanos del Gobierno de EE. UU y las paginas oficiales de Medicare y Medicaid del Gobierno de EE. UU.

En dicha búsqueda se combinaron los términos MeSH y sus correspondientes descriptores de ciencias de la salud DeCS incluyendo el marcador booleano AND en la sintaxis de la búsqueda (tabla 1). También se realizaron búsquedas referenciales, y búsquedas en otras fuentes para localizar sedes web oficiales (datos de la OMS) y revistas especializadas.

Tabla1. DeCS con sus análogos MeSH

<b>MESH</b>	<b>DECS</b>
United States	Estados Unidos
Spain	España
Health System	Sistema de Salud
Legislation	Legislación
Economics	Economía

Los criterios de inclusión de esta revisión bibliográfica son: documentos en formato artículo, informes y libros; revisión bibliográfica con o sin metaanálisis, leyes (u otros documentos legales), documentos publicados en español o inglés y estudios con antigüedad no superior a 10 años (año 2009). Todos los artículos pertinentes para la revisión se han localizado a texto completo para determinar su relevancia en la selección final. Los criterios de exclusión son: no cumplir los criterios de inclusión, ser repetitivos en la información y no describir los sistemas con información sujeta a este estudio.

Los descriptores y marcadores booleanos empleados en cada búsqueda junto con el número de artículos seleccionados fueron los siguientes:

- Pubmed: Se han empleado los filtros de “free full text”, “publication dates 5 years and 10 years”, “species human” y “review” en el idioma inglés.

*Tabla 2. Búsqueda bibliográfica Pubmed.*

<b>ESTRATEGIA DE BUSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>SELECCIONADOS</b>
Spain AND health system AND economics	78	6
United states AND health system AND economics	631	3
(Spain AND health system) AND legislation	92	5
(United States AND health system) AND legislation	200	7
Spain AND united states AND health system	107	5

Se realizó la búsqueda utilizando los descriptores indicados anteriormente en la base de datos Pubmed obteniéndose 1108 resultados de acuerdo con los filtros empleados. De los 1108 resultados obtenidos, se realizó una selección de un total de 26 para la realización de la revisión bibliográfica.

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Características de los sistemas sanitarios: España y Estados Unidos

Los contrastantes inicios de los dos sistemas de salud, influenciados por los periodos de la historia vividos por ambos países y los gobiernos bajo los cuales las prestaciones sanitarias comenzaron a tener lugar, ha llevado consigo que sean estos muy diferentes entre sí como muestra la tabla a continuación (tabla 3); pese a ello, tanto uno como otro han logrado mantener un objetivo común, el de prestar asistencia sanitaria a aquel que lo solicite.

Tabla 3: Principales características de los sistemas de salud: España vs EE. UU

CARACTERÍSTICAS	SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL	SISTEMA SANITARIO ESTADOUNIDENSE
<b>ASISTENCIA SANITARIA</b>	Pública	Privada (aseguradoras)
<b>COBERTURA</b>	Universal	Por contratación
<b>SERVICIOS</b>	Atención primaria y especializada	Atención a través de Medicare, Medicaid o un seguro privado
<b>ADMINISTRACIÓN</b>	Gobierno Central y las CCAA	Gobierno Federal y los estados
<b>FINANCIACIÓN</b>	Presupuestos generales del Estado	Pago a través de aseguradoras por parte del contratante
<b>ORGANIZACIÓN TERRITORIAL</b>	Descentralizada (CCAA)	Descentralizada (Estados)
<b>DISTRIBUCION POBLACIONAL</b>	Áreas de salud	Establecida por el seguro

En Estados Unidos el sistema de salud se desarrolló desde sus inicios de manera masiva de forma privada<sup>5</sup>. En España, por el contrario, ofrece una cobertura universal, principalmente pública y sustentada a partir de los impuestos, con la única excepción de los gastos farmacéuticos a los mayores de 65 años, que tienen que abonar un copago del 40% de los medicamentos<sup>10</sup>.

El país americano dio comienzo en 1930 a la seguridad privada con el establecimiento de los planes no remunerados *blue cross* para los hospitales y *blue shields* para la asistencia médica, lo que permitía atención a trabajadores y empleados del propio hospital<sup>15,16</sup>. Aunque en sus comienzos estos programas eran no remunerados, la segunda guerra mundial supuso un cambio ya que dio paso a la competitividad por parte de nuevos seguros frente a los “*blues*”, que ofrecían costes menores a grupos selectivos garantizando atención sanitaria integral y de mayor calidad que los primeros, como expone Moseley<sup>16</sup>.

El desarrollo del sistema de salud español por otra parte comenzó durante el siglo XIX, con la creación de la Comisión Social de Reformas y el Instituto Nacional de Previsión (INP) con el fin de coordinar e implementar las primeras políticas de seguridad social<sup>10,17</sup>. Los avances en cuestión de seguros de salud fueron lentos, en 1942 solo el 20% de la población estaba bajo la seguridad social<sup>10</sup>. Durante el gobierno del general Franco, se mantuvo el modelo de salud copiado de Alemania por el que los trabajadores pagaban a cambio de asistencia sanitaria, como el SOE (*Seguro Obligatorio de Enfermedad*) regulado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Pero solo hasta 1978, ese año tras el establecimiento de la democracia, el nuevo Ministerio de Salud y Seguridad Social deshabilitó el modelo instaurado durante la dictadura y apoyándose en la nueva constitución creó el INSALUD (*Instituto Nacional de Salud*), encargándose esta nueva institución del sistema de salud, aunque subordinado al Ministerio; que hasta entonces había sido regulado por el INP (*Instituto Nacional de Prevención*) como explica García-Armesto et al.<sup>10</sup>.

A principios del siglo XX, varios países de Europa, entre ellos España, así como EE. UU se vieron influenciados por las reformas políticas que transformaron el Sistema sanitario de Reino Unido en un Sistema Nacional de Salud<sup>3,16</sup>. En EE. UU los intentos de reformar el sistema sanitario para conseguir una cobertura universal para toda la población fracasaron ocasionando que los planes de seguros *blue cross* se reforzaran y que no fuese hasta 1965 con la creación de Medicare y Medicaid, que se diese paso a la implementación de programas públicos de salud como describe Manchikanti et al.<sup>18</sup>.

La organización del sistema sanitario estadounidense se constituye alrededor de una red de sistemas que funcionan de manera independiente y que se asocian para un beneficio común, estando los poderes divididos entre el gobierno federal y los estatales. Por un lado, el primero regula los productos farmacéuticos y recursos médicos; mientras que los segundos lo hacen de los programas de salud mencionados anteriormente, adaptándolos a las leyes de cada estado y controlando las políticas de salud que no están reguladas por aseguradoras privadas. Sin embargo, las ordenaciones para cumplir los objetivos de igualdad de acceso y sostenibilidad de gasto sanitario son controladas, independientemente del nivel (federal o estatal) por entidades privadas<sup>16</sup>.

La planificación sanitaria, en términos de coordinación a diferentes niveles: federal, estatal y local, es limitada en comparación a otros países como es el caso de España, como se describe en el libro *United States of America, Health Systems Review*.<sup>16</sup> El gobierno federal es el encargado de regular legalmente y financiar a los gobiernos estatales. En materia de sanidad ordenan y controlan los programas de salud Medicaid, Medicare y CHIP; que son adaptados en última instancia a las características de cada estado por su gobierno como se ve reflejado en la figura 7 (Anexo 3). El Departamento de Salud y Servicios Sociales dependiente del gobierno federal es el que regula los programas de salud públicos a nivel nacional, sin embargo, son los estados los que toman las decisiones finales en cuanto a las características de los programas, adaptándolos según las condiciones demográficas, sociales, y económicas del territorio. Ambos gobiernos, estatal y local están también implicados en facilitar el acceso a aquellos más desfavorecidos, colaborando con organizaciones benéficas<sup>5, 15</sup>. Asimismo, las aseguradoras privadas y usuarios independientes también acceden a los servicios sanitarios a través de diferentes categorías de seguros privados: HMO (*Health Maintenance Organizations*), PPO (*Preferred Provider Organizations*) y planes deducibles de salud altos (*High-Deductible Plans*)<sup>15</sup>.

La constitución estadounidense establece las bases del federalismo de su sistema sanitario, al igual que su descentralización ligada a la delegación de competencias y privatización de servicios, lo que conlleva una serie de ventajas e inconvenientes como explica Rice<sup>15</sup>. La gran extensión territorial y poblacional del país, unida a la variedad de

estilos de vida y políticas a nivel estatal descartan la centralización como método de coordinación de los servicios sanitarios, sin embargo la descentralización actual ha dado lugar a desigualdades entre estados como apoyan varios autores<sup>5,15,16</sup>. Medicaid es un claro ejemplo del desarrollo de la desigualdad en un sistema privado descentralizado, ciudadanos con muy bajos ingresos tienen un menor acceso a la red del sistema sanitario y este depende en gran medida del estado en el que residan<sup>19</sup>, McCarthy et al. argumenta en su estudio *Aiming higher: results from a state scorecard on health system performance* que los estados con mejores resultados sanitarios se atribuyen el menor número de fallecimientos por causas relativas al sistema sanitario, siendo 64 muertes por cada 100.000 habitantes el dato más bajo<sup>20</sup>.

En España, la constitución de 1978 estableció el derecho de todos los ciudadanos españoles a protección de salud y sentó las bases de la organización territorial, comenzado por su descentralización, que terminó por implementarse en 2001<sup>10,21</sup>. Durante los años 2004-2010 el proceso de descentralización de la organización sanitaria se profundizó habilitando a los departamentos de salud de las comunidades autónomas (CCAA) a regular de manera independiente su financiación por parte del gobierno central, y en consecuencia permitiendo que la red del sistema sanitario a nivel de las comunidades se ampliase según las características de la población a atender y disminuyendo el poder del gobierno central en materia de establecimiento de planes de salud como explica Bernal -Delgado et al.<sup>17</sup>. La descentralización supuso el traspaso de poderes por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social a las Consejerías de Sanidad de los Gobiernos Autonómicos de las comunidades; con la única excepción de las ciudades autónomas Ceuta y Melilla cuyas prestaciones sanitarias son dirigidas desde INGESA<sup>10</sup>. Una vez el proceso de descentralización se dio por finalizado, los departamentos de salud de las CCAA desarrollaron sus papeles de autoridades sanitarias en materia de regulación, planificación, presupuestos y provisión de servicios de atención primaria o especializada administrando la distribución de la población en áreas de salud.<sup>17</sup> Esto contrasta con la distribución territorial de estados unidos descrita en los párrafos anteriores en la que la descentralización territorial no conlleva una distribución poblacional, sino que dicha administración es llevada a cabo por el seguro de cada usuario que determina el centro sanitario al que debe acudir para ser tratado<sup>16</sup>.

Sin embargo, los nuevos cambios también dieron lugar a un incremento en el presupuesto de gasto sanitario de cada una de las consejerías para cubrir todos los planes propuestos, ocasionando un déficit económico cuya solución vino de la mano de la ley 16 de 2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El objetivo principal de esta reforma era *“establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”*<sup>22</sup>. Esta reforma supuso también la creación de la agencia de calidad del SNS: el Instituto Nacional de Información de Salud y el Observatorio Nacional del SNS como explica Jiménez – Rubio<sup>21</sup>.

Con estas nuevas instituciones y modificaciones el Sistema Nacional de Salud mantuvo sus servicios de manera equilibrada hasta 2008, año caracterizado por un declive económico a nivel europeo que ocasiono que el gobierno español redujese su inversión en sanidad<sup>23</sup>. Finalmente, en 2012 se aprobó el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril<sup>24</sup>, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

No obstante, y pese a las reformas implementadas, la contención del gasto sanitario y la demanda de servicios han llevado al límite las medidas adoptadas, ocasionando, al igual que en el país americano, desigualdades en el acceso al sistema sanitario, tanto a nivel socio económico como geográfico<sup>25</sup>. Además, las políticas austeras han ocasionado desniveles en los presupuestos de gasto sanitario de una comunidad a otra, dando lugar a mayores listas de espera y privatización de servicios en aquellas con unas políticas más estrictas como refiere Bacigalupe et al.<sup>26</sup>

Como se describe en el trabajo, los sistemas de salud de EE. UU y España proceden de dos modelos sanitarios distintos, adaptados cada uno de ellos a las características demográficas, sociales, económicas y políticas y a las reformas implementadas en cada país a lo largo de su historia. El estudio de su evolución permite una descripción de su trayectoria y sus características definitorias y como muestra el análisis realizado, los dos sistemas han experimentado recortes económicos y reestructuraciones demográficas con el fin de aumentar su eficiencia.

## 4.2 La economía sanitaria: descripción y análisis

La financiación de ambos sistemas sanitarios es completamente diferente y así lo es también su gasto público en salud (Gasto sanitario) como refleja la figura 1. Por un lado, Estados Unidos emplea un 48% de sus recursos de manera pública, un 40% en terceros pagadores (aseguradoras) y el 12% restante es abonado de manera individual por cada habitante<sup>5,15</sup>. España por el contrario, se caracteriza porque su principal fuente de financiación es pública, es decir, es a partir de los impuestos generales que suponen un 94% y los planes de mutualidad por enfermedades profesionales y de los funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y finalmente los gastos ocasionados por el copago de los medicamentos<sup>10</sup>.

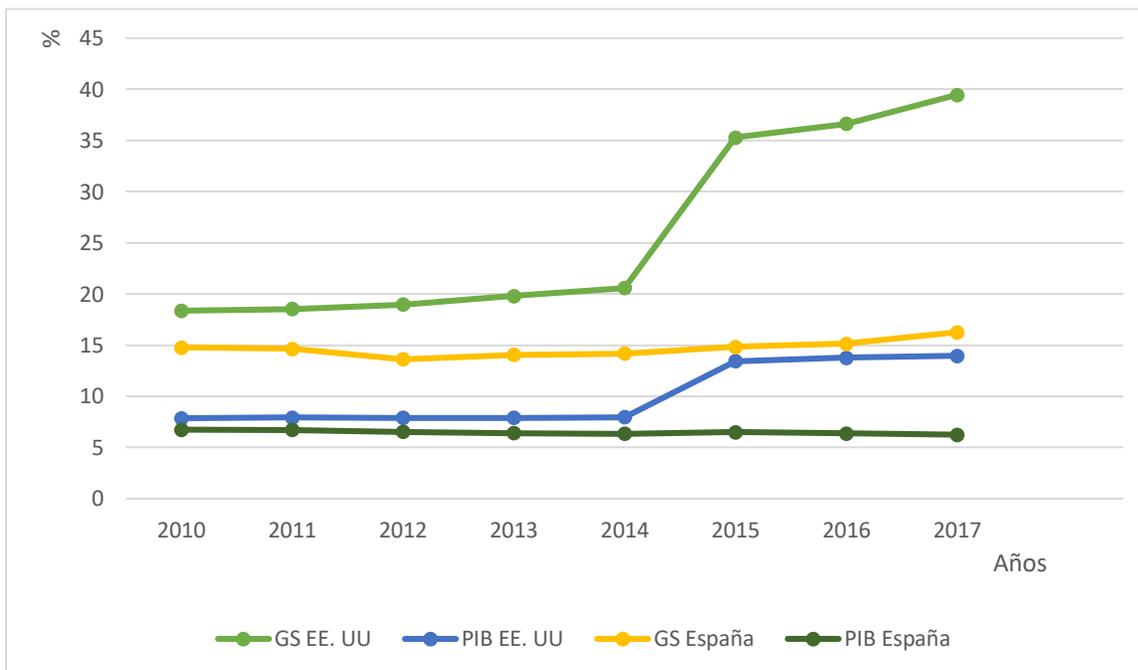


Figura 1. Gasto público en sanidad (GS) y del producto interior bruto (PIB) de España y Estados Unidos. Tasa de variación interanual. 2010-2017. Elaboración propia.<sup>8,12</sup>

El punto de partida de la financiación del Sistema sanitario americano proviene de los empresarios, trabajadores y de los ciudadanos como individuos aislados. Ese financiamiento fluye hacia seguros privados y planes de salud, así como los gobiernos estatales y federal. Este último, es el encargado de controlar y regular el gasto sanitario. EE. UU. gasta de media según datos de su Ministerio de Salud, 8233\$ por habitante<sup>27</sup>,

más del doble del mismo dato de media en un país europeo durante el mismo año 3309\$, entre los que se encuentra España<sup>15</sup>.

Los seguros públicos y privados son los que transforman ese dinero en asistencia sanitaria. El método de pago es a través de impuestos, donaciones y gastos individuales; los empresarios contribuyen pagando en forma de impuestos a través de sus empresas y financiando parcial o totalmente el seguro de salud de sus trabajadores, contribuyendo de manera equitativa con sus impuestos a la parte A: el seguro sanitario hospitalario de Medicare, mientras que aquellos que son autónomos son responsables íntegros del pago a este sector<sup>5</sup>. La asistencia médica para aquellos con pocos recursos o no asegurados es financiada a través de organizaciones benéficas y redes de clínicas públicas y comunitarias o realizado de directamente una vez recibidos los servicios o través de copagos<sup>15</sup>. La retribución a Medicare y Medicaid es directamente a los proveedores del servicio o indirectamente, a través de aseguradoras o planes de salud que ofrecen coberturas a los beneficiarios<sup>6,7</sup>.

Es decir, en el caso de Medicare, la parte B, la aseguradora, se encargaría del pago por la atención primaria de salud y de especialistas en función de los servicios recibidos, mientras que el pago de la parte A son prospectivos y están basados en los denominados DRG, *Diagnosis Related Groups*, que permiten la clasificación de los servicios prestados al individuo y por tanto su correlación con el precio que suponen, y la parte D subvenciona los medicamentos recetados<sup>7,15</sup>. Aun así las aseguradoras establecen sus propios planes y determinan que no está sujeto a su programa. En cuanto a Medicaid, financia la atención primaria y especializada abonando la cantidad según la tarifa estipulada. Los pagos a los servicios hospitalarios varían de un estado a otro y se dividen en tres grupos: DRG, *per diem* y reembolso del coste; el pago a los servicios hospitalarios por parte de las aseguradoras viene dado principalmente por el *per diem*, lo que implica que anualmente establecen un acuerdo con el hospital acerca de los servicios y pago que pueden prestar dentro de sus coberturas<sup>6,15</sup>. Con la reforma *Affordable Care Act*, Medicaid se transformó y pasó a ofrecer cobertura también de ciertos fármacos y tratamientos crónicos<sup>28</sup>.

Esta financiación contrasta con la del SNS español cuya principal fuente de ingresos es pública y proviene de los impuestos generales<sup>17</sup>. La recaudación de impuestos y el fondo común destinado a sanidad ha evolucionado con rapidez en los últimos años, adaptándose a la reorganización territorial del SNS como argumenta García- Arnesto et al.<sup>10</sup>.

Los impuestos fiscales se agrupan en dos categorías: indirectos o ligados a la producción e importaciones (IVA) y directos, es decir sobre la renta y las propiedades; la recaudación de estos recae en las autoridades regionales y en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, aunque son las comunidades autónomas las que tienen mayor responsabilidad pues recaudan también aquellos asignados a nivel regional. Como consecuencia de esta responsabilidad conjunta para la recaudación de ingresos, los gobiernos regionales (CCAA) tienen el 50% del impuesto sobre la renta personal disponible, el 50% de los ingresos generados en su territorio por el IVA, el 58% de los producidos por impuestos especiales (tabaco, alcohol) y el total de aquellos sobre la herencia o patrimonio lo que les otorga una autonomía fiscal significativa, siendo cada una de las CCAA la que establece la financiación de los servicios, dando lugar en consecuencia a diferencias en materia de recursos entre las mismas dentro del propio país como se describe en el libro *Spain Health System Review*<sup>17</sup>.

Pero en España también una parte del gasto es financiada directamente por el usuario en función de su renta anual, como es el copago de los productos farmacéuticos, y también tienen un lugar en las prestaciones sanitarias los seguros privados<sup>10</sup>. Estos últimos al igual que en EE. UU son pagados por el contratante en relación a los servicios que requiera.

En los últimos años la financiación económica al sistema sanitario de cada comunidad por el parte del gobierno central ha aumentado respecto a los años del 2008-2014 durante la recesión económica que afecto al país; esos recortes tenían como objetivo el pago de la deuda nacional pero conllevo un detrimento de la asistencia sanitaria, ya que pese a que el presupuesto y recursos eran menores, los gobiernos regionales tenían que hacerse cargo de una demanda que no podían cubrir como argumenta Gallo y Gene Badia<sup>29</sup>.

Diferentes autores arrojan opiniones diversas acerca de la actuación y calidad por parte de ambos sistemas, si bien algunos consideran que la calidad de los servicios y la formación profesional de los sistemas sanitarios públicos destaca, otros reflejan que los sistemas privados ofrecen recursos más avanzados. Sin embargo, varios autores concuerdan que la sostenibilidad de ambos y la relación entre presupuesto inicial y gasto sanitario final son negativas, sin discriminar el tipo de financiación del sistema en cuestión<sup>30,31</sup>.

#### 4.3 Cobertura y prestaciones de los sistemas: descripción y análisis

En Estados Unidos los dos programas de salud del Sistema sanitario que ofrecen coberturas son Medicare y Medicaid, mientras que, en España, todo es cubierto por el SNS, que ofrece atención primaria y especializada<sup>15,16</sup>. El gobierno federal estadounidense es, a través de su departamento de Salud y Servicios Sociales, el encargado de regular la financiación de los programas, sin embargo el acceso a los mismos es controlado por las administraciones estatales, quienes además establecen contratos con aseguradoras privadas para ofrecer determinadas prestaciones a aquellos usuarios que elijan esta opción como se ve reflejado en la figura 2. En el lado menos accesible a la sanidad, son las organizaciones benéficas las que apoyan y financian el acceso de aquellos ciudadanos cuyo nivel de vida no cumple los requisitos de acceso al sistema sanitario ni siquiera a través de Medicaid<sup>5</sup>.

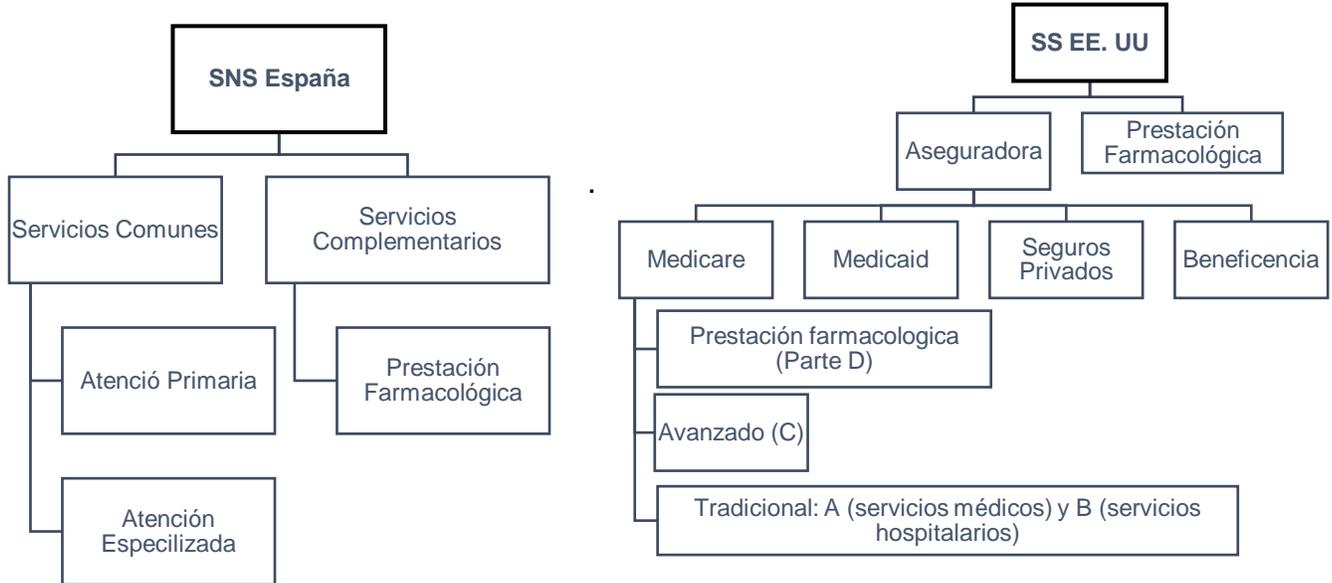


Figura 2. Flujograma de la organización de los sistemas de salud: A en el margen izquierdo de la figura: Sistema Nacional de Salud (SNS) de España y B en el margen derecho: Sistema de Salud (SS) de EE. UU.

Medicare ofrece cobertura sanitaria a todos los estadounidenses de 65 años y superior, discapacitados que hayan recibido ayudas federales durante al menos dos años y enfermos renales en fase terminal<sup>7</sup>. Está dividido en cuatro partes, expuestas en el flujograma anterior. (Figura 2b)

Medicare cuenta con 4 subdivisiones elegibles por los ciudadanos para obtener prestaciones sanitarias en función de sus características y preferencias personales. El usuario elige si quiere Medicare tradicional o avanzado, y si quiere además constar con prestaciones farmacéuticas (parte D)<sup>7</sup>. El primero es el tradicional y está formado por la parte A (servicios hospitalarios) y la parte B (servicios médicos). Las competencias de ambos servicios pueden ser también adquiridas con la cobertura de medicare avanzado, denominado parte C que además incluye los productos farmacéuticos y el control de la provisión de estos recursos<sup>7,15</sup>. Mientras que Medicare tradicional está regulado por el gobierno federal y adaptado por el gobierno de cada estado, y por tanto controlado por el propio programa, el avanzado está regulado por aseguradoras que a través de su red ofrecen a los usuarios su plan de asistencia, es por ello por lo que los ciudadanos americanos tienen libertad de elección en cuanto a los servicios que quieren recibir<sup>15</sup>.

Asimismo, la parte D puede ser elegida una vez se tiene el medicare tradicional como un complemento, pero no se podrá considerar su inclusión en el avanzado pues este ya cuenta con su propia prestación farmacéutica<sup>7</sup>. Medicare tradicional se encargaría, por tanto, de ofrecer los siguientes servicios:

- Parte A (Servicios hospitalarios): Atención hospitalaria en un hospital de elección propia, Servicios de enfermería especializados, Atención hospitalaria en un centro de enfermería cualificado y Asistencia sanitaria domiciliaria y ante enfermedades terminales o crónicas
- Parte B (Servicios médicos): Investigación clínica, Servicios de ambulancia, Salud mental, Consultas externas, Hospitalización parcial y Medicamentos de prescripción ambulatoria

Mientras que Medicare Avanzado, se asegura de como mínimo prestar los servicios A y B de acuerdo a la aseguradora contratada y asimismo la parte D. El pago a estas aseguradoras es elevado y no accesible para toda la población<sup>8</sup>. La reforma ACA afectaría a esta parte reduciendo sus tasas de pago<sup>28</sup>.

Por otro lado, se encuentra Medicaid, disponible para aquellos mayores de 65 años, y está diseñado para aquellos con pobres ingresos, incluyendo a niños de estas familias, embarazadas, dependientes, discapacitados sin recursos y aquellos que estén recibiendo tratamientos a largo plazo costosos<sup>6</sup>. La amplitud de la cobertura que presta varía de un estado a otro dependiendo de la población que pertenece a estos grupos. Este programa está combinado con el denominado CHIP, *Children's Health Insurance Programme*, y ofrece coberturas de salud a un 42% de los nacimientos en territorio norteamericano. Bien es cierto que las coberturas a los mayores también están cubiertas por Medicare, así que en estos casos la cobertura es caso completa ya que ambos programas se complementan para cubrir la asistencia sanitaria<sup>8</sup>. Para poder ser usuario de Medicaid, en los casos de discapacidad, no solo esta debe estar reconocida, sino que además debe registrarse que los ingresos son los suficientes para calificar para el programa, asimismo la cobertura alcanza para los fármacos retrovirales, utilizados por población vulnerable, aunque esta no alcance ni el 2% de los gastos de este<sup>6</sup>. La

cobertura en casos de padres con ingresos pobres difiere de un estado a otro, así ocho estados la contemplan si las retribuciones son menores del 30%; por ejemplo, el Estado de Arkansas lo mantiene si estos son de menos de 2000 dólares anuales<sup>15</sup>.

Medicaid ofrece cobertura sanitaria a un total de 60 millones de estadounidenses, frente a los 50 que cubre Medicare en un país con una población total de 328 millones según datos de su censo poblacional<sup>32</sup>, y que establece que más de la mitad de la población tiene seguro privado y 1 de cada 3 americanos carece de cobertura sanitaria<sup>15</sup>. Esto contrasta ampliamente con el tipo de cobertura que se ofrece en España como se explica en el epígrafe siguiente.

La universalidad es la característica principal del sistema de salud español, y es un derecho constitucional establecido según el artículo 43 por el que todos los ciudadanos tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria<sup>33,34</sup>. La organización del sistema sanitario se origina en el Gobierno Central que delega la aprobación de presupuestos y financiación en el Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Este, establece los parámetros que tanto INGESA, en el caso de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, como las CCAA adaptan a sus territorios y sus sistemas sanitarios y que son llevados a la práctica por las autoridades locales<sup>21</sup>.

En términos generales hay tres formas de acceso a la sanidad: la primera y más común es la conocida como el régimen general de seguridad social, incluyendo a un 95% de la población que está cubierta por ley, la segunda se aplica a los funcionarios públicos y sus dependientes que tienen un régimen especial de seguridad social; y la última es en referencia a los residentes extranjeros en España, y está regulada por la Ley Orgánica 4/2000 *sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* que regula su acceso al sistema sanitario<sup>10</sup>.

Aunque la organización territorial del SNS ha cambiado sustancialmente desde 1995, la cartera de servicios actual tiene como objetivo la equidad sin importar la comunidad autónoma; esto es debido a la inestabilidad sufrida en todo el territorio nacional durante el periodo de crisis económica que dio lugar a un descenso de los recursos y al aumento

de la privatización sanitaria, y que tuvo como consecuencia la aprobación de nuevas reformas que procedieran a detener una economía en recesión<sup>17</sup>.

En 2006 se aprobó un nuevo Real Decreto (1030/2006) por el que se estableció la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización cuyo objetivo era garantizar la anteriormente mencionada equidad y accesibilidad al SNS<sup>10</sup>. Este decreto también estableció que las distintas comunidades autónomas pueden participar en la aprobación de sus propias carteras de servicio, siempre una vez aprobada esta por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Finanzas Finalmente en 2012 se publicó el Real Decreto 16/2012<sup>24</sup> que definió dos categorías y que actualizaba de manera definitiva la cartera de servicios:

- Servicios comunes: servicios básicos de salud, especializados y accesorios comunes a las 17 CCAA de España que componen el SNS
- Servicios complementarios: regulados por los departamentos de salud de cada CCAA.

Los primeros incluyen las prestaciones sanitarias de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, servicios de emergencias, así como dentro de los servicios básicos los programas de promoción de la salud, fisioterapia, cartera de servicios de la mujer y del niño, salud mental, cuidados paliativos, atención especializada y asistencia dental básica<sup>24</sup>. En referencia a la prestación farmacéutica ésta está parcialmente financiada, ya que el usuario paga de acuerdo a lo estipulado por el departamento de salud un porcentaje del medicamento a adquirir.

Asimismo, el enfoque que define a la salud pública engloba dos tipos de servicio: uno que define la salud pública como un servicio que cubre a la población total, que incluye medidas de protección, programas de educación para la salud, prevención y promoción de esta; y otro cuya población diana es más específica que son los programas dirigidos especialmente a ellos, y es que el sistema nacional de salud, ofrece de manera permanente asistencia sanitaria, manteniendo, sin importar las reformas sufridas, una cobertura universal y una atención sanitaria ejemplo a seguir en materia de sanidad a nivel mundial<sup>17</sup>.

Las coberturas y prestaciones de ambos sistemas, aunque garantizan la atención de los usuarios adscritos a esta, lo hacen de manera totalmente diferente. Mientras que el SNS consta de una cartera de servicios generales a la que el ciudadano tiene derecho, como explican ambos autores Bernal -Delgado y García Arnesto<sup>10,17</sup>, EE. UU consta de dos programas de prestaciones sanitarias a los que se accede en función de una serie de requisitos. Aunque en ambos países la sanidad privada es un hecho, EE. UU lleva el liderazgo en lo que a aseguradoras se refiere, pues son estas las que en su mayoría se encargan de ofrecer los servicios de salud a los ciudadanos<sup>15</sup>.

#### 4.4 Implicaciones de las medidas recientes adoptadas por los sistemas.

La medida reciente más importante tomada en el Sistema sanitario norteamericano fue la llevada a cabo por el presidente Barack Obama denominada *Affordable Care Act* (ACA) en 2010<sup>35</sup>, y ha sido la que más impacto ha causado desde la creación de Medicare y Medicaid. La reforma buscaba lograr un cambio y reformar tres prioridades: mejorar el acceso para aumentar el número de personas aseguradas, disminuir el gasto y mejorar la calidad; intentando lograr como objetivo disminuir el número de personas sin seguro médico alguno, que en 2010 alcanzaba el dato de 43,8 millones<sup>28,36</sup>; para establecer una comparativa que ponga en situación, España contaba en ese mismo año con 47 millones de habitantes según datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>37</sup>.

La comúnmente denominada “*Obamacare*”, consistía principalmente en establecer un denominado mandato individual por el que los ciudadanos debían estar asegurados o mantener una cobertura bajo riesgo de multa en caso contrario. Para poder facilitar el acceso al servicio sanitario Medicaid amplió sus requisitos a personas cuyos ingresos fuesen del 133% del umbral de la pobreza y se garantizaron créditos fiscales para ayudar a las familias con ingresos cuatro veces por debajo del índice de pobreza que no podían acceder a Medicaid<sup>28</sup>. La nueva reforma tuvo como consecuencia una reducción en el número de personas no aseguradas en un 46%, una mejora sustancial en los servicios de aquellos que ya contaban con ella; una reducción en el gasto sanitario y una gran mejora en la calidad asistencial, esta última dando lugar a un impacto positivo en la asistencia sanitaria<sup>38</sup>. Pero al igual que todas las nuevas implementaciones, también tuvo su lado negativo, la promoción de la asistencia no garantizaba la prevención, aspecto

fundamental en la asistencia sanitaria del SNS por otro lado, como explica Manchikanti, et al.<sup>38</sup>.

El sistema sanitario español desde sus inicios y hasta la fecha ha experimentado más reformas que el Sistema anterior como se puede observar en las figuras 5 y 6 (Anexo 1 y 2). La reforma de la descentralización de la organización de las CCAA finalizada en 2002 supuso el mayor cambio desde la Ley General de Sanidad, si bien las comunidades ganaron independencia, también dio como resultado una inequidad en la asistencia de una a otra<sup>17</sup>. Con la crisis económica estas diferencias se vieron más acusadas; unidas a los recortes económicos y de recursos tanto físicos como humanos, el gobierno se vio obligado a reaccionar adoptando un programa de sostenibilidad basado en la disminución del gasto sanitario<sup>29, 39</sup>.

Durante el periodo de recesión económica no solo la asistencia sanitaria se vio afectada, sino también su percepción por parte de los usuarios quienes influenciados por la situación social expresaron su preocupación por el empeoramiento gradual de los servicios sanitarios como describe el artículo *Influence of changes in the Spanish labor market during the economic crisis (2007–2011) on perceived health*<sup>40</sup>. La aprobación del Real Decreto de Medidas Urgentes supuso una nueva variación positiva en la asistencia reafirmando la cartera de servicios a la que los ciudadanos tenían derecho y acceso; asimismo se llevaron a cabo dos reformas más que supusieron un cambio socio-sanitario en el país: la Ley 42/2010 “*de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*” y la Ley 33/2011 “*General de Salud Pública*” que mejoraba y actualizaba la coordinación de mecanismos entre los departamentos de Salud de las CCAA y el INGESA con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en su camino por desarrollar una estrategia de afrontamiento única en casos de prevención de enfermedades raras, además ponía a disposición de los usuarios un nuevo y actualizado calendario vacunal, y medidas de prevención del cáncer colorrectal entre otros<sup>17</sup>. En 2018, España aprobó el RDL 7/2018 *sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* estableciendo de manera legal los criterios y requisitos de universalidad en el acceso al sistema nacional de salud reforma cuyo objetivo compartía la ACA, ofrecer cobertura al mayor número

posible de habitantes<sup>41</sup>. Desde 2013, el SNS de España ha impulsado como máximo aval de su estrategia sanitaria la prevención de la enfermedad a cualquier categoría, factor que contrarresta ampliamente con el llevado en EE. UU cuya reforma más reciente tiene como objetivo no la prevención sino el tratamiento de los enfermos.

Si bien es cierto que ambos sistemas han logrado una evolución en el tiempo positiva y exitosa, en el caso de EE. UU aún hay mucho camino por recorrer, como citaba el antiguo presidente Barack Obama “los cambios son difíciles, pero lo son aún más con fuerte oposición, pero un trabajo conjunto con visión de futuro, fe en la responsabilidad, esperanza de oportunidades y la habilidad de esta nación de unión alrededor de valores comunes, es posible”<sup>28</sup>. Por otro lado, en el caso de España, aunque el Sistema sea ejemplo a nivel mundial es preciso efectuar cambios en la sostenibilidad del Sistema, valorando la financiación invertida y el gasto sanitario efectuado puesto que la recesión económica de años pasados ya no está en su punto más severo<sup>17</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

Tras el análisis de la bibliografía consultada y conforme a los objetivos planteados se han alcanzado las siguientes conclusiones:

- La intervención del Gobierno del Estado en la planificación, organización y gestión en el sistema sanitario ocurrió primero en España, lo que ha conllevado que el Sistema Nacional de Salud español haya experimentado reformas más continuas y profundas que el sistema sanitario estadounidense, dando lugar a diferencias en los sistemas sanitarios como consecuencia de las distintas reformas políticas, sociales y económicas en cada país.
- La descentralización de los Sistemas Sanitarios ha dado lugar a desigualdades en el acceso y en recursos entre las regiones con mayor y menor poder económico.
- El gasto sanitario de ambos sistemas continúa siendo elevado a pesar de las reformas económicas implantadas, siendo aún mayor en el sistema sanitario estadounidense, sin embargo, España emplea mayor financiación en asistencia sanitaria pública que Estados Unidos.
- La cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud español es universal y ofrece asistencia sanitaria a toda la población, mientras que el sistema sanitario estadounidense solo cubre a dos tercios de su población.
- La cobertura sanitaria del sistema de salud de España se estructura por unidades funcionales básicas denominadas áreas de salud en las que están incluidas un centro de atención especializada y al menos uno de atención primaria, mientras que la del sistema de salud americano es dependiente de la aseguradora y de su contrato con un centro de atención sanitaria.
- Las prestaciones sanitarias en el sistema de salud estadounidense son seleccionadas por los usuarios en base a las necesidades de salud que quieren cubrir, mientras que en el SNS español se encuentran agrupadas en la cartera de servicios.
- Las últimas reformas implementadas en los Sistemas Sanitarios han mejorado la calidad asistencial de sus servicios y han tenido como objetivo común ampliar el acceso al sistema de salud de su población.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Cabo Salvador J. Introducción a los Sistemas Sanitarios: el sistema sanitario español. En Madrid Cabo Salvado J, editor. Inmersión Precoz en la clínica. Madrid: Unidad de Familia y Atención Primaria, Facultad de Medicina; 2011. p. 1-17.
2. Busse R, Blümel M. Germany Health System Review. Health Systems in Transition. 16º ed. Copenhage: WHO Regional Office For Europe; 2014; 16(2):1-296, xxi.
3. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition. 1ªed. Copenhage: WHO Regional Office for Europe; 2011, 13(1):1-483, xix-xx.
4. Cabo J, Cabo J, Iglesias J-R. UD. [Internet]. 2019. [Citado el 23 de Abril de 2019] Recuperado a partir de: <https://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
5. Briggs A, Jones A, Hollingsworth B, Health Economics: History of health care financing in the USA. 28º ed. Wiley; 2018.
6. The Official U.S Government Site for Medicaid. [Internet]. Medicaid; 2019 [citado el 12 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.medicaid.gov/>
7. The Official U.S Government Site for Medicare. [Internet]. Medicare; 2019 [citado el 12 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://es.medicare.gov/>
8. U.S. Department of Health & Human Services [Internet]. HHS; 2019 [citado el 12 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.hhs.gov/programs/health-insurance/index.html>
9. Mayol XL. Una mirada comparativa a los sistemas de salud: España, Los Estados Unidos y Puerto Rico. [IN]Gen. 2017; 3(2):1-21.

10. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Duran A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain Health Systems Review. Health Systems in Transition. 4º ed. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2010; ;12(4):1-295, xix-xx.
11. WHO. World Health Organisation. [Internet].; 9 de noviembre 2005 [citado en abril de 2019] Recuperado a partir de: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
12. Gobierno de España. Informe del Gasto Sanitario Anual. [Internet] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. [Citado el 25 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: <http://www.mscbs.gob.es>
13. U.S. Department of Health & Human Services. President's Budget for HHS. [Internet] HHS 2018. [Citado el 25 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: <https://www.hhs.gov/about/budget/fy2018/budget-in-brief/index.html>
14. Saltman R, Cahn Z. Restructuring health systems for an era of prolonged austerity: an essay by Richard B Saltman and Zachary Cahn. BMJ. 2013;346: f3972. DOI: 10.1136/bmj. f3972.
15. Rice T, Rosenau P, Unruh L-Y, Bames A-J. United States of America, Health Systems Review. 153rd ed. European Observatory of Health Systems; 2013; 15(3):1-431.
16. Moseley III B. The U.S. Health Care Non-System, 1908-2008. AMA J Ethics. 2008 mayo; 10(5): 324-331. doi: 10.1001/virtualmentor.2008.10.5.mhst1-0805.
17. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez FI, Repullo J-R, Peña-Longobardo L-M, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. Spain Health System Review. Health Systems in Transition. 2º ed. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2018; 20(2):1-179.
18. Manchikanti L, Helm li S, Benyamin R-M, Hirsch J-A. Evolution of US Health Care Reform Pain Physician. 2017 Mar;20(3):107-110.
19. McCarty KL, JD, MPH, Gayle D. Nelson, JD, James G. Hodge, Jr., JD, LLM, and Kristine M. Gebbie. Major components and themes of local public health laws in

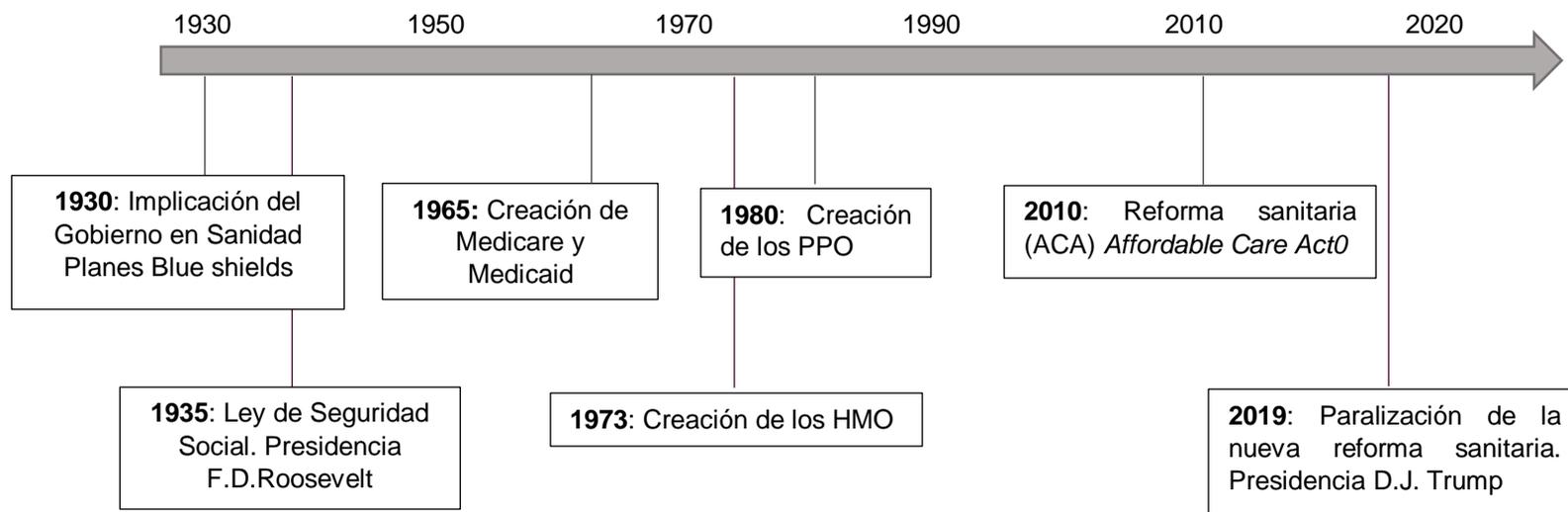
- select U.S. jurisdictions. *Public Health Rep.* 2009; 124(3): 458–462. DOI: 10.1177/003335490912400317.
20. McCarthy D, Cathy Schoen, Sabrina K. H. How. (2009). Aiming higher: results from a state scorecard on health system performance. New York: Commonwealth Fund [Internet] 2009 [Citado el 23 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2009\\_oct\\_1326\\_mccarthy\\_aiming\\_higher\\_state\\_scorecard\\_2009\\_full\\_report\\_final\\_v2.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2009_oct_1326_mccarthy_aiming_higher_state_scorecard_2009_full_report_final_v2.pdf)
21. Jiménez-Rubio D, García-Gómez P. Decentralization of health care systems and health outcomes. *Soc Sci Med*; 188:69-81. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.06.041.
22. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley Orgánica 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128 (29-05-2003)
23. Repullo JR. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014; 28(S1):62–68. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.03.008
24. Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Real Decreto Ley 16/2012 del 24 de abril. Boletín Oficial del Estado nº. 98 (24-04-2012)
25. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit.* 2016 noviembre; 30(1): 25-30. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.01.012
26. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Gabarro Y, Bergantiños N. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis. *Gac Sanit.* 2016;30(1):47–51. DOI: 10.1016/j.gaceta.2015.10.003

27. U.S. Department of Health & Human Services [Internet]. HHS; 2019. [citado en mayo de 2019] Recuperado a partir de: <https://www.hhs.gov/programs/health-insurance/index.html>
28. Obama B. United States Health Care Reform Progress to Date and Next Steps. JAMA. 2016;316(5):525-532. DOI: 10.1001/jama.2016.9797
29. Gallo P, Gene-Badia J. Cuts drive health system reforms in Spain. Science Direct. 2013 November; Volume 113 (1–2): 1-7. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.06.016
30. Basu S, Andrews J, Sandeep K, Panjabi , Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. PLOS Medicine. 2012; 9(6) DOI: 10.1371/journal.pmed.1001244
31. Tynkkynen LK, Karsten V. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. BMC Health Serv Res. 2018; 18(141). DOI: 10.1186/s12913-018-2953-9
32. U.S. Department of Commerce. [Internet]; United States Census Bureau 2019 [citado el 23 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.census.gov/popclock/>
33. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, nº 311.
34. Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos. Real Decreto 1088/1989 del 9 septiembre. Boletín Oficial del Estado nº 216. (09-09-1989)
35. Patient Protection and Affordable Care Act Health-Related Portions Of The Health Care Act Education Reconciliation Act Of 2010. U.S. House Of

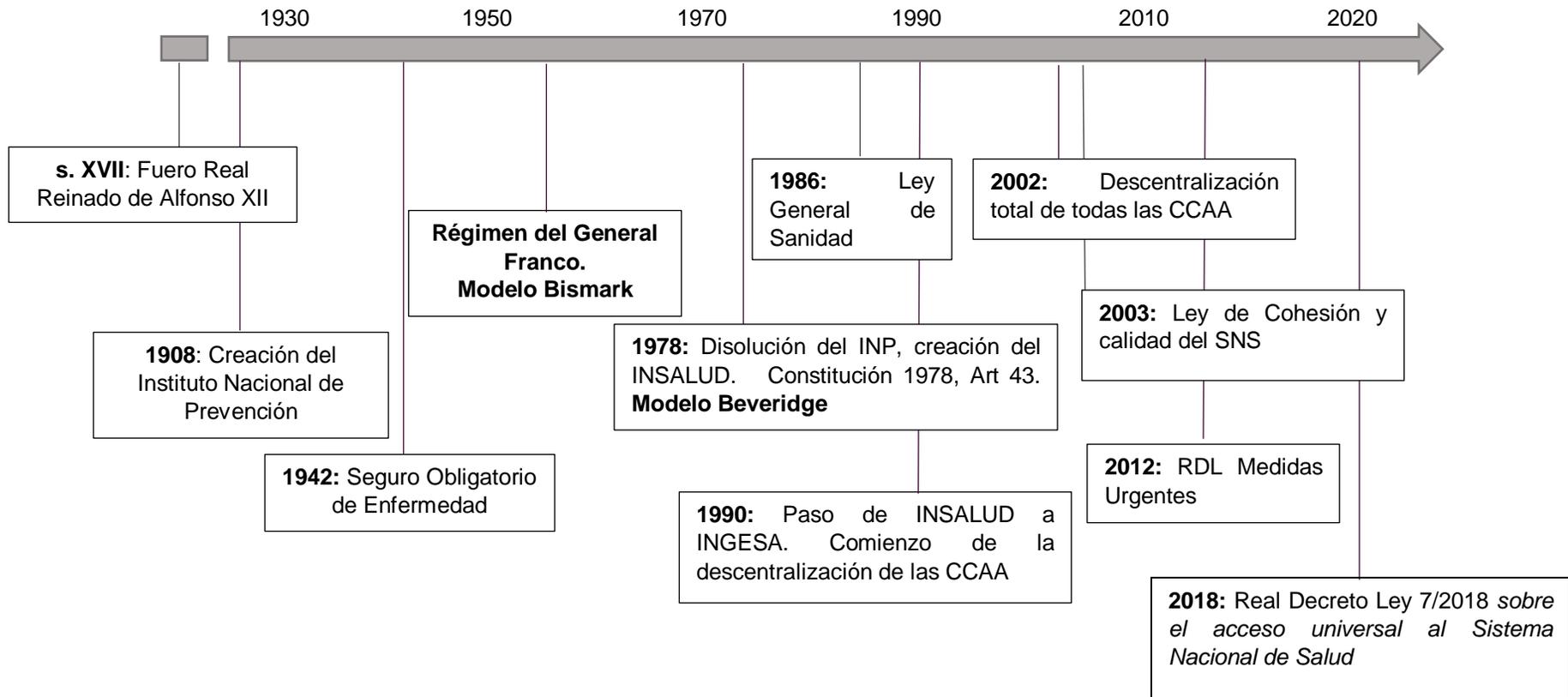
- Representatives, Office of the Legislative Counsel; 2010. Report No.: 111TH Congress.
36. Sommers B, Gunja M, Finegold K, Musco T. Changes in Self-reported Insurance Coverage, Access to Care, and Health Under the Affordable Care Act. *JAMA*. 2015; 314(4). DOI: 10.1001/jama.2015.8421
37. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. [Internet].; 2010 [citado el 23 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=publi&idp=1254735572981](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=publi&idp=1254735572981)
38. Manchikanti, L, Standiford HI, Ramsin M, Hirsch A. A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few? *Pain Phys*. 2017; 20. Citado en Pubmed PMID: 28339427
39. Giovanella L, Stegmüller. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11).
40. Fornell B, Correa M , Puerto López del Amo MP, Martín JJ. Influence of changes in the Spanish labor market during the economic crisis (2007–2011). *Qual Life Res*. 2018; 27(8):2095-2105. DOI: 10.1007/s11136-018-1824-5
41. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Real Decreto Ley 7/2018 del 27 de julio. Boletín Oficial del Estado nº 183 (30-07- 2018).
- 42.

## ANEXOS

1. Anexo 1 (Figura 3). Diagrama de las reformas sanitarias en el sistema de salud de EE. UU.



2. Anexo 2 (Figura 4). Diagrama de las reformas sanitarias en el SNS de España



3. Anexo 3 (Figura 5). Organización del SS en EE. UU

