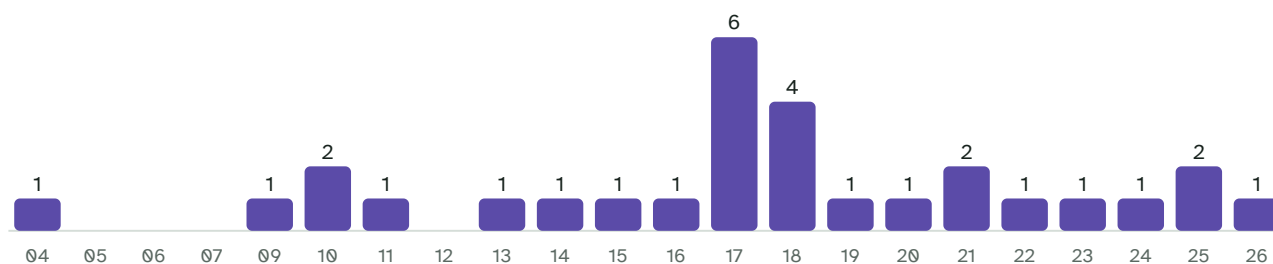


Sistema Nacional de Salud y organización sanitaria

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el tema de gestión que más cae en el EIR y casi siempre se pregunta con la letra de la ley: qué es un Área de Salud, qué órgano es el Consejo Interterritorial, qué competencias son del Estado y cuáles de las comunidades autónomas, qué entra en la cartera de servicios de atención primaria. Este tema recorre el concepto y los modelos de sistema de salud, el marco legal (Constitución, Ley General de Sanidad de 1986 y Ley de cohesión y calidad de 2003), el derecho a la asistencia, el reparto de competencias, el Consejo Interterritorial, la organización en áreas y zonas básicas, la cartera de servicios y las estrategias del Ministerio que han caído. Las leyes se citan por su texto consolidado vigente del BOE; cuando una pregunta responde a una redacción anterior, se explican las dos.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



29 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Áreas de Salud: gestión unitaria de centros y prestaciones (3 exámenes)
- Sistema sanitario: definición (3 exámenes)
- Consejo Interterritorial del SNS: órgano permanente de comunicación (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Sistema de salud: concepto, funciones y modelos	7
2. Marco legal: Constitución, Ley General de Sanidad y Ley de cohesión y calidad	12
3. El Sistema Nacional de Salud: definición, características y derecho a la asistencia	15
4. Reparto de competencias: Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos	18
5. El Consejo Interterritorial del SNS	21
6. Organización territorial y niveles asistenciales: áreas de salud y zonas básicas	23
7. Catálogo de prestaciones y cartera de servicios	26
8. Estrategias y planes del SNS: cronicidad, salud digital y pseudoterapias	32
Todas las preguntas del tema (31)	36
Preguntas que también podrían ser de este tema (4)	46
Solucionario	48
Fuentes	50

Resumen para repasar

1. Sistema de salud: concepto, funciones y modelos

- OMS 2000: sistema de salud = **todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir acciones de salud**, cuyo objetivo principal es **mejorar la salud** ^{F7}.
- Incluye servicios formales, curanderos, automedicación, **cuidados en casa y promoción y prevención**; excluye lo que no tiene la salud como fin principal (educación) ^{F8}.
- **Tres metas** (salud, respuesta a las expectativas, equidad financiera) y **cuatro funciones** (prestación, generación de recursos, financiación, **rectoría**) ^{F7,F8}.
- **Bismarck** (Alemania, **1883**): cotizaciones obligatorias de **empleadores y trabajadores**, derecho ligado al empleo ^{F8,F10}.
- **Beveridge** (NHS, **1948**): **impuestos** y provisión pública universal; **Semashko** (URSS): centralizado y estatal ^{F8,F10}.
- «Integral» es una **característica** del SNS, no un modelo ^{F2}.
- España pasó de Bismarck a **Beveridge** con la **LGS de 1986**; financiación por impuestos completada en **1999** ^{F11}.
- Gasto y salud: la relación es **menos marcada** en los países que más gastan; **rendimientos decrecientes** («parte plana de la curva») ^{F13,F14}.

2. Marco legal: Constitución, Ley General de Sanidad y Ley de cohesión y calidad

- Base legal: **Constitución 1978**, **LGS 14/1986** y **Ley 16/2003** de cohesión y calidad ^{F15}.
- CE art. 43: **derecho a la protección de la salud**; art. 41: Seguridad Social pública, complementarias **libres** ^{F1}.
- LGS: **25 de abril de 1986**; crea el SNS; orientada **prioritariamente a promoción y prevención** ^{F2}.
- Art. 6 LGS: promover el interés **individual, familiar y social** por la salud mediante la **educación sanitaria**; **prevención y no sólo curación** ^{F2}.
- Art. 7 LGS: **eficacia, celeridad, economía y flexibilidad** ^{F2}.
- LGSS 1974: protección **mínima y obligatoria**, mejorable voluntariamente; la LGSS 2015 ya no usa esa fórmula ^{F6,F5}.

3. El Sistema Nacional de Salud: definición, características y derecho a la asistencia

- SNS = conjunto de los **Servicios de Salud del Estado y de las CCAA** (art. 44 LGS) ^{F2}.
- Características (art. 46): **toda la población, atención integral, dispositivo único**, financiación pública, **calidad** ^{F2}.
- Descentralización completa en **2002**; el INSALUD pasa a **INGESA** ^{F16,F11}.
- Titulares del derecho: **españoles y extranjeros residentes** (RDL 7/2018; de 2012 a 2018, «asegurado») ^{F3}.
- Extranjeros no registrados: derecho **en las mismas condiciones que los españoles** (art. 3 ter) ^{F3}.
- Desplazado: asistencia de la CA **donde está desplazado**, igual que **los residentes en esa CA** (art. 4.c) ^{F3}.

4. Reparto de competencias: Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos

- Estado exclusivo (CE 149.1.16.^a): **sanidad exterior, bases y coordinación, legislación sobre productos farmacéuticos** ^{F1}.
- Estado: además, **política del medicamento y gestión de INGESA** (Ceuta y Melilla) ^{F15}.
- CCAA: **planificación sanitaria, salud pública, gestión de servicios** ^{F15}.
- Estado (art. 40.3 LGS): **registro general sanitario de alimentos** ^{F2}.
- Ayuntamientos (art. 42.3): **control sanitario** del medio ambiente, industrias, alimentos distribuidos y **cementerios** ^{F2}.

5. El Consejo Interterritorial del SNS

- CISNS = **órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información** de los servicios de salud entre ellos y con el Estado (art. 69 Ley 16/2003) ^{F3}.
- Creado por la **LGS de 1986** (art. 47, hoy derogado): «órgano permanente de comunicación e información» ^{F2}.
- Lo forman el **ministro** (presidente) y los **consejeros** de sanidad; vicepresidente, un consejero ^{F3}.
- Acuerdos: **recomendaciones** aprobadas **por consenso** (art. 73) ^{F3}.
- Pleno **al menos 4 veces al año**; memoria anual al **Senado** ^{F15,F3}.

6. Organización territorial y niveles asistenciales: áreas de salud y zonas básicas

- **Área de Salud** = estructura fundamental, **gestión unitaria** de centros, prestaciones y programas de su demarcación (art. 56 LGS) ^{F2}.
- Área: **200.000-250.000 habitantes**, al menos **un hospital general**, al menos **un Área por provincia** ^{F2}.
- Órganos del Área: **Consejo de Salud** (participación), **Consejo de Dirección, Gerente** ^{F2}.
- **Zona básica de salud** = **marco territorial de la atención primaria**; centros de salud = centros integrales de AP (art. 63) ^{F2}.
- Primaria: acceso **espontáneo, isócrona de 15 minutos**; especializada: **por indicación** de primaria ^{F15}.
- AP = nivel **básico e inicial**, gestor de casos y **regulador de flujos** (art. 12 Ley 16/2003) ^{F3}.

7. Catálogo de prestaciones y cartera de servicios

- Cartera común = **técnicas, tecnologías o procedimientos** que hacen efectivas las prestaciones; servicios **básicos y comunes** ^{F3,F4}.
- Cartera común: **3 modalidades, básica** (financiación completa), **suplementaria** (con aportación) y **accesorios**; aparte, la **complementaria de cada CA** ^{F3}.
- Las CCAA **pueden incorporar** técnicas no contempladas en la cartera común, con recursos propios ^{F3,F4}.
- **Uso tutelado**: establecer seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia **antes de incluir** una técnica en la cartera ^{F3}.
- Cartera de AP: **9 apartados**; el 4 es «**información y vigilancia en la protección de la salud**» ^{F4}.
- «Información y vigilancia epidemiológica» titulaba la cartera de **salud pública** (2006-2026) ^{F4}.
- **Anatomía patológica** y laboratorio: **con acceso desde AP**, no diagnóstico básico ^{F4}.
- Terapéuticos: **infiltraciones, inmovilizaciones, terapias de apoyo**; las **vacunas son actividad preventiva** ^{F4}.
- Mujer: seguimiento del embarazo **normal, detección** del de riesgo, visita puerperal, climaterio, cáncer ginecológico ^{F4}.
- Cartera de AP (2010): **selección priorizada** de servicios según necesidades y demandas, con **organización específica y población diana identificada** ^{F20}.

8. Estrategias y planes del SNS: cronicidad, salud digital y pseudoterapias

- Cronicidad 2012: foco internacional en **cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y salud mental**, pero considera **todas** ^{F17}.
- Prioritarias: **fortalecer los equipos de AP, reorganizar la atención e implicar a los pacientes**; el **copago no aparece** ^{F17}.
- Reorientación: **estratificación, valoración integral y multidisciplinar, planes individualizados, gestión de casos** ^{F17}.
- «Información de calidad, veraz y no sesgada» es de la línea de **promoción de la salud** ^{F17}.
- Salud Digital 2021: **5P = Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa** ^{F18}.
- Pseudoterapias 2018: **analizarlas con la evidencia a través de la RedETS**, evitar su publicidad y **eliminarlas de los centros** ^{F19}.

Puntos clave

- 1 El **Área de Salud** es la estructura fundamental del sistema sanitario, responsable de la **gestión unitaria** de los centros, prestaciones y programas de su demarcación (art. 56 LGS) ^{F2}.
- 2 El **Consejo Interterritorial** es el órgano permanente de **coordinación, cooperación, comunicación e información** de los servicios de salud entre ellos y con el Estado; sus acuerdos son **recomendaciones por consenso** ^{F3}.
- 3 La **zona básica de salud** es el **marco territorial de la atención primaria** ^{F2}.
- 4 Competencias exclusivas del Estado: **sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos**; la **planificación sanitaria** es de las CCAA ^{F1,F15}.
- 5 Ley General de Sanidad: **14/1986, de 25 de abril**; Ley de cohesión y calidad: **16/2003, de 28 de mayo** ^{F2,F3}.
- 6 El desplazado a otra CA recibe la asistencia de esa CA **en las mismas condiciones que sus residentes**; los extranjeros no registrados tienen derecho a la atención **en las mismas condiciones que los españoles** ^{F3}.
- 7 Las CCAA **pueden** añadir a su cartera técnicas no incluidas en la cartera común; el **uso tutelado** evalúa una técnica **antes** de incluirla ^{F3}.
- 8 Sistema de salud (OMS): organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad principal es **mejorar la salud**; Bismarck = **seguros obligatorios** por cotizaciones de empresarios y trabajadores ^{F7,F10}.
- 9 Salud Digital: **5P = Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa** ^{F18}.

1. Sistema de salud: concepto, funciones y modelos

Definición de la OMS. El Informe sobre la salud en el mundo 2000 define los sistemas de salud como el conjunto de **todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir acciones de salud**; y acción de salud es toda actividad, en la salud personal, en los servicios de salud pública o en iniciativas intersectoriales, **cuyo principal objetivo consista en mejorar la salud** ^{F7}. En el propio informe, en su edición española, un sistema de salud «abarca **todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud**» ^{F25}.

Qué entra y qué no. Según la OMS, entran los servicios de salud formales (la atención médica profesional), pero también los curanderos tradicionales, todo uso de medicación, prescrita o no, los **cuidados de los enfermos en casa** (entre el 70 y el 90 % de la enfermedad se atiende así) y las actividades de salud pública, como la **promoción de la salud y la prevención de la enfermedad** ^{F8}. Quedan fuera las actividades cuya finalidad principal no es la salud, como la educación, aunque tengan un beneficio secundario para ella ^{F8}. Es decir: el sistema de salud no se reduce a la red pública de hospitales y centros de salud ni a la curación; lo forman **todas las organizaciones e instituciones**, públicas o no, y los recursos cuya finalidad principal es la salud ^{F7,F8}. El nombre de ese conjunto es **sistema de salud** (o sistema sanitario): es la forma en que un país organiza sus recursos para la salud, porque entre sus funciones están **generar los recursos humanos y físicos y prestar los servicios** con ellos ^{F7}. No hay que confundirlo con un modelo concreto de financiación (seguros sociales, sistema liberal o de mercado), que se ve a continuación ^{F8,F10}.

OMS 2000	Contenido ^{F7,F8}
Tres metas	Mejora de la salud; respuesta a las legítimas expectativas de la población; equidad de las contribuciones financieras
Cuatro funciones	Prestación de servicios; generación de recursos humanos y físicos; financiación (obtención y puesta en común de los recursos para pagar la atención); rectoría (establecer las reglas del juego y dar orientación estratégica)

Elementos fundamentales (building blocks): la OMS cita como ejemplos la financiación; el liderazgo y la gobernanza (rectoría); la información y los conocimientos; los productos y tecnologías médicas; el personal sanitario; y la prestación de servicios ^{F9}. Su marco de acción de 2007 (*Everybody's business*) descompone las funciones del Informe 2000 en **seis** building blocks: prestación de servicios; personal sanitario; información; productos médicos, vacunas y tecnologías; financiación; y liderazgo y gobernanza (rectoría) ^{F26}. Ese mismo marco define el sistema de salud como **todas las organizaciones, personas y acciones** cuya intención principal es promover, restablecer o mantener la salud, y advierte que es **más que la pirámide de centros de propiedad pública** que prestan servicios de salud personales: incluye, por ejemplo, a una madre que cuida en casa a un hijo enfermo, a los **proveedores privados** y a las aseguradoras sanitarias ^{F26}.

Sistema de salud: forma de organizar los recursos

La forma en la que se organizan los recursos para la atención a la salud en un país se denomina:

1. Organización sanitaria.
2. Política de salud.
3. Sistema de salud.
4. Planificación sanitaria.
5. Sistema de gestión sanitaria.

Sistema sanitario: definición

Al conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de productos especializados en forma de servicios sanitarios para la sociedad, se le denomina sistema:

1. Sanitario.
2. Social.
3. De seguros sociales.
4. Liberal.
5. De mercado.

Sistema sanitario: definición

Al conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de productos especializados en forma de servicios sanitarios para la sociedad, se le denomina sistema:

1. Sanitario.
2. Social.
3. Seguros sociales.
4. Liberal.
5. De mercado.

Sistema sanitario: definición

¿Qué entendemos por Sistema Sanitario?:

1. Conjunto de hospitales y centros de salud que componen la red pública sanitaria.
2. Conjunto de instituciones públicas y privadas implicadas directamente en el cuidado de la salud.
3. Conjunto de establecimientos y profesionales sanitarios encargados de la curación de los individuos.
4. Modelo público estructural que cubre las necesidades de salud de la población

Los modelos básicos. La OMS explica que los sistemas actuales siguen, en distinto grado, **tres diseños básicos** surgidos desde finales del siglo XIX: el de seguros sociales, uno que centraliza la planificación y la financiación con impuestos y provisión pública, y otro con intervención estatal limitada ^{F8}. El Observatorio Europeo separa dentro del segundo el **modelo Beveridge** y el **modelo Semashko** ^{F10}:

Modelo	Origen	Financiación y cobertura
Seguros sociales (modelo Bismarck)	Alemania, 1883 : ley que obligaba a los empleadores a cotizar para la cobertura sanitaria de los trabajadores de bajos salarios; primer seguro social obligatorio impuesto por el Estado ^{F8,F10}	Cotizaciones obligatorias sobre el salario, pagadas por empleadores y trabajadores (y autónomos); pagar la cotización da derecho a la asistencia, por lo que el derecho va ligado a la situación laboral ; atención por proveedores públicos y privados ^{F8,F10}
Servicio nacional de salud (modelo Beveridge)	Informe Beveridge (1942); National Health Service del Reino Unido, 1948 ; Nueva Zelanda ya lo había implantado en 1938 ^{F8,F10}	Impuestos generales y provisión pública; servicios integrales y gratuitos para todos, con independencia de medios, edad, sexo u ocupación ^{F8,F10}
Centralizado estatal (modelo Semashko)	Unión Soviética, tras 1917 (años 20), por el comisario Nikolái Semashko ^{F8,F10}	Impuestos; cobertura universal, completamente centralizado y controlado por el Estado , centrado en el hospital ^{F8,F10}
Intervención estatal limitada	Tercer diseño descrito por la OMS ^{F8}	El Estado solo cubre a determinados grupos de población; el resto depende de financiación, provisión y propiedad de los centros en gran parte privadas ^{F8}

«Integral» no es un modelo

Los modelos se distinguen por **quién financia y a quién cubre**: seguros sociales, servicio nacional de salud, modelo centralizado estatal o intervención estatal limitada con predominio privado ^{F8,F10}. «Atención **integral**» (promoción, prevención, curación y rehabilitación) es una **característica** del SNS español, no un modelo de sistema sanitario ^{F2}. Y la distinción entre sistemas por impuestos (Beveridge) y por cotizaciones (Bismarck) **se ha difuminado con el tiempo** ^{F10}.

Modelos de servicios sanitarios (el integral no lo es)

NO es un modelo de los servicios sanitarios:

1. Liberal.
2. Asistencia pública y beneficencia.
3. Integral.
4. Seguros médicos públicos y privados.
5. Servicios nacionales de salud.

Modelo Bismarck: seguros obligatorios

El modelo de salud conocido como el Modelo Bismarck, se caracteriza por ser un sistema:

1. De seguros obligatorios cuya cobertura, asociada a la actividad productiva al igual que la financiación, corre a cargo de los empresarios y trabajadores.
2. Regulado por el estado y las empresas.
3. Sin intervención del estado.
4. Con un enfoque eminentemente reparador e individual, presenta una clara separación entre los servicios asistenciales, pertenecientes al ámbito privado, y los de salud pública, a cargo del estado.
5. De cobertura universal, basado en el reconocimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos y con financiación a cargo del estado.

España: de Bismarck a Beveridge. El primer **Seguro Obligatorio de Enfermedad** se creó en **1942**. La **Ley General de Sanidad de 1986** transformó formalmente el sistema, de un sistema de seguridad social (**modelo Bismarck**) a un **servicio nacional de salud (modelo Beveridge)**, con una transición progresiva de las cotizaciones a los **impuestos generales** como principal fuente de financiación, que se completó en **1999** ^{F11}. Quedaron como excepción tres mutualidades de funcionarios de financiación pública: **MUFACE, MUGEJU e ISFAS** ^{F11}.

Gasto sanitario y salud: rendimientos decrecientes. Un mayor gasto sanitario por habitante se asocia en general a una mayor esperanza de vida, **aunque esa relación es menos marcada en los países que más gastan** (Luxemburgo, Noruega, Suiza, Estados Unidos) ^{F13}. Entre 1960 y 2004 el gasto sanitario de la OCDE pasó del 3,8 % al 8,9 % del PIB; en Estados Unidos, por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida se frenó mientras el gasto seguía creciendo, y esto se ha interpretado a menudo como prueba de **rendimientos marginales decrecientes** («medicina en la **parte plana de la curva**», flat-of-the-curve medicine): a partir de cierto nivel, los incrementos del gasto aportan ganancias de salud cada vez menores ^{F14}. Los mismos autores matizan que esa medicina de la parte plana de la curva **no tiene por qué ser un despilfarro** ^{F14}. España destaca por tener una esperanza de vida relativamente alta para su nivel de gasto ^{F13}. Ojo: la OCDE no describe un efecto negativo del gasto sobre la salud; la asociación sigue siendo **positiva**, solo que **menos marcada** en los niveles más altos, de modo que los incrementos adicionales pueden aportar muy poco ^{F13}.

Relación entre gasto sanitario y salud: rendimientos decrecientes

Las estadísticas sugieren una relación directa entre desarrollo económico, gasto sanitario y salud. En relación a esta afirmación señale la opción correcta:

1. Cuando se llega a un nivel elevado de desarrollo del sistema sanitario, los ciudadanos no demandan más servicios.
2. La efectividad del gasto sanitario es muy lenta en el tramo inicial y en las etapas siguientes se acelera.
3. Los aumentos del gasto sanitario tienen una incidencia estadísticamente significativa y de manera exponencial en todos los indicadores de salud.
4. A partir de cierto nivel de crecimiento, el incremento en el gasto sanitario puede llegar a producir efectos negativos en los indicadores de salud.
5. El aumento del gasto sanitario, a partir de cierto nivel, puede conducir a una situación en la que los incrementos pueden resultar superfluos.

2. Marco legal: Constitución, Ley General de Sanidad y Ley de cohesión y calidad

El Ministerio basa el reparto de competencias sanitarias en tres normas: la **Constitución de 1978**, la **Ley 14/1986, General de Sanidad** y la **Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS** ^{F15}. La LGS crea el SNS y la Ley 16/2003 lo cohesiona: son las dos leyes sobre las que descansa el sistema sanitario actual, aunque el Ministerio enumera también otras, como la Ley General de Salud Pública (2011) ^{F15,F2,F3}.

Norma	Qué establece
Constitución Española (1978) , art. 43	«Se reconoce el derecho a la protección de la salud »; compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública; fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte ^{F1}
Constitución, art. 41	Régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos; «la asistencia y prestaciones complementarias serán libres » ^{F1}
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS)	Regula todas las acciones para hacer efectivo el derecho del art. 43; crea el Sistema Nacional de Salud ; publicada el 29/04/1986 ^{F2}
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS	Marco de coordinación y cooperación de las administraciones sanitarias para garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS; regula el catálogo de prestaciones, la cartera de servicios y el Consejo Interterritorial ^{F3}
Real Decreto 1030/2006 , de 15 de septiembre	Establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización ^{F4}

Las fechas

Constitución **1978** → Ley General de Sanidad **1986** (25 de abril) → transferencias completas a las CCAA **2002** → Ley de cohesión y calidad **2003** (28 de mayo) → cartera de servicios comunes **2006**.

EIR 2018 · 11

P14 · respuesta en el solucionario

Ley General de Sanidad: 1986

¿En qué año fue aprobada la vigente Ley General de Sanidad Española?:

1. 1978.
2. 1980.
3. 1982.
4. 1986.

Base legal del sistema de salud español

El actual Sistema de Salud español tiene su base legal en:

1. La Ley 14/1986 General de Sanidad.
2. La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS.
3. La Ley 52/1987 de Estructuras Sanitarias.
4. Las respuestas correctas son la 1 y la 2.
5. Las respuestas correctas son la 1 y la 3.

Principios de la LGS (art. 3). Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados **prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades**; la asistencia sanitaria pública se extenderá a **toda la población española**, con acceso y prestaciones en **condiciones de igualdad efectiva**; la política de salud se orientará a superar los desequilibrios territoriales y sociales; y se integrará el principio de igualdad entre mujeres y hombres ^{F2}.

Orientaciones de las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias (art. 6 LGS). Estarán orientadas ^{F2}:

- A la **promoción de la salud** ^{F2}.
- A **promover el interés individual, familiar y social por la salud** mediante la adecuada **educación sanitaria** de la población ^{F2}.
- A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la **prevención de las enfermedades y no sólo a la curación** de las mismas ^{F2}.
- A garantizar la **asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud** ^{F2}.
- A promover las acciones necesarias para la **rehabilitación funcional y reinserción social** del paciente ^{F2}.
- Y, desde 2007, a asegurar la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud ^{F2}.

Eficacia, no beneficencia

El art. 7 de la LGS dice que los servicios sanitarios adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de **eficacia, celeridad, economía y flexibilidad** ^{F2}. «Eficiencia, autonomía, beneficencia e interés público» no es la fórmula de la ley. Y el art. 6 no pide que las acciones se dirijan a la curación, sino a la **prevención y no sólo a la curación** ^{F2}.

Ley General de Sanidad: orientaciones de las administraciones sanitarias

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece las orientaciones que deben regir las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias. Seleccione la opción correcta:

1. Promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
2. Garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la curación de las enfermedades.
3. Financiar los fármacos y productos sanitarios necesarios para la atención de los pacientes.
4. Adecuar su organización y funcionamiento a los principios de eficiencia, autonomía, beneficencia e interés público.

Seguridad Social. La Constitución obliga a mantener un régimen público de Seguridad Social y declara **libres** la asistencia y las prestaciones complementarias ^{F1}. La Ley General de la Seguridad Social de **1974** lo formulaba así en su art. 21: «La protección que otorga el Sistema de la Seguridad Social tiene **carácter mínimo y obligatorio** para las personas incluidas en su campo de aplicación», y esa protección «podrá ser **mejorada voluntariamente**» ^{F6}. La ley vigente (texto refundido de 2015) basa el sistema en los principios de **universalidad, unidad, solidaridad e igualdad**, con modalidades **contributiva y no contributiva**, y mantiene que la modalidad contributiva podrá ser **mejorada voluntariamente** ^{F5}.

«Mínimo y obligatorio»: la fórmula de 1974

En **EIR2023-162** la respuesta oficial es que la protección básica de la Seguridad Social tiene carácter **mínimo y obligatorio**. Es la fórmula literal del art. 21.1 de la Ley General de la Seguridad Social de **1974** ^{F6}: obligatoria para quienes están en su campo de aplicación y mínima porque puede mejorarse voluntariamente. La fórmula desapareció ya con el texto refundido de **1994**, cuyo art. 39 solo dice que la modalidad contributiva podrá ser mejorada voluntariamente ^{F24}; la ley vigente de 2015 tampoco la usa: habla de «protección adecuada» y de los principios de universalidad, unidad, solidaridad e igualdad, aunque conserva las **mejoras voluntarias** de la modalidad contributiva ^{F5}, en línea con el art. 41 de la Constitución, que declara libres las prestaciones complementarias ^{F1}.

Seguridad Social: protección básica mínima y obligatoria

El sistema básico de protección y cobertura de la Seguridad Social tiene el carácter de:

1. Máximo y obligatorio.
2. Mínimo y voluntario.
3. Mínimo y obligatorio.
4. Mínimo y máximo.

3. El Sistema Nacional de Salud: definición, características y derecho a la asistencia

Definición legal. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el SNS; 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** (art. 44 LGS) ^{F2}. Integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (art. 45) ^{F2}. En cada comunidad autónoma se constituye un **Servicio de Salud** que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y demás administraciones territoriales intracomunitarias (art. 50) ^{F2}.

Características fundamentales del SNS (art. 46 LGS) ^{F2}

- a) La **extensión de sus servicios a toda la población**.
- b) La organización adecuada para prestar una **atención integral** a la salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- c) La **coordinación y, en su caso, la integración** de todos los recursos sanitarios públicos en un **dispositivo único**.
- d) La **financiación** mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando **altos niveles de calidad** debidamente evaluados y controlados.

Principios que resume el Ministerio: financiación pública, **universalidad y gratuidad** de los servicios en el momento del uso; derechos y deberes definidos para ciudadanos y poderes públicos; **descentralización política** en las comunidades autónomas; atención integral de alta calidad; e integración de las estructuras públicas en el SNS ^{F15}. La descentralización culminó en **2002**, cuando todas las comunidades autónomas asumieron las competencias sanitarias ^{F16}; los traspasos duraron 21 años (1981-2002) y entonces el INSALUD desapareció y se transformó en el **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)** ^{F11}. Hoy la cobertura es prácticamente universal y se financia **sobre todo con impuestos** ^{F12}.

Principios de la Ley 16/2003 (art. 2): prestación de servicios en **igualdad efectiva y calidad; aseguramiento universal y público** por parte del Estado; coordinación y cooperación de las administraciones para superar las desigualdades en salud; atención integral; **financiación pública** según el sistema de financiación autonómica; igualdad de oportunidades y libre circulación de los profesionales; colaboración entre servicios públicos y privados; y colaboración de las oficinas de farmacia en la prestación farmacéutica ^{F3}.

Titulares del derecho (art. 3 de la Ley 16/2003, redacción del Real Decreto-ley 7/2018). Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria **todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español** ^{F3}. Entre 2012 y 2018 el art. 3 hablaba de la «condición de **asegurado**» (trabajadores afiliados, pensionistas, perceptores de prestaciones...); desde 2018 el derecho volvió a basarse en la **residencia** ^{F3,F12}.

Extranjeros no registrados ni autorizados como residentes (art. 3 ter). «Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España **tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española**» ^{F3}. La asistencia es con cargo a fondos públicos si no tienen obligación de acreditar la cobertura por otra vía, no pueden exportar el derecho desde su país y no existe un tercero obligado al pago ^{F3}. No se exige póliza privada ni se limita a urgencias ^{F3}.

«Al menos» no está en la ley

El art. 3 ter dice «**en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española**» ^{F3}. Si una opción añade «al menos», sigue siendo la única que reconoce ese derecho igual al de los españoles, sin póliza privada y sin limitarlo a urgencias; las que lo niegan o lo recortan son falsas ^{F3}.

EIR 2021 · 173

P8 · respuesta en el solucionario

Ley 16/2003: asistencia sanitaria a extranjeros no registrados

Conforme a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, las personas extranjeras que encontrándose en España no estén registradas ni autorizadas como residentes en España:

1. No tendrán derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.
2. Tendrán derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, para lo que resultará preceptivo suscribir una póliza de aseguramiento privado.
3. Tendrán derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, al menos en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española.
4. Tendrán derecho a la prestación de protección de la salud y atención sanitaria básicas, exclusivamente en caso de situaciones de urgencia o emergencia vital.

Derechos en el conjunto del SNS (art. 4 de la Ley 16/2003). Los ciudadanos tienen derecho ^{F3}:

- a) A disponer de una **segunda opinión** facultativa sobre su proceso ^{F3}.
- b) A recibir asistencia sanitaria **en su comunidad autónoma de residencia** en un **tiempo máximo** ^{F3}.
- c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma **en la que se encuentre desplazado**, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del SNS que pudiera requerir, **en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma** ^{F3}.

★ El desplazado

Quien está **desplazado** en otra comunidad autónoma recibe la asistencia de **esa** comunidad y en las mismas condiciones que **los residentes en esa** comunidad, no en las de su comunidad de origen ^{F3}. Además, el acceso a las prestaciones se garantiza con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentre el usuario en cada momento (art. 24) ^{F3}.

Ley 16/2003: asistencia al desplazado en otra comunidad autónoma

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce, entre otros, el derecho de los ciudadanos a:

1. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que resida, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en otra comunidad autónoma.
2. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.
3. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que resida, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en el conjunto de la Unión Europea.
4. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías de la comunidad autónoma en la que resida.

4. Reparto de competencias: Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos

Constitución. El Estado tiene **competencia exclusiva** sobre «**Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos**» (art. 149.1.16.^a) y sobre la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social (149.1.17.^a) ^{F1}. Las comunidades autónomas pueden asumir competencias en «**Sanidad e higiene**» (art. 148.1.21.^a) ^{F1}. Según la LGS, lo que no se haya reservado expresamente al Estado se entiende atribuido a las comunidades autónomas (art. 41.2) ^{F2}.

Administración	Competencias en materia sanitaria (cuadro del Ministerio, basado en la Constitución, la LGS y la Ley 16/2003) ^{F15}
Estado	Bases y coordinación de la sanidad; sanidad exterior ; política del medicamento ; gestión de INGESA
Comunidades autónomas	Planificación sanitaria; salud pública ; gestión de los servicios de salud
Corporaciones locales	Salubridad ; colaboración en la gestión de los servicios públicos

Qué significa cada competencia del Estado. Las **bases y coordinación** consisten en fijar las condiciones y requisitos mínimos para una igualación básica del funcionamiento de los servicios públicos; la **sanidad exterior**, en la vigilancia y control de los riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros; en **productos farmacéuticos**, el Estado tiene la **legislación sobre medicamentos y productos sanitarios**, su evaluación, autorización y registro, la farmacovigilancia y la decisión sobre su financiación pública y precio ^{F15}. A través del **INGESA**, la Administración central gestiona la asistencia sanitaria de **Ceuta y Melilla** ^{F15}.

EIR 2020 · 87

P9 · respuesta en el solucionario

Competencias de la Administración del Estado (la planificación sanitaria no)

Atendiendo a la Constitución Española de 1978, a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señale la competencia en materia sanitaria que NO corresponde a la administración del estado y sí a las Comunidades Autónomas:

1. Bases y coordinación de la sanidad.
2. Planificación Sanitaria.
3. Sanidad exterior.
4. Gestión de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Legislación farmacéutica: competencia de la Administración Central

Dentro del organigrama de competencias del Sistema Nacional de Salud, la legislación farmacéutica le corresponde a:

1. La Administración Central.
2. Los Servicios Regionales de Salud.
3. La Administración Autonómica.
4. La Administración Local.
5. Todos ellos a nivel de sus competencias específicas.

Actuaciones de la Administración del Estado en la LGS (art. 40), entre otras ^{F2}:

- Determinar los métodos de análisis y los requisitos mínimos en materia de control sanitario del medio ambiente ^{F2}.
- Los requisitos sanitarios de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos ^{F2}.
- El **registro general sanitario de alimentos** y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan ^{F2}.
- La reglamentación, autorización y registro de los **medicamentos** de uso humano y veterinario y de los productos sanitarios ^{F2}.
- El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios; la homologación de programas de formación postgraduada y especialización ^{F2}.
- Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos en situaciones de riesgo de interés nacional o internacional, y los sistemas de información y estadísticas de interés supracomunitario ^{F2}.

Ayuntamientos (art. 42.3 LGS). Sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones, tienen como responsabilidades mínimas ^{F2}: el **control sanitario del medio ambiente** (contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, aguas residuales, residuos); el **control sanitario de industrias**, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones; el control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana; el **control sanitario de la distribución y suministro de alimentos**; y el **control sanitario de los cementerios** y policía sanitaria mortuoria ^{F2}. Las corporaciones locales participan además en los órganos de dirección de las Áreas de Salud (art. 42.2) ^{F2}.



Registro frente a control

El **registro** general sanitario de alimentos es del **Estado** (art. 40.3 LGS); el **control** sanitario del medio ambiente, de las industrias, de los alimentos que se distribuyen y de los cementerios es responsabilidad mínima de los **ayuntamientos** (art. 42.3) ^{F2}.

Competencia exclusiva del Estado: registro sanitario de alimentos

Indique qué competencia es exclusiva del Estado respecto a los temas de sanidad, según Ley General de Sanidad:

1. Registro sanitario de alimentos.
2. Control sanitario del medio ambiente.
3. Control sanitario cementerios.
4. Control sanitario de alimentos.
5. Control sanitario de industrias.

5. El Consejo Interterritorial del SNS

Definición vigente (art. 69 de la Ley 16/2003). «El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el **órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado**», y su finalidad es **promover la cohesión del SNS** mediante la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio ^{F3}. Eleva cada año al **Senado** una memoria de sus actividades ^{F3}.

Origen. Lo creó la **Ley General de Sanidad de 1986** (art. 47), que lo definía como «el **órgano permanente de comunicación e información** de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal»; entonces lo formaban un representante de cada comunidad autónoma e igual número de miembros de la Administración del Estado ^{F2}. Ese art. 47 fue **derogado por la Ley 16/2003**, que hoy lo regula en sus arts. 69 a 75 y añade a la definición la **coordinación y la cooperación** ^{F2,F3}.

Consejo Interterritorial	Ley 16/2003 ^{F3}
Composición (art. 70)	El ministro de Sanidad (presidente) y los consejeros de sanidad de las comunidades autónomas; la vicepresidencia la ocupa uno de los consejeros, elegido por todos ellos; tiene una Secretaría (con voz y sin voto). Según el Ministerio, el Pleno lo forman hoy los titulares del Ministerio y de las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas y de las Ciudades con Estatuto de Autonomía (Ceuta y Melilla) ^{F22}
Funciones (art. 71)	Es «el principal instrumento de configuración del SNS »; conoce, debate y, en su caso, emite recomendaciones sobre la cartera de servicios y su actualización, las prestaciones complementarias de las CCAA, el uso tutelado , los tiempos máximos de acceso, los servicios de referencia, los planes integrales o la financiación pública de medicamentos, entre otras
Acuerdos (art. 73)	«Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso »; aprueba su propio reglamento interno
Comisiones (art. 74)	Comisión Delegada: la ley dice que la preside el secretario general de Sanidad, con un representante de cada comunidad autónoma con rango de viceconsejero y uno del Ministerio; hoy la preside el titular de la Secretaría de Estado de Sanidad ^{F22} . Es el órgano de apoyo y discusión previa de los asuntos del Consejo
Convenios (art. 72)	Las actuaciones sanitarias conjuntas se formalizan mediante convenios del Consejo Interterritorial

El Pleno se reúne **al menos cuatro veces al año**, a iniciativa del presidente o cuando lo pida un tercio de sus miembros ^{F22}, y sus acuerdos se plasman en **recomendaciones que se aprueban por consenso** ^{F15}. Aprobó, por ejemplo, la Estrategia de Salud Digital del SNS en 2021 ^{F18}.

Recomendaciones y consenso

Las dos palabras que se cambian en el examen: los acuerdos son **recomendaciones** (no «instrucciones») y se aprueban **por consenso** (no por mayoría simple) ^{F3}. Y el órgano permanente de comunicación e información entre los servicios de salud y con el Estado es el **Consejo Interterritorial**, no el Área de Salud ni ningún «comité» ^{F2,F3}.

EIR 2017 · 104

P16 · respuesta en el solucionario

Consejo Interterritorial del SNS: órgano permanente de comunicación

¿Cuál es el órgano permanente de comunicación e información entre los distintos servicios de salud y con la administración central del Estado actualmente en España?:

1. Las Áreas de Salud.
2. El Comité Interautonómico de Salud del Estado Español.
3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
4. El Consejo Regional Sanitario del Estado Español.

EIR 2018 · 12

P13 · respuesta en el solucionario

Consejo Interterritorial del SNS: órgano permanente de comunicación

¿Cómo se denomina al órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la administración estatal en España?:

1. Comité Técnico del Sistema Nacional de Salud para la Coordinación.
2. Comité de Coordinación Sanitaria Nacional.
3. Consejo Coordinador entre las Comunidades Autónomas.
4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

EIR 2021 · 174

P7 · respuesta en el solucionario

Consejo Interterritorial del SNS: acuerdos por consenso

Señale la respuesta correcta en relación con el régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

1. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por mayoría simple de sus miembros.
2. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de instrucciones que se aprobarán, en su caso, por consenso.
3. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso.
4. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de instrucciones que se aprobarán, en su caso, por mayoría simple de sus miembros.

6. Organización territorial y niveles asistenciales: áreas de salud y zonas básicas

Áreas de Salud (art. 56 LGS). Las comunidades autónomas delimitan y constituyen en su territorio demarcaciones denominadas **Áreas de Salud** ^{F2}. «Las Áreas de Salud son **las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos**» ^{F2}.

- En cada Área se desarrolla la **atención primaria**, con trabajo en equipo dirigido al individuo, la familia y la comunidad (promoción, prevención, curación y rehabilitación), y la **atención especializada**, en hospitales y centros de especialidades, que presta la atención de mayor complejidad ^{F2}.
- Se delimitan por factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de vías de comunicación ^{F2}.
- Población: como regla general, **no inferior a 200.000 ni superior a 250.000 habitantes**; se exceptúan Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla; **cada provincia tendrá, como mínimo, un Área** ^{F2}.
- Cada Área está vinculada o dispone de **al menos un hospital general** (art. 65) ^{F2}.
- Órganos (art. 57): de participación, el **Consejo de Salud de Área**; de dirección, el **Consejo de Dirección de Área**; de gestión, el **Gerente de Área** ^{F2}.
- Las corporaciones locales participan en su órgano de dirección con una representación **no inferior al 40 %** (art. 56.3) ^{F2}.



Gestión unitaria = Área de Salud

Si el enunciado habla de «**estructura fundamental** del sistema sanitario» o de «**gestión unitaria** de los centros, prestaciones y programas en su demarcación», la respuesta es el **Área de Salud** (art. 56.2 LGS) ^{F2}. No es la Consejería, ni la zona básica, ni el Consejo Interterritorial ^{F2,F3}.

EIR 2015 · 153

P22 · respuesta en el solucionario

Áreas de Salud: gestión unitaria de centros y prestaciones

Según el artículo 56 de la Ley General de Sanidad de 1986, “la estructura responsable de la gestión unitaria de los centros, prestaciones y programas sanitarios a desarrollar en su demarcación territorial” es:

1. Centro integral de atención especializada.
2. Centro de Salud.
3. Zona Básica de Salud.
4. Equipo de Atención Primaria.
5. Área de Salud.

Áreas de Salud: gestión unitaria de centros y prestaciones

¿Qué son las Áreas de Salud, según la actual legislación española?:

1. El conjunto de establecimientos y profesionales sanitarios encargados de prestar atención sanitaria a los individuos.
2. El Órgano permanente de comunicación e información de los profesionales sanitarios en su ámbito de actuación.
3. Las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.
4. Las delimitaciones geográficas establecidas legalmente donde se ubican los recursos sanitarios para prestar atención especializada.

Áreas de Salud: gestión unitaria de centros y prestaciones

¿Cuál es la estructura fundamental del Sistema Sanitario Español que es responsable de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de cada Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos?:

1. Las Consejerías de Salud.
2. Las Áreas de Salud.
3. Los Consejos interterritoriales.
4. El Ministerio de Sanidad.

Zonas básicas de salud (arts. 62-63 LGS). Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el nivel primario, **las Áreas de Salud se dividen en zonas básicas de salud**; para delimitarlas se tienen en cuenta las distancias y el tiempo de recorrido de la población más alejada, la concentración o dispersión de la población, sus características epidemiológicas y las instalaciones y recursos sanitarios ^{F2}. «La zona básica de salud es **el marco territorial de la atención primaria de salud** donde desarrollan las actividades sanitarias los **Centros de Salud, centros integrales de atención primaria**» ^{F2}. Los centros de salud desarrollan de forma integrada y **mediante el trabajo en equipo** la promoción, prevención, curación y rehabilitación, individual y colectiva, de los habitantes de la zona ^{F2}.

Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud (vigente). La zona de salud, **marco territorial de la atención primaria**, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; la delimita la comunidad autónoma y su población podrá oscilar, como regla general, **entre 5.000 y 25.000 habitantes**, con excepciones en el medio rural disperso o cuando la población lo aconseje ^{F23}. Si abarca varios municipios, uno es la **cabecera**, a no más de **treinta minutos** de los demás con los medios habituales de locomoción ^{F23}.

Zona Básica de Salud: marco territorial de la AP

Según la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, el marco territorial de la Atención Primaria de Salud es:

1. El Distrito de Salud.
2. El Área de Salud.
3. La Zona Básica de Salud.
4. El Primer Nivel Asistencial.
5. El Centro de Atención Primaria.

Dos niveles asistenciales. El SNS se organiza en **atención primaria** y **atención especializada**, en los que el acceso espontáneo y la complejidad tecnológica están en **relación inversa**: a la primaria se accede de forma **espontánea**; a la especializada, **por indicación de los facultativos de atención primaria** ^{F15}. La atención primaria ofrece servicios básicos en una **isócrona de 15 minutos** desde cualquier lugar de residencia, en centros de salud con equipos multidisciplinares (médicos de familia, pediatras, enfermería y personal administrativo, y a veces trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas), y tiene encomendadas la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ^{F15}. El médico de familia es el primer punto de contacto con el sistema y actúa como **filtro** (gatekeeper) hacia la atención especializada ^{F12}.

Definiciones de la Ley 16/2003. La **atención primaria** es «el **nivel básico e inicial** de atención, que garantiza la **globalidad y continuidad** de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como **gestor y coordinador de casos y regulador de flujos**» (art. 12) ^{F3}. La **atención especializada** garantiza la continuidad de la atención integral una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que el paciente pueda reintegrarse en ese nivel, y se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día (art. 13) ^{F3}.

Recursos. En datos de 2023, el SNS cuenta con **3.055 centros de salud** y **10.003 consultorios locales**, y con **469 hospitales**, el 62,3 % de los 753 que hay en España ^{F21}. El gasto sanitario total de 2022 fue el **10,0 % del PIB** (7,4 % financiado con recursos públicos y 2,6 % con privados) ^{F21}.

7. Catálogo de prestaciones y cartera de servicios

Catálogo de prestaciones (art. 7 de la Ley 16/2003). Garantiza las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado; comprende las prestaciones de **salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, la de productos dietéticos y la de transporte sanitario** ^{F3}.

Cartera común de servicios (art. 8). Es «el **conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos**, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, **mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias**» ^{F3}. Se acuerda en el Consejo Interterritorial y se aprueba por real decreto ^{F3}. Tiene **tres modalidades** (art. 8.2): **básica** de servicios asistenciales, **suplementaria** y de **servicios accesorios**; aparte, cada comunidad autónoma puede aprobar su propia **cartera complementaria** (art. 8 quinquies) ^{F3}. El Real Decreto 1030/2006 añade que sus servicios tienen la consideración de **básicos y comunes**, necesarios para una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios ^{F4}.

Cartera (desde el Real Decreto-ley 16/2012)	Contenido ^{F3}
Cartera común básica de servicios asistenciales (art. 8 bis)	Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios o sociosanitarios y transporte sanitario urgente, con financiación pública completa ; debe garantizar la continuidad asistencial
Cartera común suplementaria (art. 8 ter)	Prestaciones de dispensación ambulatoria sujetas a aportación del usuario : farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente
Cartera común de servicios accesorios (art. 8 quáter)	Actividades, servicios o técnicas sin carácter de prestación, no esenciales o coadyuvantes en patologías crónicas, sujetas a aportación y/o reembolso
Cartera complementaria de las CCAA (art. 8 quinquies)	Cada comunidad autónoma incluye, cuando menos, la cartera común y puede incorporar técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en ella , con recursos adicionales propios



Las CCAA sí pueden ampliar la cartera

«Las comunidades autónomas **podrán incorporar** en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento **no contemplado** en la cartera común de servicios del SNS, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios» ^{F3,F4}. Esos servicios complementarios no entran en la financiación general del SNS, y la comunidad debe informar antes al Consejo Interterritorial ^{F3}.

Carteras de servicios complementarias de las comunidades autónomas

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la Cartera de Servicios Comunes al Sistema Nacional de Salud:

1. Las Comunidades Autónomas no podrán incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.
2. Es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.
3. Los servicios contenidos tienen la consideración de básicos y comunes.
4. Debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios.

Actualización y uso tutelado. Las nuevas técnicas se evalúan, con carácter preceptivo y previo a su uso en el SNS, por la **Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS** (art. 21) ^{F3}. El **uso tutelado** (art. 22) lo autoriza el Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, y tiene como finalidad **establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia** de una técnica, tecnología o procedimiento **antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera** de servicios del SNS ^{F3}. Se realiza con un diseño de investigación, por periodos limitados, en centros autorizados, con protocolos específicos y **consentimiento informado** de los pacientes, y se financia con el Fondo de cohesión ^{F3}.

Uso tutelado de técnicas antes de su inclusión en la cartera

El uso de una técnica, tecnología o procedimiento para establecer su grado de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se denomina:

1. Uso dirigido.
2. Uso tutelado.
3. Uso experimental.
4. Uso limitado.

Cartera de servicios comunes de atención primaria (anexo II del Real Decreto 1030/2006). Tiene **nueve apartados**, que coinciden con los del art. 12.2 de la Ley 16/2003 ^{F4,F3}:

- 1. Atención sanitaria **a demanda, programada y urgente** tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo ^{F4}.
- 2. Indicación o prescripción y realización de **procedimientos diagnósticos y terapéuticos** ^{F4}.
- 3. Actividades en materia de **prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria** ^{F4}.
- 4. **Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud** ^{F4}.
- 5. **Rehabilitación básica** ^{F4}.

- 6. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos ^{F4}.
- 7. **Atención paliativa a enfermos terminales** ^{F4}.
- 8. Atención a la **salud mental** en coordinación con los servicios de atención especializada ^{F4}.
- 9. Atención a la **salud bucodental** ^{F4}.

«Información y vigilancia epidemiológica» era el título de la cartera de salud pública

En la redacción de 2006 (vigente hasta abril de 2026), «**Información y vigilancia epidemiológica**» era el título del apartado 1 de la cartera de **salud pública** (anexo I), no un apartado de la cartera de atención primaria ^{F4}. El apartado equivalente de primaria se llama «**Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud**» ^{F4,F3}; dentro de él, hasta 2026, había un subapartado de vigilancia epidemiológica: participar en la declaración obligatoria de enfermedades, en las redes de médicos centinela y en la farmacovigilancia ^{F4}. Desde el 21/04/2026 ese subapartado se llama «**vigilancia en salud pública**», y el apartado 1 del anexo I, «Información y vigilancia en salud pública» ^{F4}.

EIR 2025 · 51

P2 · respuesta en el solucionario

Cartera de servicios comunes de AP: servicios no incluidos

Dentro de la cartera de servicios comunes de atención primaria, NO se encuentra:

1. Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. Información y vigilancia epidemiológica.
3. Atención paliativa a enfermos terminales.
4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

Procedimientos diagnósticos (apartado 2.1). Hay que distinguir los **procedimientos diagnósticos básicos realizados en atención primaria** (2.1.1) de los **procedimientos con acceso desde atención primaria** (2.1.2), que se realizan en otro nivel ^{F4}. En la redacción original de 2006, los básicos eran: anamnesis y exploración física; **espirometría, medición del flujo espiratorio máximo y pulsioximetría**; exploraciones cardiovasculares: **electrocardiografía, oscilometría y/o doppler**; otoscopia, laringoscopia indirecta y acúmetría cualitativa; agudeza visual y fondo de ojo; determinaciones analíticas con técnica seca; obtención de muestras biológicas; y **tests psicoafectivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida** ^{F4}. Con acceso desde primaria estaban las **pruebas de laboratorio**, la **anatomía patológica**, el diagnóstico por imagen y la endoscopia digestiva ^{F4}.

La lista de 2025

La Orden SND/454/2025 (en vigor el 14/05/2025) amplió los procedimientos básicos: espirometría, flujo espiratorio máximo, pulsioximetría y **cooximetría**; ECG, doppler para el índice tobillo-brazo, **MAPA y AMPA**; ecografía clínica, dermatoscopia, test rápidos (glucemia e INR capilar, Mantoux, virus respiratorios, estreptococo, PCR capilar, troponina, dímero D, test de embarazo, tira de orina...), entre otros ^{F4}. La **anatomía patológica** y las pruebas de laboratorio siguen siendo procedimientos **con acceso desde atención primaria**, no básicos realizados en ella ^{F4}.

EIR 2017 · 50

P18 · respuesta en el solucionario

Cartera de servicios comunes de AP: procedimientos diagnósticos básicos

La Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud define los procedimientos diagnósticos y terapéuticos accesibles en el nivel de Atención Primaria. Señale los procedimientos que **NO** son considerados procedimientos diagnósticos básicos:

1. Espirometría, medición del flujo espiratorio máximo y pulsioximetría.
2. Exploraciones cardiovasculares: electrocardiografía, oscilometría y/o doppler.
3. Test psicoafectivos, sociales, de morbilidad y/o de calidad de vida.
4. Anatomía patológica.

Procedimientos terapéuticos (apartado 2.2), sin cambios desde 2006 ^{F4}: indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (incluidos el material para la insulina y el seguimiento del tratamiento anticoagulante oral en coordinación con especializada); administración de **tratamientos parenterales**; curas, suturas y tratamiento de úlceras cutáneas; **inmovilizaciones**; **infiltraciones**; aplicación de aerosoles; taponamiento nasal; extracción de tapones auditivos y de cuerpos extraños; cuidados de estomas; sondajes vesicales y nasogástricos; resucitación cardiopulmonar; **terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado**; y cirugía menor ^{F4}. Las **vacunaciones no son un procedimiento terapéutico**: figuran en el apartado 3, entre las **actividades preventivas**, según el calendario aprobado por el Consejo Interterritorial ^{F4}.

EIR 2019 · 61

P10 · respuesta en el solucionario

Cartera de servicios comunes de AP: procedimientos terapéuticos

Según el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, identifica cual **NO** es un procedimiento terapéutico en la Cartera de Servicios comunes de Atención Primaria:

1. Infiltraciones.
2. Inmovilizaciones.
3. Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado.
4. Vacunaciones.

Servicios de atención a la mujer (apartado 6.3) ^{F4}:

- **Detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama**, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada ^{F4}.
- Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos e interrupción voluntaria del embarazo ^{F4}.
- Atención al embarazo y puerperio: **captación** de la embarazada en el primer trimestre y **detección de los embarazos de riesgo; seguimiento del embarazo normal**, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada; **educación maternal** (lactancia materna, prevención de la incontinencia urinaria, preparación al parto); y **visita puerperal en el primer mes del posparto** para valorar a la mujer y al recién nacido ^{F4}.
- **Prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio** ^{F4}.

Embarazo normal, no de riesgo

En la cartera de primaria la atención primaria **detecta** los embarazos de riesgo y hace el **seguimiento del embarazo normal** coordinado con especializada ^{F4}. El seguimiento del **embarazo de riesgo** no figura entre los servicios de atención a la mujer de primaria ^{F4}.

EIR 2018 · 198

P11 · respuesta en el solucionario

Cartera de servicios comunes: atención a la mujer

La Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud vigente comprende servicios de atención a la mujer. ¿Cuál de las siguientes actividades NO se contempla?:

1. Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido.
2. Prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.
3. Seguimiento del embarazo de riesgo de manera coordinada con atención especializada.
4. Detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico.

Cartera de servicios estandarizada de atención primaria (documento del Ministerio de 2010). En la atención primaria española, la cartera de servicios **no se concibió únicamente como un catálogo de prestaciones**: se construyó como **una selección de servicios priorizada, en función de necesidades y demandas de la población** y de las prioridades de política sanitaria, **con una organización específica para la prestación de los servicios** ^{F20}. Esa organización tiene tres elementos fundamentales: **base poblacional con identificación de la población diana**, criterios de calidad explícitos y indicadores y metodología para su evaluación ^{F20}. Se estableció en los años 90 (1991 en el INSALUD) ^{F20}.

La unidad básica de la cartera es el **servicio**: un conjunto de actividades o criterios de actuación para un problema o proceso de salud, con especificación de la población a la que se dirige; cada servicio se estructura en definición, requisitos de acreditación, población diana, **normas de calidad**, sistema de registro, indicadores de cobertura, proceso o resultado, bibliografía y anexos ^{F20}. Además de catálogo, la cartera es una herramienta de gestión, de práctica clínica homogénea y de mejora continua de la calidad ^{F20}.

Cartera frente a normas de calidad

La cartera de servicios de AP **no** es una guía de máximos para la enfermera ni una base poblacional **sin** identificación de la población diana, y tampoco es el conjunto de criterios de calidad: las **normas de calidad** son solo uno de los componentes de cada servicio ^{F20}. Lo que la define es ser una **selección priorizada** de servicios según necesidades y demandas de la población, con una **organización específica**

^{F20}

EIR 2016 · 72

P21 · respuesta en el solucionario

Cartera de servicios estandarizada de AP: definición

Señale la respuesta correcta. Respecto a la Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS):

1. Entre sus elementos fundamentales se encuentra la base poblacional sin identificación de la población diana.
2. Es el conjunto de actividades, técnicas, procedimientos que funcionan como guía de máximos a realizar por parte de una enfermera en la Atención Primaria.
3. Es el catálogo de prestaciones, construido como la selección de servicios priorizada, en función de necesidades y demandas de la población, y con una organización específica para la prestación de los servicios.
4. Es el conjunto de criterios de calidad de la atención sanitaria, que se caracterizan por ser objetivables, fácilmente medibles, evaluables y verificables, y basados en el consenso de expertos.

8. Estrategias y planes del SNS: cronicidad, salud digital y pseudoterapias

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (2012). Su misión es orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral ^{F17}. Las define como las de **previsible larga duración y generalmente de progresión lenta**, que suelen asociarse a discapacidad o dependencia y repercuten en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus cuidadoras ^{F17}.

Qué condiciones considera. Uno de sus principios rectores es la «consideración de **todas** las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico»: en el ámbito internacional, las estrategias se centran en las más prevalentes y con mayor mortalidad, «**las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y los problemas de salud mental**», pero la Estrategia exige tener en cuenta también las condiciones menos frecuentes que repercuten de manera importante en la calidad de vida ^{F17}. Otros principios: las personas en el centro del SNS, enfoque de salud poblacional, ciclo de vida y determinantes sociales, **la atención primaria como eje** de la atención y la continuidad asistencial ^{F17}.

La lista literal

Es fácil encontrar opciones con las mismas cinco enfermedades en otro orden o con otra redacción. La redacción literal de la Estrategia es: «las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y los **problemas de salud mental**», en este orden; no habla de «enfermedad mental» ni de «minusvalía» ^{F17}.

EIR 2016 · 83

P34 · respuesta en el solucionario

Estrategia de abordaje de la cronicidad 2012: condiciones crónicas incluidas

De acuerdo con la estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2012, se consideran todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico como:

1. Enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
2. Enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y problemas de salud mental.
3. Problemas de salud mental con minusvalía, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.
4. Enfermedades cardiovasculares, enfermedad mental, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes.

Intervenciones organizativas prioritarias. La Estrategia destaca como intervenciones organizativas prioritarias para mejorar el abordaje de la cronicidad **el fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria y la reorganización de la atención**, y como elemento común a todas ellas **la implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud** ^{F17}. El **copago** no aparece en el documento: no es una de sus medidas ^{F17}.

Cronicidad: medidas organizativas prioritarias (el copago no lo es)

Una de las siguientes medidas organizativas, NO es prioritaria para la mejora del abordaje de la cronicidad en el sistema sanitario:

1. Fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria.
2. Implicación de los pacientes en su autocuidado.
3. Reorganización de la atención.
4. Copago por la utilización de servicios de Urgencias y consultas de Atención Primaria.

Línea estratégica (6 líneas, 20 objetivos)	Ejemplos de objetivos y recomendaciones ^{F17}
3.1 Promoción de la salud	Salud en Todas las Políticas; participación social; capacitación para la autonomía y el autocuidado ; « Garantizar a la población información de calidad, veraz y no sesgada , sobre la salud en general...» (recomendación 10); escuelas de pacientes, paciente activo y paciente experto
3.2 Prevención de las condiciones crónicas	Reducir tabaquismo, alcohol, inactividad física y alimentación no saludable; detección y diagnóstico precoz; prevenir la pérdida funcional y las complicaciones
3.3 Continuidad asistencial	Trabajo en equipos interdisciplinarios; transición entre niveles; recursos para que atención primaria coordine los procesos; atención domiciliaria potenciando a la enfermería de atención primaria ; atención 7x24
3.4 Reorientación de la atención sanitaria	Estratificar a la población; valoración integral (biomédica, psicológica, funcional y social) y multidisciplinar ; planes individualizados de atención ; potenciar la gestión de casos en pacientes crónicos complejos y pluripatológicos; optimizar la farmacoterapia del polimedicado (el criterio más extendido parece ser el de 5 medicamentos crónicos)
3.5 Equidad en salud e igualdad de trato	Reducir desigualdades con enfoque de determinantes sociales y de género; eliminar la discriminación por enfermedad o discapacidad
3.6 Investigación e innovación	Investigación sobre la génesis de la cronicidad; innovación tecnológica y organizativa

Reorientación, no promoción

Las medidas de **reorientación de la atención sanitaria** son la estratificación, la valoración integral y multidisciplinar, los planes individualizados de atención y la gestión de casos ^{F17}. «Garantizar a la población información de calidad, veraz y no sesgada» pertenece a la línea de **promoción de la salud** ^{F17}.

EIR 2017 · 15

P19 · respuesta en el solucionario

Estrategia de cronicidad: medidas de reorientación de la atención

La estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, establece las medidas para la reorientación de la atención sanitaria a la cronicidad. De las siguientes medidas, una NO está destinada a este fin:

1. Potenciar la gestión de casos.
2. Garantizar la valoración integral y multidisciplinar de los pacientes.
3. Garantizar a la población información de calidad, veraz y no sesgada, sobre la salud en general.
4. Implantar planes individualizados de atención.

Estrategia de Salud Digital del SNS (2021). La aprobó el Consejo Interterritorial el **2 de diciembre de 2021** ^{F18}. Tiene **cuatro objetivos estratégicos**: capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud (Personas y Salud); maximizar el valor de los procesos (Procesos de Valor); información interoperable y de calidad, con un **Espacio Nacional de Datos de Salud**; e **Innovación y atención sanitaria 5P** ^{F18}. Las **5P** son: **Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa** ^{F18}. Se articula en tres líneas de actuación: servicios sanitarios digitales, interoperabilidad de la información y analítica de datos ^{F18}.

Las 5P

Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa: empieza por la población y acaba en la participación ^{F18}. No incluye «potenciadora», «promoción» ni «profesionalización».

EIR 2025 · 56

P32 · respuesta en el solucionario

Estrategia de Salud Digital: medicina 5P

Dentro del objetivo estratégico Innovación y atención sanitaria 5P, de la Estrategia de Salud Digital del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, las 5P corresponden a:

1. Preventiva, predictiva, personalizada, participativa y potenciadora.
2. Prevención, promoción, personalización, participación y profesionalización.
3. Poblacional, preventiva, predictiva, personalizada y participativa.
4. Población, participación, potenciación, personalización y planificación.

Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias (noviembre de 2018). Define pseudoterapia como la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria **que no tenga**

soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad ^{F19}. Tiene cuatro líneas ^{F19}:

- **Línea 1:** generar y difundir información basada en la evidencia; su primer objetivo es «**Analizar las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud**» ^{F19}.
- **Línea 2:** **evitar la publicidad engañosa** de las pseudoterapias, modificando las normas sobre autorización de centros y sobre publicidad ^{F19}.
- **Línea 3:** garantizar que todas las actividades sanitarias las realizan profesionales con titulación oficial y **eliminar de los centros sanitarios las pseudoterapias** ^{F19}.
- **Línea 4:** reforzar la evidencia científica en la formación de los profesionales sanitarios (grado, especializada y continuada) y **no otorgar el reconocimiento de interés sanitario** a actos que promuevan pseudoterapias ^{F19}.

El plan no autoriza pseudoterapias

El objetivo del plan es **eliminar** las pseudoterapias de los centros sanitarios y evaluarlas con la evidencia científica, no autorizarlas en centros acreditados ni en manos de profesionales sanitarios ^{F19}.

EIR 2019 · 59

P33 · respuesta en el solucionario

Plan frente a las pseudoterapias: objetivos

Son objetivos previstos en el Plan del Gobierno Español para la protección de la salud frente a las pseudoterapias:

1. Analizar las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Autorizar el uso de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos casos cuyo titular de la acción sea un profesional sanitario con el título de Grado o equivalente y esté debidamente acreditado para ejercer una profesión sanitaria y bajo su propia responsabilidad.
3. Autorizar la realización de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos centros que cuenten con la acreditación oficial de centro sanitario reconocido.
4. Desarrollar alianzas con la Conferencia de Decanos, los/las Rectores/as, las CCAA, la comunidad universitaria y los colegios profesionales para garantizar que las pseudoterapias se lleven a cabo única y exclusivamente por los profesionales autorizados.

Todas las preguntas del tema (31)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 149

P1 · respuesta en el solucionario

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece las orientaciones que deben regir las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias. Seleccione la opción correcta:

1. Promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
2. Garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la curación de las enfermedades.
3. Financiar los fármacos y productos sanitarios necesarios para la atención de los pacientes.
4. Adecuar su organización y funcionamiento a los principios de eficiencia, autonomía, beneficencia e interés público.

EIR 2025 · 51

P2 · respuesta en el solucionario

Dentro de la cartera de servicios comunes de atención primaria, NO se encuentra:

1. Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. Información y vigilancia epidemiológica.
3. Atención paliativa a enfermos terminales.
4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

EIR 2025 · 24

P3 · respuesta en el solucionario

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la Cartera de Servicios Comunes al Sistema Nacional de Salud:

1. Las Comunidades Autónomas no podrán incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.
2. Es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.
3. Los servicios contenidos tienen la consideración de básicos y comunes.
4. Debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios.

El uso de una técnica, tecnología o procedimiento para establecer su grado de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se denomina:

1. Uso dirigido.
2. Uso tutelado.
3. Uso experimental.
4. Uso limitado.

El sistema básico de protección y cobertura de la Seguridad Social tiene el carácter de:

1. Máximo y obligatorio.
2. Mínimo y voluntario.
3. Mínimo y obligatorio.
4. Mínimo y máximo.

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce, entre otros, el derecho de los ciudadanos a:

1. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que resida, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en otra comunidad autónoma.
2. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.
3. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que resida, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en el conjunto de la Unión Europea.
4. Recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías de la comunidad autónoma en la que resida.

Señale la respuesta correcta en relación con el régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

1. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por mayoría simple de sus miembros.
2. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de instrucciones que se aprobarán, en su caso, por consenso.
3. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso.
4. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de instrucciones que se aprobarán, en su caso, por mayoría simple de sus miembros.

Conforme a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, las personas extranjeras que encontrándose en España no estén registradas ni autorizadas como residentes en España:

1. No tendrán derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.
2. Tendrán derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, para lo que resultará preceptivo suscribir una póliza de aseguramiento privado.
3. Tendrán derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, al menos en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española.
4. Tendrán derecho a la prestación de protección de la salud y atención sanitaria básicas, exclusivamente en caso de situaciones de urgencia o emergencia vital.

Atendiendo a la Constitución Española de 1978, a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señale la competencia en materia sanitaria que NO corresponde a la administración del estado y sí a las Comunidades Autónomas:

1. Bases y coordinación de la sanidad.
2. Planificación Sanitaria.
3. Sanidad exterior.
4. Gestión de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Según el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, identifica cual NO es un procedimiento terapéutico en la Cartera de Servicios comunes de Atención Primaria:

1. Infiltraciones.
2. Inmovilizaciones.
3. Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado.
4. Vacunaciones.

La Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud vigente comprende servicios de atención a la mujer. ¿Cuál de las siguientes actividades NO se contempla?:

1. Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido.
2. Prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.
3. Seguimiento del embarazo de riesgo de manera coordinada con atención especializada.
4. Detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico.

¿Cuál es la estructura fundamental del Sistema Sanitario Español que es responsable de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de cada Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos?:

1. Las Consejerías de Salud.
2. Las Áreas de Salud.
3. Los Consejos interterritoriales.
4. El Ministerio de Sanidad.

¿Cómo se denomina al órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la administración estatal en España?:

1. Comité Técnico del Sistema Nacional de Salud para la Coordinación.
2. Comité de Coordinación Sanitaria Nacional.
3. Consejo Coordinador entre las Comunidades Autónomas.
4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

¿En qué año fue aprobada la vigente Ley General de Sanidad Española?:

1. 1978.
2. 1980.
3. 1982.
4. 1986.

¿Qué son las Áreas de Salud, según la actual legislación española?:

1. El conjunto de establecimientos y profesionales sanitarios encargados de prestar atención sanitaria a los individuos.
2. El Órgano permanente de comunicación e información de los profesionales sanitarios en su ámbito de actuación.
3. Las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.
4. Las delimitaciones geográficas establecidas legalmente donde se ubican los recursos sanitarios para prestar atención especializada.

¿Cuál es el órgano permanente de comunicación e información entre los distintos servicios de salud y con la administración central del Estado actualmente en España?:

1. Las Áreas de Salud.
2. El Comité Interautonómico de Salud del Estado Español.
3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
4. El Consejo Regional Sanitario del Estado Español.

¿Qué entendemos por Sistema Sanitario?:

1. Conjunto de hospitales y centros de salud que componen la red pública sanitaria.
2. Conjunto de instituciones públicas y privadas implicadas directamente en el cuidado de la salud.
3. Conjunto de establecimientos y profesionales sanitarios encargados de la curación de los individuos.
4. Modelo público estructural que cubre las necesidades de salud de la población

La Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud define los procedimientos diagnósticos y terapéuticos accesibles en el nivel de Atención Primaria. Señale los procedimientos que NO son considerados procedimientos diagnósticos básicos:

1. Espirometría, medición del flujo espiratorio máximo y pulsioximetría.
2. Exploraciones cardiovasculares: electrocardiografía, oscilometría y/o doppler.
3. Test psicoafectivos, sociales, de morbilidad y/o de calidad de vida.
4. Anatomía patológica.

La estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, establece las medidas para la reorientación de la atención sanitaria a la cronicidad. De las siguientes medidas, una NO está destinada a este fin:

1. Potenciar la gestión de casos.
2. Garantizar la valoración integral y multidisciplinar de los pacientes.
3. Garantizar a la población información de calidad, veraz y no sesgada, sobre la salud en general.
4. Implantar planes individualizados de atención.

Una de las siguientes medidas organizativas, NO es prioritaria para la mejora del abordaje de la cronicidad en el sistema sanitario:

1. Fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria.
2. Implicación de los pacientes en su autocuidado.
3. Reorganización de la atención.
4. Copago por la utilización de servicios de Urgencias y consultas de Atención Primaria.

Señale la respuesta correcta. Respecto a la Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS):

1. Entre sus elementos fundamentales se encuentra la base poblacional sin identificación de la población diana.
2. Es el conjunto de actividades, técnicas, procedimientos que funcionan como guía de máximos a realizar por parte de una enfermera en la Atención Primaria.
3. Es el catálogo de prestaciones, construido como la selección de servicios priorizada, en función de necesidades y demandas de la población, y con una organización específica para la prestación de los servicios.
4. Es el conjunto de criterios de calidad de la atención sanitaria, que se caracterizan por ser objetivables, fácilmente medibles, evaluables y verificables, y basados en el consenso de expertos.

Según el artículo 56 de la Ley General de Sanidad de 1986, “la estructura responsable de la gestión unitaria de los centros, prestaciones y programas sanitarios a desarrollar en su demarcación territorial” es:

1. Centro integral de atención especializada.
2. Centro de Salud.
3. Zona Básica de Salud.
4. Equipo de Atención Primaria.
5. Área de Salud.

Al conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de productos especializados en forma de servicios sanitarios para la sociedad, se le denomina sistema:

1. Sanitario.
2. Social.
3. Seguros sociales.
4. Liberal.
5. De mercado.

Al conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de productos especializados en forma de servicios sanitarios para la sociedad, se le denomina sistema:

1. Sanitario.
2. Social.
3. De seguros sociales.
4. Liberal.
5. De mercado.

El actual Sistema de Salud español tiene su base legal en:

1. La Ley 14/1986 General de Sanidad.
2. La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS.
3. La Ley 52/1987 de Estructuras Sanitarias.
4. Las respuestas correctas son la 1 y la 2.
5. Las respuestas correctas son la 1 y la 3.

NO es un modelo de los servicios sanitarios:

1. Liberal.
2. Asistencia pública y beneficencia.
3. Integral.
4. Seguros médicos públicos y privados.
5. Servicios nacionales de salud.

Dentro del organigrama de competencias del Sistema Nacional de Salud, la legislación farmacéutica le corresponde a:

1. La Administración Central.
2. Los Servicios Regionales de Salud.
3. La Administración Autonómica.
4. La Administración Local.
5. Todos ellos a nivel de sus competencias específicas.

El modelo de salud conocido como el Modelo Bismark, se caracteriza por ser un sistema:

1. De seguros obligatorios cuya cobertura, asociada a la actividad productiva al igual que la financiación, corre a cargo de los empresarios y trabajadores.
2. Regulado por el estado y las empresas.
3. Sin intervención del estado.
4. Con un enfoque eminentemente reparador e individual, presenta una clara separación entre los servicios asistenciales, pertenecientes al ámbito privado, y los de salud pública, a cargo del estado.
5. De cobertura universal, basado en el reconocimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos y con financiación a cargo del estado.

Las estadísticas sugieren una relación directa entre desarrollo económico, gasto sanitario y salud. En relación a esta afirmación señale la opción correcta:

1. Cuando se llega a un nivel elevado de desarrollo del sistema sanitario, los ciudadanos no demandan más servicios.
2. La efectividad del gasto sanitario es muy lenta en el tramo inicial y en las etapas siguientes se acelera.
3. Los aumentos del gasto sanitario tienen una incidencia estadísticamente significativa y de manera exponencial en todos los indicadores de salud.
4. A partir de cierto nivel de crecimiento, el incremento en el gasto sanitario puede llegar a producir efectos negativos en los indicadores de salud.
5. El aumento del gasto sanitario, a partir de cierto nivel, puede conducir a una situación en la que los incrementos pueden resultar superfluos.

La forma en la que se organizan los recursos para la atención a la salud en un país se denomina:

1. Organización sanitaria.
2. Política de salud.
3. Sistema de salud.
4. Planificación sanitaria.
5. Sistema de gestión sanitaria.

Indique qué competencia es exclusiva del Estado respecto a los temas de sanidad, según Ley General de Sanidad:

1. Registro sanitario de alimentos.
2. Control sanitario del medio ambiente.
3. Control sanitario cementerios.
4. Control sanitario de alimentos.
5. Control sanitario de industrias.

Preguntas que también podrían ser de este tema (4)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2025 · 56

P32 · respuesta en el solucionario

Dentro del objetivo estratégico Innovación y atención sanitaria 5P, de la Estrategia de Salud Digital del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, las 5P corresponden a:

1. Preventiva, predictiva, personalizada, participativa y potenciadora.
2. Prevención, promoción, personalización, participación y profesionalización.
3. Poblacional, preventiva, predictiva, personalizada y participativa.
4. Población, participación, potenciación, personalización y planificación.

EIR 2019 · 59

P33 · respuesta en el solucionario

Son objetivos previstos en el Plan del Gobierno Español para la protección de la salud frente a las pseudoterapias:

1. Analizar las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Autorizar el uso de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos casos cuyo titular de la acción sea un profesional sanitario con el título de Grado o equivalente y esté debidamente acreditado para ejercer una profesión sanitaria y bajo su propia responsabilidad.
3. Autorizar la realización de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos centros que cuenten con la acreditación oficial de centro sanitario reconocido.
4. Desarrollar alianzas con la Conferencia de Decanos, los/las Rectores/as, las CCAA, la comunidad universitaria y los colegios profesionales para garantizar que las pseudoterapias se lleven a cabo única y exclusivamente por los profesionales autorizados.

EIR 2016 · 83

P34 · respuesta en el solucionario

De acuerdo con la estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2012, se consideran todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico como:

1. Enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
2. Enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y problemas de salud mental.
3. Problemas de salud mental con minusvalía, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.
4. Enfermedades cardiovasculares, enfermedad mental, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes.

Según la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, el marco territorial de la Atención Primaria de Salud es:

1. El Distrito de Salud.
2. El Área de Salud.
3. La Zona Básica de Salud.
4. El Primer Nivel Asistencial.
5. El Centro de Atención Primaria.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 149	1	
P2	EIR 2025 · 51	2	
P3	EIR 2025 · 24	1	
P4	EIR 2024 · 30	2	
P5	EIR 2023 · 162	3	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2022 · 60	2	
P7	EIR 2021 · 174	3	
P8	EIR 2021 · 173	3	
P9	EIR 2020 · 87	2	
P10	EIR 2019 · 61	4	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2018 · 198	3	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2018 · 13	2	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2018 · 12	4	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2018 · 11	4	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2017 · 112	3	
P16	EIR 2017 · 104	3	
P17	EIR 2017 · 103	2	
P18	EIR 2017 · 50	4	
P19	EIR 2017 · 15	3	
P20	EIR 2017 · 12	4	
P21	EIR 2016 · 72	3	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2015 · 153	5	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2014 · 176	1	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2013 · 163	1	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2013 · 160	4	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2011 · 98	3	
P27	EIR 2010 · 100	1	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2010 · 80	1	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2009 · 98	5	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2007 · 107	3	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2004 · 40	1	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2025 · 56	3	
P33	EIR 2019 · 59	1	hoja del archivo oficial
P34	EIR 2016 · 83	2	hoja del archivo oficial
P35	EIR 2014 · 119	3	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE-A-1978-31229). Texto consolidado, última actualización publicada el 20/05/2026. Arts. 41, 43, 148.1.21.^a y 149.1.16.^a-17.^a. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229> · consultada 2026-09-26
- **F2** Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE-A-1986-10499). Texto consolidado, última actualización publicada el 23/03/2023 (y redacción de 1986-2003 del art. 47, hoy derogado). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> · consultada 2026-09-26
- **F3** Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE-A-2003-10715). Texto consolidado, última actualización publicada el 31/07/2026. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715> · consultada 2026-09-26
- **F4** Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE-A-2006-16212). Texto consolidado, última actualización publicada el 31/07/2026, y redacciones anteriores del anexo II (2006). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212> · consultada 2026-09-26
- **F5** Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE-A-2015-11724). Texto consolidado, última actualización publicada el 31/07/2026. Arts. 2 y 43. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724> · consultada 2026-09-26
- **F6** Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE-A-1974-1165), art. 21. Norma derogada. · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1974-1165> · consultada 2026-09-26
- **F7** Organización Mundial de la Salud. 53.^a Asamblea Mundial de la Salud, documento A53/4. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 29 de marzo de 2000. · https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf · consultada 2026-09-26
- **F8** World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: OMS; 2000 (cap. 1, p. 5 y 12-13). · <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F9** Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo. Documento EB120/38. Sistemas de salud. Informe de la Secretaría. 8 de enero de 2007. · https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_38-sp.pdf · consultada 2026-09-26
- **F10** Tandon A, Kurowski C, Evans DB. 1.1 General taxation and social health insurance. En: Cylus J, Forman R, Shuftan N, Mossialos E, Smith PC (eds.). Paying for Health: Learning from International Experience in Health Financing. European Observatory on Health Systems and Policies / Cambridge University Press; 2026. doi:10.1017/9781009746274. · https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/paying-for-health-cup_files/1-1-general-taxation-and-social-health-insurance.pdf?sfvrsn=1860f859_1 · consultada 2026-09-26
- **F11** European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems and Policy Monitor. Spain 2024 (HiT 2024): 2.1 Historical background. · <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/spain-2024/organization-and-governance/historical-background/> · consultada 2026-09-26
- **F12** Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, Urbanos-Garrido RM, Oliva-Moreno J, García-Abiétar D, Hernández-Quevedo C. Spain: Health System Summary, 2024. European Observatory on Health Systems

- and Policies; 2024. · <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/publicationsnew/hit-summaries-no-flags/hit-summary-spain-2024-2p.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F13** OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. París: OECD Publishing; 2017 (p. 21 y 48). · https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8/health_glance-2017-en.pdf · consultada 2026-09-26
 - **F14** Schoder J, Zweifel P. Flat-of-the-curve medicine: a new perspective on the production of health. Health Economics Review. 2011;1:2. doi:10.1186/2191-1991-1-2. · <https://doi.org/10.1186/2191-1991-1-2> · consultada 2026-09-26
 - **F15** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012. Madrid; 2012. · https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf · consultada 2026-09-26
 - **F16** Ministerio de Sanidad. Sistema Nacional de Salud (página institucional). Consultada en 2026. · <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm> · consultada 2026-09-26
 - **F17** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABO_RDAJE_CRONICIDAD.pdf · consultada 2026-09-26
 - **F18** Ministerio de Sanidad, Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS. Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. 2 de diciembre de 2021. · https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf · consultada 2026-09-26
 - **F19** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias. Noviembre de 2018. · <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/20181141118135247771.pdf> · consultada 2026-09-26
 - **F20** Instituto de Información Sanitaria, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf · consultada 2026-09-26
 - **F21** Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024. Madrid; 2026. · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/INFO_RME_ANUAL_2024.pdf · consultada 2026-09-26
 - **F22** Ministerio de Sanidad. El Consejo Interterritorial. Aspectos básicos (página institucional). Consultada en 2026. · <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm> · consultada 2026-09-26
 - **F23** Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud (BOE-A-1984-2574). Texto consolidado, última actualización de 26/04/1999; vigente. Art. 1. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574> · consultada 2026-09-26
 - **F24** Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE-A-1994-14960), art. 39. Norma derogada en 2016. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1994-14960> · consultada 2026-09-26
 - **F25** Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000 (edición española; cap. 1, apartado «¿Qué es un sistema de

salud?», p. 6). Texto leído en el PDF del repositorio oficial IRIS (WHR_2000_spa.pdf). ·

<https://iris.who.int/handle/10665/42357> · consultada 2026-09-28

- **F26** World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Ginebra: OMS; 2007 (ISBN 978 92 4 159607 7; resumen ejecutivo e introducción). Texto leído en el PDF del repositorio oficial IRIS. · <https://iris.who.int/handle/10665/43918> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Definiciones clásicas de sistema sanitario que usan EIR2013-163 y EIR2014-176 («Al conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de productos especializados en forma de servicios sanitarios para la sociedad...»); las webs de apuntes la atribuyen a M. G. Field, «The concept of the 'health system' at the macrosociological level», Social Science & Medicine 1973;7:763-85, doi:10.1016/0037-7856(73)90118-2, atribución no comprobada), EIR2017-103 («Conjunto de instituciones públicas y privadas implicadas directamente en el cuidado de la salud») y EIR2007-107 («La forma en la que se organizan los recursos para la atención a la salud en un país»). Refuerzo del 28/09/2026: el artículo de Field es de pago, su página en ScienceDirect da 403 a curl y PubMed no trae resumen; una búsqueda de la frase en Europe PMC no da resultados; el capítulo abierto «An Introduction to Health Systems» (Systems Thinking Analyses for Health Policy and Systems Development, Cambridge University Press) cita a Field pero no transcribe su definición; las definiciones de EIR2017-103 y EIR2007-107 solo aparecen en material de cursos, webs de apuntes y academias, que no valen. El tema usa las definiciones de la OMS (F7, F25, F26); F26 respalda que el sistema incluye a los proveedores privados. Buscar en un manual de referencia de salud pública o gestión sanitaria con muestra de la editorial (la tienda de Elsevier no ofrece muestra del Piédrola Gil).
- Clasificación de los modelos de servicios sanitarios que usan las opciones de EIR2011-098 («Liberal», «Asistencia pública y beneficencia», «Seguros médicos públicos y privados», «Servicios nacionales de salud»): sin fuente oficial; la OMS describe tres diseños básicos sin esas etiquetas. Refuerzo del 28/09/2026: Terris (The three world systems of medical care, Am J Public Health 1978;68:1125-31) distingue tres sistemas, «public assistance, health insurance, and national health service» (p. 1125, leída por el revisor en las imágenes de las páginas de la ficha del artículo en PMC, PMC1654029, que responde a curl; la web de la revista da 403 con comprobación contra robots y el PDF de PMC pide una prueba en el navegador, que no se han esquivado), pero no incluye el modelo liberal ni la beneficencia, así que no respalda la clasificación de cuatro. Las demás apariciones son apuntes de asignaturas, academias o webs sin autoría. Buscar en un manual de referencia con muestra de la editorial.