Sanidades autonómicas ¿solución o problema?

Círculo de la Sanidad

Sanidades autonómicas ¿solución o problema?

Edita: Círculo de la Sanidad.
© 2009 SPA, S. L. Antonio López, 249, 1º. Edif. Vértice. 28041 Madrid
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en forma alguna ni por medios mecánicos ni electrónicos, sin el permiso escrito del titular del copyright.
D. L.:
ISBN: 978-84-95552-77-8

Sanidades autonómicas ¿solución o problema?

Juan del Llano Señarís

COMENTARIOS CRÍTICOS

María Jesús Montero Cuadrado

Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

Francisco Javier Álvarez Guisasola

Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Círculo de la Sanidad

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 9

COMENTARIOS CRÍTICOS 15
María Jesús Montero Cuadrado 17
Francisco Javier Álvarez Guisasola 45

1. INTRODUCCIÓN 65
1.1. El planteamiento del libro 67
1.2. Una panorámica de la descentralización sanitaria en España 69

2. EL MAPA DE LA SALUD PÚBLICA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS 77
2.1. Caracterización demográfica 79
2.2. Caracterización social, educativa y económica 89
2.3. Caracterización epidemiológica 101
2.3.1. Indicadores generales 101
2.3.2. Mortalidad 106
2.3.3. Morbilidad 112
2.3.4. Salud y estilos de vida 123

3. LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CON LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD 129
3.1. Gasto sanitario 134
3.1.1. Proyección del gasto sanitario (2006-2017) 144
3.2. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud 154
3.2.1. Desigualdades en la oferta 155
3.2.1.1. Recursos estructurales 155
3.2.1.2. Recursos humanos 157
3.2.1.3. Sistemas de información 164

3.2.2. Desigualdades en la demanda 167
3.2.2.1. Indicadores de actividad 167
3.2.2.2. La demanda que viene de fuera 176
3.2.2.3. Garantías y plazos de listas de espera en las comunidades autónomas 177
3.3. Gestión pública: una evaluación crítica 182
3.4. Gestión privada y colaboración público-privada 183
3.4.1. La nueva mesogestión: las distintas personas jurídicas entran en juego 183
3.4.2. La nueva microgestión: los institutos 187

4. LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS 191
4.1. Actividad asistencial y perfil de frecuentación 195
4.2. Urgencia y accesibilidad 197
4.3. Calidad y resultados 198
4.3.1. Variabilidad de la práctica médica: Atlas VPM 201
4.3.1.1. ¿Qué influye en la variación observada? 204
4.3.1.2. ¿La cartera de servicios puede disminuir la variabilidad injustificada? 205
4.3.2. Calidad y seguridad en farmacia hospitalaria: estudio EPIMED 206

5. LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS 213
5.1. Funcionamiento 219
5.2. Acceso y disponibilidad 228
5.3. Equidad 235
5.4. Participación 239

6. ¿QUÉ NOS UNE Y QUÉ NOS SEPARA? 243
6.1. Las diferencias en salud 245
6.2. Las diferencias entre la oferta y la demanda de servicios 249
6.3. Las diferencias en utilización 249
6.4. Las diferencias en satisfacción 251
6.5. Un Sistema Nacional de Salud importado 254
6.6. El legado de la descentralización 256

6.7. A pesar de todo, no es mala idea 259
6.8. Los motivos para descentralizar 261
6.9. La uniformidad no es coherente con la descentralización 262
6.10. Un futuro incierto 264
6.11. Las fuerzas centrípetas y las centrífugas 267

7. EPÍLOGO Y HOJA DE RUTA 271
7.1. Primera recomendación 278
7.2. Segunda recomendación 279
7.3. Tercera recomendación 280
7.4. Cuarta recomendación 282
7.5. Quinta recomendación 282
7.6. Sexta recomendación 284
7.7. Séptima recomendación 284
7.8. Octava recomendación 285
7.9. Novena recomendación 285
7.10. Décima recomendación 285

8. RESUMEN EJECUTIVO 287

PRESENTACIÓN

El Círculo de la Sanidad, asociación de empresarios relacionados con la sanidad y que ha superado ya su sexto año de vida, agrupa a título personal a un reducido número de empresarios que ocupan puestos de alto nivel en empresas relacionadas de una u otra forma con la sanidad, que participan personalmente en todas las actividades del Círculo, ya que éste no dispone de personal alguno para el desarrollo de las mismas, y que ofrecen en su conjunto una notable variedad, lo cual ha contribuido sin duda a enriquecer y a dar valor a la asociación a lo largo de todos estos años.

Entre los objetivos del Círculo figura en lugar destacado el de promover estudios sobre la función que la empresa privada puede y debe cumplir en la mejora del sistema sanitario global, contribuyendo a un conocimiento más completo y a una mayor transparencia y correcta evaluación de sus actividades, que permita, a la par que criticarlas cuando sea necesario, sobre todo mejorarlas sustancialmente.

La primera publicación auspiciada por el Círculo en noviembre del 2004 se titulaba *El futuro de la sanidad en España* y tuvo una magnífica acogida. Con la segunda, que se presentó en enero del 2007 y que se titulaba *Mitos y paradojas de la sanidad en España*. *Una visión crítica*, se continuó –creo que con un rotundo éxito por los comentarios y críticas recibidos– una línea que hoy presenta un tercer volumen titulado *Sanidades autonómicas ¿solución o problema?*, dentro de la colección de lo que ya se ha venido en llamar el libro azul. No se pretende con este título una calificación alternativa de un sistema que generalmente merece, sin duda, una nota muy positiva; sólo se busca poner de manifiesto ventajas e inconvenientes al estilo anglosajón, para poder orientar mejor su futuro.

El trabajo principal de este nuevo volumen ha sido realizado por el Dr. Juan del Llano, director de la Fundación Gaspar Casal y, no sólo un gran profesional en la materia, sino una persona sobradamente conocida y respetada en estos ámbitos específicos de actuación, a los que ha dedicado muchos años y sobre los que ha publicado estudios muy relevantes.

Además del trabajo de base realizado por el Dr. Juan del Llano, y en la línea de publicaciones anteriores, hemos contado en esta ocasión con sendos comentarios críticos elaborados por doña María Jesús Montero Cuadrado, consejera de Salud de la Junta de Andalucía, y don Francisco Javier Álvarez Guisasola, consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León. La personalidad de estos dos consejeros, también en este caso médicos como el autor del trabajo, su extraordinario conocimiento de la sanidad autonómica a la que han dedicado muchos años, su probada categoría profesional y científica, y su visión política del tema en áreas autonómicas que presentan notables semejanzas y diferencias, hacen que, a mi juicio, el conjunto de los tres trabajos que en su totalidad constituyen el libro resulte especialmente atractivo. El objetivo fundamental ha sido tratar de evaluar, al cabo ya de unos cuantos años de la definitiva descentralización autonómica de la sanidad, los resultados de la misma mediante la consideración de las soluciones y ventajas que ha podido aportar a la salud de los españoles y de los problemas que no ha sido capaz de resolver o incluso, en algunos casos, que ha podido crear.

Convendría dejar claro en esta presentación que lejos de lo que mucha gente pueda pensar, el sistema sanitario, a pesar de su extraordinaria importancia social, contribuye en mucha menor medida que un sano estilo de vida a la reducción de la mortalidad. Las cifras son tremendas en este sentido cuando se comprueba, como bien señala Dever, que el sistema sanitario contribuye en un 11% y el estilo de vida en un 43% (ambas cifras no corresponden naturalmente a España, sino a EE. UU.). Ello pone de manifiesto sin ninguna duda que, aun siendo fundamental que el sistema sanitario funcione y funcione bien, es más prioritario que los medios, y en especial la educación, orientados a la consecución de estilos de vida que favorezcan la salud reciban la debida atención. Esta primera consideración no debería olvidarse y, sobre todo, no deberían olvidarla nuestros políticos a la hora de distribuir el esfuerzo presupuestario nacional y autonómico.

Es indudable que el estudio pretende exponer de forma objetiva y a través de la información disponible (en algunos casos, ni lo actualizada ni lo fiable que sería de desear) las ventajas e inconvenientes

del llamado proceso autonómico en la sanidad. Sin entrar en la consideración crítica de las ideas expresadas por unos y por otros en la presente publicación, y dando por sentado que el planteamiento del sistema es irreversible, sí resulta a mi juicio muy interesante analizar la evolución de sus ventajas e inconvenientes, porque ello debe permitir a los gestores responsables introducir aquellas medidas correctoras que sirvan para minimizar los, en ocasiones inevitables, defectos del sistema y potenciar al máximo sus innegables virtudes.

Una notable diferencia, al menos en apariencia, entre empresarios y políticos suele ser que estos últimos tienden a creer que con disposiciones legales o reglamentarias mejoran la eficacia de los sistemas, eficacia que muchas veces no se somete a una auditoría objetiva y posterior que confirme su pretendida bondad. En cambio, los empresarios son, en general, poco dados a normativas complejas y muy aficionados, por el contrario, a evaluar resultados, entendiendo por buenas aquellas normativas –y, principalmente, aquellas gestiones o actuaciones– que den resultados positivos y por malas aquellas que no los dan. Quizás en ese sentido este trabajo aporta una visión global que permite conciliar ambos puntos de vista en beneficio de todos los usuarios del sistema sanitario.

Por otra parte, en un momento en el que parece evidente que la cohesión del Estado español está sometida a presiones importantes en distintas áreas –desde la educativa hasta la comercial, pasando por otras–, el principal problema de las sanidades autonómicas es precisamente el derivado de su difícil cohesión, que genera o pueda generar desigualdades en la posición del ciudadano respecto a la proyección de la salud y quebrar la equidad del sistema.

Los esfuerzos hasta ahora realizados para conseguir que eso no ocurra en un ambiente además poco propicio no están dando el resultado apetecido, y en beneficio de todos deben reforzarse los mecanismos necesarios para la cohesión del sistema. Cabe señalar en este sentido la opinión coincidente de las críticas desarrolladas por ambos consejeros en cuanto a la necesidad de dotar de más autoridad al Consejo Interterritorial del que forman parte.

El Sistema Nacional de Salud está amenazado, como es público y notorio, por crecientes problemas financieros derivados fundamentalmente del aumento de la población residente, de la notabilísima mejora de la esperanza de vida y del coste e intensidad del uso de la tecnología médica, muy ligado a ese aumento de la esperanza de vida. A este respecto, conviene tener presente que un porcentaje altísimo del consumo sanitario de una persona a lo largo de su vida se produce en los últimos diez años de ésta y que, por otro lado, es evidente que el creciente desempleo mantiene o aumenta el gasto sanitario y disminuye los ingresos del sistema. Esta consideración financiera lleva inevitablemente a dos conclusiones:

- Podemos tener el sistema sanitario con las prestaciones sanitarias adecuadas que razonablemente podamos pagar.
- Debemos establecer procedimientos que eviten el gasto innecesario, introduciendo criterios que ajusten la conducta del individuo y la evolución del sistema a lo que realmente se necesita.

Debe hacerse un esfuerzo especial para entender que la financiación del sistema sanitario universal y público para todos los ciudadanos no significa ni puede significar, a mi juicio, gestión pública necesariamente. Debe significar gestión eficaz, y eficacia significa calidad y coste adecuado. Pero confundir financiación pública con gestión pública es un error en el que se cae con mucha frecuencia, posiblemente por razones ideológicas que poco o nada tienen que ver con la eficacia del sistema, que debe estar obsesionado por dar al ciudadano el mejor servicio posible dentro de las características que impone un coste adecuado y asumible.

Nos enfrentamos en estos momentos a una gravísima crisis económica que irremediablemente va a moderar la demanda de financiación por la aparición de una auténtica imposibilidad de atenderla y, lejos de fomentar acciones reivindicativas desordenadas e imposibles, es el momento adecuado para realizar un examen profundo de la situación que nos lleve a encontrar soluciones que permitan conjugar de manera apropiada recursos y necesidades en una línea de entendimiento colectivo. Por otra parte, no estaría de más tener presente que una necesidad percibida por un colectivo notable y que queda fuera de la cartera pública de servicios sanitarios equivale, sin duda, a un copago del 100%. Quizás esto haga

posible el entendimiento de la conveniencia de buscar fórmulas que no sólo faciliten la financiación por el incremento de ésta, sino sobre todo que racionalicen la demanda y controlen y disminuyan el abuso.

Con frecuencia se habla de un pacto de Estado sanitario –nosotros mismos nos hemos referido a él en ocasiones anteriores– que en la medida de lo posible sitúe a la sanidad al margen de la contienda política y que se oriente por el bien de todos en la búsqueda de la mejor calidad y en la consolidación de su futuro financiero.

Dice el autor –y no puedo más que estar completamente de acuerdo con él– que se ha avanzado poco en la implantación de la asistencia sanitaria basada en la evidencia que consiste básicamente en prestar sólo aquellos servicios que funcionen en términos de efectividad, seguridad y calidad, y añade: "Sobre los grandes dilemas económicos y éticos relacionados con el racionamiento, que afectan a todos, no suele debatirse tanto como sobre la manipulación genética, que afecta a muy pocos".

En resumen, señala con total claridad que lejos de estar otorgando la importancia debida a lo que de verdad es relevante, en ocasiones con un vicio que parece ser una característica racial de los españoles, estamos magnificando lo pequeño y empequeñeciendo lo grande, y eso a la larga para lo que sirve es para andar marcha atrás cuando deberíamos ir hacia adelante.

El Círculo de la Sanidad no asume como propias ninguna de las opiniones recogidas en este libro, aun cuando a título personal cada uno de nosotros evidentemente tenemos las nuestras. Queremos, eso sí, poner de manifiesto que nos preocupa el futuro del Sistema Nacional de Salud, porque creemos que sólo mejorando el presente podemos tener un futuro mejor. Entendemos que trabajos como éste facilitan una base sólida y objetiva para tratar de buscar caminos y soluciones más eficaces para todos.

El sistema sanitario no debe ser mera relación de servicios autonómicos. Por ello, sería conveniente que se definan las necesidades sanitarias de forma común a todas las comunidad autónomas. El autor propone una hoja de ruta que contiene ideas muy válidas; asimismo, los comentarios de María Jesús Montero Cuadrado y de Francisco Javier Álvarez Guisasola también recogen muchas ideas positivas.

María Jesús Montero Cuadrado, en un trabajo apasionado, lleno de conocimiento y experiencia, y desde un punto de vista conocido y respetado, aporta valoraciones e ideas que deben ser tenidas en cuenta. Su visión del pacto de Estado y del carácter ejecutivo del Consejo Interterritorial es posiblemente compartida por muchos. La idea del estudio de impacto sanitario también es muy sugerente, aun cuando la realidad práctica del que podría ser su hermano, el estudio de impacto ambiental, pueda hacer temblar a muchos empresarios.

A la vez que justifica las destacables peculiaridades que tiene su comunidad autónoma, Francisco Javier Álvarez Guisasola, en un comentario objetivo y pragmático, pone de manifiesto notables carencias del Sistema Nacional de Salud que, sin duda y según su criterio, deben ser corregidas.

Quiero aprovechar esta presentación para darles las gracias a los tres, cuya contribución revaloriza extraordinariamente este trabajo, dados su conocimiento, su profesionalidad y su experiencia. En todo caso y desde el Círculo, entendemos que con esta publicación cumplimos una vez más con nuestros fines estatutarios y nos sentimos profundamente honrados y agradecidos al haber podido contar con colaboradores tan importantes.

Este volumen da carácter a una colección y aporta, además, una idea que esperamos poder consolidar en el futuro con el fin de conseguir la mayor transparencia posible en los datos de los agentes hospitalarios. Una transparencia que permita con mayor facilidad establecer comparaciones y juicios de valor sobre la eficacia y la eficiencia de determinadas actuaciones sanitarias, con el fin, no de criticarlas, sino de mejorarlas en beneficio de todos los que utilizamos el sistema sanitario, y con el fin de facilitar a los usuarios la elección de aquellos centros más prestigiosos para atender con mayor calidad sus dolencias.

Juan Ignacio Trillo y López-Mancisidor
Presidente del Círculo de la Sanidad

Comentarios críticos

COMENTARIO CRÍTICO

María Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

Después de 30 años del Estado de las autonomías, éste puede ser un buen momento para detenerse a reflexionar, valorar todo lo que ha acontecido en el ámbito sanitario, recapacitar sobre los logros y los fracasos, y, de inmediato, poner de nuevo rumbo al futuro, porque quedan todavía por delante grandes desafíos para seguir edificando el mejor Sistema Nacional de Salud posible.

Como responsable de la sanidad andaluza, y desde el convencimiento profundo de las indudables ventajas que aporta el Estado autonómico, ha sido una gran satisfacción recibir la petición del Círculo de la Sanidad para exponer mis comentarios a este libro.

No puedo dejar de agradecer sinceramente esta invitación, dado el manifiesto interés y preocupación de las personas que forman el Círculo de la Sanidad por la mejora del sistema sanitario. En anteriores trabajos he tenido ocasión de constatar que el futuro de la sanidad es un tema que ocupa un lugar importante entre sus prioridades. Sus aportaciones, siempre interesantes, han servido para reflexionar pausadamente sobre lo que representa la sanidad pública y su espacio de encuentro con el ámbito privado.

Confío en que los comentarios que siguen cumplan también ese objetivo y, aunque tengo que aclarar desde un principio que mi postura está notablemente sesgada hacia una visión decididamente autonomista, espero aportar experiencias, ideas y pistas que puedan sumarse a la reflexión de quienes están implicados y preocupados por la mejora de la sanidad española.

También en estos primeros párrafos me es obligado felicitar al Dr. Juan del Llano, experto estudioso de la política sanitaria, por el exhaustivo trabajo realizado en este sentido, especialmente en la recogida y análisis de los abundantes datos estadísticos con que nos ha ilustrado. Sus valiosas opiniones y valoraciones están sólidamente sustentadas en muchos años de evaluación de todos los pormenores que ha experimentado la evolución del Sistema Nacional de Salud en su corta historia. Para completarlo, el libro se apoya en una amplia batería bibliográfica que recoge las opiniones de los más destacados expertos nacionales e internacionales en política sanitaria.

Por todo ello, me siento honrada de exponer a continuación unas ideas que, también en este caso, son fruto de muchos años de experiencia y reflexión.

LA SANIDAD ANDALUZA. UN ANTES Y UN DESPUÉS

Como dice el autor, antes incluso de que la Ley General de Sanidad estableciera los principios generales y la forma en que se iba a construir el Sistema Nacional de Salud (SNS), Cataluña y Andalucía, dos comunidades muy dispares en desarrollo y renta per cápita –pero hermanadas por cientos de miles de ciudadanos–, asumimos las transferencias sanitarias y comenzamos a construir nuestros servicios regionales de salud.

Cuando este libro vea la luz, habrán transcurrido ya 25 años (febrero de 1984) desde que en Andalucía asumimos la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y comenzamos a construir el Servicio Andaluz de Salud. Aun estando de acuerdo con el conocido tango que, casi sin querer, todos sabemos entonar ("... que veinte años no es nada..."), para nosotros estas dos décadas y media han representado mucho. Nos han permitido reflexionar y sopesar muy concienzudamente qué tipo de servicio de salud queríamos construir. Para Andalucía, los últimos 20 años son muchísimo más que un soplo de vida.

Estoy segura de que no resultaría muy interesante entrar en el detalle, comentario o crítica de todos y cada uno de los numerosos aspectos que plantea el libro, y además no creo que sea el objeto de esta participación. Por ello, considero preferible aportar la experiencia y el conocimiento de nuestra tierra para ir comentando algunas cuestiones concretas que me parece especialmente interesante resaltar.

PARA EMPEZAR: SANIDAD AUTONÓMICA, ROTUNDAMENTE SÍ

La primera cuestión es evidente. Plantear la sanidad autonómica como una disyuntiva –solución o problema– no permite responder a tantos matices y valoraciones intermedias como sería necesario. El propio autor reitera a lo largo de su obra, en muy diversos apartados, las ventajas y los inconvenientes que, según él, ha traído consigo la descentralización sanitaria.

Con unas estoy más de acuerdo y con otras no tanto, pero de lo que sí estoy absolutamente convencida es de que, hoy por hoy, la sanidad andaluza sería mucho peor en cuanto a accesibilidad, calidad, desarrollo científico-técnico, prevención y promoción de la salud, personalización de la atención, nivel investigador, etc., si no hubiéramos asumido las transferencias sanitarias en el año 1984. Así pues, la primera aproximación es rotunda. La autonomía no ha aportado más que ventajas a la sanidad andaluza y estoy convencida de que ha contribuido también a aumentar espectacularmente el bienestar y la calidad de vida de los andaluces y andaluzas.

Además, y sin ningún tipo de duda, han mejorado drásticamente los indicadores de salud en estos últimos decenios. Es una mejora evidente y tangible que se puede confirmar con datos concretos. Por ejemplo, el descenso de la mortalidad infantil, que ha evolucionado desde el 22‰ del año 1975 hasta el 4,6‰ del pasado 2006; o bien la radical reducción de la mortalidad prematura y evitable, que en las mujeres ha pasado de 70 a 15 (por 100.000 habitantes) en este periodo.

¿Se concluye, por tanto, que la descentralización ha sido la responsable directa de la mejora de los resultados de salud en Andalucía? ¿Y también en las demás comunidades?

Esta pregunta tiene truco, pues no es lo mismo pensar en la mejora que han podido aportar a la salud las transferencias autonómicas realizadas hace apenas cinco años que en lo que ha acontecido en una tierra como la andaluza, que partía de una situación precaria, no sólo en el ámbito sanitario, sino en todos los demás, y que después de más de dos décadas de autonomía con un Gobierno progresista y solidario se encuentra hoy en niveles inimaginables hace unos años en cuanto a educación, renta, empleo, tejido empresarial..., y salud.

Pero, además, la pregunta se responde por sí sola con las aseveraciones que el autor incluye ya desde el principio y con las que, evidentemente, todos estamos de acuerdo porque son axiomas universales. Para conseguir una disminución notable de la mortalidad y de la morbilidad hay que poner en marcha, en primer lugar, medidas que tienen mucho que ver con el desarrollo humano, el crecimiento económico y la mejora de elementos básicos como la nutrición o el saneamiento. Una vez superada esta primera fase, ocupan un lugar destacado otros determinantes de la salud perfectamente descritos por Dever en su excelente análisis epidemiológico planteado hace más de 30 años. En él refiere estos determinantes como la biología humana (hoy probablemente se hubiera dicho la genética humana y otros factores biológicos), los entornos, los estilos de vida, y –ya sí– el sistema sanitario y la tecnología y ciencia médica.

¿Hoy tendríamos en Andalucía mayor mortalidad o un patrón de enfermar diferente si la sanidad no se hubiera transferido hace 25 años? Conociendo profundamente la sanidad andaluza –lo que había y lo que hay– y aun intentando ser comedida y objetiva, me atrevo a decir que sí. Tengo la casi absoluta certeza de que un Gobierno central, menos sensible y conocedor de la realidad andaluza, probablemente no hubiera acercado el diagnóstico y el tratamiento precoz a toda la ciudadanía, no hubiera puesto en marcha programas preventivos con un seguimiento exhaustivo a los más necesitados, ni hubiera dotado tecnológicamente nuestros centros con el nivel con el que lo hemos podido hacer.

Por supuesto, y ahí coincido "a pies juntillas" con el autor, no sólo hubiera sido diferente el patrón de mortalidad, sino que tampoco tendríamos niveles similares de bienestar o calidad de vida. Se trata de uno de los factores en los que más puede influir un buen sistema sanitario cercano, accesible, que intenta llegar a quienes no acuden a él y que tiene en la Atención Primaria su base fundamental, el nivel asistencial sobre el que pivota el resto del sistema y que acompaña a la persona a lo largo de toda su vida.

Por tanto, mi primer planteamiento no deja lugar a ninguna duda y, además, estoy convencida de que la mayoría de los responsables sanitarios autonómicos, por no decir todos, opinarían lo mismo. Me parece hartamente improbable que quienes tienen la obligación de velar por la sa-

lud de la ciudadanía no pongan en ello todo su empeño y quieran articular su sistema de la mejor forma posible para conseguir estos fines. Estoy segura de que ninguna autonomía querría ver limitada su capacidad de modular sus servicios de salud y adecuar su desarrollo a las prioridades y estrategias políticas que se plantean en su comunidad.

Es más, me pregunto por qué en este marco de casi seguro consenso autonómico se oyen voces que advierten acerca de la "desintegración" del sistema sanitario español y su "sustitución" por 17 sistemas prácticamente independientes, que tendría como consecuencia la inequidad y el incremento de las desigualdades entre las distintas comunidades, dando lugar a ciudadanos de primera y de segunda. Además, esas voces no proceden, precisamente, del nivel autonómico.

Quizás cuando todos nos convenzamos de que el Estado de las autonomías ya no tiene vuelta atrás, podremos reflexionar serenamente y aportar soluciones para construir entre todos un SNS con directrices y principios comunes, cohesionado y coherente, pero respetuoso con las diferencias y con el enfoque y los matices que cada Gobierno autonómico quiera asumir. La sociedad se encargará, cada cuatro años, de decirnos si estamos o no equivocados con ese enfoque y de pedirnos que reorientemos nuestras políticas si lo cree conveniente.

EL MODELO SANITARIO ANDALUZ. VEINTICINCO AÑOS DE HISTORIA

Cuando nuestra comunidad recibió las transferencias sanitarias partía de una clara situación de desventaja en el desarrollo global. Desde el comienzo, entendimos que uno de los instrumentos que podían contribuir a reducir la brecha que existía a muchos niveles de la sociedad andaluza era un sistema público de salud. Un sistema que no sólo respondiese a los principios irrenunciables que quedaron fijados en la Ley General de Sanidad (universalidad, aseguramiento único y público, financiación pública...), sino que, en nuestro caso, tuviese como objetivos –también irrenunciables– la cohesión social y la solidaridad.

Queríamos decidir sobre las políticas más sensibles para la población y sabíamos que nuestra capacidad de decisión política iba a ser determinante en el desarrollo de la sociedad andaluza, pues hace 20 ó 25 años

los desequilibrios sociales, económicos y territoriales eran muy importantes. Para afrontar un desarrollo que permitiese reducir estas desigualdades en el ámbito sanitario, era necesario asegurar el acercamiento de los servicios de salud a la población, la atención integral a los problemas de salud y el desarrollo de la capacidad de resolución del sistema sanitario. Es decir, desplegar una red de centros de Atención Primaria que permitiese que los ciudadanos dispusiesen de médico de familia, pediatra y enfermeros comunitarios con criterios de cercanía; generar, igualmente, una red de servicios especializados capaz de atender las necesidades complejas en materia de atención sanitaria; y, finalmente, desarrollar los servicios de salud con un enfoque integral, atendiendo a la persona enferma, a su entorno familiar y social, con una marcada orientación hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables.

Habíamos heredado un sistema sanitario con déficits notables, muy centrado en las grandes ciudades, cuyos proveedores eran muy diferentes, pero muy poco o nada integrados, entre los cuales la conexión era nula. No obstante, sobre la base de los principios mencionados anteriormente y la firme voluntad política de superar las desigualdades, hemos construido un sistema público perfectamente homologable a los más desarrollados del entorno que, gracias a la puesta en marcha de múltiples medidas de eficiencia y de control del gasto, nos ha permitido asumir un nivel de prestaciones y servicios superior en ocasiones al de muchas regiones más ricas que la nuestra.

Este sistema sanitario orientado por una perspectiva autonómica de cohesión y vertebración social ha posibilitado poner el acento desde el principio en estos aspectos que considerábamos claves para el desarrollo del sistema sanitario y de toda la sociedad andaluza. A pesar de que el punto de partida era complicado, por ser la nuestra la comunidad más poblada del Estado y casi la más extensa, hemos llegado a tejer una red de 1.500 centros de salud y consultorios locales extendidos por toda nuestra geografía; la mayor red de hospitales comarcales del Estado; un Servicio de Emergencias sanitarias con una crona no superior a 30 minutos a cualquier punto de Andalucía; y el proyecto de una red de 25 centros hospitalarios de alta resolución que, desde el 2005 y en un plazo no superior a diez años, se extenderá por todas las comarcas andaluzas, especialmente en las zonas peor comunicadas de la sierra y del interior andaluz.

Esto en lo que se refiere a las infraestructuras. En cuanto a las líneas estratégicas de desarrollo, en los primeros años de autonomía pusimos el énfasis en el impulso de la Atención Primaria y en la puesta en marcha de programas integrados de prevención, protección y promoción de la salud. Más adelante, en una segunda fase, apostamos por la transformación y la innovación, y optamos por una alternativa de calidad y modernización. Ello nos ha conducido a implantar una estrategia integrada de gestión por procesos, gestión clínica y gestión por competencias, en la que los profesionales sanitarios tienen mucho que decir para liderar un profundo cambio organizativo, una vez asentados las bases y los principios de un sistema integrado y cohesionado.

Pero el pilar fundamental que sostiene que nuestra política estratégica haya sido acertada ha sido considerar al ciudadano el eje central de nuestra actuación. No podemos olvidar que los responsables políticos de los sistemas de salud tenemos también como responsabilidad –valga la redundancia– garantizar su sostenibilidad, y ello implica conseguir la complicidad de la ciudadanía para que, de esta forma, legitime el sistema, lo aprecie, reconozca su valor y no se sienta dispuesta a prescindir de él. Mantener un modelo sanitario como el nuestro, en un marco económico exigente, mejorando, además, las prestaciones y derechos, no es tarea fácil; exige un esfuerzo permanente de mejora continua y de innovación. Tengo la absoluta convicción de que la mejor forma de aliarnos con los ciudadanos es reorientar nuestra mirada, dejar de pensar sólo en pacientes para pensar también en personas y, luego, en ciudadanos.

Ello significa que, de acuerdo con el planteamiento del autor acerca de la desafección que las clases medias sienten por el sistema público de salud, hemos querido poner en marcha toda una serie de derechos cívicos, de ciudadanía, para hacer que la población legitime y asuma el sistema sanitario como propio.

En esta línea, desde Andalucía estamos consolidando un sistema que garantiza derechos de última generación, muchos de ellos reconocidos por primera vez en el conjunto del SNS. En 1998 aprobamos la Ley de Salud de Andalucía y, en aquel momento, tomamos la decisión de reorientar nuestra forma de pensar y de organizarnos, y de hacerlo en clave

ciudadana. Ha sido una década apasionante en la que, en primer lugar, nos planteamos garantizar una serie de derechos para toda la población, sobre todo en los ámbitos en que los sistemas de salud universales han tenido más problemas, como es el caso de las listas de espera o la libre elección del profesional sanitario. A ellos les sumamos la declaración de voluntad vital anticipada, el derecho a solicitar una segunda opinión médica y a obtener una respuesta en 30 días, o la atención bucodental para los niños y jóvenes entre 6 y 18 años.

A continuación, nos propusimos otros derechos dirigidos a los grupos de población más necesitados, como la atención bucodental a los discapacitados, la atención podológica a los pacientes con diabetes, los derechos del menor durante la hospitalización o los derechos de los mayores, léase el examen de salud para todos los mayores de 65 años y la extensión del cribado de cáncer de mama. Pero no nos hemos detenido ahí. Nos hemos preguntado qué podemos hacer para que esa población de clase media que, según manifiesta el autor, no quiere utilizar el sistema público perciba que también está pensado para ellos y para responder a sus necesidades.

No es fácil, porque, en efecto, mientras más culta y avanzada es una sociedad, más exige a los poderes públicos y se vuelve más crítica con todo lo que no acaba de ser de su gusto. En Andalucía, por ejemplo, juegan un papel fundamental las cuestiones hosteleras o un trato respetuoso y amable, que no siempre ha sido una prioridad en nuestros servicios sanitarios. En este sentido, y con el fin de acercarnos más a esta población, hemos querido incluir nuevos derechos como el consejo genético, el diagnóstico genético preimplantatorio, la reproducción humana asistida, la habitación individual en los casos más sensibles (personas con enfermedad oncológica, enfermos terminales, pacientes con Alzheimer...) o la atención humanizada en el parto y en el puerperio, para lo que estamos dotando a los hospitales andaluces con nuevas salas de dilatación-parto, muy alejadas de aquellas unidades medicalizadas y frías de los grandes centros sanitarios.

En los próximos años todos estos derechos se verán complementados con las nuevas ofertas con las que queremos garantizar la atención psicológica a los pacientes con cáncer, el tiempo de demora en tratamientos de fertilidad (inferior a 180 días para iniciar el tratamiento que se

precise, ya sea inseminación artificial, ya sea fecundación *in vitro*, ya sea cualquier otro) o la atención dispensada por el médico de familia en menos de 24 horas, por citar algunas de ellas.

Es cierto que en todas estas cuestiones nos mueve una decidida voluntad política de hacer las cosas cada vez mejor y de garantizar un sistema público sostenible y valorado por los ciudadanos. No estoy muy segura de que lo hubiéramos podido llevar a cabo de no haber sido autónomos en nuestras decisiones estratégicas.

Pero hay una última cuestión que me gustaría destacar, especialmente porque, en este caso, sí estoy completamente convencida de que no hubiera sido posible ponerla en marcha si no hubiéramos recibido las competencias sanitarias hace tantos años. Sin duda, sus objetivos trascienden al propio sistema sanitario y, posiblemente, si se analizan con rigurosidad y criterios estrictos, no superarían una evaluación seria de la relación coste-eficacia. Me refiero –antes ya lo he citado– al desarrollo de una extensa red de 25 centros hospitalarios de alta resolución extendidos por la geografía andaluza.

Desde el punto de vista asistencial, son centros con consultas de especialidades, un número pequeño de camas de hospitalización y una importante dotación tecnológica para facilitar la resolución de cerca de un 80% de los problemas de salud que requieren tratamiento especializado. Se trata de consultas de acto único, que permiten que el paciente sea visto por el especialista y se le realicen en el mismo día, siempre que sea posible médicamente, todas las pruebas necesarias para llegar a un diagnóstico correcto y a una propuesta de tratamiento.

Además, estos centros, estratégicamente situados, apoyan la vertebración del territorio, dado que procuran paliar las desigualdades que existen en el mundo rural en relación con los servicios públicos disponibles. Asimismo, se han constituido en un relevante motor económico de las zonas en que se implantan, ya que permiten una diversificada actividad económica, con empresas auxiliares del sector sanitario, facilitan la generación de empleos directos e indirectos, y ayudan a fijar la población rural, que así no necesita acudir a las grandes ciudades y sus áreas metropolitanas para buscar mejores condiciones socioeconómicas.

Por todo ello, no puedo dejar de comentar uno de los pensamientos que, de una u otra forma, el autor repite en varias ocasiones. Una de las veces lo verbaliza así *(sic)*: "¿Quién les dice a los ciudadanos que muchos de esos problemas proceden en parte de decisiones políticas que, contrariamente a los principios de la lógica económica y sanitaria, no se encaminan a conseguir en primer lugar una mayor eficiencia en la prestación del servicio público, sino a satisfacer demandas de poder regionales?".

La red de centros de alta resolución andaluza probablemente no responde a los principios de la lógica económica, pero sí a los de la lógica sanitaria. Tampoco va a conseguir probablemente una mayor eficiencia en la prestación del servicio público. Y sí, ¡por supuesto que sí!, responde a una decisión política del poder regional que quiere acercar la sanidad especializada a sitios donde un Gobierno central nunca se hubiera planteado llegar. ¿Quién le dice a los pueblos andaluces de la Sierra de Segura (cerca de Cazorla, para los lectores que conozcan la zona) o a los de la sierra onubense (igualmente idílicas, con una naturaleza extraordinaria llena de vida y belleza, pero también igualmente lejos de la "civilización") que su centro hospitalario no responde a la lógica económica?

EL MAPA DE LA SALUD PÚBLICA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Con este título, el segundo capítulo de *Sanidades autonómicas ¿solución o problema?* aborda un acercamiento epidemiológico en el que se analizan indicadores de salud positivos y negativos, y otros fundamentalmente demográficos.

Es una parte del trabajo sobre todo enumerativa y expositiva, que se desarrolla con la finalidad de establecer análisis comparativos y extraer conclusiones. El autor quiere disponer de un marco de análisis sobre el que aplicar la evaluación del impacto en salud de las políticas sectoriales. Sin duda, un objetivo muy loable y que todavía no abunda en España, pues falta una cultura de evaluación de las políticas sectoriales que, aunque de forma incipiente, sí se está comenzando ya a realizar en otros países.

Estoy convencida de que la evaluación de las políticas y el análisis de su contribución a la salud deben cobrar fuerza como una herramienta estratégica, pues en sociedades modernas y desarrolladas como la española se tiene que ampliar la visión para mejorar y potenciar la salud a través de otros muchos frentes que no pueden circunscribirse a las instituciones sanitarias.

En el capítulo anterior el autor comenta cómo influyen los diferentes determinantes en el estado de salud de la ciudadanía y también hasta qué punto la inversión en determinados recursos o infraestructuras sanitarias puede aportar pequeños márgenes de mejora que, con absoluta certeza, serían mucho mayores si la población dejara de fumar, se alimentara saludablemente o evitara el sedentarismo.

Por otro lado, se sabe que una pequeña parte de la población –la que menos tiene y la que se encuentra en situación de marginalidad o exclusión social– es la que experimenta los peores resultados en salud, la que más contribuye a la mortalidad prematura y evitable, y la que "empeora" los indicadores sanitarios de la sociedad europea, por decirlo de una forma muy directa.

Pero a pesar de conocer todo esto, es cierto que aún cuesta desarrollar coherentemente el discurso y traducirlo en políticas y prioridades. ¿A este respecto puede ser positiva la descentralización del Estado autonómico? No lo sé, pero sí es cierto que puede haber unas comunidades más sensibles que otras para integrar estas políticas más allá del ámbito sanitario y para conseguir que todo lo que se sabe se traduzca, de forma efectiva, en mejorar la salud de la población.

En Andalucía estamos empezando muy tímidamente, pero nos gustaría llegar a conseguir que la evaluación del impacto en salud se utilizara cada vez más como una herramienta de apoyo en la planificación, evaluación y seguimiento de programas y políticas públicas, y así promover la corresponsabilización intersectorial en salud.

Además, estamos convencidos de que esta herramienta estratégica puede ser un instrumento muy útil para favorecer la democracia, la transparencia y la participación, pues cada vez más en las sociedades demo-

cráticas resulta decisivo reconocer y garantizar el derecho de la población a participar en un proceso transparente para la elaboración, puesta en marcha y evaluación de las políticas que afectan a su vida.

Como refería anteriormente, en "El mapa de la salud pública de las comunidades autónomas" el autor realiza un análisis exhaustivo sobre indicadores de mortalidad, morbilidad y salud percibida, y ofrece un panorama general de la situación de la población española por comunidades autónomas. En primer lugar, y es lo que me parece más importante de resaltar, la situación descrita responde a la de un país desarrollado con estándares similares a los mejores del mundo y en el que no se aprecian apenas diferencias significativas entre comunidades. Unas ofrecen mayor prevalencia de unas patologías que otras, también la mortalidad puede presentar ligeras diferencias entre las distintas regiones y, cómo no, la autopercepción del estado de salud también oscila un poco a lo largo y ancho de la geografía española.

En definitiva, como manifiesta el propio autor, nada destacable ni fuera de lo esperado. Hubiera sido ilusorio pensar que, en tan corto espacio de tiempo (sólo se analiza un periodo de cinco o seis años según la disponibilidad de fuentes de información), se pudiera valorar la evolución de los indicadores de salud y, mucho menos, que se pudiera relacionar esta evolución con la descentralización del sistema sanitario.

Aun así, estoy ampliamente de acuerdo con el Dr. del Llano y considero especialmente relevante, por la amplia repercusión que ha tenido en los últimos años, analizar el incremento poblacional que se ha producido, el mayor de toda la Unión Europea en este corto periodo, y que ha supuesto pasar de 41 a 45,3 millones de habitantes (un incremento del 10,54% en siete años).

En este sentido, y también en consonancia con lo expuesto por el autor, la descentralización de la sanidad va a favorecer el análisis más cercano e inmediato de dichos movimientos demográficos, así como la toma de decisiones en la planificación de los servicios de salud que puede precisar esta población.

Es un aspecto en el que quisiera detenerme por su relevancia a nivel nacional y su especial reflejo en la sociedad andaluza: el fenómeno migratorio.

No sé si es acertado achacar este fenómeno a lo que se denomina en el texto "efecto llamada" o "tratamiento pasivo en lugar de activo dado a la inmigración en España". En cualquier caso, igual que sucedió en Andalucía y en otras comunidades en décadas pasadas, los motivos de la emigración vienen de la necesidad de encontrar alternativas a un futuro muy complicado en los lugares de origen. Sin duda, la principal "llamada" para abandonar la propia tierra es la precariedad de la situación personal o familiar.

En Andalucía residen más de medio millón de personas procedentes de países extranjeros que se reparten de manera desigual por nuestra geografía, de forma que en alguna zonas hay municipios que registran un 50% de población inmigrante; asimismo, en clave sanitaria, hay distritos donde supone más del 15%.

Es una población joven –entre 20 y 40 años–, activa, que contribuye en gran medida a la generación de riqueza y que es muy importante en sectores de la economía andaluza como la agricultura, la construcción, la atención de mayores, discapacitados y niños, la hostelería o el servicio doméstico. Este último es el reflejo del acceso a un nuevo estatus de bienestar adquirido de las familias de nivel medio, propiciado por la disponibilidad a bajo coste de estos servicios.

En el texto no se argumenta la siguiente afirmación: "Esta inmigración poco cualificada está retrasando la mejora de la productividad de la economía española". No obstante, estoy segura de que no responde a un planteamiento negativo, todo lo contrario. De hecho, estudios recientes han confirmado que el 50% del crecimiento del PIB español desde el año 2001 tiene su origen en la llegada de inmigrantes. Ha sido extraordinariamente positiva por su impacto en la tasa de empleo de la economía durante la última década y, sin embargo, en época de crisis será esta población la primera que sufra los graves efectos del desempleo.

Desde el punto de vista sanitario y en la línea de solidaridad que antes expuse como uno de los principios básicos que rige la política estratégica andaluza, Andalucía fue la primera comunidad en incorporar el de-

recho de estas personas a recibir una atención sanitaria en condiciones de igualdad con el resto de los residentes. Para ello, sea cual sea el momento de tramitación legal de su permiso de residencia, les proporcionamos un documento que reconoce su derecho a ser atendidos. Además, estamos desarrollando acciones específicas en aquellas zonas donde la inmigración, que con frecuencia va en paralelo a un cierto grado de exclusión social, se acompaña de graves problemas de salud.

Es el caso de algunas provincias andaluzas orientales, donde se está haciendo imprescindible la puesta en marcha de programas para disminuir la tuberculosis o el sida y hacer un seguimiento y un control más exhaustivos del embarazo, del parto y del desarrollo neonatal. A pesar de nuestros esfuerzos, es indudable que parte de la población inmigrante es, hoy por hoy, la que presenta mayor riesgo de marginalidad y, por tanto, de padecer mayores problemas de salud en un futuro no muy lejano. También es innegable que sólo con una acción específica del sistema sanitario hacia estos grupos excluidos, bien directamente, bien a través de las ONG que trabajan sobre el terreno, podremos intentar mejorar la situación de salud de esta población o evitar su deterioro. Probablemente, los Gobiernos autonómicos estamos más dispuestos y mejor preparados para intentarlo, aunque no sea más que porque tenemos un conocimiento de primera mano y mucho más exhaustivo.

Para finalizar este apartado, nuestra propia experiencia nos hace compartir la afirmación del autor sobre la frecuentación del sistema sanitario por parte de los inmigrantes (dadas sus características de edad y, como indica el texto, "la necesidad imperiosa de trabajar"), que es bastante inferior a la frecuentación media de la población. Como consecuencia, no se les puede achacar, ni mucho menos, que estén originando la masificación de los servicios por el "abuso" en su utilización, como en algunas ocasiones han querido dar a entender algunos comentarios nada bien intencionados.

LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CON LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

El tercer apartado del libro aborda todo lo que el autor considera relevante respecto a la coordinación del SNS con los diversos servicios regionales de salud. Analiza, en primer lugar, el gasto sanitario; a conti-

nuación, las diferencias entre la oferta y la demanda; y finaliza con una exposición de las diversas formas de gestión que hoy se llevan a cabo en el SNS.

Pero a mí me gustaría introducir un elemento previo: un breve análisis del papel que creo que debe jugar el Estado para garantizar y mantener los equilibrios necesarios en este sistema de salud descentralizado. Precisamente, por mi convicción absoluta sobre las bondades que aporta el sistema autonómico, pero también desde la opinión de que toda la población española debe disfrutar de un sistema sanitario de calidad que responda a sus problemas de salud, especialmente de quienes más lo necesitan, creo que el Estado tiene que desempeñar un rol activo y esencial.

Por supuesto, siempre desde una actitud consecuente con la realidad de un país plural como España, en el que además de ejercer su propio papel el Estado debe favorecer el correcto desarrollo de las competencias de las comunidades, sin interferencias ni dejación de responsabilidades. En este marco, la coordinación territorial de las políticas de salud se me antoja uno de los retos más difíciles que tenemos por delante. Pero aun siéndolo, creo que es posible compatibilizar la descentralización con la solidaridad entre los territorios. Para ello la coordinación debe entenderse como un mecanismo multilateral, no unidireccional (del centro a la periferia), y debe ser una tarea de todos los responsables de los sistemas sanitarios, porque todos somos Estado, una tarea que debe estar plenamente integrada en el papel del Consejo Interterritorial.

Un apunte sobre este último, también de acuerdo con la apuesta del autor por un Consejo Interterritorial no sólo asesor, sino ejecutivo. Estoy convencida de que resulta imprescindible reforzar este carácter ejecutivo, modificando su capacidad de adoptar decisiones. Es complejo, ya lo creo, pero necesario. Con este objetivo habría que determinar en qué ámbitos deben y pueden tomarse decisiones por consenso o a través de un sistema de voto ponderado; y, por supuesto, sería necesario –imprescindible diría yo– crear una disciplina común de seguimiento de los acuerdos adoptados y que todas las comunidades nos comprometiéramos a ello lealmente y por el bien de los ciudadanos, más allá de intereses partidistas.

El Consejo Interterritorial somos todos, pero el Estado por sí mismo también tiene mucho que decir: debe fijar el marco regulador, debe garantizar la cobertura universal y el aseguramiento único y público, así como el funcionamiento de los mecanismos de solidaridad. Estos elementos son tan relevantes que exigen un Ministerio de Sanidad fuerte, con atribuciones suficientes para ello. Sin embargo, cuando se promulgó la Ley de Cohesión y Calidad se perdió la oportunidad de dotar al Estado de los mecanismos adecuados para garantizar la equidad del sistema.

De acuerdo con el hilo argumental que plantea el libro, quiero referir a continuación otro tema clave de la coordinación, que ocupó un lugar destacado en la agenda de los presidentes autonómicos hace unos años y que estoy segura de que en breve va a volver a las primeras páginas de actualidad cuando se reanude el debate sobre la financiación autonómica.

Desde el año 2001, cuando la financiación sanitaria dejó de ser finalista, siempre hay que referirse primero a este modelo general para analizar la situación financiera de la sanidad, que, hoy por hoy, nos preocupa especialmente a todos.

Evidentemente, la negociación que se produzca en el Consejo de Política Fiscal y Financiera hasta adoptar el modelo de financiación comunitario será muy compleja. Pero, sea cual sea la decisión que se adopte, sí creo necesario realizar posibles ajustes en lo que afecta al ámbito sanitario. El primero de ellos sería determinar la cuantía adecuada para que la financiación sanitaria de las comunidades sea suficiente. Partimos de una situación de insuficiencia estructural del modelo y ya en la primera Conferencia de Presidentes el Estado se comprometió a aportar parte de los recursos que en aquel momento se consideraron imprescindibles. Pero es evidente que este mecanismo periódico de enjugar los déficits se podría sustituir por un cálculo más acorde con la realidad de las necesidades financieras autonómicas.

También tengo que decir que no estamos de acuerdo, porque no nos parece equitativo hacer tabla rasa de los déficits. Ello perjudica a las comunidades más eficientes, que, en un claro ejercicio de responsabilidad, hemos conseguido no desviarnos de los mínimos marcados.

Los responsables políticos y los gestores del ámbito sanitario tenemos que ser capaces de transmitir a la sociedad que el sistema sanitario representa una importante fuente de empleo y riqueza, así como un factor imprescindible para la distribución de la renta y para la inversión en tecnología y capital humano. Pero también debemos y podemos demostrar que el sistema sanitario público no es un "pozo sin fondo" que despilfarra todos los recursos que se le inyectan, cuya gestión es caótica o ineficaz, incapaz de ahorrar y con un crecimiento del gasto imparable.

Por lo tanto, tenemos que comenzar determinando estas necesidades de gasto; en primer lugar, debemos definirlas con criterios homogéneos para todas las comunidades. Criterios que deben ser fácilmente contrastables y no influenciables por decisiones autonómicas. En el bloque de competencias sanitarias, desde Andalucía tenemos muy claro que además del criterio poblacional se han de considerar, por supuesto, las variables de reparto asociadas a la edad, pero creemos que también habría que tener en cuenta otros factores que influyen en las necesidades sanitarias de una comunidad para ponderar como corresponda.

Entre ellas habría que distinguir dos tipos de variables fundamentales: el peso sobre el gasto asistencial de los menores y el estado de salud de la población aproximado a través de tasas de mortalidad o morbilidad (una segunda variable que también tenemos meridianamente clara). En esto coincido plenamente con el autor, cuando manifiesta que para mantener realmente la solidaridad interterritorial el mejor mecanismo es "adecuar la financiación en función de la necesidad sanitaria". Aunque él no se muestra muy convencido, yo tengo la esperanza de que las comunidades seamos capaces de ponernos de acuerdo. Sería completamente justo dedicar más recursos a quienes tienen más necesidades de salud.

También, aunque se trata de un tema espinoso, es necesario abordar el origen de los recursos destinados a financiar la sanidad. El autor se decanta directamente por utilizar fórmulas de participación directa de los ciudadanos –copago–, si bien prefiere aplicarlas a partir de determinadas rentas, en servicios no considerados esenciales y a través de copagos graduales y de baja intensidad.

En Andalucía damos un no rotundo al acceso o uso de los servicios sanitarios que hoy están reconocidos en nuestras carteras de servicios y que forman parte de los elementos básicos de la atención sanitaria. Tenemos la certeza de que con estas medidas se podría penalizar de forma injusta a pacientes crónicos y ancianos; es más, no existen evidencias de que estos mecanismos de participación directa del usuario supongan un elemento de disuasión real del uso abusivo de la sanidad. Por otra parte, los previsibles costes de gestión de esas medidas minimizarían el supuesto volumen de recursos generado.

Sí es indudable que es necesario incrementar la financiación general del sistema que permita impulsar elementos de cohesión y redistribución de los recursos. En este sentido, considero de vital importancia potenciar el Fondo de Cohesión Sanitaria, o bien establecer algún fondo destinado específicamente a corregir desigualdades en salud. También en ello coincido con el autor, que habla de un "fondo de igualdad" creado con esta finalidad.

Todo ello no es óbice para que las comunidades nos impliquemos, cada vez más, en la lucha por hacer sostenible el sistema sanitario público y, por tanto, en el control estricto del gasto sanitario. Creo que, aunque el SNS es un sistema eficaz, existen todavía márgenes que permiten racionalizar el gasto sin disminuir la eficacia. Márgenes que son, además, muy variables de unas comunidades a otras. Y no vale, como antes comentaba, que el esfuerzo no sea compartido.

A este respecto, en Andalucía estamos completamente de acuerdo con que las comunidades debemos asumir que la financiación de todo lo que no esté pactado dentro de los mínimos de la cartera de servicios común para el Estado debe ser responsabilidad propia. Nunca puede entrar a formar parte del cálculo de la insuficiencia y la necesidad global de financiación. Es una forma responsable de responder a quienes piensan que despilfarramos a costa de los demás. En interés de nuestro autogobierno y prioridades políticas, podemos y queremos tener la libertad de incluir nuevas prestaciones, servicios o derechos que no formen parte de la cartera básica, pero debemos buscar los recursos necesarios para ello.

En el mismo sentido, debe asumirse totalmente la política de corresponsabilidad financiera del Estado con las comunidades autónomas. No se pueden imponer nuevas prestaciones o adoptar regulaciones desde el nivel central que comporten incremento de gastos si no se adapta y aporta la financiación adecuada. Llámense prestaciones, nuevos reconocimientos profesionales o nuevas titulaciones y especialidades.

Éste es un debate complejo que presenta múltiples componentes y variantes para la discusión: ¿el Estado tiene que dotarse de los mecanismos adecuados para controlar la actuación eficiente de las comunidades a través de los recursos que percibimos?, ¿cómo se articulan estos mecanismos de control? Y, sobre todo, ¿qué papel debe desempeñar el Estado, una vez que estos mecanismos pudieran poner de manifiesto el comportamiento "poco eficiente" de determinadas comunidades?

Son preguntas difíciles hasta ahora sin respuesta, pero sin financiación no será fácil que realmente podamos garantizar la solidaridad en la distribución de los recursos.

Un último apunte a este apartado es que debemos seguir trabajando intensamente en aras de la eficiencia del sistema. En nuestra comunidad las medidas de eficiencia son elementos corrientes del día a día: desde la centralización de las compras para obtener economías de escala hasta los sistemas de contabilidad analítica o de información de recursos humanos; ambas medidas posibilitan la medición de costes por servicios y procesos, y permiten conocer dónde y en qué se gasta, así como limitar el presupuesto de cada centro.

Asimismo, existe toda una batería de medidas que el lector conoce bien y en las que no me quiero extender, pero que considero básicas para que no nos demos nunca por vencidos en la batalla contra la ineficiencia: prescripción por principio activo, ahorro energético en los centros, consultas de acto único, telemedicina y teleasistencia, seguimiento telefónico de pacientes complejos para evitar agudizaciones y reingresos, nuevas formas alternativas a la hospitalización tradicional, hospitales de día, gestión de personas...

Con respecto a esto último, me parece un poco pesimista el comentario del autor acerca de la "baja motivación del sector público" y de que "la ausencia de un compromiso y de un liderazgo político fuertes dificulta la implantación de mecanismos de incentivos basados en la evaluación del desempeño". Es difícil, pero, sin duda, no imposible. En el sector público tenemos que esforzarnos en ello con decisión y, sobre todo, podemos ponernos de acuerdo entre todas las comunidades, aunque nunca para dar marcha atrás después.

Andalucía es de las pocas comunidades en que una parte de la masa salarial es variable según el desempeño profesional; la única que tiene una carrera profesional reversible; y casi la única que exige la acreditación profesional para aspirar a la carrera. Todo ello se enmarca en un modelo de gestión por competencias en que las entrevistas de desarrollo profesional y la determinación de los complementos de rendimiento permiten orientar las actuaciones de los profesionales a objetivos de eficiencia, no sólo económica, sino social, con mejores resultados en salud.

Antes de finalizar este apartado quiero añadir alguna opinión sobre otras cuestiones que el autor refiere y en las que no estamos del todo de acuerdo. Por una parte, aun buscando la máxima eficiencia, el gasto sanitario público sigue creciendo y creo que todavía debe crecer más. No es consecuencia de la descentralización, sino de todos los factores que el autor describe tan bien en el texto y que no sólo no van a disminuir, sino todo lo contrario: envejecimiento, cronicidad, tecnología, mayores exigencias, etc. Por todo ello, necesitamos converger progresivamente con Europa en términos de porcentaje del PIB de gasto público destinado a sanidad. En el marco de un pacto de Estado, fuera de la confrontación política que no aporta nada positivo ni para el sistema ni para la ciudadanía, debemos buscar los mecanismos para conseguirlo.

Otro elemento que me parece un poco perverso es utilizar de forma aislada, y con fines comparativos, el gasto sanitario por persona protegida sin tener en cuenta los niveles de renta. Propongo un indicador alternativo que probablemente sea más justo, pues permitiría valorar el esfuerzo que puede realizar una comunidad dentro de sus posibilidades reales. Me refiero a un indicador que muestre el porcentaje de gasto sanitario público en relación con el PIB de la comunidad correspondiente.

Además de éstas, hay otras cuestiones de menor relevancia, pero que no quiero dejar pasar sin, al menos, un breve comentario. Por ejemplo, es cierto que la sanidad no ha invertido lo suficiente en tecnologías de la información y la comunicación, ámbito en el que existe un notable retraso, pero no en todas las comunidades por igual. En Andalucía, hoy por hoy, casi el 95% de la población tiene una historia digital de salud en Atención Primaria, conectada con los Servicios de Urgencia hospitalarios y con las plantas de hospitalización de algunos hospitales (aún pocos, es cierto). Ese mismo porcentaje de población dispone también de receta electrónica conectada directamente entre cualquier farmacia de la comunidad y su centro de salud. ¿Esto denota retraso tecnológico? Creo que no.

Por otro lado, el autor refiere opacidad y falta de transparencia. No me cabe la menor duda de que es difícil ofrecer nuestras "miserias" al exterior, pero una Administración Pública moderna se debe a la sociedad y, por tanto, tiene que facilitar el análisis que ésta quiera llevar a cabo. Por ello, estamos rotundamente de acuerdo en que hay que aumentar la transparencia de los sistemas autonómicos. Y en ello estamos. En nuestra página web *(http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)* ofrecemos información sobre listas de espera, indicadores de satisfacción, reingresos, morbimortalidad..., todo ello a nivel de centro sanitario. Ha sido posible y creo que ha sido una experiencia positiva.

En un escalón inferior en lo que a gestión sanitaria se refiere, un aspecto relevante que se refleja en el documento y que está teniendo en las últimas fechas gran repercusión mediática es la aplicación de las nuevas fórmulas de mesogestión y microgestión.

La sostenibilidad del sistema sanitario requiere cambios estructurales profundos, que no consisten simplemente en mensajes dirigidos a los ciudadanos para que utilicen mejor los servicios o a los profesionales para que gasten menos. Por ello, en todas las comunidades autónomas estamos buscando fórmulas para propiciar un sistema más flexible, coordinado, eficiente y descentralizado, y han sido múltiples las nuevas formas jurídicas aplicadas a la gestión: desde las fundaciones o los consorcios con amplia presencia en Cataluña a las sociedades anónimas de casi nula implantación, o bien las empresas públicas de mayor extensión en Andalucía.

Pero es la figura de la concesión administrativa, extendida en Valencia desde hace algunos años y actualmente en Madrid y en Castilla y León, la que hace que me pregunte si nos estamos acercando demasiado a la privatización de los servicios sanitarios.

Personalmente, me surgen ciertas dudas y no comparto con el autor los argumentos sobre las ventajas en relación con el desembolso de fondos públicos; sobre todo por la experiencia conocida de estudios realizados en otros países y por los hechos acaecidos en España, donde ha habido que rescatar algunas concesiones, compensar las pérdidas acumuladas por parte de la empresa con dinero público y volver a entregar la concesión a la empresa primitiva con mejores condiciones de explotación (lo barato sale caro).

En diversos trabajos, aunque bien es cierto que no todos son igual de rigurosos, se valora el coste de los hospitales en las fórmulas PFI *(private finance initiative)* en torno a 4-5 veces el coste de un hospital público tradicional. No sé si será tanto o no, lo que sí puede entender cualquiera es que la empresa privada tiene ánimo de lucro por definición y que, si los costes son iguales, la calidad y el tipo de atención no pueden serlo. O viceversa.

Comparto, pues, la opinión del autor cuando afirma que "las desventajas se relacionan siempre con una hipotética pérdida de calidad del servicio sanitario público gestionado con ánimo de lucro [...].También es evidente el riesgo de que se creen monopolios zonales en manos privadas, que suelen ser difíciles de corregir a medio plazo".

En cualquier caso, la autoridad política es el garante último y, por tanto, el que debe ejercer el seguimiento, la evaluación del sistema y, por supuesto, el control económico.

Por este motivo, y en la línea de una gestión competitiva, desde Andalucía hemos optado por las empresas públicas. Entendemos que esta elección equilibra las ventajas de utilizar instrumentos validados y ampliamente empleados en la gestión empresarial, junto con la garantía absoluta del control público, ya que las empresas públicas se crean por ley, sus presupuestos son aprobados y se da cuenta de ellos en el Parlamento, se rigen por consejos de administración públicos y es imposible ceder al control privado parte de su capital o patrimonio.

Es evidente que las nuevas fórmulas de gestión son un tema apasionante y controvertido que está poniendo en tensión el SNS, sobre todo en algunas comunidades. No obstante, estoy segura de que el sistema en su conjunto se va a ver reforzado cuando se realice un análisis riguroso de cuál es la mejor forma de gestionar la sani dad para que ésta sea coste-eficaz, pero, fundamentalmente, para que cumpla realmente su objetivo de velar por la salud de los ciudadanos.

LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Por un lado, estos dos capítulos del libro evidencian un incremento constante de la utilización de los servicios sanitarios, que es común en nuestro sistema y en otros muchos. Por otro lado, analizan con detalle la evolución de los Barómetros Sanitarios de los últimos años, en los que se aprecia, como comentaba antes, un cierto desapego de determinados grupos de población.

El autor plantea la hipótesis de que la utilización de los servicios refleja las distintas prestaciones a las que tienen acceso los ciudadanos y la analiza concienzudamente para ver qué elementos pueden estar influyendo. También estudia con detalle todo lo que tiene que ver con la variabilidad de la práctica clínica y los diferentes "riesgos" a los que se expone la población según la zona o el centro en el que sea atendida.

No voy a discutir de manera pormenorizada todos los apartados, pero es de todos conocido que, indudablemente, la oferta puede generar demanda. Esto quiere decir que en tanto vayamos aumentando la accesibilidad a nuestros servicios, acercándolos a la población, ésta los va a utilizar cada vez más. Pero ¿no es eso lo que queremos? Y no tanto que los utilicen más, sino lo que sea realmente necesario.

Sin duda, la cercanía en la gestión aporta ventajas en cuanto a la accesibilidad, dado que permite un estudio detallado de las necesidades, y esto puede influir favorablemente en la mayor frecuentación basada en un uso adecuado de los servicios.

No obstante, estoy convencida de que el aumento generalizado del uso y de la satisfacción respecto de los servicios está más relacionado con los cambios socioeconómicos vividos en los últimos 25 años, que se han reflejado en el estado de salud, en la concepción integral de la salud, en la información que sobre la salud se tiene, y que han motivado actitudes más proactivas encaminadas a la promoción y a la prevención.

También tiene que ver con la confianza en los profesionales, con los avances tecnológicos aplicados al diagnóstico y tratamiento o con indicadores como el incremento de la esperanza de vida, que ha hecho de la cronificación de determinadas enfermedades un elemento más que en su control y seguimiento ha desembocado en un mayor acercamiento a los servicios de salud.

Por todo ello, considero que estos elementos que, como expone el trabajo, no tienen unas diferencias significativas en los datos presentados, posiblemente porque recogen series estadísticas relativamente cortas, pueden ser más achacables a la evolución de la sociedad española que a la descentralización sanitaria o a las diferencias en las carteras de servicios. En este mismo sentido, tampoco creo que tenga nada que ver la descentralización con la variabilidad de la práctica clínica, pues ésta puede ser diferente no sólo entre comunidades, sino entre centros de una misma comunidad e incluso entre servicios de un mismo centro. Es cierto que en este ámbito todavía tenemos mucho por hacer: protocolización de actividades, formación continuada, comparación de indicadores entre centros... Estoy convencida de que las nuevas medidas de calidad y gestión por procesos que estamos propiciando muchas comunidades van a influir muy favorablemente en la homogeneización de la práctica clínica.

Por último, en cuanto a los resultados del Barómetro Sanitario, que refleja la opinión ciudadana sobre el sistema sanitario público, el autor presenta un panorama pesimista sobre una percepción cada vez más negativa del servicio público y el deseo creciente de utilizar la sanidad privada. Uno de mis primeros comentarios se ha dirigido precisamente a este extremo: a nuestra obligación como responsables políticos de mantener y mejorar constantemente la calidad del sistema público, y a dedicar todas nuestras fuerzas a que los ciudadanos lo

sientan como algo propio. Para conseguirlo hay mucho por hacer en cuestiones hosteleras, de reconocimiento de derechos, de amabilidad, de cercanía y de respeto, de inversión en las "pequeñas cosas" de nuestros centros (limpieza, confort, desmasificación) o de renovar mobiliario e infraestructuras.

No es poca cosa y tenemos que hacerlo. Nuestra obligación, todos y cada uno de los días en que estemos al frente de una responsabilidad de este calado, es preguntarnos qué podemos hacer para que la población que acude a nuestros centros los valore cada día más, y no al contrario. No me cabe ninguna duda de que si los responsables autonómicos, y todos y cada uno de los directivos, tuviéramos cada día este objetivo prioritario en nuestra agenda la opinión ciudadana sobre el sistema público no haría sino mejorar de una encuesta a otra.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para finalizar, he querido aunar bajo este epígrafe los capítulos en que el autor, tras el recorrido descriptivo, presenta los elementos que diferencian y acercan nuestros sistemas sanitarios, y el último, en que se exponen las recomendaciones ante un futuro incierto.

En cualquier caso, tras la amplia valoración realizada a lo largo del trabajo, y en lo que se refiere a las conclusiones presentadas, coincido con el autor en que la situación no es preocupante en términos de marcadas diferencias en ninguna de las áreas estudiadas, pero no cabe duda de que son numerosos e importantes los retos de futuro.

Como he expuesto reiteradamente a lo largo de estas páginas, creo que la descentralización es siempre positiva. En el texto se presentan las discrepancias entre autores sobre si se producen diferencias sustanciales en las prestaciones de distintas comunidades. Así, hay quien opina que la descentralización genera a medio plazo un proceso de convergencia de las políticas sanitarias, mientras que otros afirman que estas decisiones producen diferencias significativas entre los ciudadanos de diversas comunidades en la concreción de sus derechos y obligaciones con respecto a la salud.

Personalmente creo, como indica el autor, que en España las diferencias en salud son muy pequeñas y no son achacables al proceso de descentralización, aunque también es cierto que la transferencia de competencias sanitarias al conjunto de las comunidades es un fenómeno muy reciente como para extraer conclusiones al respecto.

En cuanto a los retos de futuro, son indudables las presiones que existen para que aumente el gasto en los próximos años de la mano de los continuos avances de la tecnología y la atención sanitaria, así como del incremento de la demanda por parte de una población que envejece. Al mismo tiempo, la presión de los consumidores y pacientes para que se mejore la calidad y se resuelvan las diferencias de acceso a los servicios sitúa la sostenibilidad económica del sistema como el eje-problema que hay que afrontar con carácter prioritario.

Respecto de la financiación de las comunidades en relación con los contenidos de los nuevos estatutos de autonomía, comparto la posición del autor. La negociación de los acuerdos deberá brindar una estabilidad en el tiempo, aunque obviamente supondrá difíciles debates que pueden afectar directa o indirectamente al servicio público. Todo ello, en el marco de la presente situación económica y junto con otros servicios como las infraestructuras o los relacionados con la Ley de Dependencia como cuarto pilar de la sociedad del bienestar, hará necesaria una actitud conciliadora por parte de todas las comunidades.

La solución de estos problemas financieros no sólo debe venir del Gobierno central con la aportación de más recursos, o de las comunidades con un control estricto del gasto, ni de la subida o bajada de los impuestos. Es imprescindible decidir entre todos qué queremos hacer y hasta dónde queremos llegar con el sistema sanitario español.

También pasa por la implicación y el conocimiento de la ciudadanía de las dificultades y los desafíos a los que nos enfrentamos, así como por hacerla conocedora y partícipe, junto con los profesionales sanitarios, de las posibilidades y los límites del sistema. Debemos ser capaces de implicar a ciudadanos y profesionales en el "gobierno" de la sanidad y, en este mismo sentido, favorecer la accesibilidad a la información y, con ello, aumentar la capacidad de elección de los pacientes.

Comentaba páginas atrás que éste es un tema que nos ocupa y nos preocupa; por eso, en el sistema sanitario andaluz hemos apostado por la transparencia y la participación democrática de la ciudadanía. Ya hemos dado los primeros pasos con la publicación de las listas de espera, algunos indicadores de calidad y los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios.

En cuanto a la implicación de los profesionales, son aspectos relevantes la corresponsabilización en la gestión eficaz de los recursos y la potenciación y mantenimiento de una cultura de profesionalismo de aquellos que trabajan en las instituciones públicas sanitarias. Por esta razón, estamos llevando a cabo una intensa política de desarrollo profesional basado en un modelo de gestión por competencias. Asimismo, hemos apostado por la gestión clínica, de forma que los profesionales se hacen copartícipes de los objetivos y asumen decisiones propias en cuanto a recursos, profesionales, formas de atención, circuitos de derivación y seguimiento, etc.

Voy a concluir para que mis comentarios no saturen al lector y pueda enriquecerse con el exhaustivo y bien documentado trabajo con que nos ha regalado el Dr. del Llano. Aunque es cierto que en algunas cuestiones discrepamos, también lo es que ha realizado un análisis lúcido sobre lo que han representado estos años y sobre los retos y desafíos que debe afrontar el sistema sanitario público. Quizás lo que nos diferencia fundamentalmente es que yo soy optimista y estoy convencida de que la sanidad pública va a ir cada vez a mejor. Posiblemente mi optimismo se sustenta en el cambio tan espectacular que ha experimentado el sistema sanitario andaluz en estos años y en su crecimiento constante, no sólo en cuanto a prestaciones, derechos o infraestructuras, sino también en otros intangibles que hace apenas unos años ni siquiera hubiéramos podido soñar: investigación de excelencia puntera, formación reglada y organizada para más de 90.000 profesionales, centros de tecnología y simulación robótica y virtual de vanguardia.

No sólo Andalucía se ha transformado. En estas últimas décadas todos hemos cambiado mucho, y también lo ha hecho la sociedad y su forma de entender la vida y el futuro. Se han modificado extraordinariamente los estilos de vida, los patrones de consumo, la propia demografía de la

población, también la de los profesionales sanitarios, así como la formación, la cultura y las expectativas de los ciudadanos-usuarios-clientes de los servicios sanitarios. Nos tenemos que preparar para el futuro, pues todo ello va a traer como consecuencia, ya lo estamos viendo, cambios determinantes en la forma de enfermar y de asumir la enfermedad, en la utilización y en el acceso a los servicios sanitarios, y en la necesidad de cuidados y de profesionales.

Tenemos que prepararnos y trabajar entre todos, porque sólo desde la lealtad institucional y el respeto a la autonomía, y con la decisión y la única voluntad de trabajar por la salud de los ciudadanos y ciudadanas, podremos construir un Sistema Nacional de Salud que en los próximos años siga siendo capaz de proporcionar una asistencia sanitaria de calidad para todos y todas. Un sistema eficaz y eficiente que mantenga su rumbo hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; con carácter integral y orientado hacia la resolución de las expectativas de la ciudadanía. Una Ciudadanía con mayúsculas, es decir, con derechos, con igualdad y con un rol protagonista.

COMENTARIO CRÍTICO

Francisco Javier Álvarez Guisasola
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Quiero agradecer al presidente del Círculo de la Sanidad la oportunidad de participar en este proyecto sobre la sanidad autonómica, y la posibilidad de hacer alguna aportación, desde la perspectiva de Castilla y León, a los temas planteados.

En su trabajo Sanidades autonómicas ¿solución o problema?, *el Dr. Juan del Llano ofrece una panorámica de los principales aspectos del complejo sistema sanitario español, con sus ventajas e inconvenientes, con sus fortalezas y debilidades.*

La ardua labor descriptiva de este trabajo se pone de manifiesto en el esfuerzo llevado a cabo para recopilar información en temas como:

- *La caracterización socioeconómica, demográfica y sanitaria.*
- *La evaluación de las desigualdades en la oferta y la demanda.*
- *La síntesis de los principales indicadores sanitarios.*
- *La valoración de la opinión de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios.*

Todo ello lo realiza manejando fuentes acreditadas, mientras analiza la evolución de la situación sanitaria de España entre los años 2002 y 2008.

Es de agradecer también su aportación al conocimiento de la realidad sanitaria española y sus opiniones en torno a los temas de mayor actualidad, como la financiación del sistema sanitario, la equidad, cohesión y solidaridad interregionales, o la imprescindible colaboración y coordinación entre todos los actores integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Los breves comentarios que siguen tienen la intención de completar en parte la exposición del autor, con algunas experiencias que desde la comunidad autónoma de Castilla y León hemos desarrollado en nuestra sanidad pública y que pueden servir de contrapunto a lo expuesto en este trabajo. Se ha seguido con carácter general el esquema de trabajo, aunque no todos los apartados cuentan con una aportación significativa.

LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA

El Dr. del Llano ofrece en su primer capítulo un breve panorama de la descentralización sanitaria en España. Esta descentralización comporta indudables ventajas, aunque también inconvenientes, a saber, problemas de ineficiencia, desigualdades o incremento del gasto.

Entre las ventajas se pueden citar una mayor aproximación de los niveles de decisión a los usuarios, una respuesta más rápida y flexible, una mayor participación ciudadana, una percepción más cercana de los problemas o una respuesta más eficaz a las demandas concretas de infraestructuras o de nuevas prestaciones.

Una de las cuestiones que plantea la existencia de 17 servicios de salud es el problema de su coordinación. Constituido el Sistema Nacional de Salud (SNS) de acuerdo con los principios establecidos en 1986 en la Ley General de Sanidad, la propia norma contenía los preceptos necesarios para articular una adecuada coordinación. Se pretendía así constituir un sistema integrado, cuyo funcionamiento fuese armónico, en el que la solidaridad y la cohesión se sumaran a los que ya eran principios básicos y fundamentos del sistema: la gratuidad y la universalidad.

Estos mecanismos de coordinación se reforzaron y modificaron con la aprobación, en el año 2003, de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario, que instauró el Consejo Interterritorial como máximo órgano de coordinación. El Ministerio de Sanidad y Consumo se atribuye de este modo las funciones de regulación, planificación y coordinación del sistema sanitario, habida cuenta de que las tareas preventivas y asistenciales corresponden a las comunidades autónomas.

En la práctica, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha entrado en ocasiones en una dinámica de adopción de iniciativas de carácter técnico que, una vez aprobadas, deben ser ejecutadas y financiadas por las comunidades autónomas. Al mismo tiempo, se ha hecho dejación de este liderazgo integrador y no se ejecutan las competencias de coordinación más propias del Ministerio.

A título de ejemplo, se podría preguntar por qué no existe un buen sistema de información para todo el SNS o los motivos por los que no hay un sistema coordinado de análisis, control, evaluación y seguimiento de la evolución de los recursos humanos, con los graves problemas de falta de especialistas que hoy se plantean.

Es uno de los principales aspectos a los que debería atenderse: recuperar esa tarea de liderazgo, de planificación y de coordinación que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene, para abordar los principales problemas del sistema sanitario, a saber, su cohesión y sostenibilidad, su financiación y la falta de profesionales.

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

El análisis de la evolución demográfica que se realiza en el trabajo para elaborar un modelo de evolución, positiva o negativa, requeriría quizá considerar los indicadores en series temporales más largas que las que se han utilizado, puesto que la mayor parte de estos indicadores evolucionan muy lentamente y sólo en caso de acontecimientos excepcionales pueden apreciarse diferencias sustanciales en periodos tan cortos de tiempo.

No obstante, sí se ha producido un acontecimiento demográfico excepcional en estos años: el incremento del censo español en un 10,54% desde el año 2002, fruto principalmente de la inmigración, y que ha tenido una notable repercusión sobre la asistencia sanitaria y los gastos sanitarios.

Las comunidades autónomas se enfrentan al reto de ser capaces de atender y costear el gasto de la atención a los inmigrantes, aunque no afecte por igual a todas las comunidades. La inmigración, de la misma

manera que genera un incremento de la demanda sanitaria, aporta un valor extraordinariamente positivo como es el rejuvenecimiento de las pirámides de población y su contribución al crecimiento económico.

Por lo que a Castilla y León se refiere, nuestro crecimiento demográfico es bajo, ya que el censo se ha incrementado desde el 2002 en un 1,9%. Un ligero repunte de las tasas de natalidad, derivado del aumento de la fecundidad de las mujeres españolas y de un fuerte incremento de la natalidad proporcional de las madres extranjeras, ha mejorado las perspectivas demográficas de Castilla y León.

En cuanto a la caracterización epidemiológica, en Castilla y León no existe nada especialmente destacable diferente del resto de España. Las principales causas de muerte en Castilla y León se reflejan en la Tabla I.

Sí que se puede señalar, como diferencia, que la esperanza de vida en Castilla y León es una de las más altas de España (Tabla II) y, junto con la de Japón, una de las más altas del mundo.

EL GASTO SANITARIO

El capítulo 3 del trabajo pone de manifiesto el incremento del gasto sanitario que han realizado todas las comunidades autónomas desde las transferencias sanitarias.

Una vez recibidas las competencias sanitarias, las distintas comunidades autónomas se vieron obligadas a acometer mejoras sensibles en la atención sanitaria, tanto en infraestructuras como en prestaciones y condiciones laborales del personal de sus servicios de salud. Esto ha producido un aumento de inversiones, retribuciones y mejora de las prestaciones sanitarias, que ha provocado incrementos constantes del gasto.

El modelo de financiación aprobado por la Ley 21/2001, fruto del consenso alcanzado en el Consejo Interterritorial, nació con vocación de duración indefinida e incluía un sistema para corregir posibles insuficiencias financieras. Su temprana modificación limitó en el tiempo su operatividad y no pudo ser evaluado.

Tabla I. Principales causas de muerte en datos absolutos y porcentaje (2006)

Causas	España		Castilla y León	
	N	%	N	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7.201	1,94	545	2,08
Tumores	101.683	27,37	7.711	29,49
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan los mecanismos de inmunidad	1.227	0,33	110	0,42
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11.523	3,1	826	3,16
Trastornos mentales y del comportamiento	12.107	3,26	761	2,91
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	15.721	4,23	1.066	4,08
Enfermedades del aparato circulatorio	120.760	32,51	8.380	32,05
Enfermedades del aparato respiratorio	39.510	10,64	2.747	10,5
Enfermedades del aparato digestivo	19.351	5,21	1.309	5,01
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.083	0,29	82	0,31
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3.363	0,91	275	1,05
Enfermedades del aparato genitourinario	9.405	2,53	733	2,8
Embarazo, parto y puerperio	14	0	1	0
Afecciones originadas en el periodo perinatal	911	0,25	35	0,13
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	934	0,25	40	0,15
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (1)	10.546	2,84	489	1,87
Causas externas de mortalidad	16.139	4,34	1.040	3,98
Todas las causas	371.478	100	26.150	100

NCOP = no clasificado/s en otra parte.
Elaboración: Observatorio de Salud Pública (Consejería de Sanidad).
Fuente: INE *(http://www.ine.es)*.

Ello ha puesto de manifiesto un importante problema en la financiación de los servicios de salud de las comunidades autónomas. La financiación sanitaria, en proceso actual de revisión, debe ser capaz de dar una respuesta satisfactoria a este crecimiento del gasto; asimismo, debe instaurarse un modelo estable de financiación, duradero en el tiempo, que no esté permanentemente sujeto a la negociación política.

Tabla II. Esperanza de vida al nacer (2006)

Provincia	Hombres	Mujeres	Total
Ávila	77,9	85,2	81,4
Burgos	79,1	86,5	82,7
León	78,4	85,6	82
Palencia	77,7	85,3	81,5
Salamanca	80	86,2	83,1
Segovia	79,7	85,9	82,8
Soria	80,2	84,9	82,5
Valladolid	78,8	85	81,9
Zamora	79,5	85,5	82,5
Castilla y León	79	85,6	82,3
España	77,8	84,5	81,1

Fuente: tablas de mortalidad y Movimiento Natural de la Población (INE).

Habida cuenta de que la evolución de la descentralización es imparable, se han de proteger y mantener sus fortalezas y afrontar la mejora de sus debilidades para hacer del sistema sanitario un sistema sostenible, universal, gratuito, solidario, cohesionado, que no permita desigualdades entre territorios y que asegure la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones. Para ello es necesario solucionar el problema de su financiación.

El gasto público sanitario en Castilla y León ha sufrido un notable incremento desde que se produjeron las transferencias en el año 2002. De un presupuesto de 2.125,8 millones de euros en el 2002 se ha pasado a gestionar un presupuesto de 3.323,5 millones de euros en el 2008, y para el 2009 el proyecto de presupuestos alcanza 3.398,5 millones de euros. Tal variación supone un incremento acumulado del 59,87% a lo largo de todo el periodo considerado (Tabla III).

Este incremento viene dado fundamentalmente por las partidas dedicadas a sufragar los gastos de personal, que absorben prácticamente el 50% del total, seguidos de los gastos de farmacia, que representan algo menos del 19%, y de las inversiones en infraestructuras y equipamiento.

Tabla III. Presupuesto de la Consejería de Sanidad (2002-2009)

Año	Importe	Incremento 2002-2009	
		Importe	%
2002	2.125.856.903	-	-
2003	2.245.155.764	119.298.861	5,61
2004	2.421.970.740	176.814.976	7,88
2005	2.609.942.361	187.971.621	7,76
2006	2.845.221.511	235.279.150	9,01
2007	3.044.635.874	199.414.363	7,01
2008	3.323.530.841	278.894.967	9,16
2009	3.398.515.280	74.984.439	2,26
Total	**22.014.829.274**	**1.272.658.377**	**59,87**

Fuente: Consejería de Sanidad.

Como puede apreciarse, todos los años se ha mantenido un aumento del presupuesto muy por encima del crecimiento del coste de la vida e incluso por encima del crecimiento medio de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León.

En nuestra comunidad el indicador de gasto público per cápita (Tabla IV) sigue manteniendo su vigencia como punto de referencia de la evolución del gasto sanitario (Figura 1). En el 2009 alcanzará 1.331 euros, frente a los 857 euros del 2002, lo que supone un incremento del 55,3%.

Por último, hay que destacar dos circunstancias en cuanto al gasto sanitario de Castilla y León, que influyen especialmente en el incremento del gasto: el envejecimiento y la dispersión de su población. Se ponen de manifiesto en alguna de las conclusiones extraídas de un estudio denominado *Análisis del modelo de financiación sanitaria*, que elaboró el Consejo Regional de Salud de Castilla y León hace tres años:

- En Atención Primaria el coste medio de los gastos de personal por persona protegida es de 138 euros para el conjunto de Castilla y León. Sin embargo, el coste por persona protegida en la provincia con menos densidad de población es un 72% superior que el coste por persona protegida en la provincia con más densidad de población.

Tabla IV. Gasto público per cápita en Castilla y León (2002-2008)

Año	Importe	Población	
		Habitantes	Euros/habitante
2002	2.125.856.903	2.480.369	857
2003	2.245.155.764	2.487.646	903
2004	2.421.970.740	2.493.918	971
2005	2.609.942.361	2.510.849	1.039
2006	2.845.221.511	2.523.020	1.128
2007	3.044.635.874	2.528.417	1.204
2008	3.323.530.841	2.525.157	1.316

Fuente: Consejería de Sanidad.

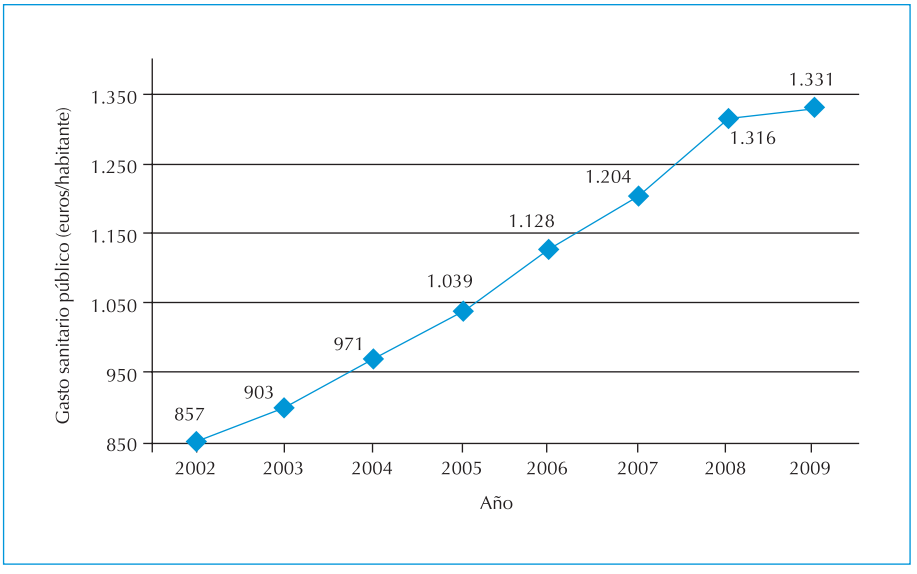


FIGURA 1. Gasto sanitario público (euros/habitante) en Castilla y León.
Fuente: Consejería de Sanidad.

- La dispersión de la población implica también contar con más profesionales. Castilla y León es la comunidad autónoma con la mejor ratio de médicos por habitante, es decir, hay un médico por cada 1.081 habitantes frente a los 1.720 de la media nacional. En Atención Primaria y en el ámbito rural, esta ratio llega a ser de un médico por cada 571 habitantes.

- En lo que respecta al transporte sanitario, el coste medio en Castilla y León es de 14,5 euros anuales por beneficiario. En la provincia cuya dispersión de población es mayor el coste por persona es 2,35 veces superior al de la provincia que cuenta con una población menos dispersa.
- El 23% de la población de Castilla y León es mayor de 64 años, mientras que la media de España con esta edad es del 17%. En Castilla y León un pensionista gasta en recetas 9,6 veces más que una persona activa, y un persona mayor de 75 años gasta en recetas 14,5 veces más que una persona menor de 45 años.

LAS INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS

Como ya se ha señalado, casi todas las comunidades autónomas han realizado un esfuerzo por renovar sus infraestructuras sanitarias desde las transferencias.

En Castilla y León las infraestructuras transferidas adolecían de graves defectos. Los centros hospitalarios, con una antigüedad en algunos casos de 55 años, se encontraban en una situación deficiente, su estado de conservación era precario, las dotaciones de equipos eran obsoletas y se habían realizado escasos esfuerzos en la dotación de equipos de alta tecnología. Por consiguiente, necesitaban una urgente remodelación.

Por otra parte, la atención al medio rural de Castilla y León, la comunidad más extensa de España, requiere una dotación especial de centros de salud y de consultorios locales para acercar la asistencia a los ciudadanos. Los centros de salud recibidos en las transferencias, o bien se encontraban desfasados por el paso del tiempo, o bien no se adaptaban a la distribución de la población a la que debían prestar asistencia. Asimismo, sus instalaciones, obsoletas, no podían acoger las nuevas prestaciones que, con el fin de facilitar el acceso de la población a los servicios, se iban a instalar en ellas.

Esto motivó la aprobación de un Plan de Inversión en Infraestructuras Sanitarias 2002-2010, mediante Acuerdo de la Junta de Castilla y León, de 5 de diciembre de 2002. Su objetivo era conseguir una modernización estructural y tecnológica de los centros sanitarios. La inversión total prevista

en este plan es de 1.316 millones de euros; distribuidos en 908,3 millones de euros para obras y 408,1 millones de euros para equipamiento.

Este volumen de inversión es el más elevado que se ha alcanzado en Castilla y León en cuanto a infraestructuras sanitarias.

El plan destina 1.090 millones de euros a la atención especializada. Este volumen de inversión, en cuanto a obras se refiere, se concreta en actuaciones en 22 hospitales, distribuidos en los 14 complejos asistenciales, y en la construcción de nuevos centros de especialidades. A lo largo de este plan se va a actuar en todos los hospitales de Castilla y León. Entre otros, por su volumen destacan:

- Las obras del nuevo Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid), que han supuesto casi 153 millones de euros.
- Las obras de reforma integral del Hospital de León, cuyo coste asciende a 145 millones de euros.
- La reforma integral del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que supondrá 131 millones de euros.
- Las obras del Hospital Clínico de Salamanca, cuyo coste asciende a 192 millones de euros.
- El nuevo Hospital de Burgos, con una inversión de 187 millones de euros, sólo en obras.

El resto se distribuye entre centros de salud y consultorios locales.

En este momento en que este plan está cercano a su fin, y con datos de finales del 2008, se puede señalar que ya se ha ejecutado el 81% de lo presupuestado; se han realizado actuaciones en 2.845 consultorios locales, obras en 105 centros de salud por un importe de 152,6 millones de euros y actuaciones en los 21 hospitales por valor de 643 millones de euros. Al equipamiento se han destinado 251 millones de euros.

Todas estas inversiones en modernización de los distintos centros sanitarios de Castilla y León nos han permitido superar la obsolescencia que padecían cuando nos fueron transferidos, y poner a disposición de los castellano-leoneses unas infraestructuras dignas, confortables, capaces de dar respuesta a las necesidades de salud, en un entorno más próximo, más humano y que garantiza mayor equidad en el acceso y mejor calidad en la asistencia.

LOS RECURSOS HUMANOS

Uno de los problemas más graves que afectan al sistema sanitario es el referido a los recursos humanos y, especialmente, la carencia de especialistas. El SNS carece de una planificación estratégica de sus recursos humanos. No se ha evaluado su situación ni se ha previsto la evolución de las necesidades para poner sobre la mesa el debate de la necesidad de especialistas y adoptar las medidas precisas para resolverla.

La falta de médicos es un problema real que afecta a todo el sistema sanitario y, en mayor o menor medida, a todas las comunidades autónomas. En Castilla y León nos afecta de forma geográfica y temporalmente localizada.

Para abordar este problema desde nuestra comunidad autónoma, se ha realizado un *Estudio sobre las necesidades de médicos especialistas en Castilla y León para el periodo 2008-2017*, que analiza la situación actual de la formación posgrado y pregrado, y que incluye una serie de propuestas de actuación para hacer frente al déficit futuro de profesionales sanitarios, que se estima en unos 4.000. Este trabajo ha determinado la necesidad de actuar en tres ámbitos: formación pregrado, formación posgrado y efectivos actuales.

La primera propuesta de actuación se desarrolla en el ámbito de la formación pregrado. El objetivo perseguido es el de equilibrar la oferta de plazas de nuevo ingreso en las Facultades de Medicina de Castilla y León con la oferta anual de plazas MIR del sistema autonómico. Actualmente, son 315 las plazas existentes en las Facultades de Medicina de nuestra comunidad, cubiertas aproximadamente por un 15% de extranjeros. Para alcanzar este equilibrio se deberían ofertar unas 200 plazas más y llegar aproximadamente a 520 plazas.

En segundo lugar, el análisis de la formación posgrado indica que el número de personal formado MIR en Castilla y León en el periodo 2008-2017 necesario para evitar un déficit de profesionales sanitarios debería ser de 3.915, de los cuales 2.785 pertenecerían a la atención especializada y 1.130 a Medicina de Familia.

El estudio apunta que es necesario reordenar y redistribuir la oferta de especialidades. En el periodo 2008-2017 el déficit de facultativos se concentrará en algunas especialidades:

- Muy deficitarias: Anestesia y Reanimación, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Reumatología, y Urología.
- Deficitarias: Anatomía Patológica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reparadora, Endocrinología y Nutrición, Hematología y Hemoterapia, Inmunología, y Otorrinolaringología.

Además, es preciso poner en marcha medidas de fidelización dirigidas al colectivo de posgraduados e impulsar la captación de efectivos. Es necesario, asimismo, profundizar en la mejora de la formación MIR, de manera que repercuta en un incremento de la calidad de la asistencia sanitaria.

En tercer lugar, este informe propone medidas de actuación para los profesionales en activo del sistema público de Castilla y León.

En esta línea se proponen medidas destinadas a fidelizar a nuestros profesionales, agrupadas en cuatro apartados:

1. Estabilidad en el empleo: a través de medidas tendentes a reducir la tasa de interinidad y situarla en un 4%. Para ello se va a reducir la contratación de personal de plantilla mediante: su integración en las plantillas cuando su necesidad haya pasado a ser estructural y la reactivación de los procesos selectivos y los concursos, dotándolos de un carácter periódico y continuo.
2. Fidelización de los profesionales: a través de la mejora de las condiciones laborales y del incremento de las expectativas de desarrollo y promoción profesionales. Así como mediante la estructuración de un nuevo sistema retributivo, el desarrollo de la carrera profesional y la estabilización a largo plazo de los contratos de carácter temporal.
3. Reordenación de los recursos disponibles: mediante el desarrollo de la Ley del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. Entre otros aspectos, regula los procedimientos de selección y provisión de puestos de trabajo y optimiza los recursos existentes que mejoran la gestión.

4. Captación de nuevos profesionales: especialmente en aquellas especialidades más deficitarias. Para ello se potenciará la búsqueda de especialistas.

A continuación, se señalan brevemente las medidas ya adoptadas. En cuanto a la formación pregrado, en el curso 2008/2009 se ha incrementado el número de alumnos de las Facultades de Medicina de Salamanca y Valladolid en 35. Un pacto con los rectores de las universidades públicas de Castilla y León ha llevado a acordar el incremento de las plazas de nuevo ingreso en las Facultades de Medicina en 200 en un plazo de cinco años. Por otro lado, se incrementará la red docente asistencial tanto en Atención Primaria como en atención especializada. Se llevará a cabo un nuevo convenio con las universidades, por el cual se adaptará la funcionalidad de la plaza vinculada a las actuales condiciones de la enseñanza universitaria (Espacio Europeo de Educación Superior) y de la atención sanitaria.

Por lo que respecta a la formación posgrado, desde Castilla y León hemos esbozado unos ejes estratégicos con los que pretendemos mejorar este apartado:

1. Una oferta docente que parta de la observación de las necesidades y medidas que promocionen y apoyen la capacidad docente. Se han incrementado en 21 las plazas acreditadas para la formación de futuros MIR. Esto ha hecho posible que se incremente el número de plazas MIR, que ha pasado de 477 en 2007-2008 a 495 en 2008-2009.
2. Una estructura docente clara, en la que se distingan claramente las siguientes figuras: el jefe de estudios, el tutor principal, el tutor coordinador y otras que serán valoradas en la carrera profesional.
3. Mejoras en la calidad de la formación mediante:
   - La creación de la red de unidades docentes.
   - El plan de acogida a los residentes.
   - La organización y gestión de la formación en los centros asistenciales.
   - La implicación y profesionalización del personal que participa en la docencia.
   - La actualización de las funciones y procedimientos de actuación de las comisiones de docencia y de los jefes de estudios.

4. Medidas de fidelización para garantizar la permanencia en nuestro sistema sanitario una vez acabada su formación. A los residentes que terminan su formación se les ofrece un contrato de dos años que permite compatibilizar la actividad asistencial con la docencia, la formación y la investigación, y que incluye la posibilidad de realizar cursos de doctorado, construir un currículo investigador, realizar la tesis doctoral y estancias formativas externas, así como bolsas de ayuda para proyectos de investigación. Estas actuaciones han determinado que el porcentaje de MIR que finalizan su formación y permanecen en el sistema sanitario de Castilla y León haya pasado del 50% al 70% en el último año.

Por último, entre las actuaciones dirigidas a los profesionales en activo destacan:

- La oferta de 595 plazas de FEA (facultativos especialistas de áreas) a través de los procesos de oposición recientes, lo que permitirá reducir la tasa de interinidad.
- La elaboración de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos y la firma en abril del 2008 de un pacto con prácticamente todos los sindicatos, que fija un calendario con materias concretas para negociar en los próximos años, referidas a las condiciones de trabajo.
- La puesta en marcha de una Unidad de Búsqueda de Empleo de Personal Sanitario.
- El desarrollo de la Ley del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León mediante la regulación de un nuevo sistema retributivo, la carrera profesional o los procedimientos de selección y provisión de puestos de trabajo.
- Se han mejorado las condiciones laborales mediante la oferta de contratos más estables.
- Recientemente, se ha constituido la Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria, entre cuyos objetivos figura la evaluación de la calidad del trabajo y la certificación de la competencia y de la carrera profesional.

Estas medidas suponen un intento de aportar una solución desde Castilla y León, que, no obstante, deben ser complementadas con otras de ámbito nacional, lideradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

LAS DESIGUALDADES DE LA DEMANDA

En este apartado el autor plantea, a través del análisis de numerosos indicadores de actividad asistencial, las comparaciones oportunas entre comunidades autónomas.

Asimismo, el autor se refiere a las listas de espera. La demora en la asistencia no es un problema de reciente aparición, es una realidad subyacente en los años 70 en toda Europa, y desde los años 80 aflora como un nuevo reto en la gestión de los servicios sanitarios.

Las listas de espera son una realidad en todos los servicios y sistemas de salud, con independencia de que su financiación sea pública o privada, y en los últimos años su situación se ha visto agravada por diversos factores.

Gracias a la mejora de los sistemas de registro de la actividad asistencial, la mejora de la gestión de los centros y la utilización de herramientas informáticas que permiten una cuantificación más exacta y un mejor conocimiento de la situación, la objetivación de las listas de espera es un factor de evidencia más que de génesis de las listas de espera.

Por otro lado, los cambios experimentados en los conocimientos y el reconocimiento de los derechos de los pacientes les ha llevado a aumentar su nivel de expectativas y exigencias ante cualquier proceso patológico y, consecuentemente, a exigir que se les preste la asistencia sanitaria en el menor plazo posible.

Por último, algunos factores demográficos y sociales como el envejecimiento de la población, que favorece el aumento de la morbilidad por enfermedades crónicas, degenerativas y de larga duración, generan una alta demanda asistencial.

Las listas de espera requieren mecanismos estrictos de control orientados a asegurar que la atención sanitaria se ofrezca a los demandantes de acuerdo con los criterios de prioridad clínica de los pacientes, y de forma que la demora para conseguir la atención no exceda del tiempo socialmente aceptado y los procesos urgentes se atiendan con carácter absolutamente prioritario.

Teniendo en cuenta la relevancia y el impacto social de las listas de espera, la Consejería de Sanidad de Castilla y León ha adoptado medidas para conseguir tres objetivos primordiales:

- Reducir el número de pacientes en las listas de espera, tanto quirúrgicas como de especialidades o de procedimientos diagnósticos.
- Disminuir el tiempo máximo y el tiempo medio de la demora.
- Racionalizar la información sobre las listas de espera.

Para ello, mediante el Acuerdo 261/2003 la Junta de Castilla y León aprobó el Plan de Reducción de Listas de Espera 2004-2007, que recogía líneas estratégicas, objetivos y medidas para este fin.

Finalizado el horizonte temporal y evaluado el plan, los resultados se resumen en la Tabla V.

Tabla V. Resumen de los resultados del Plan de Reducción de Listas de Espera 2004-2007

	2003	2007	Diferencia 2003-2007	Variación (%)
Lista de espera global	116.652	77.079	–39.573	–33,92
Actividad global	1.807.684	1.973.940	166.256	9,2

Fuente: Consejería de Sanidad.

Por otra parte, la evolución del número de personas en listas de espera y la evolución de la actividad asistencial se pueden comparar en la Figura 2.

A partir del año 2008 se están elaborando planes anuales de mejora que incidan en el incremento de la actividad y en la disminución del número de pacientes en listas de espera.

LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Otro de los apartados destacados del trabajo es el que el autor dedica al grado de satisfacción que los usuarios experimentan y manifiestan sobre sus servicios sanitarios.

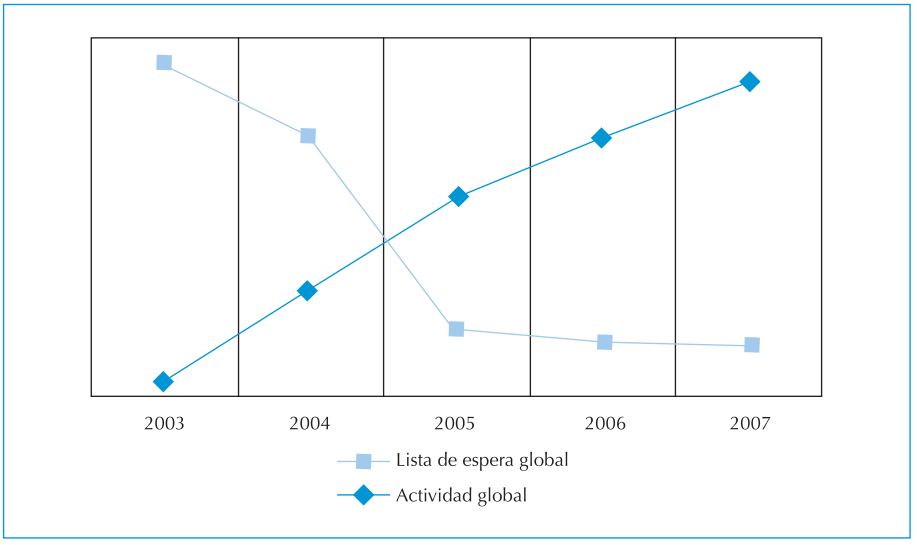


FIGURA 2. Evolución del número de personas en listas de espera y evolución de la actividad asistencial en Castilla y León.
Fuente: Consejería de Sanidad.

La Junta de Castilla y León realiza anualmente actuaciones para mantener una evaluación permanente y la correspondiente monitorización de los indicadores de satisfacción de los usuarios de nuestro sistema de salud y de la calidad de las prestaciones sanitarias, que se publica en el correspondiente Barómetro Sanitario.

A través de 28.500 encuestas realizadas telefónicamente a los usuarios generales del sistema y mediante una entrevista directa en el cuarto trimestre del 2007, así como a través de la revisión de las instalaciones de los centros de salud, de especialidades y hospitales, ha sido posible:

- Medir la satisfacción de los castellano-leoneses con los servicios sanitarios públicos.
- Conocer la opinión y las expectativas de la población en relación con la salud y la asistencia sanitaria.
- Ayudar a mejorar todos los niveles de la organización.
- Permitir el reconocimiento de los profesionales, trasladándoles los buenos resultados (en satisfacción) respecto de su desempeño profesional y su atención a los pacientes.

Los resultados más destacados de este barómetro se resumen en la Tabla VI.

Tabla VI

	Valoración positiva	Recomendaría el servicio
Atención Primaria	81%	85,3%
Consultas externas	89%	87%
Urgencias	84,6%	89%
Hospitalización general	93,7%	90,7%
Hospitalización pediátrica	87,6%	87,7%
Hospitalización obstétrica	90,3%	90,3%
Emergencias 112	95,3%	98%
Transporte	88%	91,3%

Fuente: Consejería de Sanidad.

De los datos del Barómetro Sanitario 2007-2008 de Castilla y León puede deducirse que nuestro sistema tiene las siguientes fortalezas:

- La asistencia sanitaria pública satisface a los usuarios que la valoran globalmente en todas sus modalidades y niveles asistenciales, y que la aconsejarían.
- Los profesionales, pilar fundamental del funcionamiento del sistema, son valorados con un nivel casi de excelencia en sus distintos aspectos, especialmente en cuanto a su capacidad y competencia, y en cuanto a la información que proporcionan a pacientes y a familiares.
- El tiempo de atención que los profesionales dedican a los enfermos es bien valorado, resultado que coincide con el de otras encuestas.
- Los esfuerzos inversores del Plan de Inversión en Infraestructuras Sanitarias 2002-2010 tienen su reflejo en la valoración que los ciudadanos hacen de las instalaciones de los centros de salud, los hospitales y los consultorios.
- La política de acercamiento de los servicios a los ciudadanos, en particular del medio rural, es reconocida por los usuarios, que valoran positivamente la accesibilidad.

La elaboración de esta evaluación continuada de la satisfacción y de la calidad asistencial percibida por los castellano-leoneses tiene, asimismo, una clara vocación de constituirse como una herramienta eficaz que permita detectar áreas de mejora en los servicios sanitarios que puedan satisfacer las necesidades de los usuarios.

CONCLUSIONES

Después de tan exhaustiva exposición de datos, el trabajo presenta las claves de la sanidad, lo que nos une, lo que nos separa y las ventajas y desventajas del proceso de descentralización. Entre las conclusiones, algunas deben ser destacadas.

En primer lugar, conviene señalar que la atención a la salud de los ciudadanos debe ser homogénea en todo el territorio nacional, salvo en aquellas situaciones, que también existen, en que las diferencias en problemas de salud exijan la adopción de medidas específicas, válidas solamente para el territorio afectado.

Ha quedado patente a lo largo de estas líneas cómo las especiales características de Castilla y León, su extensión y la dispersión de su población determinan la necesidad de hacer un esfuerzo para que todos los ciudadanos puedan acceder a las prestaciones sanitarias con independencia de su lugar de residencia. Ello obliga a contar con una importante red de centros de salud y consultorios locales, un número abundante de medios de transporte sanitario de urgencias y más profesionales sanitarios.

En segundo lugar, se plantea la falta de cohesión del Sistema Nacional de Salud. El Consejo Interterritorial del SNS, órgano responsable de la coordinación entre administraciones y de establecer el consenso necesario en materias de interés general, no está cumpliendo esta tarea de forma eficaz.

Materias como la falta de profesionales o la financiación y sostenibilidad del sistema deben ser debatidas y resueltas en el seno de este órgano. Sin esos instrumentos de cohesión, sin el respeto a los principios básicos que informan la creación del SNS, no podremos mantener una sanidad como la que actualmente disfrutamos.

La descentralización ha aportado indudables ventajas, que sintetiza muy acertadamente el autor, pero en la medida en que no seamos capaces de dotarnos de un marco estable, donde todos respetemos las normas, donde no existan inequidades entre regiones o entre ciudadanos, la cohesión del sistema se perderá y se incrementarán las tensiones políticas, financieras y sanitarias, y todo ello conducirá a un futuro incierto del SNS.

Quiero terminar alabando esta iniciativa. Las tesis y los datos aportados en este trabajo y las propias opiniones del autor inducen a la reflexión. Es a partir de ahí desde donde cada uno podremos realizar nuestra aportación para consolidar un sistema de salud universal, gratuito, solidario y cohesionado.

1

Introducción

1.1. EL PLANTEAMIENTO DEL LIBRO

La "hipótesis nula" pretende rechazar la aseveración: "El proceso de descentralización sanitaria no ha merecido la pena en términos de coste de oportunidad y de resultados en salud obtenidos en las poblaciones de las distintas comunidades autónomas".

Por un lado, este libro se enmarca en la evaluación del impacto sobre la salud[1] de las poblaciones de las comunidades autónomas (incluyendo Ceuta y Melilla como ciudades autónomas) según las políticas sanitarias aplicadas, trata de relacionar las características estructurales y organizativas de los servicios sanitarios con los resultados obtenidos. Como medidas de resultados se utilizarán la ocurrencia de diversos sucesos negativos, como las tasas estandarizadas de mortalidad y morbilidad más prevalentes, y la ocurrencia de ciertos sucesos positivos, como la percepción que se tiene del estado de salud. Por otro lado, el autor opina, enjuicia y emite valoraciones subjetivas basadas en la experiencia de más de 20 años, durante los cuales ha observado y analizado el devenir del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se incluyen una serie de recomendaciones finales.

Los resultados obtenidos son consecuencia de un conjunto de factores, entre los cuales se encuentran la coordinación y la utilización de los recursos sanitarios existentes. Este planteamiento, por su propia definición, afronta notables limitaciones, ya que los indicadores de resultados se ven influidos, a su vez, por otros factores, de manera que hay muy pocos que puedan relacionarse de forma específica con procesos concretos.

Sin embargo, espero que el esfuerzo merezca la pena por ser mejor evaluar, aunque sea de forma incompleta, que no evaluar en absoluto; por haber evaluado el impacto teniendo en cuenta el proceso; por emplear descripciones sencillas que proceden de fuentes contrastables; por opi-

[1] Específicamente, se hace referencia a una evaluación retrospectiva de intervenciones sectoriales (sanidad) mediante sistemas de información públicos. Se asumen como valores implícitos de este enfoque la democracia (transparencia y rendición de cuentas), la equidad, el desarrollo sostenible y el uso ético de la evidencia.

nar sobre el contexto; y por perseguir que el texto sea útil para los que tienen en sus manos la responsabilidad de decidir acerca de la asignación de recursos más conveniente.

Conviene señalar desde las primeras páginas que el crecimiento económico y la mejora de la nutrición han sido la mayor fuerza explicativa del espectacular descenso de la mortalidad. Entre mediados de los siglos XIX y XX las medidas de salud pública asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud. Sólo en las últimas cinco décadas ha adquirido un elevado grado de protagonismo la atención sanitaria (1).

Dever atribuye a los determinantes de la salud humana (biología, entorno, estilos de vida y sistema sanitario) ciertos porcentajes de impacto en la reducción de la mortalidad en EE. UU. (2). Este modelo determina que el cambio en el estilo de vida tiene un mayor porcentaje asociado de contribución potencial a la reducción de la mortalidad (43%), mientras que el sistema sanitario contribuye mucho menos (11%). Cuando el estado de la ciencia médica y otras variables determinantes de la salud se mantienen constantes, la contribución marginal de la asistencia sanitaria a la salud es muy pequeña, sobre todo en los países desarrollados (3-5).

En los países en desarrollo, siempre que haya un PIB per cápita a partir de los 3.000 dólares, la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil se estabilizan y permanecen constantes a medida que la renta crece. Es entonces cuando los avances en la tecnología médica, junto con medidas del tipo de programas de salud pública y divulgación de los conocimientos sobre salud, parecen desempeñar un papel relevante en la explicación de los descensos de la mortalidad (6). Éste será el enfoque adoptado en el capítulo 2.

No obstante, con toda la importancia que la prolongación de la esperanza de vida tiene, el impacto más relevante de los servicios sanitarios en los países desarrollados se produce en el ámbito de la mejora de la calidad de vida de la población mediante el tratamiento de la depresión, de la angina de pecho, de las articulaciones dolorosas e incapacitantes, de las fracturas, etc. Las intervenciones sobre estas causas de morbilidad y discapacidad no alargan la vida, pero mejoran su calidad (1).

1.2. UNA PANORÁMICA DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN EUROPA

Los países europeos cuentan con sistemas de salud y protección social que, independientemente del modelo, dan cobertura a toda la población, tal y como establece el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En este sentido, la Unión Europea es el referente de lo que se podría considerar el "estándar internacional de servicios de salud" (7).

La esencia del modelo social europeo podría resumirse en dos principios básicos: la inclusividad y la solidaridad social. A este respecto, la visión europea es la de un espacio público vigoroso fundamentado en el contrato social, en un capitalismo que vela por los derechos de propiedad de un modo equitativo. En el modelo europeo la salud y los servicios sanitarios se consideran una responsabilidad pública y un derecho cívico. En los últimos años se observa un creciente interés por la renovación del "contrato" de la Medicina para con la sociedad, revisando y reforzando el impacto que en la práctica profesional tienen los valores del profesionalismo médico y el uso de la mejor evidencia científica disponible (8, 9).

A pesar de este marco común, la cobertura del derecho a la salud ha sido muy desigual en los distintos países europeos. En muchos países de la Europa occidental ha persistido el sistema tipo Bismarck. Este sistema implica mantener la Medicina como una profesión liberal, en la que los médicos cobran unos honorarios, aunque el Estado sea en último término el que financie la asistencia, independientemente de que establezca determinados controles. Otros países, como el Reino Unido y los países escandinavos, han adoptado el esquema del servicio nacional de salud tipo Beveridge.

Ambos esquemas aseguran la cobertura universal de la salud. Suiza y Alemania son los dos países europeos donde el Estado se halla más descentralizado en cantones y *Länder*, respectivamente. Suiza deja operar al mercado y Alemania está situada en la órbita del aseguramiento obligatorio, con muchos operadores privados que recientemente han sufrido un proceso de concentración. La situación al otro lado del Atlántico es diferente. Los EE. UU. tienen una estructura federal con dos progra-

mas federales públicos (uno para mayores y otro para personas sin recursos) y un sistema de libre mercado para el resto de la población, que se basa en pólizas privadas con precios tan altos que dejan a casi un 40% de sus habitantes sin cubrir. Canadá cuenta con provincias dotadas de gran autonomía en las que un modelo "a la americana" dio paso en los años 70 a un sistema nacional de salud.

Del estudio de todos estos sistemas sanitarios se desprende que *a priori* la descentralización permitiría evitar algunos problemas referentes al gran tamaño del Estado y a sus servicios públicos, al tiempo que ofrecería una serie de ventajas como un acercamiento más estrecho a las preferencias locales, un acceso más fácil a la información local, una flexibilidad mayor en las respuestas sanitarias, una potencial rendición de cuentas mejor, una cohabitación política mejor, la creación de nuevos cauces de participación y más posibilidades de experimentos naturales, una mayor capacidad de innovación, mejoras de la eficiencia, una mayor orientación de los servicios a los pacientes, una mayor conciencia de los costes, una mayor flexibilidad en la organización del trabajo y una mejor implantación de estrategias orientadas a las necesidades de salud. A la vez que plantearía una desventaja obvia: la inequidad (10-12).

En este sentido, la lista de problemas que la descentralización plantea es abultada. Los dos problemas principales son: los mayores costes administrativos directos que ocasiona y la dificultad de alcanzar un tamaño de población suficiente que genere mayor eficiencia para procesos que se resuelven mejor a escala nacional, por ejemplo, a través de una buena Escuela de Salud Pública, una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias eficaz, ciertos programas de investigación básica y algunos programas de educación para la salud que aborden estilos de vida nocivos, etc.

También hay que considerar como retos o problemas la necesidad de una función pública que huya de la simple emulación y propicie la alta cualificación del capital humano, los costes de las distintas regulaciones e impuestos, la tendencia a duplicar burocracia, la mayor influencia de los grupos de presión sobre un poder político más fragmentado, y el posible desarrollo de una gestión con tintes temerarios de los recursos públicos ante el seguro rescate por parte de la Administración central del Estado, que enjuagaría el déficit sobrevenido. La principal objeción que

se plantea al modelo sanitario surgido de la construcción del Estado autonómico es que es un sistema de difícil cohesión y que genera o puede generar desigualdades en la posición del ciudadano respecto a la protección de la salud y quebrar la equidad del sistema (13).

En España, la Constitución Española de 1978 recoge el derecho a la protección de la salud (artículo 43) y la conformación del Estado español como un Estado de las autonomías (artículo 2). Estos factores determinan el régimen de las prestaciones y la singular forma organizativa del SNS. La Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del 2003 ponen de manifiesto la relevancia asignada por la sociedad al sector sanitario y a sus agentes.

El modelo del SNS está financiado mediante impuestos y ofrece una cobertura universal y gratuita en el momento del uso de las prestaciones basada en la equidad de acceso. La primera peculiaridad del SNS es su construcción a partir de un modelo de aseguramiento obligatorio y de solidaridad, con aportaciones de empleadores y empleados, financiado a través de impuestos indirectos (IRPF). El SNS asegura eficazmente la igualdad ante la enfermedad y el régimen de protección de la salud de los españoles con independencia de su condición social y económica, raza, religión o ubicación geográfica. España tiene en torno a 45 millones de habitantes, cada año más de tres millones son intervenidos quirúrgicamente, y 572 millones son atendidos por los servicios de Atención Primaria de las distintas comunidades autónomas, con frecuentaciones de aproximadamente nueve veces al año en Medicina General y Pediatría, y de cuatro veces al año en Enfermería (13).

Paradójicamente, la creación del SNS y su descentralización territorial fueron procesos simultáneos. Descentralizar es un término amplio que indica distintas maneras de estructurar el aparato del Estado, en función del grado en el que el centro distribuye poder, autoridad y recursos a la periferia. En España se han creado entes subnacionales de Gobiernos regionales con procesos electorales y capacidad legislativa propios difícilmente reversibles. Este esquema organizativo se denomina devolución e incluye el grueso de la atención a las personas que caracteriza el estado de bienestar, a excepción del ámbito contributivo del sistema de la Seguridad Social (14).

En la primera etapa de la descentralización, que se extendió desde 1981 a 1991, se transfirieron la gestión y la organización de los servicios asistenciales de la Seguridad Social a Cataluña (1981), Andalucía (1984), la Comunidad Valenciana (1987), el País Vasco (1987), Galicia (1991) y la Comunidad Foral de Navarra (1991). La segunda etapa, que terminó en el 2002, culminó en la plena igualdad de competencias en este terreno de todas las comunidades autónomas, que, consecuentemente, obtuvieron similar posibilidad de gestionar y de organizar la totalidad de los servicios sanitarios asistenciales existentes en su territorio.

Las leyes de ordenación sanitaria establecieron las líneas fundamentales de los objetivos y de la organización de los servicios autonómicos de salud. Estas leyes han sufrido algunas modificaciones, pero todas son relativamente recientes: Cataluña en 1990/2003; Comunidad Foral de Navarra en 1990/1996; Principado de Asturias en 1992; Castilla y León en 1993; Canarias y Región de Murcia en 1994; País Vasco en 1997; Andalucía en 1998; Castilla-La Mancha en 2000; Extremadura y Comunidad de Madrid en 2001; Aragón en 2002/2004; Cantabria y La Rioja en 2002; Islas Baleares, Galicia y Comunidad Valenciana en 2003 (15).

Al menos hasta el año 2002 se consiguió que ese modelo se rigiera básicamente por el consenso, dentro de una filosofía de lealtad y de colaboración institucional del llamado federalismo cooperativo, sin perjuicio de importantes problemas puntuales y de complejos desencuentros.

El cierre del proceso de transferencias ha supuesto un alivio para las comunidades autónomas que las han estrenado en el 2002. El sistema de financiación de las comunidades autónomas, aprobado en el 2001, polémico y con carencias, entra en debate en el 2008. Se apuesta por una solidaridad amplia que garantice un acceso igual a todos los servicios fundamentales.

El extra de financiación acordado en la Conferencia de Presidentes se ha consumido cubriendo el déficit o asignando fondos a otras necesidades, pues no se tiene constancia de su destino final. Existe el riesgo cierto de que las diferencias en los recursos financieros entre comunidades autónomas se agudicen en el futuro y surjan inequidades en la cobertura y cartera de los servicios prestados.

La extrema sensibilidad que existe en España frente a los agravios comparativos impidió que las pioneras experiencias transferenciales de Cataluña y el País Vasco tuvieran carácter asimétrico y que, por tanto, se consolidaran sistemas sanitarios diferentes según la tipología de las distintas comunidades autónomas. Antes al contrario, esas primeras transferencias facilitaron el camino por el que, con independencia de plazos y del estatus inicial de cada autonomía, transitarían el resto de las comunidades a lo largo de un proceso que duraría 20 años.

La culminación de las transferencias sanitarias seguramente habría constituido la ocasión idónea para consolidar y reforzar legalmente las características cooperativas e integradoras del SNS, superando las indefiniciones propias de los tránsitos competenciales excesivamente largos. Una vez que todas las comunidades autónomas alcanzaron el máximo techo competencial en materia sanitaria, debería haber sido tarea prioritaria acometer las actuaciones precisas para solventar las carencias previas del SNS y, sobre todo, las disfunciones generadas durante el largo periodo de funcionamiento provisional.

Parece evidente que el final de la provisionalidad debería haber coincidido con el impulso de las adaptaciones legales adecuadas para conseguir un funcionamiento estable, integrado y coordinado del SNS. Una acción de esa naturaleza habría sido plenamente acorde con la aprobación de la Ley de Calidad y Cohesión, que suscitó gran consenso, aunque para ello hubo que obviar algunos problemas organizativos del sistema que hoy perjudican su equilibrio.

El SNS está amenazado por los crecientes problemas financieros derivados de factores como el aumento de la población residente, la longevidad y el coste e intensidad de uso de la tecnología médica, que se agravan con problemas de equilibrio entre lo público y lo privado en función del lugar de residencia. Durante los últimos años la situación ha llegado a ser complicada y ha requerido que sea, por primera vez, prioridad del Gobierno de España; fue tema único en la Conferencia de Presidentes de las comunidades autónomas de septiembre del 2005. El paso del tiempo ha señalado esta ocasión como una oportunidad perdida, pues sólo se abordaron asuntos financieros muy coyunturales; se desaprovechó la cita para

ir sentando las bases de un pacto para la sanidad al estilo del Pacto de Pensiones, creado por consenso de la mayoría de los partidos políticos, empresarios y sindicatos.

La limitación de recursos y, más concretamente, su utilización eficaz son la mayor preocupación del sistema de cara al futuro, junto con la articulación de los subsistemas o servicios regionales tras el desarrollo de los nuevos estatutos de autonomía. Paradójicamente, el éxito alcanzado por el SNS entre los estamentos políticos dirigentes de España, como consecuencia del aprecio popular que suscita, dificulta de forma notable el análisis riguroso de sus problemas, incluso el de aquellos que por ser especialmente flagrantes requerirían un tratamiento urgente. En este texto se aportan pistas que pueden conducir a la puesta en práctica de medidas correctoras.

Sobre todo, ¿quién les dice a los ciudadanos que muchos de esos problemas proceden en parte de decisiones políticas que, contrariamente a los principios de la lógica económica y sanitaria, no se encaminan a conseguir en primer lugar una mayor eficiencia en la prestación del servicio público, sino a satisfacer demandas de poder regionales? Las comunidades autónomas tienden a reclamar más recursos sin mejorar la frecuente opacidad informativa y, por ende, la dificultad de comparación, de control y de exigencia de responsabilidad que hoy define a la sanidad.

Los aspectos concretos de los sistemas de cada país hacen que cada experiencia descentralizadora sea poco imitable por los demás. El SNS experimenta unas tensiones muy parecidas a las que sufren en general los sistemas públicos universales europeos (16). Por eso, cualquier debate sobre esta cuestión en España debe tener en cuenta ese telón de fondo.

Son recibidos con razonable expectación los informes anuales del SNS que edita el Ministerio de Sanidad y Consumo, dado que tienen el mérito de colaborar con todas las Consejerías/Departamentos de Sanidad/Salud de las comunidades autónomas y aportan transparencia a lo que el sistema público de salud está realizando. Este texto pretende avanzar en el conocimiento que se tiene acerca del funcionamiento del SNS; se revisa su situación en términos de salud-

enfermedad, coordinación de recursos, utilización de servicios y satisfacción en las distintas comunidades, para terminar con propuestas concretas de mejora. Se ha realizado un esfuerzo para acercar de manera amable al lector la información de acceso público existente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V. Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. Revista Asturiana de Economía 2006; 35: 23-43.
2. Dever GEA. An epidemiological model for healthcare analysis. Social Indicators Research 1976; 2: 453-466.
3. Mckeown T. The role of Medicine: dream, mirage or nemesis? Oxford: Basil Blackwell 1979.
4. Dubos R. Mirage of health. Utopias, progress and biological change. Londres: Alen and Unwin 1959.
5. Fuchs VR. The battle for control of healthcare. Health Affairs 1982; 1: 5-13.
6. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial 1993.
7. Freire JM. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Sanidad (I). Verano del 2006; 31-45.
8. McKee M. Values, beliefs and implications. En: Marinker M, ed. Health targets in Europe: Policy, progress and promise. London: BMJ Books 2002.
9. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflexions on health services. The Rock Carling Fellowship 1971. The Nuffield Trust 1972.
10. Bankauskaite V, Saltman RB. Central issues in the decentralization debate. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, eds. Decentralization in health care (European Observatory on Health Systems and Policies series), OUP. Glasgow: McGraw-Hill, WHO Europe, 2007; 141-66.
11. *www.healthpolicymonitor.org*.
12. Molina Garrido MC. Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica [Tesis doctoral]. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales 2004.
13. Rodríguez-Vigil JL. Integración o desmoronamiento, la encrucijada del Sistema Nacional de Salud español. Pamplona: Thompson-Civitas 2008.
14. Rondinelli DA. Decentralization in developing countries. Staff Working Paper 581. Washington DC: World Bank 1983.
15. Beltrán Aguirre JL. ¿Sistema Nacional de Salud o asistencia sanitaria de la Seguridad Social? Derecho y Salud 2007; 15: 27-39.
16. Fundación Encuentro. El Sistema Nacional de Salud: ¿seguirá siendo un sistema? En: Informe España 2003. Madrid: Fundación Encuentro 2003.

2

El mapa de la salud pública de las comunidades autónomas

En este capítulo se lleva a cabo un acercamiento epidemiológico moderno que aborda el conjunto de los determinantes de la salud, tanto los extrasanitarios (población, educación, renta, estilos de vida…) como los propiamente sanitarios (indicadores de salud positivos y negativos), para así disponer de un marco de análisis sobre el que aplicar la evaluación del impacto en salud de las políticas sectoriales.

El estado de bienestar que se ha ido creando en los últimos 30 años todavía es frágil. En el campo sanitario la complejidad incrementa la debilidad debido a la necesidad de conciliar el binomio igualdad y autonomía. El modelo actual de desconcentración de la administración de todas las competencias sanitarias en las comunidades autónomas (incluyendo Ceuta y Melilla como ciudades autónomas) pone de relieve las previsibles diferencias entre ellas en indicadores de morbilidad y mortalidad, de origen básicamente extrasanitario, sin que, antes al contrario, se hayan agrandado en estos últimos años.

2.1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

Desde que en el año 2002 se alcanzara la plena descentralización de la sanidad pública, que pasó a ser competencia de cada una de las comunidades autónomas, la demografía española ha evolucionado de forma que se ha registrado un incremento de población al que ha contribuido, sobre todo, el notable fenómeno de la inmigración. Este fenómeno ha dado lugar a unas cifras difícilmente previsibles hace una década, que siguen sin estabilizarse.

La fuente de datos por excelencia sobre la evolución de la población residente en España es el Instituto Nacional de Estadística (INE), pues es la institución que gestiona, produce y proporciona toda la información periódica incluida en el Sistema Estadístico Nacional.

El INE genera, entre otros, dos tipos de datos demográficos:

1. Los procedentes de la explotación estadística del registro administrativo del padrón de habitantes.
2. Las proyecciones de población, que proceden de operaciones estadísticas de síntesis para estimar la población presente o futura.

A través de las proyecciones de población, que sólo están disponibles entre los años 2002 y 2008, se aprecia que la población española total ha evolu-

cionado de forma lineal entre ambos años, tal y como se observa en la Figura 1, con un incremento porcentual total en ese periodo del 10,54%.

Anteriormente, fuentes documentales del INE señalan que las disminuciones de la tasa de natalidad española son muy notables, especialmente a partir del año 1976, en que se parte de una tasa del 18,76%. En el periodo 1996-2001 la tasa de natalidad española disminuye hasta el 9%, de tal manera que España se sitúa entre los países menos fecundos del mundo[1]. La tasa no alcanza el 10% hasta el 2002. Los datos más recientes del año 2006 apuntan hacia una lenta pero progresiva recuperación de dicha tasa, que se sitúa en un 10,92%. El número medio de hijos por mujer se eleva hasta 1,37 en el 2006, momento en que alcanza su valor más alto desde 1991. Los nacimientos de madres extranjeras llegaron a los 76.179 (14,46% del total), cifra nada desdeñable y que sigue en aumento.

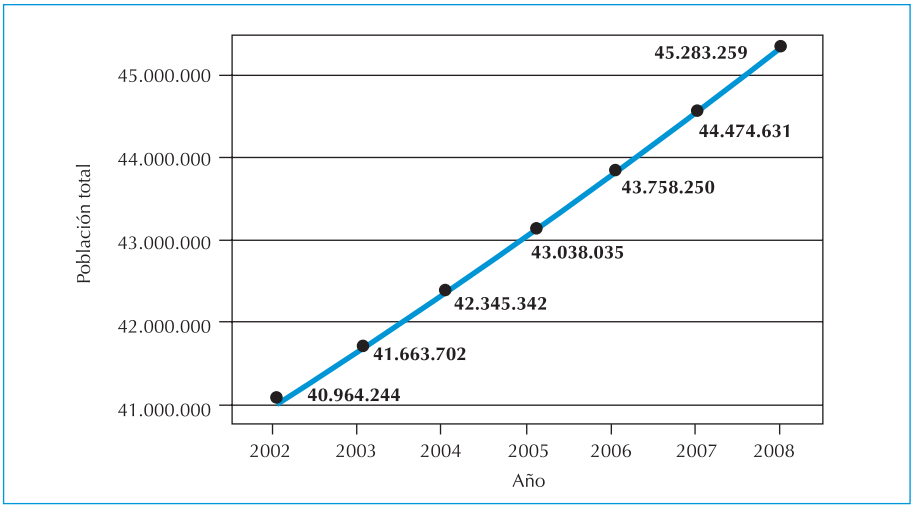


FIGURA 1. Evolución de la población total española (2002-2008).
Fuente: INE.

[1] El INE no proporciona datos anuales por comunidades autónomas en los periodos citados: décadas de los 70, 80 y 90. Las series históricas se corresponden con los censos elaborados cada diez años; y, dado que el estudio se centra en el periodo 2002-2008, los autores se limitan a proporcionar los datos del mismo, sin que ello reste valor a los comentarios históricos sobre la evolución de la población española y el índice de natalidad, que se pueden hallar en la misma fuente documental.

Por consiguiente, la población española crece de forma moderada y lineal gracias a varios factores, entre los que cabe resaltar: la incorporación de nuevos extranjeros a la nación española, los nuevos nacimientos (en gran parte de madres extranjeras) y la disminución de los fallecimientos. Con respecto a este último indicador, hay que poner de manifiesto que su aportación explicativa es escasa, pues en la actualidad la mortalidad es la propia de un país con una clara tendencia al envejecimiento, con una esperanza de vida alta y con unas más que aceptables condiciones sanitarias, pese a lo cual la mortalidad, lejos de disminuir, se mantendrá o tenderá a aumentar.

Por último, otra información que es interesante incluir es el dato más reciente sobre el crecimiento vegetativo de la población, es decir, la diferencia entre el número de nacimientos y el de defunciones, que crece del orden de un 39% entre el 2005 y el 2006.

En conclusión, el sistema público de salud actualmente descentralizado se está enfrentando al reto de gestionar los recursos necesarios para atender a una población que ha pasado de casi 41 millones en el 2002 a prácticamente 45,3 millones en el 2008 o, dicho en otras palabras, que ha aumentado a un ritmo medio del 10,5% en siete años.

Sin embargo, especialmente a partir del año 2002, el crecimiento global de la población española deja de ser un problema de índole nacional en cuanto a salud se refiere y pasa a ser un problema propio de cada comunidad autónoma. Ello implica que, dado que el crecimiento no se ha dado por igual en las comunidades autónomas en el periodo de análisis, los retos a los que se enfrenta la sanidad pública en cada uno de estos territorios presentan diferencias.

Veamos cómo ha evolucionado la población de cada uno de estos territorios durante el periodo 2002-2008 (Tabla I). Como puede apreciarse, el orden de mayor a menor población de las comunidades autónomas muestra una variación entre el 2002 y el 2003, y permanece invariable en el resto de los años estudiados.

La comunidad autónoma que tiene más población es, invariablemente, Andalucía. La Región de Murcia gana una posición en la clasificación y desplaza a Aragón en un escalón. Extremadura también gana una posi-

Tabla I. Clasificación decreciente de las comunidades autónomas en función del número absoluto de población total durante el periodo 2002-2008

Orden	2002	Orden	2003	Orden	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	7.360.469	Andalucía	7.452.598	Andalucía	7.552.978	7.670.365	7.794.121	7.917.397	8.046.131
Cataluña	6.343.786	Cataluña	6.492.936	Cataluña	6.637.355	6.784.145	6.936.148	7.085.308	7.238.051
Comunidad de Madrid	5.426.248	Comunidad de Madrid	5.573.313	Comunidad de Madrid	5.705.620	5.821.054	593.8391	6.052.583	6.189.297
Comunidad Valenciana	4.163.094	Comunidad Valenciana	4.283.217	Comunidad Valenciana	4.400.459	4.518.126	4.641.240	4.759.263	4.892.475
Galicia	2.693.733	Galicia	2.699.955	Galicia	2.706.126	2.712.162	2.718.490	2.723.915	2.735.078
Castilla y León	2.454.546	Castilla y León	2.458.637	Castilla y León	2.462.169	2.469.303	2.477.128	2.486.166	2.501.860
País Vasco	2.082.258	País Vasco	2.087.972	País Vasco	2.094.909	2.103.441	2.113.052	2.124.235	2.138.739
Canarias	1.779.169	Canarias	1.823.402	Canarias	1.864.840	1.908.698	1.953.361	1.997.010	2.041.468
Castilla-La Mancha	1.760.162	Castilla-La Mancha	1.790.436	Castilla-La Mancha	1.823.013	1.856.787	1.892.657	1.929.947	1.977.596
Aragón	1.203.660	Región de Murcia	1.232.986	Región de Murcia	1.265.983	1.300.083	1.335.347	1.370.802	1.411.623
Región de Murcia	1.198.606	Aragón	1.216.127	Aragón	1.228.886	1.243.464	1.258.847	1.275.904	1.297.581
Principado de Asturias	1.061.942	Extremadura	1.061.367	Extremadura	1.066.149	1.068.799	1.071.339	1.074.419	1.078.908
Extremadura	1.058.148	Principado de Asturias	1.060.177	Principado de Asturias	1.060.065	1.059.133	1.058.330	1.058.059	1.059.136
Islas Baleares	872.836	Islas Baleares	906.266	Islas Baleares	931.831	957.953	985.620	1.014.405	1.045.008
Comunidad Foral de Navarra	555.879	Comunidad Foral de Navarra	564.608	Comunidad Foral de Navarra	573.038	580.616	588.306	596.236	606.234
Cantabria	534.915	Cantabria	539.601	Cantabria	545.125	551.085	557.226	563.611	570.613
La Rioja	276.679	La Rioja	282.074	La Rioja	288.384	294.347	300.821	306.254	311.773
Ceuta	71.585	Ceuta	71.383	Ceuta	71.456	71.372	71.414	71.561	71.989
Melilla	66.529	Melilla	66.647	Melilla	66.956	67.102	66.412	67.556	69.699

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

ción en la clasificación y desplaza al Principado de Asturias. La comunidad autónoma que cuenta con menos población es La Rioja.

No obstante, resulta más informativo hablar en términos de variaciones porcentuales para comprender a qué ritmo de evolución se han tenido que enfrentar las comunidades autónomas en cuanto a variaciones de población, para así, posteriormente, relacionarlas con los retos de coste, atención e infraestructuras sanitarias que afrontan (Tabla II).

Doce comunidades autónomas, es decir, algo más de un 63% de las 19 que hay en España (incluidas Ceuta y Melilla como ciudades autónomas), experimentan su mayor índice de variación de crecimiento entre el 2007 y el 2008. Cinco comunidades, es decir, algo más del 26%, experimentan su mayor índice de variación de crecimiento entre el 2002 y el 2003. Dos comunidades, es decir, un 10,5%, experimentan su mayor índice de variación de crecimiento entre el 2003 y el 2004.

Las comunidades autónomas que presentan mayores ritmos medios de crecimiento (siempre medido como índice de variación) en el periodo 2002-2008 son las Islas Baleares, la Región de Murcia y la Comunidad Valenciana (entre el 2,73% y el 3,05%). Las comunidades que siguen a las anteriores son Canarias, la Comunidad de Madrid, Cataluña y La Rioja (entre el 2,01% y el 2,32%). El siguiente grupo está formado por Castilla-La Mancha y Andalucía (entre el 1,50% y el 1,96%). Otro grupo comprende la Comunidad Foral de Navarra, Aragón y Cantabria (entre el 1,46% y el 1,08%). Le siguen las comunidades autónomas que no alcanzan índices medios de variación del 1%: Melilla, el País Vasco, Extremadura, Castilla y León, Galicia y Ceuta. Por último, el Principado de Asturias es la única comunidad que presenta una media negativa del –0,05%, si bien entre los dos últimos años su índice de crecimiento es positivo.

En la Figura 2 se puede ver el índice de variación de la población en términos absolutos habido entre los años 2002 y 2008 en cada comunidad autónoma. Por consiguiente, en términos relativos las Islas Baleares presentan el mayor aumento, que se acerca al 20%, prácticamente el doble que la media total española. Asimismo, están por encima de dicha media la Región de Murcia, la Comunidad Valenciana, Canarias, Cataluña, la Comunidad de Madrid, La Rioja y Castilla-La Mancha. El Principado

Tabla II. Variación porcentual bianual y media global que presentan las comunidades autónomas y España sobre su propia población en números absolutos entre los años 2002 y 2008

Comunidad autónoma	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Media 2002-2008
Andalucía	1,25	1,35	1,55	1,61	1,58	1,63	1,5
Aragón	1,04	1,05	1,19	1,24	1,35	1,7	1,26
Principado de Asturias	–0,17	–0,01	–0,09	–0,08	–0,03	0,1	–0,05
Islas Baleares	3,83	2,82	2,80	2,89	2,92	3,02	3,05
Canarias	2,49	2,27	2,35	2,34	2,23	2,23	2,32
Cantabria	0,88	1,02	1,09	1,11	1,15	1,24	1,08
Castilla y León	0,17	0,14	0,29	0,32	0,36	0,63	0,32
Castilla-La Mancha	1,72	1,82	1,85	1,93	1,97	2,47	1,96
Cataluña	2,35	2,22	2,21	2,24	2,15	2,16	2,22
Comunidad Valenciana	2,89	2,74	2,67	2,72	2,54	2,8	2,73
Extremadura	0,3	0,45	0,25	0,24	0,29	0,42	0,33
Galicia	0,23	0,23	0,22	0,23	0,2	0,41	0,25
Comunidad de Madrid	2,71	2,37	2,02	2,02	1,92	2,26	2,22
Región de Murcia	2,87	2,68	2,69	2,71	2,66	2,98	2,77
Comunidad Foral de Navarra	1,57	1,49	1,32	1,32	1,35	1,68	1,46
País Vasco	0,27	0,33	0,41	0,46	0,53	0,68	0,45
La Rioja	1,95	2,24	2,07	2,2	1,81	1,8	2,01
Ceuta	–0,28	0,1	–0,12	0,06	0,21	0,6	0,1
Melilla	0,18	0,46	0,22	–1,03	1,72	3,17	0,79

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

de Asturias presenta un porcentaje de disminución de la población en lugar de un incremento, por pequeño que éste fuese.

En el 2006 las comunidades autónomas que registran un mayor crecimiento vegetativo de la población en términos absolutos son Andalucía, la Comunidad de Madrid y Cataluña. Por el contrario, Galicia, Castilla y León, el Principado de Asturias y Aragón registran los crecimientos vegetativos negativos más notorios.

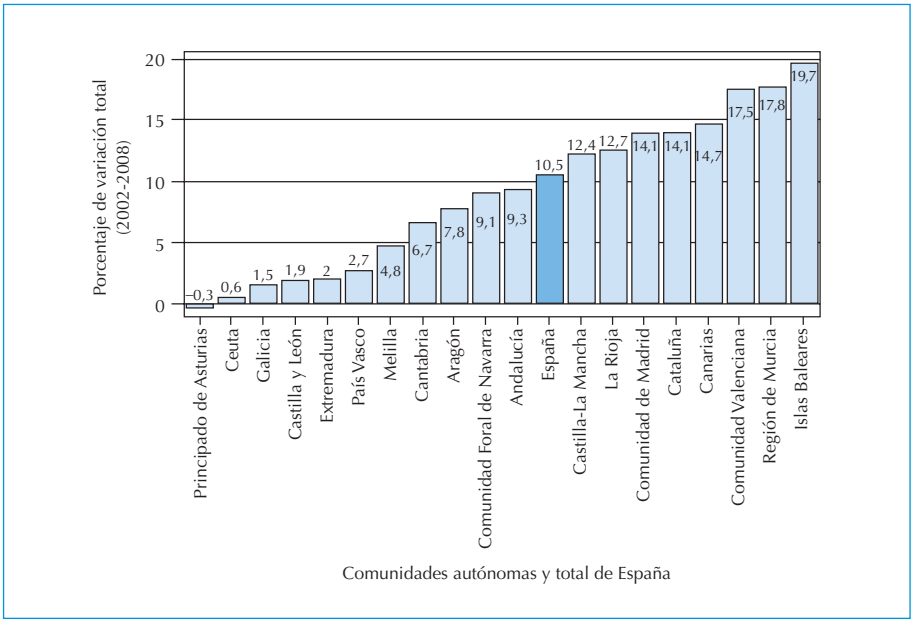


FIGURA 2. Índice de variación de la población total de las comunidades autónomas y de España entre los años 2002 y 2008.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Las comunidades autónomas más afectadas por la inmigración (toda la franja costera del Mediterráneo, el centro y Canarias) experimentan mayores aumentos de población. Sin embargo, Andalucía, Ceuta, Melilla y Galicia también son territorios de este tipo: por su cercanía o ubicación en la costa africana y/o por el retorno de hijos o familiares de personas que emigraron muchos años atrás a países sudamericanos, especialmente Argentina. Por consiguiente, la tasa de aumento de la población en estas comunidades es menor en comparación con la de aquellas que están por encima de la media española.

En el año 2008 Andalucía sobrepasó los ocho millones de habitantes por primera vez. En el 2007 Cataluña superó los siete millones; y Madrid, los seis millones.

En la Tabla III se muestra el porcentaje de población española anual correspondiente a cada comunidad autónoma en el periodo 2002-2008. Andalucía recoge siempre la mayor porción del total, si bien no ha dejado de seguir una discreta tendencia descendente

Tabla III. Clasificación de las comunidades autónomas en el periodo 2002-2008 en función del porcentaje de población total española que han representado cada año

Orden	2002	Orden	2003	Orden	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	17,97	Andalucía	17,89	Andalucía	17,84	17,82	17,81	17,8	17,77
Cataluña	15,49	Cataluña	15,58	Cataluña	15,67	15,76	15,85	15,93	15,98
Comunidad de Madrid	13,25	Comunidad de Madrid	13,38	Comunidad de Madrid	13,47	13,53	13,57	13,61	13,67
Comunidad Valenciana	10,16	Comunidad Valenciana	10,28	Comunidad Valenciana	10,39	10,5	10,61	10,7	10,8
Galicia	6,58	Galicia	6,48	Galicia	6,39	6,3	6,21	6,12	6,04
Castilla y León	5,99	Castilla y León	5,9	Castilla y León	5,81	5,74	5,66	5,59	5,52
País Vasco	5,08	País Vasco	5,01	País Vasco	4,95	4,89	4,83	4,78	4,72
Canarias	4,34	Canarias	4,38	Canarias	4,4	4,43	4,46	4,49	4,51
Castilla-La Mancha	4,3	Castilla-La Mancha	4,3	Castilla-La Mancha	4,31	4,31	4,33	4,34	4,37
Aragón	2,94	Región de Murcia	2,96	Región de Murcia	2,99	3,02	3,05	3,08	3,12
Región de Murcia	2,93	Aragón	2,92	Aragón	2,9	2,89	2,88	2,87	2,87
Principado de Asturias	2,59	Extremadura	2,55	Extremadura	2,52	2,48	2,45	2,42	2,38
Extremadura	2,58	Principado de Asturias	2,54	Principado de Asturias	2,5	2,46	2,42	2,38	2,34
Islas Baleares	2,13	Islas Baleares	2,18	Islas Baleares	2,2	2,23	2,25	2,28	2,31
Comunidad Foral de Navarra	1,36	Comunidad Foral de Navarra	1,36	Comunidad Foral de Navarra	1,35	1,35	1,34	1,34	1,34
Cantabria	1,31	Cantabria	1,3	Cantabria	1,29	1,28	1,27	1,27	1,26
La Rioja	0,68	La Rioja	0,68	La Rioja	0,68	0,68	0,69	0,69	0,69
Ceuta	0,17	Ceuta	0,17	Ceuta	0,17	0,17	0,16	0,16	0,16
Melilla	0,16	Melilla	0,16	Melilla	0,16	0,16	0,15	0,15	0,15

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

desde el 2002. Cataluña ofrece la segunda proporción más elevada sobre el total, pero, a diferencia de Andalucía, su tendencia ha sido moderadamente creciente a lo largo de estos años. Lo mismo se observa en la Comunidad de Madrid, que ocupa la tercera posición; en la Comunidad Valenciana, que ocupa la cuarta; en Canarias, que ocupa la octava; y en las Islas Baleares, que ocupan la posición decimocuarta.

En Castilla-La Mancha la proporción permanece estable hasta que comienza a crecer ligeramente a partir del 2004. En Galicia la proporción va disminuyendo paulatinamente, y lo mismo sucede en Castilla y León y el País Vasco. La Región de Murcia sobrepasa a Aragón en el 2003, y su serie progresa a un ritmo superior al de otras comunidades autónomas. Aragón ve disminuir ligeramente su población hasta que comienza a estabilizarse en el 2007. En Extremadura la tendencia es el descenso, y lo mismo sucede en el Principado de Asturias y Cantabria, aunque más escalonadamente. La Comunidad Foral de Navarra muestra una proporción de población española bastante estable, con una tendencia muy ligera a la disminución en los últimos tres años; lo mismo sucede en Ceuta y en Melilla. En La Rioja el fenómeno es parecido, pero se produce un crecimiento en los tres últimos años.

La tasa de natalidad o nacimientos por cada 1.000 habitantes en España ha evolucionado siguiendo una función aproximadamente cuadrática entre los años para los cuales hay datos disponibles dentro del periodo de estudio: el 2002 y el 2007 (Figura 3). Las cifras se sitúan alrededor de diez nacimientos por cada 1.000 habitantes y progresan lentamente, si bien la importante contribución de las madres de origen extranjero, especialmente latinoamericanas, parece indicar que, por el momento, la tasa seguirá una tendencia positiva y, probablemente, sea muy cercana a 11 en el 2008. No obstante, esta cifra no se puede confirmar de momento y se limita a ser una mera especulación estadística derivada de la tendencia de los datos.

Como ya se ha comentado anteriormente, esta tasa disminuyó de manera muy significativa a finales de los años 70 y permaneció alrededor de nueve nacimientos en la década de los 90. Las causas que se atribuyeron a es-

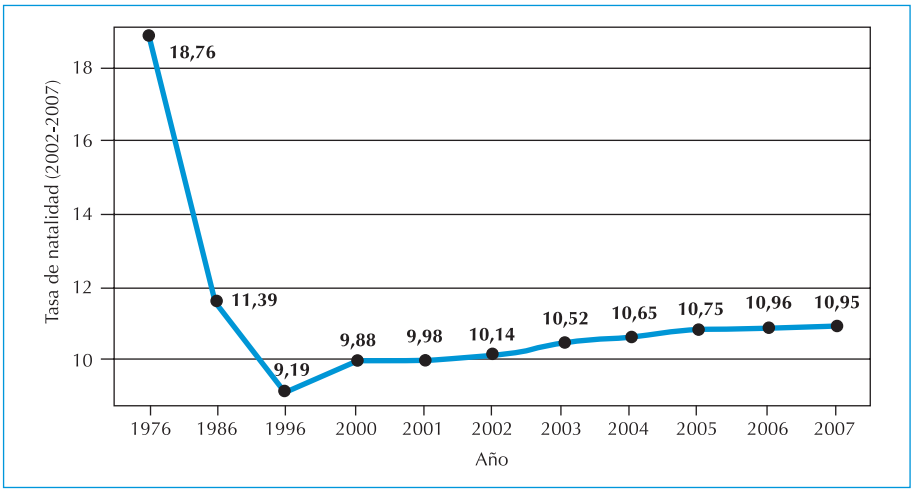


FIGURA 3. Evolución de la tasa de natalidad española entre los años 2002 y 2007 (unidad: nacimientos por cada 1.000 habitantes), más los antecedentes de los años 1976, 1986, 1996, 2000 y 2001.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

te fenómeno fueron: la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la dilatación del tiempo de afrontar la maternidad, el menor número de hijos concebidos por pareja, el endurecimiento de las condiciones económicas de la vida, la progresiva falta de conciliación entre la vida familiar y la profesional, y un mayor deseo de independencia acompañado de cierta desintegración del concepto de familia tradicional.

Actualmente, se están tomando diversas medidas para que esta situación no empeore más en España, y lo cierto es que se nota su impacto. Pero no hay duda de que el fenómeno de la inmigración es uno de los que mayor peso tienen en la recuperación de esta tasa, al menos por el momento.

La Tabla IV presenta la evolución de la tasa de natalidad en las comunidades autónomas entre los años 2002 y 2007. Se aprecia que en el 2002 diez comunidades están por encima de la media nacional; esta cifra baja a nueve en el 2003 y se mantiene en el 2004. En el 2005 son ocho las comunidades autónomas por encima de la media nacional, y en el 2007 la tendencia vuelve a ser la del 2003 y el 2004.

Por comunidades autónomas, la Región de Murcia ofrece la tasa de natalidad más elevada en todo el periodo, si bien no deja de ocupar la

tercera plaza de la clasificación. Las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla presentan tasas superiores a las de las comunidades autónomas, y Ceuta es la localidad con la máxima tasa del periodo. En el 2002 las Islas Baleares ocupan la cuarta posición; luego, es la Comunidad de Madrid la que ocupa esta posición durante dos años, para pasar a Andalucía y, finalmente, a la Comunidad de Madrid. Cataluña ha ido mejorando posiciones desde el 2002 y en el 2006 alcanza una tasa de 11,76, la mayor de este periodo en su caso. En el año 2007 desciende ligeramente. Castilla y León, Galicia y el Principado de Asturias siempre ocupan las tres últimas posiciones de la clasificación, con tasas que no bajan de seis, pero que no pasan de 8,01 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

El máximo valor lo presenta Ceuta en el 2007, con 20,56 nacimientos por cada 1.000 habitantes; desde el 2002 muestra ascensos notables. El mínimo corresponde al Principado de Asturias en el año 2002, con un valor de 6,34, que sube a 7,43 nacimientos por cada 1.000 habitantes en el 2007.

Como complemento, la Figura 4 presenta un gráfico que resume la información de las tasas de natalidad de todas las comunidades autónomas en los años 2002 y 2007.

2.2. CARACTERIZACIÓN SOCIAL, EDUCATIVA Y ECONÓMICA

La caracterización social, educativa y económica de la población total de España y de las comunidades autónomas que la integran se ha sintetizado por medio de las distribuciones de sexo, grupos de edad, nivel educacional y renta per cápita media en euros. Todo ello se ha obtenido a partir de los datos que proporciona el INE para los años 2002 y 2006 en aquellas variables en que es posible una comparación.

La Tabla V muestra la distribución en función del sexo en la totalidad de España y en cada una de las comunidades autónomas. Los datos más llamativos son: el mayor porcentaje de hombres que se registra en el año 2002 en Ceuta y Melilla, y el también mayor porcentaje de hombres en el 2006 en las Islas Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, la Región de Murcia, La Rioja y Ceuta. En cambio, respecto al total poblacional, la distribución en función del sexo presenta un porcentaje superior de mujeres en ambos años.

Tabla IV. Tasa de natalidad: evolución en las comunidades autónomas españolas entre los años 2002 y 2007. Las comunidades están ordenadas de mayor a menor valor cada año. Se distinguen las que están por encima (azul) y por debajo (gris) de la media nacional, y se muestran el máximo y el mínimo de todo el periodo

Comunidad autónoma	2002	Comunidad autónoma	2003	Comunidad autónoma	2004
Melilla	15,76	Melilla	16,57	Ceuta	14,86
Ceuta	14,31	Ceuta	14,21	Melilla	14,85
Región de Murcia	12,74	Región de Murcia	13,16	Región de Murcia	13
Islas Baleares	11,71	Comunidad de Madrid	11,89	Comunidad de Madrid	11,98
Comunidad de Madrid	11,48	Islas Baleares	11,59	Andalucía	11,7
Andalucía	11,05	Andalucía	11,48	Cataluña	11,47
Canarias	10,8	Cataluña	11,15	Islas Baleares	11,42
Cataluña	10,68	Comunidad Valenciana	10,9	Comunidad Valenciana	10,98
Comunidad Valenciana	10,46	Comunidad Foral de Navarra	10,86	Comunidad Foral de Navarra	10,91
Comunidad Foral de Navarra	10,36	**España**	**10,5**	**España**	**10,6**
España	**10,1**	Canarias	10,45	Canarias	10,18
Castilla-La Mancha	9,64	La Rioja	10,06	La Rioja	10,09
Extremadura	9,23	Castilla-La Mancha	9,99	Castilla-La Mancha	10,06
La Rioja	9,22	Extremadura	9,36	País Vasco	9,32
País Vasco	8,7	País Vasco	9,21	Extremadura	9,27
Aragón	8,57	Aragón	9	Aragón	9,27
Cantabria	8,49	Cantabria	8,98	Cantabria	9,23
Castilla y León	7,37	Castilla y León	7,56	Castilla y León	7,67
Galicia	7,17	Galicia	7,56	Galicia	7,61
Principado de Asturias	**6,34**	Principado de Asturias	6,7	Principado de Asturias	6,81

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Comunidad autónoma	2005	Comunidad autónoma	2006	Comunidad autónoma	2007
Melilla	15,16	Melilla	16,74	Ceuta	**20,56**
Ceuta	14,92	Ceuta	14,55	Melilla	19,49
Región de Murcia	13,15	Región de Murcia	13,39	Región de Murcia	13,37
Andalucía	11,87	Andalucía	12,14	Comunidad de Madrid	12,19
Comunidad de Madrid	11,8	Comunidad de Madrid	12,01	Andalucía	12,07
Cataluña	11,63	Cataluña	11,76	Cataluña	11,71
Islas Baleares	11,24	Islas Baleares	11,7	Islas Baleares	11,42
Comunidad Valenciana	11,05	Comunidad Valenciana	11,24	Comunidad Valenciana	11,31
España	**10,7**	Comunidad Foral de Navarra	11,07	Comunidad Foral de Navarra	11,08
Comunidad Foral de Navarra	10,52	**España**	**10,8**	**España**	**10,95**
Canarias	10,42	Castilla-La Mancha	10,68	La Rioja	10,57
La Rioja	10,21	Canarias	10,48	Castilla-La Mancha	10,24
Castilla-La Mancha	10,14	La Rioja	10,12	Aragón	10,05
Cantabria	9,5	Aragón	9,7	País Vasco	9,78
País Vasco	9,34	País Vasco	9,46	Canarias	9,74
Extremadura	9,34	Extremadura	9,43	Extremadura	9,46
Aragón	9,29	Cantabria	9,33	Cantabria	9,32
Castilla y León	7,85	Castilla y León	7,97	Castilla y León	8,06
Galicia	7,77	Galicia	7,86	Galicia	8,01
Principado de Asturias	7,07	Principado de Asturias	7,18	Principado de Asturias	7,43

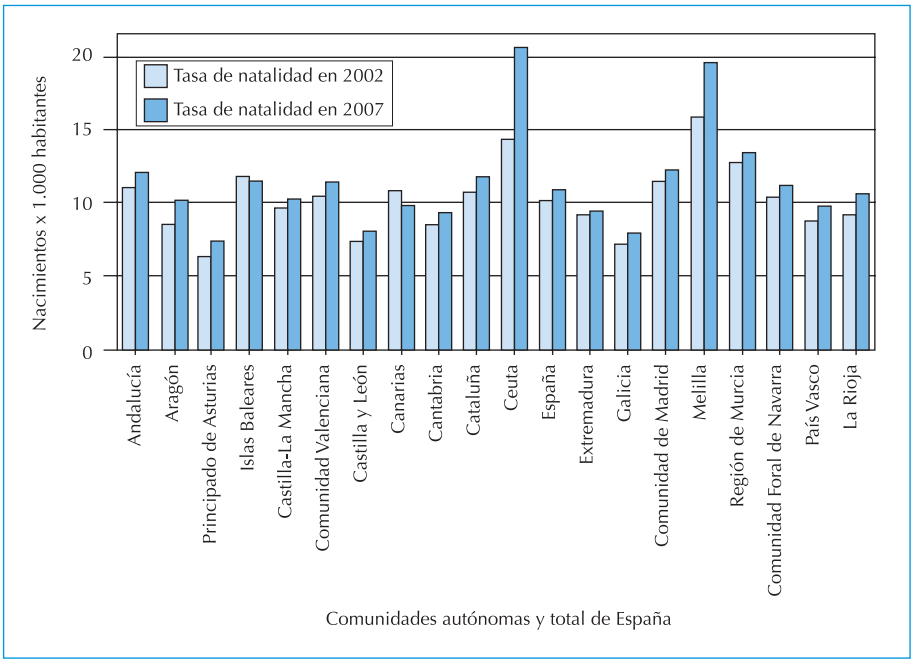


FIGURA 4. Tasa de natalidad de cada una de las comunidades autónomas y de España en los años 2002 y 2007.

Otro dato que se debe tener en cuenta es la mayor proporción de mujeres que presenta el Principado de Asturias; supera el 52% tanto en el 2002 como en el 2006. Galicia manifiesta un fenómeno bastante parecido, pero no tan extremado. En el resto de las comunidades autónomas la distribución de ambos sexos es más igualada en general.

Por otra parte, en la Tabla VI se recogen las distribuciones porcentuales de población en función de seis grupos de edad y se comparan las que corresponden al año 2002 con las del año 2006.

Como se observa, en el 2002 los mayores porcentajes corresponden al grupo de edad comprendida entre los 30 y los 44 años, salvo en el caso de Ceuta y Melilla, que los presentan en el grupo de 15 a 29 años. Cuatro años después la situación relativa se mantiene, si bien Ceuta y Melilla se alinean con el resto de las comunidades autónomas; en el grupo de 75 años y mayores las proporciones son, en general, más elevadas, fruto del incremento de la esperanza de vida.

Tabla V. Distribución de la población en función del sexo por comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Total hombres (2002)		Total hombres (2006)		Total mujeres (2002)		Total mujeres (2006)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
España	20.081.619	49,02	21.561.262	49,27	20.882.625	50,98	22.196.988	50,73
Andalucía	3.624.657	49,24	3.852.768	49,43	3.735.812	50,76	3.941.353	50,57
Aragón	594.767	49,41	625.260	49,67	608.893	50,59	633.587	50,33
Principado de Asturias	508.698	47,9	506.634	47,87	553.244	52,1	551.696	52,13
Islas Baleares	433.943	49,72	492.959	50,02	438.893	50,28	492.661	49,98
Canarias	887.092	49,86	977.217	50,03	892.077	50,14	976.144	49,97
Cantabria	260.514	48,7	272.149	48,84	274.401	51,3	285.077	51,16
Castilla y León	1.209.436	49,27	1.222.305	49,34	1.245.110	50,73	1.254.823	50,66
Castilla-La Mancha	876.552	49,8	948.375	50,11	883.610	50,2	944.282	49,89
Cataluña	3.107.775	48,99	3.425.726	49,39	3.236.011	51,01	3.510.422	50,61
Comunidad Valenciana	2.048.100	49,2	2.302.259	49,6	2.114.994	50,8	2.338.981	50,4
Extremadura	524.731	49,59	531.530	49,61	533.417	50,41	539.809	50,39
Galicia	1.294.060	48,04	1.307.915	48,11	1.399.673	51,96	1.410.575	51,89
Comunidad de Madrid	2.611.455	48,13	2.877.752	48,46	2.814.793	51,87	3.060.639	51,54
Región de Murcia	598.259	49,91	672.747	50,38	600.347	50,09	662.600	49,62
Comunidad Foral de Navarra	276.721	49,78	293.125	49,83	279.158	50,22	295.181	50,17
País Vasco	1.017.654	48,87	1.032.757	48,88	1.064.604	51,13	1.080.295	51,12
La Rioja	137.898	49,84	151.017	50,2	138.781	50,16	149.804	49,8
Ceuta	36.030	50,33	35.838	50,18	35.555	49,67	35.576	49,82
Melilla	33.277	50,02	32.929	49,58	33.252	49,98	33.483	50,42

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Tabla VI. Distribución porcentual de la población en función del grupo de edad dentro de cada zona territorial, comparando los años 2002 y 2006

Comunidad autónoma	0-14 años		15-29 años		30-44 años		45-59 años		60-74 años		75 años y mayores	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
España	14,55	14,49	22,27	20,32	23,75	24,88	17,87	18,68	14,11	13,61	7,45	8,03
Andalucía	17,3	16,47	23,85	22,27	23,61	24,67	16,38	17,48	12,89	12,51	5,97	6,61
Aragón	12,63	12,82	19,88	18,31	22,85	23,77	18,42	19,26	16,16	15,12	10,07	10,72
Principado de Asturias	10,26	10,06	20,28	17,94	22,53	23	20,25	21,71	16,72	16,1	9,97	11,19
Islas Baleares	15,59	15,71	22,7	20,74	25,1	26,58	18,02	18,53	12,06	11,91	6,54	6,53
Canarias	16,53	15,81	24,52	21,97	26,36	27,82	16,75	17,82	11,3	11,53	4,53	5,04
Cantabria	12,2	12,14	21,62	19,54	23,48	24,11	19,19	20,65	14,71	13,96	8,79	9,61
Castilla y León	11,95	11,58	19,97	18,38	22,45	22,9	18,1	19,37	16,77	15,81	10,76	11,95
Castilla-La Mancha	15,93	15,03	21,09	20,52	23,02	24,18	15,76	17,15	15,18	13,53	9,02	9,59
Cataluña	13,82	14,42	21,59	19,5	23,71	25,11	18,86	19,15	14,26	13,71	7,76	8,11
Comunidad Valenciana	14,71	14,74	22,53	20,81	23,72	25,2	17,81	18,4	14,18	13,51	7,04	7,35
Extremadura	16,27	15,07	21,52	20,74	22,77	23,14	15,96	17,5	15,27	14,28	8,21	9,28
Galicia	11,85	11,4	21,34	19,32	21,81	22,85	18,88	19,52	16,63	16,35	9,53	10,56
Comunidad de Madrid	14,34	14,98	23,13	20,35	25,04	26,21	18,49	18,96	12,74	12,77	6,26	6,74
Región de Murcia	17,36	17,15	24,68	22,67	24,07	25,71	15,48	16,56	12,47	11,53	5,95	6,37
Comunidad Foral de Navarra	13,78	14,36	20,91	18,54	24,13	24,97	18,65	19,36	13,99	13,69	8,55	9,09
País Vasco	11,91	12,28	20,81	17,72	24,33	24,73	20,11	21,07	15,21	15,37	7,64	8,83
La Rioja	13,02	13,28	20,92	19,47	23,57	24,59	18,39	19,18	15,05	14,03	9,05	9,46
Ceuta	20,57	19,97	25,28	22,58	24,26	24,16	15,01	17,12	10,71	11,13	4,17	5,04
Melilla	22,41	22,21	25,1	22,34	24,44	23,55	14,1	16,74	9,78	10,06	4,17	5,11

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

En cuanto a la caracterización educativa de los adultos españoles en el 2006, la Figura 5 muestra una comparación de la distribución de las comunidades autónomas y del total español según el grado alcanzado en esta área. La Comunidad de Madrid encabeza la clasificación de las comunidades que tienen mayor proporción de adultos con educación superior, seguida muy de cerca por el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. Cataluña, Cantabria y La Rioja completan el grupo que está por encima de la media española en este aspecto. En cambio, la Región de Murcia destaca junto con Galicia y Castilla y León en el conjunto que muestra mayor proporción de adultos con educación primaria o inferior.

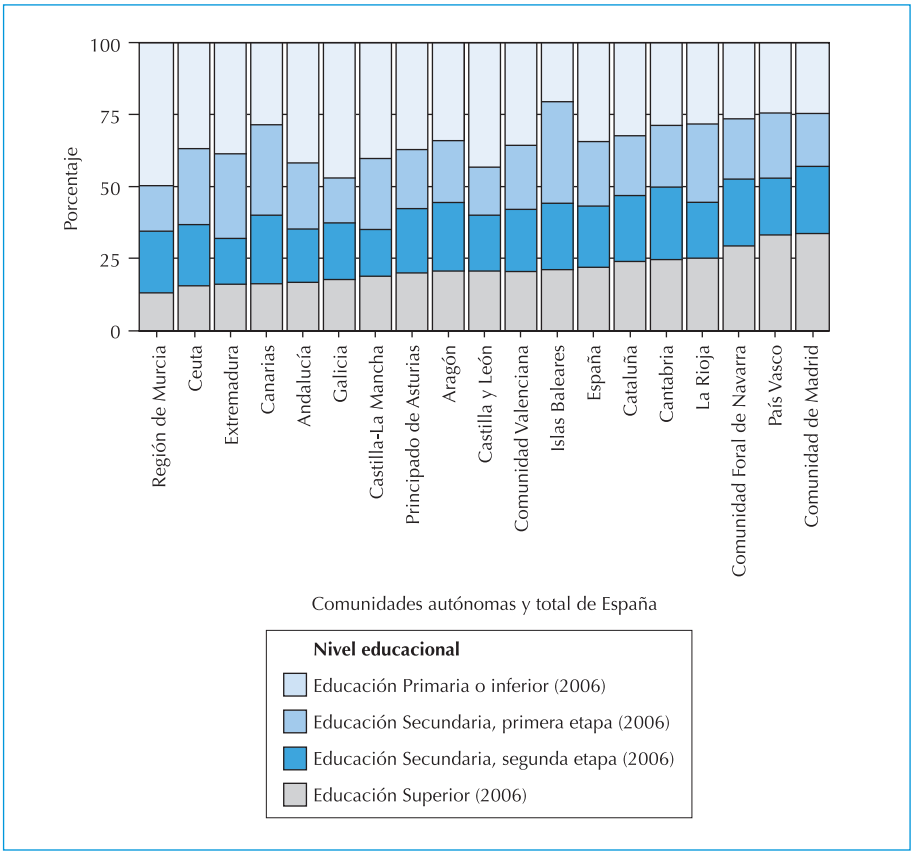


FIGURA 5. Distribución de la población adulta de cada comunidad autónoma y de España en función de su nivel educativo en el 2006. Las comunidades autónomas están ordenadas de menor a mayor proporción de adultos con educación superior.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Nota: Ceuta, en este caso, comprende Ceuta y Melilla conjuntamente.

En España, como en otros países del entorno, el gradiente social es el principal determinante de las desigualdades en salud entre "ricos" y "pobres", y entre personas con educación y analfabetos (1). Dado que la pobreza y la exclusión social son las causas últimas de las desigualdades en salud, las políticas sociales deberían trascender las meramente sanitarias. Al enfocar el problema hacia la desigualdad territorial, se podría enmascarar la auténtica dimensión del mismo.

El dato más representativo del nivel económico de la población que compone cada comunidad autónoma es la renta per cápita. Como puede apreciarse en la Figura 6, la renta media per cápita en España en el 2002 es de 11.425 €, mientras que en el 2006 es de 22.260 €.

En el año 2002 la comunidad autónoma que ostenta la mayor renta per cápita es la Comunidad Foral de Navarra con 14.315 €, seguida por el País Vasco con 14.152 €. La Comunidad de Madrid es la terce-

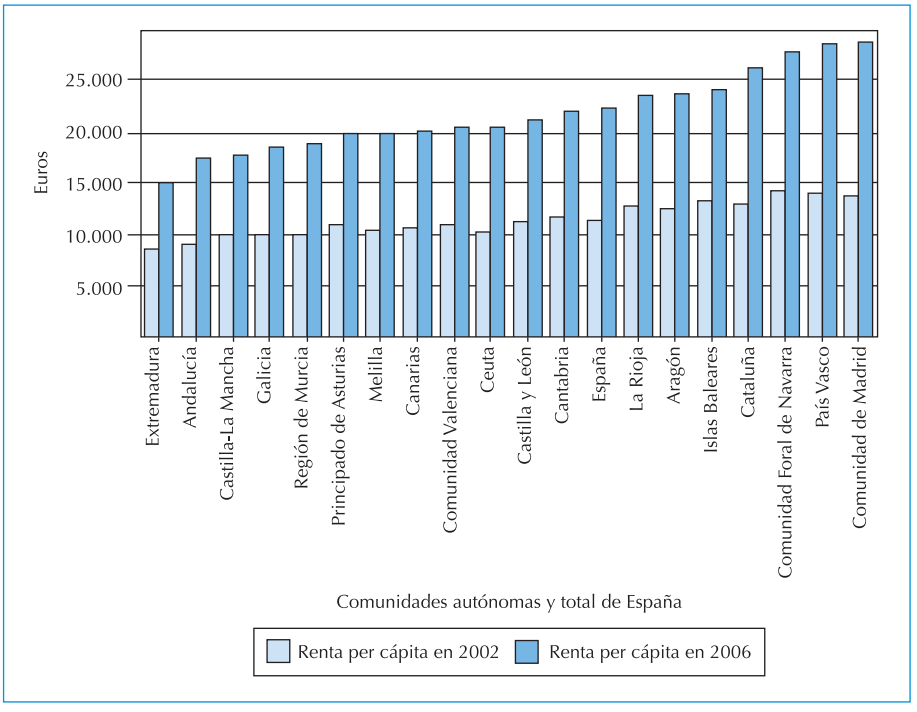


FIGURA 6. Renta per cápita en euros de cada comunidad autónoma y de España en el 2002 y en el 2006, de menor a mayor respecto del año 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

ra con 13.862 €, seguida por las Islas Baleares con 13.338 € y Cataluña con 13.021 €. Extremadura es la comunidad con menor renta per cápita con 8.544 €.

En el año 2006 la media española es de 22.260 €. Por encima de la media española quedan la Comunidad de Madrid (ocupa la primera posición con 28.747 €), el País Vasco (en segunda posición con 28.731 €) y la Comunidad Foral de Navarra (en tercera posición con 27.856 €). Extremadura y Andalucía presentan las menores rentas per cápita, como en el 2002, si bien ambas comunidades experimentan un incremento sustancial, tal y como sucede en todo el territorio nacional.

La realidad es que, de ser un país de emigrantes, España ha pasado de forma extremadamente rápida a lo contrario en la última década y se ha convertido en receptor neto de una inmigración masiva. A la hora de realizar la caracterización social de la población residente en España, es necesaria la proporción de datos acerca de la incidencia de inmigración en su composición. Se debe a que la nación española es objeto de atención tanto por parte de extranjeros que vienen por motivos de necesidad o de régimen general como por parte de extranjeros que escogen España para fijar su residencia por motivos de retiro, negocios u otros y que proceden de países desarrollados del ámbito económico con el que interactúa la Unión Europea. Por consiguiente, existe un importante contingente de ciudadanos europeos jubilados que fijan su residencia en los archipiélagos balear y canario, así como en las zonas costeras turísticas de Levante y de Andalucía, y que, por su edad, utilizan el sistema de salud español. A los inmigrantes que proceden de países desarrollados de la Unión Europea y de su esfera económica se les denomina de régimen comunitario.

En la actualidad, la proporción más elevada de quienes vienen a residir en España corresponde a demandantes de trabajo y está compuesta en gran parte por personas jóvenes procedentes de África, América Latina, Europa del Este y Asia. La cifra de unos y de otros no ha parado de aumentar desde 1992, momento en que la tasa de inmigrantes de régimen general comenzó a superar a la de régimen comunitario.

La Figura 7 sintetiza las diferencias entre las proporciones de población residente extranjera en todas las comunidades autónomas y en España en los años 2002 y 2006. Posteriormente, en la Tabla VII se visualizan los datos que apoyan esta información. En términos absolutos, las comunidades autónomas que aglutinan el mayor número de residentes extranjeros en el 2002 son la Comunidad de Madrid, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Andalucía. En el 2006 el orden de la clasificación cambia, pero estas comunidades siguen presentando el mayor número de residentes extranjeros. El orden es el siguiente: Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. Nótese que en Ceuta y en Melilla disminuye el colectivo de extranjeros residentes entre el 2002 y el 2006, especialmente en Melilla.

El índice de variación media porcentual total de España en cuanto al incremento de población extranjera entre los años 2002 y 2006 es del 109,52%. Las comunidades autónomas más afectadas en términos relativos sobre su propia población son: Castilla-La Mancha, Castilla y León,

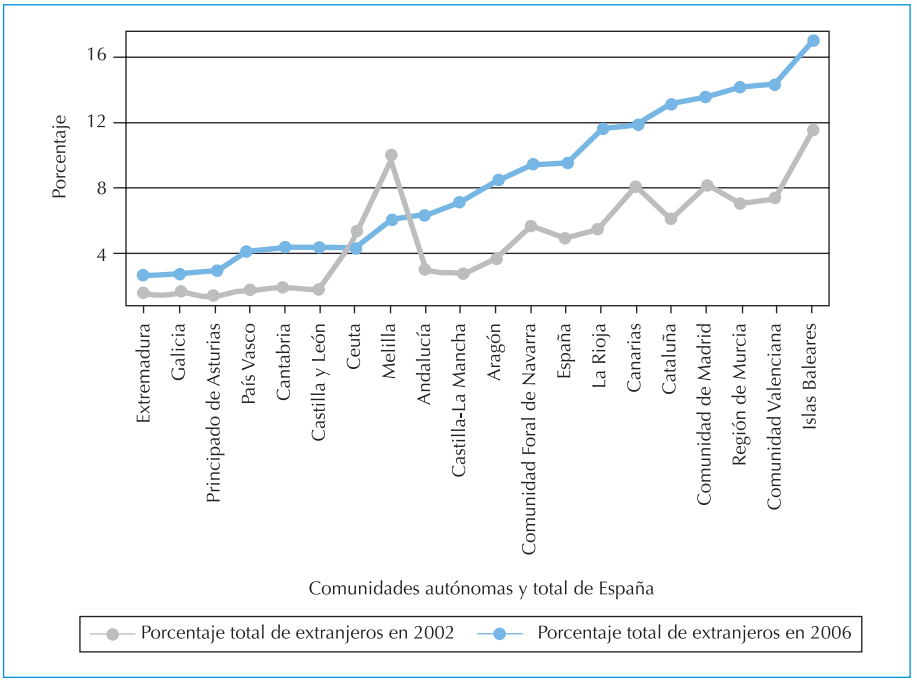


FIGURA 7. Porcentaje de extranjeros residentes en cada comunidad autónoma y en España en el 2002 y en el 2006, ordenado de menor a mayor respecto del 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.

Tabla VII. Distribución en números absolutos y porcentuales de la población extranjera dentro de cada comunidad autónoma comparando los años 2002 y 2006, y variación porcentual entre ambos años

Comunidad autónoma	N		%		Variación
	2002	2006	2002	2006	2002-2006
España	1.977.946	4.144.166	4,83	9,47	109,52
Andalucía	212.202	488.928	2,88	6,27	130,41
Aragón	44.028	105.361	3,66	8,37	139,3
Asturias	14.846	30.258	1,4	2,86	103,81
Islas Baleares	99.744	167.751	11,43	17,02	68,18
Canarias	143.138	233.447	8,05	11,95	63,09
Cantabria	10.334	23.834	1,93	4,28	130,64
Castilla y León	42.640	106.159	1,74	4,29	148,97
Castilla-La Mancha	48.123	132.725	2,73	7,01	175,8
Cataluña	382.067	913.757	6,02	13,17	139,16
Comunidad Valenciana	301.143	668.075	7,23	14,39	121,85
Extremadura	15.125	27.467	1,43	2,56	81,6
Galicia	42.462	73.756	1,58	2,71	73,7
Comunidad de Madrid	444.440	800.512	8,19	13,48	80,12
Región de Murcia	83.511	189.053	6,97	14,16	126,38
Comunidad Foral de Navarra	30.686	55.444	5,52	9,42	80,68
País Vasco	38.408	85.542	1,84	4,05	122,72
La Rioja	15.288	35.037	5,53	11,65	129,18
Ceuta	3.334	3.078	4,66	4,31	–7,68
Melilla	6.425	3.982	9,66	6	–38,02

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.

Aragón, Cataluña, Cantabria, Andalucía y La Rioja, con variaciones superiores al 129%. Todos los territorios que componen el mapa español han notado el impacto de la inmigración, ya sea de régimen general, ya sea de régimen comunitario, aunque los datos oficiales del Ministerio de Asuntos Sociales indican que la incidencia del primer tipo es muy superior a la del segundo.

También cabe señalar que las comunidades autónomas que no llegan a variaciones del 100% o superiores entre los años 2002 y 2006 son:

Canarias, Islas Baleares, Extremadura, Galicia, Comunidad Foral de Navarra y Comunidad de Madrid.

Por último, según el Padrón Municipal a 1 de enero de 2007, el número de extranjeros asciende a 4.519.554, es decir, un 10% de la población; las comunidades autónomas con mayor concentración de extranjeros son: Islas Baleares (18,45%), Comunidad Valenciana (14,99%), Región de Murcia (14,49%) y Comunidad de Madrid (14,25%). Las que muestran una menor proporción de extranjeros son: Extremadura (2,68%), Galicia (2,93%), Principado de Asturias (3,04%), País Vasco (4,6%), Cantabria (4,67%) y Castilla y León (4,74%). Los extranjeros más numerosos son los marroquíes (582.923), seguidos de los rumanos (527.019), los ecuatorianos (427.099), los británicos (314.951) y los colombianos (261.542).

En el 2007, según datos de Eurostat, España obtiene el mayor saldo migratorio neto de los países de la Unión Europea, con una cifra provisional de 684.883 inmigrantes, frente a la cifra de 454.485 de Italia y la de 100.000 de Francia, que ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente (2).

Como consecuencia tanto de la propia cadencia del fenómeno inmigratorio como del efecto "llamada", y especialmente de la posibilidad de reagrupamiento familiar al que tienen derecho quienes residen legalmente en España, al menos desde un año antes de realizarlo (3), se calculan unas entradas de extranjeros en España entre 400.000 y 600.000 personas al año.

Por consiguiente, a los 4.519.554 inmigrantes legales que se incluyen en el padrón del 2007 hay que añadir la población inmigrante ilegal. El tratamiento que se ha dado a la inmigración en España ha sido pasivo en lugar de activo, por lo que resulta prácticamente imposible controlar y saber cuántos inmigrantes entran en un año determinado.

La inmensa mayoría de los inmigrantes tienen la necesidad imperiosa de trabajar desde el primer momento de su estancia en España para comer y disponer de un habitáculo adecuado, dado que normalmente vienen con unas reservas de dinero muy escasas. Es obligado pensar que desde el mismo momento en que ponen el pie en

España las personas inmigrantes encuentran algún tipo de trabajo, por precario y duro que sea, y que igualmente durante algún tiempo trabajan al margen de la legalidad, aunque posteriormente puedan legalizar su situación.

Las personas en situación ilegal tienen pocas posibilidades de hacer valer sus derechos, singularmente los de carácter económico; por ello, durante el tiempo que transcurre hasta su legalización, que suele ser de varios años, los inmigrantes cobran salarios ínfimos, carecen de afiliación a la Seguridad Social y están en una situación de total inestabilidad laboral. Esta inmigración poco cualificada está retrasando la mejora de la productividad de la economía española, asignatura aún pendiente (4).

En todo caso, el colectivo inmigrante ha facilitado igualmente que los españoles perceptores de rentas medias puedan disponer de servicio doméstico a un coste relativamente bajo, así como de atención domiciliaria para los ancianos y los disminuidos físicos y psíquicos. También han desempeñado un papel en áreas relevantes de la economía nacional, como la construcción o la hostelería.

2.3. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

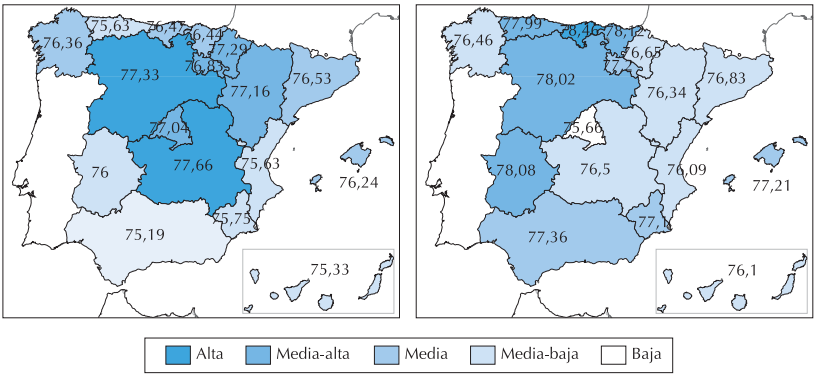
La caracterización epidemiológica de la población se realiza mediante un conjunto exhaustivo de indicadores sanitarios. Entre ellos destacan los referidos a la esperanza de vida, la propia percepción de la salud y las tasas de mortalidad, morbilidad, mortalidad infantil o determinadas enfermedades asociadas a estilos de vida no saludables.

2.3.1. Indicadores generales

Entre las medidas de salud que se presentan en este apartado se muestra, en primer lugar, la esperanza de vida al nacer (EV) para hombres y para mujeres. Los datos más recientes publicados sobre este indicador corresponden al año 2005 y se interpretan como el número medio de años que se espera que viva una persona al nacer, sin considerar su tipo y calidad de vida en cuanto a salud se refiere.

Si se compara la situación de las diversas comunidades autónomas en el 2005 con la del 2002 (Figura 8)[2], se observa que Cantabria es la región cuya EV de los hombres más ha aumentado. Otras comunidades donde dicha EV muestra incrementos son el Principado de Asturias, el País Vasco, Extremadura, Andalucía, la Región de Murcia y Melilla. En el resto se producen disminuciones o permanecen estables, como en el caso de la Comunidad Valenciana, las Islas Baleares y Canarias.

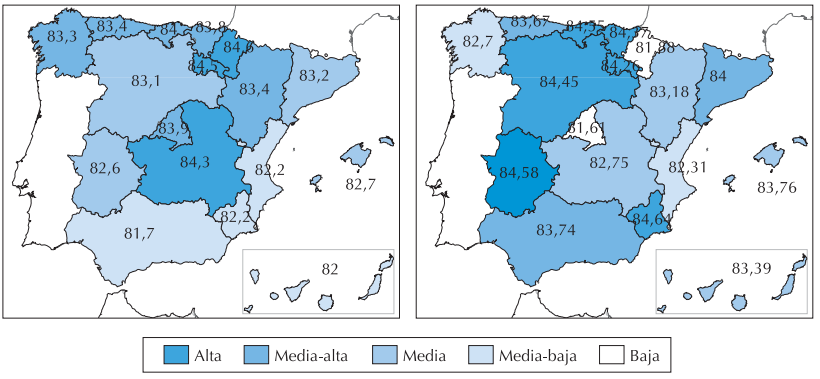
Las mujeres son, en general, más longevas que los hombres y, salvo en la Comunidad de Madrid, la Comunidad Foral de Navarra, Aragón y Galicia, su EV ha seguido aumentando. La Comunidad Valenciana es la única que presenta una situación relativa estable en los dos años (Figura 9).



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	76,3 años	Media	77,01 años	Media
Total sobre la población de Ceuta	75,4 años	Media-baja	75,6 años	Baja
Total sobre la población de Melilla	74,7 años	Baja	77,39 años	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 8. Años de esperanza de vida al nacer sobre la población total de hombres en las distintas comunidades autónomas, en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

[2] Los mapas de la Figura 8 y todos los que se presentan en el libro se han confeccionado coloreando las comunidades autónomas en función del resultado que arroja la técnica *cluster* de agrupación de sujetos (territorios en este caso) en grupos según los valores (en este caso graduados en una escala de cinco posiciones, que van desde muy baja a muy alta) de cada una de las variables mostradas y su posición relativa con respecto a la media nacional y de cada agrupación posible. Así, se mantienen los cinco grupos, siempre y cuando la diferencia entre los mismos resulte ser estadísticamente significativa.



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	83 años	Media	83,45 años	Media
Total sobre la población de Ceuta	81,1 años	Baja	82,11 años	Media-baja
Total sobre la población de Melilla	81,2 años	Baja	83,53 años	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 9. Años de esperanza de vida al nacer sobre la población total de mujeres en las distintas comunidades autónomas, en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El incremento continuado de la EV gracias a la disminución de la mortalidad en los últimos decenios, principalmente en los países desarrollados, tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales. Entre ellas cabe destacar el aumento relativo del número de personas de edad avanzada, el predominio de las enfermedades crónicas y la consecuente alteración progresiva que producen en el patrón clásico de morbilidad. Debido a todo ello, actualmente se están implementando otros indicadores que tienen en cuenta el estado de salud o la calidad de vida con que se puede llegar a edades más longevas como, por ejemplo, la esperanza de vida libre de incapacidad o esperanza de vida saludable (EVLI). La EVLI refleja el número medio de años que se espera que viva un individuo sin discapacidad (con buena salud).

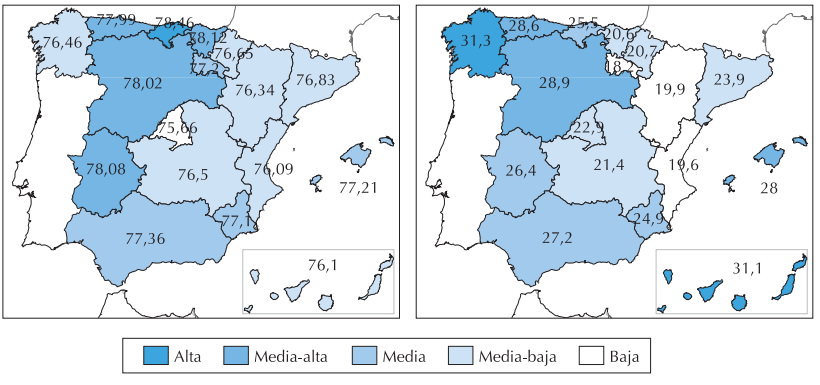
En la actualidad, una de las mayores incógnitas ante el envejecimiento progresivo de la población es si los años de vida ganados serán años vividos sin discapacidad o con buena salud, o en qué medida lo serán. Si en una población la EVLI crece más rápidamente que la EV, esa población no sólo vivirá más años, sino que estos años de vida ganados serán de buena salud en una mayor proporción. En España se dispone de

algunos indicadores que están en esa línea, pero el año más reciente del que se han publicado datos oficiales es el 2002.

La Figura 10 muestra la EVLI (parte izquierda) y la expectativa de incapacidad al nacer, es decir, el número medio de años que se espera que la población viva con discapacidad o con mala salud (parte derecha).

En Cantabria la esperanza media de vida con buena salud es la más elevada de España en el 2002, y en la Comunidad de Madrid es la más baja. Asimismo, en Galicia y en Canarias se observa la esperanza de vida media más elevada con mala salud al nacer, y la más baja es la de La Rioja.

El estado de salud percibido por la población se mide a través de la Encuesta Nacional de Salud, que se lleva a cabo cada tres años; es gestionada por el INE y por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que cuentan con el apoyo de los institutos de Estadística de cada comunidad autónoma.



		2002	PR
Esperanza con buena salud	Total sobre la población de España	55,1 años	Media
	Total sobre la población de Ceuta y Melilla	51,2 años	Media-baja
Esperanza con mala salud	Total sobre la población de España	24,6 años	Media
	Total sobre la población de Ceuta	27 años	Media
	Total sobre la población de Melilla	26,8 años	Media

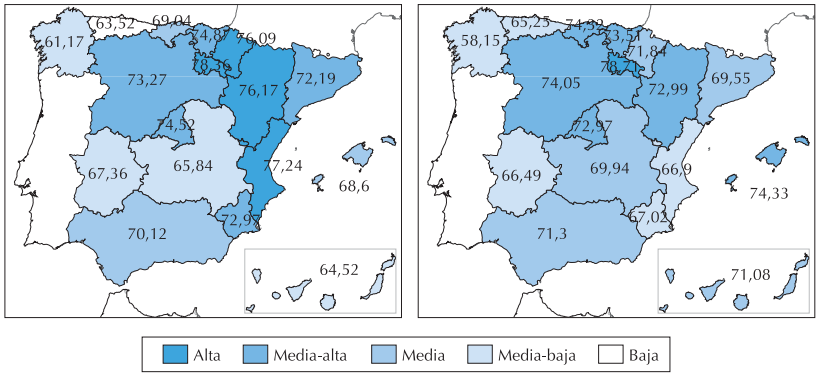
PR = posición relativa.

FIGURA 10. Años de esperanza de vida con buena salud al nacer sobre la población total en las distintas comunidades autónomas en el año 2002 (izquierda), y porcentaje de población con una expectativa de mala salud subjetiva al nacer sobre la población total en las distintas comunidades autónomas en el año 2002 (derecha).
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los datos más recientes de que se dispone para efectuar comparaciones corresponden al 2003 y al 2006.

Los encuestados señalan cuál es el grado de salud que perciben en sí mismos en una escala de 5 puntos, en la que el valor 1 significa muy bueno y el valor 5 muy malo. Los mapas comparativos de la Figura 11 muestran la variación que sufre la proporción de población de diversas comunidades autónomas en cuanto a señalar que disfruta de un estado de salud cuando menos bueno, es decir, se han aglutinado las respuestas "muy bueno" y "bueno".

La proporción de personas que perciben su salud como buena o muy buena ofrece bastante variabilidad entre el 2003 y el 2006 con respecto a la media española de ambos años. Lo primero que se percibe en los resultados es que la media española general acusa un descenso, pasa de un 71,31% a un 69,99%. Mantienen sus posiciones relativas con respecto a la media española entre el 2003 y el 2006 Galicia, Castilla y León, Extremadura, el País Vasco, La Rioja, Aragón, la Comunidad de Madrid y Andalucía. En cambio, descienden la Comunidad Foral de Navarra, Cataluña, la Comunidad Valenciana, la Región de Murcia, Ceuta y Melilla. Por último, aumentan sus posiciones relativas Cantabria, Castilla-La Mancha, las Islas Baleares y Canarias.



	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	71,31%	Media	69,99%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	72,05%	Media-alta	72,14%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 11. Salud percibida. Porcentaje de población que considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, en las distintas comunidades autónomas en los años 2003 y 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de ENS ediciones 2003 y 2006.

Por consiguiente, a pesar de que no hay ningún porcentaje inferior al casi atípico 58,15% de Galicia, la franja mediterránea, desde Cataluña a la Región de Murcia, con la excepción de las Islas Baleares, presenta una disminución significativa en cuanto a la buena percepción del estado de salud. Pueden guardar relación diversas variables como el envejecimiento de la población, el impacto de la inmigración, una mayor presión asistencial, un mayor estrés y otras. Para sostener este tipo de afirmaciones sería necesario realizar detallados análisis de relación entre variables que sobrepasan la esfera descriptiva de esta monografía.

2.3.2. Mortalidad

La forma más habitual de ofrecer datos sobre mortalidad es mediante tasa de defunciones por cada 100.000 habitantes. Los datos disponibles más recientes acerca de esta variable corresponden al año 2006. A continuación, se presentan los datos de mortalidad por todas las causas y los datos de mortalidad debida a las principales causas: sistema circulatorio, tumores, sistema respiratorio, sistema digestivo, causas externas de muerte, y enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (incluida la enfermedad de Alzheimer).

Con objeto de facilitar las comparaciones entre regiones, estos datos se sintetizan en mapas de los años 2002 y 2006, en los cuales la mortalidad se expresa como tasa de defunciones por cada 100.000 habitantes sobre el total de la población de cada comunidad autónoma. Los datos correspondientes a Ceuta, Melilla y el total español se presentan de forma complementaria bajo cada mapa. En la leyenda se puede ver la clasificación en cinco categorías de las comunidades autónomas según su posición con respecto a la media española.

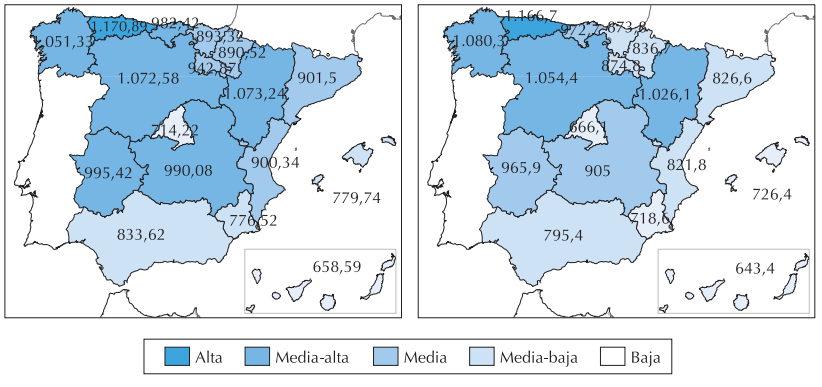
Los mapas comparativos que se presentan a continuación acerca de las principales causas de mortalidad están ordenados por grado decreciente de incidencia de las causas en el 2002, que no varía en el 2006.

Analizando la tasa de defunciones debidas a todas las causas, es patente la mejora relativa que se produce en todas las comunidades autónomas entre los años 2002 y 2006, salvo en el caso del Principado de Asturias (que presenta una tasa elevada con respecto a la media española) y Cana-

rias (que ya disfrutaba de una situación relativa muy buena con respecto a la media española). Ceuta y Melilla, para las cuales se dispone de datos conjuntos, presentan en ambos años tasas elevadas con respecto a la media española, pero en el 2006 se produce una ligera disminución.

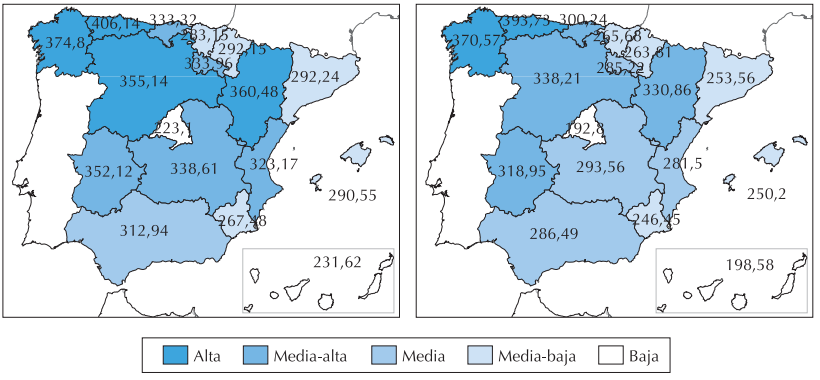
La media española del año 2002 es más elevada que la del 2006, lo cual en sí ya constituye un síntoma de mejora general. En el 2002 la tasa de mortalidad debida a cualquier causa sólo es inferior a la media española en Canarias, la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares, la Región de Murcia, Andalucía, Ceuta y Melilla. En cambio, en el año 2006 las únicas comunidades que presentan tasas superiores a la media son el Principado de Asturias, Galicia, Castilla y León, y Aragón, dentro de una mejora interna de sus cifras. Todo ello se puede visualizar en la Figura 12 y los datos que la complementan.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad en España. En los mapas de la Figura 13 se observa que la tasa de mortalidad debida a las mismas, tanto en el año 2002 como en el año 2006, disminuye en Castilla y León, La Rioja, Castilla-La Mancha, Aragón y la Comunidad Valenciana, y permanece estable en el resto de las



	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	892,23	Media	843	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	691,79	Baja	-	-
Total sobre la población de Ceuta	-	-	669,6	Baja
Total sobre la población de Melilla	-	-	677,4	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 12. Tasa de defunciones por cada 100.000 habitantes debidas a cualquier causa sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



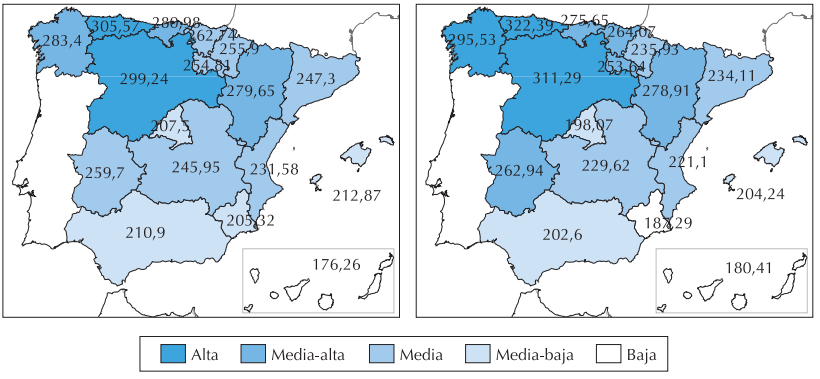
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	307,09	Media	275,81	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	463,78	Alta	424,29	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 13. Tasa de mortalidad debida a enfermedades del sistema circulatorio expresada por cada 100.000 habitantes sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006. *Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.*

comunidades autónomas. La Comunidad de Madrid y Canarias presentan la menor incidencia. En general, las tasas bajan en todas las zonas y en España considerada globalmente.

En la Figura 14 se aprecia que la tasa de mortalidad correspondiente a tumores presenta ligeras variaciones entre el 2002 y el 2006 en cuanto a posiciones relativas de las comunidades autónomas con respecto a la media española. Así, Galicia, el País Vasco y Extremadura empeoran con respecto a la nueva media española del 2006, mientras que la Región de Murcia mejora. El resto se mantiene en un grado de incidencia similar. Dentro de cada comunidad autónoma la tasa disminuye, salvo en el Principado de Asturias, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia y el País Vasco.

Estos datos contrastan con los resultados de los informes del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (5) o con los del Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas (6). En estos trabajos se describe una acusada tendencia Noreste-Suroeste en el índice de mortalidad para varios tipos de tumores y cáncer. Bien es cierto que estos análisis son totalmente distintos en cuanto al nivel de agregación de



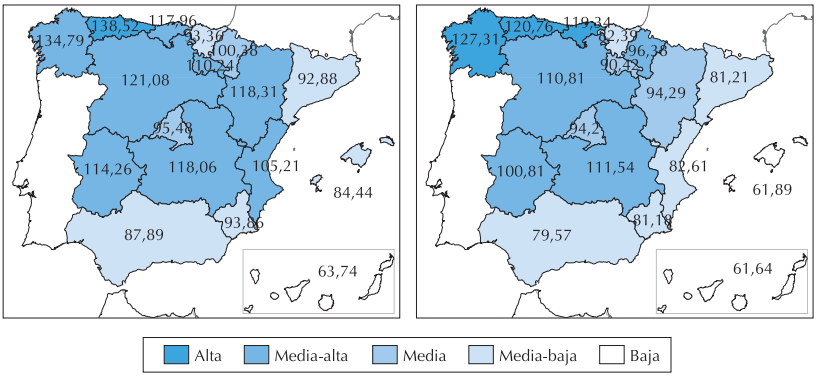
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	238,71	Media	232,34	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	314,31	Alta	301,06	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 14. Tasa de mortalidad expresada como defunciones debidas a tumores cada 100.000 habitantes en la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

las poblaciones (que muestran diferencias dentro de las comunidades autónomas) y al análisis estadístico; asimismo, los periodos que se analizan son de hace más de diez años. En cualquier caso, estas discrepancias con trabajos tan exhaustivos merecen una mayor indagación que no es objeto de este libro. Para observar los mapas de mortalidad por pequeñas causas se recomienda visitar la página web del Centro Nacional de Epidemiología (5).

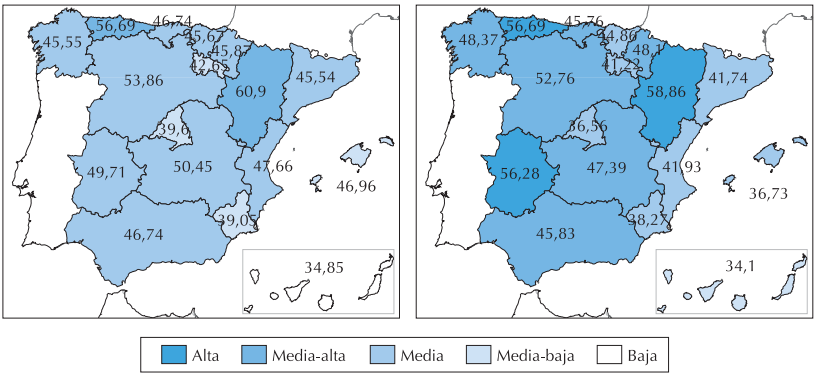
Los mapas de la Figura 15 varían de forma discreta entre los años 2002 y 2006, y se refieren a las enfermedades del sistema respiratorio. La tasa de Galicia empeora, al igual que la de Cantabria. Se aprecia una mejora de dicha tasa en La Rioja, Aragón, la Comunidad Valenciana y, sobre todo, en las Islas Baleares.

En los mapas de la Figura 16 se pueden comparar las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el sistema digestivo. La media nacional disminuye, pero empeora la posición relativa de Extremadura y también, aunque en un grado menor, de Galicia. Los hábitos de consumo alimentario y la forma de vida cada vez más estresante pueden guardar relación con este empeoramiento casi generalizado, aunque se dé en grados diversos.



	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	101,13	Media	90,24	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	129,92	Media-alta	133,03	Media-alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 15. Tasa de mortalidad debida a enfermedades del sistema respiratorio sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



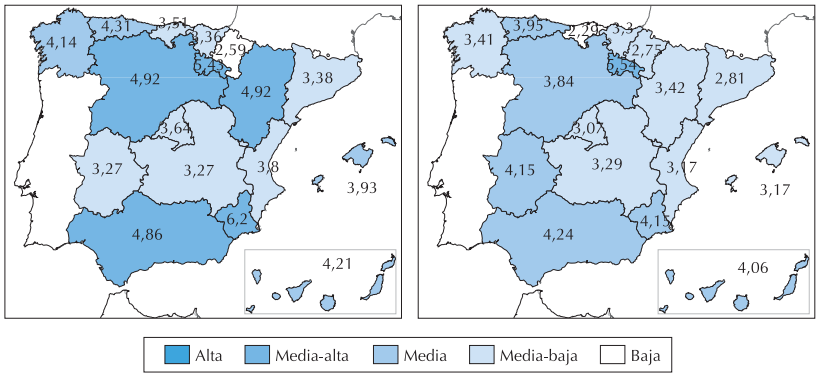
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	46,25	Media	44,19	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	48,89	Media	43,41	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 16. Tasa de mortalidad debida a enfermedades del sistema digestivo cada 100.000 habitantes de la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Como complemento a la información de los grandes grupos de causas, se ofrecen también los mapas comparativos de mortalidad específicamente infantil, ya que se trata de variables directamente relacionadas con el grado de desarrollo de los territorios. Así, la Figura 17 muestra la mortalidad infantil (número de defunciones en menores de un año expresado por cada 1.000 nacimientos), sistematizada por comunidad autónoma.

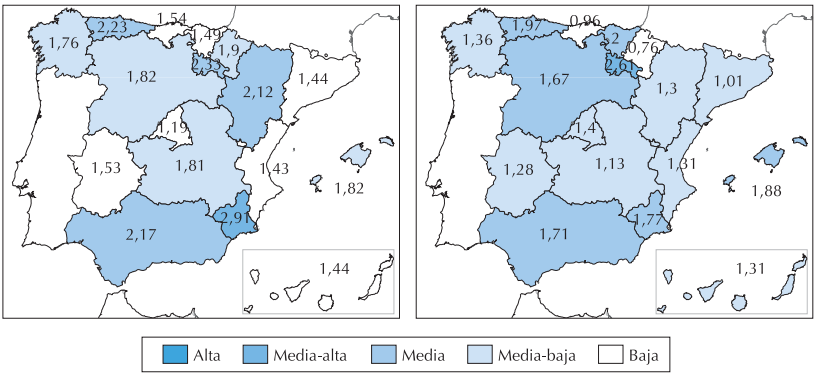
Como se aprecia, la media nacional desciende del año 2002 al año 2006. En el 2002 las comunidades autónomas que presentan índices de mortalidad infantil superiores a la media disminuyen la tasa en general y quedan por debajo de la media nacional del 2006 o en su entorno, con la excepción de La Rioja. Por otro lado, el índice que explica el número de defunciones en menores de una semana expresado por cada 1.000 nacimientos es el índice de mortalidad perinatal. Los resultados obtenidos se pueden observar en la Figura 18.

El resultado comparativo de este índice entre el 2002 y el 2006 es el de una disminución de la media nacional en el 2006, si bien con respecto a la misma hay comunidades autónomas cuya situa-



	2002	PR	2006	PR
Total de España	4,09	Media	3,53	Media
Total de Ceuta y Melilla	10,14	Alta	9,25	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 17. Índice de mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos en el 2002 y en el 2006 para todas las comunidades autónomas y España.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



	2002	PR	2006	PR
Total de España	1,75	Media	1,46	Media
Total de Ceuta y Melilla	4,83	Alta	4,62	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 18. Índice de mortalidad perinatal por cada 1.000 nacimientos en el 2002 y en el 2006 para todas las comunidades autónomas y España.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

ción relativa es peor, como es el caso de la Comunidad de Madrid, el País Vasco, La Rioja y las Islas Baleares. Por el contrario, las que mejoran son la Región de Murcia y Aragón. En conjunto, se ha avanzado significativamente en este tema; la cifra de Ceuta y Melilla sigue siendo la más preocupante.

2.3.3. Morbilidad

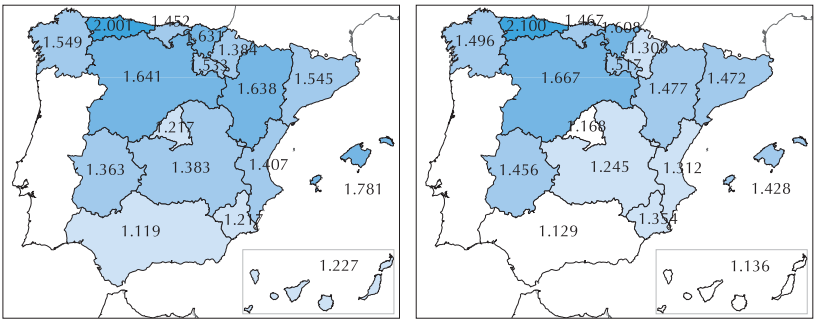
La morbilidad hospitalaria es el indicador que estima el número de personas enfermas que han ingresado en los hospitales. En España esta información se obtiene a través de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH), cuyos datos se ofrecen entre los productos estadísticos que gestiona el INE.

El principal objetivo de analizar la morbilidad hospitalaria es disponer del total de casos y su clasificación en función de los distintos diagnósticos. Asimismo, es posible averiguar la estancia media en el hospital por tipo de diagnóstico y otros datos. La morbilidad se expresa habitualmente en número de pacientes que han ingresado en los hospitales por cada 100.000 habitantes, o bien en número de altas

por cada 100.000 habitantes, estancia media en días en un hospital y similares. En la confección de los siguientes mapas se han utilizado los datos de altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes sobre el total de la población de cada comunidad autónoma, de las ciudades autónomas y de España.

Las siguientes figuras muestran la morbilidad de las causas con mayor incidencia en el conjunto del país y permiten analizar las diferencias y similitudes que existen entre las distintas comunidades autónomas, así como su evolución entre el 2002 y el 2006. En el capítulo 4 se proporciona el resultado conjunto acerca de todas las causas posibles de morbilidad, mientras que en este apartado se presta una atención específica a las más significativas por orden de impacto y, posteriormente, a otras seleccionadas por un interés particular.

Las enfermedades del sistema circulatorio son las segundas con mayor tasa de morbilidad en España (Figura 19). En el 2002 la comunidad autónoma más afectada es el Principado de Asturias, y su situa-



	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	1.406	Media	1.364	Media
Total sobre la población de Ceuta	1.359	Media	1.188	Baja
Total sobre la población de Melilla	917	Baja	1.015	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 19. Tasa de morbilidad de las enfermedades del sistema circulatorio por 100.000 habitantes sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

ción se mantiene en el 2006. Le siguen Castilla y León, el País Vasco, Aragón y las Islas Baleares, de las que las últimas mejoran tanto en su posición relativa como en su incidencia en el 2006. Las comunidades autónomas con una incidencia baja respecto a la media en el 2006 son la Comunidad de Madrid, Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla. Las tasas de todas ellas, excepto la de Melilla, mejoran con respecto a las del 2002, si bien dicha ciudad autónoma sigue manteniéndose por debajo de la media. Finalmente, la Comunidad Valenciana, las Islas Baleares y Canarias también muestran cierta mejoría con respecto a las tasas del año 2002.

González López-Valcárcel y Barber Pérez hacen un análisis de la situación muy acertado en el Informe Anual del Observatorio del Sistema Nacional de Salud del 2003, en el que se analizan y comparan las Encuestas Nacionales de Salud del 1993 y del 2001, y se concluye que los indicadores de morbilidad siguen un patrón de desigualdad Noreste-Suroeste (1, 7). También Rodríguez Artalejo *et al*. señalan que la incidencia/prevalencia de la cardiopatía isquémica y de la enfermedad cardiovascular es similar a la de otras enfermedades crónicas con las que comparten factores de riesgo (8). Así, las enfermedades cardiovasculares tienen un patrón similar al de los tumores malignos, en particular el de pulmón y las enfermedades respiratorias.

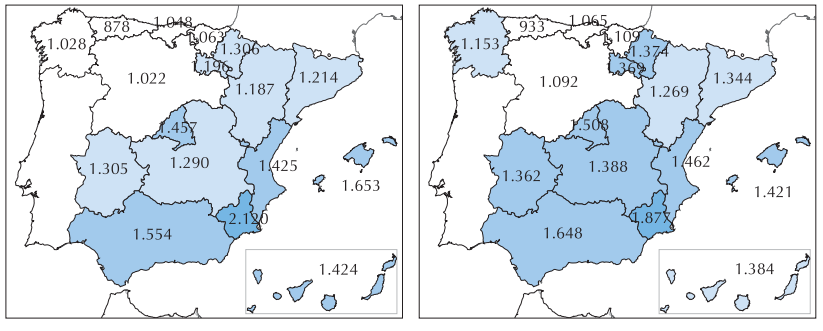
Estos aspectos sugieren que la variación geográfica de las principales enfermedades crónicas puede deberse a factores comunes potencialmente susceptibles de las mismas intervenciones preventivas. Además, dado que son enfermedades de origen multifactorial, es probable que las causas de su variación geográfica no obedezcan a un solo factor, sino a varios. La explicación que se ofrece para estos resultados es que en España el menor nivel socioeconómico, la mayor prevalencia de sedentarismo y obesidad, y el menor consumo de frutas de las provincias del sur, contribuyen modestamente a la mayor mortalidad cardiovascular (9).

Pero, en conjunto, estos factores no llegan a justificar más del 30% de la variabilidad provincial de la mortalidad cardiovascular. En el ya nombrado Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas, también se describe este acusadísimo gradiente Norte-Sur. Sin embargo, el mapa anterior muestra que las comunidades autónomas del sur y de Levante presentan por-

centajes más bajos que las del norte. Quizás estas diferencias se deban a mejoras en los servicios de aquellas comunidades o en sus condiciones y formas de vida.

Como ya se ha apuntado en el apartado de "Mortalidad", es posible que las diferencias tengan que ver con el nivel de desagregación de los mapas, ya que los que aquí se exponen agrupan conjuntos de población mayores, por lo que los resultados obedecen a otro nivel de análisis. Por otra parte, los mapas de mortalidad por comunidades autónomas del 2005 realizados por el Centro Nacional de Epidemiología también parecen apuntar en la misma dirección que los aquí expuestos en cuanto a las enfermedades cardiovasculares (10). En cualquier caso, esta disyuntiva requeriría una mayor profundización.

En referencia a la morbilidad debida a complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio en el año 2002 (Figura 20), las únicas comunidades que presentan tasas muy por encima de la media son la Región de Murcia, Ceuta y Melilla. La situación relativa en estas tres comunidades se mantiene, si bien con tasas algo menores. Las que han incrementado



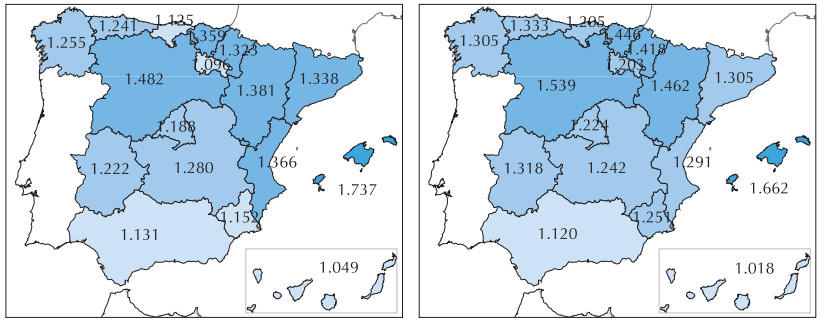
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	1.345	Media	1.416	Media
Total sobre la población de Ceuta	2.216	Media-alta	1.902	Media-alta
Total sobre la población de Melilla	2.832	Alta	2.674	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 20. Tasa de morbilidad debida a complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

la tasa de morbilidad en el periodo 2002-2006 respecto a su posición relativa son Galicia, La Rioja, la Comunidad Foral de Navarra, Extremadura y Castilla-La Mancha.

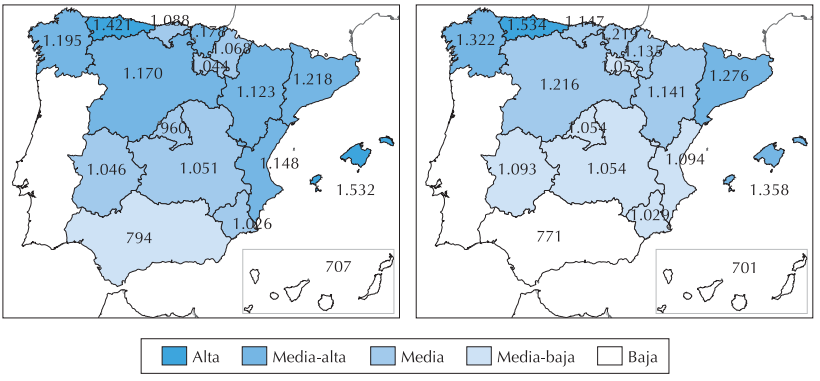
Por su parte, los mapas de la Figura 21 presentan la morbilidad por trastornos del aparato digestivo, la tercera causa de mayor incidencia. De las comunidades autónomas que están peor en el 2002 destacan: Castilla y León, Aragón, País Vasco, Comunidad Foral de Navarra, Cataluña, Comunidad Valenciana e Islas Baleares. Se aprecia cierto empeoramiento en Cantabria, La Rioja y la Región de Murcia. Por el contrario, mejoran Cataluña y la Comunidad Valenciana. El resto permanece estable. La ciudad autónoma de Melilla es la que presenta tasas más bajas tanto en el 2002 como en el 2006.

La Figura 22 muestra las tasas de morbilidad relacionadas con problemas del sistema respiratorio. La comunidad autónoma más afectada es el Principado de Asturias, cuya situación relativa no mejora entre el 2002 y el 2006. Le siguen Cataluña, las Islas Baleares, Galicia, Castilla y León, el País Vasco y la Comunidad Valenciana.



	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	1.274	Media	1.287	Media
Total sobre la población de Ceuta	1.304	Media	1.027	Media-baja
Total sobre la población de Melilla	819	Media-baja	811	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 21. Tasa de morbilidad debida a enfermedades del aparato digestivo sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

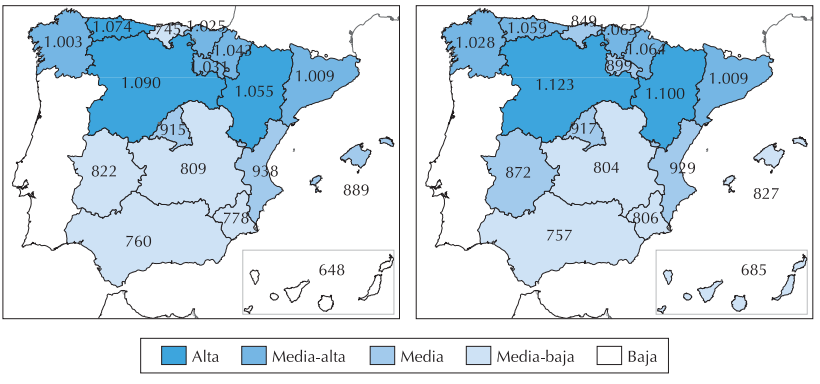


	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	1.062	Media	1.091	Media
Total sobre la población de Ceuta	1.053	Media	1.030	Media-baja
Total sobre la población de Melilla	845	Media-baja	724	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 22. Tasa de morbilidad debida a enfermedades del sistema respiratorio sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

De las que presentan una situación mejor en el 2002, Andalucía, Melilla y, sobre todo, Canarias, las primeras presentan una mejora en el 2006. Empeoran las que están en situaciones intermedias: Extremadura, Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Región de Murcia. De nuevo la zona sur parece ofrecer menor incidencia que la zona norte.

En el 2002 y en el 2006 las neoplasias ocupan la última posición entre las seis principales causas de alta hospitalaria. Las comunidades autónomas que muestran tasas más elevadas de altas por estas patologías en el 2002 son: Castilla y León, Aragón y Principado de Asturias (Figura 23). De ellas, sólo el Principado de Asturias presenta una situación mejor en el 2006. Les siguen Galicia, el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra, La Rioja y Cataluña. De ellas, sólo La Rioja experimenta una mejoría en el 2006. Cantabria, Extremadura y Canarias empeoran algo entre esos dos años. En general, había y hay una mayor incidencia en el norte que en el centro y en el sur de España. De hecho, las comunidades autónomas menos afectadas son Andalucía, Castilla-La Mancha, la Región de Murcia, Ceuta y Melilla.



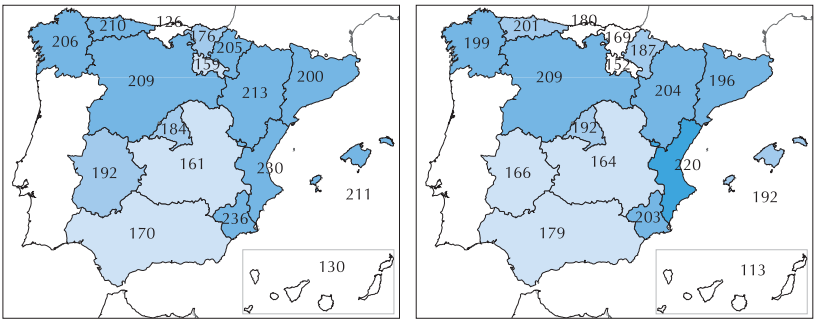
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	911	Media	919	Media
Total sobre la población de Ceuta	616	Baja	622	Baja
Total sobre la población de Melilla	583	Baja	535	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 23. Tasa de morbilidad debida a neoplasias sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Estas dos últimas destacan por su amplia distancia respecto a la media española, situada en 919 en el 2006.

Una vez revisados los datos que hacen referencia a las principales causas de morbilidad, éstos se complementan con los referentes a otras causas de carácter más específico y que son de especial interés por los motivos que se explican en cada caso.

Así, por ejemplo, dada la gran incidencia del fenómeno de la inmigración en España y la preocupación social existente en torno a la reaparición de enfermedades infecciosas y parasitarias ya erradicadas que puedan deberse a dicho fenómeno, resulta de gran interés observar el estado reciente de la tasa de morbilidad por esta causa en los centros hospitalarios de las diversas comunidades autónomas. Los mapas de la Figura 24 muestran la situación en el 2002 y su evolución relativa y absoluta en el 2006. Es importante recordar que la inmigración de régimen general comienza a dispararse en el año 1992, una década antes de que finalice el traspaso de competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas.



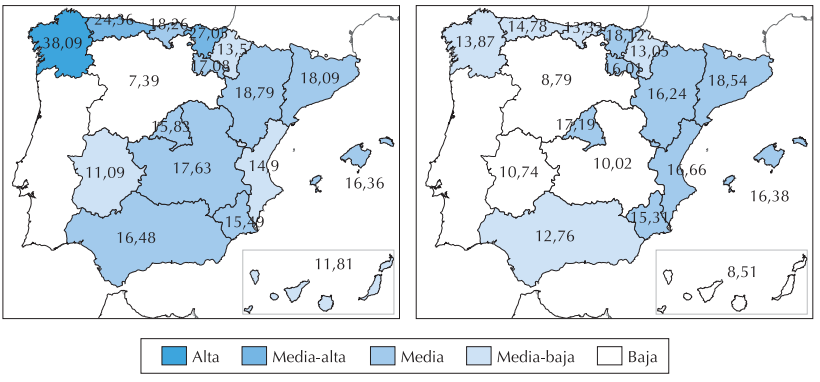
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	192	Media	190	Media
Total sobre la población de Ceuta	296	Alta	298	Alta
Total sobre la población de Melilla	167	Media-baja	275	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 24. Tasa de morbilidad debida a enfermedades infecciosas y parasitarias sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Las tasas de morbilidad debida a enfermedades infecciosas son, en realidad, muy bajas; en ningún caso llegan al 0,5% de ninguna población.

En los cambios habidos entre los años 2002 y 2006, la comunidad autónoma más afectada es la valenciana, que pasa de estar algo por encima de la media al peor grado de la escala del año 2006. En otras palabras, aunque la tasa de casos registrados en la Comunidad Valenciana cada 100.000 habitantes sea inferior en el año 2006 respecto del 2002, su situación relativa en el año 2006 es la peor de todo el mapa. Melilla también empeora y pasa de la media a estar por encima de ella. La Rioja, la Comunidad Foral de Navarra, el País Vasco, Extremadura y el Principado de Asturias mejoran. El resto permanece estable.

La tuberculosis respiratoria, una enfermedad que se ha logrado controlar ampliamente en los países desarrollados, todavía presenta tasas preocupantes en algunas comunidades autónomas españolas en el 2002 (Figura 25), como en Galicia y en el País Vasco. En el año 2006 se observa una mejoría en la mayoría de los territorios de la nación, si bien au-



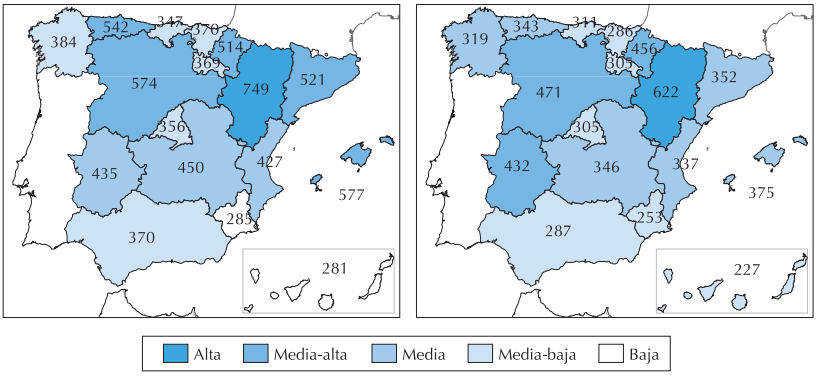
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	18,08	Media	14,74	Media
Total sobre la población de Ceuta	18,76	Media	31,64	Alta
Total sobre la población de Melilla	25,31	Media-alta	21,52	Media-alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 25. Tasa de tuberculosis respiratoria por 100.000 habitantes, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto de Salud Carlos III.

menta en Ceuta y sigue en la media del 2006 o por encima de ella en Cataluña, el País Vasco, Aragón, La Rioja, la Comunidad Valenciana, la Región de Murcia y las Islas Baleares.

También es de elevado interés la tasa de morbilidad por causas relacionadas con enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos en la población de cada comunidad autónoma, porque incluye los ingresos debidos a la enfermedad de Alzheimer, una de las enfermedades que representan un coste económico y un impacto mayores en cuanto a dependencia de cuidadores profesionales y, sobre todo, de cuidadores no profesionales. Como se aprecia en la comparación de la Figura 26 entre los años 2002 y 2006, los mapas son muy parecidos y muestran una tendencia al empeoramiento en varias comunidades autónomas. La tasa disminuye en el Principado de Asturias, Cataluña, Melilla y las Islas Baleares. No obstante, la tasa media de España desciende varios puntos porcentuales entre ambos años.

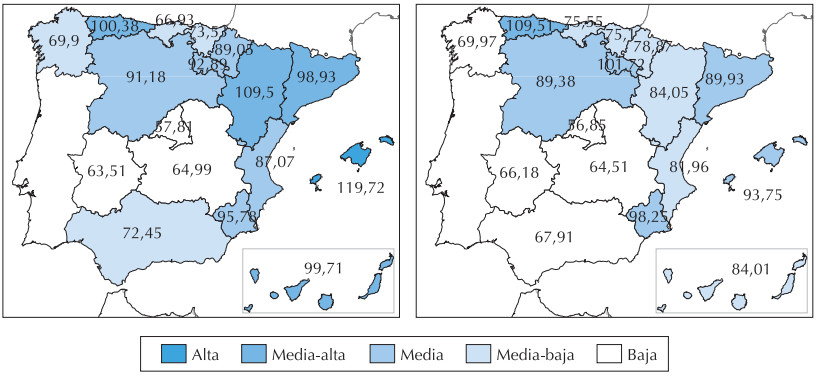
Por su elevada prevalencia, es fundamental atender a la evolución de la tasa de morbilidad debida a diabetes. Como se constata en la Figura 27, varias comunidades autónomas mejoran a este respecto



	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	433	Media	340	Media
Total sobre la población de Ceuta	375	Media-baja	480	Media-alta
Total sobre la población de Melilla	284	Baja	143	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 26. Tasa de morbilidad debida a enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (incluida la enfermedad de Alzheimer) sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



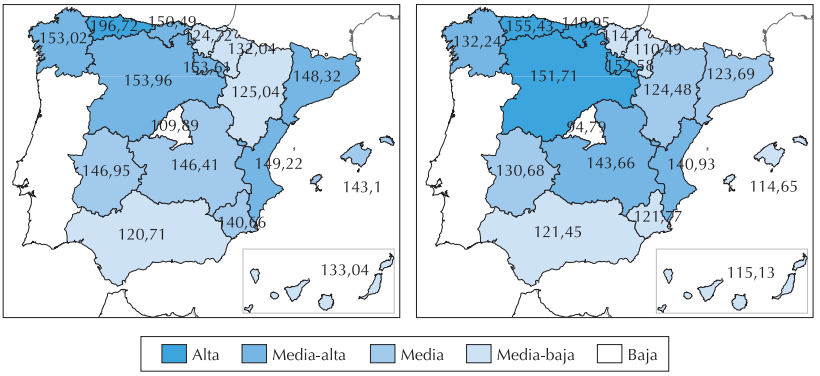
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	81,99	Media	77,8	Media
Total sobre la población de Ceuta	128,52	Alta	144,23	Alta
Total sobre la población de Melilla	90,19	Media	137,02	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 27. Tasa de morbilidad debida a diabetes sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

en relación con la situación relativa del 2002. Entre ellas destacan la Comunidad Foral de Navarra, Aragón, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Andalucía, las Islas Baleares y Canarias. Melilla empeora y el resto permanece estable.

También es importante hacer referencia en particular al infarto agudo de miocardio, a pesar de estar contemplado en la morbilidad por problemas circulatorios, pues su prevalencia también es una de las más preocupantes. La situación relativa de las comunidades autónomas entre el 2002 y el 2006 (Figura 28) arroja un balance positivo en cuanto a un descenso porcentual del 12,07% de la media española. Al comparar la situación relativa de los dos años, un notable conjunto de comunidades muestran una disminución de la incidencia; permanecen con tasas parecidas Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Andalucía y La Rioja; y la tasa de Melilla se incrementa. Las posiciones relativas sobre la media del 2006 son diferentes de las registradas en el 2002; mejoran ostensiblemente Cataluña y las Islas Baleares, y algo menos las dos Castillas, Cantabria, La Rioja y Aragón.



	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	138,03	Media	125,96	Media
Total sobre la población de Ceuta	146,68	Media-alta	138,63	Media-alta
Total sobre la población de Melilla	124,76	Media-baja	140,03	Media-alta
PR = posición relativa.				

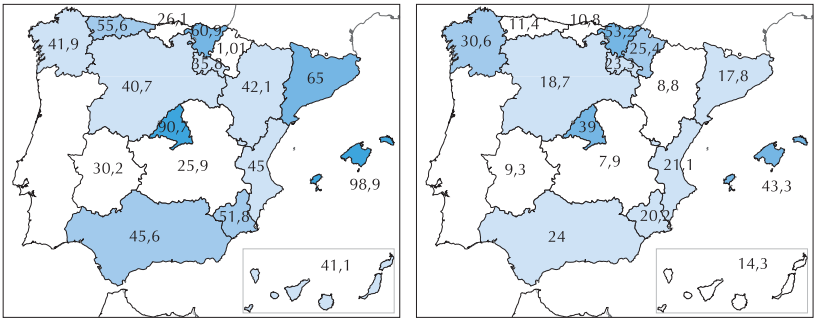
FIGURA 28. Tasa de morbilidad debida a infarto agudo de miocardio sobre la población total de las comunidades autónomas, en el 2002 y en el 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

2.3.4. Salud y estilos de vida

En este apartado se analiza la incidencia de patologías asociadas a determinados estilos de vida. Asimismo, se presentan las comparaciones entre los años 2003 y 2006 de un conjunto de indicadores que resumen la tendencia de la población a desarrollar hábitos perjudiciales como fumar, tomar alcohol y adquirir una masa corporal desproporcionada.

En primer lugar, en la Figura 29 se pueden comparar los mapas que proporcionan las tasas de sida por cada 100.000 habitantes en las distintas comunidades españolas. La causa principal está relacionada con determinadas formas de vida y, en mucho menor grado, con contagios ocasionados de forma accidental o sin que la persona haya estado expuesta a un tipo de riesgo ampliamente informado a la sociedad en general. Como se observa, en los datos medios del total de España la tasa ha disminuido más de la mitad.

En el año 2002 las comunidades autónomas que están por encima de la media son la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares, Cataluña y el País Vasco; también la incidencia es elevada en Ceuta y en Melilla. Por el contrario, aquellas en las que la incidencia es menor son Extremadura, Castilla-La Mancha y Cantabria.



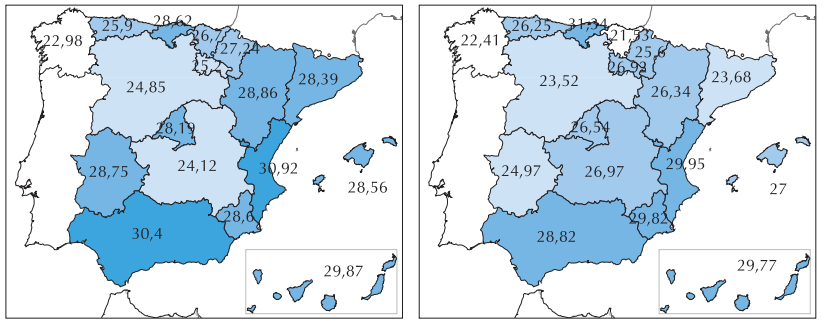
	2002	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	54,8	Media	24,3	Media
Total sobre la población de Ceuta	97,8	Alta	42	Media-alta
Total sobre la población de Melilla	60,2	Media-alta	44,9	Media-alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 29. Tasa de sida por 100.000 habitantes. Años de diagnóstico: 2002 y 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

En el año 2006 el País Vasco sigue siendo, junto con la Comunidad de Madrid, el principal foco en que se condensan las tasas más elevadas, pero sobre una media muy inferior a la de partida. La posición relativa de Cataluña mejora significativamente entre el 2002 y el 2006, así como las del Principado de Asturias, Andalucía, la Región de Murcia, las Islas Baleares, Aragón, la Comunidad Foral de Navarra y Canarias. Las tasas de Ceuta y de Melilla disminuyen, especialmente en la primera, pero la situación sigue siendo muy preocupante desde el punto de vista de la situación relativa.

Por lo que respecta al hábito del tabaquismo, se ha tomado como indicador general de la situación el porcentaje de población de 16 años o mayor que se declara fumadora diaria en la Encuesta Nacional de Salud. La Figura 30 muestra la comparación de los mapas de los años 2003 y 2006.

El porcentaje medio nacional de fumadores diarios se reduce entre el 2003 y el 2006. En el año 2003 las comunidades autónomas que presentan mayores cifras son la Comunidad Valenciana, Canarias y Andalucía. También quedan por encima de la media nacional Cataluña, Aragón, Cantabria, la Comunidad de Madrid, Extremadura y la Región de Murcia.



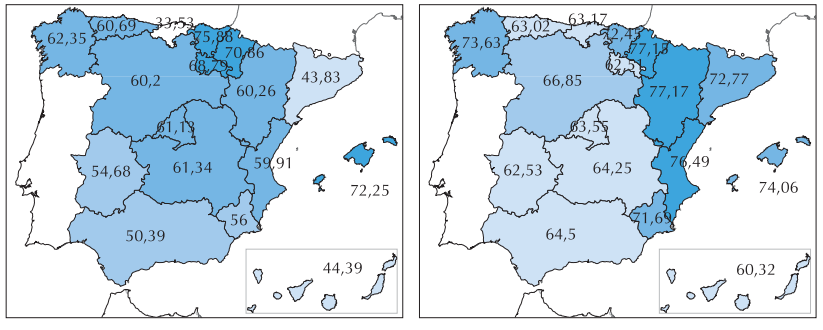
	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	28,12%	Media	26,44%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	26,81%	Media	26,72%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 30. Porcentaje de población de 16 años o mayor que se declara fumadora diaria en el 2003 y en el 2006 en las distintas comunidades autónomas.
Fuente: elaboración propia a partir de ENS ediciones 2003 y 2006.

La población que proporcionalmente es la menos fumadora en los términos de este indicador es la de Galicia.

En el 2006, ante una media nacional inferior, las posiciones relativas de las comunidades cambian y, aunque se aprecia una mayoría de disminuciones porcentuales, también persisten un conjunto de comunidades autónomas en las que el porcentaje aumenta: Cantabria, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Región de Murcia y La Rioja. En el País Vasco se aprecia un gran avance, y también destacan la Comunidad de Madrid y Cataluña. Globalmente, aunque puede parecer que la posición relativa de algunas comunidades mejora, la realidad de las cifras aún resulta abrumadora.

En cuanto al consumo de alcohol, se ha escogido como indicador el porcentaje de personas de 16 años o mayores que declaran haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses previos a la realización de la Encuesta Nacional de Salud en cada comunidad autónoma. La Figura 31 ofrece los resultados comparativos de las ediciones 2003 y 2006.



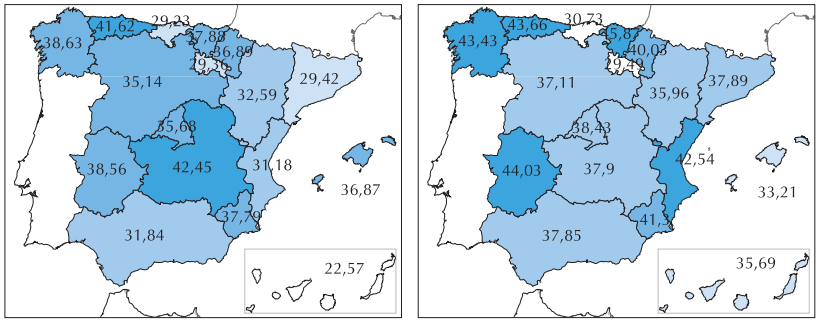
	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	56,1%	Media	68,64%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	27,43%	Baja	37,37%	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 31. Porcentaje de población de 16 años o mayor que declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos a las Encuestas Nacionales de Salud del 2003 y del 2006 en las distintas comunidades autónomas.
Fuente: elaboración propia a partir de ENS ediciones 2003 y 2006.

El porcentaje medio nacional aumenta entre los años 2003 y 2006, lo que pone de manifiesto que el problema del consumo de alcohol tiende a empeorar. Sin embargo, entre estos años se producen grandes cambios en varias comunidades autónomas, algunas mejoran en términos absolutos y otras empeoran. Los porcentajes experimentan aumentos muy notables en Cantabria, la Región de Murcia y Cataluña. También empeora la situación en el resto de las comunidades.

El consumo de alcohol es uno de los graves problemas que está enfrentando la sanidad española desde la década de los 80. Es preocupante que se haya convertido en el socio de las formas de diversión actuales adoptadas por la juventud, cuya edad de inicio en el consumo ha descendido mucho, en un medio de evasión de ciertas realidades. Dado que es causa de múltiples patologías y siniestros, es uno de los temas a los que se debe prestar más atención en el momento presente.

El índice de masa corporal superior a 25 (sobrepeso) y superior a 30 (obesidad) se ha disparado en los últimos años. El sedentarismo y las consecuencias de una dieta inadecuada son sus principales causas. La Figura 32 muestra los resultados de los años 2003 y 2006.



	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	33,6%	Media	39,13%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	23,3%	Baja	32,49%	Media-baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 32. Porcentaje de población con sobrepeso y obesidad en las Encuestas Nacionales de Salud del 2003 y del 2006 en las distintas comunidades autónomas.
Fuente: elaboración propia a partir de ENS ediciones 2003 y 2006.

El porcentaje medio nacional de las personas que tienen una relación desequilibrada en cuanto a su peso y altura por encima de lo normal ha aumentado entre el 2003 y el 2006, lo que indica un empeoramiento del control de la masa corporal, aunque pueda parecer que el mapa de comunidades autónomas del 2006 es más favorable. De hecho, en el 2003 las regiones que más preocupan en este sentido son el Principado de Asturias y Castilla-La Mancha, bastante por encima de la media, mientras que en el 2006 preocupan Galicia, el Principado de Asturias, el País Vasco, Extremadura y la Comunidad Valenciana. No obstante, hay que tener en cuenta que las posiciones del 2006 se relativizan con respecto a una media nacional superior, con lo que la situación general tiende a empeorar realmente. En términos absolutos, el indicador porcentual ha aumentado en todas las comunidades autónomas, excepto en las Islas Baleares y en Castilla-La Mancha.

Por último, en cuanto al consumo de drogas ilegales y sus consecuencias, no resulta sencillo hallar fuentes de información que proporcionen datos comparables en el periodo 2002-2007 con detalle a nivel de comunidades autónomas, que es el de mayor interés en esta publicación. Sin embargo, ello no significa que no se estén llevando a cabo acciones de recogida e interpretación de datos, sino todo lo contrario. Pueden citarse como iniciativas más destacadas la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES), que se realiza con carácter bianual, los numerosos informes que se confeccionan con la colaboración del Ministerio del Interior y un largo elenco de estudios muy completos sobre la evolución de este problema. De todos ellos, uno de los más completos es el del Observatorio Español sobre Drogas.

BIBLIOGRAFÍA

1. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Madrid: Fundación Alternativas 2006.
2. Population and social conditions. Net migration, including corrections (base de datos en Internet). Eurostat. Comisión Europea. En *http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL* [Acceso: 20 de mayo de 2008].
3. Rodríguez-Vigil JL. Integración o desmoronamiento, la encrucijada del Sistema Nacional de Salud español. Pamplona: Thompson-Civitas 2008.

4. Segura J (coord.). La productividad en la economía española. En: La productividad en España: una perspectiva macroeconómica. Madrid: Editorial Fundación Ramón Areces 2006.
5. López-Abente G (dir.). La situación del cáncer en España 2005. Instituto de Salud Carlos III (sede web). Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Nacional de Epidemiología. En *http://www.isciii.es/htdocs/pdf/cancer-msc.pdf* [Acceso: 20 de mayo de 2008].
6. Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Benach N, Español E, Martínez JM, Daponte A. Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas en España (1987-1995). Atlas of Mortality in Small Areas in Spain (1987-1995). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra/MSD 2001.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (sede web). Informe Anual del Observatorio del Sistema Nacional de Salud del 2006. Madrid. En *http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/isns_04.htm* [Acceso: 20 de mayo de 2008].
8. Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar Castillón P, López García E, Puente Mendizábal MT, del Rey Calero J. Distribución geográfica de las enfermedades cardiovasculares en España: la mortalidad es mayor en las regiones del sur y del Mediterráneo. Cardiovascular Risk Factors 2000; 9 (5).
9. Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, García Colmenero C, del Rey Calero J. Lower consumption of wine and fish as a possible explanation for higher ischemic heart disease mortality in Spain's Mediterranean region. Int J Epidemiol 1996; 25: 1196-201.
10. Raziel: mortalidad por todas las causas (base de datos en Internet). Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. En *http://193.146.50.130./raziel.php* [Acceso: 20 de mayo de 2008].

3

La coordinación del Sistema Nacional de Salud con los servicios regionales de salud

El sistema sanitario español arranca en 1943 como Seguro Obligatorio de Enfermedad y se transforma en Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en 1963. El INSALUD se crea en 1978 como órgano gestor de la Seguridad Social. La Ley General de Sanidad, que se sanciona en 1986, crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre lo anteriormente existente, el cual dota al ciudadano del derecho a la asistencia sanitaria.

En diciembre del 2001 se aprueba una ley orgánica de financiación de las comunidades autónomas, por la cual la sanidad pierde su carácter finalista y se integra en el modelo general. Desde entonces, se viene considerando que el Estado tiene dificultades para garantizar un volumen mínimo de gasto sanitario por comunidad autónoma y para actuar como garante de la igualdad y de la cohesión territorial. Por tanto, ha desaparecido cualquier criterio discernible de necesidad sanitaria, con la consecuencia directa de renunciar a la justicia distributiva y de que todo esté condicionado al resultado de negociaciones políticas, en escenarios donde la escasez siempre imperará.

Partiendo de las indudables bondades del sistema sanitario español, es necesario un análisis crítico que señale cómo reforzar lo que de bueno tiene el sistema para posteriormente abordar los aspectos mejorables. Ésta es nuestra intención.

El SNS se ha calificado de más equitativo que eficiente, ya que da lugar a situaciones de abuso moral (uso excesivo de servicios que se ofrecen gratuitamente), más que a desigualdades injustas en el acceso a la sanidad por cuestiones de género, edad o condición socioeconómica. No debe responsabilizarse sólo al sistema sanitario de la tarea de reducir las desigualdades esenciales, pero dicho sistema sí que ayuda a redistribuir la renta y sí debe estar muy alerta para no profundizar en ellas (1).

Los déficits sanitarios han seguido apareciendo. La insuficiencia financiera en las comunidades autónomas es sistemática y las causas del crecimiento regional del gasto sanitario hay que desagregarlas en dos. Por una parte, las exógenas: demografía, estado de salud y precios de los nuevos medicamentos o tecnologías. Por otra parte, las endógenas, que son responsabilidad plena de cada región y tienen que ver con el aumento de plantillas y salarios, y con la introducción en el catálogo de prestaciones de nuevas tecnologías y estructuras.

En la práctica, se puede decir que la coordinación ha sido muy aceptable y poco impositiva, aunque poco a poco han surgido riesgos centrífugos visibles. Los problemas del SNS español son el aumento de la demanda, la financiación, el mantenimiento de la equidad en el acceso y todos los habituales de los sistemas públicos europeos. Después de años de conflictos y tensiones, se ha conseguido un sistema sanitario con los mismos elementos en crisis (igual acceso), los mismos dilemas (mejora de la calidad) y el mismo debate (sostenibilidad financiera) que tienen los demás.

Que estos elementos en crisis se afronten cooperativamente o competitivamente depende de cómo se vaya entendiendo la coordinación una vez finalizado el proceso de renovación de los nuevos estatutos de autonomía y de la articulación y contenido práctico de que se dote al Consejo Interterritorial (CI) del SNS. Son elementos alentadores los actuales pactos de coordinación entre comunidades autónomas limítrofes, como el firmado en junio del 2001 entre la Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha, el firmado en octubre del 2001 entre Castilla y León y Extremadura, el firmado en noviembre del 2007 entre Cantabria y el País Vasco, y el firmado en marzo del 2008 entre Aragón y la Comunidad Foral de Navarra.

Parece que en España la descentralización se ha tomado como un fin en sí misma, en vez de como una opción de modelo de Estado, que además de cercanía a los ciudadanos ha de demostrar que mejora la consecución de unos objetivos, en nuestro caso de salud, en una determinada región. Existe, qué duda cabe, tensión política e ideológica entre centralismo y descentralización. La pérdida de competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo frente a las comunidades autónomas y su escaso liderazgo frente a otros departamentos ministeriales, incluido el nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación, le han dejado un papel residual.

Si se resolviera estructuralmente la financiación de las comunidades autónomas, el Estado debería imponer obligaciones de gasto para las nuevas prestaciones si antes aquéllas no garantizan que pueden conseguir la correspondiente financiación para todo aquello que sea de su estricta competencia. Las comunidades autónomas se quejan del famo-

so: "Yo (Estado) invito y tú (comunidad autónoma) pagas", en materia de nuevos medicamentos; sin embargo, no tanto por lo que respecta a las nuevas tecnologías médicas, que tienen otras exigencias reguladoras más remotas. Una mayor corresponsabilidad por parte de todos sería muy saludable. No asumirla significaría que se tendría que seguir recurriendo a operaciones de salvamento de déficits crónicos, tanto los reconocidos como los ignorados.

La falta de incorporación del criterio de necesidad sanitaria a la financiación supone abordar plenamente el principio de justicia distributiva. Pocas reuniones del CI del SNS celebradas desde enero del 2002 han generado cohesión. La dinámica de "más es mejor" y la aparición de sentimientos de pertenencia poco cooperativos y más bien competitivos no han sido hasta ahora señales halagüeñas. Quizá la nueva situación de dificultad económica haga que estas reuniones sean más positivas y que se avance en la cooperación ante problemas generalmente comunes y compartidos.

El contexto actual del necesario cambio de paradigma para situar al paciente en el centro del sistema hace que se propugne desde muchas comunidades autónomas el concepto de un SNS multicéntrico, cuya coordinación sea federada, para recuperar la capacidad de aprovechar sinergias, reducir costes políticos y de transacción, y ganar por economías de escala y alcance. La coordinación interterritorial previene los efectos adversos relacionados con la diáspora informativa que inciden en las decisiones en los distintos niveles macro, meso y micro.

Actualmente, se adolece de un sistema de información suficientemente holístico para el conjunto del SNS y se carece de mecanismos efectivos de coordinación de la política de recursos humanos para el conjunto del sistema. El conocimiento cuantitativo y cualitativo de su número, distribución y análisis prospectivos ayudaría a planificar correctamente las necesidades. Las agencias de evaluación de tecnologías responden a muchas de las preguntas de investigación que les hacen sus financiadores, que generalmente son los prestadores de los servicios regionales de salud, pero en ocasiones esa fuerte vinculación administrativa les impide llegar a aspectos más esenciales.

Los sistemas informáticos de las comunidades autónomas no son todo lo armónicos que deberían ser. El desarrollo de *hardwares* y *softwares* es vertiginoso y ciertamente complejo. Hay una urgente necesidad de adecuar estándares para definir los protocolos de conectividad y comunicación que manejen los sistemas de almacenamiento, procesamiento y distribución de datos e imágenes. Sin ello, las tarjetas sanitarias sólo sirven para el territorio donde se habita. No deja de sorprender el retraso de su implantación cuando se opera con otras tarjetas que se utilizan en cualquier parte del mundo desde hace más de 20 años.

Las políticas de salud pública están parceladas, son todavía escasos los planes integrales ante los grandes problemas de salud de los españoles. Tampoco se han diseñado economías de escala en el empleo de recursos entre regiones cercanas. Las insuficiencias financieras y las garantías de igualdad en el acceso a las prestaciones en los desplazados se irán agudizando. No se dispone ni de evaluaciones ni de análisis detallados. Entidades especializadas en este tipo de análisis, como los *think tanks*, las fundaciones y los departamentos universitarios, tienen mucho trabajo por delante, que debería ser apoyado por los poderes públicos en respuesta a demandas sociales y civiles bien vertebradas, como ocurre en otros países desarrollados.

3.1. GASTO SANITARIO

El actual modelo de financiación de la sanidad presenta cambios notables respecto del periodo anterior. En primer lugar, la financiación sanitaria que se integra en el modelo general perdió su carácter finalista en el 2001. La principal consecuencia es la dificultad que desde entonces tiene el Estado para garantizar un volumen mínimo de gasto sanitario por comunidad autónoma, a pesar del acuerdo casi unánime que esta medida suscitó. La pérdida del "poder de gasto finalista" en sanidad es una cuestión excepcional en el análisis comparado de sistemas sanitarios, incluso en países de corte federalista, donde el Estado retiene bajo su control flujos financieros importantes que asigna directamente para garantizar unos mínimos de cobertura y prestaciones, y controlar en determinados límites las desigualdades sanitarias.

En segundo lugar, ha desaparecido cualquier criterio discernible de necesidad sanitaria, lo que supone renunciar a cualquier principio ético de justicia distributiva por discutible que sea y condicionar todo al resultado de las negociaciones. En este sentido, la II Conferencia de Presidentes es el último episodio de una historia recurrente de saneamientos financieros. El acuerdo supuso destinar a las comunidades autónomas 1.677 y 1.777 millones de euros en los años 2006 y 2007, respectivamente, repartidos en diversos fondos, el incremento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco, y una mayor capacidad normativa de las comunidades en los impuestos indirectos sobre hidrocarburos, matriculación de vehículos y electricidad.

Nada garantiza, sin embargo, que este incremento de recursos se destine a la sanidad, dada la incapacidad del Estado para obligar a ello a las comunidades autónomas. Cada una puede gastar esos recursos en lo que estime más conveniente y favorecer, por ejemplo, reducciones fiscales atractivas desde el punto de vista electoral, o bien derivar total o parcialmente los nuevos recursos a otros servicios públicos (2).

Los servicios de salud autonómicos ejecutan entre el 35% y el 40% del gasto total que las comunidades autónomas presupuestan y gastan. La disparidad del gasto público por habitante entre las comunidades forales, que tienen un presupuesto propio del que se benefician exclusivamente sus habitantes, y las demás hace difícil la solidaridad interterritorial.

La posibilidad de que en el futuro se mantengan de forma constante las tasas de crecimiento de los ingresos públicos tan altas como las actuales, o como las que han existido en el pasado más cercano, es algo difícil de creer por la nueva coyuntura económica de España.

En el último trimestre del 2008 se pretende contar con el nuevo modelo de financiación consensuado por todas las comunidades autónomas. Ante la perspectiva de menos ingresos tributarios como consecuencia del ciclo económico recesivo, el curso de la negociación se antoja plagado de dificultades. Previsiblemente acabará prevaleciendo el principio de solidaridad, es decir, igual acceso para todos los servicios públicos fundamentales. Los representantes políticos conocen bien que la

ciudadanía española es poco proclive a desagravios y a renunciar a los logros conseguidos. La redistribución de la nivelación territorial del gasto público para hacerlo más justo y equitativo supone distribuirlo en función de la población, lo cual sólo obligaría a las comunidades autónomas de régimen general.

Al contrario que España, casi todos los países desarrollados asignan sus presupuestos basándose en funciones (hospitales, Atención Primaria, atención domiciliaria) y ajustan el denominador "población" en el que se basa el reparto. Los Gobiernos centrales conservan, pues, bastante capacidad de acción sobre la política sanitaria de las regiones y suelen reservarse una especie de "derecho fáctico de veto" sobre los sistemas regionales de salud mediante el carácter condicionado de las transferencias de los fondos para la sanidad. Incluso Canadá, país de clara vocación federal y descentralizadora, lo hace. En España la descentralización ha sido más radical. La financiación territorial de la sanidad es incondicionada, y el papel del Gobierno central para definir objetivos de política sanitaria de ámbito nacional, incluyendo metas de equidad, se ha ido desvaneciendo (3).

Según un estudio econométrico reciente de Costa-Font y Pons-Novell, con datos del periodo 1992-1998, existe evidencia empírica de que con la descentralización el gasto sanitario público en España ha aumentado, de que las regiones más ricas gastan más per cápita, las forales más que las de régimen común, y de que el gasto público depende positivamente de la disponibilidad de *inputs*, pero no de la estructura etaria o del envejecimiento de la población (4). Otro resultado relevante de ese estudio es que se produce una intensa interacción espacial. Esto es, el gasto sanitario público de una región está influido por el gasto de las regiones limítrofes. Una de las causas de este "contagio" puede ser la emulación de las políticas y de las negociaciones de convenios colectivos. Parece haberse iniciado una carrera emulativa en la que se buscan las máximas cotas de autogobierno, más recursos y más competencias.

Por su parte, el Fondo de Cohesión Sanitaria parece insuficiente si su objetivo es actuar como un mecanismo efectivo de cohesión y corrección de las desigualdades en el SNS. La multiplicidad de objetivos establecida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del

Sistema Nacional de Salud, complica la gestión, y la dotación presupuestaria anual queda al albur del proceso anual de negociación presupuestaria, por lo que es previsible que el volumen de fondos para corregir desigualdades y fortalecer la cohesión del SNS sea escaso (5).

En España gustan los "experimentos naturales" y no el análisis de las nuevas iniciativas que se ponen en marcha. La descentralización sanitaria efectuada a nivel macro y los estudios recientes sugieren que la evidencia empírica sobre los efectos de los *inputs* y la actividad en los resultados es todavía muy escasa. A nivel meso, las comunidades autónomas ponen en marcha nuevos recursos con modalidades diferentes. La Comunidad Valenciana opta por la concesión administrativa; la Comunidad de Madrid, por la fórmula de colaboración público-privada (PPP); y el Principado de Asturias y Castilla-La Mancha, por la empresa pública.

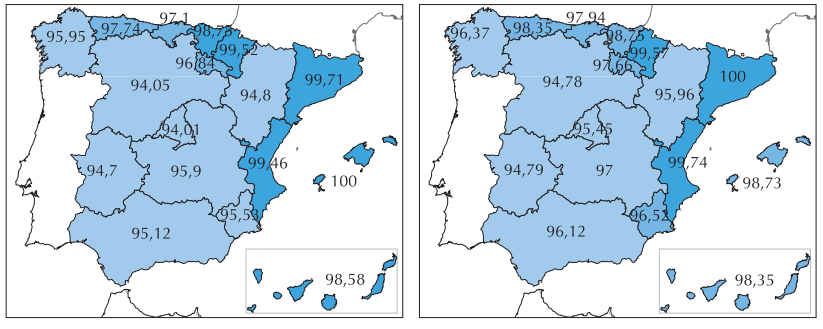
No parece adecuado emplear el nivel de gasto público en sanidad per cápita como indicador de equidad territorial, ya que los niveles de salud de las comunidades autónomas no concuerdan con los criterios de ordenación según el gasto sanitario (3). Las diferencias interregionales en variables contextuales son tan importantes en España que anulan la capacidad predictiva del gasto sobre la salud: niveles de precios de los factores productivos, eficiencia de gestión de los recursos para la salud, grado de necesidad sanitaria, etc. En España el nivel de desigualdad territorial en parámetros como gasto sanitario, cobertura aseguradora, acceso, utilización y salud es moderado en comparación con el de otros países del entorno. Aunque no existe una evidencia científica concluyente, es posible que las desigualdades intracomunitarias sean tanto o más acusadas que las desigualdades intercomunitarias. No obstante, a raíz de la descentralización sanitaria se ha iniciado una tendencia a aumentar las desigualdades entre comunidades autónomas, así como a reducir las desigualdades internas entre áreas y zonas de salud.

Se podría mejorar la gestión de cada enfermedad como una "unidad de producción" si se pudiese explicar a los clínicos sin generar en ellos controversia ni animadversión a este enfoque nuevo. Esto permitiría establecer objetivos y medir resultados respecto a las enfermedades más graves y discriminar positivamente a los que las sufren.

Dado que el gasto sanitario es una partida que se distribuye principalmente en función de la población protegida de cada comunidad autónoma, se presenta una comparación de la evolución de dicha población entre los años 2002 y 2005.

Los mapas de la Figura 1 muestran un gran equilibrio de distribución respecto a la media; la posición relativa de casi todas las comunidades autónomas (incluyendo Ceuta y Melilla como ciudades autónomas) no ha variado en cuanto a la proporción de población protegida que aglutinan. Las que muestran porcentajes más elevados son la Comunidad Foral de Navarra, Cataluña y la Comunidad Valenciana. Tanto las Islas Baleares como Canarias presentan ese mismo grado en el 2002 y pasan, en cambio, a un porcentaje medio-alto en el 2005. Los porcentajes más bajos los ofrecen Ceuta y Melilla, siempre por este orden. En general, el porcentaje de población protegida en España es medio-alto.

A pesar de que la intensidad de las proporciones se mantiene casi inalterable, se producen cambios internos en cuanto a la proporción y cuantía de la población protegida. Cabe destacar que en España, consi-



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	96,71%	Media-alta	97,42%	Media-alta
Total sobre la población de Ceuta	84,52%	Media-baja	84,33%	Media-baja
Total sobre la población de Melilla	82,08%	Baja	76,3%	Baja
PR = posición relativa.				

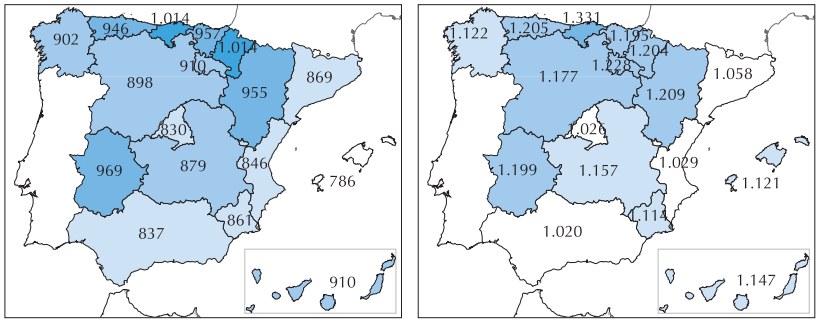
FIGURA 1. Porcentaje de población protegida en las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

derada globalmente, el porcentaje aumenta; también lo hace en todas las comunidades, excepto en las Islas Baleares, Canarias, muy poco en Ceuta y más acusadamente en Melilla. La causa es, posiblemente, el aumento de la inmigración.

Así, desde el 2005 la población ha sufrido diversos cambios, bastante influidos por el fenómeno de la inmigración, cuyo impacto en la sanidad y su financiación comienza a ser una realidad y genera nuevos retos legislativos, por cuanto hay que concertar la financiación de los servicios dispensados a estos colectivos de diversas procedencias y necesidades.

A continuación, se presenta una comparación del gasto medio sanitario en euros por persona protegida, es decir, en relación con la población cuya distribución se muestra en la Figura 2 en las diferentes comunidades autónomas, también en los años 2002 y 2005.

El gasto total se divide en diversas partidas, acerca de las cuales se presentan seguidamente los mapas comparativos de situación respecto a las medias del 2002 y del 2005.

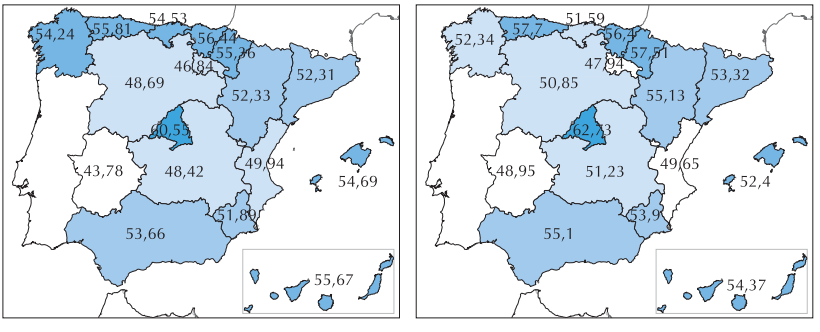


	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	876	Media	1.091	Media
Total sobre la población de Ceuta	909	Media	1.182	Media
Total sobre la población de Melilla	1.049	Alta	1.465	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 2. Gasto sanitario medio total en euros por persona protegida por el SNS en las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

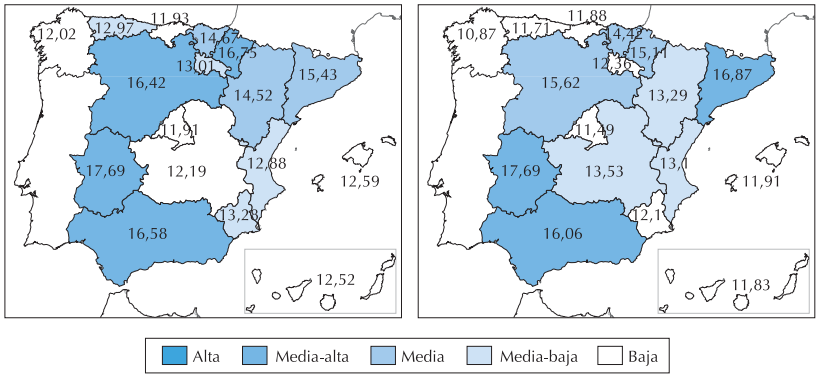
En primer lugar, se determina el porcentaje del gasto total en sanidad que representa el gasto en servicios hospitalarios y especializados sobre el total del gasto sanitario en cada comunidad autónoma (Figura 3). La situación relativa permanece estable en muchas comunidades y disminuye en Galicia, Cantabria, la Comunidad Valenciana, las Islas Baleares, Ceuta, Melilla, el País Vasco y Canarias. Con todo, hay que tener en cuenta que la media española del 2005 es un punto porcentual superior a la del 2002.

Seguidamente, se compara el porcentaje de gasto que representó la Atención Primaria sobre el gasto sanitario total de cada comunidad autónoma (Figura 4). Los cambios más significativos son: el aumento de la proporción en Cataluña por encima de la media; el aumento más discreto que los anteriores que se produce en Castilla-La Mancha y en la Comunidad Valenciana; la disminución con respecto a la media del Principado de Asturias, Castilla y León, la Comunidad Foral de Navarra, Aragón, La Rioja y la Región de Murcia. Las comunidades insulares permanecen estables y bastante por debajo de la media. También permanecen estables Ceuta y Melilla, pero por encima de la me dia. Por último, cabe señalar que la proporción media española de gasto destinado a Atención Primaria es inferior en el año 2005 respecto del año 2002.



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	53,39%	Media	54,39%	Media
Total sobre la población de Ceuta	58,99%	Alta	58,65%	Media-alta
Total sobre la población de Melilla	54,68%	Media-alta	53,78%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 3. Porcentaje de gasto en servicios hospitalarios y especializados sobre el total del gasto sanitario de las comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.



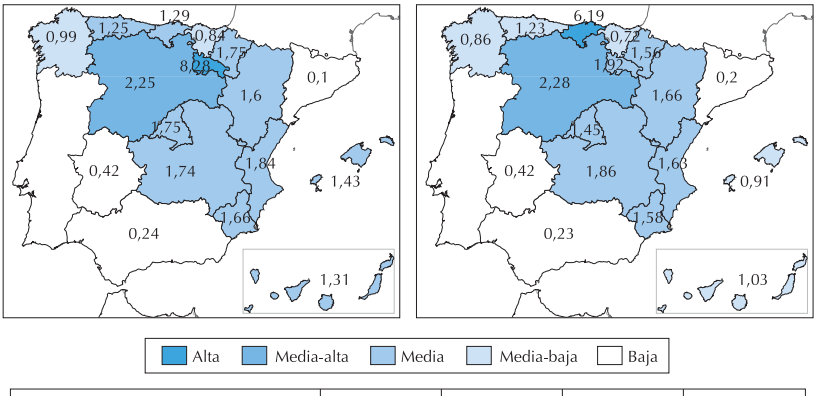
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	14,22%	Media	14,09%	Media
Total sobre la población de Ceuta	17,94%	Media-alta	17,83%	Media-alta
Total sobre la población de Melilla	26,59%	Alta	25,83%	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 4. Porcentaje de gasto en Atención Primaria sobre el total del gasto sanitario de cada comunidad autónoma en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cuanto a los gastos en servicios de salud pública (Figura 5), su porcentaje medio disminuye entre el 2002 y el 2005, si bien la posición relativa de muchas comunidades autónomas permanece estable. Los cambios más significativos son: el aumento del porcentaje en dicha partida en Cantabria y Extremadura, y las disminuciones registradas en el Principado de Asturias, La Rioja, las Islas Baleares y Canarias.

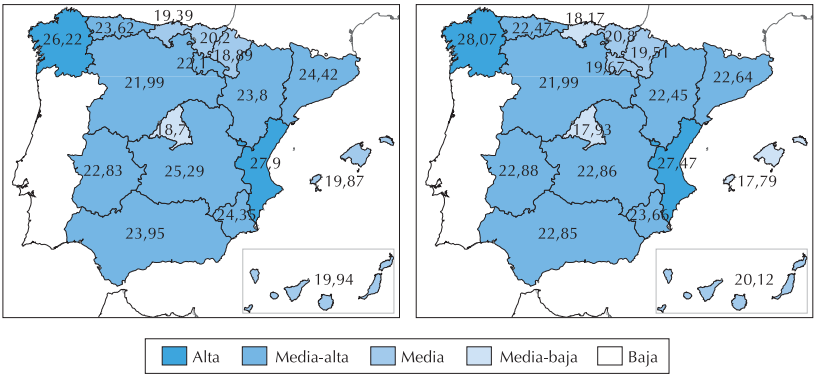
Una de las partidas que aglutina mayor porcentaje de gasto en casi todas las comunidades autónomas es la destinada a Farmacia (recetas) (Figura 6). La dispensación de recetas que dan lugar a dicho gasto se mantiene en posiciones relativas similares, salvo en la Comunidad de Madrid, Cantabria y las Islas Baleares, donde desciende un tanto. La media nacional es inferior en el 2005.

A partir de los datos de la Tabla I, y sin dejar de tener en cuenta que se trata de estimaciones a partir de una compleja y no siempre representativa encuesta en cuanto al ámbito de cada comunidad autónoma, es evidente que las regiones en las que se registra una mayor proporción de gasto en servicios privados de seguros de enfermedad son Catalu-



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	1,17%	Media	1,08%	Media
Total sobre la población de Ceuta	0,5%	Media-baja	1,1%	Media-baja
Total sobre la población de Melilla	-	-	0,08%	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 5. Porcentaje de gasto en servicios de salud pública sobre el total del gasto sanitario de cada comunidad autónoma en los años 2002 y 2005 (en el año 2002 no se dispone de datos de Melilla).
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	23,22%	Media	22,42%	Media
Total sobre la población de Ceuta	16,36%	Media-baja	17,05%	Media-baja
Total sobre la población de Melilla	11,63%	Baja	12,39%	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 6. Porcentaje de gasto en Farmacia sobre el total del gasto sanitario de cada comunidad autónoma en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla I. Gasto en servicios privados de seguros de enfermedad en los años 2002 y 2005 (EPF)

Comunidad autónoma	Total 2002 (€)	% 2002	Total 2005 (€)	% 2005
España	1.595.985.909	100	2.266.923.080	100
Andalucía	96.408.914	6,04	226.175.569	9,98
Aragón	40.580.203	2,54	46.171.003	2,04
Principado de Asturias	17.666.366	1,11	11.351.017	0,5
Islas Baleares	10.023.0051	6,28	165.301.257	7,29
Canarias	15.442.724	0,97	47.217.285	2,08
Cantabria	14.415.969	0,9	19.595.507	0,86
Castilla y León	30.225.372	1,89	48.278.372	2,13
Castilla-La Mancha	27.739.623	1,74	33.993.917	1,5
Cataluña	616.449.233	38,62	828.961.581	36,57
Comunidad Valenciana	94.798.314	5,94	112.231.790	4,95
Extremadura	7.611.600	0,48	4.641.816	0,2
Galicia	36.818.937	2,31	37.421.259	1,65
Comunidad de Madrid	388.040.067	24,31	548.444.898	24,19
Región de Murcia	13.804.667	0,86	20.417.206	0,9
Comunidad Foral de Navarra	1.512.002	0,09	3.432.880	0,15
País Vasco	87.253.257	5,47	108.346.818	4,78
La Rioja	5.653.880	0,35	2.874.982	0,13
Ceuta y Melilla	1.334.728	0,08	2.065.022	0,09

ña, la Comunidad de Madrid y Andalucía, resultado lógico y esperable si se compara con sus respectivas poblaciones.

No obstante, los datos evidencian que Cataluña y la Comunidad de Madrid, a pesar de tener una población inferior a la de Andalucía, tienen mucho más arraigado el recurso al seguro sanitario privado que Andalucía y que, por descontado, el resto de las comunidades autónomas. Al observar las diferencias que se producen entre los dos años comparados, se aprecia un incremento de proporción en Andalucía con respecto al total español (100%), mientras que Cataluña y la Comunidad de Madrid acusan el correspondiente descenso en términos relativos. También destaca el incremento en las Islas Baleares, Canarias y Castilla y León, y se producen llamativas disminuciones en el Principado de Asturias, Extremadura y La Rioja.

3.1.1. Proyección del gasto sanitario (2006-2017)

Existen diversos trabajos que han estimado el patrón de gasto sanitario por edad, para lo cual han realizado diferentes supuestos e imputaciones. Para el conjunto de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) destaca el trabajo de Jaboxine (6). A nivel español destacan el trabajo realizado por Ahn *et al.* (7) y el informe para el estudio del gasto sanitario editado por el Instituto de Estudios Fiscales (IEF) (8).

Otros trabajos ya han considerado la variable edad. Así, en el estudio citado de Ahn *et al.* (7) los autores utilizan una metodología para el conjunto nacional en la que están explícitamente representadas las dos dimensiones demográficas que interesan: el tamaño de la población y el envejecimiento, dado por la estructura de edades. Otros estudios proponen un índice sintético de utilización de diversos servicios sanitarios por grupos de edad, cuya estructura, posteriormente, se aplica al gasto sanitario total de un año base (9, 10). Por su parte, el trabajo del IEF estima los distintos servicios de atención sanitaria que perciben los pacientes en función de su edad (8). De esta forma, se cuantifican de forma detallada algunos de los factores claves en la evolución del gasto sanitario total (la población total, su estructura de edad, la prevalencia de determinadas patologías según la edad, el coste unitario de los procesos, etc.).

A nivel de las comunidades autónomas, es meritorio el modelo de estimación de gasto sanitario por edades para el periodo 2006-2017 realizado por la Fundación Gaspar Casal y el Instituto Max Weber (11). Este simulador de gasto sanitario obtenido a partir de las proyecciones de población efectuadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) supone una primera estimación del gasto total por comunidad autónoma y pone el énfasis en los factores demográficos (el tamaño de la población y su composición por edades o estructura de edad). En este trabajo se ha seguido la metodología empleada en el informe del IEF. De esta forma, los datos de base de la población son los del Padrón del INE a 1 de enero de 2005.

El simulador estima los perfiles de los dos tipos de gasto sanitario: privado y público. Además, no sólo se obtiene una estimación de los grandes agregados de gasto sanitario, sino que también se obtienen perfiles en razón de la clasificación funcional del mismo. Por ello, se pueden establecer proyecciones del gasto sanitario en función de los siguientes aspectos:

- Evolución de la población por edad y sexo.
- Cambio en el peso de los componentes funcionales del gasto sanitario.
- Crecimiento acumulado de cada una de las partidas en función de la tasa media de crecimiento anual del periodo 1995-2005.

Se ha considerado un primer escenario en el cual las entradas netas de extranjeros en España evolucionan según la tendencia más reciente hasta el año 2010, año a partir del cual se mantienen constantes. El total de las entradas en España durante el periodo 2007-2017 se eleva a 14,6 millones de personas.

Un segundo escenario, que supone a medio plazo una disminución mayor de las entradas netas, se ha establecido de acuerdo con Eurostat. Las entradas netas de extranjeros son las mismas que en el escenario 1 para el periodo 2002-2006 y, a partir de este último año, la tendencia decreciente de las entradas de extranjeros hasta el año 2010 las sitúa en torno a las 100.000 anuales para el periodo 2007-2017, por lo que el total de las entradas durante este periodo es de unos 5,8 millones de personas.

Los resultados de la estimación para los diferentes componentes del gasto sanitario total se encuentran en las Tablas II-V, en las que se utiliza el escenario de población 2.

Los datos de las Tablas II-V y de las Figuras 7-9 ponen de manifiesto un fuerte aumento del gasto sanitario total, que pasa de 67.612 millones de euros en el 2006 a 119.658 millones de euros en el 2012 y a 190.967 millones de euros en el 2017.

El gasto público pasa de 55.130 millones de euros en el 2006 a 156.237 millones de euros en el 2017, mientras que el privado pasa de 12.482 millones de euros a 34.731 millones de euros. Estos datos suponen una tasa de variación acumulada media del 2006 al 2017 del gasto sanitario público del 9,07% anual, mientras que la del gasto sanitario privado es del 8,9%.

Las comunidades autónomas que más incrementan el gasto sanitario son Cataluña, la Comunidad de Madrid, Andalucía, la Comunidad Valenciana y el País Vasco. Las que menos incrementan el gasto son el Principado de Asturias, Cantabria, Extremadura y Castilla y León.

Tabla II. Proyecciones del gasto sanitario total (2006-2017)

		2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	Gasto sanitario público	8.903.338	9.752.849	10.664.534	11.654.360	12.736.593
	Gasto sanitario privado	1.916.350	2.109.475	2.317.836	2.546.994	2.799.369
	Gasto sanitario total	10.819.674	11.862.295	12.982.323	14.201.282	15.535.862
Aragón	Gasto sanitario público	1.732.084	1.902.900	2.085.119	2.283.636	2.501.165
	Gasto sanitario privado	328.498	363.470	400.986	442.459	488.402
	Gasto sanitario total	2.060.574	2.266.353	2.486.077	2.726.054	2.989.508
Principado	Gasto sanitario público	1.467.752	1.586.771	1.714.094	1.851.616	2.001.506
de Asturias	Gasto sanitario privado	250.055	272.492	296.349	322.161	350.113
	Gasto sanitario total	1.717.796	1.859.241	2.010.410	2.173.730	2.351.560
Islas Baleares	Gasto sanitario público	1.416.991	1.658.707	1.932.766	2.253.314	2.629.893
	Gasto sanitario privado	425.626	489.184	560.048	641.781	736.478
	Gasto sanitario total	1.842.484	2.147.585	2.492.292	2.894.302	3.365.236
Canarias	Gasto sanitario público	2.672.353	3.012.014	3.380.527	3.789.989	4.243.844
	Gasto sanitario privado	629.975	709.608	795.745	891.627	998.394
	Gasto sanitario total	3.302.327	3.721.620	4.176.269	4.681.611	5.242.232
Cantabria	Gasto sanitario público	914.296	1.038.105	1.179.337	1.342.595	1.532.859
	Gasto sanitario privado	158.511	178.284	200.467	225.831	254.950
	Gasto sanitario total	1.072.792	1.216.355	1.379.742	1.568.330	1.787.669
Castilla-	Gasto sanitario público	2.619.410	2.953.119	3.323.395	3.738.779	4.208.303
La Mancha	Gasto sanitario privado	334.595	362.282	391.239	422.747	456.881
	Gasto sanitario total	2.953.409	3.314.085	3.712.444	4.158.312	4.660.750
Castilla y León	Gasto sanitario público	3.310.301	3.629.727	3.975.198	4.353.750	4.769.780
	Gasto sanitario privado	524.725	571.146	620.187	673.073	730.024
	Gasto sanitario total	3.835.000	4.200.808	4.595.270	5.026.645	5.499.548
Cataluña	Gasto sanitario público	8.646.698	9.550.664	10.521.931	11.601.717	12.819.752
	Gasto sanitario privado	2.714.442	3.019.964	3.342.198	3.695.692	4.084.112
	Gasto sanitario total	11.360.985	12.570.321	13.863.698	15.296.868	16.903.264
Comunidad	Gasto sanitario público	5.800.512	6.545.560	7.353.017	8.248.501	9.250.775
Valenciana	Gasto sanitario privado	1.382.596	1.551.875	1.732.252	1.932.280	2.154.372
	Gasto sanitario total	7.183.070	8.097.346	9.085.109	10.180.542	11.404.811
Extremadura	Gasto sanitario público	1.456.741	1.597.283	1.749.278	1.914.831	2.096.200
	Gasto sanitario privado	121.167	124.303	127.246	130.166	133.064
	Gasto sanitario total	1.577.348	1.720.391	1.874.611	2.042.284	2.225.653

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
13.921.183	15.218.153	16.637.785	18.185.292	19.881.688	21.740.274	23.773.610
3.078.431	3.387.765	3.730.441	4.110.421	4.533.629	5.003.976	5.526.339
16.999.477	18.605.737	20.367.990	22.295.409	24.414.929	26.743.761	29.299.336
2.740.025	3.003.492	3.293.840	3.611.690	3.960.300	4.342.571	4.760.408
539.572	596.893	661.168	733.072	813.825	904.430	1.006.144
3.279.518	3.600.280	3.954.871	4.344.584	4.773.897	5.246.710	5.766.183
2.165.338	2.344.463	2.540.083	2.751.991	2.981.382	3.229.644	3.497.333
380.671	414.196	451.048	491.456	535.959	584.792	638.311
2.545.935	2.758.570	2.991.023	3.243.316	3.517.182	3.814.243	4.135.409
3.074.029	3.599.997	4.223.659	4.964.741	5.847.791	6.903.749	8.168.142
846.488	974.676	1.124.014	1.298.136	1.501.330	1.738.849	2.015.437
3.918.953	4.572.565	5.344.875	6.259.207	7.344.339	8.636.394	10.175.546
4.747.200	5.306.592	5.928.051	6.618.602	7.387.296	8.243.313	9.195.996
1.117.599	1.251.012	1.400.416	1.567.746	1.756.031	1.966.717	2.202.236
5.864.794	6.557.603	7.328.470	8.186.361	9.143.355	10.210.076	11.398.300
1.755.481	2.017.176	2.325.517	2.688.713	3.117.712	3.625.482	4.227.380
288.580	327.579	373.011	425.865	487.655	560.059	644.711
2.043.864	2.344.486	2.698.169	3.114.106	3.604.754	4.184.752	4.871.083
4.740.863	5.348.162	6.042.109	6.832.653	7.737.170	8.771.555	9.951.277
494.040	534.863	579.829	628.982	683.130	742.537	807.388
5.229.017	5.875.417	6.612.291	7.449.573	8.405.387	9.495.810	10.736.414
5.229.184	5.738.406	6.303.263	6.926.713	7.616.836	8.379.072	9.217.403
791.853	859.208	932.696	1.012.427	1.099.384	1.193.862	1.295.756
6.020.685	6.597.146	7.235.353	7.938.370	8.715.256	9.571.744	10.511.704
14.206.555	15.803.544	17.658.581	19.830.740	22.415.526	25.535.064	29.351.889
4.512.114	4.985.965	5.510.931	6.090.267	6.732.423	7.443.488	8.228.005
18.718.090	20.789.072	23.169.398	25.921.491	29.149.438	32.981.652	37.585.496
10.373.825	11.635.583	13.051.757	14.638.230	16.417.684	18.414.411	20.649.673
2.401.538	2.677.716	2.986.924	3.331.785	3.718.164	4.150.503	4.633.525
12.774.909	14.312.703	16.037.922	17.969.066	20.134.682	22.563.499	25.281.499
2.296.092	2.517.349	2.762.579	3.034.094	3.337.314	3.675.037	4.050.198
136.018	139.103	142.313	145.625	149.099	152.651	156.188
2.427.492	2.650.708	2.897.886	3.171.298	3.476.398	3.815.876	4.192.549

Tabla II. Proyecciones del gasto sanitario total (2006-2017) (continuación)

		2006	2007	2008	2009	2010
Galicia	Gasto sanitario público	3.442.828	3.738.070	4.054.905	4.397.668	4.770.965
	Gasto sanitario privado	589.684	635.288	683.270	734.924	790.728
	Gasto sanitario total	4.032.481	4.373.288	4.738.058	5.132.422	5.561.461
Comunidad de Madrid	Gasto sanitario público	6.917.370	7.692.632	8.507.986	9.395.037	10.367.647
	Gasto sanitario privado	2.001.615	2.206.208	2.418.705	2.650.822	2.905.066
	Gasto sanitario total	8.918.848	9.898.545	10.926.213	12.045.186	13.271.826
Región de Murcia	Gasto sanitario público	1.771.180	2.012.858	2.276.892	2.572.469	2.905.465
	Gasto sanitario privado	289.346	324.317	361.861	403.921	451.169
	Gasto sanitario total	2.060.455	2.337.021	2.638.499	2.976.023	3.356.139
Comunidad Foral de Navarra	Gasto sanitario público	823.232	900.241	982.083	1.071.184	1.168.625
	Gasto sanitario privado	182.712	205.514	231.269	261.035	295.449
	Gasto sanitario total	1.005.859	1.105.553	1.212.998	1.331.666	1.463.268
País Vasco	Gasto sanitario público	2.916.023	3.170.867	3.445.321	3.741.954	4.064.771
	Gasto sanitario privado	549.644	589.708	631.845	676.893	725.087
	Gasto sanitario total	3.465.591	3.760.409	4.076.893	4.418.452	4.789.322
La Rioja	Gasto sanitario público	455.587	523.424	601.809	695.209	808.039
	Gasto sanitario privado	112.281	132.165	154.866	181.392	212.462
	Gasto sanitario total	567.801	655.445	756.449	876.287	1.020.102
Ceuta y Melilla	Gasto sanitario público	176.579	195.058	215.234	237.068	261.249
	Gasto sanitario privado	41.826	44.868	48.072	51.461	55.084
	Gasto sanitario total	218.372	239.853	263.188	288.360	316.103
España	Gasto sanitario público	55.130.703	60.882.316	67.012.899	73.685.408	80.996.334
	Gasto sanitario privado	12.482.282	13.753.973	15.095.672	16.558.100	18.154.041
	Gasto sanitario total	67.612.902	74.636.093	82.108.209	90.242.972	99.149.628

Unidad de medida: miles de euros.

Fuente: simulador de gasto sanitario.

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5.177.395	5.621.615	6.107.129	6.635.045	7.208.517	7.833.035	8.509.328
851.726	918.932	993.165	1.075.148	1.165.984	1.266.468	1.377.429
6.028.824	6.540.183	7.099.862	7.709.696	8.373.946	9.098.895	9.886.109
11.435.006	12.608.580	13.895.571	15.302.731	16.843.457	18.530.210	20.373.975
3.184.500	3.493.011	3.834.171	4.209.875	4.625.861	5.086.352	5.595.385
14.618.387	16.100.225	17.728.127	19.510.737	21.467.205	23.614.216	25.966.803
3.281.899	3.708.600	4.191.921	4.737.348	5.354.351	6.052.839	6.842.800
504.523	564.880	633.498	711.176	799.321	899.643	1.013.967
3.785.781	4.272.671	4.824.425	5.447.324	6.152.244	6.950.804	7.854.820
1.275.318	1.392.253	1.520.389	1.659.637	1.811.362	1.976.323	2.155.988
335.445	381.999	436.227	499.240	572.478	657.320	755.853
1.609.636	1.772.722	1.954.582	2.156.219	2.380.415	2.629.284	2.906.349
4.415.890	4.797.390	5.211.184	5.657.574	6.139.427	6.659.475	7.219.232
776.898	832.703	892.902	957.507	1.027.367	1.102.581	1.183.290
5.192.093	5.629.221	6.103.017	6.613.797	7.165.278	7.760.288	8.400.481
945.640	1.114.877	1.324.753	1.586.096	1.913.986	2.327.769	2.852.519
249.099	292.430	343.804	404.405	476.153	560.904	660.778
1.194.262	1.406.772	1.667.997	1.989.982	2.389.763	2.888.597	3.513.761
287.754	316.746	348.403	383.124	421.020	462.438	507.846
58.932	63.013	67.346	71.955	76.864	82.070	87.607
346.385	379.378	415.278	454.504	497.193	543.686	594.484
89.016.697	97.833.178	107.513.332	118.093.776	129.686.050	142.379.683	156.237.615
19.902.718	21.826.124	23.943.497	26.266.887	28.827.587	31.643.646	34.731.835
108.918.427	119.658.055	131.455.315	144.358.889	158.511.629	174.021.106	190.967.038

Tabla III. Proyecciones del gasto sanitario público (2006-2017)

Comunidad autónoma	2006	2009	2012	2015	2017
Andalucía	8.903.338	11.654.360	15.218.153	19.881.688	23.773.610
Aragón	1.732.084	2.283.636	3.003.492	3.960.300	4.760.408
Principado de Asturias	1.467.752	1.851.616	2.344.463	2.981.382	3.497.333
Islas Baleares	1.416.991	2.253.314	3.599.997	5.847.791	8.168.142
Canarias	2.672.353	3.789.989	5.306.592	7.387.296	9.195.996
Cantabria	914.296	1.342.595	2.017.176	3.117.712	4.227.380
Castilla-La Mancha	2.619.410	3.738.779	5.348.162	7.737.170	9.951.277
Castilla y León	3.310.301	4.353.750	5.738.406	7.616.836	9.217.403
Cataluña	8.646.698	11.601.717	15.803.544	22.415.526	29.351.889
Comunidad Valenciana	5.800.512	8.248.501	11.635.583	16.417.684	20.649.673
Extremadura	1.456.741	1.914.831	2.517.349	3.337.314	4.050.198
Galicia	3.442.828	4.397.668	5.621.615	7.208.517	8.509.328
Comunidad de Madrid	6.917.370	9.395.037	12.608.580	16.843.457	20.373.975
Región de Murcia	1.771.180	2.572.469	3.708.600	5.354.351	6.842.800
Comunidad Foral de Navarra	823.232	1.071.184	1.392.253	1.811.362	2.155.988
País Vasco	2.916.023	3.741.954	4.797.390	6.139.427	7.219.232
La Rioja	455.587	695.209	1.114.877	1.913.986	2.852.519
Ceuta y Melilla	176.579	237.068	316.746	421.020	507.846
España	55.130.703	73.685.408	97.833.178	129.686.050	156.237.615

Unidad de medida: miles de euros.

Fuente: simulador de gasto sanitario.

Tabla IV. Proyecciones del gasto sanitario privado (2006-2017)

Comunidad autónoma	2006	2009	2012	2015	2017
Andalucía	1.916.350	2.546.994	3.387.765	4.533.629	5.526.339
Aragón	328.498	442.459	596.893	813.825	1.006.144
Principado de Asturias	250.055	322.161	414.196	535.959	638.311
Islas Baleares	425.626	641.781	974.676	1.501.330	2.015.437
Canarias	629.975	891.627	1.251.012	1.756.031	2.202.236
Cantabria	158.511	225.831	327.579	487.655	644.711
Castilla-La Mancha	334.595	422.747	534.863	683.130	807.388
Castilla y León	524.725	673.073	859.208	1.099.384	1.295.756
Cataluña	2.714.442	3.695.692	4.985.965	6.732.423	8.228.005
Comunidad Valenciana	1.382.596	1.932.280	2.677.716	3.718.164	4.633.525
Extremadura	121.167	130.166	139.103	149.099	156.188
Galicia	589.684	734.924	918.932	1.165.984	1.377.429
Comunidad de Madrid	2.001.615	2.650.822	3.493.011	4.625.861	5.595.385
Región de Murcia	289.346	403.921	564.880	799.321	1.013.967
Comunidad Foral de Navarra	182.712	261.035	381.999	572.478	755.853
País Vasco	549.644	676.893	832.703	1.027.367	1.183.290
La Rioja	112.281	181.392	292.430	476.153	660.778
Ceuta y Melilla	41.826	51.461	63.013	76.864	87.607
España	12.482.282	16.558.100	21.826.124	28.827.587	34.731.835

Unidad de medida: miles de euros.

Fuente: simulador de gasto sanitario.

Tabla V. Proyecciones del gasto sanitario total (2006-2017)

Comunidad autónoma	2006	2009	2012	2015	2017
Andalucía	10.819.674	14.201.282	18.605.737	24.414.929	29.299.336
Aragón	2.060.574	2.726.054	3.600.280	4.773.897	5.766.183
Principado de Asturias	1.717.796	2.173.730	2.758.570	3.517.182	4.135.409
Islas Baleares	1.842.484	2.894.302	4.572.565	7.344.339	10.175.546
Canarias	3.302.327	4.681.611	6.557.603	9.143.355	11.398.300
Cantabria	1.072.792	1.568.330	2.344.486	3.604.754	4.871.083
Castilla-La Mancha	2.953.409	4.158.312	5.875.417	8.405.387	10.736.414
Castilla y León	3.835.000	5.026.645	6.597.146	8.715.256	10.511.704
Cataluña	11.360.985	15.296.868	20.789.072	29.149.438	37.585.496
Comunidad Valenciana	7.183.070	10.180.542	14.312.703	20.134.682	25.281.499
Extremadura	1.577.348	2.042.284	2.650.708	3.476.398	4.192.549
Galicia	4.032.481	5.132.422	6.540.183	8.373.946	9.886.109
Comunidad de Madrid	8.918.848	12.045.186	16.100.225	21.467.205	25.966.803
Región de Murcia	2.060.455	2.976.023	4.272.671	6.152.244	7.854.820
Comunidad Foral de Navarra	1.005.859	1.331.666	1.772.722	2.380.415	2.906.349
País Vasco	3.465.591	4.418.452	5.629.221	7.165.278	8.400.481
La Rioja	567.801	876.287	1.406.772	2.389.763	3.513.761
Ceuta y Melilla	218.372	288.360	379.378	497.193	594.484
España	67.612.902	90.242.972	119.658.055	158.511.629	190.967.038

Unidad de medida: miles de euros.

Fuente: simulador de gasto sanitario.

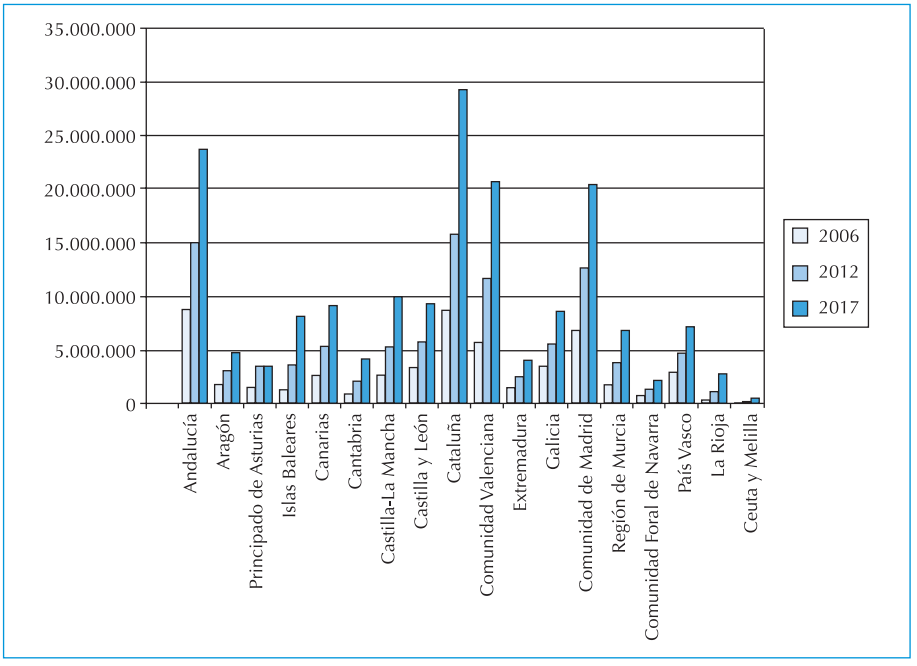


FIGURA 7. El gasto sanitario público.

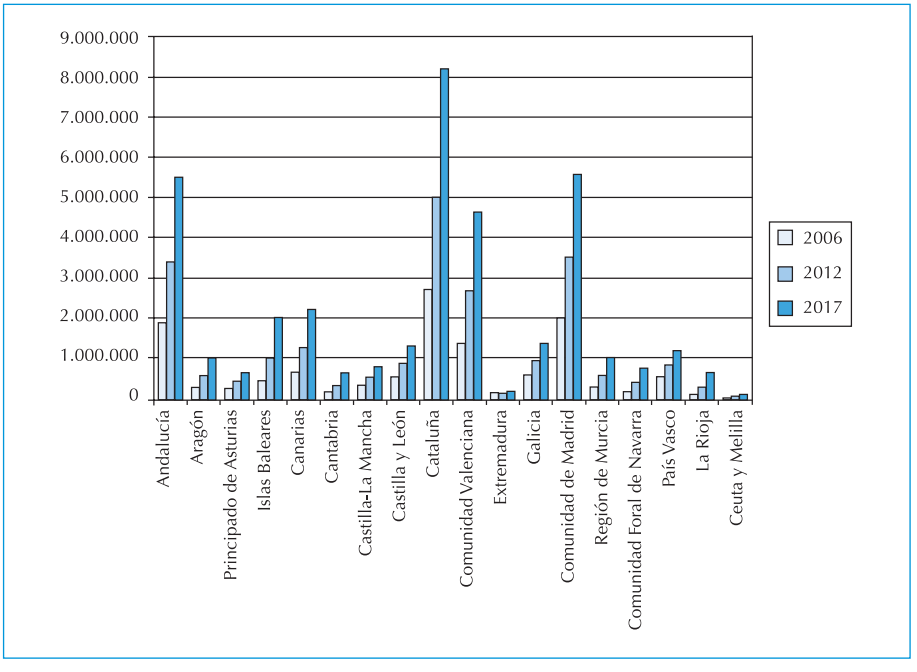


FIGURA 8. El gasto sanitario privado.

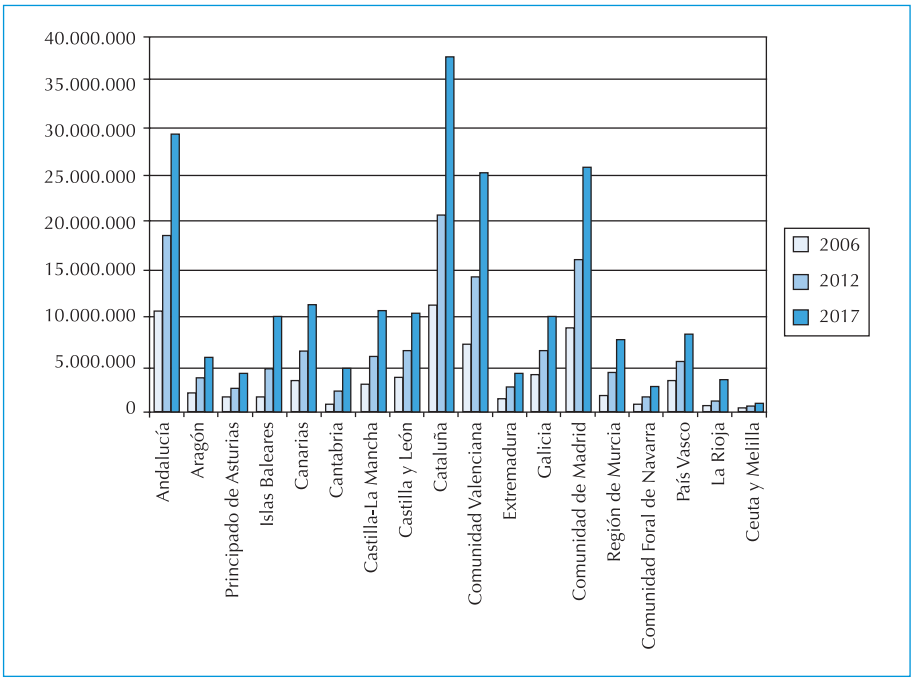


FIGURA 9. El gasto sanitario total.

3.2. DESIGUALDADES TERRITORIALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El recurrente debate sobre desigualdades territoriales circunscrito a unidades políticas (las comunidades autónomas) pierde buena parte de su sentido cuando se adoptan perspectivas más desagregadas, dado que muestran que las desigualdades entre dichas comunidades no son mayores que las existentes entre las diferentes áreas de salud dentro de cada comunidad autónoma (3, 12). Por otra parte, el mero cómputo de utilización sin consideraciones sobre sus contenidos y resultados, es decir, la contribución de los servicios concretos a la mejora de la salud, podría estar aportando más ruido que información sobre la equidad del sistema sanitario, al reflejar problemas ajenos al mismo (12). Sin embargo, ello no quiere decir que las diferencias entre comunidades autónomas en cuanto a demanda, oferta y utilización de servicios no sean significativas, de modo que en este análisis se intentará no caer en dicho error, siempre teniendo en cuenta esta sensibilidad a las preferencias reflejada en las estadísticas.

3.2.1. Desigualdades en la oferta

Las personas enferman y mueren más en unos sitios que en otros y, si el Estado no interviene con políticas diferenciales de ayudar a quien más lo necesita, habrá comunidades autónomas que, bien por motivos financieros, bien por motivos políticos, no practiquen políticas de intervenciones sanitarias efectivas para sus residentes más necesitados. En consecuencia, el Estado debería disponer de instrumentos eficaces para mantener las desigualdades entre ciudadanos dentro de unos niveles no demasiado dispares que faciliten la cohesión social. Por lo tanto, habrá que volver a considerar el papel del Estado en el SNS para dotarlo de mecanismos veraces que garanticen mínimos de igualdad para todos, residan donde residan.

3.2.1.1. Recursos estructurales

El gran apartado de recursos estructurales es el relacionado con los centros de atención especializada, compuesto por muy diversos tipos, tal y como se explicita en la Tabla VI. En el caso de estos centros, se dispone de cifras comparativas de los años 2002 y 2005.

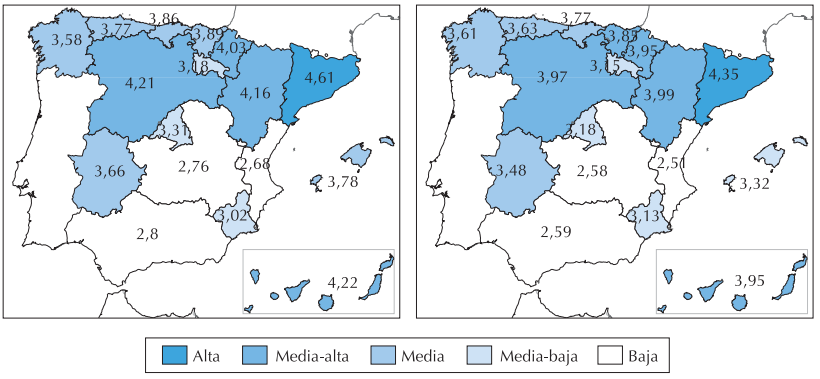
Se observa que el reparto de los centros no guarda el mismo tipo de relación con la extensión territorial que se ha constatado respecto de la Atención Primaria, pues sus objetivos son más específicos y su distribución está más racionalizada en función de la población atendida. Los 751 hospitales que han proporcionado información para la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI) del 2005 tienen una dotación de 157.145 camas, 2.737 incubadoras, 3.918 quirófanos y 742 paritorios. Atendiendo a su dependencia funcional, 296 son hospitales públicos y 455 privados. La red de dependencia pública dispone del 66,1% del total de las camas instaladas, así como del 78,1% de las incubadoras, del 63% de los quirófanos y del 61,7% de los paritorios (13).

La situación relativa de las camas en funcionamiento por cada 1.000 habitantes apenas varía entre el 2002 y el 2005 (Figura 10). No obstante, la media española disminuye en este periodo, por lo que cabe preguntarse si realmente está ajustada a las necesidades de población del 2005.

Los escasos cambios de posición pueden resumirse en un aumento en el País Vasco, que pasa a ajustarse a la media, y una disminución en las Islas Baleares, que pasan a estar por debajo de la media, con mayor incidencia en

Tabla VI. Recursos estructurales de atención especializada: números totales. Comparativa del año 2002 frente al año 2005 (se muestran en color azul los incrementos producidos en 2002-2005; y en negrita, las disminuciones producidas en 2002-2005)

Comunidad autónoma	Total hospitales		Hospitales públicos		Hospitales generales		Hospitales de agudos		Hospitales de larga estancia		Hospitales psiquiátricos		Hospitales con centros de especialidades		Centros de especialidades	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
España	**759**	**751**	**308**	**296**	**436**	**427**	**123**	**117**	111	117	89	90	101	101	167	167
Andalucía	87	92	36	37	63	65	15	17	2	4	**7**	**6**	19	20	**32**	**31**
Aragón	27	28	20	20	15	15	**3**	**2**	3	5	6	6	4	5	7	8
Principado de Asturias	**21**	**20**	**10**	**9**	13	13	3	3	2	2	**3**	**2**	**4**	**3**	4	4
Islas Baleares	**24**	**22**	9	9	**18**	**17**	**4**	**3**	1	1	1	1	2	2	4	5
Canarias	**47**	**46**	**20**	**19**	24	25	2	3	**17**	**15**	**4**	**3**	5	6	14	17
Cantabria	9	10	5	6	5	5	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3
Castilla y León	**52**	**27**	26	16	**34**	**27**	**7**	**5**	3	3	**8**	**6**	**7**	**4**	**10**	**6**
Castilla-La Mancha	**27**	**41**	16	16	17	17	3	3	3	3	4	4	5	7	7	10
Cataluña	175	175	38	39	**80**	**75**	**20**	**23**	**60**	**58**	15	19	0	0	0	0
Comunidad Valenciana	**60**	**59**	31	31	41	41	**11**	**8**	2	4	6	6	19	19	22	23
Extremadura	**20**	**19**	10	10	13	13	**5**	**3**	0	1	2	2	**6**	**5**	**8**	**7**
Galicia	**49**	**47**	**18**	**16**	**30**	**29**	**10**	**8**	3	4	6	6	**9**	**8**	**14**	**13**
Comunidad de Madrid	**69**	**72**	26	26	30	32	24	24	6	7	9	9	12	13	32	32
Región de Murcia	25	26	11	11	13	13	5	5	5	5	2	3	5	5	**8**	**6**
Comunidad Foral de Navarra	13	13	6	6	8	8	1	1	0	0	4	4	0	0	0	0
País Vasco	45	45	18	18	25	25	**8**	**6**	3	4	9	10	0	0	0	0
La Rioja	5	5	**4**	**3**	3	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Ceuta y Melilla	4	4	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	3,54	Media	3,36	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	3,11	Media-baja	2,79	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 10. Recursos estructurales: camas en funcionamiento. Índices por 1.000 habitantes para las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.

las ciudades autónomas. Las comunidades autónomas donde se mantiene una situación por encima de la media española en ambos años son Cataluña (la más elevada de todas), Aragón, la Comunidad Foral de Navarra y Castilla y León. Las tasas más bajas se mantienen estables en Castilla-La Mancha, la Comunidad Valenciana, Andalucía y La Rioja.

3.2.1.2. Recursos humanos

A la escasez de profesionales sanitarios ha contribuido de forma decisiva la falta de planificación estratégica de los recursos humanos (14). Igualmente, la apertura a algunos países de la Unión Europea con atractivas posibilidades y buenas condiciones ha provocado que los médicos españoles hayan salido del sistema sanitario e incorporado a los servicios de salud del Reino Unido, Portugal y los países nórdicos. Las posibilidades de un estable acomodo profesional mejor que el existente en España, donde los sistemas laborales plagados de largos periodos de interinidad y de provisionalidad son denostados, han originado la pasada diáspora, que ha remitido ante la actual situación de insuficiencia de profesionales sanitarios. Es obligado afirmar que su calidad se ha conseguido, entre otros factores, gracias a la normalización y a la generalización del sistema de formación de especialistas (MIR).

Así, las tasas de especialistas en la red pública por cada 100.000 habitantes son muy variables entre comunidades autónomas, según un informe recientemente publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030)* (15). Si se observan las especialidades distribuidas de manera más igualitaria (como Hematología, Endocrinología o Cardiología), la comunidad autónoma mejor dotada tiene casi el doble de tasa de médicos especialistas por cada 100.000 habitantes que la comunidad autónoma peor dotada. Lo mismo cabe decir de la tasa de médicos de familia, que oscila entre 47 y 123 por cada 100.000 habitantes, o de la tasa de pediatras, que varía de 36 a 160.

El informe señala la insuficiencia de especialistas en ciertas especialidades médicas: Anestesiología y Reanimación, Radiodiagnóstico, Cirugía General, Medicina de Familia y Pediatría. Al igual que en otros tantos temas sanitarios, esta escasez sugiere serios problemas de información y planificación. Sin embargo, la evolución de las plazas MIR que se ofertan para las mismas ramas médicas desde 1995 al 2007 revela una tendencia al alza. La paradoja reside en que, por ejemplo, en la rama de Medicina de Familia quedan vacantes hasta 70 puestos de formación para la preparación de la prueba MIR en el curso 2006-2007. En este mismo periodo, otras 130 plazas sin ocupar quedan repartidas entre otras especialidades (16).

Los siguientes datos están disponibles para el 2002 y el 2006, de forma que, siguiendo el criterio de presentar la comparación con los datos más recientes, se efectúa la misma para dicho periodo, mientras que en los mapas anteriores sólo se ha llegado hasta el año 2005, dado que era el último del que se disponía de datos.

La tasa de médicos totales colegiados por comunidad autónoma y cada 100.000 habitantes sufre un ligero aumento en términos de media nacional; destacan los incrementos de diversas regiones como el Principado de Asturias, Cantabria, el País Vasco, la Comunidad de Madrid, la Comunidad Foral de Navarra y Aragón. Las comunidades autónomas que sufren una disminución son la Región de Murcia y, muy especialmente, Ceuta y Melilla. El resto permanece en una posición relativa similar.

En el año 2006 el número de plazas MIR convocadas es de 5.897 y, por primera vez desde la implantación de este sistema docente, sus plazas no se cubren en su totalidad con médicos españoles, de manera que existe un porcentaje amplio que debe completarse con médicos extranjeros.

España mantiene una ratio de 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes según datos de la OCDE (17, 18). Mientras que en las naciones pertenecientes a esta organización la media de médicos activos por cada 100.000 habitantes se calcula en 300, en España es de 414. Sólo Grecia, Bélgica e Italia superan a España en número de médicos por cada 100.000 habitantes.

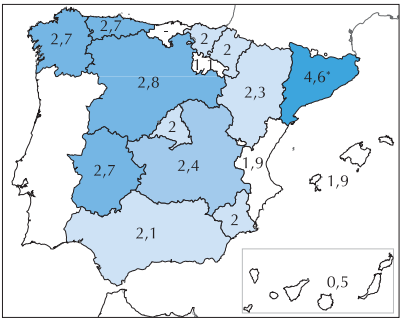
La formación de médicos especialistas por el sistema MIR ha de proveer los que necesite el país, incluyendo los que ejercerán en la práctica privada. Una visión limitada desde las comunidades autónomas que tuviera por objetivo formar únicamente a la fuerza de trabajo que se prevé que requerirán los centros sanitarios públicos de cada sistema regional de salud tenderá a la larga a provocar déficits de especialistas, que generarán, además de culturas sanitarias empobrecidas, obvias tensiones salariales provocadas por la escasez de médicos de determinadas especialidades, con el consiguiente aumento del valor de mercado de dichos profesionales. Por ello, lograr la autosuficiencia de profesionales requiere de políticas nacionales y europeas. Las soluciones vienen más desde la vía de la flexibilidad que desde la segmentación geográfica; resulta paradójico que el proceso de internacionalización profesional conviva en España con una fuerte tendencia a segmentar el mercado profesional en mercados regionales cada vez menos permeables.

La contradicción que existe entre la perentoriedad de la escasez de médicos y la lentitud, las vacilaciones y la reticencia en su abordaje y solución está creando ya graves problemas asistenciales en muchos hospitales de distintas comunidades con fuerte crecimiento demográfico, pero también en los centros situados en las zonas más alejadas o que tienen mayor carga asistencial, que se corresponden habitualmente con los establecimientos donde acude la población con menores posibilidades económicas.

La Figura 11 presenta la tasa de médicos activos de Atención Primaria y atención especializada conjuntamente en el año 2006 por cada 1.000 habitantes en cada comunidad autónoma, excepto en Cantabria (no se dispone de datos). Las particularidades metodológicas se comentan en las notas de la figura.

De la visualización del mapa se concluye que, aparentemente, Cataluña es la comunidad autónoma cuya tasa de médicos de Atención Primaria y atención especializada es la más favorable del conjunto territorial. Sin embargo, hay que recordar que el sistema de cálculo de dicha tasa es diferente al del resto. La franja noroeste de España muestra tasas por encima de la media, mientras que las comunidades autónomas más desfavorecidas son las insulares y la Comunidad Valenciana.

En cuanto a los efectivos de Enfermería (Figura 12), de nuevo Cataluña queda muy por encima de la media, pero hay que tener presente el tipo de cálculo aplicado, que ya se ha explicado que es diferente al del resto. Asimismo, destacan el Principado de Asturias y Castilla y León, también por encima de la media, frente a la Comunidad de Madrid y Canarias, que quedan por debajo.



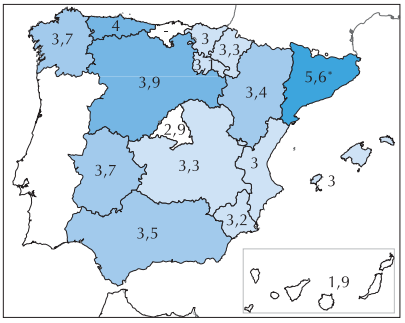
	2006	PR
Total sobre la población de España	2,5	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	1,7	Media-baja

PR = posición relativa.

* Los efectivos en Cataluña se basan en una metodología distinta, fundamentada en un estudio demográfico.

FIGURA 11. Tasa de médicos de Atención Primaria y atención especializada en activo por cada 1.000 habitantes en cada comunidad autónoma en el año 2006.

Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo).



	2006	PR
Total sobre la población de España	3,5	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	3,3	Media-baja
PR = posición relativa.		
* Los efectivos en Cataluña se basan en una metodología distinta, fundamentada en un estudio demográfico.		

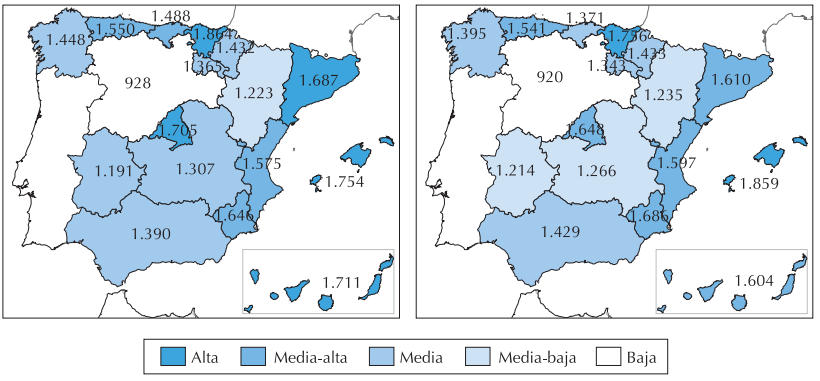
FIGURA 12. Tasa de enfermeros en activo por cada 1.000 habitantes en cada comunidad autónoma en el año 2006.
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo).

A continuación, se analiza la oferta de médicos de familia y pediatras como ratio, entendiendo por tal el número de tarjetas sanitarias asociadas a cada médico. Estos datos pueden orientar acerca de la calidad asistencial y, dado que se dispone de los datos del 2004 y del 2006, permiten comparar las situaciones relativas de ambos años.

En el 2006 la ratio disminuye en bastantes comunidades autónomas: Principado de Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Vasco y La Rioja. En las demás la ratio aumenta.

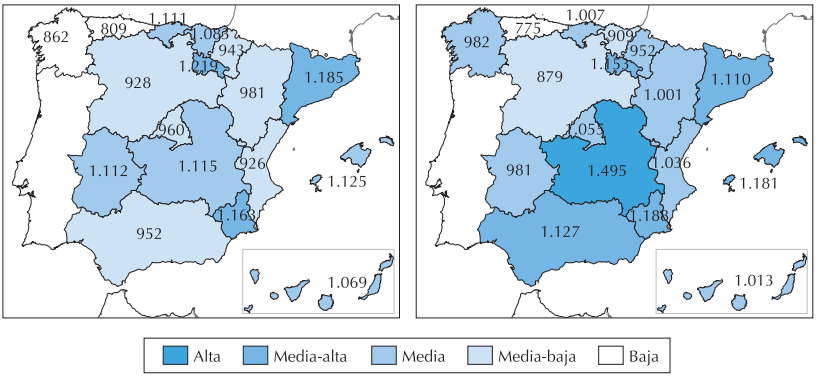
La media estatal de tarjetas sanitarias asociadas a cada médico de cabecera en el año 2006 es de 1.466, inferior a la del 2004. Castilla y León es la comunidad con menor ratio (920 tarjetas por médico); y las Islas Baleares, la comunidad con la ratio más elevada (1.859 tarjetas por médico) (Figura 13).

En cuanto a la ratio de pediatras (Figura 14), en el 2006 disminuye la posición relativa sobre la media en numerosas comunidades autónomas: Principado de Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña,



	2004	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	1.484	Media	1.466	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	1.511	Media-alta	1.543	Media-alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 13. Número de tarjetas sanitarias por médico de familia en las distintas comunidades autónomas en los años 2004 y 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



	2004	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	1.030	Media	1.065	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	1.289	Alta	1.149	Media-alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 14. Número de tarjetas sanitarias infantiles por pediatra en las distintas comunidades autónomas en los años 2004 y 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

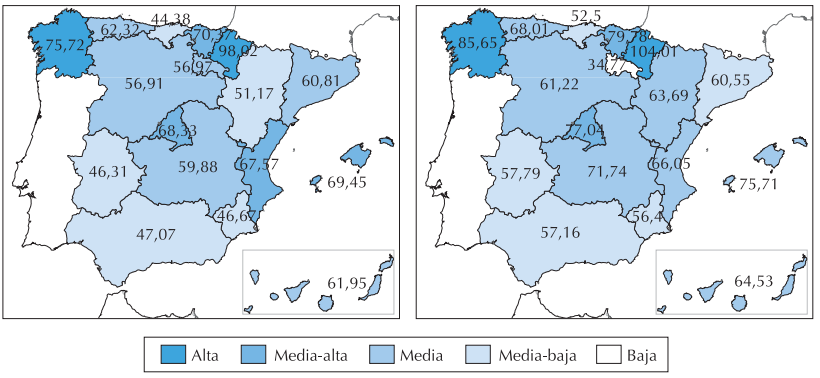
Extremadura, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla. Castilla y León es la comunidad que experimenta el descenso más acusado. En las demás aumenta la ratio; entre ellas destaca Castilla-La Mancha.

La explicación de estas diferencias por comunidad autónoma según los distintos profesionales estriba, básicamente, en razones socioeconómicas y en la capacidad de atracción de cada comunidad autónoma por su oferta instalada.

La media estatal de tarjetas sanitarias asociadas a cada pediatra en el año 2006 es de 1.065, superior a la del 2004. El Principado de Asturias presenta la menor ratio (775 tarjetas por pediatra), mientras que Castilla-La Mancha muestra la ratio más alta (1.495 tarjetas por pediatra). Para conocer el detalle de las especialidades médicas por comunidad autónoma remitimos al lector al Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2006, que acaba de ser publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (18).

Como complemento a los indicadores de oferta de servicios, es interesante analizar algunos datos del INE relacionados con aparatos de diagnóstico de alta tecnología. El INE desglosa en el 2002 los datos de la esfera pública y de la esfera privada, pero en el año 2005 no lo hace, por lo que ha sido necesario presentar los datos en el único formato comparable, es decir, considerando el conjunto total de técnicas de diagnóstico disponibles públicas y privadas. Así, por ejemplo, la Figura 15 evidencia el número total de aparatos de tomografía axial computarizada (TAC) existentes en los centros públicos y privados de cada comunidad autónoma por cada 1.000.000 de habitantes. Dicha tasa se compara en los años 2002 y 2005.

Según los datos de la Figura 15, la tasa media total de TAC aumenta entre los años 2002 y 2005. En el 2002 las comunidades autónomas mejor situadas con respecto a la media nacional son la Comunidad Foral de Navarra, las Islas Baleares, Galicia y el País Vasco. Aragón, Andalucía, la Región de Murcia, Extremadura y Cantabria quedan discretamente por debajo de la media. En cambio, en el 2005 quedan por encima de la media las mismas comunidades que en el 2002, pero con la peculiaridad de que Cataluña pasa a estar por debajo de la media y la situación relativa de La Rioja empeora.



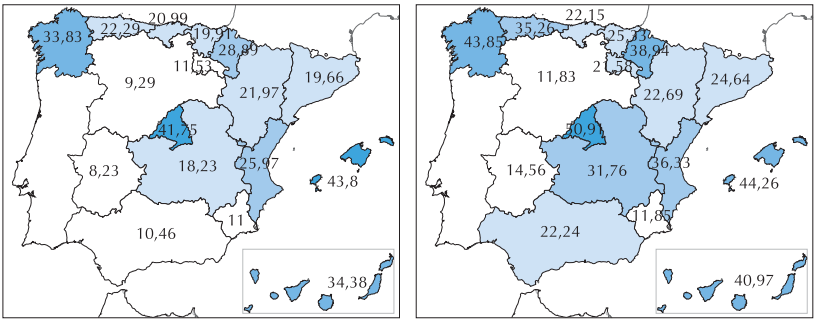
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	60,57	Media	66,54	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	23,06	Baja	28,97	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 15. Número total de aparatos de TAC por cada 1.000.000 de habitantes en cada comunidad autónoma en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

La tasa media nacional de aparatos de resonancia magnética nuclear (RMN) se incrementa en el 2005 con respecto al 2002 de forma significativa (Figura 16). No obstante, la profusión de aparatos de RMN en España es inferior a la de TAC. En el 2002 la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares, Galicia y Canarias quedan por encima de la media. En el 2005 quedan nuevamente por encima de la media la Comunidad de Madrid, Galicia y la Comunidad Foral de Navarra; la posición relativa de las Islas Baleares es peor, si bien se ajusta a la media de dicho año. En cambio, las posiciones relativas del Principado de Asturias, La Rioja, Andalucía y Castilla-La Mancha mejoran.

3.2.1.3. Sistemas de información

A continuación, se comentan algunos puntos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2006 sobre la integración de los sistemas de información (18). El proyecto, en su conjunto, está liderado por la Agencia de Calidad y el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Su desarrollo se realiza conjuntamente con las comunidades autónomas a través de la Subcomisión de Sistemas de Información (SCSI) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	22,63	Media	30,61	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 16. Número total de aparatos de RMN en los centros sanitarios por 1.000.000 de habitantes en los años 2002 y 2005 (no se dispone de datos de Ceuta y Melilla).
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Las acciones más relevantes llevadas a cabo en el 2006, con la implicación de todas las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, se resumen a continuación:

- Puesta en marcha y difusión del sistema de información de Atención Primaria (fase I, recursos y oferta asistencial), que puede consultarse en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ampliación de contenidos del CMBD (conjunto mínimo básico de datos) al campo de la cirugía ambulatoria y del hospital de día.
- Revisión de la ESCRI para adecuarla a la organización asistencial y a los requerimientos de información actuales. Pasa a denominarse Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Asimismo, todas las comunidades autónomas más el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) se han adherido al proyecto Sanidad en Línea, iniciativa contemplada dentro del Plan Avanza y desarrollada mediante un convenio marco entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.

El volumen total de inversiones en tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el SNS asciende a 252.133.705 euros, cantidad

distribuida de forma directamente proporcional a las poblaciones de los distintos territorios para su ejecución entre el 2006 y el 2007. Del volumen total, la aportación de la Administración General del Estado asciende a 141.000.000 euros; y la que corresponde al conjunto de las administraciones sanitarias regionales, a 111.133.705 euros. El convenio marco se materializa mediante convenios específicos entre cada comunidad autónoma y la entidad pública Red.es en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo. De esta manera, todas las comunidades autónomas han asumido el compromiso de acortar los plazos de incorporación o mejora de los datos sobre población protegida del SNS (TSI) en la base de datos común.

Del mismo modo, se ha puesto en marcha el proyecto de interoperabilidad de la historia clínica digital (HCD) y se están elaborando los primeros prototipos de receta electrónica. Para la puesta en marcha de las actuaciones previstas en los convenios, Red.es colabora con las comunidades autónomas en la dotación de todas las infraestructuras y medios técnicos necesarios (redes de comunicación, equipos informáticos, programas, etc.) que permitan usar las nuevas aplicaciones y herramientas de gestión que se implanten.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo dirige el proyecto de interoperabilidad. Trabaja estrechamente con las comunidades autónomas, consulta a las partes implicadas (ciudadanía y profesionales) y establece el modelo que debe seguirse mediante consenso. El proyecto Sanidad en Línea ha servido igualmente para reforzar la intranet del SNS. El nodo central con sede en el Ministerio de Sanidad y Consumo constituye el núcleo esencial del sistema de información del SNS.

En definitiva, estos nuevos recursos públicos para la digitalización de la sanidad harán que mejore la escasa implantación de las TIC en este sector en comparación con otros sectores como la Agencia Tributaria o la Seguridad Social. Asimismo, harán factible el impacto positivo en la gestión de la prestación y, por ende, en la calidad del servicio disponible.

Carencias muy señaladas son las referidas a los sistemas de información en salud mental, ámbito en el que se desconocen cuestiones básicas como el número de profesionales dedicados a la rehabilitación de enfer-

mos psiquiátricos y en el que el principal problema es la falta de equidad. Los datos más orientativos son, posiblemente, los CMBD hospitalarios, pero se han de considerar siempre en un marco en el que los cuidados psiquiátricos tienen una base más ambulatoria y comunitaria.

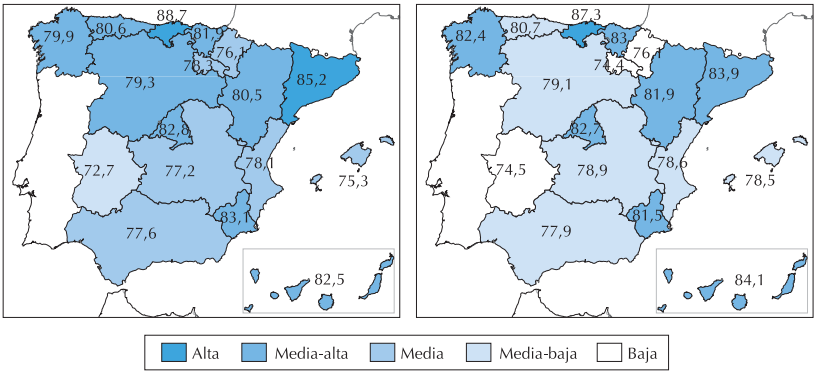
3.2.2. Desigualdades en la demanda

Los servicios sanitarios son sólo un *output* del complejo proceso de la producción de salud. El principal determinante de las desigualdades en salud es la desigualdad social, especialmente las diferencias en renta y educación, que condicionan tanto los años de vida como la calidad de la misma (19, 20). En el SNS existen desigualdades entre áreas geográficas. Son mínimas en los procesos caracterizados por el elevado grado de acuerdo sobre su manejo eficaz, y sensiblemente mayores en los procesos electivos o con mayor incertidumbre sobre las condiciones de su efectividad, aspecto en el que las diferencias son pequeñas y aparecen sólo en las hospitalizaciones que responden a las características de atención, sensibles a las preferencias, ya sean de los pacientes, ya sean de los profesionales (21).

3.2.2.1. Indicadores de actividad

En el análisis de la evolución de la demanda de servicios sanitarios de ámbito público se ha incluido una selección de indicadores, tales como tasas de ocupación de hospitales públicos, índice de rotación, estancia media, número de consultas externas, índice de urgencias atendidas por cada 1.000 habitantes, número de actos quirúrgicos en los hospitales públicos, número de actos quirúrgicos por quirófano en funcionamiento y número de partos por cama en Obstetricia. Asimismo, se añade la demanda total, sin distinguir el ámbito público del privado, de diagnósticos mediante técnicas soportadas con determinadas tecnologías.

La Figura 17 pone de manifiesto que el porcentaje medio de ocupación de los hospitales públicos en España ha disminuido entre los años 2002 y 2005. En el 2002 las comunidades autónomas que muestran un porcentaje medio de ocupación por encima de la media española son Cantabria y Cataluña, en primer lugar, y la Comunidad de Madrid, el Principado de Asturias, Galicia, la Región de Murcia, Aragón, el País Vasco, Canarias y Castilla y León, en segundo lugar. Por otro lado, se ajustan a la media La Rioja, la Comunidad Foral de Navarra, Castilla-La Mancha,



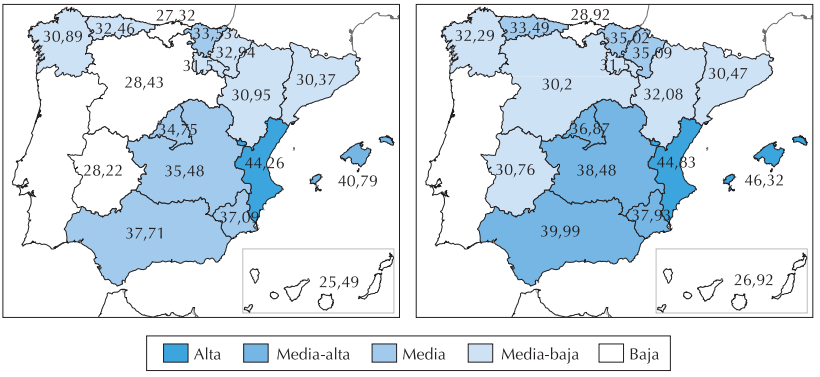
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	89,79%	Media	81,11%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	55,09%	Baja	68,07%	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 17. Porcentaje de ocupación de los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

la Comunidad Valenciana y Andalucía. Extremadura queda algo por debajo de la media, mientras que Ceuta y Melilla presentan las tasas más bajas. El mapa de comunidades autónomas del 2005 muestra una tendencia general a la baja en los porcentajes de ocupación.

En cambio, en el 2005 Cantabria ofrece la tasa más elevada respecto a la media, seguida de Galicia, el País Vasco, Aragón, Cataluña, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y Canarias. Las comunidades autónomas que se ajustan a la media son Extremadura, La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra; el resto quedan por debajo. Ceuta y Melilla siguen presentando las tasas más bajas de ocupación.

La situación en términos de rotación de los hospitales públicos (Figura 18) presenta medias nacionales bastante similares entre los dos años comparados, aunque es algo superior la del 2005. En cuanto a las comunidades autónomas, en el 2002 quedan bastante por debajo de la media Cantabria, Castilla y León, Extremadura y Canarias. En el 2005 sólo siguen en esa situación Cantabria y Canarias. El Principado de Asturias se sitúa en la media y su índice de rotación asciende con respecto a la media en el



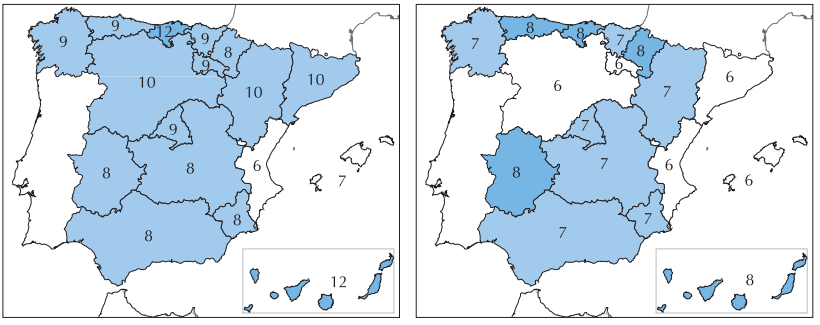
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	34,47	Media	34,95	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	34,06	Media	37,81	Media-alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 18. Índice de rotación de los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

2005; lo mismo sucede en la Comunidad Foral de Navarra. En el resto de las regiones se aprecia un incremento de rotación con respecto a la media, salvo en Aragón, Cataluña, Galicia, la Comunidad Valenciana y Canarias, que permanecen en la misma posición.

Debido al escaso rango de la siguiente variable, a saber, la estancia media en los hospitales públicos (Figura 19), el análisis *cluster* indica que existen únicamente tres de las cinco categorías de posicionamiento relativo que permiten agrupar a las comunidades autónomas. Por consiguiente, se muestran las situaciones alta, media y baja.

En el 2005 desciende el número de días en todas las comunidades autónomas, excepto en la Comunidad Valenciana y en la Comunidad Foral de Navarra, en las que se mantiene estable esta variable. Sin embargo, dado que la media nacional es inferior en el 2005, las posiciones relativas cambian; la Comunidad Foral de Navarra, el Principado de Asturias, Canarias y Extremadura pasan a estar por encima de la nueva media. La disminución es significativa en Castilla y León y en Cataluña. El resto se ajusta a la nueva media, salvo las Islas Baleares que, a pesar de pre-



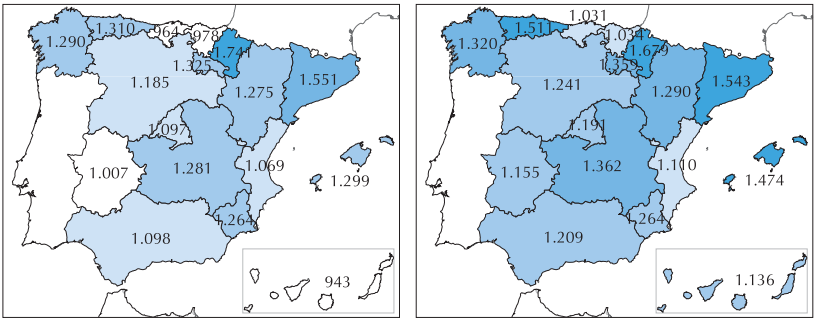
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	9	Media	7	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	6	Baja	7	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 19. Estancia media (en días) en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

sentar la misma posición relativa que en el 2002, en realidad están por debajo de la nueva media. Este indicador va disminuyendo a medida que mejoran las técnicas de cirugía y resultan menos invasivas en según qué casos, lo que permite anticipar el alta hospitalaria.

En la Figura 20 se observa que las únicas comunidades autónomas donde se produce un descenso del índice absoluto de consultas externas hospitalarias por cada 1.000 habitantes en el año 2005 son Cataluña, la Comunidad Foral de Navarra, Ceuta y Melilla. No obstante, en términos de posición relativa en cuanto a la nueva media del año 2005, que es superior a la del 2002, Cataluña queda bastante por encima.

Por lo tanto, en el año 2005, con una media estatal de 1.209 consultas externas, la Comunidad Foral de Navarra presenta el índice más alto: 1.679 consultas externas hospitalarias por cada 1.000 habitantes. En el extremo opuesto figuran Ceuta y Melilla, que conjuntamente presentan el índice más bajo: 844 consultas. En general, la situación relativa de todas las comunidades es superior a la que



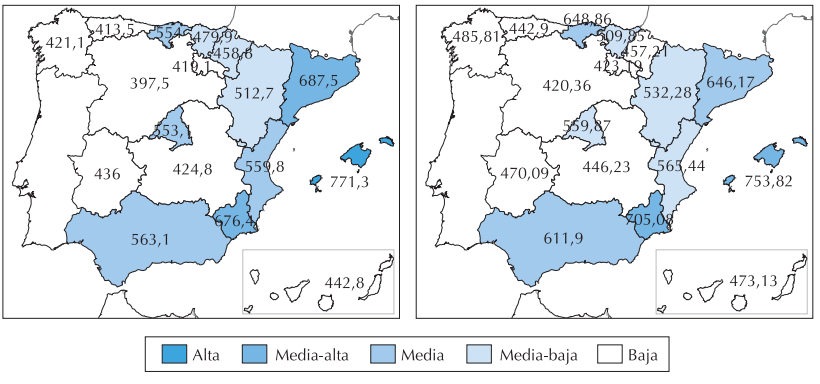
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	1.204	Media	1.209	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	899	Baja	844	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 20. Número de consultas externas en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas por cada 1.000 habitantes en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

presentan en el 2002, con la excepción de la Comunidad Valenciana y de la Región de Murcia.

Como se observa en la Figura 21, en el año 2005 desciende el índice de urgencias atendidas en los hospitales públicos de las Islas Baleares, Cataluña y, ligeramente, de la Comunidad Foral de Navarra. En el resto el índice aumenta, si bien las posiciones relativas con respecto a la nueva media del 2005, más elevada que la del 2002, se mantienen. Así, en el 2005 el índice español medio de urgencias por 1.000 habitantes es de 562,1. Ceuta y Melilla en su conjunto presentan el mayor índice: 823,2; mientras que Castilla y León muestra el menor índice: 420,36.

La urgencia hospitalaria es el servicio sanitario mejor valorado por los españoles. Según la Encuesta Nacional de Salud del 2006, también es el servicio cuyo uso más ha aumentado, asciende a un ritmo del 6% anual. La tasa de utilización ha pasado de ser de un 12% a un 30,8%, subida mucho más abrupta que la producida en otras áreas, como las visitas médicas o la hospitalización. Además, se suma la peculiaridad de que existe una mayor afluencia durante el periodo invernal, lo que com-

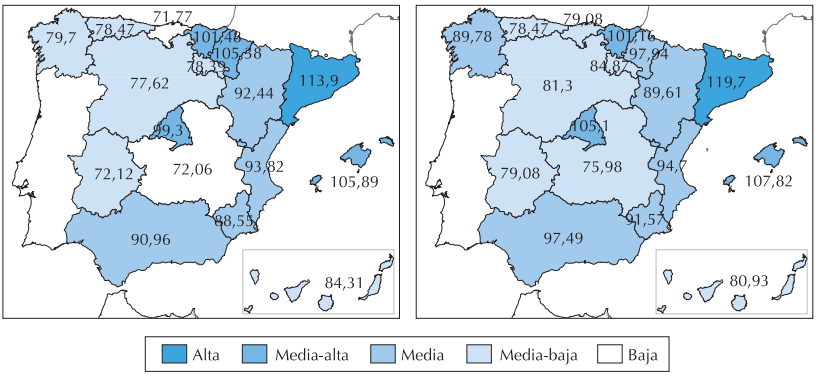


	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	540,9	Media	562,1	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	736,5	Alta	823,2	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 21. Número de urgencias en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas por cada 1.000 habitantes en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

plica aún más la gestión del servicio: los pacientes que acuden, que cada vez son más, tienen una mayor necesidad de ingresos hospitalarios, como es el caso de la población mayor. Aunque no es esta población la que más acude a Urgencias, sino con gran diferencia la de los neonatos, seguida por la de las mujeres adolescentes y jóvenes.

Al comparar la evolución del número de actos quirúrgicos en los hospitales públicos entre los años 2002 y 2005 (Figura 22), las comunidades autónomas donde se ha producido un descenso son Aragón, la Comunidad Foral de Navarra, Canarias y, en menor medida, el País Vasco. El Principado de Asturias permanece igual y el resto de las comunidades experimentan un incremento. En el 2005 el índice medio de actos quirúrgicos en los hospitales públicos por cada 1.000 habitantes es de 97,91. Desde esta perspectiva, Ceuta y Melilla (consideradas conjuntamente) presentan el menor índice; y Cataluña, el mayor índice, con 119,7. En términos relativos, la media nacional de actos en el 2005 es superior a la del 2002, por lo que la posición relativa de algunas comunidades autónomas varía. Los cambios más significativos son los aumentos proporcionales de Castilla-La Mancha y Cantabria.



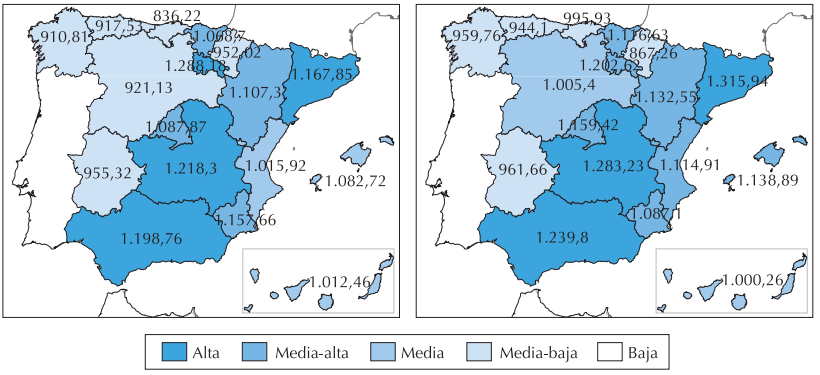
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	93,09	Media	97,91	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	63,62	Baja	58,64	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 22. Número de actos quirúrgicos en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas por cada 1.000 habitantes en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Analizando el número de actos quirúrgicos por quirófano en funcionamiento en los hospitales públicos (Figura 23), se aprecia un incremento de la media nacional en el periodo 2002-2005. Así, Galicia, el Principado de Asturias, Castilla y León, Extremadura y la Comunidad Valenciana, que en el 2002 quedan por debajo o en la propia media, en el 2005 se ajustan a la misma. Cataluña, que en el 2002 está por encima de la media, en el 2005 aún lo está más. En cambio, La Rioja desciende una posición en la escala comparativa. Ceuta y Melilla presentan un descenso cuantitativo dentro del mantenimiento de la misma posición relativa, la más baja del conjunto.

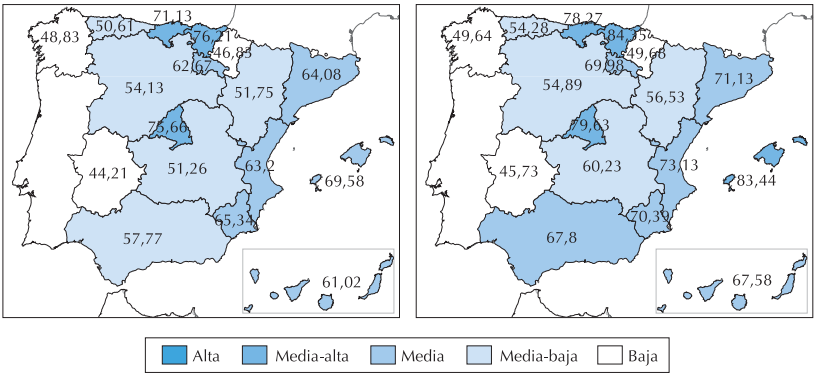
En cuanto al número de partos por cama en Obstetricia (Figura 24), la única comunidad autónoma cuya posición relativa aumenta es Andalucía. La media nacional se incrementa, pero las posiciones en el mapa se mantienen entre los años 2002 y 2005.

En los mapas de las Figuras 25 y 26 se aprecian las tasas de estudios de rayos X y de estudios hemodinámicos, respectivamente, realizados en centros públicos en los años 2002 y 2005. Acerca de los estudios hemodinámicos, no hay datos de La Rioja, Ceuta y Melilla.



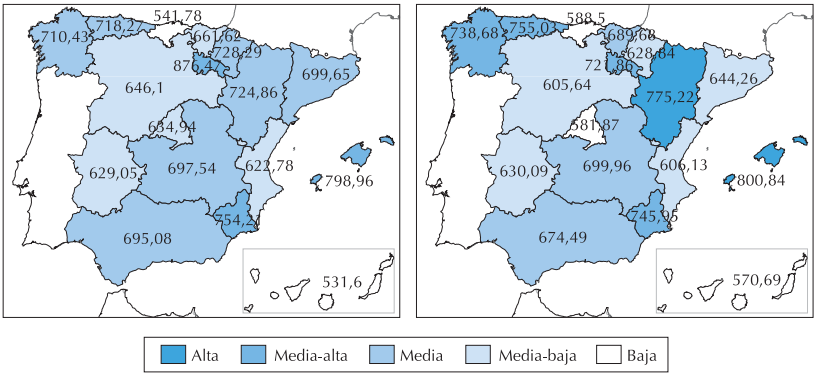
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	1.078,82	Media	1.145,74	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	731,83	Baja	677,33	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 23. Número de actos quirúrgicos por quirófano en funcionamiento en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



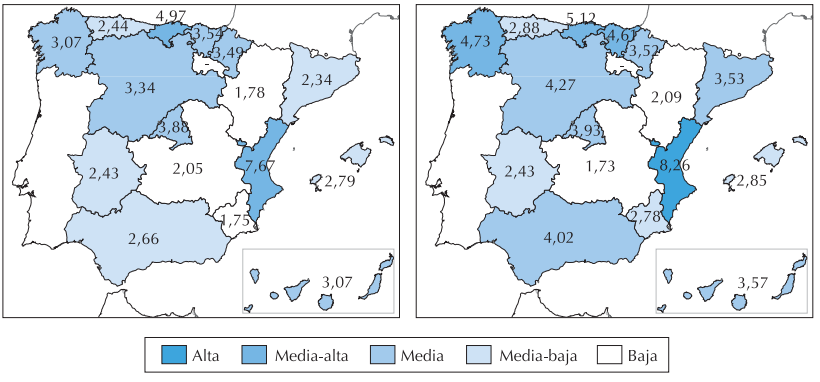
	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	60,84	Media	67,89	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	83,03	Alta	90,79	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 24. Número de partos por cama en Obstetricia en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	672,64	Media	654,41	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	524,77	Baja	600,86	Media-baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 25. Número de estudios de rayos X realizados en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas por cada 1.000 habitantes en los años 2002 y 2005.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	3,34	Media	4,13	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 26. Número de estudios hemodinámicos realizados en los hospitales públicos de las distintas comunidades autónomas en los años 2002 y 2005 (no se dispone de datos de La Rioja ni de Ceuta y Melilla).
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

Respecto a los estudios de rayos X, la media nacional disminuye entre ambos años y las posiciones relativas de Cataluña y de la Comunidad de Madrid descienden significativamente. En cambio, Aragón, Galicia, la Región de Murcia y La Rioja mantienen tasas muy altas, lo cual implica que en estas comunidades se está produciendo una menor sustitución de esta técnica por otras más avanzadas.

En el panorama de los estudios hemodinámicos, la media nacional se incrementa, como es de esperar, y las posiciones relativas de Galicia, Cantabria, el País Vasco, Cataluña, la Región de Murcia y Andalucía avanzan. La Comunidad Valenciana ostenta la tasa más elevada en ambos años.

3.2.2.2. La demanda que viene de fuera

La relevancia del turismo en la economía española explica la tolerancia que este asunto suscita entre buena parte de las Administraciones Públicas y la ciudadanía, pues seguramente constituyen factores de competitividad turística la seguridad y la extrema facilidad administrativa que los turistas tienen en España a la hora de ser atendidos por un médico cuando sufren algún problema de salud durante su estancia.

No resulta proporcionado el balance entre turistas que visitan España y el gasto en el que el SNS incurre debido a ellos. Los 18 millones de euros que España recibió por la asistencia a esos turistas contrastan con los 30 millones abonados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social por los servicios sanitarios prestados a los turistas españoles atendidos en distintos países con los que España tiene suscritos acuerdos de reciprocidad asistencial médica, pues es obvio que son menos los españoles que hacen turismo fuera del país que los extranjeros que vienen a España (2).

A este turismo ocasional hay que sumar la inmigración que se queda de modo permanente y utiliza servicios públicos de todo tipo. En España están trabajando muchas personas que tienen permiso de residencia, pero no contrato de trabajo, inmigrantes en su inmensa mayoría. Puede que sus bajos salarios hayan contribuido a aumentar transitoriamente la más que mejorable competitividad del país. Aunque si no se mejora en capital humano y tecnológico pueden acabar suponiendo un lastre en el medio y largo plazo.

La inexistencia de toda relación entre el contrato de trabajo y el acceso a las prestaciones básicas de carácter solidario ligadas con la Seguridad Social, que establece el Real Decreto 1030/2006, favorece objetivamente a la economía laboral ilegal, en especial a la basada en el trabajo de inmigrantes incluidos en padrones municipales de población (22).

Se considera que los inmigrantes son, en general, más jóvenes y sanos que la media de trabajadores españoles en activo y, en consecuencia, utilizan menos los servicios sanitarios. Estos inmigrantes son más sanos que sus compatriotas no emigrantes por el sesgo de selección, pero es posible que su salud tienda a deteriorarse por varias causas, incluidas el entorno de pobreza, la marginación y el hacinamiento en el que viven, que los hace más vulnerables a la enfermedad (23).

A este respecto, destaca otro informe reciente que compara el uso que hace la población inmigrante de los servicios sanitarios con el que hace la población española, y que concluye que los inmigrantes los utilizan en menor medida (24). No obstante, este informe puede cuestionarse por dos motivos. En primer lugar, está basado en encuestas. En segundo lugar, expresa que los inmigrantes usan menos los servicios sanitarios tanto en la parte terapéutica como en la preventiva. Pero, por ejemplo, el hecho de que las mujeres se hagan pocas mamografías o citologías que puedan detectar un cáncer en estadios precoces a la larga le saldrá más caro al sistema sanitario público español, con lo que ese pretendido ahorro es muy teórico. El informe también recoge que en Cataluña, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana los inmigrantes acuden más a Urgencias que los españoles.

3.2.2.3. Garantías y plazos de listas de espera en las comunidades autónomas

A tenor de las quejas recibidas en referencia a las listas de espera para consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, este asunto sigue siendo uno de los principales motivos de insatisfacción de los ciudadanos en relación con el sistema público sanitario.

El principal problema de las listas de espera estriba en su origen, un conocido mecanismo económico sustentado en dos pilares. Por una parte, la constatación de que los bienes y servicios que se producen son limi-

tados y que para distribuirlos entre la multitud de individuos hay dos procedimientos principales: el precio de mercado, que presupone la capacidad de pagar, y la "cola", que regula el consumo por orden de llegada, con matices, pues todos somos conscientes de que los ciudadanos cercanos a los profesionales sanitarios se saltan las colas.

Por otra parte, los sistemas de salud públicos de libre acceso universal financiados por impuestos han suprimido el precio de mercado con el fin de asegurar a todos los ciudadanos una asistencia igual en igual necesidad y gratuita en el momento del servicio, con lo que el acceso a la sanidad pública ha de hacerse necesariamente por medio de la "cola" (25). En estos casos, la existencia de unas listas de espera no es un fallo, sino un acompañante ineludible de la gratuidad y un componente de los sistemas de salud de libre acceso universal (25).

Uno de los primeros y más influyentes informes al respecto, que recoge esta insatisfacción, es el informe monográfico del Defensor del Pueblo sobre las *Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud* publicado en el 2003 (26). Señala que las listas de espera son la expresión de un imposible acoplamiento diario entre la oferta y la demanda, ya que en ellas se incluyen pacientes que clínicamente pueden esperar tiempos muy dispares a ser atendidos. Pero este informe también asevera que nada puede justificar periodos de espera excesivos que resulten clínica y socialmente inaceptables.

Este documento critica, por una parte, las listas de espera de meses e incluso de años, durante los cuales la efectividad de la protección de la salud se interrumpe; y, por otra parte, la inadecuada gestión de las listas de espera, la escasa transparencia informativa, el insuficiente desarrollo y las acusadas limitaciones de los sistemas de información, que reducen su validez y fiabilidad. Destaca también la ausencia de registros centralizados en todos los casos, de agendas cerradas y de un establecimiento de tiempos máximos. Por último, denuncia las listas cerradas que impiden la notificación a ciertos pacientes de la fecha de atención y que afectaban a algunos centros hospitalarios de Andalucía, Aragón, las Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la demora en las consultas externas, el informe revela esperas de más de seis meses a un año en todas las comunidades autónomas, a excepción del Principado de Asturias, la Comunidad Foral de Navarra, el País Vasco y La Rioja. En lo referente a las técnicas y pruebas diagnósticas, se producían esperas en Andalucía, Aragón, las Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia. En el caso de Canarias y de Cataluña no hay información al respecto. En cuanto a las intervenciones quirúrgicas programadas, la espera de los pacientes superaba los seis meses en los centros hospitalarios de todas las comunidades autónomas, salvo en el País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla. Entre las comunidades con una mayor y significativa demora quirúrgica, de varios años en algunos casos, destacaban Canarias, Cataluña y la Comunidad Valenciana.

Este informe, que se publicaba casi al mismo tiempo que arrancaban las competencias de las autonomías en materia de sanidad, tuvo un gran impacto en los gestores encargados de las listas de espera, ya que puso en evidencia errores flagrantes en la organización de este fenómeno.

El Defensor del Pueblo señala en su Informe Anual del 2006 que el descenso en el número de quejas sobre la demora quirúrgica puede deberse al establecimiento de unos tiempos de garantía en las intervenciones quirúrgicas programadas entre 90 y 180 días, según la comunidad autónoma de que se trate (27). No obstante, deja constancia de que, en algún servicio de salud y en determinados procesos, subsisten demoras superiores a los seis meses.

El informe emite las tres consideraciones siguientes. En primer lugar, en términos generales las respectivas Administraciones sanitarias han aceptado las recomendaciones formuladas por el Defensor del Pueblo en este ámbito, o bien han informado sobre la adopción de medidas para reducir los tiempos de espera. En segundo lugar, en algunos casos las demoras en la prestación están motivadas por dificultades inherentes al insuficiente número de especialistas médicos en el mercado laboral y en determinadas áreas clínicas. En tercer lugar, todavía persisten agendas médicas cerradas.

Ante la ausencia de información pública al respecto, posiblemente el mejor estudio sobre la situación de las listas de espera en las 17 comunidades autónomas sea el de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) publicado en febrero del 2008. Para su elaboración se entrevistó a 8.216 pacientes que durante el mes de julio del 2007 esperaban a ser atendidos por su especialista o a que se les realizase una prueba diagnóstica. Se visitaron un total de 72 centros de atención especializada y consultas externas ubicados en 35 provincias, y se seleccionaron diez especialidades médicas. Entre las conclusiones del estudio destaca que para el acto médico completo, desde que el paciente pide cita para el especialista hasta que le diagnostican tras una prueba diagnóstica, transcurren de media cuatro meses. Esto parece demasiado tiempo para una persona que está preocupada o para diagnosticar una enfermedad que puede ser grave (28).

El estudio de la OCU detecta que para obtener la primera cita con el especialista la espera media es de 57 días. No existen grandes diferencias de una especialidad médica a otra; sin embargo, sí existen en los valores obtenidos en cada comunidad autónoma. La situación más grave se encuentra en Canarias, donde los pacientes esperan de media 177 días para ser atendidos por un especialista. A esta región le siguen Cantabria, con 100 días de espera, y el País Vasco, con 97 días de espera. En el otro extremo figuran Cataluña, con 37 días de espera, y la Comunidad Valenciana y la Comunidad Foral de Navarra, con 38 días de espera.

Para las pruebas diagnósticas la espera total media es de 44 días, que oscila entre los 30 días para la radiografía y los 54 días para la resonancia magnética. Los tiempos de espera por comunidad autónoma son más homogéneos que para los especialistas, aunque siguen presentando importantes diferencias, dado que oscilan desde los 18 días que esperan los pacientes del País Vasco hasta los 67 días que esperan los de Galicia.

Es habitual que a los pacientes se les facilite junto con la cita para una prueba diagnóstica una nueva cita con el especialista a fin de establecer el diagnóstico y el tratamiento, si procede. Si al tiempo de espera de esa segunda cita con el especialista se suma el tiempo esperado por el paciente para la primera cita, se obtiene el tiempo de espera total para el acto médico completo, que se fija en 121 días. Las esperas son mayores en el caso de

los alergólogos que solicitan una prueba de alergia (134 días) o en el de los neurólogos que solicitan una resonancia magnética (128 días).

Hasta el momento, un total de diez comunidades autónomas cuentan con una normativa que garantiza que el paciente sea atendido en unos plazos máximos; para ello se le permite acudir a cualquier centro sanitario sufragado por la Administración. No obstante, también los plazos máximos presentan grandes diferencias entre regiones. Así, mientras que en Castilla-La Mancha se puede hacer uso de este derecho a partir de los siete días de espera para una prueba diagnóstica, en las Islas Baleares hay que esperar 60 días.

Aunque el panorama que se presenta no es positivo, el citado estudio de la OCU sí refleja una ligera mejora de la situación respecto a su estudio anterior del 2004. Esta mejora se percibe especialmente en las pruebas diagnósticas, para las cuales se ha reducido el tiempo de espera de los pacientes 19 días.

En la mayor parte de los casos esta información es inexistente o, cuando se publica, se hace con indicadores incompletos y sin una regularidad preestablecida, con lo que es imposible una comparación objetiva y válida entre comunidades autónomas. Sorprendentemente, la información sobre los tiempos de espera en el sistema sanitario público parece ser patrimonio de los Gobiernos regionales y no trasciende al resto de la sociedad civil. Esta falta de información pública induce a pensar que tal información se emplea más con fines partidistas que con objeto de mejorar la gestión sanitaria pública. Parece que todos los agentes de la Administración desean que siga así, lo que imposibilita la medida de la realidad y las comparaciones entre autonomías, tan desagradables en lo político.

Un ejemplo especial de desinformación en este aspecto es el de la Comunidad de Madrid, que desde el 2004 utiliza un sistema de contabilidad distinto al del resto de las comunidades autónomas. El paciente no ingresa en la lista de espera desde el momento en que el médico prescribe la operación, como sucede en toda España, sino cuando le visita el anestesiólogo. Tiene especial relevancia en los cómputos, dado que entre lo uno y lo otro se suele tardar de media 30 días. Este sistema hizo que en diciembre del 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo sacara a la Comunidad de Madrid del cómputo nacional de listas de espera.

Las recomendaciones expuestas por la OCU a las comunidades autónomas consisten en que se cree un sistema de información sobre las listas de espera público, transparente y comparable; en que todos los pacientes estén informados sobre las garantías legales que les asisten en caso de no cumplirse los plazos garantizados; en que se agilice y facilite la derivación desde Atención Primaria a las pruebas diagnósticas que así lo permitan; en que se mejore el aprovechamiento de los recursos, por ejemplo, con turnos de tarde. La puesta en práctica de estas recomendaciones deberá vencer previamente resistencias sindicales y constricciones administrativas muy ancladas en las organizaciones sanitarias públicas.

3.3. GESTIÓN PÚBLICA: UNA EVALUACIÓN CRÍTICA

Un gran problema del sector público es la baja motivación que afecta tanto a los gestores responsables del desarrollo de las actividades públicas como a los empleados dependientes de ellos. La visión que prevalece en la función pública no ha ayudado a tratar los problemas de motivación.

Las retribuciones de los empleados públicos mantienen una escasa relación con la productividad aportada por los propios empleados. Las carreras profesionales están basadas en el escalafón y en la antigüedad, y poco en el mérito y en la capacidad. La selección mediante procesos estandarizados que se fundamentan en la neutralización de la arbitrariedad, el acceso al puesto con carácter vitalicio y las restricciones de reasignación funcional o territorial ayudan poco a mejorar la eficiencia de las organizaciones públicas.

Además, la ausencia de un compromiso y de un liderazgo político fuertes dificulta la implantación de mecanismos de incentivos basados en la evaluación del desempeño. A ello se suma que en el sector público no existen incentivos adicionales generados por la posibilidad de quiebra y cierre posterior. Y si además se tiene en cuenta que los usuarios de los servicios públicos no pagan directamente por las prestaciones recibidas, resulta especialmente complicado introducir incentivos individuales o colectivos al desempeño. Todo lo anterior adquiere su máxima expresión en servicios tan sensibles socialmente como los sanitarios.

Las fuertes interrelaciones que existen entre diversas actividades públicas que incluyen la interdependencia de sus resultados, muy habitual en la sanidad, pueden tratarse mediante la implantación de esquemas de compensación basados en los resultados de evaluaciones conjuntas, con lo que se aminoraría la debilidad de incentivos que aparecen por problemas de identificación de los esfuerzos individuales ante producciones complejas, como el manejo de un paciente con varias dolencias crónicas y graves.

3.4. GESTIÓN PRIVADA Y COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

3.4.1. La nueva mesogestión: las distintas personas jurídicas entran en juego

La concesión administrativa es una fórmula para la prestación del servicio público sanitario hasta ahora inédita en España, aunque está ampliamente expandida en otros países europeos. Destaca especialmente el caso del Reino Unido, donde surgió de la mano de Margaret Thatcher y donde se ha empleado en el campo sanitario a partir de 1997 por el Gobierno laborista para hacer frente a la importantísima renovación que precisaba el parque hospitalario británico, en el que, como consecuencia de la notable desatención sufrida por el *National Health Service* a lo largo de casi dos décadas de Gobiernos conservadores, existían un gran número de hospitales obsoletos, muy envejecidos y parcamente dotados de tecnología.

El régimen de concesión administrativa de los servicios públicos sanitarios se ha utilizado por vez primera en España en la Comunidad Valenciana, donde ha sido determinante para la construcción y gestión del Hospital de Alcira y de su área sanitaria; posteriormente, este modelo se ha extendido a los hospitales de Torrevieja, Denia, Manises y a sus respectivas áreas sanitarias. También ha sido objeto de aplicación en otras autonomías, como la Comunidad de Madrid, donde ya se rige por este sistema el Hospital Infanta Elena.

Esas concesiones se han otorgado mediante concurso público a entidades privadas, las cuales deben costear la construcción de las infraestructuras hospitalarias y de la Atención Primaria correspondiente al área sanitaria, cuya gestión integral se les concede por un plazo de tiempo

determinado. Finalizado dicho plazo, todos los activos, edificios, instalaciones, instrumental y demás elementos precisos para la prestación del servicio deben revertir a la Administración sanitaria de la comunidad autónoma, que podrá decidir a partir de entonces si gestiona directamente el servicio o si adjudica mediante concurso público una nueva concesión.

En la actualidad, y con importantes matices locales, la fórmula de colaboración público-privada (PPP), sujeta a la norma SEC-95 para poder ser contabilizada como gasto corriente y sometida al rigor de los pliegos de condiciones técnicas, ha propiciado la construcción de un gran número de nuevos hospitales en comunidades distintas de la valenciana. En concreto, así se han construido en la Comunidad de Madrid los hospitales de Aranjuez, Majadahonda, Arganda del Rey, Coslada, Parla, San Sebastián de los Reyes y Vallecas; el Hospital Universitario Son Dureta, en las Islas Baleares; y el nuevo hospital de Burgos, en Castilla y León.

Otra fórmula de gestión personalizada es la que se realiza a través de fundaciones públicas hospitalarias, entidades que están ampliamente representadas en Galicia, donde son varios los hospitales gestionados mediante esta fórmula (hospitales de Verín, O Salnés, Valedoras y Monforte), en la Comunidad de Madrid (Hospital Universitario Fundación Alcorcón), en las Islas Baleares (Hospital de Manacor y Hospital Son Llátzer), en la Región de Murcia (Fundación Hospital de Cieza), en La Rioja (Fundación Hospital de Calahorra) y en el Principado de Asturias (Hospital de Poniente).

Tales fundaciones se constituyen mediante la aportación del capital fundacional por parte de la Administración autonómica, la cual normalmente también construye el centro y lo dota de material. Realiza su gestión a través de un patronato, que nombra directamente a los gestores profesionales del establecimiento y contrata al personal asistencial que, en algunos casos, puede ser también (al menos en parte) personal dependiente del servicio regional de salud correspondiente.

Otras comunidades han optado por crear empresas para gestionar hospitales, cuyo capital pertenece al 100% a la comunidad autónoma. Ejemplo de ello es la Empresa Pública Hospital Costa del Sol de la Junta

de Andalucía, que surge como un proyecto piloto para introducir formas diferentes de organización hospitalaria en esa comunidad, aplicando las herramientas de gestión empresarial al sector hospitalario público, con el objetivo de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios. Similar experiencia existe en la Comunidad de Madrid, donde tiene esa configuración el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Las ventajas que ofrece la fórmula de colaboración público-privada (PPP) para las Administraciones Públicas son tan numerosas como sus desventajas. Por un lado, no se les exige un desembolso inmediato de fondos públicos para financiar la construcción o el equipamiento de un hospital, mientras que para la explotación del establecimiento por un tiempo determinado es posible habilitar fórmulas muy variadas de capitación y de explotación, tanto de los servicios hospitalarios ligados a la hostelería y de los servicios de apoyo como de las unidades específicamente sanitarias, en las cuales se incluye el importe de las amortizaciones de las inversiones realizadas por los empresarios titulares de la concesión. Para las empresas este tipo de concesión puede constituir una inversión atractiva si los plazos de explotación y los márgenes económicos de la capitación y de la explotación de servicios resultan adecuados y rentables.

Las desventajas se relacionan siempre con una hipotética pérdida de calidad del servicio sanitario público gestionado con ánimo de lucro y, también, con la objetiva dificultad de convivencia que tienen las estructuras sanitarias que prestan el servicio público si son gestionadas, unas en régimen privado, otras conforme a los parámetros normales de las Administraciones Públicas sanitarias. También es evidente el riesgo de que se creen monopolios zonales en manos privadas, que suelen ser difíciles de corregir a medio plazo.

La autoridad política es, pues, el garante último de los centros sanitarios configurados de esta manera, incluso en los casos en los que la fórmula tiene un carácter más privado, al menos cuando no existen mecanismos jurídicos y fondos patrimoniales que permitan la asunción de los déficits por la empresa. En realidad, las concesiones implican una mayor disciplina financiera y un mayor y más riguroso control económico sólo si el garante público es cuidadoso en su seguimiento y evaluación.

La implantación de todos esos elementos en la gestión de los hospitales públicos españoles es muy reciente. Por ello, y por la opacidad informativa que caracteriza al sistema sanitario y la dificultad que hoy existe para analizar datos estadísticos que proceden de fuentes muy distintas y elaborados con arreglo a criterios heterogéneos, es difícil realizar en la actualidad una valoración rigurosa sobre las ventajas e inconvenientes que plantean.

Tampoco parece tarea fácil establecer pautas de comparación incontestables sobre la calidad de la asistencia que se presta en los centros hospitalarios gestionados por concesionarios en relación con la propia de los establecimientos que se gestionan directamente por las Administraciones sanitarias y, aún menos, sobre la percepción que tiene la población asistida en relación con la asistencia que recibe en ambos tipos de hospitales.

En este sentido, ya hay trabajos publicados sobre la influencia de la persona jurídica en la gestión de procesos asistenciales habituales como el infarto agudo de miocardio, el cáncer de mama y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (29). Evidencian que la calidad asistencial es similar en todas las fórmulas jurídicas; no obstante, la gestión de la lista de espera quirúrgica es más eficaz en los centros con persona jurídica propia, a lo cual parece contribuir el alto porcentaje de intervenciones realizadas mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA). En los hospitales con mayor cartera de servicios, mayor número de unidades especializadas, recursos más ajustados a protocolos y guías de práctica clínica, la atención parece más adecuada. Estos aspectos favorecen aparentemente a los hospitales de nueva fórmula jurídica, que han mostrado ser más eficientes gracias a su mayor dotación tecnológica, su mayor incentivación y su mayor disponibilidad de horarios.

La utilización de estos entes y personas jurídicas por los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas responde básicamente a dos criterios. En primer lugar, su creación suele ser consecuencia de razones muy coyunturales, de orden financiero y presupuestario, en bastantes casos derivadas de la necesidad de compensar el déficit sanitario. En segundo lugar, en otros casos se pretende conseguir mayor flexibilidad y libertad en la gestión de los establecimientos acudiendo a lo que

se conoce como "la huida del derecho administrativo", que permite utilizar el sistema de contratación privada y gestionar la actividad normal de los hospitales con arreglo a un régimen de gestión presupuestaria menos exigente que el tradicional público en términos de legalidad. Esta fórmula podría servir, si el paciente pudiera elegir, para mejorar la eficiencia, ya que aumentaría la competitividad.

3.4.2. La nueva microgestión: los institutos

A lo largo de la última década en algunos hospitales se han implantado nuevas fórmulas de microgestión que han facilitado una actividad de investigación que tanto en cantidad como en calidad es superior a la que realizan la mayor parte de los centros hospitalarios españoles, una docencia excelente a todos los niveles y una labor asistencial puntera, basada en institutos, llamados áreas de gestión clínica.

En el estudio *Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles* (2002), se analiza la respuesta de gerentes y clínicos frente a preguntas sobre las innovaciones organizativas que empezaban a tener lugar en España respecto del servicio clínico (30). Como aspectos positivos se pone de manifiesto un cambio cultural en todos los clínicos implicados, con mayor participación de los profesionales médicos en la gestión, así como una mejora sustancial de la comunicación entre la gerencia y las direcciones de los institutos. Los institutos han conseguido implantar el modelo de dirección por objetivos y han logrado rediseñar los procesos asistenciales más frecuentes. Se constata una mejora en los indicadores de actividad, que marca un aumento en la producción y una mejora en la calidad asistencial, disminuyen los tiempos de demora de las pruebas complementarias.

Sin embargo, también se constatan deficiencias: los participantes manifiestan que el INSALUD ofrece poca claridad en la forma de implantar y desarrollar el modelo de institutos; a la vez, paradójicamente, la reticencia del propio INSALUD a ver fracasar el proyecto convive con una falta de directrices estratégicas potentes, un alto grado de incertidumbre y una situación comprometida para la asunción de riesgos.

El estudio evidencia cómo el desarrollo de uno de estos institutos genera "islas funcionales" en su correspondiente hospital, ya que las transfe-

rencias de riesgos y la asunción de los mismos no son reales, los presupuestos que se gestionan no son los propios del instituto y los sistemas de información se muestran frágiles y poco funcionales.

Esas áreas de gestión clínica parten de la filosofía de centrarse en los procesos de enfermar del paciente (área del corazón, área de urgencias, área renal, etc.) y no en la estructura jerarquizada clásica de los servicios sanitarios tradicionales establecida en función de las especialidades médicas aisladas.

Este tipo de gestión surge como reacción frente a la gestión desarrollada por las gerencias y demás estructuras hospitalarias, con la finalidad de "devolver algún poder de gestión al médico" (de ahí el nombre de microgestión), en una práctica que se basa en las condiciones del paciente. Dirige por "vías y guías clínicas" el periplo del enfermo desde que contacta con el sistema sanitario y continúa por todas sus instancias asistenciales, en las que se protocolizan según la evidencia científica las pruebas diagnósticas y los tratamientos.

Los resultados de la diversidad organizativa en términos de mejora de la calidad de la asistencia y de mayor eficacia económica son muy diversos y, en realidad, poco concluyentes. De hecho, los resultados económicos de la sanidad catalana, en cuya gestión de los hospitales de la red de utilización pública coexisten todas las fórmulas organizativas posibles conocidas, no son especialmente mejores ni muy distintos de los que ofrecen los servicios regionales de salud, cuyos establecimientos se rigen básicamente por pautas tradicionales (31).

No es infrecuente que cualquier reforma en el terreno de la gestión, por beneficiosa que objetivamente resulte o pueda resultar, sea tachada de privatizadora y, con ello, extraordinariamente difícil de llevar a cabo, dadas las inmediatas repercusiones mediáticas y políticas que conlleva cualquier alteración del *statu quo* laboral en un servicio público como el sanitario.

De hecho, un reciente análisis (32) sobre el sector sanitario público español descentralizado en el que participaron 141 directivos y ex directivos del SNS destaca el pesimismo que existe entre los cuadros directivos del SNS, principalmente gerentes hospitalarios, sobre la posibilidad de

realizar cambios en el sistema, conscientes de que en este terreno "querer no es poder", pues el inmovilismo organizativo en materia laboral tiene enorme fuerza en el sistema sanitario. De esta manera, frecuentemente resultan inamovibles las cuestiones problemáticas relacionadas con el estatuto del personal, por disfuncionales que sean.

La verdad es que ello hace muy difícil que el sistema sanitario español sitúe al ciudadano en el nivel central de preocupación, que es lo que teóricamente correspondería hacer, pues por encima de esa preocupación suelen primar cuestiones e intereses más prosaicos, como los laborales, los ligados a los salarios del personal o los corporativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freire JM. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Sanidad (I). Verano del 2006; 31-45.
2. Rodríguez-Vigil JL. Integración o desmoronamiento, la encrucijada del Sistema Nacional de Salud español. Pamplona: Thompson-Civitas 2008.
3. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Madrid: Fundación Alternativas 2006.
4. Costa-Font J, Pons-Novell J. Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized National Health System. Documents de treball de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresarials. 2005.
5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128.
6. OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Papers 2006; n.º 477.
7. Ahn N, Alonso Meseguer J, Herce San Miguel JA. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Documentos de trabajo. Fundación BBVA 2003; n.º 7.
8. Instituto de Estudios Fiscales. Informe para el análisis del gasto sanitario. 2005.
9. Alonso Meseguer J, Herce San Miguel JA. El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas. FEDEA. Textos Express 1998; 98-01.
10. Pellisé L, *et al.* Financiación sanitaria y proceso transferencial. En: López i Casasnovas G (dir.), Rico Gómez A (coord.). Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las autonomías. Tomo I. Bilbao: Fundación BBVA 2001.
11. Hidalgo A, del Llano J, Pérez Camarero S. Simulador de gasto sanitario de las comunidades autónomas. En *http://www.gastosanitario.info* [Consulta: viernes, 23 de mayo de 2008].
12. Urbanos R, Meneu R. La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes. En: Rodríguez M, Urbanos R (eds.). Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier 2007.

13. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del 2005. En *www.msc.es*.
14. Rodríguez Sendín JJ. Necesidades de médicos en España: a propósito de estudios, debates y posibles soluciones. Organización Médica Colegial de España. En *www.cgcom.org*.
15. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Universidad de las Palmas de Gran Canaria. 2007 (marzo).
16. Barbado J. ¿Déficit de médicos o mala distribución? Revista Médica 2008 (febrero); 85 (8): 34-37.
17. OECD. Health data 2007. En *www.oecd.org*.
18. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. En *http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/isns_04.htm* [Consulta: 20 de mayo de 2008].
19. Evans R, Barer M, Marmor T (eds.). Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter 1994.
20. Del Llano J. La salud y la atención sanitaria. En: Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Pirámide 2001; 17-35.
21. Meneu R, Peiró S. Efectividad de los tratamientos y desigualdades en utilización de servicios sanitarios. En: Rodríguez M, Urbanos R (eds.). Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier 2007.
22. 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 n.º 222.
23. Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit 2008; 22 (1): 89-95.
24. Regidor E (dir.), Díaz Olalla JM, Lostao L, Pascual C, Sánchez E, Sanz B. Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud 2008.
25. Costas Lombardía E. Los políticos no esperan. El País, 5 de mayo de 2008.
26. Defensor del Pueblo. Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Serie Informes, Estudios y Documentos. 2003 (abril).
27. Defensor del Pueblo. Informe Anual del 2006.
28. OCU. Listas de espera en la Seguridad Social. 2008 (febrero). En *www.ocu.org*.
29. Coduras A, del Llano J, Raigada F, Quecedo L, Rodríguez M, Aranda I, Saffon JP, Antón E. Gestión de tres procesos asistenciales según persona jurídica hospitalaria. Sedisa Siglo XXI 2008; 8: 44-55.
30. Del Llano J, Martínez JF, Gol J, Raigada F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. Gac Sanit 2002; 16 (5): 408-16.
31. López i Casasnovas G (dir.). Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las autonomías. Análisis comparativo de las comunidades autónomas del País Vasco, Andalucía y Cataluña. Bilbao: Fundación BBVA 2001.
32. Artells JJ, Castellón E, Sevilla F, Cervera S, García A (dirs.). Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado. Análisis prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad 2005.

4

La utilización de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización, con el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria. La cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias abarca salud pública, Atención Primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario (1).

No obstante, una mejor definición del derecho a la asistencia sanitaria pública posiblemente redundaría en un mejor control del acceso, en unas mejores condiciones laborales y de legalidad de los inmigrantes, y en una clarificación financiera de los servicios regionales de salud.

Dentro de este marco se producen dos hechos relativamente excepcionales. Por una parte, existen ciudadanos españoles que se encuentran sin cobertura por no haber cotizado al sistema de la Seguridad Social y cuyos medios económicos actualmente se consideran suficientes. Por otra parte, existen importantes colectivos, como los funcionarios del Gobierno central y otros (empleados de empresas colaboradoras, periodistas, profesionales liberales), que disfrutan de sistemas de Seguridad Social propios que entrañan diferencias y privilegios injustos respecto al resto de la sociedad. Esta situación dualiza el acceso a los servicios sanitarios y priva a la sanidad pública de usuarios influyentes e informados, que podrían contribuir decisivamente a elevar sus estándares de servicio y calidad (2).

Hasta el año 2003, con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en España no se aborda este grave problema sociosanitario desde una perspectiva global y con mecanismos explícitos. Esta ley establece las garantías de espera en el sistema sanitario: "En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco" (3).

Casi al mismo tiempo se aprueba el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud: "Tiene por objeto establecer los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas correspondientes a los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, a fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de éstas para el conjunto del sistema que permita el análisis y evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento, garantizando la transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano" (4).

La identificación de posibles diferencias en la provisión de servicios se puede realizar mediante el análisis de los recursos de las carteras de servicios de Atención Primaria y atención especializada de las comunidades autónomas. Sin embargo, es más pertinente averiguar a qué prestaciones sanitarias tienen realmente acceso los ciudadanos de cada comunidad, así como la cantidad y la efectividad de las mismas. De este modo, la hipótesis de estudio que se plantea es que la utilización de servicios refleja las distintas prestaciones de servicios sanitarios a los que tienen acceso los ciudadanos. Para ello es preciso detectar, bien una posible sobreutilización, bien una posible subprovisión. Las variaciones en la utilización de servicios pueden ser indicativas de diferencias en la morbilidad o en los estilos de práctica profesional en una determinada población, que cuestionarían la equidad y/o la eficiencia de los servicios sanitarios.

El análisis de las variaciones en la utilización por procesos específicos permite profundizar en aspectos asociados con la variabilidad dependiente de la discrecionalidad en la indicación, posibles problemas de accesibilidad, cuidados ambulatorios, acciones preventivas o diferentes estilos de práctica clínica. También puede sugerir posibles recursos disponibles que, una vez liberados, pueden utilizarse para atender otras patologías.

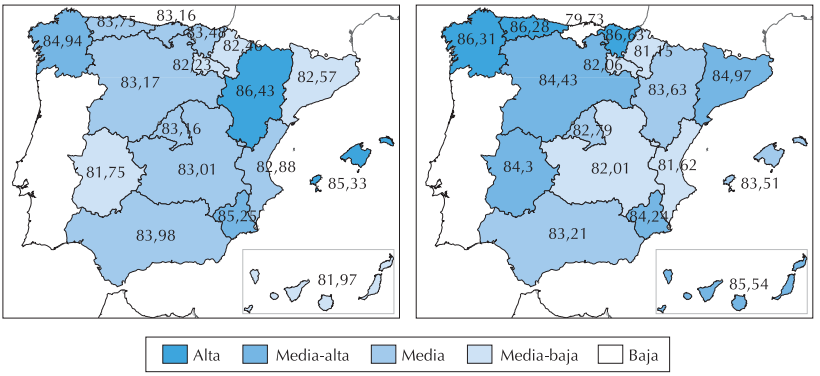
Así las cosas, la igualdad de acceso está estrechamente relacionada con la distribución de la oferta y la demanda o utilización. Para estimar el alcance de esta relación, a continuación se exponen las comparaciones

entre las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2003 y 2006, relativas a actividad asistencial y perfil de frecuentación, urgencia y accesibilidad. Sobre calidad y resultados se presentan el estudio ENEAS, el Atlas VPM y el estudio EPIMED (5-23).

4.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y PERFIL DE FRECUENTACIÓN

La Encuesta Nacional de Salud recoge las respuestas de los ciudadanos ante diversas preguntas planteadas en torno a la actividad asistencial. El indicador más sintético de la frecuentación de algún tipo de médico, ya sea de Atención Primaria, ya sea de atención especializada, ya sea de ámbito público o privado, posiblemente sea el porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta de si se ha acudido al médico entre los dos y los 12 meses anteriores. Los mapas comparativos de la Figura 1 reflejan la situación en el 2003 y en el 2006.

El rango es muy estrecho y la frecuentación al médico "al menos una vez" es muy elevada en todas las comunidades autónomas. Se puede afirmar que entre los años 2003 y 2006 la media nacional se incrementa ligeramente y que las posiciones relativas de las diversas comunidades se alteran, de manera que aumenta la frecuentación relativa en Galicia, el Principado de As-



	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	83,43%	Media	83,79%	Media
PR = posición relativa.				

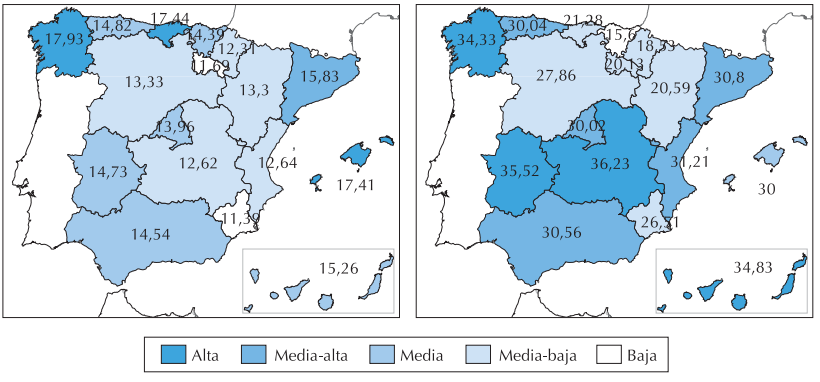
FIGURA 1. Porcentaje de población que ha acudido al médico entre 2 y 12 meses antes de las Encuestas Nacionales de Salud del 2003 y del 2006.

turias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Canarias y el País Vasco, mientras que disminuye en Cantabria, Castilla-La Mancha, las Islas Baleares, Aragón y la Comunidad Valenciana, y se mantiene en el resto.

En cuanto a los tiempos medios de desplazamiento desde el domicilio a la consulta y de espera a ser atendido una vez en ella, sólo se dispone de datos del año 2003, por lo que se presentan en sendos mapas de la Figura 2.

En el mapa de la izquierda se aprecia que el tiempo de desplazamiento es muy superior a la media en el Principado de Asturias, Galicia y las Islas Baleares, y superior a la media en Cataluña. Las únicas comunidades autónomas en las que los tiempos son menores con respecto al resto son la Región de Murcia y La Rioja.

En el mapa de la derecha los tiempos de espera más elevados se concentran en Galicia, Canarias, Extremadura y Castilla-La Mancha. Por encima de la media quedan el Principado de Asturias, Cataluña, la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana y Andalucía. El País Vasco es la comunidad autónoma que presenta los menores tiempos de espera.



	2003	PR	2003	PR
Total sobre la población de España	14,46	Media	29,97	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	14,31	Media	17,37	Baja
PR = posición relativa.				

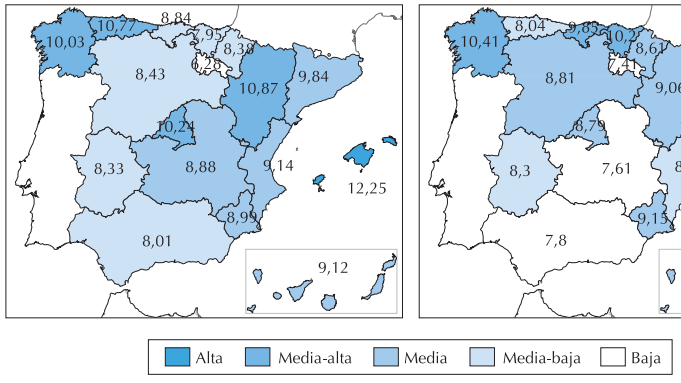
FIGURA 2. Tiempo medio (en minutos) de desplazamiento desde el domicilio a la consulta (mapa de la izquierda) y de espera una vez en ella (mapa de la derecha) en el año 2003.

Nada puede decirse acerca de la evolución de esta variable en el 2006, pues las preguntas al respecto no se hicieron o no están publicadas en la Encuesta Nacional de Salud del 2006.

A continuación, se presentan los porcentajes de población hospitalizada al menos una vez en los últimos 12 meses previos a la realización de las respectivas Encuestas Nacionales de Salud del 2003 y del 2006 (Figura 3). La comparación entre los años 2003 y 2006 pone de manifiesto que la media nacional disminuye. En el 2003 las comunidades autónomas que superan la media son Galicia, el Principado de Asturias, la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares y Aragón. En el 2006, y ante una media nacional menor, Galicia, Cantabria, el País Vasco y Cataluña presentan la mayor incidencia.

4.2. URGENCIA Y ACCESIBILIDAD

En este apartado se valora la evolución del uso de los Servicios de Urgencias y la accesibilidad a los servicios sanitarios. En cuanto al primer aspecto, se dispone de datos comparativos de los años 2003 y 2006, mientras que acerca del segundo sólo se realizan preguntas en el 2006.



	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	9,24%	Media	8,94%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	9,7%	Media	11,8%	Alta
PR = posición relativa.				

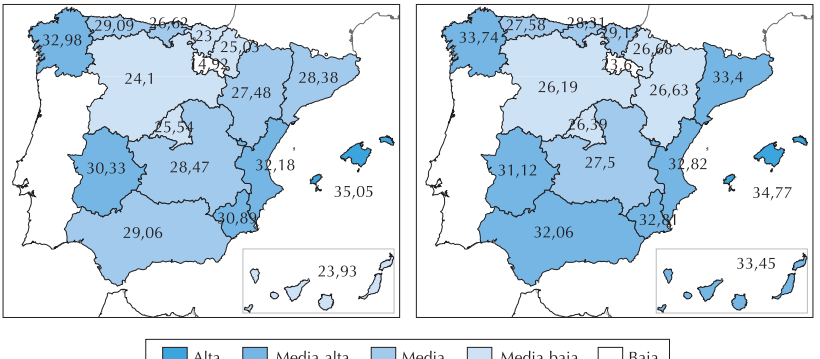
FIGURA 3. Porcentaje de población hospitalizada al menos una vez en cualquier tipo de centro en los 12 meses previos a las Encuestas Nacionales de Salud del 2003 y del 2006.

Como se aprecia en la Figura 4, en el 2003 el porcentaje de población que ha usado al menos una vez el Servicio de Urgencias es superior a la media en Galicia, Extremadura, las Islas Baleares, la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia. La media nacional aumenta en el 2006 y, respecto a ella, quedan por encima Galicia, Cataluña, Extremadura, la Comunidad Valenciana, la Región de Murcia, Andalucía, las Islas Baleares y Canarias. En general, se advierte una mayor presión asistencial. La Rioja es la comunidad autónoma con menor incidencia.

Respecto de la accesibilidad a la asistencia médica, la Figura 5 evidencia la proporción afectada de hombres y de mujeres en el 2006. Los resultados muestran una media de inaccesibilidad nacional más elevada entre la población femenina que entre la masculina. Las comunidades autónomas más afectadas en el caso de los hombres son La Rioja, la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad Valenciana y las Islas Baleares. En el caso de las mujeres, destaca significativamente La Rioja, seguida de la Comunidad Valenciana.

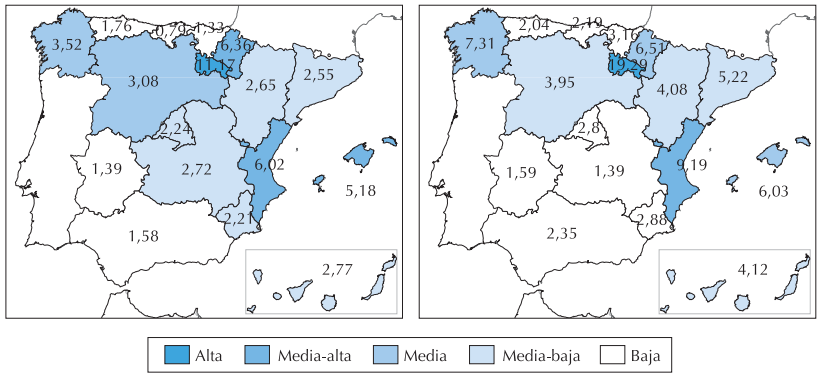
4.3. CALIDAD Y RESULTADOS

La evolución de la asistencia sanitaria en España, como en el resto de los países de cultura occidental, ha sido consecuencia del desarrollo so-



	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	28,2%	Media	30,76%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	24,82%	Media-baja	38,36%	Alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 4. Porcentaje de población que acude al Servicio de Urgencias al menos una vez en cualquier tipo de centro en los 12 meses previos a la Encuesta Nacional de Salud de las ediciones 2003 y 2006.



	2006	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	2,86%	Media	4,38%	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	3,52%	Media-alta	8,56%	Media-alta
PR = posición relativa.				

FIGURA 5. Porcentaje de hombres (izquierda) y de mujeres (derecha) que declaran inaccesibilidad a la asistencia médica en los 12 meses previos a la Encuesta Nacional de Salud del 2006.

cioeconómico. Este desarrollo ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología biomédica y del conocimiento científico, con el consiguiente aumento no sólo del nivel de vida, sino de la esperanza de vida, de la calidad de las prestaciones y de los derechos de los pacientes.

Esta situación ha despertado nuevas expectativas entre los ciudadanos, que una vez que acceden a la información sanitaria están determinando un cambio en la relación médico-paciente hacia el denominado paciente "competente". Se trata de un paciente que se implica, que adopta una actitud activa y responsable de su autonomía en las decisiones clínicas en torno a alternativas, riesgos y probabilidades, y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios.

En el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2006, disponible en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo, se pone de manifiesto que la mayoría de las comunidades autónomas establecen la calidad de la atención sanitaria como uno de sus objetivos estratégicos. Del análisis de la información aportada se deduce la gran similitud en los enfoques de los planes de calidad de las diferentes comunidades autónomas y cómo las prioridades en este campo suelen coincidir con las que hoy se definen en los países de la Unión Europea. Las áreas de las que se

dispone de más información son la atención centrada en el paciente y la seguridad. Hay que destacar que diez comunidades autónomas disponen de encuestas institucionales con amplia cobertura.

No obstante, cabe preguntarse por qué algunas dimensiones muy valoradas por los profesionales (por ejemplo, la efectividad clínica) no se abordan con más frecuencia. También debería ser motivo de reflexión que la continuidad asistencial esté contemplada en los planes de sólo cuatro comunidades autónomas, cuando se camina internacionalmente hacia la gestión integral de los procesos asistenciales más prevalentes, es decir, las enfermedades crónicas.

El estudio de la frecuencia de los efectos adversos en la asistencia y su efecto en los sistemas de salud está experimentando un notable impulso en los últimos años. En España, el estudio ENEAS arroja una cifra igualmente preocupante: un 9,3% de los pacientes ingresados en los hospitales sufren algún tipo de efecto adverso (10). Este estudio subraya que casi la mitad pueden evitarse. Y lo que es más importante aún, señala que un 16% de los pacientes que tienen un efecto adverso sufren consecuencias graves, que en casi un 2% de los casos suponen que el paciente, o tiene un alto riesgo de morir, o fallece.

También evidencia que los pacientes mayores de 65 años tienen 2,4 veces más riesgo de sufrir un efecto adverso relacionado con la asistencia sanitaria. Este hallazgo apuntaría a la necesidad de prestar más atención a los pacientes mayores o con pluripatología, sabiendo que la edad de los pacientes que permanecen ingresados en los hospitales de agudos es cada vez mayor. Por otra parte, el estudio también sugiere que cuanto mayor sea el número de factores de riesgo extrínseco, es decir, cuanto más instrumentalizada esté la asistencia del paciente, mayor probabilidad existirá de que presente un efecto adverso durante el ingreso.

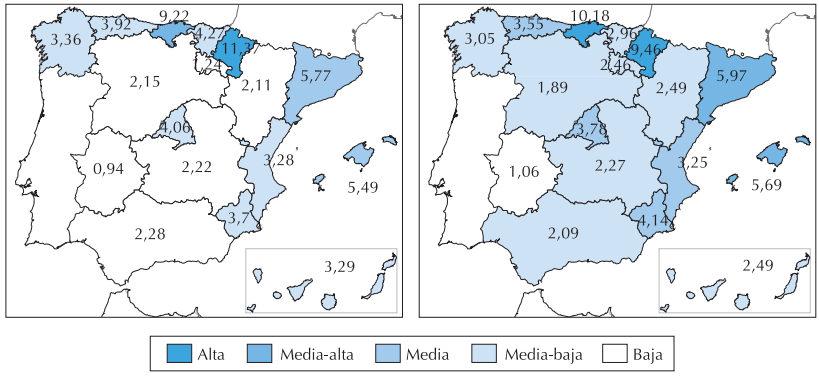
Ya en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2006 se exponen numerosas iniciativas de acreditación de varias comunidades autónomas que han desarrollado sistemas propios. Entre ellos destaca la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, creada en el 2002 como entidad certificadora del sistema sanitario público andaluz y encargada de implantar los distintos programas de acreditación (profesionales, centros

y unidades sanitarias, así como la formación o las páginas web con contenidos sanitarios). En el 2006 se inician los programas de acreditación de competencias profesionales, de oficinas de farmacia y de unidades de hemodiálisis.

En cuanto al número total de necropsias, uno de los indicadores de calidad hospitalaria más utilizados, en la Figura 6 se aprecia que la tasa media española se incrementa entre los años 2002 y 2005. En el 2002 tan sólo la Comunidad Foral de Navarra y Cantabria superan la media nacional, mientras que en el 2005 Cataluña y las Islas Baleares se añaden a este grupo. Asimismo, mejoran las posiciones relativas de la Comunidad de Madrid, el Principado de Asturias, La Rioja, Castilla y León, Aragón, Castilla-La Mancha, la Comunidad Valenciana, las Islas Baleares, la Región de Murcia y Andalucía.

4.3.1. Variabilidad de la práctica médica: Atlas VPM

En los últimos dos siglos los patrones geográficos de mortalidad han constituido un instrumento útil para formular hipótesis sobre las causas de las enfermedades y han contribuido en gran medida a resolver problemas de salud pública. Los primeros trabajos conocidos fueron los



	2002	PR	2005	PR
Total sobre la población de España	2,28	Media	3,6	Media
Total sobre la población de Ceuta y Melilla	0,66	Baja	0,46	Baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 6. Número total de necropsias realizadas en centros sanitarios españoles de todo tipo por cada 100 fallecidos en centros sanitarios de cualquier tipo, para las distintas comunidades autónomas, en los años 2002 y 2005.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

mapas sobre la fiebre amarilla publicados en 1798 (11, 12). A mediados del siglo XIX John Snow desarrolló su hipótesis sobre la forma de transmisión del cólera a partir del análisis visual que mostraba la distribución geográfica de su mortalidad en el Soho de Londres (13). En 1890 Theobald Palm obtuvo datos sobre la variación geográfica en la prevalencia del raquitismo en varios países y confirmó la relación causal entre esta enfermedad y la falta de luz solar.

Como continuación de estos ejemplos, durante el siglo XX distintos tipos de atlas de salud han puesto de manifiesto repetidamente cómo la producción sistemática de mapas con indicadores sanitarios puede ser un instrumento de salud pública muy valioso para formular hipótesis sobre las causas de las enfermedades, identificar posibles factores de riesgo de enfermedad y muerte, y poner en marcha la planificación de políticas sanitarias (14).

Los estudios de variabilidad geográfica de la práctica médica han añadido nuevos elementos al debate que nos ocupa. En este sentido, el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (Atlas VPM) en el Sistema Nacional de Salud, que estudia sistemáticamente la atención hospitalaria recibida por 35 millones de españoles y ofrece una fotografía de las diferencias en el uso de múltiples procedimientos y condiciones clínicas, ha confirmado que con frecuencia no es la carga de enfermedad de las poblaciones la que determina la utilización de tecnologías sanitarias. En efecto, la constatación de que el lugar donde vive una persona explica la diferente exposición a los procedimientos o tecnologías médicas es clara.

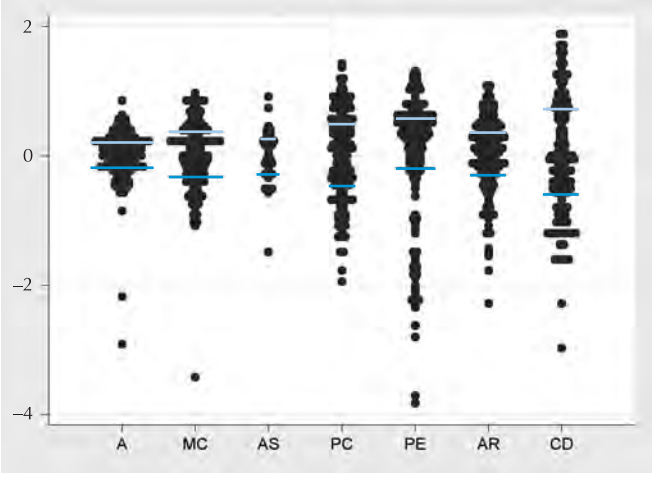
En la Tabla I y en la Figura 7 se observa la distinta variabilidad en las tasas poblacionales de utilización de servicios, procedimientos o tecnologías hospitalarias. Se muestran, de menor a mayor variación: apendicectomía urgente, mastectomía conservadora en el cáncer de mama, angioplastia coronaria transluminal percutánea con endoprótesis, prostatectomía en el cáncer de próstata, ingreso hospitalario por psicosis esquizofrénica, artroplastia de rodilla y hospitalizaciones por complicaciones agudas de la diabetes.

Se representan las tasas estandarizadas de utilización de procedimientos, tecnologías u hospitalizaciones según el caso. Cada punto corresponde a un área sanitaria, salvo en la angioplastia coronaria transluminal percutánea con endoprótesis, cuya representación es por provincias.

Tabla I. Variabilidad geográfica en la utilización de tecnologías hospitalarias (estadísticos de variación)

	A	MC	AS	PC	PE	AR	CD
TE (x10.000 hab)	9,72	4,56	5,69	2,22	5,82	7,7	0,26
RV95-5	2,59	5,13	3,8	9,07	27,4	6,4	-
RV75-25	1,49	1,99	1,72	2,6	2,14	1,93	4,50
CVp	0,25	0,38	0,28	0,51	0,47	0,41	0,95
CSV	0,07	0,13	0,15	0,21	0,23	0,27	0,59
Efecto C. A.	14%	61%	44%	34%	32%	23%	2%

TE = tasa estandarizada mediante el método directo. RV95-5 = razón entre las tasas de las áreas que ocupan el percentil 95 y el percentil 5; RV75-25 = razón entre las tasas de las áreas que ocupan la parte central de la distribución (50% de las áreas); CVp = coeficiente de variación ponderado por el tamaño de las poblaciones; CSV = componente sistemático de variación estadístico que controla la parte de variación debida al azar; A = apendicectomía urgente; MC = mastectomía conservadora en el cáncer de mama; AS = angioplastia coronaria transluminal percutánea con endoprótesis; PC = prostatectomía en el cáncer de próstata; PE = hospitalización por psicosis esquizofrénica; AR = artroplastia de rodilla; CD = complicaciones agudas de la diabetes; efecto C. A. = porcentaje de la variación explicado por la comunidad autónoma de residencia de los pacientes.



A = apendicectomía urgente; MC = mastectomía conservadora en el cáncer de mama; AS = angioplastia coronaria transluminal percutánea con endoprótesis; PC = prostatectomía en el cáncer de próstata; PE = hospitalización por psicosis esquizofrénica; AR = artroplastia de rodilla; CD = complicaciones agudas de la diabetes.

FIGURA 7. Variabilidad geográfica en la utilización de tecnologías hospitalarias (tasas de utilización en escala logarítmica).

4.3.1.1. ¿Qué influye en la variación observada?

En principio, la primera causa de variabilidad serían las diferencias en morbilidad entre las poblaciones. Algunos procedimientos como la fractura de cadera, la colectomía por cáncer colorrectal o la apendicectomía urgente, en los que cabe esperar que la variabilidad esté asociada a diferencias en morbilidad (el tratamiento hospitalario es necesario en la inmensa mayoría de los casos y no existen alternativas terapéuticas), presentan sistemáticamente una variación muy escasa.

Por el contrario, las tecnologías o servicios que no están estrictamente conducidos por las diferencias en morbilidad muestran variaciones siempre mayores. Esto es particularmente claro en los ejemplos ofrecidos en la Tabla I, en los que los diferentes valores de la mastectomía conservadora y las complicaciones agudas de la diabetes respecto de la apendicectomía sugieren que no son las diferencias en morbilidad, sino otros factores, los que influyen.

En el resto de las tecnologías del ejemplo los factores que pueden influir más allá de la diferencia en morbilidad entre poblaciones dependen de cada una. En general, se podría asumir que para las tecnologías cuyas pruebas de efectividad sean mejores (y que comporten escaso riesgo para la personas) la variabilidad sería menor, mientras que, cuando la incertidumbre sea mayor, otros factores ligados a la oferta serían responsables de una mayor variabilidad.

Entre los procedimientos ejemplificados podrían considerarse de variabilidad moderada la mastectomía conservadora en el cáncer de mama y la angioplastia coronaria transluminal percutánea con endoprótesis, mientras que el resto podrían considerarse de variabilidad alta o muy alta. En estos últimos cabe esperar que distintos factores de la oferta estén influyendo profundamente. En el caso de la prostatectomía en el cáncer de próstata, se trataría de los diferentes estilos de práctica. En cuanto a la psicosis esquizofrénica, sería la existencia o no de recursos alternativos a la hospitalización. Por lo que respecta a la artroplastia de rodilla, serían los incentivos económicos a hacer más (y no mejor) para reducir las listas de espera, o bien la fascinación tecnológica. En el caso de las hospitalizaciones por complica-

ciones agudas de la diabetes, se trataría de la escasa continuidad o de la insuficiente longitudinalidad de los cuidados ambulatorios en los pacientes crónicos.

Un último elemento es el efecto que sobre las variaciones tiene vivir en una determinada comunidad autónoma (Tabla I). Hay servicios o tecnologías en los que la comunidad autónoma explica un porcentaje enorme de la variabilidad, particularmente en aquéllos en los que las decisiones regionales de política sanitaria pueden influir. Así, por ejemplo, la existencia o cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama influiría en la variación de las tasas de mastectomía conservadora; la planificación del acceso a los centros con servicio de hemodinámica influiría en la variación de las tasas por endoprótesis; la implantación de políticas de cuidados alternativos para enfermos psicóticos influiría en la variabilidad de las hospitalizaciones por psicosis esquizofrénica.

4.3.1.2. ¿La cartera de servicios puede disminuir la variabilidad injustificada?

Cuando la variabilidad se debe a la infrautilización de servicios efectivos y seguros por problemas de acceso o políticas regionales que influyen en la implementación de estos servicios, las herramientas de planificación o aseguramiento, como la cartera de servicios, pueden ser útiles para disminuir las diferencias entre poblaciones. Sin embargo, como se ha señalado, la mayor parte de la variabilidad en los procedimientos de alta o muy alta variación se debe a factores de la oferta que no se verán afectados por aquélla.

En general, el análisis de variaciones propone una serie de preguntas para el debate de política sanitaria, principalmente (15-20):

1. ¿La probabilidad de que un individuo sufra un procedimiento innecesario (con mayores riesgos que beneficios) y un resultado adverso debido al mismo es diferente según el lugar donde vive o el servicio al que acude?
2. ¿Qué coste de oportunidad tienen para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria?
3. ¿Cuál es el valor marginal y el coste de oportunidad de los recursos extra destinados a multiplicar por *n* la tasa de intervenciones (o fármacos, ingresos, derivaciones...) respecto al área vecina?

4.3.2. Calidad y seguridad en farmacia hospitalaria: estudio EPIMED

Aunque la variabilidad de la práctica clínica podría no ser un aspecto intrínsecamente negativo, es cierto que cuando no puede explicarse por la propia epidemiología del problema de salud puede considerarse como variabilidad no justificada y, por tanto, inapropiada (21).

Dentro de esta variabilidad, resulta especialmente interesante identificar si existe disparidad de criterios en la elección de las pautas de tratamiento farmacológico y en el contexto hospitalario, para así identificar oportunidades de mejora que contribuyan a la utilización racional de los medicamentos.

Las últimas novedades farmacoterapéuticas han contribuido a incrementar la supervivencia y a mejorar la calidad de vida, pero también han supuesto una mayor complejidad en cuanto a las condiciones de uso. En estas circunstancias puede verse favorecido un aumento de la variabilidad en cuanto a su uso.

Por otra parte, también se ha evidenciado un significativo incremento del gasto sanitario en fármacos, de manera que en el 2007 el gasto farmacoterapéutico representa casi la cuarta parte del gasto sanitario público español y el 1,07% del producto interior bruto (22). No obstante, las medidas de contención del gasto farmacéutico adoptadas hasta el momento se han basado principalmente en actuaciones sobre el precio de los medicamentos y, en menor medida, en garantizar el uso eficiente de los mismos.

Para definir estrategias de gestión farmacéutica que ayuden a conseguir un uso racional de los medicamentos, reduciendo la variabilidad y fomentando la eficiencia, es imprescindible conocer cómo se están usando. Sin embargo, se dispone de información limitada sobre el uso de los medicamentos, las patologías en las que se utilizan, las pautas posológicas y la duración de los tratamientos, así como sobre las circunstancias concomitantes que justifican una variación con respecto a lo esperado.

Puede darse la circunstancia de que, a pesar de que exista abundancia de datos, el conocimiento resulte insuficiente. La realización de estu-

dios cuantitativos y cualitativos sobre la utilización de medicamentos puede ser una tarea laboriosa, debido principalmente a la necesidad de consultar fuentes de información diversas y, en ocasiones, dispersas. Esta demora en la obtención de resultados dificulta la realización de estudios sistemáticos y en tiempo real, por lo que no es infrecuente que, cuando aquéllos están disponibles, la problemática que motivó el estudio haya variado y en su lugar hayan emergido otras.

El objetivo principal del estudio EPIMED es obtener indicadores de utilización de medicamentos en la práctica clínica habitual para identificar patrones discordantes de prescripción y orientar estrategias de política sanitaria (5-9). El estudio EPIMED incorpora nuevas tecnologías en el análisis de datos y un sistema de clasificación de la casuística más evolucionado, los GRD refinados internacionales (IR-GRD). Están orientados a procedimientos y permiten clasificar tanto a pacientes ingresados como a pacientes ambulatorios, teniendo en cuenta su nivel de gravedad (23).

De este modo, es posible estudiar, además de a los pacientes hospitalizados, a aquellos que son atendidos en régimen de hospital de día, a los sometidos a cirugía mayor ambulatoria y otras alternativas a la hospitalización convencional. Además, cada hospital participante dispone de acceso al agregado de datos del conjunto de los participantes, de forma que puede comparar cómo está utilizando los medicamentos con respecto a la norma o estándar.

En la realización del estudio EPIMED 2005 se han procesado 260.490 episodios, que contienen más de 2,7 millones de registros de medicamentos vinculados a estos episodios. Esta ingente información, generada por el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias, se ha podido procesar gracias al esfuerzo de los Servicios de Farmacia de los 18 hospitales de la práctica totalidad de las comunidades autónomas que han participado en el estudio (5-9). Actualmente, la edición 2006 está cerrada; y la edición 2007, en proceso.

También es posible llevar a cabo estudios de seguridad y estimar la adecuación de los tratamientos con respecto a las guías de práctica clínica, o bien estudiar grupos de pacientes de especial interés en la terapéutica como son los niños, las mujeres o los ancianos.

Además, en el contexto de EPIMED es posible realizar estudios que relacionen el gasto farmacéutico con la casuística para evaluar la relación coste-efectividad de los tratamientos, para planificar nuevos sistemas de control del gasto farmacéutico y para, posteriormente, evaluar los resultados de estos sistemas de control.

Como ejemplos de variabilidad y con el fin de simplificar y facilitar su comprensión, se circunscriben a la consideración de la variación del coste como indicador de variabilidad en el uso de medicamentos. No obstante, pueden realizarse análisis a partir de múltiples indicadores y correlacionar múltiples variables. Por una parte, la variación del coste medio por episodio entre hospitales para las patologías del aparato respiratorio (Tabla II). Por otra parte, la variación del coste medio por episodio entre los grupos terapéuticos (clasificados por ATC) en el tratamiento de la neumonía simple y de la tos ferina (Tabla III).

BIBLIOGRAFÍA

1. 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 n.º 222.
2. Freire JM. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Sanidad (I). Verano del 2006; 31-45.
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128.
4. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 134.
5. Alerany C, Blanco B, Borrell C, Butinyà MT, Clopés A, *et al*. EPIMED 2001. Utilización de medicamentos en pacientes agudos en hospitales españoles. Grupo Español de Farmacoepidemiología. Badalona: Ediciones Médicas 2004.
6. Alerany C, Blanco B, Borrell C, Butinyà MT, Clopés A, *et al*. EPIMED 2002. Utilización de medicamentos en pacientes agudos en hospitales españoles. Grupo Español de Farmacoepidemiología. Badalona: Ediciones Médicas 2004.
7. Alerany C, Blanco B, Borrell C, Butinyà MT, Clopés A, *et al*. EPIMED 2003. Utilización de medicamentos en pacientes agudos en hospitales españoles. Grupo Español de Farmacoepidemiología. Badalona: Ediciones Médicas 2008.
8. Alerany C, Blanco B, Borrell C, Butinyà MT, Clopés A, *et al*. EPIMED 2004. Utilización de medicamentos en pacientes agudos en hospitales españoles. Grupo Español de Farmacoepidemiología. Badalona: Ediciones Médicas 2008.

Tabla II. Coste medio por episodio en las enfermedades y trastornos del sistema respiratorio

Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio	Número de hospitales	Número de episodios	Coste medio por episodio					
			Media	Mínimo	Mediana	Máximo	Coeficiente de variación	Desviación típica
Bronquiolitis y asma	18	1.370	127,95	22,85	98,47	378,98	0,77	98,97
Derrame pleural y neumotórax	18	863	165,94	15,62	94,28	1.086,2	1,51	249,76
Embolismo pulmonar	18	546	173,1	44,16	117,85	821,72	1,04	179,24
Enfermedad pulmonar intersticial	18	369	273,86	28,18	208,43	827,63	0,83	226,57
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18	4.537	264,3	67,49	231,49	648,78	0,56	148,23
Fibrosis quística	7	33	1.285,25	113,42	362,98	3.157,4	1,05	1.352,9
Infecciones e inflamaciones respiratorias	18	1.294	401,63	56,47	309,06	1.996,19	1,07	429,31
Insuficiencia respiratoria	18	1.305	194,89	22	164,19	621,34	0,73	141,9
Neoplasias respiratorias	18	1.737	350,64	49,93	311,28	1.104,01	0,8	278,97
Neumonía simple y tos ferina	18	4.473	329,53	67,27	221,37	1.606,66	1,15	379,83
Otros signos, síntomas y diagnósticos del aparato respiratorio	18	4.932	197,88	30,48	206,84	463,36	0,53	105,13
Procedimientos complejos sobre el aparato respiratorio	11	583	190,43	42,51	159,65	548,51	0,75	143,3
Procedimientos moderadamente complejos sobre el aparato respiratorio	18	787	385,67	2,68	88,33	2.819,16	1,86	716,04
Procedimientos no complejos sobre el aparato respiratorio	18	1.070	664,21	34,04	404,8	4.477,7	1,53	1.016,54
Traumatismo torácico mayor	18	296	68,05	9,71	41,99	368,99	1,25	84,98
Ventilación mecánica prolongada con traqueotomía	13	492	1.327,95	145,82	1.011,44	4.172,34	0,86	1.146,05
Ventilación mecánica prolongada sin traqueotomía	13	565	686	16,05	422,43	2.148,73	0,9	617,25

Tabla III. Coste medio por episodio en la neumonía simple y en la tos ferina

Neumonía simple y tos ferina		Número de hospitales	Coste medio por episodio				
			Media	Mínimo	Mediana	Máximo	Coeficiente de variación
ATC	A. Aparato digestivo y metabolismo	18	12,14	1,65	10,23	42,46	0,91
	B. Sangre y órganos hematopoyéticos	18	92,34	9,14	24,02	706,32	2,06
	C. Aparato cardiovascular	18	5,12	1,31	3,43	24,3	1,07
	D. Terapia dermatológica	2	3,52	1,16	3,52	5,89	0,95
	G. Terapia genitourinaria (incluidas las hormonas sexuales)	15	14,4	0,13	4,43	149,88	2,61
	H. Terapia hormonal	18	9,24	0,22	9,72	22,39	0,63
	J. Terapia antiinfecciosa (uso sistémico)	18	215,33	43,51	159,25	983,73	1,06
	L. Terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores	16	199,21	11,29	124,22	685,61	1,02
	M.Sistema musculoesquelético	18	10,37	0,34	1,52	89,66	2,33
	N. Sistema nervioso	18	24,78	4,85	26,44	53,79	0,6
	P. Antiparasitarios, insecticidas y repelentes	13	1,32	0	0,89	2,94	0,76
	R. Aparato respiratorio	18	31,46	4,12	14	197,75	1,49
	S. Órganos de los sentidos	6	2,07	0,13	0,57	8,47	1,57
	V. Varios	15	19,81	4,06	15,84	71,48	0,86

9. Alerany C, Arias L, Aznar T, Bermejo T, Blanco B, *et al.* EPIMED 2005. Medicamentos y casuística en hospitales españoles. Grupo Español de Farmacoepidemiología. Badalona: Ediciones Médicas 2008.
10. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
11. Howe GM. Historical evolution of disease mapping in general and specifically of cancer mapping. En: Boyle P, Muir GS, Grundman E (eds.). Cancer Mapping. Paris: Springer-Verlag 1989; 1-21.
12. Walter SD. Disease mapping: a historical perspective. En: Elliott P, Wakefield JC, Best NG, Briggs DJ (eds.). Spatial epidemiology. New York: Oxford University Press 2000; 223-239.

13. Snow J. On the mode of communication of cholera. 2nd ed. New York: The Commonwealth Fund 1855.
14. Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Benach N, Español E, Martínez JM, Daponte A. Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas en España (1987-1995). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra/MSD 2001.
15. Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Bernal-Delgado E, por el Grupo Atlas VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de salud mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas Var Pract Med SNS 2008; 3 (1).
16. Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, Aguado MJ, Rivas F, Rodríguez MM, Buzón ML, por el Grupo Atlas VPM. Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med SNS 2007; 2 (2): 151-74.
17. Bernal-Delgado E, Peiró S, Meneu R. Atlas VPM: ubicando "más no siempre es mejor" en el debate nacional. Eval Tecnol Med 2006; 6 (1): 9-11.
18. Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, por el Grupo VPM-IRYS. Variaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med SNS 2005; 1: 17-36.
19. Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, *et al*. Variaciones en intervenciones de Cirugía general en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med SNS 2005; 1 (2): 63-81.
20. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit 2006; 20 (supl. 1): 110-116.
21. Meneu R, Peiró S. Variabilidad en la prescripción y consumo de medicamentos. Utilidad de su análisis para la definición de políticas. En: Meneu R, Peiró S (eds.). Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica. Barcelona: Masson 2004.
22. El mercado del medicamento en España. Boletín de Coyuntura n.º 33. Farmaindustria 2008.
23. Alerany Pardo C, Blanco Serrano B, Estaún Díaz E, López Briz E, Monterde Junyent J. Evaluación del programa informático GRDOSIS como herramienta de análisis de la utilización de medicamentos por GRD. Madrid: Farm Hosp 2003; vol. 27, n.° 3: pp. 150-158.

5

La satisfacción de los ciudadanos de las comunidades autónomas

Las expectativas de los ciudadanos respecto de la respuesta que puede dar el sistema sanitario a sus problemas de salud son crecientes. Ello hace que su nivel de exigencia se incremente de forma continua. A este fenómeno contribuyen el mayor desarrollo económico y la elevación del nivel cultural y educativo de los ciudadanos, que cada vez más usan las tecnologías de la información.

El paciente sabe más y también espera que el médico sepa mucho más que él. Todo ello ha provocado que las demandas de mayor atención y mejor calidad sanitarias se hayan multiplicado de forma considerable. Esta mayor exigencia se percibe claramente en uno de los aspectos con los que la población española se muestra más crítica: la participación de los pacientes y ciudadanos en el sistema sanitario. En esta misma línea, otro factor que recibe una valoración baja es la información suministrada por las organizaciones sanitarias, que se considera insuficiente y de difícil acceso.

Como señala Albert Jovell, existe una gran desconexión entre el funcionamiento del sistema sanitario y la percepción de los ciudadanos, y es necesaria una estrategia de comunicación que ayude a conocer elementos básicos del sistema a la mayor parte de los ciudadanos, especialmente a los pacientes como usuarios directos (1).

Quizás la mayor diferencia que se aprecia en la actualidad entre la situación de la sanidad española y la del resto de los Estados miembros de la Unión Europea es que en todos ellos, sin excepción, se están produciendo con gran rigor análisis y debates de gran calado sobre el sistema sanitario público y su futuro (1). También se están articulando complejas, y en ocasiones enérgicas, medidas de reforma y de control financiero, que son más o menos profundas y rigurosas según la tipología política de cada país.

Por el contrario, en España, que durante los últimos 13 años ha crecido económicamente, hay pocas llamadas de atención respecto de que exista problema alguno en relación con la sanidad pública. Si los ciudadanos informados no lo reclaman, los políticos *motu proprio* no sólo no propician el debate, sino que lo rehúyen por el alto coste electoral en que pudiera devenir. La situación de crisis económica, sin duda, despertará a los ciudadanos del dulce letargo.

Cabe preguntarse si no es justamente la autocomplacencia política que reina sobre la sanidad española la que explica que un asunto tan prioritario esté prácticamente ausente de la agenda de los grandes debates del Parlamento español desde 1997. La pregunta es pertinente, porque, en sentido contrario, los problemas relativos al funcionamiento local de los servicios sanitarios públicos (listas de espera, accesibilidad, uso y disponibilidad de las nuevas tecnologías) o los relacionados con la confortabilidad de los establecimientos sanitarios son objeto frecuente de publicitadas polémicas, debates y noticias, generalmente limitados al ámbito autonómico, en los que normalmente aparecen adecuada y alternativamente representados los tonos laudatorios y los reproches (2).

En parte por ello, y sin mengua de la buena valoración que a la opinión pública le merece el Sistema Nacional de Salud (SNS) (3), los españoles conocen bien el funcionamiento ordinario de su servicio público sanitario, las principales prestaciones que oferta, la calidad percibida, así como sus deficiencias, limitaciones y problemas. En consecuencia, los análisis críticos sobre una materia tan sensible desde la perspectiva política como es el servicio público sanitario frecuentemente se utilizan como munición para atacar al adversario.

La satisfacción de los ciudadanos respecto al SNS se mide anualmente a través del Barómetro Sanitario (3, 4). Se trata de una encuesta gestionada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) desde 1993. En un futuro, sería conveniente introducir en la muestra las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla por separado.

En determinadas comunidades autónomas aparecen ya porcentajes muy altos de encuestados que, si pudieran, optarían por la medicina privada, como se pone de relieve en el Barómetro Sanitario del año 2007. Este informe muestra que un 45,6% de los entrevistados en la Comunidad de Madrid, un 51,3% de los entrevistados en la Región de Murcia, un 40,8% de los entrevistados en las Islas Baleares, un 57% de los entrevistados en Canarias y un 54,1% de los entrevistados en Cataluña prefieren acudir a la consulta de un especialista privado en lugar de a un especialista perteneciente a la sanidad pública.

En Cataluña es significativamente más alto, además, el porcentaje de los partidarios de la sanidad privada frente a la asistencia pública (44,8%), y en Canarias el porcentaje asciende hasta el 49%. Estas cifras reflejan un cambio de tendencia enormemente relevante, que se había mantenido prácticamente constante desde 1986, pues en los años anteriores al 2006 y al 2007 los porcentajes de quienes preferirían acudir a la sanidad privada eran significativamente menores.

En el caso del Principado de Asturias (comunidad con una baja proporción de inmigrantes y que demográficamente se estanca o incluso desciende), sólo acudirían a los servicios de Atención Primaria de la sanidad privada el 19,8% de los entrevistados, tasa que aumenta hasta el 22,4% si se tuviese la posibilidad de acudir a consultas privadas de especialistas.

De forma no tan contundente, pero también claramente expresiva de su preferencia por la sanidad pública, se manifiestan quienes residen en otras comunidades en las que la población inmigrante es relativamente reducida. Tal es el caso de Cantabria, donde los porcentajes son del 28,9% para la Atención Primaria privada y del 35,6% para las consultas privadas de especialistas.

La Comunidad Foral de Navarra (37,6%) y el País Vasco (24,9%) también se sitúan por debajo de la media nacional en la preferencia por acudir a la sanidad privada. Lo que ocurre en estas últimas comunidades autónomas seguramente tiene mucho que ver con los mayores medios que el régimen de cupo proporciona a sus servicios de salud, especialmente en Atención Primaria. Sin embargo, el aseguramiento sanitario privado crece de manera notable y rápida incluso en el País Vasco, y especialmente en la Comunidad Foral de Navarra, donde el porcentaje de preferencia por especialistas privados es del 45,7%.

Las razones esgrimidas para justificar el cambio de tendencia se basan en el deterioro del sistema y, en concreto, en la dificultad de conseguir cita en Atención Primaria, en los prolongados tiempos de espera en las consultas, en el escaso tiempo dedicado por el médico a cada paciente o en el tiempo que se tarda en conseguir cita en todos los niveles de la asistencia especializada, muy singularmente para realizar pruebas diagnósticas complejas.

Por otra parte, la presión ejercida por el creciente gasto sanitario y las limitaciones financieras asociadas hacen que no se puedan (ni seguramente se deban) satisfacer todas las demandas o expectativas de la población respecto a la atención sanitaria. Por eso, el desplazamiento progresivo de una parte de la demanda (con mayor nivel de educación y renta) hacia la sanidad privada no debe verse tanto como un toque de atención hacia las instancias públicas como un sencillo reconocimiento por parte de los usuarios de las necesarias limitaciones de la sanidad pública para atender, sin pago alguno, todas las demandas de los diferentes grupos de ciudadanos. Entre el usuario medio de la sanidad privada y el de la pública ha existido (y aún existe) una diferencia apreciable de renta.

El acercamiento de las rentas medias y la separación de las edades medias sugieren un cierto distanciamiento de la sanidad pública y un mayor acercamiento a la privada por parte de los sectores más jóvenes de la sociedad. No obstante, los datos del Barómetro Sanitario del 2007 reflejan que la preferencia de los ciudadanos por el sistema público está aumentando, si bien el del 2006 (año que también se ha consultado por su cercanía a los recientemente publicados) muestra disminuciones. Por consiguiente, entre el 2003 y el 2007 las preferencias por la atención pública crecen un 14,6% en la atención de urgencias, un 25,5% en la especializada, un 12% en la hospitalización y un 5,3% en la Atención Primaria.

La valoración conjunta de los ciudadanos respecto al SNS también sigue aumentando de manera positiva, esto es, hay una constatación colectiva de que el sistema sanitario público mejora. Cierto es que quienes más se orientan hacia la sanidad privada son un determinado grupo social, diferente en renta media y educación, que valora menos las bondades del sistema público o las califica como peores, acaso porque sabe más o las necesita menos (5).

Además, en las comunidades donde crece el deseo de acudir a servicios sanitarios privados también disminuye la percepción positiva de los usuarios respecto de los servicios de hostelería de los hospitales públicos (comida, aseos o limpieza), lo que parece confirmar una falta de inversión en mantenimiento o una sobreutilización de las instalaciones.

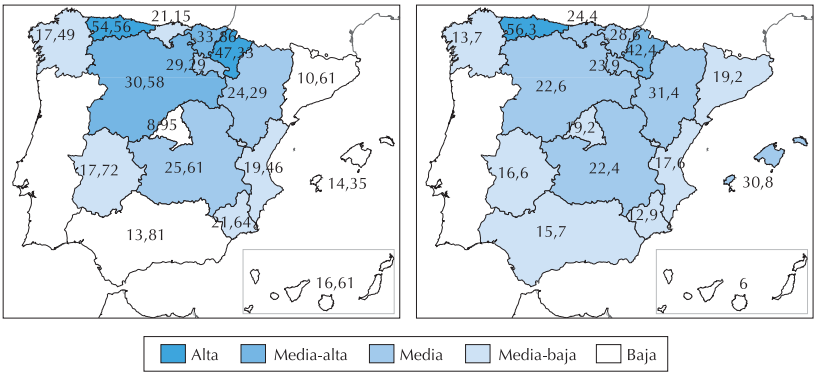
Si a esa menor afección se une el creciente abandono de la exclusividad en el ejercicio profesional público por parte de un significativo número de prestigiosos facultativos, parece evidente que, al menos en determinadas zonas de España que son justamente las más prósperas, se está corriendo el riesgo de convertir el servicio público sanitario en una sanidad utilizada principalmente por las personas con menos recursos económicos. Esto contrasta con el comportamiento de las clases sociales medias y altas, que pueden llegar a concentrarse en los servicios médicos privados. Dejarían de utilizar en la práctica los medios sanitarios públicos, sobremanera los de mayor frecuentación y menor complejidad tecnológica. Tal distribución de los pacientes tendría efectos muy negativos en la configuración conceptual y en la vida del SNS. Se perdería a ciudadanos críticos, autónomos y cultos, por lo que el sistema tendería a la dualidad.

Dado que las preguntas que revisten mayor interés en este estudio comparativo del 2007 no estaban disponibles en la encuesta del 2002, se ha escogido como año de referencia el 2003. Entonces la descentralización era muy incipiente y ha transcurrido tiempo suficiente entre ambas fechas como para apreciar cambios interesantes.

5.1. FUNCIONAMIENTO

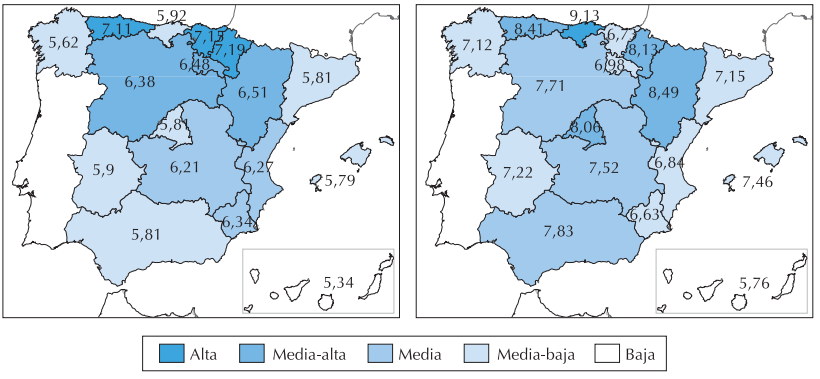
Ante la afirmación de que "el sistema sanitario público funciona bastante bien", se presenta la comparación entre el 2003 y el 2007 en cuanto a la proporción de población en cada comunidad autónoma que responde afirmativamente (Figura 1). Las tasas de respuesta más elevadas en el 2003 se registran en el Principado de Asturias y en la Comunidad Foral de Navarra; y las más bajas, en la Comunidad de Madrid, Cataluña y Andalucía. Ya en el 2007, los porcentajes de respuestas afirmativas aumentan en Andalucía, Aragón, el Principado de Asturias, las Islas Baleares, Cantabria, Cataluña y la Comunidad de Madrid, y tienden a disminuir en el resto de las comunidades autónomas.

Seguidamente, en la Figura 2 se compara el grado medio de satisfacción respecto al modo en que funciona el sistema sanitario público, expresado como puntuaciones en escalas de 1 a 10 puntos (1: máxima insatisfacción; 10: máxima satisfacción). En el año 2003 las medias más eleva-



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	18,58%	Media	20,1%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 1. Porcentaje de población que responde estar de acuerdo con la afirmación: "El sistema sanitario público funciona bastante bien", en los años 2003 y 2007.
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

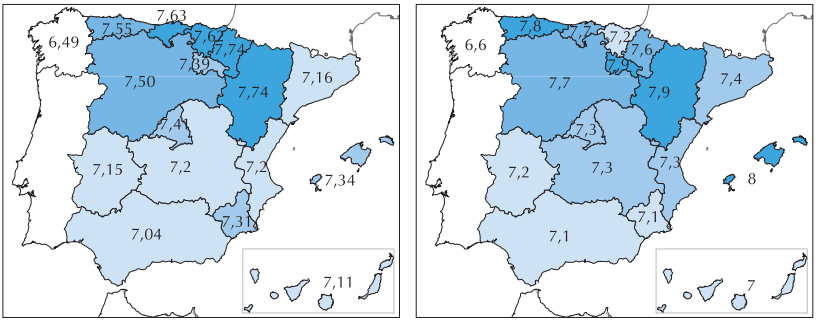


	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	6,05	Media	7,44	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 2. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: ENS ediciones 2003 y 2007.

das se sitúan en el Principado de Asturias, el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. En el 2007 el Principado de Asturias sigue mejorando en cuanto a puntuación, pero su posición relativa queda desplazada por el notable cambio que se produce en Cantabria, cuya puntuación media alcanza más de 9 puntos, que supone la media más elevada de satisfacción. Canarias es la comunidad autónoma con menor valoración en el 2003 y sigue siéndolo en el 2007.

En la comparación de la variable expuesta en la Figura 3 entre los años 2003 y 2007, el grado de satisfacción de los usuarios aumenta en todas las comunidades autónomas, salvo en Canarias, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco, si bien las diferencias son pequeñas. En el año 2007, con una media de satisfacción de 7,33 a nivel estatal, la comunidad que alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios son las Islas Baleares, con una valoración media de 8. La peor posicionada es Galicia, con una valoración media de 6,6.

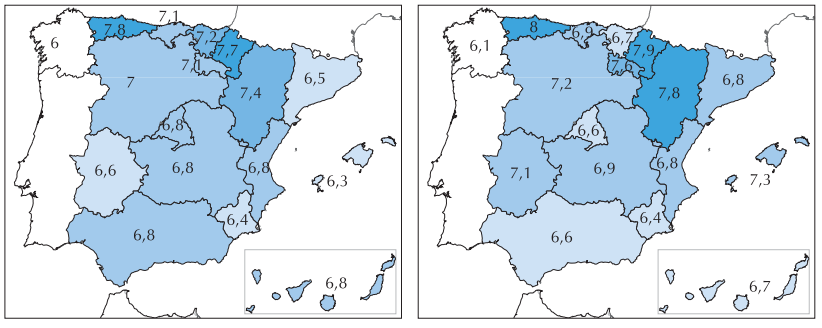


	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	7,23	Media	7,33	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 3. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con el trato recibido del personal sanitario en los centros de salud pública de Atención Primaria, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

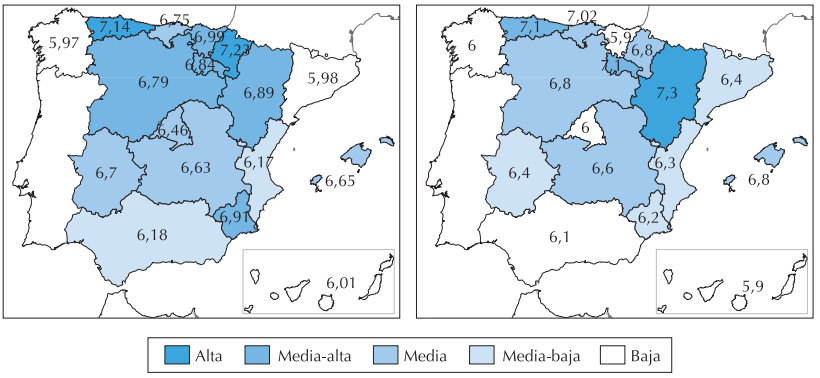
Por lo que respecta a la comparación de la variable expuesta en la Figura 4 entre los años 2003 y 2007, el grado de satisfacción de los usuarios aumenta en todas las comunidades autónomas, salvo en Andalucía, Canarias, Cantabria, la Comunidad de Madrid y el País Vasco. En el 2007, con una media de satisfacción de 6,87 a nivel estatal, las comunidades que alcanzan mayores grados de satisfacción de los usuarios son el Principado de Asturias, la Comunidad Foral de Navarra y Aragón, y la peor posicionada es Galicia.

En la comparación de la variable expuesta en la Figura 5 entre los años 2003 y 2007, el grado de satisfacción de los usuarios disminuye en muchas comunidades autónomas y la media española queda en grado medio-bajo. Las diferencias más significativas a la baja se producen en el País Vasco, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y Andalucía. En el año 2007, con una media de satisfacción de 6,3 a nivel estatal, la comunidad que alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios es Aragón, con una valoración media de 7,3. Las peor posicionadas son el País Vasco y Canarias.



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	6,82	Media	6,87	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 4. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con la atención a domicilio dispensada por el personal médico y de Enfermería de los centros de salud pública de Atención Primaria, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: elaboración propia a partir de ENS ediciones 2003 y 2007.

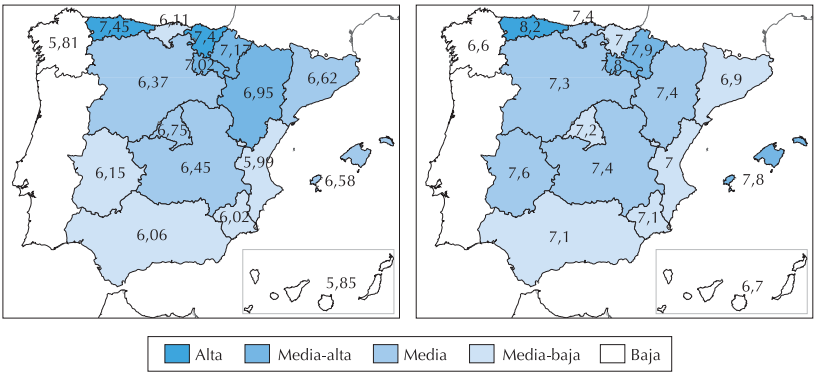


	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	6,38	Media	6,3	Media-baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 5. Media de satisfacción respecto al tiempo dedicado por el médico general o por el pediatra a cada paciente en los centros de salud pública de Atención Primaria, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

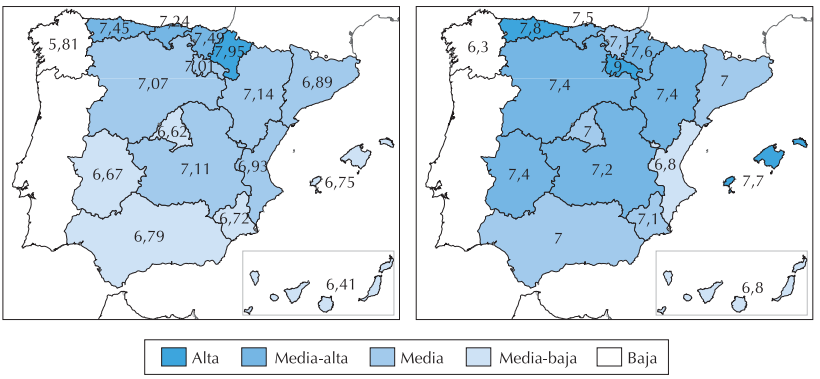
En referencia a la comparación de la variable expuesta en la Figura 6 entre los años 2003 y 2007, aumenta el grado de satisfacción de los usuarios en todas las comunidades autónomas, salvo en el País Vasco, donde desciende ligeramente. En el 2007, con una media de satisfacción de 7,1 a nivel estatal, la comunidad que alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios es el Principado de Asturias, con una valoración media de 8,2. La peor posicionada es Galicia, con una valoración media de 6,6. El mapa presenta interesantes cambios entre el 2003 y el 2007 en los puestos relativos.

En cuanto a la satisfacción de la población con el trato recibido del personal sanitario en los centros de salud pública de atención especializada (Figura 7), la media española ha evolucionado positivamente y se sitúa en 7,1 puntos, cuando en el 2003 la nota media es de 6,8 puntos. La comunidad autónoma que muestra la mayor satisfacción en el 2003 es la Comunidad Foral de Navarra, con una alta puntuación con respecto a la media. Galicia presenta la puntuación más baja.



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	6,42	Media-baja	7,1	Media-baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 6. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con el equipamiento y con los medios tecnológicos existentes en los centros de salud pública de Atención Primaria, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

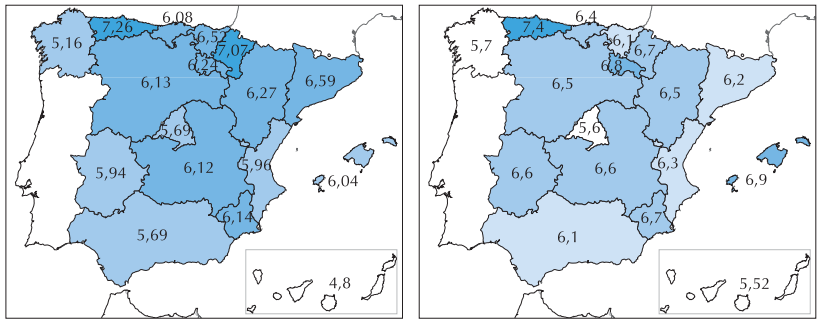


	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	6,8	Media	7,1	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 7. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con el trato recibido del personal sanitario en los centros de salud pública de atención especializada, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: elaboración propia a partir de BS ediciones 2003 y 2007.

En el año 2007 varias posiciones relativas mejoran, excepto la de Galicia (sigue siendo la comunidad que puntúa más bajo), dentro de una tónica positiva. El Principado de Asturias, Aragón, las Islas Baleares y otras mejoran y quedan por encima de la media, mientras que la Comunidad de Madrid se ajusta a la misma. La Rioja pasa a ocupar el primer puesto de la clasificación acerca de la satisfacción de la población con el trato recibido del personal sanitario en los centros de salud pública de atención especializada, que mejora en general, si bien la nueva media del 2007 hace variar algunas posiciones relativas respecto al 2003.

En cuanto a la satisfacción de la población con el tiempo dedicado por el médico especialista a cada paciente en los centros de salud pública (Figura 8), la media nacional se eleva, lo cual crea un efecto visual de empeoramiento en las comunidades autónomas al comparar los mapas, que hay que interpretarlos en su justa medida. De hecho, desde el punto de vista cuantitativo, prácticamente todas las notas medias de este apartado mejoran, salvo en la Comunidad Foral de Navarra, el País Vasco, la Comunidad de Madrid y Cataluña. Ahora

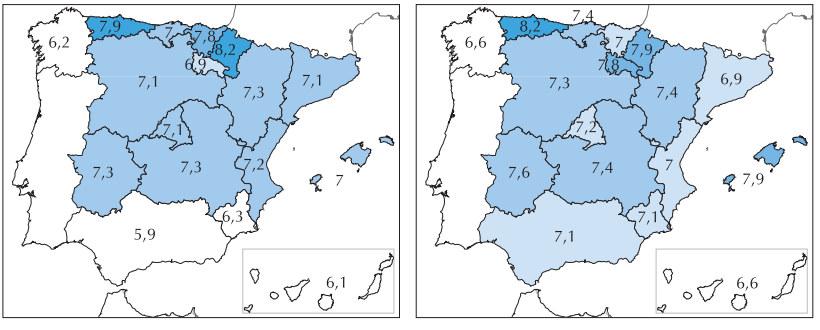


	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	5,8	Media	6,2	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 8. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con el tiempo dedicado por el médico especialista a cada paciente en los centros de salud pública de atención especializada, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

bien, en el 2003, frente a una media más baja, hay más comunidades autónomas por encima de la media. Lo más destacable entre el 2003 y el 2007 es que la satisfacción mejora, pero Canarias, por ejemplo, sigue siendo la región menos satisfecha; queda por debajo de la media de Andalucía y Cataluña (que antes estaban en la media) y por debajo de la de Galicia y la Comunidad de Madrid, que están en la misma posición relativa.

El equipamiento tecnológico de los centros de atención especializada tiene una valoración positiva y muy notable en prácticamente todas las comunidades autónomas ya desde el año 2003 y continúa al alza (Figura 9). En el 2003 destacan las puntuaciones más altas de la Comunidad Foral de Navarra y el Principado de Asturias, y las más bajas de Canarias, Galicia, la Región de Murcia y Andalucía. En el 2007 la media nacional sube y varía el mapa de posiciones relativas; el Principado de Asturias destaca ahora en cuanto a puntuación elevada. En cuanto al resto, disminuye en el País Vasco y en la Comunidad Foral de Navarra.

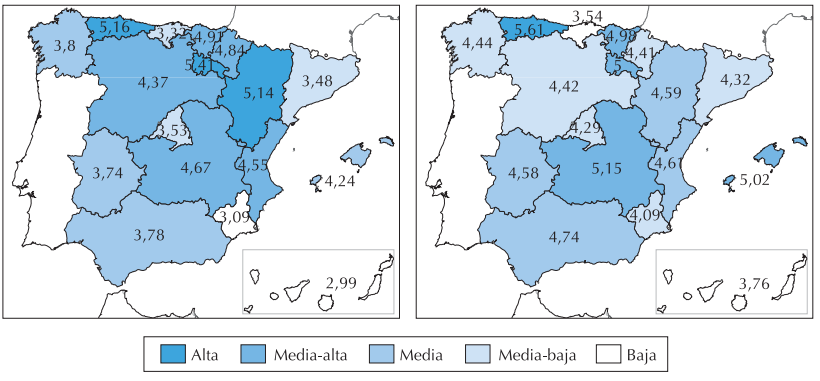


	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	7	Media	7,1	Media-baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 9. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con el equipamiento y con los medios tecnológicos existentes en los centros de salud pública de atención especializada, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

Finalmente, completa este epígrafe la distribución de notas medias acerca de la satisfacción con el tiempo de demora para el ingreso no urgente en los hospitales públicos (Figura 10). En el 2003 la media nacional es de 3,97 puntos; y en el 2007, de 4,53, más elevada pero sin alcanzar el "aprobado". La Rioja, el Principado de Asturias y Aragón son las comunidades autónomas en que se otorgan mejores puntuaciones; superan los 5 puntos, es decir, el grado de satisfacción es moderadamente bueno. Las comunidades autónomas más críticas son Canarias y la Región de Murcia, cuyas medias no alcanzan los 4 puntos. En el 2007 aumenta la puntuación prácticamente en todas las regiones, pero dentro de una gran moderación. Se unen a otorgar un "aprobado" las Islas Baleares y Castilla-La Mancha. Cantabria es la más crítica junto con Canarias.

Por consiguiente, se avanza en la percepción de mejora del tiempo de demora para el ingreso no urgente en los hospitales públicos, pero en el 2007 todavía no se alcanza una situación satisfactoria; en algunas zonas de las comentadas es más urgente tomar medidas para paliar los efectos de esta carencia.



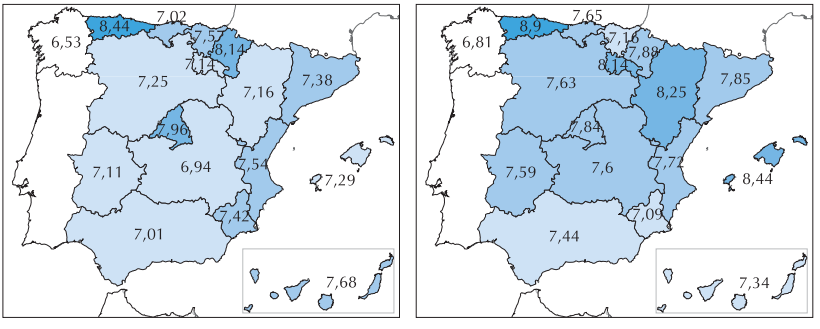
	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	3,97	Media	4,53	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 10. Media de satisfacción de la población de cada comunidad autónoma con el tiempo de demora para el ingreso no urgente en los hospitales públicos, expresada en escalas de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

5.2. ACCESO Y DISPONIBILIDAD

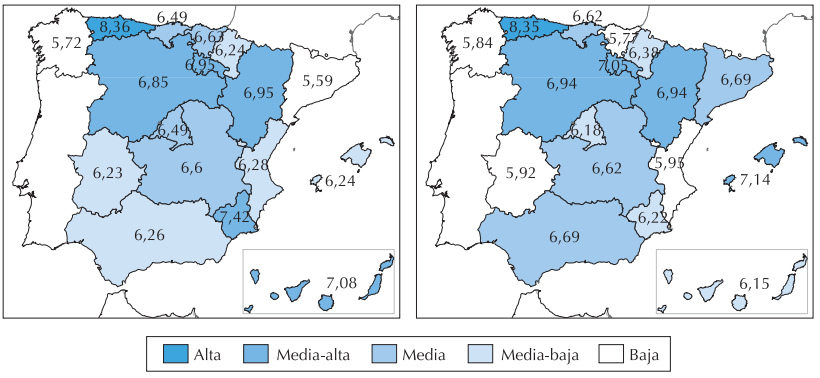
En la comparación de la variable que mide la satisfacción de los usuarios respecto a la proximidad de los centros del sistema sanitario público de Atención Primaria y Pediatría entre los años 2003 y 2007 (Figura 11), se observa que la media nacional aumenta. Por consiguiente, las posiciones relativas de diversas comunidades autónomas varían respecto del 2003. Aumenta la satisfacción en Castilla y León, Aragón, las Islas Baleares, Extremadura, Castilla-La Mancha, La Rioja, Andalucía y Cataluña. Se ajustan a la media Cantabria, Castilla y León, la Comunidad de Madrid, Cataluña, la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad Valenciana, Extremadura y Castilla-La Mancha. Quedan por debajo de la media Galicia, Canarias y otras regiones. En los extremos más alto y más bajo se mantienen, respectivamente, el Principado de Asturias y Galicia.

En cuanto a la satisfacción respecto de la facilidad para conseguir cita en Atención Primaria y en Pediatría entre los años 2003 y 2007 (Figura 12), las medias de valoración de todas las comunidades autónomas mejoran cuantitativamente, salvo en Aragón, Canarias, la Comunidad Valenciana, el País Vas-



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	7,36	Media	7,64	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 11. Media de satisfacción respecto de la proximidad de los centros del sistema sanitario público de Atención Primaria y Pediatría, expresada en escalas de 1 (totalmente insatisfactoria) a 10 (totalmente satisfactoria).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.



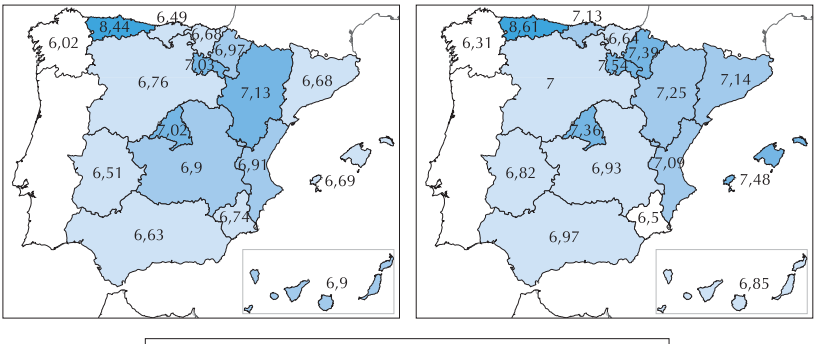
	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	6,51	Media	6,63	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 12. Media de satisfacción respecto de la facilidad para conseguir cita en Atención Primaria y en Pediatría en los centros del sistema sanitario público, expresada en escalas de 1 (totalmente insatisfactoria) a 10 (totalmente satisfactoria).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

co, la Comunidad de Madrid, Extremadura, la Región de Murcia y el Principado de Asturias. En el 2007, con una media de satisfacción de 6,63 a nivel estatal, la comunidad autónoma que alcanza el mayor grado de satisfacción es el Principado de Asturias, con una valoración media de 8,35; el peor grado de satisfacción lo ofrece el País Vasco, con una valoración media de 5,77.

En términos relativos el mapa presenta variaciones, porque la media de satisfacción nacional es más elevada. Por tanto, ahora quedan significativamente por debajo de dicha media la Comunidad Valenciana, el País Vasco y Extremadura, habiendo disminuido también en la escala Aragón, la Comunidad Foral de Navarra y Canarias.

Por lo que respecta a la comparación de la media de satisfacción con el horario de atención de las consultas de Atención Primaria y Pediatría entre los años 2003 y 2007 (Figura 13), todas las comunidades autónomas mejoran cuantitativamente, salvo el País Vasco, la Región de Murcia y Canarias. Ahora bien, en el año 2007, con una media de satisfacción de 7,06 a nivel estatal (más elevada que la del 2003), las posiciones de algunas comunidades autónomas varían en el mapa. Castilla y León, Catalu-



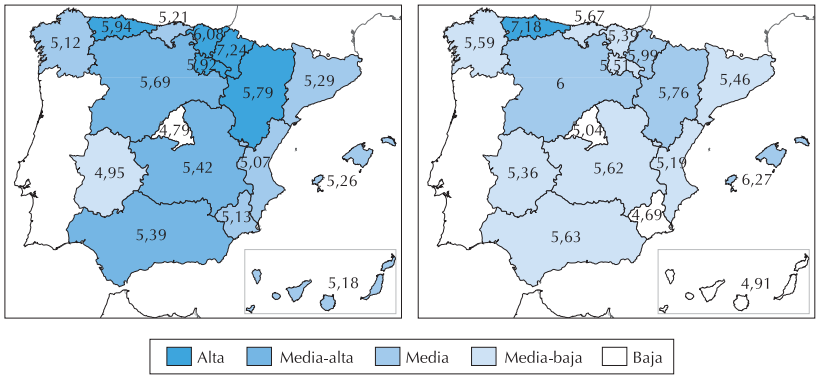
	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	6,78	Media	7,06	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 13. Media de satisfacción con el horario de atención de las consultas de Atención Primaria y Pediatría en los centros del sistema sanitario público, expresada en escalas de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

ña, las Islas Baleares, la Comunidad Foral de Navarra y otras ascienden o se ajustan a la nueva media. Finalmente, la comunidad en la que se alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios en el 2003 y en el 2007 es el Principado de Asturias, y la peor posicionada es Galicia.

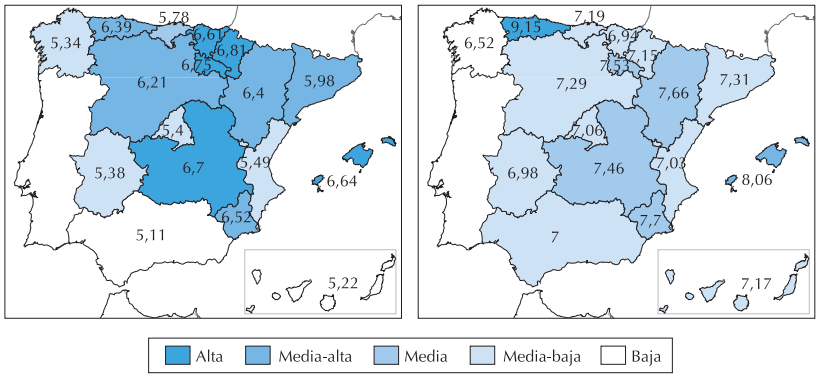
En cuanto a la media de satisfacción respecto al tiempo de espera entre los años 2003 y 2007 (Figura 14), se aprecia un ligero aumento de la media nacional, lo cual produce la variación de posiciones relativas de varias comunidades autónomas. El efecto aparente es que la satisfacción es menor a pesar de que los indicadores cuantitativos suben, y la conclusión es que, a pesar de la mejoría, las puntuaciones rozan el aprobado, salvo excepciones; en definitiva, no se ha podido alcanzar una mejora sustancial en este apartado.

En referencia a los trámites para acceder a los especialistas (Figura 15), se observa un gran cambio en la media nacional entre los años 2003 y 2007. De nuevo se produce un efecto global de empeoramiento, cuando en realidad las calificaciones en términos absolutos son mucho me-



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	5,31	Media	5,48	Media-baja
PR = posición relativa.				

FIGURA 14. Media de satisfacción con el tiempo de espera en las consultas de Atención Primaria y Pediatría de los centros del sistema sanitario público, expresada en escalas de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.



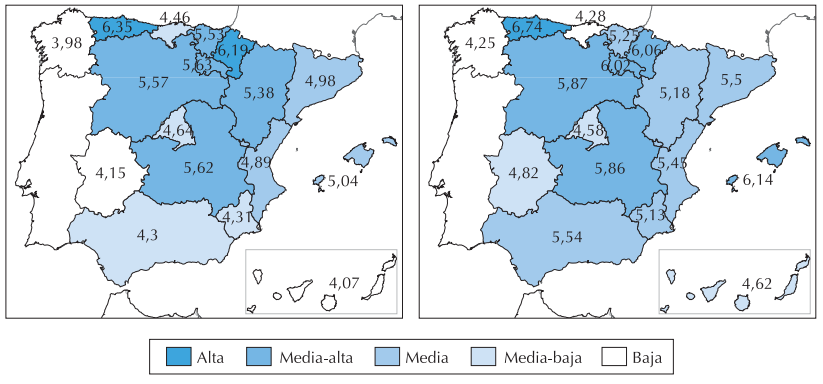
	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	5,76	Media	7,2	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 15. Media de satisfacción con los trámites para acceder a los especialistas en los centros del sistema sanitario público, expresada en escalas de 1 (totalmente insatisfactorios) a 10 (totalmente satisfactorios).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

jores. En el 2007 la comunidad autónoma que queda más por debajo de la media es Galicia, posición que en el 2003 ocupa Andalucía. Las puntuaciones de "notable" son más que evidentes en el 2007.

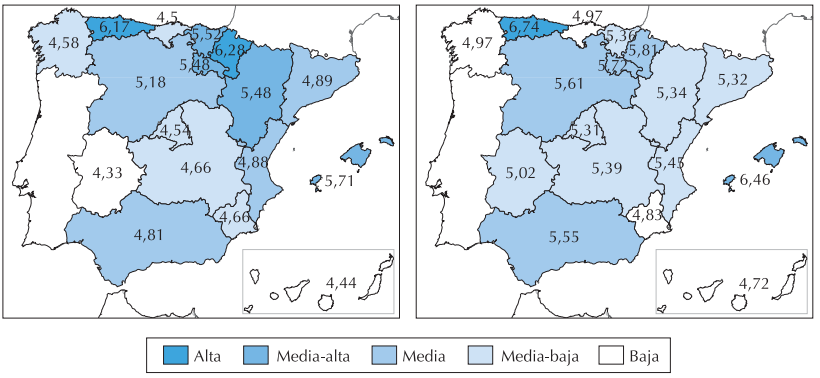
En la comparación de la satisfacción respecto de la facilidad para conseguir cita con el especialista entre los años 2003 y 2007 (Figura 16), de nuevo la media mejora ostensiblemente y supera el "aprobado". Todas las comunidades autónomas mejoran cuantitativamente, excepto Aragón, Cantabria, la Comunidad de Madrid y el País Vasco.

Por lo que respecta a la comparación de la media de satisfacción sobre el tiempo de espera en la consulta del especialista entre los años 2003 y 2007 (Figura 17), todas las comunidades autónomas mejoran cuantitativamente en cuanto a la media, excepto Aragón, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco. En el 2007, con una media de satisfacción de 5,39 a nivel estatal, la comunidad que alcanza el mayor grado de satisfacción es el Principado de Asturias, con una valoración media de 6,74; la peor posicionada es Canarias, con una valoración media de 4,72.



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	4,83	Media	5,27	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 16. Media de satisfacción respecto de la facilidad para conseguir cita con el especialista en los centros del sistema sanitario público, expresada en escalas de 1 (totalmente insatisfactoria) a 10 (totalmente satisfactoria).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.



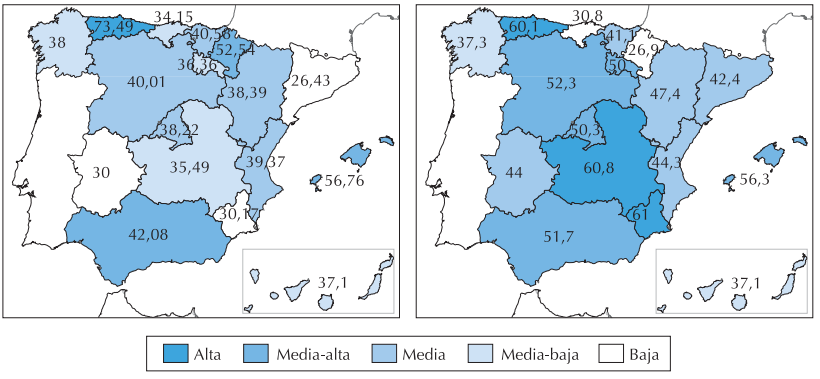
	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	4,88	Media	5,39	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 17. Media de satisfacción con el tiempo de espera en las consultas de los médicos especialistas de los centros del sistema sanitario público, expresada en escalas de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

De nuevo, el efecto del aumento de la media en el 2007 hace variar la posición relativa de las comunidades autónomas, que da una falsa impresión de empeoramiento.

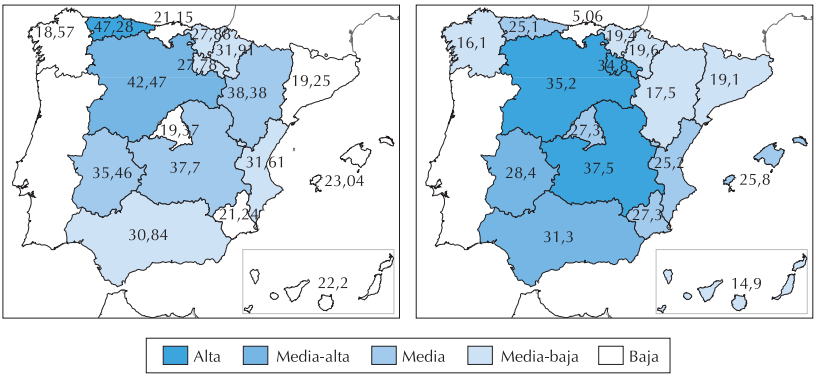
En la comparación de la variable expuesta en la Figura 18 entre los años 2003 y 2007, todas las comunidades autónomas mejoran o permanecen estables, excepto el Principado de Asturias, Galicia y la Comunidad Foral de Navarra. En el 2007, con un porcentaje medio afirmativo del 46,72% a nivel estatal, la comunidad que alcanza el mayor porcentaje de afirmaciones es la Región de Murcia, seguida de cerca por el Principado de Asturias y Castilla-La Mancha. El menor porcentaje de afirmaciones se presenta en la Comunidad Foral de Navarra, donde desciende de forma drástica.

En el análisis comparativo de la variable expuesta en la Figura 19 entre los años 2003 y 2007, las únicas comunidades autónomas en las que aumenta el porcentaje de encuestados que creen que el problema de las listas de espera ha mejorado en el último año son las Islas



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	38,8%	Media	46,72%	Media
Total sobre la población de Ceuta	No hay datos		No hay datos	
Total sobre la población de Melilla	No hay datos		No hay datos	
PR = posición relativa.				

FIGURA 18. Porcentaje de encuestados que creen que sí se están llevando a cabo acciones para mejorar las listas de espera hospitalarias del sistema sanitario público.
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	27,46%	Media	23,8%	Media
PR = posición relativa.				

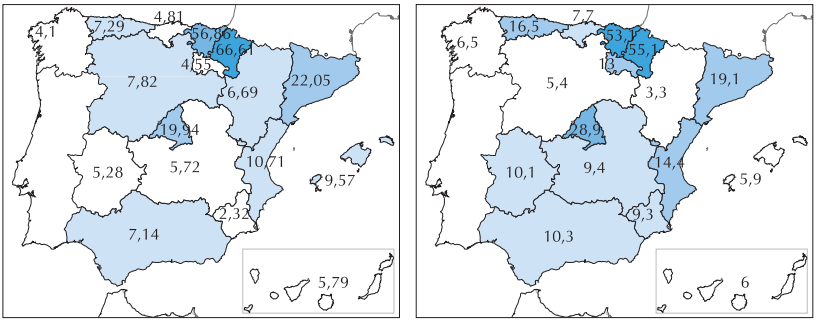
FIGURA 19. Porcentaje de encuestados que creen que el problema de las listas de espera ha mejorado en el último año. Comparación de los años 2003 y 2007.
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

Baleares, Andalucía, la Comunidad de Madrid, La Rioja y la Región de Murcia. En el 2007, con un porcentaje medio afirmativo del 23,8% a nivel estatal (inferior al del 2003), la comunidad que alcanza el mayor porcentaje de afirmaciones es Castilla-La Mancha, con un 37,5%; el menor porcentaje de afirmaciones se observa en Cantabria, con un 5,06%. Al disminuir el porcentaje medio nacional, se produce un efecto visual global de mejoría entre el 2003 y el 2007, que no es real en términos absolutos.

5.3. EQUIDAD

En este epígrafe se resumen los principales indicadores del Barómetro Sanitario que proporcionan información acerca del equilibrio existente en la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema público de salud en las distintas comunidades autónomas.

La Figura 20 muestra los mapas del 2003 y del 2007 con los porcentajes de población que responde "mejores" a la pregunta: "En compa-



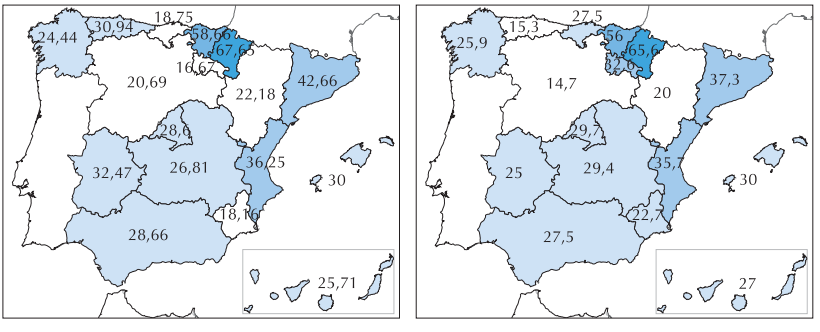
	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	14,62%	Media	16,7%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 20. Porcentaje de población que responde "mejores" a la pregunta: "En comparación con los servicios sanitarios públicos de otras comunidades autónomas, ¿considera que los que recibe en su comunidad autónoma son mejores, iguales o peores?".
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

ración con los servicios sanitarios públicos de otras comunidades autónomas, ¿considera que los que recibe en su comunidad autónoma son mejores, iguales o peores?".

La media española se incrementa entre ambas ediciones del Barómetro Sanitario, lo cual hay que interpretarlo como un aumento en la percepción de diferencias. El posicionamiento relativo y las cifras de algunas regiones ponen de manifiesto su mayor o menor grado de acuerdo acerca de esta afirmación. Así, por ejemplo, en Galicia aumenta el porcentaje de respuestas afirmativas, pero su posición relativa respecto a la media permanece inalterable. En cambio, en Castilla y León, Cataluña y otras comunidades se aprecian menores porcentajes de personas que opinan que en su comunidad autónoma son mejores los servicios sanitarios.

En cuanto a uno de los temas clave del estudio: "¿Cree usted que el ciudadano recibe un servicio mejor al gestionar la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado?" (Figura 21), la me-



	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	32,28%	Media	30,7%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 21. Porcentaje de población que responde "mejor" a la pregunta: "¿Cree usted que el ciudadano recibe un servicio mejor al gestionar la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado?".
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

dia nacional de afirmaciones disminuye. Comunidades como Cataluña muestran porcentajes inferiores a los del 2003, y ello no es un buen síntoma. En cambio, se aprecia una posición más favorable entre los castellano-manchegos, los madrileños y otros colectivos. La Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco mantienen las cifras más elevadas de respuesta afirmativa en el 2003 y en el 2007, muy diferentes de las del resto de las comunidades autónomas. Por consiguiente, la descentralización, aunque evidentemente ha mejorado el servicio sanitario en muchos aspectos, no ha logrado convencer a más de la mitad de la población en cuanto a que se diferencie sustancialmente de la centralizada.

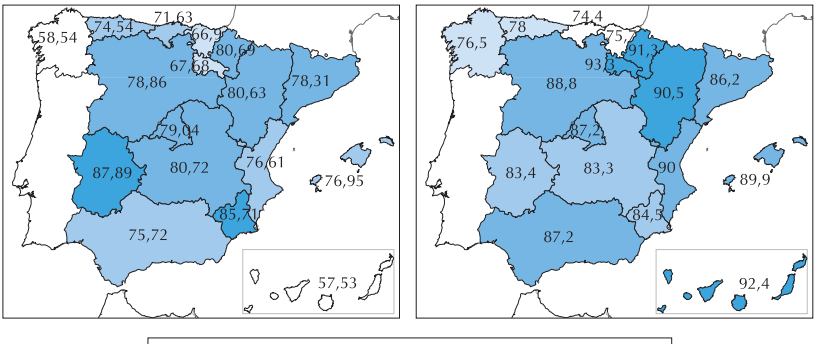
Consecuentemente, tanto las Administraciones autonómicas como la central deben analizar los puntos fuertes y débiles de esta transición e ir ajustando las políticas para seguir avanzando en el incremento de respuestas afirmativas a esta pregunta. O, lo que es equivalente, deben establecer una distribución adecuada de los recursos según las necesidades de cada zona y una gestión apropiada de los mismos.

Acerca de la pregunta: "Ahora que todas las comunidades autónomas son responsables de sus propios servicios sanitarios, ¿deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos?" (Figura 22), la tasa media nacional de respuestas afirmativas sube significativamente entre el 2003 y el 2007.

En prácticamente todas las comunidades autónomas este porcentaje aumenta, con la excepción de Extremadura y de la Región de Murcia. Algunos incrementos son muy notables. Sin embargo, quedan bastante por debajo de la media española el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra, donde el sentimiento nacionalista podría haber influido en este posicionamiento relativo, a pesar de que las tasas superan el 75%.

Comunidades que pueden sentirse desfavorecidas en muchos aspectos, tales como Canarias, las Islas Baleares, Extremadura y otras, perecen reclamar una mayor equidad por encima de la descentralización.

Completa este apartado la distribución del porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta del Barómetro Sanitario sobre si existe



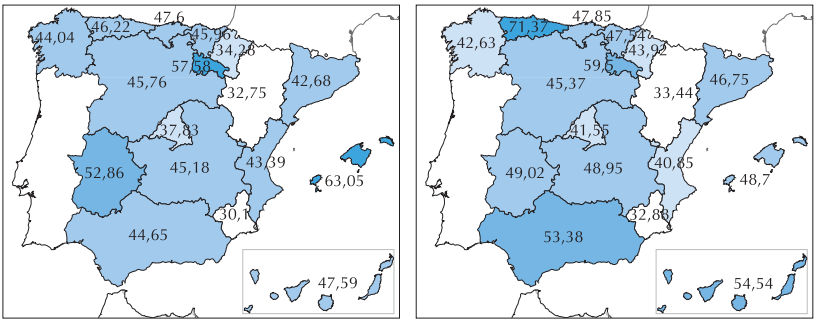
	2003	PR	2007	PR
Total sobre la población de España	75,33%	Media	85,8%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 22. Porcentaje de población que responde afirmativamente a la pregunta: "Ahora que todas las comunidades autónomas son responsables de sus propios servicios sanitarios, ¿deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos?".
Fuente: BS ediciones 2003 y 2007.

equidad en la dispensación de servicios sanitarios con independencia de la comunidad autónoma de residencia en los años 2003 y 2006, pues en el 2007 no se realiza (Figura 23). En el 2006 el porcentaje medio español sube unos tres puntos porcentuales, pero no alcanza el 47%.

Existen variaciones muy notables por comunidades autónomas. Por ejemplo, el Principado de Asturias pasa de estar en la media del 2003 a estar muy por encima de la media del 2006. Extremadura pasa de estar muy por encima de la media del 2003 a ajustarse a la media del 2006. Se mantienen las posiciones de las comunidades autónomas donde la tasa es más baja en el 2003 y en el 2006: Región de Murcia, Aragón, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra. Galicia también baja en el 2006, y también lo hacen las Islas Baleares. La Comunidad Valenciana, que está en la media del 2003, queda por debajo de la del 2006.

En conclusión, las poblaciones de las Islas Baleares, de Extremadura y de La Rioja se inclinan más a que existe equidad entre comunida-



	2003	PR	2006	PR
Total sobre la población de España	43,41%	Media	46,65%	Media
PR = posición relativa.				

FIGURA 23. Porcentaje de encuestados que creen que existe equidad independientemente de la comunidad autónoma de residencia en el 2003 y en el 2006.
Fuente: BS ediciones 2003 y 2006.

des autónomas en el 2003, mientras que en el 2006 el Principado de Asturias ostenta esta posición, seguido a distancia de La Rioja, Andalucía y Canarias.

5.4. PARTICIPACIÓN

A pesar de ser el aspecto que más preocupa a los españoles, se ha podido constatar una disminución del interés de los ciudadanos por la sanidad (6). Este hecho puede interpretarse como un indicador de mejora del sistema sanitario: su situación ha mejorado y, por tal motivo, preocupa menos a los ciudadanos, que están más satisfechos con los servicios recibidos o cuyo interés ha pasado a otros temas más preocupantes. Sin embargo, los ciudadanos han dejado de comportarse de forma pasiva y empiezan a desempeñar un papel más activo y a mostrar un mayor nivel de exigencia.

En este sentido, se puede afirmar que la idea de un sistema sanitario que funciona bien, pero necesita cambios, es mayoritaria entre los ciudadanos. Esta impresión no sólo se consolida año tras año, sino que se

acrecienta. Un aspecto relevante en esta misma línea es constatar la estabilidad del porcentaje de individuos que están plenamente satisfechos con el SNS, ya que es prácticamente el mismo que diez años atrás: uno de cada cinco.

Otro elemento que refuerza esta impresión de satisfacción con el SNS es la leve tendencia al alza en la cuantificación, mediante respuesta de escala, del nivel medio de satisfacción respecto al funcionamiento del sistema sanitario. De forma simultánea, la exigencia de los ciudadanos ha aumentado, motivo por el que reclaman reformas, a pesar de que consideran que el funcionamiento del SNS es bueno.

Esta mayor exigencia se percibe claramente en uno de los aspectos con los que la población española se muestra más crítica: la participación de los pacientes y ciudadanos en el sistema sanitario. Esta demanda ha crecido conforme el papel de los ciudadanos ha cambiado; es especialmente interesante comprobar que aquellos que tienen mayor interés o piensan que poseen ideas o soluciones a lo que pueden percibir como insuficiencias o problemas de la asistencia sanitaria que reciben son los que más predisposición muestran a participar y, por tanto, son los más críticos con la falta de vías de canalización de sus propuestas.

Basta señalar que, según el Barómetro Sanitario del 2003, casi la mitad de los españoles opina que no existen suficientes vías para que los ciudadanos expresen sus puntos de vista respecto al sistema sanitario (3). De esta forma, se observa que los ciudadanos, a la vez que demandan una asistencia sanitaria mayor y mejor, también quieren que sus opiniones sean escuchadas (5). En esta misma línea, otro factor que recibe una valoración más baja es la información suministrada por las instituciones sanitarias, ya que se considera insuficiente y de difícil acceso.

Según el estudio dirigido por Artells, Jovell y Navarro para el Foro de Pacientes, los ciudadanos tienen un gran deseo de que el sistema sanitario sea más transparente en los aspectos relacionados con la información, la comunicación institucional y la actividad de los profesionales (6). En este sentido, los participantes juzgan necesaria esta transparencia para asumir decisiones clínicas compartidas y elegir con fundamento entre las diferentes opciones asistenciales. El conocimiento por parte de pa-

cientes y usuarios de la organización de la sanidad pública, y de sus derechos y deberes como ciudadanos, surge como condición fundamental para asumir un compromiso de corresponsabilidad en la toma de decisiones, un compromiso que sólo es posible tras la obtención de información relevante, comprensible y de calidad.

Por otra parte, los participantes también expresan su deseo de que los pacientes participen en la decisión clínica, aunque con cierta desconfianza de su plausibilidad. Expresan una gran unanimidad respecto a su disposición a aportar experiencias y a tomar parte en la elaboración de guías de práctica clínica; su pronóstico en cuanto a que esto pueda ocurrir es más incierto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jovell AJ, Navarro MD. La voz de los pacientes ha de ser escuchada. En: Informe SESPAS 2008. Gac Sanit 2008; 22 (1): 192-7.
2. Rodríguez-Vigil JL. Integración o desmoronamiento, la encrucijada del Sistema Nacional de Salud español. Pamplona: Thompson-Civitas 2008.
3. Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Madrid: Ergón 2006.
4. Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN). Fundación Gaspar Casal y Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha. Barcelona: Edittec 2004.
5. Camarero S, Hidalgo A, del Llano J. Calidad, satisfacción y sanidad público-privada. Gestión Clínica y Sanitaria 27. Primavera 2006; vol. 8, n.º 1: 15-19.
6. Artells JJ, Jovell AJ, Navarro MD. El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Análisis prospectivo Delphi. Fundación Salud, Innovación y Sociedad; Fundació Josep Laporte; Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA); Foro Español de Pacientes. L'Hospitalet de Llobregat: Arts Gràfiques Orient 2008.

6

¿Qué nos une y qué nos separa?

El recorrido descriptivo por los capítulos anteriores señala determinados hallazgos que permitirán tomar el pulso a las fuerzas que separan y unen el sistema sanitario español, sobre la base de cómo lo están haciendo los distintos servicios regionales de salud.

6.1. LAS DIFERENCIAS EN SALUD

Un primer hallazgo general, que se intuía pero que sorprende por su contundencia, es el fuerte crecimiento de la población española total en el periodo 2002-2008: del 10,54%. Las Islas Baleares, la Región de Murcia y la Comunidad Valenciana son las comunidades autónomas que presentan un mayor ritmo medio de crecimiento durante los periodos estudiados. Muchas de las tensiones financieras y organizativas a las que se enfrentan los servicios regionales de salud tienen que ver con que somos muchos más que atender. Las razones: la intensa inmigración de los últimos años, la lenta recuperación de la fecundidad de las mujeres españolas y la alta fecundidad de las mujeres extranjeras residentes.

La proporción de personas que perciben su salud como buena o muy buena entre el 2003 y el 2006 acusa un descenso muy leve, que pasa de un 71,31% a un 69,99%. Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) cumplen 20 años y contienen una riquísima información relacionada con la salud, la calidad de vida y los estilos de vida. Especialmente la relacionada con los estilos de vida, que triplica el número de preguntas respecto a la ENS de 2003, y mide salud mental e índices de masa corporal.

Las oficinas de Estadística de las comunidades autónomas pueden pedir al Centro de Investigaciones Sociológicas que aumenten el tamaño de la población estudiada en sus territorios para alcanzar representatividad. Resultaría menos oneroso y más útil que hacer las suyas propias, y se aseguraría que, al tener un único instrumento de medida, los parámetros o variables fuesen los mismos. A finales del 2008, la Fundación Gaspar Casal presentará un exhaustivo estudio retrospectivo sobre la evolución de la salud de los españoles a partir de las ENS 1987-2007.

Respecto a las principales causas de mortalidad y morbilidad hospitalarias en España, en los mapas del capítulo 2 es interesante observar los patrones regionales de las muertes y de las enfermedades de ori-

gen cardiovascular, oncológico, respiratorio, digestivo o nervioso y su evolución de 2002 a 2006, para concluir que las diferencias no son marcadas ni preocupantes. En efecto, se aprecian incrementos y disminuciones en 2002 *versus* 2005-2006 respecto de las tasas de mortalidad y morbilidad específicas entre regiones; al identificarlas en los mapas con colores según los valores alto, medio-alto, medio, medio-bajo y bajo sobre la media nacional, cada comunidad autónoma (incluyendo Ceuta y Melilla como ciudades autónomas) se interpreta con un rápido vistazo.

Un análisis más exhaustivo de las fuentes no públicas con las que cuentan las propias consejerías (estudios epidemiológicos realizados sobre determinadas enfermedades y factores de riesgo, explotaciones de registros de determinadas patologías) aportaría información determinante para orquestar planes de salud apropiados.

Las enfermedades del sistema cardiovascular han sido la principal causa de mortalidad en España en todo el periodo. El Principado de Asturias es el que tiene el mayor porcentaje tanto en mortalidad como en morbilidad. Disminuye en Castilla y León, La Rioja, Castilla-La Mancha, Aragón y la Comunidad Valenciana, y permanece estable en el resto de las comunidades autónomas. La Comunidad de Madrid y Canarias presentan la menor incidencia.

Respecto a la mortalidad por cáncer, la situación de Galicia, el País Vasco, La Rioja y Extremadura empeora con respecto a la media española del 2006, mientras que la de la Región de Murcia mejora. Estudios más precisos como los presentados en el capítulo 2 apuntan la variabilidad geográfica e identifican variables determinantes.

Por lo que respecta a la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, las tasas de Galicia y Cantabria empeoran. Se aprecia una mejora en La Rioja, Aragón, la Comunidad Valenciana y, sobre todo, en las Islas Baleares.

En cuanto a la mortalidad relacionada con enfermedades del sistema digestivo, la situación en Extremadura empeora; también empeora, aunque en menor grado, en Galicia.

Respecto a la mortalidad infantil, los índices superiores a la media en el 2002 disminuyen en general y quedan por debajo de la media nacional del 2006, con la excepción de los índices de La Rioja.

En referencia a las primeras causas de morbilidad medida a partir de las altas hospitalarias, se observan las debidas a complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio. En el 2002 las únicas comunidades autónomas que presentan tasas muy por encima de la media son la Región de Murcia, Ceuta y Melilla. La situación relativa en estas tres comunidades autónomas se mantiene, si bien con tasas algo menores en el 2006. Las que incrementan la tasa de morbilidad en el periodo considerado respecto a su posición relativa son: Galicia, La Rioja, Comunidad Foral de Navarra, Extremadura y Castilla-La Mancha.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de morbilidad en España. En el 2002 la comunidad autónoma más afectada es el Principado de Asturias, y su situación se mantiene en el 2006. Le siguen Castilla y León, el País Vasco, Aragón y las Islas Baleares, de las cuales las últimas mejoran en el 2006. Las comunidades autónomas con una incidencia baja con respecto a la media en el 2006 son la Comunidad de Madrid, Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla. También muestran cierta mejoría la Comunidad Valenciana, las Islas Baleares y Canarias. En relación con el infarto agudo de miocardio, hay un positivo descenso de la media española; destacan las mejoras de Cataluña, la Región de Murcia y las Islas Baleares, y algo menos las de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cantabria, La Rioja y Aragón.

Los trastornos del aparato digestivo constituyen la tercera causa de incidencia. En el 2002 ocupan peores posiciones Castilla y León, Aragón, el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra, Cataluña, la Comunidad Valenciana y las Islas Baleares. De ellas, mejoran Cataluña y la Comunidad Valenciana. En cambio, se aprecia cierto empeoramiento en Cantabria, La Rioja y la Región de Murcia. El resto permanece estable.

La morbilidad por problemas del sistema respiratorio es la siguiente causa. La comunidad autónoma más afectada es el Principado de Asturias, cuya situación relativa no mejora entre el 2002 y el 2006. Le siguen Cataluña, las Islas Baleares, Galicia, Castilla y León, el País Vasco y la Comunidad Valenciana. Las que presentan una situa-

ción mejor en el 2002 son Andalucía, Melilla y, sobre todo, Canarias. Las primeras mejoran en el 2006. Empeoran las que están en situaciones intermedias: Extremadura, la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y la Región de Murcia. Por otra parte, es muy positiva la recuperación de Galicia en cuanto a la incidencia de tuberculosis, que en el 2002 es muy acusada.

En el 2002 y en el 2006 las neoplasias están en la última posición de las seis principales causas de morbilidad. En el 2002 las comunidades autónomas que ofrecen tasas más elevadas de altas en estas patologías son las de Castilla y León, Aragón y el Principado de Asturias. De ellas, sólo el Principado de Asturias presenta una situación mejor en el 2006. Les siguen Galicia, el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra, La Rioja y Cataluña. De estas últimas, sólo La Rioja revela una mejoría en el 2006. Cantabria, Extremadura y Canarias empeoran algo entre el 2002 y el 2006.

En otras patologías relacionadas con los hábitos de vida también se realizan hallazgos relevantes. Así, por ejemplo, respecto a la incidencia de diabetes, y aunque la media nacional permanece estable, es alentador constatar que varias comunidades autónomas mejoran sus porcentajes de incidencia de diabetes respecto al 2002, como la Comunidad Foral de Navarra, Aragón, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Andalucía, las Islas Baleares y Canarias.

En cuanto a los índices de sida, siguen llamando la atención los del País Vasco y la Comunidad de Madrid, que se sitúan como principales focos de esta enfermedad.

Las diferencias entre comunidades autónomas en cuanto a población fumadora se suavizan y baja la media nacional, aunque hay comunidades autónomas donde el porcentaje ha aumentado: Cantabria, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Región de Murcia y La Rioja. En el País Vasco se aprecia un gran avance en este campo, y también destacan la Comunidad de Madrid y Cataluña.

El consumo de alcohol no se reduce ni se controla. El porcentaje medio nacional aumenta entre los años 2003 y 2006. Sería oportuno, transcu-

rridos unos años, preguntarse si el fallido intento de regulación podría explicar en parte tan preocupante tendencia, a la luz de las cifras más alentadoras referidas al tabaco.

Otro gran problema al que se enfrentan las comunidades autónomas es el aumento del índice de masa corporal de sus ciudadanos; en el 2006 los más preocupantes aparecen en Galicia, el Principado de Asturias, el País Vasco, Extremadura y la Comunidad Valenciana.

6.2. LAS DIFERENCIAS ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE SERVICIOS

En cuanto al gasto público sanitario del 2002 al 2005, Cataluña y la Comunidad de Madrid experimentan los mayores aumentos. El caso del País Vasco es más llamativo que otros en cuanto a su descenso.

La media estatal de tarjetas sanitarias asociadas a cada médico de cabecera en el año 2006 es de 1.466, inferior a la del 2004. Castilla y León es la comunidad con menor ratio, 920 tarjetas por médico; y las Islas Baleares, la comunidad con la ratio más elevada, 1.859 tarjetas por médico.

En cuanto a la ratio de pediatras, en el año 2006 disminuye la posición relativa sobre la media respecto del 2004 en bastantes comunidades autónomas: Principado de Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla. En las demás aumenta la ratio, entre las que destaca Castilla-La Mancha.

La tasa de médicos totales en la franja noroeste muestra índices por encima de la media, mientras que las comunidades autónomas más desfavorecidas son las insulares y la Comunidad Valenciana.

6.3. LAS DIFERENCIAS EN UTILIZACIÓN

En cuanto a la frecuentación de especialistas medida en las consultas externas hospitalarias, la comunidad autónoma que presenta el índice más alto es la Comunidad Foral de Navarra, con 1.679 consultas externas hospitalarias por cada 1.000 habitantes.

Al comparar la evolución entre los años 2002 y 2005, desciende el índice de urgencias atendidas en los hospitales públicos de las Islas Baleares, Cataluña y, ligeramente, de la Comunidad Foral de Navarra. Ceuta y Melilla en su conjunto presentan el mayor índice (823,2); y Castilla y León, el menor índice (420,36).

Cuando se analiza la distribución por regiones del número de actos quirúrgicos en los hospitales públicos, se aprecia que se produce un descenso en Aragón, la Comunidad Foral de Navarra, Canarias y, ligeramente, en el País Vasco. Los cambios más significativos son los aumentos proporcionales de Castilla-La Mancha y Cantabria.

La media nacional de estudios de rayos X disminuye, y las posiciones relativas de Cataluña y la Comunidad de Madrid descienden significativamente. En cambio, Aragón, Galicia, la Región de Murcia y La Rioja mantienen tasas muy altas.

Respecto de los estudios hemodinámicos, la media nacional se incrementa, como cabe esperar. En las posiciones relativas avanzan Galicia, Cantabria, el País Vasco, Cataluña, la Región de Murcia y Andalucía. La Comunidad Valenciana es la que ostenta la tasa más elevada en el 2002 y en el 2005.

Según el informe de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) sobre las listas de espera para ser atendido por un especialista, la situación más grave se encuentra en Canarias, donde los pacientes entrevistados esperan de media 177 días. Le siguen Cantabria (con 100 días) y el País Vasco (con 97 días). En el otro extremo se encuentran Cataluña (con 37 días) y la Comunidad Valenciana y la Comunidad Foral de Navarra (con 38 días). Hasta el momento, un total de diez comunidades autónomas cuentan con una normativa que garantiza que el paciente sea atendido en unos plazos máximos. En Castilla-La Mancha se puede hacer uso de este derecho a partir de los siete días de espera para una prueba diagnóstica; en las Islas Baleares hay que esperar 60 días.

La frecuentación al médico al menos una vez en el plazo de diez meses es muy elevada en todas las comunidades autónomas, de forma que se

puede afirmar que entre el 2003 y el 2006 la media nacional sube ligeramente y las posiciones relativas de diversas comunidades quedan alteradas. Aumentan en Galicia, el Principado de Asturias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Canarias y el País Vasco, mientras que disminuyen en Cantabria, Castilla-La Mancha, las Islas Baleares, Aragón y la Comunidad Valenciana, y en el resto se mantienen.

En el 2003 Galicia, el Principado de Asturias, la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares y Aragón se posicionan por encima de la media nacional en cuanto a población hospitalizada al menos una vez en los 12 últimos meses. En el 2006, y ante una media nacional menor, las comunidades autónomas con mayor incidencia son Galicia, Cantabria, el País Vasco y Cataluña. También aumenta en Castilla y León, la Comunidad Foral de Navarra, Ceuta y Melilla, y disminuye en las restantes.

La media de inaccesibilidad nacional en el 2006 es más elevada entre la población femenina. Las comunidades autónomas más afectadas en el caso de los hombres son La Rioja, la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad Valenciana y las Islas Baleares. En el caso de las mujeres, destaca significativamente La Rioja, seguida de la Comunidad Valenciana.

6.4. LAS DIFERENCIAS EN SATISFACCIÓN

Los asturianos son los más satisfechos con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Del 2003 al 2007 las tasas de satisfacción se incrementan en el Principado de Asturias, Aragón, la Región de Murcia, Andalucía, Cantabria y la Comunidad de Madrid, y tienden a disminuir en el resto.

En las Islas Baleares se alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios con el trato recibido del personal sanitario, con una valoración media de 8. Galicia es la peor posicionada, con una valoración media de 6,6.

La comunidad en la que se alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios con la atención a domicilio es el Principado de Asturias, con una valoración media de 8. La peor posicionada es Galicia, con una valoración media de 6,1. Todo ello, en el año 2007.

En el 2007, con una media de satisfacción de 6,3 a nivel estatal, la comunidad que alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios con el tiempo dedicado por el médico general o por el pediatra a cada paciente es Aragón, con una valoración media de 7,3. Las peor posicionadas son Canarias y el País Vasco, con una valoración media de 5,9.

También en el 2007, con una media de satisfacción de 7,1 a nivel estatal, la comunidad que alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios con el equipamiento y con los medios tecnológicos es el Principado de Asturias, con una valoración media de 8,2. La peor posicionada es Galicia, con una valoración media de 6,6.

En cuanto al tiempo de dedicación del médico especialista, cabe destacar que entre el 2003 y el 2007 la satisfacción mejora, pero Canarias, por ejemplo, sigue siendo la región menos satisfecha.

Respecto al tiempo de demora, en el 2007 aumenta la puntuación de forma generalizada; el Principado de Asturias y Castilla-La Mancha encabezan la lista de las zonas con mayor grado de satisfacción dentro de la moderación. Se unen a otorgar un "aprobado" a este apartado las Islas Baleares y Castilla-La Mancha. Cantabria pasa a ser la más crítica junto con Canarias.

En la comparación sobre la satisfacción acerca de la facilidad para conseguir cita en Atención Primaria y en Pediatría entre los años 2003 y 2007, mejoran cuantitativamente las medias de valoración de todas las comunidades autónomas, salvo las de Aragón, Canarias, la Comunidad Valenciana, el País Vasco, la Comunidad de Madrid, Extremadura, la Región de Murcia y el Principado de Asturias, en las cuales desciende ligeramente el grado de satisfacción de los usuarios. En el 2007, con una media de satisfacción de 6,63 a nivel estatal, el Principado de Asturias alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios, con una valoración media de 8,35. La peor posicionada es el País Vasco, con una valoración media de 5,77.

En cuanto a la comparación de la media de satisfacción con el horario de atención de las consultas de Atención Primaria y Pediatría, el Principado de Asturias alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios en el 2003 y en el 2007. La peor posicionada es Galicia.

La media de satisfacción con respecto al tiempo de espera entre los años 2003 y 2007 muestra un ligero aumento de la media nacional. En el 2007 el Principado de Asturias queda bastante por encima de la media. La Comunidad Foral de Navarra, Aragón y Castilla y León se sitúan en torno a la media. El resto queda algo por debajo de la media y, bastante por debajo, la Región de Murcia, la Comunidad de Madrid y Canarias.

El porcentaje de encuestados que consideran que se están tomando medidas para mejorar las listas de espera cambia mucho entre los años 2003 y 2007. Mejora en muchas comunidades autónomas, pero disminuye significativamente en el Principado de Asturias, Galicia y otras. Canarias permanece estable, y la comunidad que alcanza el mayor porcentaje es la Región de Murcia, con un 61%.

En cuanto a uno de los temas clave del estudio, esto es, si el ciudadano percibe que recibe un servicio mejor al gestionar las comunidades autónomas la asistencia sanitaria en lugar del Estado, la media nacional disminuye entre el 2003 y el 2007, cuando en ediciones recientes, como la del Barómetro Sanitario del 2006, aumenta. En comunidades como Cataluña la media empeora; también se aprecia una posición menos favorable, una vez transcurrido el tiempo, entre los aragoneses, los castellano-leoneses y otros. Las poblaciones que tienden a estar más de acuerdo son las del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra.

En prácticamente todas las comunidades autónomas el porcentaje de personas que piensa que éstas deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos sube, con la excepción de Extremadura y de la Región de Murcia. Sin embargo, quedan bastante por debajo de la media española el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra.

Respecto de la pregunta sobre la existencia de equidad en la dispensación de servicios sanitarios con independencia de la comunidad autónoma de residencia, la población de las Islas Baleares, la de Extremadura y la de La Rioja son las que más se muestran a favor en el 2003, mientras que en el 2006 (pues esta pregunta no figura en el Barómetro del 2007) la población del Principado de Asturias ostenta esta posición, seguida a distancia de la riojana, la andaluza y la canaria.

6.5. UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD IMPORTADO

La creación del SNS sobre un sistema de aseguramiento obligatorio (el antiguo Instituto Nacional de Previsión [INP]) es algo singular en el entorno español. En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad (1); en 1989 la financiación pasa a realizarse a través de los impuestos generales y la cobertura se hace universal; y en el 2002 concluyen las transferencias sanitarias a la totalidad de las comunidades autónomas. La descentralización sanitaria forma parte de un proceso más amplio de descentralización administrativa y política. Ahora que el proceso de transferencias de los servicios sanitarios ha concluido, han surgido interrogantes aún no resueltos, por ejemplo: ¿cómo asegurar la cohesión del sistema?, ¿cómo garantizar la equidad de las prestaciones?

En el Reino Unido, en plena II Guerra Mundial, se imprimieron 635.000 ejemplares del Informe Beveridge; se agotaron de inmediato, incluso entre los soldados que estaban en el frente, a los que se pretendía recompensar con un sistema de salud universal y gratuito (2). Esto revela hasta qué punto el modelo de asistencia sanitaria que dicho informe proponía suscitó interés y debate social. La población asumía el conjunto de reformas que entrañaba y la íntima relación que se establecía entre los derechos que el servicio público ofrecía y las obligaciones que imponía, dado que exigía la asunción de unas cargas fiscales, que sólo eran posibles en un marco de fuerte cohesión y solidaridad social.

El propio William Beveridge tuvo ocasión de visitar España pocos años después de su informe, en 1946, invitado por Luis Jordana de Pozas, director del INP, quien esperaba que su visita impulsara la línea de previsión social mantenida por su instituto y reforzara sus posiciones de poder en la lucha contra el Sistema de Mutualidades Laborales y de las Obras Sindicales de José Antonio Girón de Velasco, ministro de Trabajo (3). La visita de Beveridge no dejó ninguna impronta tangible en España, pues la previsión social franquista siguió fragmentada, ineficaz, con pocos recursos y una cobertura muy limitada de riesgos sociales y sanitarios. Así, hasta la mitad de la década de los años 60 no se desarrollarían en España las bases institucionales para caminar por la senda de la Seguridad Social (SS) que actualmente conocemos.

La reforma sanitaria española que finalmente aconteció se inspiró en países como el Reino Unido, Cuba e Italia. Desafortunadamente, no se ha tenido suficientemente en cuenta ni a Canadá ni a los países escandinavos, donde la descentralización sanitaria se ha hecho exclusivamente sobre la base de criterios de racionalidad económica y de acercamiento de las instancias de decisión. No obstante, en España el proceso de descentralización de los servicios sanitarios españoles responde a causas políticas, por lo que respecta a lo pactado por el hábil conductor Adolfo Suárez y reflejado en la Constitución de 1978, recién salidos de la autarquía y del aislamiento, en un periodo difícil de transición que no rompía con el régimen dictatorial y cuyas reformas consensuadas condujeron a una precaria democracia, que con el tiempo se ha ido asentando.

En el contexto actual, en apenas seis años se ha pasado de cerrar el diseño del Estado de las autonomías a una de las situaciones más abiertas e inciertas desde el final de la transición democrática. Parece que la creencia actual es que descentralizar más es siempre mejor, aunque esto nunca se ha contrastado con datos. Cada Gobierno autonómico se apresura a reclamar más competencias que los otros, sin que nadie introduzca un poco de sentido común a la diáspora. Ni la conciencia fiscal ni la cohesión social que están en la base del sistema del bienestar español pueden improvisarse, y tampoco puede asumirse sin más el conjunto de cargas fiscales que los ciudadanos deben afrontar para hacerlo posible.

La separación de las fuentes de financiación, impuestos *versus* cuotas, tiende a confirmar su carácter de derecho nato de los ciudadanos, frente al carácter contributivo heredero del modelo de la SS. Si lo que se quiere es llegar a una cobertura sanitaria universal de pieza única, es preciso que el ciudadano sea sujeto de una atención sanitaria igual y homogénea, financiada con medios públicos. También se puede conseguir con un aseguramiento múltiple a partir de una financiación pública. En ambos casos, siempre definiendo como titulares del derecho a la atención sanitaria pública a todos los ciudadanos españoles, a los residentes y contribuyentes fiscales en España, y a los transeúntes y residentes no contribuyentes amparados por convenios internacionales.

Se constata que los problemas comunes de los sistemas sanitarios de los países desarrollados radican en gran medida en un aumento continuo de la demanda, en el envejecimiento, en la escasez de recursos, en la rigidez del sector público y en las ineficacias del mercado. Los servicios autonómicos de salud tienen además problemas específicos, en muchos casos compartidos. Las similitudes han evitado una dispersión excesiva en el estado de salud y en el acceso a los servicios entre comunidades autónomas. Las pequeñas desigualdades existentes en salud están más relacionadas con las desigualdades socioeconómicas que con la geografía, si bien ésta refleja diferencias en riqueza y gasto sanitario.

6.6. EL LEGADO DE LA DESCENTRALIZACIÓN

La Constitución Española, y dentro de ella el establecimiento del Estado de las autonomías, supuso la solución más estable de convivencia democrática que hasta ahora ha existido en España. A la vez, aportaba una solución inédita a problemas de integración general hasta ese momento no resueltos y facilitaba una distribución del poder que sustituía una centralización hasta entonces incompatible con la democracia.

El proceso de atribución de responsabilidades a las Administraciones autonómicas en materia sanitaria se inició tras la promulgación de los estatutos de autonomía. Mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, este proceso comenzó y se desarrolló ampliamente desde el punto de vista sanitario y de la distribución de responsabilidades a las comunidades autónomas. El reparto competencial se aplicó a las 17 comunidades autónomas constituidas, con independencia de su capacidad competencial. Quedaron al margen la mayoría de las competencias sanitarias de la SS, que en su mayor parte se han ido transfiriendo con posterioridad a la citada ley. De manera paradójica, Cataluña en 1981 y Andalucía en 1984 recibieron competencias y poderes en esta materia con anterioridad a dicha ley, y todas antes de la promulgación de la Ley de Cohesión de 2003.

La rapidez con la que tuvieron que adoptarse las decisiones originales en el texto constitucional tuvo que ver con razones de interés político general, de precariedad democrática y de difíciles equilibrios, que han dejado su impronta en el conjunto del proceso descentralizador. Duran-

te los primeros años tras el nacimiento de las comunidades autónomas, la dotación de atribuciones a éstas y el inicio de su actividad, no se fijó ningún objetivo prioritario de control de su gasto, incluido el sanitario.

Los Pactos de la Moncloa de 1997, que supusieron un compromiso de ausencia de conflictividad sindical por reivindicaciones salariales, conllevaron contrapartidas en gasto público que hicieron desaparecer del panorama político inmediato actuaciones específicas de control del gasto sanitario, aunque más adelante se adoptasen medidas generales de contención del gasto, muy especialmente durante el mandato del entonces ministro de Sanidad, Ernest Lluch.

La Ley General de Sanidad de 1986 diseñó un modelo más cercano a los planificados. En sus previsiones los planificadores españoles no incluyeron las adaptaciones necesarias para afrontar un ritmo de crecimiento del gasto sanitario. Esto supuso un elemento decisivo para el futuro del propio sistema sanitario, en el contexto de la crisis de los modelos conocidos del estado de bienestar.

A su vez, cuando se planteó la necesidad de controlar el crecimiento del gasto, fueron las áreas económicas del Gobierno las que dirigieron la iniciativa. La ausencia de estructuras de control económico en sanidad y la falta inicial de evidencias demostrables de su eficacia determinaron algunos de los efectos y tensiones propios del escaso control por la autoridad sanitaria y, por ende, su poca relevancia en la agenda política.

Así pues, el sistema de comunidades autónomas establecido en la Constitución Española, que mostraba frágiles equilibrios para los acuerdos parlamentarios, que no poseía una tradición democrática prolongada, que presentaba nuevos estatutos de autonomía y que no definía de manera precisa el rol que le quedaba al Estado, podía ahondar la siempre difícil vertebración de España. Durante tres décadas (1978-2008) se ha buscado el empate entre las autonomías históricas y las de nuevo cuño. Se han celebrado la pluralidad, la vitalidad cultural y otras bondades del Estado autonómico, pero a la par han surgido, ante el raquítico desarrollo de la sociedad civil y el gran poder atribuido a los partidos, unos cargos políticos regionales que pretenden imponer voluntades que muchas veces resultan ajenas y poco prioritarias, tales como las identidades por territorio.

Las autonomías han obtenido una serie extraordinaria de recursos y de competencias otorgadas por sus estatutos y por la Constitución. El carácter especial de las comunidades históricas con régimen foral ha generado una asimetría financiera que puede convertirse en un motivo de resentimiento. Así las cosas, la ampliación de transferencias en el 2002 a todas las autonomías generó una dinámica competitiva, en vez de cooperativa, alimentada por el agravio comparativo. Han surgido redes de intereses políticos, financieros, comerciales, sociales y culturales que no sólo presionan para diferenciar la identidad y la historia de cada región, sino también para arrancar más recursos y competencias al Estado. De este modo, la devolución definitiva de responsabilidades corre el riesgo de terminar convirtiéndose en una situación en que la dialéctica y la presión política regional prevalezcan sobre una visión de conjunto en la que justicia social y equidad entre regiones sean metas de todos.

El sistema español está constituyéndose más como un federalismo competitivo que como un federalismo cooperativo como el de Alemania, Canadá o EE. UU. En España se echan ya en falta los mecanismos de responsabilidad conjunta que caracterizan a los Estados federales. Cada vez se toman menos decisiones a nivel nacional, de modo que no se fomenta que los Gobiernos regionales piensen en términos nacionales. Se precisa con urgencia un Senado realmente operativo que refleje la importancia de la nación y de las autonomías. España es, sin duda, uno de los Estados más descentralizados del mundo.

En el momento de redactarse la Constitución Española y de promulgarse la Ley General de Sanidad, era generalizada la convicción de que un sistema de gestión sanitaria descentralizado favorecería la buena gestión de los intereses generales de los usuarios de la sanidad. La descentralización de la sanidad ha supuesto indudables mejoras de gestión en muchos campos, aunque la evidencia de sus efectos sobre los resultados en salud sea escasa e incompleta. En la mayor parte de las comunidades autónomas ha sido fundamental el incremento de los servicios y medios tecnológicos como consecuencia de la asunción de las responsabilidades de autogobierno. Se han completado las ambiciosas previsiones de instalaciones hospitalarias y extrahospitalarias establecidas en los mapas sanitarios de muchas regiones.

6.7. A PESAR DE TODO, NO ES MALA IDEA

La mejora de la calidad asistencial y de las instalaciones y equipamientos ha sido espectacular en las comunidades que tenían menor dotación sanitaria inicial, a saber, Extremadura, Castilla y León, Castilla-La Mancha o Galicia, y en general en todas las comarcas alejadas de los centros urbanos. A nivel local es más fácil lograr la participación ciudadana en el control y orientación de los servicios, siempre que se propicien cauces democráticos en la participación y procesos de deliberación con información suficiente. Hay que prestar especial atención a la fragilidad de las pequeñas regiones donde las responsabilidades de control sanitario están en manos de agentes más vulnerables a las presiones de grupos de interés nacionales o internacionales. Por otro lado, las compañías transnacionales se quejan de la fragmentación del mercado sanitario español y de la multiplicidad de interlocutores políticos, reguladores y técnicos.

Un reciente estudio sugiere que la desconcentración administrativa no ha tenido efectos deletéreos (4). De hecho, las inequidades en el acceso han sido muy leves y la financiación ha resultado progresiva y equitativa. Como se ha observado tantas veces, la inequidad en los ingresos personales es la variable que más explicaría las inequidades en salud y en acceso a la sanidad. Este estudio también evidencia que la inequidad en el acceso de los más desfavorecidos tiene un impacto negativo en la salud, muestra que el fomento del acceso a los servicios sanitarios de dicho colectivo llevaría a una distribución más justa de la salud.

La mayor limitación del citado trabajo radica en su corte transversal. Sin embargo, su relevancia está en que, frente a otros bienes, los cuidados sanitarios no pueden ser distribuidos directamente. La equidad en salud se puede promover a través de algunas políticas sanitarias y sociales, pero sobre todo a través de instrumentos fiscales que transfieran fondos de los más favorecidos a los menos favorecidos y a través de la mejora de los determinantes ambientales que están tras la producción de salud. Esto se combina normalmente con políticas a largo plazo que recorten inequidades en salud, tales como programas de educación para asegurar que los niños reciban la información sanitaria adecuada y conduzcan a estilos de vida saludables, sin que importe el estatus socioeconómico de sus padres. Por otra parte, se pueden introducir políticas para mejorar las condiciones de las prestaciones sanitarias.

Aun así, al llevar a cabo políticas sociales hay que recordar que una distribución a los menos favorecidos que no reduce las inequidades en salud no es necesariamente una política que mejore el bienestar. Ello se debe a que algunas alternativas de asignación hacen mejor uso de los recursos y, por tanto, producen mayores mejoras en el bienestar.

Por otro lado, la descentralización también puede analizarse desde el prisma de los determinantes y de los efectos de la competencia vertical (CV) (5). La CV es el resultado de los incentivos a la competencia que surge de la distribución de poderes entre los distintos niveles del Gobierno, como consecuencia de una distribución difusa de las responsabilidades sanitarias, atribuible a una falta de claridad constitucional en la asignación de poderes o a la emergencia de innovaciones que desdibuja dichos límites. Así, las responsabilidades de las comunidades autónomas se solapan con las de la Administración central, lo que da lugar a la competencia en la provisión de servicios, en los que convergen las políticas innovadoras y el desarrollo del estado de bienestar. De cualquier forma, estos efectos están ligados a que la descentralización en España –a excepción de dos regiones– ha concedido a las autonomías responsabilidades políticas más que fiscales, que afectan básicamente al gasto.

La trayectoria española confirma que si se produce la CV, la descentralización democrática en un Estado unitario origina efectos similares a los de un Estado federal. Curiosamente, los incentivos a la CV en el SNS parecen prevenir la reducción del estado de bienestar y han dado pie a una innovación sustancial, la cual podría aumentar la eficiencia en el sistema sanitario. Sobre la base del caso español, la CV en los Estados unitarios está determinada por la falta constitucional de protección a la distribución de poderes, así como por la falta de coordinación de la Administración central.

De hecho, si la competencia entre los niveles de Gobierno favorece los intereses de poder de los Gobiernos regionales, el Gobierno central estaría tentado de anular los efectos de la competencia a través de la restricción tanto de los poderes como de los recursos de los Gobiernos de niveles inferiores. Así, la efectividad de los mecanismos de la CV podría estar potencialmente inhibida con el restablecimiento de procesos de coordinación más constreñidos que llevan a la "recentralización".

Por otra parte, debido a que el Senado en España –todavía pendiente de su reforma– no ha representado plenamente los intereses de las comunidades autónomas, el Consejo Interterritorial (CI) tendría potestad de ejecutar el papel del Senado en los Estados federales y de coordinar las responsabilidades, aunque en la práctica ha mostrado una capacidad de coordinación limitada.

Finalmente, hay otro estudio que sugiere que, a nivel de provincia y de región, la descentralización no ha producido ni convergencias ni divergencias en la salud (6).

Hay otros factores positivos en el proceso de descentralización, como son: emular las mejores prácticas y liderar ciertas reformas sanitarias de base ideológica, que hacen más compleja a la sociedad a la par que más democrática (7).

6.8. LOS MOTIVOS PARA DESCENTRALIZAR

Por una parte, hay razones geográficas que sustentan los deseos de descentralización y que obedecen al objetivo de la dispersión de las responsabilidades políticas y de gestión del Gobierno central (8). Por otra parte, otro criterio más objetivo es la baja productividad de los servicios públicos centralizados, que justifica plantearse reformas de descentralización. Es patente en las listas de espera y en el malestar de la población, que considera que los servicios sanitarios son uno de los ámbitos más alejados del poder y de la facultad de control democrático de los ciudadanos (9). En otras palabras, la ineficiencia y el bajo rendimiento de los servicios, unidos al difícil control del ritmo de crecimiento del gasto sanitario y a las lagunas existentes en el acceso y en la cobertura de servicios, se rían las razones principales para descentralizar (10). Otro tipo de razones radican en los problemas de legitimación de Gobiernos regionales con poca experiencia y escasa tradición de gobernanza.

Los motivos principales que justifican las propuestas de "microrreformas" de los servicios sanitarios son la incapacidad para contener los costes, el escepticismo sobre los sistemas planificados, la crítica creciente hacia su rigidez y burocratización, y, en algunos casos, la pobre calidad de los servicios prestados (11).

Entre los argumentos a favor de los nuevos modelos de gestión se encuentra también el de la capacidad de elección por parte del usuario con la introducción de mercados sanitarios, razón que puede resultar atractiva para la población a la que se ofrece esta oportunidad. Otro tipo de razones en las que se han apoyado esta clase de reformas hacen referencia a su posible contribución a reducir los costes sanitarios. Una parte de esa reducción podría obtenerse con la disminución de los costes salariales y del poder negociador de las organizaciones representativas de los trabajadores sanitarios, aunque no parece que esto haya acaecido. Antes al contrario, el incremento paulatino de los salarios ha sido la norma desde el 2002.

6.9. LA UNIFORMIDAD NO ES COHERENTE CON LA DESCENTRALIZACIÓN

Se descentraliza para mejorar la eficiencia, pero también para permitir variaciones territoriales en los objetivos de los sistemas regionales de salud y en sus prioridades de acción. En este sentido, equidad no equivale en absoluto a igualdad o uniformidad. No obstante, hay unos derechos y prestaciones mínimos que el SNS ha de garantizar a todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia. De esta forma, la heterogeneidad es admisible sólo a partir de cierta cota, por debajo de la cual debería imperar la uniformidad (12).

La descentralización ha provocado en ocasiones la duplicación de órganos de gestión, similares a los que existían en los órganos centrales previos, sin la conveniente autocrítica ni las propuestas de mejora y simplificación. Ha primado la emulación, con la desventaja de la falta de experiencia. Las organizaciones de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas han tendido a centralizar las responsabilidades de manera bastante homogénea, más aún en las primeras fases de desarrollo, y han cedido poca capacidad de gestión a los centros. En cuanto a los órganos de participación, han mantenido una actividad muy discreta, que no ha dado lugar a cambios sustanciales que puedan percibirse como indicios de una orientación diferente.

El proceso de descentralización también ha dificultado el establecimiento de nuevos centros sanitarios de referencia supracomunitaria,

cuya necesidad resulta evidente si se tienen en cuenta las enormes diferencias de tamaño que existen entre las comunidades autónomas españolas.

Por razones comprensibles, la sanidad es uno de los terrenos donde toda fuerza política gobernante en una comunidad autónoma trata de reflejar con claridad y contundencia los avances obtenidos con su gestión descentralizada frente al anterior entramado sanitario centralizado, que siempre se describe con un historial menos brillante.

El modelo que finalmente crea la Ley General de Sanidad no es sino un conjunto hilvanado de normas y de procedimientos que pretenden contribuir a un mismo objetivo, la gestión "integrada" de todos los instrumentos y medios de la sanidad pública orientados a la promoción y protección de la salud, los cuales son, básicamente, de titularidad autonómica. Ese "conjunto" carece de personalidad jurídica y tampoco tiene órganos propios de gobierno, de gestión o de representación, pues el CI se articula como un foro para la puesta en común de los proyectos de cada una de las partes integrantes, que son independientes entre sí.

Un sistema sanitario "integrado" por servicios de muy distinta dependencia, dirigidos por autoridades que se guían por criterios políticos, sociales y económicos que pueden tener grandes diferencias entre sí, sólo puede mantenerse cohesionado si las normas que lo configuran son precisas, definen un marco estable, generan armonía en su cumplimiento y buscan el carácter razonablemente igualitario y solidario del sistema, por encima de tensiones financieras y de enfrentamientos políticos. Estas características son, desafortunadamente, difíciles de visualizar actualmente.

Justamente por ello, el SNS afronta un futuro, cuando menos, problemático. Tanto los profesionales como los analistas y los propios responsables reconocen soslayadamente que el sistema no está bien consolidado, que su viabilidad futura está sometida a tensiones centrífugas y que de no actuar con sentido común en el corto plazo el sistema será menos solidario y apenas tendrá cohesión. Ya se pueden observar ciertos problemas embrionarios, a saber, algunas inequidades e ineficiencias, y falta de transparencia.

La indefinición con la que la Ley de Cohesión y Coordinación del SNS nació en el 2003 se basa en el ambiguo rol asignado al Ministerio de Sanidad y Consumo, que dificulta su liderazgo. Además, la pérdida de competencias a favor del nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación lo sitúa en posición de mayor debilidad. La lealtad institucional que debería guiar el buen gobierno del SNS se quiebra en contiendas políticas constantes, poco edificantes. Por ejemplo, no ha sido posible hasta hace apenas dos años acordar un sistema de información sanitaria que incorpore indicadores clave pactados con todas las comunidades autónomas, y todavía no está ni plenamente actualizado ni desagregado por regiones.

6.10. UN FUTURO INCIERTO

En ese marco es evidente la fragilidad de las políticas comunes en sectores clave del sistema sanitario público, como las que afectan al personal o las referidas a la política farmacéutica. Tampoco sorprende que un sistema al que le es connatural la escasez financiera sea incapaz de articular medidas que permitan obtener economías de escala entre los distintos servicios autonómicos de salud, por ejemplo, a la hora de realizar algunas compras que son comunes e igualmente importantes para todos ellos.

A fecha de hoy, el funcionamiento del SNS depende casi en exclusiva de la mejor o peor voluntad que en cada caso y momento tengan los Gobiernos autonómicos y apenas de lo que el Ministerio de Sanidad y Consumo disponga. Si no hubiera reformas y consensos en aspectos de claro liderazgo central, podría producirse la desestructuración del actual SNS como conjunto integrado por los 19 servicios de salud de las comunidades y ciudades autónomas, más los correspondientes servicios de la Administración General del Estado.

En caso de producirse, el principal valor del SNS quedaría en entredicho: el principio de igualdad de los españoles ante el dolor, la enfermedad y la protección de la salud. La cohesión del sistema es la mejor garantía que tienen los ciudadanos que habitan en las zonas de España más desfavorecidas para disfrutar de una protección sanitaria equitativa. Afortunadamente, recientes acuerdos de colaboración entre regiones li-

mítrofes para prestar servicios de unas a otras en zonas remotas parecen indicar que prevalecerá la racionalidad. También hay que considerar que el SNS está muy bien valorado por el conjunto de la ciudadanía, por lo que parece improbable su fuerte debilitamiento. Pero para evitar que se debilite, se debe actuar con cierta rapidez, mucha claridad y grandes dosis de leal consenso, que aseguren los principios de igualdad, cohesión y solidaridad entre los españoles.

En la actualidad, es menor el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo en el complejísimo abanico de temas asistenciales, excepto en el mandato de la Conferencia de Presidentes, que instó al Ministerio de Sanidad y Consumo a crear un plan de calidad que modernizara y asegurara la calidad del SNS. No resulta desdeñable lo que se ha llevado a cabo en los últimos tres años, muy especialmente en el campo de los sistemas de información, la seguridad clínica y la elaboración de guías de práctica clínica.

En definitiva, iniciadas las nuevas reformas autonómicas y ante la oportunidad de afrontar la consolidación institucional antes de que éstas entren en vigor, es evidente que ha quedado sin resolver cuál será el desarrollo operativo de los perfiles, los límites y el marco de coordinación y de interdependencias en todos los terrenos que comprenderá el SNS resultante del proceso de modificaciones estatutarias en marcha.

Conseguir un grado aceptable de calidad y de equidad efectiva en la prestación de los servicios de protección de la salud individual y colectiva es el objetivo último del SNS. Si bien lograr este objetivo compete a los servicios regionales de salud, es el Estado quien tiene la obligación de garantizar que esa calidad tenga unos mínimos comunes en todos los territorios de España.

De ahí que también sea necesario establecer mecanismos de solidaridad interregional adecuados que cooperen frente a aquellos que han fracasado o están en vías de hacerlo. Es el caso del CI del SNS. No se trataría tanto de cambiar su composición como de poner punto final a la ausencia de cualquier capacidad ejecutiva y a la regla de la unanimidad, que no es efectiva en un sistema federal, y aún menos para adoptar medidas complejas de contenido principalmente técnico.

Ha sido y es fácilmente perceptible la poca capacidad del CI para adoptar decisiones en materia de coordinación sanitaria, dado que requiere mayorías absolutas. Muchas veces acaba siendo un simple marco para la escenificación de los problemas y de las discrepancias existentes en la política sanitaria, motivados por razones partidistas y de índole territorial.

España debería emular funcionamientos foráneos de estructuras políticas similares de países muy descentralizados como Suiza, Alemania y Canadá. También debería aprender de los países escandinavos a conciliar equidad y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios públicos.

Predecir el futuro es difícil. Cuando el Constituyente diseñó el Estado de las autonomías y tuvo una concepción universal de la asistencia sanitaria como derecho cívico, la construcción posible de sistema fue la que propiciaban las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias. Se discute acerca de las grandezas de la descentralización en términos de acercamiento del poder político a los ciudadanos y de gestión de sus intereses por entes autonómicos, pero también acerca de las servidumbres, como la generación de divergencias, asimetrías y desigualdades en la posición de ciudadanos residentes en distintas comunidades autónomas.

Sin dramatismo alguno, la cohesión es difícil. El Estado tiene la competencia para fijar la igualdad en términos de mínimos. Así, las desigualdades que surjan serán menores, dado que se ha pactado un catálogo de prestaciones y una cartera de servicios muy amplia para la situación económica de España como país.

Autonomía significa capacidad de decidir cuándo y cómo ejercer las propias competencias, en el marco de los estatutos de cada comunidad autónoma. Las mejoras dependerán de la capacidad financiera de las distintas comunidades y de sus políticos elegidos democráticamente por sus residentes con derecho a voto. Sólo desde el compromiso, utilizando el sentido común y separando la batalla partidista tan frecuente en esta materia, se llegará a buen puerto y será síntoma de madurez democrática.

6.11. LAS FUERZAS CENTRÍPETAS Y LAS CENTRÍFUGAS

Que el SNS siga siendo un sistema en el futuro dependerá del equilibrio entre las fuerzas centrífugas y las centrípetas. Entre las fuerzas centrífugas destacan las siguientes:

1. Diferenciación de los servicios autonómicos en términos de prestaciones de cartera y facilidad en el acceso.
2. Diferencias ya existentes en el gasto sanitario per cápita entre comunidades autónomas.
3. Insuficiencia y mala definición del Fondo de Cohesión Sanitaria.
4. Dificultades de comparación de resultados en salud entre comunidades autónomas, por falta de información comparable, escasa cultura de evaluación y cierta prevención entre las élites políticas ante la comparación pública.
5. Falta de médicos de determinadas especialidades y polarización distributiva.
6. Difícil acuerdo político que clarifique reglas del juego y estabilice escenarios, haciendo perdurable desde el punto de vista presupuestario una cartera de servicios pagados con dinero público.

Entre las fuerzas centrípetas figuran:

1. Funcionamiento más armónico y ejecutivo de los órganos de coordinación liderados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (CI y comisiones especializadas) y de las iniciativas de cooperación entre comunidades autónomas, con un mayor peso técnico-profesional.
2. Respuestas convergentes en atención a las economías de escala ante la demanda creciente de mayor cantidad y calidad de las prestaciones.
3. Problemas de financiación comunes que agudizarán la búsqueda de soluciones más completas y eficaces.
4. Presiones de los colectivos de profesionales ante los agravios de todo tipo entre regiones.
5. Influencia de los proveedores de medicamentos, tecnologías, bienes y servicios.
6. Sensibilidad de los ciudadanos-pacientes ante las desigualdades comparativas. Ciudadanos más demandantes de su participación en las decisiones.
7. Medios de comunicación social atentos a las inequidades y resueltos en su denuncia pública.

8. Planes integrales de salud ligados a presupuestos, transparentes y con mecanismos de rendición de cuentas.
9. Implantación progresiva de garantías en el seno de la Unión Europea sobre prestaciones y acceso a los servicios.
10. Tendencia a la medición del rendimiento de los sistemas europeos y nacionales, a partir de indicadores pertinentes y relevantes que provengan de fuentes fiables: EUROSTAT, OCDE, OMS-EURO, INE, ACSNS-MSC e institutos de Estadística de las comunidades autónomas.

La orientación dominante, en un sentido u otro, dependerá del liderazgo de los decisores del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las comunidades autónomas, y de lo que quieran sobre todo unos profesionales más motivados y unos ciudadanos mejor informados. El mercado, con sus reglas, también influye. La colaboración público-privada en determinados ámbitos puede aminorar ineficiencias inherentes a la supremacía de lo público en el sector.

Debe reiterarse que la cohesión del SNS no es un objetivo abstracto, sino una garantía para que las zonas más débiles económica y socialmente del territorio español no vean mermada la protección sanitaria de sus habitantes. La calidad y la equidad real y efectiva son el objetivo último del SNS. Todos los servicios regionales de salud perseguirán la calidad con sus acciones, fijando prioridades y repartiendo presupuestos, pero compete al Estado velar por la equidad interterritorial y por la articulación del SNS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102.
2. Schama S. Auge y caída del impero británico. Madrid. 2004.
3. Álvarez Rosete A. ¡Bienvenido, Mr. Beveridge! El viaje de William Beveridge a España y la previsión social franquista. Documento de trabajo 34. Fundación SIS. 2008.
4. Costa-Font J, Gil J. Exploring the pathways of inequality in health, access and financial in decentralised Spain. Documento de trabajo 2008-13. Serie Economía de la Salud y Hábitos de Vida. Fedea-La Caixa. 2008.
5. Costa-Font J, Rico A. Vertical competition in the Spanish National Health System (NHS). Public Choice 2006; 128: 477-498.
6. Montero Granados R, Jiménez Aguilera JD, Martín Martín JJ. Decentralization and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001). Social Science & Medicine. Elsevier 2007; 64: 1253-1264.

7. López-Casasnovas G. Organizational innovations and health care decentralization: a perspective from Spain. Health Economics, Policy and Law 2007: 1-19.
8. Rey J. Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. (Monografías EASP: 23). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1998.
9. Anell A. Implementing planned markets in health services: the Swedish case. En: Saltman RB, von Otter C, eds. Implementing planned markets in health care. Balancing social and economic responsibility. Buckingham, Philadelphia: Open university Press 1995.
10. Anell A. The monopolistic integrated mode and health care reform: the Swedish experience. Health Policy 1996; 37 (1): 19-33.
11. Dekker E. Health care reforms and public health. European Journal Public Health 1994; 4 (4): 281-286.
12. González B, Barber P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Fundación Alternativas 2006.

7

Epílogo y hoja de ruta

Los capítulos que exponen el estado de salud de las poblaciones residentes en cada comunidad autónoma (incluyendo Ceuta y Melilla como ciudades autónomas), el uso que hacen de sus recursos, su impacto sobre la salud y la satisfacción que obtienen de ellos llevan a la conclusión de que la situación no es preocupante en términos de marcadas diferencias en ninguna de las áreas estudiadas.

Los problemas descritos en los capítulos anteriores tienden a agravarse en sistemas universalizados como el español. A nuestro entender, poco tienen que ver con la descentralización administrativa, y mucho con los continuos aumentos de la demanda de servicios que satisfacer, que inducen continuos incrementos de costes. La creciente demanda sanitaria se debe a múltiples factores: el vigoroso crecimiento demográfico de los últimos siete años a expensas de la fuerte inmigración, el envejecimiento de la población o el incremento de las expectativas en relación con la salud; todo lo cual conlleva un aumento de las urgencias, de las hospitalizaciones y de la factura farmacéutica.

Asimismo, la mayor disponibilidad y el fácil acceso a las nuevas tecnologías médicas, los estilos de vida no saludables como el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, la sobrealimentación, etc., así como los cambios medioambientales, generan más demanda. Paradójicamente, aunque los ciudadanos están informados sobre los factores que influyen en la salud mejor que nunca antes en la historia, muchos tienden a descargar sobre el sistema sanitario ciertas responsabilidades referentes al cuidado de su propia salud.

La creciente demanda de servicios sanitarios de todo tipo que se observa en los capítulos 3 y 4 está influenciada por el factor trabajo inherente a la prestación de los servicios sanitarios. También por la eclosión de nuevas tecnologías en todos los ámbitos: preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador. El encarecimiento de la sanidad es tan real como su efecto sobre el bolsillo de los ciudadanos, bien a través de una mayor presión fiscal cuando la provisión es pública, bien a través de precios cada vez más altos cuando se opta por proveedores privados. A pesar de ello, la demanda de servicios sanitarios ha crecido en consonancia con el mayor poder adquisitivo de la sociedad y la mayor información disponible, y su provisión eminentemente pública y universal ha puesto de manifiesto que los ciudadanos no quieren prescindir de ellos por alto que sea su coste.

Tener, como hasta hace poco tiempo, superávit en las cuentas nacionales y observar que los servicios sanitarios se deterioran es algo que no es directamente imputable a los Gobiernos autonómicos. Tampoco parece razonable perpetuar el actual modelo de financiación, cuyo problema es la solidaridad hacia el resto de las regiones por parte de las comunidades autónomas que cuentan con sistemas forales, aunque en 30 años no se ha dado con la mejor receta.

Es probable que la crisis económica lleve a moderar las demandas de financiación en consonancia con la menor recaudación de tributos directos e indirectos que ya se observa en las arcas del Estado y de las comunidades autónomas. No se vislumbra un reparto en función de necesidad sanitaria. El criterio de población con algún factor corrector local será el que prevalezca frente al de renta.

El cambio de ciclo está provocando un incremento de las necesidades sociales y, si no hay recursos públicos para cubrirlas, aumentarán las tensiones sociales, los conflictos de convivencia, así como la merma en el bienestar de muchos ciudadanos y, por ende, en la capacidad de crecimiento de España.

Ante una demanda creciente y unos recursos siempre limitados, los responsables de los sistemas públicos intentan conseguir recursos adicionales y mejorar la gestión de los mismos, siempre dentro de un contexto de equidad y de igualdad de acceso. Todos los directivos de los servicios regionales de salud lo hacen con convicción y empeño. Sin embargo, conviene señalar que la productividad de los servicios sanitarios públicos es menor que la productividad total de la economía por razones que poco tienen que ver con la gestión de los responsables autonómicos. Las innovaciones diagnósticas y terapéuticas tampoco suelen sustituir al trabajo, por lo que la productividad aparente tampoco aumenta, lo cual es incompatible con unos beneficios de la innovación superiores a sus costes.

Las carteras de servicios de cada comunidad autónoma, razonablemente similares entre ellas, como se ha podido comprobar, no sólo pueden ser de carácter administrativo. Los planes de salud que propugnan las comunidades autónomas con sus acciones deben susten-

tarse más en información determinante y fundamentada en pruebas. A fin de lograr una mayor efectividad de los servicios sanitarios y de afrontar los retos actuales adecuadamente, será preciso partir del análisis riguroso de lo que funciona en la práctica clínica y lo que no. Hace ya más de un década muchos clínicos entendieron el nuevo paradigma que suponía la Medicina basada en la evidencia (1). Sin embargo, se ha avanzado poco en la implantación de la asistencia sanitaria basada en la evidencia, que consiste básicamente en prestar sólo aquellos servicios que funcionan en términos de efectividad, seguridad y calidad (2).

Sobre los grandes dilemas económicos y éticos relacionados con el racionamiento, que afectan a todos, no suele debatirse tanto como sobre la manipulación genética, que afecta a muy pocos. Tampoco los retornos sanitarios crecen al mismo ritmo que el incesante incremento de los recursos asignados al sistema sanitario. Así, la esperanza de vida en buena salud crece muy lentamente y se ha estancado en los últimos años.

En esta situación se visualiza mejor el relevante papel de los otros determinantes distintos al sistema sanitario y su funcionamiento sobre la salud. Por tanto, es racional plantearse que la medicina curativa obtiene unos resultados limitados y cercanos a su techo. El aumento de recursos debería, pues, orientarse más a la prevención, a corregir estilos de vida no saludables, a través de acciones de eficacia probada y de una mayor investigación aplicada.

Tarea esta compleja, exenta de glamour y que, además, afronta serias carencias de conocimiento básico acerca del funcionamiento del comportamiento humano, de cómo modificar determinadas conductas y mantenerlas en el tiempo, frente a la presión que ejercen múltiples factores de estrés a diario. Además, la buena salud no es sólo una cuestión de estilos de vida: la reducción de la pobreza, del desempleo, de la exclusión, del fracaso escolar y de la soledad mejoraría muchos indicadores sanitarios, y lo haría con mayor impacto que muchas de las nuevas inversiones en hospitales y alta tecnología. Cabe decir algo similar respecto a las mejoras esperables de una mayor preocupación ecológica.

El sistema sanitario español, con sus singularidades procedentes de la variedad regional, financiado mediante impuestos y que ofrece una cobertura universal y gratuita basada en la igualdad de acceso a igual necesidad, esto es, que prioriza la atención por orden de llegada, es, seguramente, el logro más importante de la moderna historia de España en el terreno de la solidaridad, junto con la universalización de la educación gratuita hasta los 16 años. Se añaden ya los servicios y las ayudas económicas públicas para la atención a la dependencia. Realmente, "pagamos por lo que tenemos y consumimos por lo que necesitamos", singularidad exclusiva de los países que adoptan el estado de bienestar como pilar básico.

Tal y como se ha expuesto a lo largo de este libro, la igualdad en el acceso se combina con una razonable calidad técnica y científica de las prestaciones que ofrecen los distintos servicios regionales de salud. Su amplio catálogo cubre la mayor y más sustancial parte de las incidencias que pueden afectar a la salud física y, algo peor, a la salud mental de quienes residen en las distintas comunidades autónomas, que pueden ser atendidos en una red de establecimientos sanitarios públicos o concertados con un confort aceptable. La buena percepción generalizada que los españoles tienen acerca del servicio sanitario y que se pone de relieve en los barómetros sanitarios es un buen acicate para seguir trabajando con rigor en un sistema generador de un gran número de empleos directos e indirectos.

En el momento en el que se realizaron las transferencias estaba aún por definir cuál y cómo sería el modelo resultante del proceso de descentralización sanitaria que entonces se abría. La sensibilidad que existe en España frente a los agravios comparativos impidió que las primeras transferencias tuvieran carácter asimétrico. Al contrario, facilitaron el camino por el que transitarían el resto de las comunidades a lo largo de un extenso proceso. El mayor autogobierno conseguido de los nuevos estatutos de autonomía implicará una nueva organización del Estado que para muchos analistas terminará como una confederación de comunidades autónomas.

Si se acentúan los incipientes hallazgos en salud diferenciales de las distintas comunidades autónomas, que radican en determinantes pero también en el ámbito de la información, de la financiación, de la ges-

tión de personal o de la calidad de las prestaciones, será alta la probabilidad de que se afecte de forma negativa al sistema sanitario en su conjunto y a los servicios que lo integran, y también a la equidad. En todo caso, resulta extraño que estas cuestiones no suelen tratarse en ámbitos públicos, sino en ámbitos profesionales; y, sobre todo, los medios de comunicación social no ayudan suficientemente a trasladarlas al gran público.

La verdad es que cuanto más se utilizan grandes frases como: "Tenemos un sistema sanitario de los mejores del mundo"; más fácilmente se sustituye el análisis riguroso acerca del funcionamiento de los servicios por otros poco críticos y de corto plazo que sólo buscan el rendimiento electoral.

Además, dado que las autoridades sanitarias deliberan poco con los ciudadanos, los problemas financieros de configuración institucional, de coordinación y de cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) apuntados en el texto quedan relegados a un segundo plano.

El debate público en profundidad en torno al futuro de la sanidad es cada vez más necesario. Asegurar la viabilidad y la perdurabilidad de las políticas sanitarias y de salud de las comunidades autónomas es un imperativo para la cohesión social.

Las circunstancias económicas adversas exigen una enorme responsabilización de los gestores políticos de la Administración autonómica y estatal respecto al gasto sanitario público, dada la merma de los ingresos por tributos. Además, será difícil realizar nuevos saneamientos de las deudas sanitarias a costa de las arcas del Estado.

Finalmente, ni ha pasado tiempo suficiente ni se dispone de datos consistentes en las comunidades autónomas para evaluar el impacto en la salud de una intervención sectorial tan relevante como la sanidad en las distintas autonomías.

Ciertamente, los ciudadanos se han acostumbrado a una omnipresencia de lo sanitario en la vida particular y social configurada por una amplia gama de prestaciones que, consideradas como naturales y debidas, se

han arraigado en la cotidianeidad hasta el punto de no resultar tolerable la menor restricción en su disfrute. Esperemos que la difícil situación a la que nos asomamos lleve a que las estrategias de cooperación entre las comunidades autónomas y el Estado se impongan. Nos jugamos el bienestar futuro. No podemos fallar.

A partir de los resultados presentados a lo largo de los distintos capítulos del libro y de otras consideraciones más relacionados con la experiencia, cabe trazar una hoja de ruta, formulada como decálogo de recomendaciones.

7.1. PRIMERA RECOMENDACIÓN

A nivel estatal sería necesario reformar y desarrollar el marco legislativo común a todo el territorio nacional. En primer lugar, sería conveniente desarrollar la Ley de Cohesión y Calidad del SNS para conferir un carácter más ejecutivo al Consejo Interterritorial y permitir que sus decisiones se tomen por mayoría simple. El Estado tendría que tener un papel más directivo, a semejanza del que desempeña la Comisión en la Unión Europea, y promover el reforzamiento de su facultad de "alta inspección" y de sanción económica a las comunidades autónomas cuya legislación o normativa infrinja la legislación básica del Estado, o bien ignore las recomendaciones y mandatos del Consejo Interterritorial.

En segundo lugar, urge reformar la Ley General de la Seguridad Social. Se debe desligar definitivamente la cobertura asistencial sanitaria de los ciudadanos españoles de su registro en el sistema de la Seguridad Social. Esto supone, actualmente, que más de medio millón de ciudadanos carecen de tarjeta sanitaria, lo cual incumple el derecho esencial de acceso universal.

Finalmente, es urgente disponer a nivel estatal de una política estratégica integrada de salud pública a través de la acción pública de los excedentes generados por las externalidades positivas que benefician a todos. Sin que ello impida la aparición de externalidades negativas sobre las poblaciones de otras comunidades autónomas como consecuencia de distintos calendarios vacunales o de los efectos negativos del cambio climático sobre la salud.

7.2. SEGUNDA RECOMENDACIÓN

Un SNS fuertemente descentralizado como el español se enfrenta a la conciliación de los objetivos de suficiencia, autonomía e igualdad, equilibrando la constante pugna política entre las competencias estatales (Ministerio de Sanidad y Consumo) y las autonómicas (comunidades autónomas gobernadas por distintos partidos). Estos intereses contrapuestos dificultan el diseño de una auténtica estrategia sanitaria conjunta, liderada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y compartida por todos.

Las consecuencias más visibles son, por una parte, la pérdida de información de conjunto que permite una comparación real entre territorios y, por otra parte, la falsa imagen de que el sistema sanitario es una mera agregación de servicios autonómicos de salud. Por ello, deben definirse las necesidades sanitarias de forma común a todas las comunidades autónomas, sin oscurantismo ni "menús a la carta" dependientes de las fuerzas políticas que estén gobernando.

En un sistema descentralizado como el español hay que reivindicar de nuevo la relevancia de la métrica y de la cultura evaluativa. Es fundamental el fomento de una cultura organizativa de transparencia y rendición de cuentas, así como la apertura a la participación de los ciudadanos en las decisiones. No debe pedirse a la población que ordene los tratamientos si ésta no dispone de información suficiente para decidir ni de los cauces apropiados para participar democráticamente.

Se han de combinar las diferencias (principio de autonomía) con la igualdad (principio de equidad), mejorando el bienestar de todos e impidiendo los efectos deletéreos de las diferencias entendidas como desigualdades tanto sociales como sanitarias. No obstante, urge definir cómo y crear un liderazgo de base técnica con políticas acordes. Por tanto, es preciso generar una red de cooperación entre la Administración estatal y las Administraciones autonómicas en materia de salud y desarrollo sostenible. En la práctica real se traduciría en un importante impulso a la cohesión con un compromiso de mantener un nivel de integración en cuanto a sistemas de información, entendiendo que es necesario mantener unos principios básicos uniformes en materia de carrera profesional y garantizando a todos los españoles el acceso a los servicios sanitarios y a las prestaciones en cualquier lugar.

Una posible solución sería acordar un pacto de la sanidad consensuado con todos los partidos políticos y el resto de los agentes del sistema. Otra alternativa puede ser crear un fondo de igualdad del SNS a partir de recursos fiscales de carácter finalista, cuyos fondos se destinasen a corregir desigualdades frente a los principales causantes de la morbimortalidad en España.

7.3. TERCERA RECOMENDACIÓN

A nivel autonómico las prestaciones sanitarias son globalmente equivalentes y no es conveniente que esta situación cambie. No obstante, las diferencias entre prestaciones y su acceso crecerán en las carteras regionales. La dificultad medida en tiempo de espera para una consulta de atención especializada, un diagnóstico, un tratamiento o una intervención varía notablemente de una comunidad autónoma a otra, y es probable que se acentúe en función de la prioridad que dé a la sanidad cada Gobierno regional. Es esencial que los ciudadanos de las regiones infradotadas llamen la atención a sus políticos y gestores, y actúen en consonancia en las urnas.

No obstante, de no conseguirse un sistema de financiación que contemple en su fórmula de reparto más factores de corrección entre los distintos territorios, las comunidades autónomas empezarán a facturarse unas a otras por la asistencia especializada y por la prescripción farmacéutica, tan pronto se doten de potentes sistemas de información con indicadores homogéneos en las definiciones de lo sustantivo. Será un obstáculo para la permeabilidad existente entre territorios limítrofes.

El sistema de financiación vigente, que no liga los presupuestos sanitarios con el PIB, sino con los ingresos tributarios de las comunidades autónomas de régimen general al Estado, creará problemas por las reducciones de impuestos que las comunidades puedan establecer como consecuencia de compromisos electorales, por la falta de crecimiento económico debida a la crisis que persistirá en el tiempo y por el obligado cumplimiento del pacto de estabilidad presupuestaria de la Unión Europea. Para aumentar los recursos financieros sin incurrir en una mayor presión fiscal impositiva personal directa, habrá que recurrir a recargos sobre los tributos indirectos, como el “céntimo de la gasolina” y otros.

Las comunidades autónomas se empiezan a plantear medidas de control del gasto sanitario que, en estos momentos, se están generalizando en toda Europa como consecuencia del menor crecimiento económico.

En relación con la sanidad pública, se añade que el gasto sanitario se produce en y por decisión exclusiva de las comunidades autónomas. Éstas son un ámbito institucional especialmente débil frente a cualquier contestación social organizada, en el cual la toma de decisiones que puedan ser mínimamente impopulares o problemáticas adquiere gran dificultad y rareza, dado que pueden ser fácilmente condicionadas por grupos organizados que contacten con los sentimientos de la población.

La negociación del Gobierno sobre la financiación de las comunidades autónomas deberá conciliar los contenidos de los nuevos estatutos de autonomía. Así, por ejemplo, mientras algunas comunidades autónomas reclaman inversiones estatales proporcionales a su PIB regional, otras reclaman inversiones estatales proporcionales a criterios poblacionales absolutos o relativos, criterios geográficos, etc. Esa negociación ha de brindar acuerdos estables en el tiempo, lo que previsiblemente obligará a entrar en difíciles debates que afectarán directa e inmediatamente al servicio sanitario público.

Un acuerdo en el que todos ganasen exigiría, sin duda, un aporte adicional de recursos por parte del Estado. No obstante, su capacidad financiera afronta serios límites impuestos por la actual desaceleración económica y por unas crecientes demandas de inversiones públicas en otros servicios, como las infraestructuras y los servicios relacionados con la implantación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, como nuevo pilar en el desarrollo de la sociedad de bienestar.

Sin embargo, queda mucho por hacer en políticas que traspasen recursos de la atención hospitalaria a los menos gravosos, y en muchos casos más satisfactorios, servicios sociales, comunitarios y domiciliarios, en especial en lo que afecta a la atención a los mayores y a los discapacitados.

7.4. CUARTA RECOMENDACIÓN

La investigación de los resultados y la evaluación comparativa de las prestaciones y del ejercicio de la práctica clínica en las distintas comunidades autónomas empiezan a ser conocidas gracias a iniciativas como los informes SESPAS, el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica, el estudio EPIMED y la Guía Salud. Será determinante, sin duda, el desarrollo de los 105 Indicadores Clave del SNS, que ayudarán a conocer mejor en qué se debe mejorar y, por tanto, a diseñar acciones más concretas e informadas.

En paralelo, resulta sorprendente observar que hay más opacidad en los sistemas de gestión, que son cada vez más diversos en la estructura y organización de los centros, en la política de personal y en los itinerarios de los pacientes en los distintos servicios regionales de salud. Por lo tanto, hay una necesidad imperativa de mejorar la coordinación en los organismos regionales de evaluación de tecnologías, en la formación de personal y en el tratamiento de las estadísticas sanitarias. Pero, sobre todo, el reto está en trasladar los resultados de todas estas acciones al clínico y a su escenario de práctica profesional.

Se desconoce el grado de seguimiento de las guías y de los protocolos entre el personal médico. Por ello, es importante la fidelización de los profesionales a sus organizaciones, que favorece, mediante la implicación en la toma de decisiones, su identificación con los objetivos generales de mejora de la efectividad y eficiencia del sistema.

7.5. QUINTA RECOMENDACIÓN

El papel de la sociedad civil en su conjunto también es esencial. La forma adecuada de establecer prioridades en el SNS pasa por un proceso explícito y participativo –con especial énfasis en el establecimiento de cauces democráticos de participación ciudadana–, guiado por un espíritu de cohesión basado en el consenso y en la lealtad institucional. Parece obvio reclamar un compromiso político de alto nivel, capaz de establecer horizontes a corto, medio y largo plazo.

Es necesario considerar los principios éticos en los que se sustentará este cambio. Se han listado todos los servicios ofertados por el sistema sanitario público y el orden de mayor a menor frecuencia e intensidad de las prestaciones sanitarias en muchos de los planes de salud de las comunidades autónomas. Priorizar de manera más explícita las prestaciones precisa de criterios tales como la magnitud (morbilidad, mortalidad, incidencia, prevalencia), la vulnerabilidad (relación causa-efecto, factores de riesgo, diferencias entre grupos, diferencias entre países), la trascendencia (letalidad, incapacidad temporal o permanente, mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos), la disponibilidad de información y de recursos, y, como no, la decisión política.

Así pues, la garantía de un razonable "todo para todos y gratis" en el momento de uso está sujeta al empeño de los gestores del sistema sanitario y al empeño de los profesionales a nivel clínico. La participación pública y la disminución de la presión política que se ejerce a nivel de organización, junto con la difusión de la evidencia disponible acerca de los costes y de la efectividad de las intervenciones sanitarias, ayudarán a este proceso.

Tras haberse completado el proceso de transferencias hace siete años, no se han mejorado sustancialmente los problemas inherentes al sistema español: las listas de espera y las ineficiencias organizativas. Además, una demanda siempre en aumento con costes crecientes debidos a la gratuidad en el momento de uso y a la universalización no ayuda a resolver dichos aspectos. A la espera de más profundos y completos análisis, tampoco se ha constatado un empeoramiento de los servicios transferidos a las comunidades autónomas. Sin embargo, parece imperativo propugnar más educación a la ciudadanía, que mejore los conocimientos acerca de los límites de la Medicina, y huir de la fácil demagogia de los políticos.

Actualmente, en España el copago de la prestación farmacéutica es ineficaz, carece de equidad y está en progresivo desuso. Este sistema, combinado con la alta prevalencia de enfermedades crónicas, la comorbilidad y el coste de los nuevos fármacos, tecnologías y servicios, amenazará aún más el equilibrio financiero de todos los servicios regionales de salud. Probablemente las regiones se verán obligadas a reaccionar

con regulaciones administrativas más estrictas, lo que siempre produce mayor incomodidad para todos, y en algunos casos su profusión poco informada frenará la innovación tecnológica.

No obstante, la falta de coraje político, las expectativas a corto plazo, la demagogia electoralista y la impopularidad de determinadas medidas hacen que no parezca plausible que las comunidades autónomas se decidan –previa valoración de la obtención de más beneficios que costes y riesgos– a aplicar la participación económica de los usuarios, a partir de ciertas rentas, en determinados servicios no considerados esenciales a través de copagos graduales y de baja intensidad. Todo ello con la finalidad de reducir el uso abusivo de recursos inherente a la gratuidad.

7.6. SEXTA RECOMENDACIÓN

La integración de los medios sanitarios privados con o sin ánimo de lucro en el SNS público es ambigua y depende de cada comunidad autónoma. Está fuertemente ligada a la realidad social, a la tradición y a la orientación política hegemónica de cada territorio. Conviene estudiar la relación coste-beneficio de nuevas fórmulas de colaboración público-privada para su posterior implantación.

7.7. SÉPTIMA RECOMENDACIÓN

Globalmente, el SNS presenta una serie de rasgos que afectan a su viabilidad y al eventual establecimiento de prioridades. El modelo intensivo en el factor trabajo a bajo coste y la discordancia entre gestión y asistencia han deteriorado la estructura de incentivos de los profesionales sanitarios y, por consiguiente, su fidelización al sistema, lo que genera un "cuello de botella" en el nivel micro de toma de decisiones (servicio clínico), resistente a los cambios organizativos.

Como consecuencia, el sistema afronta grandes retos de gobernabilidad, acrecentados por el alto grado de rotación política de las cúpulas gestoras, que supedita la racionalidad técnica a la lógica electoralista y resta estabilidad y credibilidad a las líneas de cambio estratégico en el sistema. Esto fomenta la "funcionarialización" reactiva de los estamentos asistenciales y dificulta enormemente la planificación a medio y largo plazo.

7.8. OCTAVA RECOMENDACIÓN

Todas estas consideraciones anteriores se darán en el marco de una globalización progresiva de las economías y de un ciclo económico recesivo para los países de la Unión Europea y, especialmente, para España. Por consiguiente, habrá una pérdida de empleo, una menor tasa de productividad, bajos índices de competitividad, un crecimiento escaso o nulo, una balanza comercial aún más desequilibrada, y unos recursos esenciales cada vez más escasos y más caros. Todos estos retos y condicionantes hacen que el tan necesario pacto de sanidad espere, previsiblemente, a mejores tiempos. Entre tanto, se han de implantar soluciones transitorias y los ciudadanos han de acostumbrarse a que los servicios empeoren por falta de insumos financieros procedentes de una tributación que recaudará menos hasta que finalice la crisis y España vuelva a crecer con fuerza.

7.9. NOVENA RECOMENDACIÓN

Se puede afirmar que la sanidad moderna parte de una concepción basada en una asistencia gestionada en el ámbito cercano al usuario, sin olvidar que es importante y necesaria la tutela a un nivel superior para asegurar y garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias y su calidad en todo el territorio nacional. Sin embargo, la capacidad de gestionar los respectivos servicios de salud ha supuesto redefinir todos los papeles y objetivos que se tenían históricamente en términos de diseños, infraestructuras, ejecución de la política sanitaria y aspectos económicos. Tarea esta que debe ilusionar y animar a los decisores.

7.10. DÉCIMA RECOMENDACIÓN

Entre las posibles limitaciones o peligros futuros estaría el aislamiento que conllevaría una descentralización mal entendida, bien por considerarse autosuficientes aquellas regiones más desarrolladas, bien por abandonar a aquéllas con menor riqueza o recursos propios. A pesar de las limitaciones, parece que las señales de alarma iniciales acerca del riesgo que comportaba el nuevo escenario surgido de las transferencias para la cohesión del sistema sanitario público han sido aplacadas en la búsqueda de alternativas. Sobre todo porque nadie impediría que entre todos hagamos un ejercicio de total responsabilidad, con el fin de con-

servar los principios básicos en los que existe gran acuerdo social, como son: la solidaridad, la universalidad de la asistencia, la calidad asistencial y la equidad en el acceso a las prestaciones.

No parece razonable que el Ministerio de Sanidad y Consumo pierda su papel de responsable y custodio del cumplimiento de las esencias que soporta el sistema sanitario español. La forma de llevarlo a cabo sería distinta según cada situación, ya que pasaría por ser mediador, coordinador, auditor, director, aglutinador de ideas y, principalmente, responsable del seguimiento y cumplimiento de la accesibilidad, equidad y calidad en las prestaciones sanitarias para todos los españoles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gol JM, del Llano J. El fenómeno de la "Medicina basada en la evidencia". Medicina Clínica 1999; vol. 112 (sup. 1): 3-8.
2. Institute of Medicine. Knowing that works in health care: A roadmap for the nation. Washington DC: The National Academies Press 2008.

8

Resumen ejecutivo

Sanidades autonómicas ¿solución o problema? abarca la descripción y valoración retrospectiva de la nueva realidad administrativa sanitaria sobre los temas abordados: salud de la población, gasto, oferta y demanda de servicios, utilización de recursos y satisfacción. Se detectan más luces que sombras.

Revisar con objetividad, analizar cómo está funcionando el Sistema Nacional de Salud (SNS), valorar el efecto de la descentralización sobre la salud y los servicios sanitarios en las comunidades autónomas (incluyendo Ceuta y Melilla como ciudades autónomas) ha sido el empeño del presente estudio, cuyo resultado tiene en sus manos. El texto apunta lecciones aprendidas y señala sugerencias de mejora. Serán ustedes los que juzguen si aporta conocimiento nuevo.

El primer hallazgo que se intuía, pero que sorprende por su contundencia, es el fuerte crecimiento de la población en el periodo 2002-2008: del 10,54%. Supone más de cuatro millones de habitantes.

Las Encuestas Nacionales de Salud señalan de manera consistente que dos de cada tres españoles perciben su salud como buena o muy buena.

Una manera de aproximarse al estado de salud objetivo de las poblaciones es a partir de las estadísticas de vida, que estudian mortalidad y morbilidad. Para poder compararlas adecuadamente se han utilizado las tasas y los porcentajes que habitualmente emplean las diferentes fuentes de información para presentar los datos. Por la finalidad del libro, más orientado a la acción política que a la descripción académica, se ha trabajado con mapas y tablas descriptivas para mostrar de forma sencilla y fácil los principales resultados, con dos puntos de corte: los años 2002 y 2006, si bien en algunos casos las comparaciones se efectúan entre los años 2003 y 2007, sobre todo en lo que respecta al Barómetro Sanitario, cuya última edición es muy reciente. Se ha revisado la salud de las comunidades autónomas, aspectos de coordinación, la utilización de los recursos y la satisfacción de los ciudadanos con el SNS.

Se empieza con las enfermedades del sistema cardiovascular, que son la principal causa de mortalidad en España. El Principado de Asturias tiene el mayor porcentaje; la Comunidad de Madrid y Canarias, los menores.

Respecto a los tumores –segunda causa de muerte en España–, las tasas de Galicia, el País Vasco y Extremadura empeoran, mientras que las de la Región de Murcia mejoran.

En cuanto a la mortalidad debida a enfermedades del sistema respiratorio, la tasa de Galicia empeora, al igual que la de Cantabria. Se aprecia una mejora de la misma en La Rioja, Aragón, la Comunidad Valenciana y, sobre todo, en las Islas Baleares.

En cuanto a la mortalidad relacionada con el sistema digestivo, la situación empeora en Extremadura y también, aunque en un grado menor, en Galicia.

Las muertes relacionadas con el sistema nervioso disminuyen en Cantabria, el País Vasco, Cataluña y Castilla-La Mancha, mientras que aumentan en el Principado de Asturias, la Comunidad Foral de Navarra, La Rioja, Andalucía y la Región de Murcia.

En cuanto a la mortalidad infantil, las comunidades que presentaban en el 2002 índices de mortalidad infantil superiores a la media han disminuido sus tasas en general y quedan por debajo de la media nacional del 2006, con la excepción de La Rioja.

En referencia a la morbilidad, medida a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, es decir, enfermedades atendidas en los hospitales que excluyen procesos no graves o de alto riesgo que no precisan ingreso, las enfermedades del sistema cardiovascular priman sobre las demás. El Principado de Asturias es la comunidad autónoma de nuevo más afectada. Muestran una incidencia baja la Comunidad de Madrid, Canarias y Andalucía.

Los trastornos del aparato digestivo presentan su mayor incidencia en Castilla y León, Aragón, el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra y las Islas Baleares. Las proporciones de morbilidad relacionadas con problemas del sistema respiratorio afectan fundamentalmente al Principado de Asturias. Le siguen Cataluña, las Islas Baleares y Galicia. Las neoplasias –sexta causa de alta hospitalaria– señalan a Castilla y León, Aragón, el Principado de Asturias, Galicia, el País

Vasco, la Comunidad Foral de Navarra, La Rioja y Cataluña. Es alentador observar la estabilización de las altas por diabetes en casi todas las comunidades autónomas.

En relación con el infarto agudo de miocardio, mejoran Cataluña, la Región de Murcia y las Islas Baleares, y algo menos Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cantabria, La Rioja y Aragón. Por lo que respecta a los índices de sida, siguen llamando la atención el País Vasco y la Comunidad de Madrid como principales focos. Por otra parte, es muy positiva la recuperación de Galicia en cuanto a la incidencia de tuberculosis.

La radiografía de los estilos de vida muestra diferencias entre comunidades autónomas en lo que se refiere a población fumadora, si bien estas diferencias se han suavizado y la media nacional ha bajado. No obstante, persiste un conjunto de comunidades más refractarias, como Cantabria, el Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, la Región de Murcia y La Rioja. En el País Vasco se aprecia un gran avance; también destacan la Comunidad de Madrid y Cataluña.

El consumo de alcohol es el que no se logra reducir ni controlar. Transcurridos unos años sería oportuno preguntarse si el fallido intento de regulación podría explicar en parte tan preocupante tendencia, a la luz de las cifras más alentadoras que se refieren al tabaco. El aumento del índice de masa corporal es preocupante en los ciudadanos de Galicia, el Principado de Asturias, el País Vasco, Extremadura y la Comunidad Valenciana.

El siguiente epígrafe versa acerca del gasto y de las desigualdades en oferta y demanda en los distintos servicios regionales de salud. Se observan diferencias en cuanto al gasto público sanitario, donde Cataluña y la Comunidad de Madrid experimentan los mayores aumentos. La ratio de tarjetas asociadas a cada médico de cabecera ha descendido en el Principado de Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, el País Vasco y La Rioja. La ratio de pediatras ha disminuido en el Principado de Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, el País Vasco y La Rioja. Por lo que respecta a médicos totales en activo en Atención Primaria y en atención especializada, destaca la franja noroeste con tasas por encima de la media, mientras que las comunidades autónomas más desfavorecidas son las insulares y la Comunidad Valenciana.

La población de la Comunidad Foral de Navarra es la más frecuentadora; sin duda, debido a la gran cantidad de recursos, sobre todo hospitalarios, que posee. Mayor oferta atrae mayor demanda. Las urgencias atendidas en los hospitales públicos retroceden en general en los últimos años. El número de actos quirúrgicos ha descendido en Aragón, la Comunidad Foral de Navarra y, ligeramente, en el País Vasco. Los estudios de radiodiagnóstico también disminuyen; en especial, en Cataluña y en la Comunidad de Madrid descienden significativamente. En cambio, Aragón, Galicia, la Región de Murcia y La Rioja mantienen tasas muy altas.

En cuanto a estudios hemodinámicos, avanzan Galicia, Cantabria, el País Vasco, Cataluña, la Región de Murcia y Andalucía. La Comunidad Valenciana ostenta la tasa más elevada en ambos años. Las variables que inciden en la demanda de servicios son, además del parque tecnológico instalado, la educación sanitaria de la población y la facilidad en el acceso.

Tras enero del 2002 mejoran mucho las infraestructuras en la totalidad de las comunidades autónomas, lo que contribuye a que se dispare la demanda. La frecuentación al médico al menos una vez en el plazo de diez meses es muy elevada en todas las comunidades, especialmente en Galicia, el Principado de Asturias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Canarias y el País Vasco. La hospitalización al menos una vez en los últimos 12 meses presenta mayor incidencia en Galicia, Cantabria, el País Vasco y Cataluña. También aumenta en Castilla y León, la Comunidad Foral de Navarra, Ceuta y Melilla; en las restantes disminuye. Las mujeres tienen más dificultad para acceder a los servicios sanitarios. Destaca significativamente La Rioja, seguida de la Comunidad Valenciana.

Como consecuencia inherente a la igualdad y a la gratuidad en el momento del uso de la rica cartera de servicios disponibles, aparece la espera, que se traduce en colas para acceder a recursos diagnósticos y terapéuticos. Las listas de espera varían por procesos y por regiones. Los responsables sanitarios de diez comunidades autónomas han respondido al clamor popular que arrancó con la denuncia de la situación en el Informe Anual del año 2003 del Defensor del Pueblo, y han aprobado la normativa que garantiza que el paciente sea atendido en unos plazos máximos. En Castilla-La Mancha se puede hacer uso de este derecho a partir de los siete días de espera para una prueba diagnóstica, mientras que en las Islas Baleares hay que esperar 60 días.

En cuanto a la variabilidad geográfica de la práctica médica, en principio la primera causa serían las diferencias en morbilidad entre las poblaciones. Algunos procedimientos como la fractura de cadera, la colectomía por cáncer colorrectal o la apendicectomía urgente, en los que se debe esperar que la variabilidad esté asociada a diferencias en morbilidad (el tratamiento hospitalario es necesario en la inmensa mayoría de los casos y no existen alternativas terapéuticas), muestran sistemáticamente una variación muy escasa.

Por el contrario, aquellas tecnologías o servicios no estrictamente conducidos por las diferencias en morbilidad muestran una variabilidad mayor en la mastectomía conservadora y en las complicaciones agudas de la diabetes, lo que sugiere que no son las diferencias en morbilidad, sino otros factores, los que influyen. Así ocurre también en la angioplastia coronaria transluminal percutánea con *stent*, lo que influye profundamente en la oferta. En el caso de la prostatectomía en el cáncer de próstata, sucede algo similar con los diferentes estilos de práctica; en la psicosis esquizofrénica influye la existencia o no de recursos alternativos a la hospitalización; en el caso de la artroplastia de rodilla, influyen los incentivos económicos para hacer más (y no mejor) con objeto de reducir las listas de espera, o bien la fascinación tecnológica. Por último, en las hospitalizaciones por complicaciones agudas de la diabetes, se trata de la escasa continuidad o de la insuficiente longitudinalidad de los cuidados ambulatorios en los pacientes crónicos.

Existen servicios o tecnologías en los que la comunidad autónoma explica un porcentaje enorme de la variabilidad, particularmente en aquéllos en los que las decisiones regionales en política sanitaria pueden influir. Por ejemplo: la existencia o cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama con respecto a la variación de las tasas de mastectomía conservadora, la planificación del acceso a los centros con servicio de hemodinámica con respecto a la variación de las tasas por *stent*, la implantación de las políticas de cuidados alternativos para enfermos psicóticos con respecto a la variabilidad en las hospitalizaciones por psicosis esquizofrénica, etc.

El siguiente epígrafe del libro versa sobre un aspecto sustantivo para valorar la calidad de los servicios sanitarios: la satisfacción de sus usuarios. Los asturianos son los más satisfechos con el funcionamiento del SNS.

Las tasas de satisfacción aumentan en el Principado de Asturias, Aragón, Cataluña, Cantabria, la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares y Andalucía, y tienden a disminuir en el resto, siempre en la comparación entre los años 2003 y 2007.

Las comunidades que alcanzan el mayor grado de satisfacción de los usuarios con el trato recibido del personal sanitario son Aragón, La Rioja y el Principado de Asturias; la peor posicionada es Galicia. Todo ello en el 2007.

La comunidad autónoma que alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios con la atención a domicilio en el 2007 es el Principado de Asturias; la peor posicionada es, de nuevo, Galicia.

El mayor grado de satisfacción de los usuarios con el tiempo dedicado por el médico general o por el pediatra a cada paciente se observa en Aragón, seguida de cerca por el Principado de Asturias y La Rioja; Canarias queda en última posición. En el 2007 el mayor grado de satisfacción de los usuarios con el equipamiento y con los medios tecnológicos se produce en el Principado de Asturias; la peor posicionada es Galicia. En cuanto al tiempo de dedicación del médico especialista, la satisfacción mejora en todas las regiones menos en el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra, Cataluña y la Comunidad de Madrid. Respecto al tiempo de demora, el Principado de Asturias y Castilla-La Mancha encabezan la lista del 2007 con mayor grado de satisfacción dentro de la moderación.

La satisfacción relacionada con la facilidad para conseguir cita en Atención Primaria y en Pediatría disminuye en Aragón, Canarias, la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid, Extremadura, la Región de Murcia, el Principado de Asturias y el País Vasco. La comunidad autónoma que alcanza el mayor grado de satisfacción de los usuarios es el Principado de Asturias, y la peor posicionada es el País Vasco. El porcentaje de encuestados que consideran que se están tomando medidas para mejorar las listas de espera muestra notables aumentos en Castilla-La Mancha, la Región de Murcia, Andalucía, Extremadura, Cataluña, Aragón, la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid, Castilla y León, y La Rioja. En otras comunidades autónomas desciende ostensiblemente.

Uno de los temas clave del estudio ha sido analizar si el ciudadano percibe que recibe un servicio mejor al gestionar las comunidades autónomas la asistencia sanitaria en lugar del Estado. A ese respecto, los datos revelan que la media nacional disminuye entre el 2003 y el 2007. Comunidades como Cataluña muestran porcentajes inferiores a los del 2003. En cambio, se aprecian posiciones más favorables en Castilla-La mancha, la Comunidad de Madrid y otras regiones. La Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco mantienen las cifras de respuesta afirmativa más elevadas en los dos años comparados; las del resto de las comunidades autónomas son muy diferentes.

En prácticamente todas las comunidades autónomas, el porcentaje de personas que piensa que las comunidades deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos ha subido, con la excepción de Extremadura y de la Región de Murcia. Sin embargo, quedan bastante por debajo de la media española el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. En cuanto a si existe equidad en la dispensación de los servicios sanitarios con independencia de la comunidad de residencia, la población del Principado de Asturias y la de La Rioja son las que más se muestran a favor en el año 2006. También se muestran a favor Andalucía y Canarias.

Tal y como se ha expuesto a lo largo del libro, la igualdad en el acceso se combina con una calidad de las prestaciones que ofrecen los distintos servicios regionales de salud, cuyo amplio catálogo cubre la mayor y más sustancial parte de las incidencias que pueden afectar a la salud y que pueden ser atendidas en una red de establecimientos sanitarios públicos o concertados con un confort aceptable. La buena percepción que los españoles tienen acerca de sus respectivos servicios sanitarios es motivo para seguir mejorando todo aquello que se pueda.

En 1981, momento en el que se realizó la primera transferencia, estaba aún por definir cuál y cómo sería el modelo resultante del proceso de descentralización sanitaria que entonces se abría. Se ha conseguido que las transferencias no tengan carácter asimétrico. Al mayor autogobierno conseguido en los nuevos estatutos de autonomía aprobados le tocará definir una nueva relación con el Estado.

Si se acentúan los incipientes hallazgos en salud diferenciales de las distintas comunidades autónomas, que radican más en determinantes extrasanitarios, pero también en el ámbito de la información, de la financiación, de la gestión de personal o de la calidad exigida a las prestaciones, será alta la probabilidad de que se afecte de forma negativa al sistema sanitario en su conjunto y a los servicios que lo integran, y también a la equidad. Es preciso que estas cuestiones se aborden públicamente y que los medios de comunicación social ayuden a trasladarlas al gran público.

La deliberación de las autoridades sanitarias con los ciudadanos acerca de los problemas financieros, de configuración institucional, de coordinación y de cohesión del SNS apuntados en el texto ayudaría a priorizar de manera más explícita y a realizar un ulterior abordaje.

El debate público en profundidad en torno al futuro de la sanidad es, pues, un imperativo. Es preciso asegurar la viabilidad y la perdurabilidad de las políticas sanitarias y de salud de las comunidades autónomas para la cohesión social.

Además, las circunstancias económicas adversas que se han gestado en el 2007 y manifestado a lo largo del 2008 van a exigir que los gestores políticos de la Administración autonómica y estatal se responsabilicen del buen gobierno de las instituciones.

Finalmente, ni ha pasado el tiempo suficiente ni se dispone de datos consistentes sobre las comunidades autónomas como para evaluar el impacto en la salud de una intervención sectorial tan importante como la sanitaria en las distintas autonomías.

Ciertamente, los ciudadanos se han acostumbrado a una omnipresencia de lo sanitario en la vida particular y social, a una amplia gama de prestaciones que consideran normales, hasta el punto de no resultar tolerable la menor restricción en su disfrute. Esperemos que el actual ciclo económico adverso empuje más si cabe a que las estrategias de cooperación entre comunidades autónomas y Estado se impongan. Está en juego el futuro bienestar de España.

Círculo de la Sanidad

Sanidades autonómicas ¿solución o problema?

Sanidades autonómicas ¿solución o problema?, la tercera publicación auspiciada por el Círculo de la Sanidad, aborda la sanidad autonómica con el fin de poner de manifiesto sus ventajas e inconvenientes a través de un minucioso y riguroso análisis de la descentralización autonómica realizado por Juan del Llano, gran conocedor de la materia y autor de estudios muy relevantes.

El autor expone en este libro su exhaustivo conocimiento de la realidad sanitaria española en un recorrido por temas de la mayor actualidad: la financiación del sistema sanitario, la equidad, la cohesión y la solidaridad interregionales... Todas sus opiniones y valoraciones están sustentadas por abundantes datos estadísticos, rigurosamente analizados y comentados.

Al igual que en publicaciones anteriores, en esta ocasión se ha contado con la colaboración de María Jesús Montero Cuadrado, consejera de Salud de la Junta de Andalucía, y de Francisco Javier Álvarez Guisasola, consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, que han realizado sendos comentarios críticos al excelente trabajo de base de Del Llano. Con su aportación, basada en un profundo conocimiento autonómico y enriquecida por sus experiencias en sus respectivas comunidades, completan el exhaustivo desarrollo doctrinal del autor.

Sanidades autonómicas ¿solución o problema? es una obra imprescindible para conocer el futuro de la sanidad española, y es indudable su vocación e intención de mejorar el sistema sanitario en un admirable ejercicio de reflexión y autoevaluación.