10

INFORME ESPAÑA 2003

una interpretación de su realidad social



Fundación Encuentro

© CECS

Edita: **Fundación Encuentro**
Oquendo, 23
28006 Madrid
Tel. 91 562 44 58 - Fax 91 562 74 69
correo@fund-encuentro.org
www.fund-encuentro.org

ISBN: 84-89019-16-9
ISSN: 1137-6228
Depósito Legal: M-11116-2003

Fotocomposición e Impresión: Albadalejo, S.L.
Antonio Alonso Martín, s/n - Nave 10
28860 Paracuellos del Jarama (Madrid)

Capítulo III
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ¿SEGUIRÁ SIENDO UN SISTEMA? 223

I. Tesis Interpretativas 225
1. El reto de la equidad en un sistema sanitario descentralizado 225
2. Coordinación, la nueva clave del sistema 226

II. Red de los Fenómenos 230
1. Los sistemas sanitarios en los países desarrollados 230
1.1 Distintos sistemas con similares amenazas 230
1.2 ¿Es la competencia la solución? 231
1.3 Sistemas sobrecargados y con difíciles dilemas 232
1.4 Retos económicos y organizativos 234
1.5 Tendencia a la descentralización 235
2. El sistema español, fruto de las reformas y de la descentralización 238
2.1 Una historia paralela de reformas y descentralización 239
2.2 El proceso de transferencias 244
2.3 Financiación de los servicios transferidos 246
3. Tendencias estratégicas del SNS y articulación de los servicios autonómicos 252
3.1 Más similitudes que diferencias 252
3.2 Tendencias estratégicas comunes 257
3.3 Elementos distintivos de las comunidades autónomas 263
4. La equidad tras las transferencias 267
4.1 La equidad como objetivo 267
4.2 Desigualdades entre comunidades autónomas 268
4.3 Desigualdades sociales y salud 271
5. El cierre del proceso de transferencias 274
5.1 Competencias del Estado y de las comunidades autónomas 276
5.2 Otras competencias del Estado 278
6. Una nueva variable: el entorno europeo 280
7. Actualización del marco del SNS: la nueva Ley de Cohesión y Calidad 283

Capítulo III

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ¿SEGUIRÁ SIENDO UN SISTEMA?

I. TESIS INTERPRETATIVAS

1. El reto de la equidad en un sistema sanitario descentralizado

Los sistemas sanitarios públicos y universales de los países industrializados más ricos han resultado ser un activo social de primera importancia. Han reducido desigualdades, suavizado los conflictos por la distribución de la renta y mejorado la salud y la calidad de vida de los ciudadanos. Como factor de cohesión social su funcionalidad es evidente. Por otro lado, es el servicio público más valorado por la mayoría de los ciudadanos.

Desde hace dos o tres lustros, estos sistemas están amenazados por crecientes problemas financieros derivados de variados factores como la longevidad y el coste de la tecnología médica, que se agravan con problemas de equilibrio entre lo público y lo privado y de carácter organizativo. Estos últimos han llegado a ser muy complicados y han favorecido una generalizada tendencia de descentralización territorial.

En España, la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la descentralización territorial fueron procesos simultáneos. La descentralización sanitaria formó parte de un proceso más amplio de descentralización administrativa y política. Ahora que el proceso de transferencias de los servicios sanitarios ha concluido, ha surgido un nuevo debate: ¿cómo asegurar la cohesión del sistema?; ¿cómo garantizar la equidad de las prestaciones?

El presente estudio abordará estas preguntas relacionándolas con los problemas comunes de los sistemas sanitarios de los países desarrollados (aumento continuo de la demanda, envejecimiento, escasez de recursos, rigidez del sector público e ineficiencias del mercado), que sufren también nuestros servicios autonómicos de salud (SSAA). En las páginas que siguen veremos que, además, esos servicios tienen problemas específicos, en muchos casos compartidos. Tanto en las debilidades como en las fortalezas son más las similitudes que las diferencias entre los SSAA. Esas similitudes han evitado una dispersión excesiva en el estado de salud y en el acceso a los servicios entre comunidades autónomas. Las desigualdades, que las hay, están más relacionadas con las desigualdades sociales que con la geografía.

El gran problema de fondo, la limitación de recursos, es la mayor preocupación del sistema, cara al futuro. El cierre del proceso de transferencias ha supuesto un alivio para las comunidades autónomas que las han estrenado en el año 2002, pero no para el resto. Existe el riesgo cierto de

que las diferencias de recursos financieros entre comunidades autónomas, hoy todavía aceptables, se agudicen en el futuro.

2. Coordinación, la nueva clave del sistema

El SNS, tras las últimas transferencias, tiende a configurarse como un sistema articulado, pero poco armónico, como consecuencia de una heterogeneidad creciente. Como ocurre con otros sectores transferidos, nuestro Estado de las Autonomías no tiene elementos eficaces para fortalecer la cohesión; y ésta depende demasiado de la voluntad política de los gobiernos autonómicos.

Las prestaciones que pueden obtener los ciudadanos, bien en su propia comunidad autónoma o bien desplazándose a otra, son ahora prácticamente las mismas y no es probable que esto cambie. Entre las comunidades autónomas hay una permeabilidad y articulación muy valiosa para los pacientes que éstos no permitirán que se pierda. No obstante, se intuye que las comunidades autónomas pueden facturarse entre sí por la asistencia especializada y por la prescripción farmacéutica a los desplazados, lo que será un obstáculo para esa permeabilidad.

En cuanto a las prestaciones, las diferencias seguirán existiendo; lo mismo sucederá con el acceso. La dificultad medida en tiempo de espera para una consulta de especialidad, un diagnóstico, un tratamiento o una intervención puede variar ya ahora notablemente de una comunidad autónoma a otra y no es probable que esto se altere mucho.

Las transferencias, a fecha de hoy, no han resuelto los problemas de fondo: listas de espera, masificación, dificultades organizativas, demanda siempre en aumento, costes crecientes. Estos problemas los sufren todos los sistemas públicos universalizados, que, sin embargo, son los más eficientes socialmente. Tienen que ver con los recursos financieros públicos disponibles, que en España están situados en la banda baja de la OCDE y estancados desde hace una década con respecto al PIB. El nuevo sistema de financiación vigente, que no liga los presupuestos sanitarios con el PIB sino con los ingresos tributarios del Estado, creará problemas por las reducciones de impuestos y por el Pacto de Estabilidad Presupuestaria de la UE.

Para aumentar los recursos financieros habrá que recurrir a recargos sobre tributos indirectos y ahí no todas las comunidades autónomas tienen las mismas oportunidades. No parece cercano que las comunidades se decidan por la aplicación de nuevas tasas, ni siquiera en la prestación farmacéutica. Esta prestación, combinada con el envejecimiento y los costosos nuevos fármacos, amenazará aún más el equilibrio de todos los servicios

autonómicos. Las comunidades probablemente se verán obligadas a defenderse de estas amenazas con regulaciones administrativas más estrictas, lo que siempre produce mayor incomodidad para todos.

Las pautas terapéuticas no varían mucho y hay una positiva tendencia a elaborar protocolos y guías comunes. Sin embargo, los sistemas de gestión son cada vez más diversos en la estructura y organización de los centros, en política de personal y en la utilización de recursos. Hay, además, redundancia de esfuerzos en organismos autonómicos de evaluación de tecnología, formación de personal y tratamiento de la información, con una difícil vuelta atrás.

La integración de los medios sanitarios privados en el SNS es muy ambigua y depende de cada comunidad autónoma. Lo mismo sucede con la prestación de servicios privados. Está relacionada con la realidad social, la tradición y la orientación política hegemónica en el territorio.

La pugna entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas –que son celosas con sus propias competencias pero recelan de las del Estado– está desdibujando la visión de conjunto del SNS. Éste tiende a verse como una mera agregación de servicios autonómicos de salud donde la coordinación del Estado sólo puede ejercerse con el pleno consentimiento de las comunidades. Estos celos dificultan que haya una estrategia conjunta del SNS, liderada por el ministerio y compartida por todos, más allá de ciertos programas de salud pública. La consecuencia más visible es la pérdida de información de conjunto, que permita la comparación entre territorios. Esta tendencia se observa en la redacción de la nueva Ley de Cohesión y Calidad del SNS, que, no obstante, es un positivo paso adelante.

Que el SNS siga siendo un sistema en el futuro dependerá del *equilibrio entre las fuerzas centrífugas y las centrípetas*.

Entre las *centrífugas* destacan las siguientes:

- Voluntad de diferenciación de los servicios autonómicos por motivos políticos.
- Disparidades en la calidad y en el acceso a las mismas prestaciones.
- Diferencias en los recursos financieros per cápita, por la distinta capacidad de recaudación mediante recargos impositivos y el diferente punto de partida.
- Limitaciones del Fondo de Cohesión Sanitaria, destinado sólo a financiar desplazados, sin margen para ser utilizado como compensador de desigualdades y de pérdidas de equidad.
- Dificultades de comparación y de evaluación de la equidad, por falta de homogeneidad en la información.

- Dispersión de regímenes de personal y retribuciones.
- Heterogeneidad en los sistemas de gestión y aprovisionamiento y en la utilización de los recursos privados.

Entre las *centrípetas* figuran:

- Funcionamiento de los órganos de coordinación liderados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Consejo Interterritorial y comisiones especializadas) y de las iniciativas de cooperación entre comunidades autónomas.
- Influencia de los problemas de fondo compartidos, que aconsejan dar respuestas convergentes a la demanda creciente de cantidad y calidad de prestaciones.
- Problemas financieros comunes.
- Presiones de los colectivos de profesionales.
- Influencia de los proveedores de medicamentos, productos, bienes y servicios.
- Sensibilidad de los ciudadanos-pacientes a las desigualdades comparativas.
- Implantación de garantías en el seno de la UE sobre prestaciones y acceso a los servicios.
- Planes Integrales de Salud.

La orientación dominante, en un sentido u otro, dependerá también del sesgo que el Estado autonómico en su conjunto adopte en cada momento.

Como conclusión general, 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, que están entre las más desfavorecidas de la UE, no vean mermada la protección sanitaria de sus habitantes. La equidad real, efectiva, es el objetivo último, junto con el de la calidad, del SNS. La calidad la perseguirán todos los SSAA, pero es al Estado a quien compete velar por la equidad interterritorial y por la articulación del SNS. Como dijo hace no mucho tiempo un gran político europeo: "Sólo los ricos pueden prescindir del Estado".

Este estudio aborda cómo asegurar la coordinación para que el significado de SNS no se debilite. La responsabilidad y las competencias del Estado son claras en el plano jurídico. Habrá que ver si también lo son en el político. En cualquier caso, su ejercicio exige acuerdos y sintonía con las comunidades autónomas. Lo mismo sucede con las competencias de estas

últimas. Del acierto del legislador en la redacción del proyecto de Ley de Cohesión y Calidad depende en gran medida que las fuerzas centrífugas no se impongan.

Esperamos contribuir a crear un ambiente propicio para aplicar el precepto legal (y de sentido común) de la necesidad de coordinación, del Estado con las comunidades autónomas y de las comunidades autónomas entre sí, y para dedicar más esfuerzos colectivos a la solución de los problemas de fondo, especialmente los financieros, que amenazan nuestro Sistema Nacional de Salud.

II. RED DE LOS FENÓMENOS

1. Los sistemas sanitarios en los países desarrollados

1.1 Distintos sistemas con similares amenazas

El sistema sanitario es uno de los componentes principales del Estado de Bienestar en los países desarrollados. Es reconocido por todos que la equidad inherente a la universalización de acceso a las prestaciones sanitarias es un hito indiscutible. Universalización que en la mayoría de los países de nuestro entorno se sustenta fundamentalmente en la financiación pública, sin perjuicio de la forma de provisión (pública o privada).

Tradicionalmente, en Europa, se ha distinguido entre países que siguen el modelo de Bismarck, con un sistema de seguro social (Francia, Alemania, Bélgica, Holanda...) y los que han adoptado el modelo de Beveridge, con un servicio o sistema nacional de salud (Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca, España, Italia...). En los primeros se protege a los afiliados al seguro con financiación por cotizaciones de empleadores y empleados. En los segundos, se cubre a todos los ciudadanos con financiación de impuestos, preferentemente directos.

Desde hace dos décadas ambos modelos convergen. El de seguro social ha extendido su cobertura a todos los ciudadanos y ha aumentado la financiación, especialmente la que procede de impuestos para los colectivos más débiles. El de sistema nacional de salud ha incrementado la competencia y el número de proveedores y ha reforzado el copago de los pacientes por ciertos servicios. Ambos sufren la misma amenaza: el aumento de la demanda y de la exigencia de mayor calidad de la asistencia, junto a la resistencia política a la presión fiscal, les lleva a no poder mantener el principio de todas las prestaciones para todos y gratis en el momento de uso. En el primer modelo, las cotizaciones sociales amenazan la sostenibilidad debido a los costes laborales; y en el segundo, los impuestos generales pueden dificultar la prosperidad económica por el peso excesivo de la carga impositiva a los ciudadanos o por las dificultades de financiar el déficit presupuestario. El Pacto de Estabilidad de la UE, a pesar de la flexibilidad en su aplicación, afecta negativamente a los sistemas sanitarios europeos.

En cuanto a la aportación de los pacientes, los modelos de seguro social tienen una tradición de pago por acto en el momento de recibirlo y reembolso posterior al paciente (casi nunca al cien por cien), mientras que en los de servicio nacional estos pagos son menos frecuentes. No obstante, hay una lenta tendencia de aproximación de los segundos a los primeros.

1.2 ¿Es la competencia la solución?

Los sistemas sanitarios europeos son socialmente eficientes, pero sufren los fallos económicos inherentes al mercado sanitario: la oferta de servicios médicos oligopolística, la tendencia al exceso de equipamiento –incluyendo tecnologías no evaluadas en profundidad–, los incentivos a la prescripción farmacéutica y las insuficiencias organizativas.

Los procesos sanitarios son muy peculiares y difíciles de racionalizar. La demanda de los pacientes frecuentemente está relacionada con su falta de información o inducida por los profesionales que les atienden, especialmente en entornos de pago por acto. Los gestores y directivos también tienen que aceptar compartir su autoridad con los profesionales sanitarios, por la difícil medición de los resultados médicos, la urgencia y la sobrecarga de trabajo.

Los profesionales sanitarios se convierten en agentes mediadores de pacientes demandantes y, al mismo tiempo, en gerentes de la oferta de servicios, confiriendo a este mercado un carácter muy distinto al de los otros mercados. En ausencia de incentivos adecuados a estos profesionales, se propicia el sobreconsumo, que se ve agravado por el aumento continuado de reclamaciones por errores médicos.

Todo lo anterior se ve favorecido por el hecho de que el que se hace cargo pasivamente de los gastos es otro agente, la aseguradora o el Estado, muy difícil de visualizar. El paciente casi nunca llega a conocer los costes que genera (ni tiene interés en conocerlos) y no puede valorar correctamente los beneficios que obtiene.

En la práctica, la existencia de medios limitados obliga a administrar la demanda mediante el racionamiento, mediante la lista de espera y las trabas burocráticas, o una combinación de ambas. Como las retribuciones y los horarios de los profesionales, así como el funcionamiento de los centros, están muy regulados, la falta de flexibilidad agrava el tiempo de espera y las trabas administrativas. Cuando se consigue aumentar los recursos, la nueva oferta genera una demanda adicional y la lista de espera cambia de composición. El tiempo puede reducirse, pero la lista no desaparece. Esto obliga a regularla legalmente, para que el racionamiento se haga con equidad, distribuyendo la incomodidad, que es el coste que paga el paciente.

Teóricamente, la introducción de la competencia, imitando a los demás mercados de servicios, debería paliar al menos esta situación. Esta competencia puede proceder de agentes privados y de la reorganización de los agentes públicos, dándoles mayor autonomía y permitiendo que el paciente elija.

En la realidad, la introducción de la competencia en la prestación de servicios sanitarios cuenta con obstáculos bien conocidos: la escasa capa-

cidad de elegir discriminando entre ofertas por parte del paciente; la limitada sensibilidad al precio por parte de las entidades públicas que mayoritariamente operan en los sistemas sanitarios europeos; la difícil entrada de nuevos participantes (la oferta privada adicional exige garantías muy fiables de que podrá rentabilizar sus costosas inversiones); la difícil salida por parte de los que actúan por debajo de requerimientos mínimos; el poder excesivo del que compra y presta servicios, etc. Introducir la competitividad comporta la existencia de una transparencia absoluta de la información, pues hay que realizar comparaciones para conocer los datos sobre calidad y eficiencia del servicio en cada centro. El grado de competencia que se quiere introducir en el mercado de la sanidad pública es una cuestión que deben decidir los poderes públicos y, como decisión estratégica, es la autoridad sanitaria la que tiene que pronunciarse. Se debe intentar trasladar el riesgo a los proveedores de la asistencia sanitaria, considerando un mercado en el que los oferentes serían aseguradores del riesgo mediante el pago por la Administración Pública de una prima capitativa igual para todos, con correcciones que eviten la selección adversa de riesgos; es decir, que impidan que queden excluidos de la cobertura algunos pacientes por tener determinados factores de riesgo. Hay experiencias en este sentido, pero todavía no hay evidencia sobre los resultados.

Los principales fallos de la intervención del Estado en la provisión de servicios sanitarios son: la escasez de incentivos (débil competencia, imposibilidad de quiebra y escasa discriminación según rendimiento y mérito), el énfasis en la legalidad y en las trabas burocráticas, la mala prevención de la arbitrariedad y de las internalidades (convertir en público el interés particular). Todo ello propicia una eficiencia muy variada y menor de la esperable y una falta de orientación al paciente. Frente a esto, sus ventajas, muy importantes en democracia, son la equidad en el acceso y la cobertura universal. El reto está en hacer compatibles las ventajas con la mejora de las desventajas.

La gran cuestión, más que técnica, política e incluso ética, es hacer compatibles la asistencia a todos los ciudadanos por igual con similar calidad y la sostenibilidad financiera del SNS.

1.3 Sistemas sobrecargados y con difíciles dilemas

Los problemas descritos tienden a agravarse en los sistemas universalizados europeos por los continuos aumentos de la demanda. El envejecimiento es casi un tópico, pero en las urgencias, en la factura farmacéutica y en las hospitalizaciones es una realidad agobiante. La nueva demanda no se debe sólo a la edad, sino también a los estilos de vida. La mayor parte de las enfermedades de los europeos tiene alguna relación con el tabaco, el alcohol, el sedentarismo, el estrés o la sobrealimentación. Una parte de los

ciudadanos tiende a descargar sobre el sistema sanitario ciertas responsabilidades sobre el cuidado de su propia salud.

¿Dónde poner el límite? Los problemas éticos se multiplican al considerar la eutanasia activa o pasiva o la exclusión de ciertos tratamientos a las personas de una edad determinada. Pero también al plantearse la limitación de los tratamientos a ciertas enfermedades que han sido causadas por comportamientos individuales persistentes y conscientes, a pesar de las advertencias y consejos sanitarios.

Estos problemas surgen también al considerar las nuevas tecnologías de diagnóstico o de tratamiento, cada vez más específicas y costosas. ¿Cómo evaluarlas y cómo regular el acceso a las mismas? Muchas veces añaden algo nuevo a las ya existentes, pero otras muchas esa ventaja no es tan relevante. Sin embargo, es muy difícil negar su utilización a los profesionales y su acceso a los pacientes. Un problema añadido es el acceso a estas tecnologías de la población que vive en zonas poco pobladas. Es sabido que sólo pueden amortizarse y ser utilizadas con plena eficiencia por el personal médico cuando se alcanza un nivel óptimo de uso. ¿Cómo enfocar las inversiones en tecnología? Evaluándolas previamente para conocer qué añaden a las existentes. Aun siendo muy estrictos, hay que adquirir equipos para atender una demanda creciente y sustituir los obsoletos.

Tampoco la renovación de instalaciones se libra de estos dilemas. La mayor parte de los edificios de los sistemas sanitarios europeos se construyeron hace una o dos generaciones, cuando el concepto de confort era muy distinto al actual. ¿Hay que hacerlos cada vez más cómodos o dedicar el escaso dinero a mejorar el equipo y las retribuciones del personal?

La lógica sugiere que el personal, que es con mucha distancia el primer activo de los SNS, debería recibir una atención preferente. Sin embargo, no es así. En España no están bien retribuidos. La emigración de médicos y enfermeras españoles a otros países donde les pagan mejor es un síntoma. La parte de incentivos en la retribución total es muy difícil de determinar por la diversidad de situaciones y especialidades sanitarias. Las instituciones públicas tienden a subestimar esos incentivos; las privadas lo contrario.

Sin embargo, las retribuciones no son la única variable importante. El tipo de relación laboral en los SNS es mayoritariamente fijo y estable, algo en consonancia con el compromiso que llevan consigo las profesiones sanitarias. Esto ya no está tan asegurado para los profesionales más jóvenes, entre los cuales se dan situaciones de precariedad inaceptable. En España, sería razonable flexibilizar la relación funcionarial estatutaria mayoritaria y dar alguna estabilidad a los recién llegados. ¿Qué debe estimularse más: las retribuciones fijas, las variables o la estabilidad en el empleo? ¿Debe restringirse o tolerarse la práctica privada de los médicos al servicio de en-

tidades encuadradas en el SNS? ¿Debe prohibirse que los médicos de hospitales públicos trabajen en los privados para reducir las listas de espera?

Por otra parte, hay que actualizar los conocimientos de los profesionales del SNS. ¿A través del propio SNS, de los colegios profesionales o de las sociedades de cada especialidad? ¿Quién debe gestionar el conocimiento que se imparte? ¿Quién debe pagarlo?

El número de médicos y enfermeras no es asunto menor. En algunos países sobran, en otros faltan. ¿Debe regularse estrictamente el número de nuevos médicos y enfermeros o limitarse a asegurar un nivel alto de exigencia en su formación? ¿Debe aceptarse, como en España, que siga aumentando el número de facultades de medicina (27 en el año 2000) a pesar del elevado paro de estos licenciados?

Son preguntas y más preguntas, dilemas que soportan los sistemas sanitarios europeos sin que haya consenso social suficiente para resolverlos de manera clara.

1.4 Retos económicos y organizativos

Agobiados por la sobrecarga de demanda, que va acompañada de la exigencia de mayor calidad, y acosados por la limitación de recursos, los responsables de los sistemas públicos intentan conseguir recursos adicionales. Lo ideal sería encontrar mecanismos que, además, moderen esa demanda sin alterar la equidad y la igualdad de acceso.

Los copagos pueden cubrir esos objetivos, aplicando excepciones para los colectivos más débiles y graduando la intensidad en su aplicación según qué recurso. En realidad, el reembolso, casi siempre parcial, de los países con sistema de seguro desempeña este papel. Las experiencias prácticas no son concluyentes en cuanto a la moderación de la demanda y, al final, los políticos optan por mecanismos menos visibles como los impuestos finalistas (por ejemplo, el recargo sobre los carburantes).

Los planificadores de los sistemas hace tiempo que tienden a una gestión descentralizada, bien dividiendo los sistemas en unidades autónomas, bien descentralizándola a las regiones. Aun así, es difícil gestionar entidades tan grandes. Por eso ha surgido una cuestión inquietante: gestionar el aparato asistencial a través de entes territoriales o funcionales o gestionar cada enfermedad como una "unidad de producción". Esto último, que puede sonar muy "economicista", permite establecer objetivos y medir resultados respecto a las enfermedades más serias y discriminar positivamente a los que las sufren.

Sobre estos grandes dilemas económicos y éticos, que afectan a todos, no suele debatirse tanto como sobre la manipulación genética, que afecta

Tabla 1 – Evolución de la esperanza de vida en buena salud. 1986-1995

	1986	1991	1995
Al nacer	52,6	53,9	54,6
1 año	52,1	53,3	54,0
15 años	39,8	41,0	41,6
45 años	16,1	17,5	18,0
65 años	6,1	7,0	7,6

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Indicadores de salud*, varios años.

a muy pocos. Tampoco es popular constatar que los retornos sanitarios no crecen al mismo ritmo que el incesante incremento de recursos asignados al sistema sanitario. Los retornos, en este caso, serían la esperanza de vida en buena salud, que crece todavía en España (tabla 1), pero tiende a hacerlo cada vez menos en los países más ricos.

En esta situación, es racional plantearse el hecho de que la medicina curativa que ofrecen los sistemas europeos, por sí sola, obtiene unos resultados limitados. Los aumentos de recursos deberían orientarse, pues, en mayor medida que hasta ahora, a la prevención, a corregir estilos de vida no saludables. Pero 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 los indicadores sanitarios mucho más que las nuevas inversiones en hospitales y tecnología. Algo similar debe decirse respecto a las mejoras esperables de un mayor cuidado del medio ambiente.

Los sistemas sanitarios públicos europeos dependen cada vez más, para mejorar la salud de los ciudadanos, del apoyo que puedan darle los sistemas de asistencia social (ahí tenemos el auge del concepto de asistencia sociosanitaria), de la educación y de la protección del medio ambiente.

1.5 Tendencia a la descentralización

Los sistemas de seguro suelen ser, por naturaleza, muy descentralizados, ya que tienen distintos ramos o cajas de seguro y multiplicidad de proveedores de servicios concertados. Por su parte, los sistemas nacionales de salud fueron en su origen más centralizados. En la mayoría de los países europeos la descentralización territorial es una tendencia irreversible. La experiencia demuestra que esa descentralización, como es natural, no resuelve por sí sola los problemas comunes a los sistemas públicos, pero permite identificarlos mejor y abordarlos conociendo las peculiaridades locales.

La solución de los dilemas sanitarios más complejos puede enfocarse desde una cooperación interterritorial intensa o desde el mero compromi-

so de unos mínimos. El Gobierno central es el encargado de estimular esta coordinación y el garante del nivel de equidad acordado.

Frecuentemente, el proceso de descentralización territorial de los servicios sanitarios forma parte de un proceso de descentralización política y administrativa más amplio. Éste ha sido el caso de Italia, España y, en cierto modo, Reino Unido. Este proceso coincide también en algunas ocasiones con la privatización de los servicios.

Los aspectos concretos del sistema de cada país hacen que cada experiencia descentralizadora sea poco imitable por los demás. No obstante, en Europa hay algunas que son orientadoras ante el problema de transferir competencias preservando la equidad.

En el ámbito europeo, Alemania es el Estado con mayor experiencia de funcionamiento sanitario descentralizado, tanto funcional –sistema de seguro dividido en cajas por ramo profesional y por empresas– como territorial –por el carácter federal del Estado–. Los *länder* son responsables de la asistencia, que, a su vez, se presta a través de Fondos de Asistencia. Estos fondos de seguro son semipúblicos, muy diversos y no tienen ánimo de lucro. Es obligatorio pertenecer a uno de ellos, aunque elegido libremente; existe, pues, competencia entre ellos dentro del ámbito regional y federal. Tienen plena autonomía para definir aspectos tan sensibles como las cotizaciones de los afiliados, el catálogo de prestaciones, las retribuciones de los profesionales y los reembolsos. El principio de "autorregulación conjunta", con comités de profesionales, es muy utilizado. Sin embargo, los *länder* ejercen una tutela estrecha, formando parte de los comités de autorregulación.

Por su parte, el Gobierno federal tiene facultad de proponer al Parlamento cambios en el marco general, comprobar el equilibrio financiero de los fondos de seguro y complementar las regulaciones regionales. Pero lo más importante es que regula las compensaciones entre fondos para asegurar unas prestaciones mínimas comunes.

La utilidad orientadora de Alemania para el caso español es pues limitada. También lo es la del Reino Unido, donde la descentralización originaria del *National Health Service* (NHS), con fuerte participación de las autoridades locales de distrito, se está alterando a medida que se da un fuerte impulso a la competencia. Se ha reorganizado el sistema en compradores y vendedores sobre la base de grandes corporaciones públicas (*trusts*), cuya primera obligación no es la mejor atención sanitaria, sino el equilibrio presupuestario. Esos *trusts* no tienen base territorial.

Los agobios presupuestarios, agravados por la política fiscal conservadora de casi dos décadas, han obligado a introducir tasas y copagos y los *trusts* asistenciales pueden utilizarlos según su situación financiera. Se empiezan a dar apreciables diferencias asistenciales entre pacientes, porque

se ha debilitado la planificación geográfica de recursos y se ha estimulado el aseguramiento privado.

El sistema sigue siendo financiado públicamente por impuestos y existen mecanismos de compensación manejados por el Gobierno central. Sin embargo, la complejidad de la nueva organización y su relativa novedad no permite obtener todavía conclusiones claras, más allá de la constatación del agotamiento, por dificultades financieras, del NHS concebido por Beveridge y organizado sobre los principios de equidad, sencillez organizativa y provisión pública de servicios.

El caso más próximo a España es Italia, país que creó en 1978 un SNS basado también en servicios regionales. En Italia, como en España, se ha llevado a cabo simultáneamente un proceso de descentralización y de reforma. Ese diseño influyó en nuestra Ley General de Sanidad de 1986.

Los gobiernos regionales tienen ahora toda la gestión de la asistencia, de la salud pública y de la planificación de prestaciones. También pueden autofinanciarse a través de impuestos cedidos y recargos. Como las diferencias económicas interregionales son muy acusadas, hay un fondo de nivelación, con un gran peso en los presupuestos regionales, que equilibra la capacidad de gasto y está controlado por el Gobierno central. El Ministerio del Tesoro tiene una creciente influencia en las decisiones sanitarias, ya que las dificultades presupuestarias se trasladan inmediatamente a la sanidad. El Pacto de Estabilidad de la UE se ha dejado sentir en los últimos años.

Como los gastos sanitarios crecen más que el PIB y que los ingresos fiscales en su conjunto, hay un déficit de recursos que se está haciendo estructural y que perjudica más a las regiones más pobres. Las diferencias interregionales de calidad de las prestaciones tienden más a aumentar que a disminuir y en los últimos años se han agudizado. Esto genera frecuentes polémicas públicas.

Al igual que en España, el Gobierno tiene competencias constitucionales de coordinación y alta inspección que no han sido plenamente desarrolladas. Las regiones del norte se oponen a ello; en esas regiones se dan procesos que aumentan la competencia y el papel del sector privado. En el tiempo transcurrido desde su creación, el SNS italiano no ha terminado de definirse plenamente. Hay dudas de que llegue a hacerlo, porque las fuerzas centrífugas se han agudizado.

El caso italiano, poco difundido en España, nos ilustra sobre los riesgos que el doble proceso de reforma y descentralización conlleva para la equidad interterritorial. Para conocer en mayor profundidad la situación de los sistemas sanitarios de los países de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, los informes del Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios son de gran interés.

Con la excepción de Italia, no puede decirse que los procesos europeos de descentralización sirvan plenamente de orientación en nuestro caso. En los debates sobre este asunto suele citarse un ejemplo exitoso que no es europeo. Se trata de Canadá, país de grandes recursos, que por su posición geográfica conoce lo mejor y lo peor del sistema sanitario norteamericano y que por tradición ha importado el modelo de SNS europeo. El sistema canadiense sirvió de base para la fracasada propuesta del Presidente Clinton de un sistema universal para todos los norteamericanos, que chocó con formidables e irreductibles intereses privados.

Canadá ha conseguido conjugar la corresponsabilidad fiscal de las provincias y su plena autonomía sanitaria con el mantenimiento de un nivel estándar y una garantía de mínimos de acceso a los servicios para todos los ciudadanos, independientemente de su localización geográfica. Con un buen entendimiento entre el Gobierno federal y los gobiernos provinciales, se ha conseguido un único sistema público de financiación, el funcionamiento coordinado de los recursos públicos, el uso universal de servicios con independencia del lugar de residencia, un sistema de distribución de recursos basado en criterios capitativos y en la valoración de las necesidades de salud de los distintos territorios. Existe un Consejo de Calidad que asesora al Gobierno federal y a los provinciales en el establecimiento de estándares de asistencia sanitaria. Todo ello es posible gracias a un excelente sistema de información que permite conocer el estado de salud de la ciudadanía en cada territorio y asignar más recursos a las zonas con peores indicadores.

Está garantizada la gratuidad de los servicios médicos y hospitalarios, pero no de los medicamentos y otros muchos servicios. Para cubrir esos gastos existen seguros voluntarios regulados y tutelados por las autoridades. El sistema es caro (9,3% del PIB), por lo que hay frecuentes debates sobre su coste, pero goza de un gran apoyo ciudadano.

2. El sistema español, fruto de las reformas y de la descentralización

El SNS español experimenta unas tensiones muy parecidas a las que sufren en general los sistemas públicos universales europeos. Por eso, cualquier debate en España debe tener en cuenta ese telón de fondo. Además, presenta unas tensiones específicas fruto de su historia y de las peculiaridades de España y sus comunidades autónomas. El SNS español no fue constituido con un diseño *ex novo* en un momento dado, sino que pasó en los años ochenta de un modelo de seguro a otro de servicio nacional, agregando colectivos de profesionales, hospitales y recursos en general de muy

diversa procedencia y calidad. Esta agregación absorbió muchos esfuerzos y dejó secuelas aún visibles.

Por otra parte, desde hace cuatro lustros las comunidades autónomas han asumido competencias crecientes hasta llegar a las transferencias en todos los casos. Esto incluye la asistencia y también la salud pública. En este sentido, España se alinea con los países más descentralizados con un SNS o un seguro nacional amplio.

En España se ha producido desde 1981 una doble experiencia, en paralelo, de reforma sanitaria y de descentralización. La cooperación entre el Gobierno central y los autonómicos ha dependido de las afinidades políticas, del momento y de las personas. Ha conocido altibajos, pero el doble proceso no se ha detenido nunca. Ambos aspectos, la descentralización y la implantación de un sistema universalizado de financiación pública y provisión mayoritariamente (pero no exclusivamente) pública, se han influido mutuamente. Cada comunidad autónoma ha tenido en cuenta lo que hacían las otras y lo que hacía el Insalud mientras existió.

En la práctica, ha habido una coordinación 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 esos elementos en crisis se afronten cooperativamente –que es lo deseable por su gravedad– o descoordinadamente dependerá de cómo se entienda la coordinación tras el final del proceso descentralizador y de la articulación que garantice la nueva Ley de Cohesión y Calidad.

2.1 Una historia paralela de reformas y descentralización

El actual sistema sanitario español procede del modelo de Seguro Obligatorio de Enfermedad instaurado en 1942, actualizado por la Ley de la Seguridad Social de 1963.

Cuando acabó la dictadura en 1975, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social era de base mutualista, financiada por cuotas de empleados y empleadores, cobertura no universal y orientación reparadora (no preventiva). Sus recursos estaban geográficamente mal distribuidos, con grandes centros hospitalarios en las principales capitales de provincia y con pequeños e insuficientes hospitales, la mayoría concertados (privados puros y privados no lucrativos), en el resto del territorio. Su gestión era más ad-

ministrativa que gerencial y estaba centralizada en Madrid. Existía, complementariamente, una amplia red de centros asistenciales de carácter y calidad desigual, dependientes de ayuntamientos, diputaciones y universidades. En atención primaria abundaban los igualatorios, las sociedades médicas y las sociedades mutualistas, que atendían a trabajadores autónomos y a otros colectivos no protegidos por el "seguro". Esta variedad de centros públicos, privados y semipúblicos se combinaba de forma distinta según la región de España y de ella tuvo que partir el SNS y cada comunidad autónoma con transferencias en esta materia.

No obstante, a pesar del enfoque paternalista y burocrático, el "seguro" fue utilizado eficazmente por el franquismo para mitigar tensiones sociales. Sus hospitales más representativos, puntales en la propaganda del régimen, eran una sólida base para un sistema sanitario moderno.

Desde el comienzo de la democracia, la exigencia de una cobertura sanitaria digna se convirtió en una reivindicación de los colectivos no incluidos en la Seguridad Social o mal atendidos por ésta. En respuesta a esto, en 1977 se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (que pasó a ser de Sanidad y Consumo en 1981) y al mismo tiempo se iniciaron las reformas en la Seguridad Social.

La aprobación de la Constitución de 1978, al garantizar la asistencia pública y la protección de la salud de todos los ciudadanos, aceleró las reivindicaciones de éstos e hizo aún más imprescindibles grandes reformas y una clara descentralización. La nueva organización del Estado, con comunidades autónomas que podían asumir amplias competencias en materia de sanidad, obligaba a descentralizar al mismo tiempo que se creaba un sistema sanitario moderno.

No hubo tiempo para plantearse qué debía hacerse antes: la transferencia a las comunidades autónomas o la definición del sistema sanitario que se quería. Ambos procesos se realizaron a la vez. En 1980 se iniciaron las transferencias de salud pública y de la AISNA (antiguos hospitales antituberculosos). Sin dar tiempo apenas a prepararla, en julio de 1981 se produjo la transferencia de la asistencia sanitaria a Cataluña. Entre 1979 y 1982, los gobiernos de UCD, en medio de grandes dificultades políticas y económicas, no llegaron a cuestionarse si el nuevo sistema sanitario se organizaba –como hasta entonces– como seguro o como servicio nacional.

A partir de 1983, el PSOE aportó un enfoque global de SNS, tomado de los socialdemócratas europeos y de Canadá. Aplicó reformas para integrar redes y colectivos y amplió la cobertura, con un enfoque de SNS centrado en lo público. Todo ello al mismo tiempo que proseguían las transferencias del Insalud (a Andalucía en 1983) y de la AISNA y de la salud pública a las comunidades autónomas que las solicitaron. Esto último es un caso ex-

cepcional en el mundo, porque la salud pública, al menos en la definición de las estrategias, es una competencia estatal típica.

Hasta 1986 no se aprobó un nuevo marco jurídico acorde con la Constitución y definidor del modelo que se buscaba. La Ley General de Sanidad (LGS) transformaba el modelo de Seguridad Social en uno nuevo de Sistema Nacional de Salud. ¿Totalmente nuevo? Del todo no, porque integra y "coordina" las redes y estructuras públicas existentes, además de las semipúblicas y las privadas que lo deseen. Es imposible no pensar, en la distancia, que en este enfoque influyó la experiencia de Cataluña, con transferencias desde 1981, y también la italiana iniciada en 1978.

La LGS aprovechaba todos los recursos existentes para garantizar la universalidad de la asistencia y la financiación preferentemente pública (con impuestos), complementada con posibles contribuciones de los pacientes. Tenía, además, un claro enfoque autonómico. Contemplaba la transferencia total de los servicios y su coordinación a través del Consejo Interterritorial, que empezó a funcionar con éxito en 1987. También preveía mecanismos de coordinación, liderados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como el Plan Integrado y la Alta Inspección.

Paradójicamente, ni las transferencias ni los mecanismos de coordinación se hicieron realidad al ritmo que la dinámica iniciada en 1981 y la aprobación de la LGS podían hacer prever. Todo ha sido más lento y complejo, debido a diferentes factores. A la definición del modelo global, contenido en la LGS, tuvo que seguirle un modelo financiero, de concreción más lenta, ya que no dependía sólo del ministerio. Por otro lado, la aplicación de las reformas de la LGS y la modernización de la gestión absorbieron muchas energías a partir de 1986.

Las reformas en profundidad continuaron con la decisión de financiar el sistema con impuestos (Ley de Presupuestos de 1989) y la Ley del Medicamento (1990), pero al mismo tiempo hubo que abordar insuficiencias que los ciudadanos ya no aceptaban.

La extensión de la cobertura a capas de la población hasta entonces mal atendidas y el aumento de la demanda de unos servicios de calidad (tabla 2), alentada por los nuevos aires democráticos, puso de manifiesto las carencias de un sistema que había recibido una atención presupuestaria escasa desde principios de los años setenta. También evidenció una falta de cultura de gestión moderna y las rigideces heredadas. A estas dificultades autóctonas se añadían los problemas que empezaban a aquejar a los sistemas sanitarios europeos más modernos que el nuestro, como las limitaciones financieras y el mayor coste de los medicamentos y de la tecnología. Estos problemas afectaban tanto al Insalud como a los recién creados servicios de salud de las comunidades autónomas con transferencias asumidas.

Tabla 2 – Evolución del número de altas y de la tasa de frecuentación hospitalaria por comunidades autónomas. 1986-1998

	Altas		% de variación 1986/1998				Tasa de frecuentación hospitalaria estandarizada 1998 (1)
	1986	1998	Total	% de variación debido al número de habitantes	% de variación debido a la estructura de edad	% de variación debido a la tasa ajustada de frecuentación	
Andalucía	568.597	714.397	25,6	6,5	8,2	10,9	93,4
Aragón	114.493	138.265	20,8	–2,1	8,7	14,2	108,9
Asturias	105.368	118.381	12,4	–5,3	9,5	8,2	101,8
Baleares	80.944	122.837	51,8	10,0	9,6	32,1	159,6
Canarias	116.934	181.250	55,0	11,0	14,7	29,4	105,6
Cantabria	43.544	54.525	25,2	0,1	9,9	15,2	95,4
Castilla-La Mancha	132.294	176.549	33,5	2,3	8,0	23,2	105,6
Castilla y León	239.514	284.378	18,7	–3,8	8,1	14,5	97,6
Cataluña	592.950	794.730	34,0	0,7	12,2	21,2	119,4
C. Valenciana	339.163	429.819	26,7	4,1	9,3	13,3	101,8
Extremadura	104.456	109.872	5,2	0,2	4,5	0,4	97,3
Galicia	205.699	291.884	41,9	–2,6	7,1	37,4	101,3
Madrid	408.640	526.616	28,9	3,7	13,8	11,3	93,8
Murcia	91.930	121.121	31,8	8,5	11,5	11,7	101,6
Navarra	57.699	65.415	13,4	2,0	9,3	2,0	113,5
País Vasco	231.622	238.211	2,8	–4,4	13,9	–6,6	100,7
La Rioja	28.476	30.199	6,1	–0,8	8,2	–1,3	107,4
Ceuta y Melilla	15.614	17.179	10,0	11,7	3,7	–5,4	121,2
Total (2)	**3.487.824**	**4.436.980**	**27,2**	**2,2**	**9,9**	**15,1**	**104,2**

(1) Tasa por 10.000 habitantes. (2) Están incluidos los enfermos dados de alta en el extranjero.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Castells, X., Mercadé, Ll. y Riu, M., "Envejecimiento y utilización hospitalaria", en Cabasés, J., Villalbí, J. y Aibar, C. (eds.), *Informe SESPAS 2002: invertir para la salud, prioridades en salud pública*, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, Generalitat Valenciana, Valencia, 2002.

Ante la dificultad de llevar a cabo un debate ordenado sobre el recién estrenado SNS, en 1990 se creó una Comisión Parlamentaria de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, que encargó a varios expertos, presididos por el ex Vicepresidente del Gobierno D. Fernando Abril Martorell, un análisis y emitió un informe crítico sobre la situación de nuestro sistema sanitario, el conocido *Informe Abril*. Aunque incomodó políticamente en su momento por el contenido de algunas de sus recomendaciones, muchas de ellas han sido implantadas. En cualquier caso, estableció un modelo de discusión sobre propuestas muy concretas y articuladas, que acabó con el tipo de debate, bastante desordenado e ideologizado, de años anteriores. También consolidó la LGS y la interpretación flexible de la misma.

El Informe Abril no dedicó una atención preferente a las transferencias y, más allá de la aplicación de sus recomendaciones en cada comunidad autónoma, no influyó en el proceso de descentralización. Éste siguió un ritmo sostenido entre 1987 y 1994 (Comunidad Valenciana, País Vasco, Navarra, Galicia y Canarias) hasta completar todas las comunidades autónomas que accedieron a la autonomía por los artículos 151 y 150.2 de la Constitución española.

En 1997, gobernando ya el PP, el Congreso de los Diputados intentó dar un nuevo impulso a la modernización de la gestión del SNS, cuyo modelo fue aceptado definitivamente por todos los partidos, a pesar de algunas promesas muy privatizadoras del PP en la campaña electoral. No se consiguió plenamente, aunque propició un mejor sistema de financiación a las comunidades autónomas. A la espera de la reforma de los Estatutos de las comunidades autónomas de "vía lenta", no hubo nuevas transferencias y el espíritu autonómico del SNS, personalizado en el dinamismo del Consejo Interterritorial, languideció.

En 2001, una vez reformados los Estatutos de las comunidades autónomas del artículo 148 de la Constitución y aprovechando la bonanza económica y la recaudación fiscal de los años anteriores, el Gobierno puso en marcha un nuevo sistema de financiación a las comunidades autónomas con transferencia sanitaria. Al final del ejercicio transfirió los servicios a las diez comunidades que aún no los tenían y que representaban aproximadamente el 40% del gasto sanitario total.

La reforma sanitaria nunca ocupó un lugar preferente en los grandes debates políticos del Parlamento. Esto se hizo más acusado a medida que había más comunidades autónomas con plenas competencias sanitarias asumidas. Sin embargo, sí recibió una gran atención por parte de los ciudadanos y en los debates del día a día, con fuerte proyección local. Esto provocó su presencia continuada en la agenda de la gestión de los gobiernos, tanto del central como de los autonómicos, y un protagonismo presupuestario creciente.

En resumen, la joven historia de nuestro SNS es también la del proceso autonómico y de transferencias. Este proceso de transferencias, con sus altibajos y sus contrastes entre unos traspasos y otros, condicionó la implantación de un servicio universal, y a la inversa. Sin embargo, todos los actores, Administración central y comunidades autónomas, han tenido veinte años desde el primer traspaso para acomodarse al escenario final. Esta adaptación no ha sido muy diligente. Producidas las últimas transferencias, nos encontramos con un marco legal sin cerrar, pendiente de una nueva ley y, sobre todo, con una pérdida de visión de conjunto del SNS. Los debates entre el ministerio y las comunidades autónomas han debilitado esta visión de conjunto, que algunas autonomías no parecen valorar como algo esencial.

2.2 *El proceso de transferencias*

El proceso ha sido lento, complicado y con varias fases dentro de cada comunidad autónoma. El elemento más diferenciador ha sido la vía constitucional de acceso de cada comunidad autónoma: vía lenta (artículo 148), vía rápida (artículo 151) o vía lenta acelerada (artículo 150.2).

En cuanto al contenido de las transferencias, hubo primero una cesión de las de salud pública, más tarde de las de AISNA y, finalmente, de las del Insalud. En todas las comunidades autónomas hubo ese escalonamiento.

Por otra parte, las fechas de cesión del Insalud estuvieron condicionadas por las de aprobación de los Estatutos y, en el caso de las de vía lenta, por la de modificación de éstos para asumir competencias sanitarias completas. Una vez aprobados los Estatutos, se produjeron retrasos considerables en muchos casos por razones complejas, sobre todo presupuestarias. La actitud del Estado fue casi siempre más pasiva que la de las comunidades autónomas, ateniéndose estrictamente al sistema de financiación sanitaria vigente y a los márgenes presupuestarios de cada momento. El Gobierno central reaccionó más a instancia de parte, excluidas las macrotransferencias acordadas en 2001. Aun así, hubo épocas con mayor inclinación a demandar y a transferir competencias que otras (cuadro 1).

El calendario de transferencias hizo que no todas las comunidades autónomas recibieran el aparato asistencial en las mismas condiciones. Tanto a Cataluña como a Andalucía se les transfirieron los recursos asistenciales tal como estaban al comienzo de la transición: sin integrar los hospitales clínico-universitarios y otros públicos en la red asistencial pública, sin implantar la atención primaria y sin integrar a los colectivos de profesionales. Tuvieron que realizar toda la reforma sanitaria desde el principio y en paralelo a la llevada a cabo por el Insalud. En algunos casos se adelantaron a las reformas. Cataluña comenzó antes que el Insalud la reforma de la atención primaria (1982) y la planificación integrada de los centros públicos y concertados (creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, 1985). Andalucía fue pionera en la reforma de la salud mental (1984).

Las transferencias a las restantes comunidades autónomas se hicieron con la LGS aprobada y una buena parte de la reforma ya encauzada. A partir de 1988, los presupuestos sanitarios empezaron a mejorar y pudieron transferirse centros hospitalarios reformados, con otros nuevos en ejecución o con el proyecto avanzado. Al mismo tiempo, se transfería un aparato institucional ya adaptado en buena medida a la LGS, con mucho esfuerzo ya hecho. Hay que destacar la transferencia de los primeros equipos de gerencia, formados e incorporados a marchas forzadas para cubrir un déficit tradicional de un sector habituado a una dirección médico-administrativa. Por tanto, recibir la transferencia en un momento u otro su-

Cuadro 1 – Calendario del proceso de transferencias sanitarias

	Fecha de aprobación Estatuto de Autonomía	Fecha de L.O. transferencia (Art. 150.2 CE)	Fecha de L.O. de reforma de Estatuto	Vía de acceso	Fecha para competencias sanitarias completas	Fecha de traspaso Insalud
País Vasco	18/12/1979			Vía rápida	18/12/1979	06/11/1987
Cataluña	18/12/1979			Vía rápida	18/12/1979	08/07/1981
Galicia	06/04/1981			Vía rápida	06/04/1981	28/12/1990
Andalucía	30/12/1981			Vía rápida	30/12/1981	22/02/1984
Asturias	30/12/1981		05/01/1999	Vía lenta	05/01/1999	31/12/2001
Cantabria	30/12/1981		30/12/1998	Vía lenta	30/12/1998	31/12/2001
La Rioja	09/06/1982		07/01/1999	Vía lenta	07/01/1999	31/12/2001
Murcia	09/06/1982		15/06/1998	Vía lenta	15/06/1998	31/12/2001
C. Valenciana	01/07/1982	10/08/1982	24/03/1994	Vía lenta	10/08/1982	27/11/1987
Aragón	10/08/1982		30/12/1996	Vía lenta	30/12/1996	31/12/2001
Castilla-La Mancha	10/08/1982		03/07/1997	Vía lenta	03/07/1997	31/12/2001
Canarias	10/08/1982	10/08/1982	30/12/1996	Vía lenta	10/08/1982	11/03/1994
Extremadura	24/02/1983		06/05/1999	Vía lenta	06/05/1999	31/12/2001
Baleares	24/02/1983		08/01/1999	Vía lenta	08/01/1999	31/12/2001
Madrid	24/02/1983		07/07/1998	Vía lenta	07/07/1998	31/12/2001
Castilla y León	24/02/1983		08/01/1999	Vía lenta	08/01/1999	31/12/2001
Navarra	10/08/1983			Vía especial	10/08/1983	28/12/1990

Fuente: Bestard, J.J., *Transferencias sanitarias,* PricewaterhouseCoopers, Madrid, 1999.

puso diferencias apreciables en el esfuerzo que la comunidad afectada debía realizar.

El análisis de todo el proceso permite ver que, a pesar de la diversidad en la estructura recibida (en la distribución público-privada y de colectivos, en la calidad y número de camas por habitante, en la atención primaria y ambulatoria, etc.) y en la composición de la población, las respuestas que dentro de la flexibilidad de la LGS se dieron a problemas similares fueron bastante coincidentes.

También se comprobó que la transferencia no suponía resolver los problemas estructurales ni los consustanciales a los sistemas sanitarios modernos, aunque ayudara a enfocarlos mejor. Esto acabó con cierto discurso pro-transferencias, bastante difundido en todas las fuerzas políticas.

2.3 *Financiación de los servicios transferidos*

El proceso de transferencias y la evolución de los servicios sanitarios transferidos ha estado influido desde su inicio en 1981 por los problemas financieros. La insuficiencia económica –de intensidad variable, según la situación económica general– sufrida por el Insalud se trasladó siempre a las comunidades autónomas y ha servido de freno o estímulo a las transferencias. Hasta 1994, éstas se efectuaron aplicando a la comunidad autónoma que las recibía el coeficiente exacto de gasto sobre el total que realizaba el Insalud en su territorio, aunque no coincidiera con la población protegida. Ese gasto era resultado de la evolución histórica de los presupuestos de las redes integradas en el SNS, de los conciertos con centros privados, del mayor o menor desarrollo de la atención primaria, de la existencia de grandes centros hospitalarios y del volumen y composición del personal.

Por otra parte, el Insalud no trabajaba con presupuestos cerrados y realistas. Se tardó años en ajustar el presupuesto inicial a la complejidad de los procesos de integración y modernización de las redes hospitalarias, a la demanda real generada por la universalización y al coste creciente de la nueva atención primaria. Estas realidades estaban en el origen de persistentes desviaciones al alza en el gasto.

Las deficiencias en la presupuestación y en la ejecución del gasto tenían relación con la doble financiación del gasto sanitario, a través de cotizaciones de la Seguridad Social y de impuestos, simultáneamente. En 1978, las cotizaciones aportaban el 76% del total, pero poco a poco esa proporción fue disminuyendo y en 1988 suponían el 57%. Ese año, el Gobierno tomó una decisión coherente con la LGS y en la Ley 37/88 de Presupuestos Generales para 1989 estableció que la financiación se haría a través de impuestos, de forma progresiva. En 1989 la proporción de cotizaciones bajó al 32% y fue disminuyendo hasta hacerse simbólica en 1998. Esta medida era necesaria para consagrar un modelo de SNS y facilitar las transferencias.

El Ministerio de Hacienda, enfrentado a problemas presupuestarios de toda índole, tampoco pudo dedicar más recursos a sanidad hasta finales de los años ochenta. A esto se unió que la técnica del presupuesto cerrado, el principio de restricción de recursos y el énfasis en la buena gestión de éstos tardaron en ser aceptados por los profesionales del sector, tradicionalmente educados para la buena práctica clínica, pero ajenos a la gestión económica.

La generación sistemática de deuda por el Insalud obligó a varias operaciones de saneamiento presupuestario, extrapolando su importe a las comunidades autónomas con competencias, según su coeficiente de participación en el gasto sanitario vigente en el momento de la transferencia. La gestión de las comunidades autónomas con transferencia dependía, pues,

de la ejecución presupuestaria del Insalud, que en 1994 sólo administraba el 41% del total del SNS. El gasto farmacéutico y las cuotas de la Seguridad Social contribuían de forma destacada a la incertidumbre de las comunidades autónomas, pues su dotación tenía carácter de ampliable y las desviaciones eran muy grandes.

Como este sistema era perturbador y poco racional, se modificó en 1994, acordándose un saneamiento de la deuda acumulada en diciembre de 1993. Se introdujo el criterio de población protegida según el censo de 1991 para el reparto del presupuesto global, como establecía la LGS, con algunos ajustes. Se corregía así la aplicación mecánica del porcentaje de gasto realizado por el Insalud en el momento de las transferencias, que consolidaba posibles insuficiencias de partida. El nuevo sistema incorporó dos nuevos elementos de gran importancia. En primer lugar, la consideración de presupuestos cerrados y limitativos para los del Insalud y, en consecuencia, para los de las comunidades autónomas. Las desviaciones sólo podían financiarse con un crédito extraordinario aprobado bajo la forma de ley en el Parlamento. El segundo elemento fue la introducción de un fondo especial para desplazados –vieja aspiración de Cataluña– dotado con 10.000 millones de pesetas (60 millones de euros) en 1994 y 15.000 (90 millones de euros) para 1995 y 1996.

Este sistema, establecido para 1994-1997, fue un intento serio de racionalizar el volumen y la ejecución del gasto sanitario. Por primera vez todas las entidades del sistema debían adaptarse a créditos cerrados, vinculados al aumento del PIB y no ampliables. Los métodos de gestión normales en cualquier ente moderno, público o privado, poniendo los recursos disponibles por delante de cualquier otro criterio de gestión, habían calado poco a poco en el SNS. Unos años antes, su aplicación había originado conflictos serios en un sector poco habituado a tener en cuenta los criterios económicos. El nuevo sistema fue acogido como un avance por las comunidades autónomas, a pesar de las insuficiencias del principio de población protegida. Sin embargo, la reducción pactada de 90.000 millones de pesetas (541 millones de euros) del presupuesto total por "racionalización del gasto" fue ampliada unilateralmente por el Ministerio de Hacienda a 146.000 millones de pesetas (877 millones de euros) en 1995 y 1996, lo que dio origen a una insuficiencia imprevista.

La subcomisión parlamentaria para el estudio de la modernización del SNS, creada en 1997, recomendó mejorar el sistema y así se abordó con las comunidades autónomas con transferencias sanitarias para el período 1998-2001. El acuerdo no supuso un cambio sustancial como el de 1994, aunque introdujo ajustes importantes en el proceso de adaptación del sistema de financiación a la complejidad del SNS. Se mantuvo el principio de población protegida, pero aceptando que el censo de 1991 no reflejaba la realidad demográfica de algunas comunidades autónomas. El Padrón de

1996 benefició a Andalucía, Canarias y Comunidad Valenciana en detrimento de Cataluña, Galicia y el mismo Insalud. La realización del padrón continuo puede facilitar la labor, ya que los censos se realizan cada 10 años y la situación demográfica puede sufrir muchos cambios. Sin embargo, el sistema no tenía en cuenta factores de coste tan evidentes como la composición por edades de la población de cada comunidad autónoma, su densidad, las comarcas con bolsas de pobreza y el efecto de los cambios temporales de residencia.

En cualquier caso, introdujo novedades, como el desglose de la financiación sanitaria en bloques, que permitían un mejor tratamiento de la heterogeneidad entre las comunidades autónomas. Se creó un Fondo General para cubrir las prestaciones asistenciales generales que era una prórroga mejorada del sistema anterior. Junto a él, el denominado Fondo Finalista, compuesto de dos subfondos, trataba de mejorar la flexibilidad del sistema: el Subfondo de Modulación Financiera atendía a la actualización de la población protegida en algunas comunidades autónomas y el Subfondo de Asistencia Hospitalaria compensaba los costes de docencia y de pacientes desplazados. Ambos tenían un importe moderado (20.444 millones y 52.918 millones de pesetas –123 y 318 millones de euros–, respectivamente), pero suponían al menos abordar viejos problemas.

Por primera vez, el nuevo modelo para 1998-2001 incluía programas específicos de ahorro y racionalización del gasto farmacéutico y en incapacidad laboral transitoria, cuyos resultados positivos recaían sobre el propio sistema. Estas medidas se englobaron en un nuevo acuerdo de financiación del llamado bloque de competencias comunes, que no fue suscrito por Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura por discrepancias sobre el censo y por las insuficiencias heredadas dentro de ese bloque.

En resumen, las principales transferencias sanitarias en volumen de población se realizaron con el viejo sistema de porcentaje de gasto del Insalud (Cataluña, Andalucía, Galicia y Comunidad Valenciana), con el muy favorable del Cupo (País Vasco y Navarra) o con el de 1994 (Canarias). Ninguna fue realizada con el de 1998 y las diez comunidades autónomas de la "vía lenta" no estaban inclinadas a recibirlas sin una base financiera favorable.

Por otro lado, tras veinte años desde la primera transferencia, había llegado el momento de eliminar el carácter finalista de la financiación sanitaria y dar más libertad a las comunidades autónomas en sus opciones de gasto. Así, en 2002 ha entrado en vigor un sistema con un enfoque más flexible y realista. ¿Será el definitivo? Probablemente no, pero nace con mayor voluntad de estabilidad que los anteriores.

El nuevo modelo está diseñado para financiar la sanidad, los servicios sociales y las competencias comunes de las comunidades autónomas. Para

ello tendrán dos bloques de ingresos: los tributos cedidos más la participación en los no cedidos, por un lado, y las transferencias del Estado, según su importe en 1999, por otro.

El sistema de 2002 ha eliminado el carácter condicionado de la financiación sanitaria, englobándola en la general, y liga esa financiación a los ingresos fiscales del Estado. Además, ha introducido elementos conceptuales novedosos: aborda la necesidad de financiación de cada comunidad autónoma considerando conjuntamente los servicios sanitarios y los sociales; se tienen en cuenta variables sociodemográficas (población mayor de 65 años) y la insularidad; parte del presupuesto liquidado en 1999 para los servicios sanitarios, los servicios sociales y las competencias comunes. Por otra parte, define recursos específicos para la reducción de las desigualdades entre las comunidades autónomas y crea un recargo minorista, voluntario, sobre los hidrocarburos para la financiación complementaria de la sanidad. En línea con el sistema de 1997, asigna a cada comunidad autónoma un Fondo General y unos Fondos Específicos.

El Fondo General atiende las necesidades sanitarias de la autonomía según la población protegida (75% de ponderación), la población mayor de 65 años según el Padrón de 1999 (24,5% de ponderación) y la insularidad (0,5%). Como se garantiza como mínimo la financiación recibida en 1999 para gastos sociales, sanitarios y de competencias comunes, el efecto a corto plazo de la población mayor de 65 años será pequeño, pero aumentará con el tiempo.

Los Fondos Específicos son dos: el Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, dotado con 240 millones de euros, y el Fondo de Cohesión Sanitaria, provisto con 60 millones de euros, para garantizar la igualdad de acceso. Se ha establecido que este último servirá para compensar los gastos que generan los desplazados en otras comunidades autónomas. Esto es contradictorio con la financiación a coste efectivo de cada comunidad autónoma, que incluye a los desplazados, según el presupuesto liquidado en 1999. Parece que el Ministerio de Sanidad y Consumo se reservará la gestión de este fondo para asegurar que la facturación por desplazados se haga de forma homogénea en todo el territorio.

El llamado Fondo de Suficiencia cierra el modelo y cubre la diferencia entre las necesidades de gasto de cada comunidad autónoma y su capacidad fiscal. Siempre se toma como referencia un indicador fiscal objetivo, el ITE (Ingresos Tributarios del Estado, excluido el Impuesto de Sociedades y los impuestos susceptibles de ser cedidos).

Este modelo amplía notablemente el margen de libertad de las comunidades autónomas. Cada una podrá detraer fondos de las competencias comunes para asignarlos a sanidad o a la inversa, siempre respetando un mínimo. También puede hacer o no uso del recargo sobre los hidrocar-

buros. Al mismo tiempo se amplía el riesgo, al ligarse los recursos a la evolución de los ingresos tributarios del Estado y de los tributos asumidos.

El sistema de 2002 ha supuesto un claro avance. Ha integrado los mecanismos de financiación existentes y promete ser más estable que los anteriores. Su introducción ha estimulado la aceptación de las competencias por las diez comunidades autónomas de la "vía lenta" que las tenían pendientes. No obstante, el factor determinante para esa aceptación ha sido la garantía de partida dada a cada comunidad autónoma, que cubre las insuficiencias más evidentes. Así, varias comunidades han pactado una cantidad complementaria sobre el presupuesto liquidado de 1999 (tabla 3), que les permite iniciar la gestión sanitaria heredando menos deficiencias comparadas. Esto ha hecho posible que mejorasen los servicios sanitarios en 2002, empezando por las retribuciones de los profesionales.

La ley que sustenta al nuevo sistema afirma aportar mayor equidad. En parte es cierto, pero no está tan claro a medio plazo, porque dependerá del llamado Fondo de Cohesión Sanitaria, destinado a garantizar la igualdad de acceso en todo el territorio nacional. Inicialmente ese fondo ha nacido con una dotación preocupantemente limitada. ¿Cómo se podrán abordar,

Tabla 3 – Financiación de la sanidad según el modelo 2002. En millones de euros. 2002

	Financiación según el modelo 2002	Cantidad complementaria acordada	Financiación definiva	Financiación per cápita (en euros)
Andalucía	4.418,07	–	4.418,07	643,73
Aragón	761,60	48,19	809,79	721,49
Asturias	703,73	40,27	744,00	709,49
Baleares	510,43	6,38	516,81	658,07
Canarias	1.019,03	–	1.019,03	641,55
Cantabria	330,62	69,06	399,68	789,12
Castilla-La Mancha	1.085,07	9,02	1.094,09	668,54
Castilla y León	1.595,01	14,40	1.609,41	692,00
Cataluña	3.859,91	–	3.859,91	639,71
C. Valenciana	2.455,27	–	2.455,27	629,53
Extremadura	656,14	35,88	692,02	688,61
Galicia	1.721,32	–	1.721,32	664,23
Madrid	2.966,17	23,23	2.989,40	622,17
Murcia	649,99	24,08	674,07	636,51
La Rioja	166,13	36,70	202,83	804,32
Total	**22.898,49**	**307,21**	**23.205,70**	**648,96**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Montero, Martín, Cabasés, J. y Juan de Dios, "El nuevo modelo de financiación autonómica de la Sanidad", en Cabasés, J., Villalbí, J. y Aibar, C. (eds.), *Informe SESPAS 2002: invertir para la salud, prioridades en salud pública*, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, Generalitat Valenciana, Valencia, 2002.

si ese fondo no tiene entidad, las desigualdades territoriales y las causadas por la pobreza? ¿Cómo podrán elaborarse planes contra las desigualdades si el flujo de desplazados absorbe todo su importe?

Por otro lado, ¿resolverá las insuficiencias sufridas por las comunidades autónomas? Por sí mismo no, porque consolidará el gasto sanitario efectivo realizado actualmente en España con relación al PIB, situado en la zona baja de los países de la Unión Europea (tabla 4). Nuestro país, desde 1990, tiene un gasto sanitario público superior al 5% del PIB, que sumado al gasto privado se eleva al 7% en 1998. Además, su base serán los ingresos tributarios del Estado y no el PIB, en el marco de una tendencia general en Europa a no aumentar la presión fiscal. Esos ingresos se obtienen con un sistema fiscal menos redistributivo cada año, por la pérdida de peso de los impuestos directos en España.

Lo más probable es que las comunidades autónomas deban buscar por su cuenta fondos adicionales para la asistencia sanitaria y sociosanitaria. Alguna, como Madrid, ya ha empezado a utilizar el recargo impositivo sobre los hidrocarburos. Pueden también modificar la distribución del gasto público que gestionan a favor de esa asistencia.

A la larga, la evolución del límite de los recursos para sanidad puede preverse con bastante aproximación. Las comunidades autónomas deberán resistir de forma coordinada la presión de una demanda sanitaria que

Tabla 4 – Evolución del gasto total en sanidad en la Unión Europea. En porcentaje del PIB. 1990-1998

	Gasto total		Porcentaje de gasto público respecto al total	
	1990	1998	1990	1998
Alemania	8,7	10,3	76,2	75,8
Austria	7,1	8,0	73,5	71,8
Bélgica	7,4	8,6	–	71,2
Dinamarca	8,5	8,3	82,7	81,9
España	6,6	7,0	78,7	76,4
Finlandia	7,9	6,9	80,9	76,3
Francia	8,6	9,4	78,2	77,7
Grecia	7,5	8,4	62,7	56,3
Holanda	8,5	8,7	67,7	68,6
Irlanda	6,7	6,8	71,7	76,8
Italia	8,1	8,2	78,1	67,3
Luxemburgo	6,1	6,0	93,1	92,4
Portugal	6,2	7,7	65,5	66,9
Reino Unido	6,0	6,8	84,3	83,3
Suecia	8,5	7,9	89,9	83,8

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de OCDE, *Panorama de la santé*, París, 2001.

crecerá por encima de los ingresos tributarios del Estado o buscar, con el apoyo mutuo, recursos complementarios. Por último, hay que recordar que tanto el País Vasco como Navarra dispusieron desde el momento de la transferencia de un sistema de financiación de la sanidad mucho más favorable, basado en el Cupo y el régimen foral.

3. Tendencias estratégicas del SNS y articulación de los servicios autonómicos

3.1 Más similitudes que diferencias

El aseguramiento universal, basado en la condición de ciudadano, consagrado en la LGS e instrumentado en el RD 1088/89, de extensión de la cobertura sanitaria, lo hacen realidad los servicios autonómicos de salud. Atienden no sólo a los residentes en su territorio, sino también a los pacientes de otras comunidades autónomas donde no pueden garantizarse ciertas prestaciones complejas, o a desplazados por otros motivos (tabla 5). Este principio de cooperación interregional se sigue aplicando después de las transferencias.

La financiación procede –como hemos comentado– de los impuestos cedidos, de la participación en los no cedidos y de las transferencias del Estado. Las comunidades autónomas han tendido a mejorar, a su cargo, la financiación que recibían del Estado, antes de que entrara en vigor el sistema de la Ley Orgánica 7/2001 de modificación de la LOFCA.

Los edificios y medios transferidos en su momento han sido reformados y ampliados, aunque la Seguridad Social conserva todavía la titularidad de los edificios transferidos, lo que supone una dificultad para disponer de ellos.

Todas las comunidades autónomas han creado órganos específicos que gestionan el suministro de los servicios asistenciales, tratando de evitar las rigideces del Insalud con fórmulas como la de ente público de derecho privado (País Vasco). Algunas (País Vasco, Andalucía, Cataluña) han separado la figura del financiador (el Departamento o la Consejería de Salud o de Sanidad) de la del prestador de servicios (el Servicio Regional de Salud). La Consejería de Sanidad realiza funciones similares a las del Ministerio de Sanidad y Consumo antes de las transferencias: planificación, programas de salud pública, etc. Se tiende a gestionar conjuntamente la asistencia sanitaria y la social, como ocurre en algunas comunidades autónomas que acaban de recibir las transferencias (Cantabria o Castilla y León).

Todas las comunidades autónomas han creado una red autonómica de hospitales públicos. Su articulación con las redes privadas o semiprivadas

Tabla 5 – Altas hospitalarias de pacientes desplazados según comunidad autónoma de residencia y comunidad autónoma de hospitalización. 1998

	Porcentaje de pacientes desplazados (1)	Número de desplazados (2)	Número de desplazados a Insalud Gestión Directa	Porcentaje de desplazados a Insalud Gestión Directa sobre total desplazados
Comunidades con transferencias	**2,1**	**42.438**	**25.923**	**61,1**
Andalucía	1,5	11.025	7.497	68,0
Canarias	1,6	2.853	1.393	48,8
Cataluña	0,7	5.438	3.768	69,3
C. Valenciana	1,9	8.149	4.813	59,1
Galicia	1,7	4.960	3.274	66,0
Navarra	4,1	2.683	895	33,4
País Vasco	3,1	7.330	4.283	58,4
Comunidades de Insalud Gestión Directa	**7,7**	**84.100**	**51.503**	**61,2**
Aragón	4,9	6.831	905	13,2
Asturias	2,5	2.981	1.646	55,2
Baleares	1,8	2.188	456	20,8
Cantabria	5,4	2.921	902	30,9
Castilla y León	6,2	17.668	12.035	68,1
Castilla-La Mancha	12,4	21.832	18.864	86,4
Extremadura	6,9	7.571	5.851	77,3
Madrid	2,0	10.547	4.886	46,3
Murcia	3,2	3.830	1.828	47,7
La Rioja	17,2	5.196	3.264	62,8
Ceuta	12,6	1.242	363	29,2
Melilla	17,7	1.293	503	38,9
Total		**126.538**	**77.426**	**61,2**

(1) Porcentaje de pacientes residentes en la comunidad autónoma que han sido hospitalizados en otra comunidad autónoma sobre el total de pacientes hospitalizados del territorio. (2) Número total de altas de residentes de la comunidad en hospitales fuera del territorio.

Fuente: González López-Valcárcel, B. y Urbanos Garrido, R. M., "Prioridades en la organización de la atención a la salud en España", en Cabasés, J., Villalbí, J. y Aibar, C. (eds.), *Informe SESPAS 2002: invertir para la salud, prioridades en salud pública,* Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, Generalitat Valenciana, Valencia, 2002.

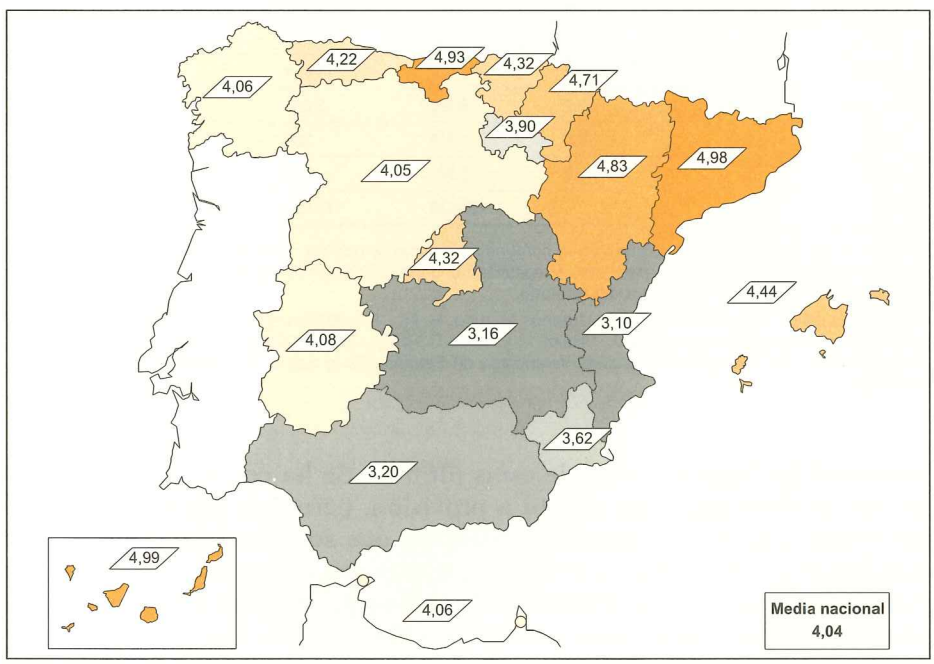
varía mucho, según el peso de estas últimas. Se ha consagrado, en general, un modelo mixto en cuanto a provisión, pero siempre con predominio y liderazgo de los hospitales públicos, que son vistos como los mejor dotados de profesionales y medios y los más seguros para tratar cualquier patología grave. Existen distintos enfoques en la colaboración con los hospitales privados y diferentes marcos de concertación, con pagos distintos por los mismos actos clínicos, según la comunidad autónoma. En las comunidades autónomas con enfoque más liberal (Galicia o Comunidad Valenciana) se han externalizado todo tipo de servicios (gestión de historias clínicas, cocina, mantenimiento, lavandería, etc.) con resultados diversos.

Las camas hospitalarias han aumentado por la incorporación de nuevos hospitales comarcales, que han compensado la disminución registrada en los hospitales más grandes (Andalucía o País Vasco). En algunos casos se han reconvertido camas de agudos en camas de larga estancia (Cataluña). El número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes oscila desde 3,10 en Comunidad Valenciana hasta 4,99 en Canarias (gráfico 1).

En dotación tecnológica hospitalaria, el liderazgo lo ostentan Madrid, Baleares, País Vasco, Navarra y Canarias (véase tabla 13, al final del capítulo).

Respecto a la atención primaria –la mayor transformación asistencial producida por la reforma–, las estructuras desarrolladas son muy similares, con algunas diferencias de denominación (áreas, distritos) y ciertos ajustes por la dispersión de la población. Las ratios de médicos generales son parecidas en las comunidades autónomas con transferencias antes de 1994, siendo Andalucía la que mayor esfuerzo ha hecho para implantar este modelo. Entre las que han asumido recientemente las competencias

Gráfico 1 – Camas hospitalarias instaladas por cada 1.000 habitantes por comunidades autónomas. 2000



Nota: Incluye datos de hospitales públicos y privados.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2000*, 2002; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión* (publicación electrónica), 2001.

destaca Aragón. En algunas comunidades autónomas hay todavía algunos retrasos de implantación (Galicia), pero en todas se utilizan muy mayoritariamente centros y personal propio, con la excepción de alguna nueva experiencia (Cataluña).

En la atención primaria se observan cada vez más diferencias en la aplicación de "planes de salud" y en la atención especial a grupos (diabéticos, ancianos, embarazadas, etc.). Sin embargo, los protocolos y pautas de actuación profesional son bastante homogéneos. Incluso hay iniciativas, como la elaboración de guías clínicas, desarrolladas entre un amplio número de comunidades autónomas, sin participación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En las urgencias se ha producido una mejora generalizada en los últimos diez años. En la primera atención de urgencia "en la calle", las fórmulas son de lo más variado, con aportaciones privadas diversas.

En cuanto a las prestaciones, las comunidades autónomas han mantenido la misma lista con diferencias no muy relevantes. No ha habido una carrera para ampliarlas, a pesar de la trascendencia mediática de algunos casos con muy pocos beneficiarios (por ejemplo, el cambio de sexo en Andalucía). Se ha respetado como mínimo común denominador el Real Decreto 63/95 de Catálogo de Prestaciones, lo cual ha añadido transparencia al sistema de seguridad jurídica a los ciudadanos. Además, la crónica insuficiencia de recursos es un poderoso freno a la tentación política de prometer y ofrecer cada vez más servicios gratuitos para todos. Sin embargo, hay diferencias crecientes en la calidad de las prestaciones. Navarra y País Vasco, que disponen de mayores recursos por persona por su financiación foral (véase tabla 14, al final del capítulo), han introducido mejoras en la calidad (como el diagnóstico precoz) o en la comodidad de acceso. Las hay igualmente en la elección de profesionales y de centros.

También hay grandes disparidades en la duración y composición de las listas de espera para la consulta especializada, el diagnóstico y la hospitalización quirúrgica (tabla 6). Casi todas las comunidades autónomas tienen alguna regulación de las mismas y varias (Andalucía o Castilla-La Mancha) han establecido legalmente tiempos máximos. Sin embargo, estas regulaciones no siempre se respetan por la utilización de discutibles criterios de cómputo en la consulta especializada y en el diagnóstico y "maquillajes" diversos.

El reciente informe del Defensor del Pueblo sobre estas listas, bastante severo, ha puesto de manifiesto que hay notables insuficiencias y gran dispersión de sistemas de cómputo, de gestión y de priorización, incluso dentro de la misma autonomía. Esto es más grave que la existencia misma de las esperas, inevitables en un sistema universal y gratuito. Los gestores y los responsables políticos deben fijar la mejora de esta gestión como obje-

Tabla 6 – Listas de espera quirúrgica por comunidades autónomas. 2001

	Total pacientes	Tramos de espera				Demora media (días)	Espera media (días)
		De 0 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 365 días	Más de 365 días		
Aragón	14.973	14.668		305	0	70	93
Asturias (1)	11.470	9.179	2.028	253	10	62	(2) 87
Baleares	7.671	5.646	2.025	0	0	65	75
Canarias (3)	21.689	5.235	2.815	13.639		217	–
Cantabria	6.776	5.101	1.675	0	0	64	102
Castilla-La Mancha	18.990	–	–	–	–	–	–
Castilla y León	29.620	22.772	6.848	0	0	63	95
Ceuta	437	367	70	0	0	48	118
Cataluña (4)	34.691	–	–	–	–	90	–
C. Valenciana (5)	2.599	1.451	686	258	204	–	–
Extremadura	12.962	9.865	3.030	67	–	63	89
Galicia	28.982	17.865	9.522	1.607	–	85	–
Madrid (6)	53.552	40.743	11.794	1.015	–	61	78
Melilla	231	223	8	0	0	42	62
Murcia (7)	10.426	8.665	1.761	–	–	57	88
Navarra	5.221	4.353	775	93	0	57	52
País Vasco (8)	13.538	11.451	2.087	0	0	54	(2) 79
La Rioja (1)	3.421	2.948	473	0	0	54	92
		De 0 a 60 días	De 61 a 120 días	De 121 a 180 días	Más de 180 días		
Andalucía (8)	51.767	19.145	21.659	10.781	182	78	–

Nota: Datos a 31 de diciembre de 2001, excepto los de Andalucía (octubre de 2002); Aragón (abril de 2002); Castilla-La Mancha (mayo de 2002); Cataluña, Galicia y Madrid (junio de 2002); y Comunidad Valenciana (septiembre de 2002). (1) Espera estructural. (2) Incluidos procesos no atribuibles a la organización de los servicios. (3) Sin incluir Hospital Universitario de Canarias. (4) Catorce procedimentos. Tiempo medio de resolución, sin computar la demora técnica (tres meses). (5) Sólo Hospital La Fe, de Valencia. (6) Sin incluir Hospitales El Escorial y Carlos III. (7) Sin incluir Hospitales Gral. Universitario y Los Arcos. (8) Sin incluir 1.369 pacientes en suspensión temporal por razones clínicas.

Fuente: Defensor del Pueblo, *Informe sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud,* en www.defensordelpueblo.es.

tivo, por delante de otros como la habitación individual. Según este informe, País Vasco, Navarra, La Rioja y Murcia son las que tienen listas con menores demoras; algunas, como Canarias, sufren graves retrasos.

La diversidad es creciente en diagnóstico precoz, promoción de la salud y salud pública. Esto constituye un motivo de preocupación serio, ya que puede decirse que no hay una verdadera estrategia de salud común en toda España.

También hay un campo, el de la salud mental, donde las diferencias y las carencias son casi escandalosas. Estas prestaciones estuvieron relega-

das durante mucho tiempo, descargándolas en la asistencia social, y el SNS no ha sabido remediarlo; incluso el RD 63/95, de Catálogo de Prestaciones, se olvidó de mencionarlas. Las diferencias de prestaciones entre las comunidades autónomas son enormes y sólo alguna como Navarra cubre todas las recomendadas por los expertos. La salud mental es la gran perdedora de la reforma sanitaria y de la descentralización.

En lo que atañe a satisfacción de los usuarios, las primeras comunidades autónomas con transferencias obtuvieron buena nota. Se elevó notablemente la percepción positiva de la atención primaria al implantarse el nuevo modelo. En los años noventa se incrementó la opinión favorable respecto a la atención especializada, con niveles más altos en País Vasco, Cataluña y Andalucía que en el área Insalud. Actualmente, las comunidades autónomas con niveles de satisfacción más altos son Navarra y País Vasco. Las causas más frecuentes de descontento son las listas de espera, la escasa información al paciente, el tiempo de consulta y la burocracia.

Como resumen, los SSAA cuentan con un amplio apoyo social. Han realizado esfuerzos para mejorar la asistencia y los ciudadanos los perciben más cerca. La descentralización no ha introducido todavía grandes divergencias respecto al marco de la LGS ni ha generado aún desigualdades que los ciudadanos perciban como inaceptables, pero hay visibles tendencias hacia la heterogeneidad.

3.2 Tendencias estratégicas comunes

Los SSAA garantizan una cobertura universal (algunas autonomías han extendido oficialmente la asistencia a los inmigrantes y las restantes no la niegan en ningún caso), con un coste no cuantificado todavía pero previsiblemente bastante razonable. Todos experimentan tensiones financieras muy fuertes y rigideces diversas. En el cuadro 2 se recoge un análisis tipo DAFO de estos servicios.

Todos los SSAA siguen tendencias similares para abordar problemas muy parecidos, al margen de su posición oficial en ciertos aspectos polémicos como la privatización.

— **Privatización de servicios.** La aportación del sector privado es creciente en todos los SSAA, sobre todo en externalización de servicios como el mantenimiento, la alimentación o la lavandería en hospitales.

También empieza a ensayarse la concertación de los servicios de diagnóstico y laboratorio (Cataluña, Comunidad Valenciana o Galicia). Incluso existe una experiencia de concertación de un área de atención primaria con un equipo de profesionales independientes (Cataluña).

— **Privatización de centros.** La concertación de centros privados está garantizada y se intensifica con los frecuentes planes de choque para reducir las listas de espera y las demoras en las consultas. Más allá de esta relación tradicional, se aplica a la apertura de nuevos centros privados con garantía de concierto. La fórmula más audaz es la concertación de un área

Cuadro 2 – Los servicios autonómicos de salud

DEBILIDADES

- Marco organizativo y de gestión todavía en transformación, con rasgos de obsolescencia e ineficiencia.
- Servicios poco encaminados a objetivos de salud: prima la asistencia sobre la prevención.
- Catálogo de prestaciones no priorizadas ni valoradas en términos de efectividad y eficiencia. Carencias importantes en las prestaciones de salud mental.
- Fuerte crecimiento del gasto sanitario ocasionado por el envejecimiento de la población, la introducción de nuevos medicamentos y tecnologías de alto coste, el aumento de patologías costosas y el uso inapropiado de prestaciones, servicios y tecnologías.
- Rígida política de relaciones laborales (reforzada con las últimas macroconvocatorias para regularizar la situación de los interinos).
- Insuficientes sistemas de incentivos a los profesionales. Problemas de carrera profesional y obstáculos crecientes a la movilidad entre comunidades autónomas.
- Escasa orientación al paciente: incomodidad de acceso, poca información y burocracia innecesaria.
- Déficit de participación del usuario en la toma de decisiones, carencia de autonomía y todavía limitada capacidad de elección.
- Presión asistencial sobre los médicos traducida en tiempos de consulta insuficientes y en exceso de prescripción.
- Insuficiente integración de los niveles asistenciales.
- Dificultad para acortar el tiempo en las listas de espera. Inexistencia o incumplimiento de los tiempos máximos fijados. Dispersión y debilidad de los sistemas de cómputo, de gestión y de priorización.
- Pocos estímulos a la consecución de la calidad asistencial.
- Escasa aplicación de la medicina basada en la evidencia por la fuerte presión asistencial, por carencia de medios y de formación del personal.
- Reducida capacidad de apoyo de los servicios sociosanitarios y sociales.
- Indefinición en las relaciones público-privado y deficiente integración del sector privado en el sistema.
- Relaciones poco reguladas con los proveedores de bienes y servicios privados, con múltiples sistemas de contratación, grandes retrasos en el pago y encarecimiento del suministro.

AMENAZAS

- Prevalencia del corto plazo en las acciones de política sanitaria.
- Envejecimiento de la población y aumento de los problemas sociosanitarios.
- Incremento de las enfermedades derivadas de hábitos de vida.
- Sobredemanda de servicios y exigencias de mayor confort.
- Encarecimiento de las tecnologías y medicamentos innovadores.
- Demanda de nuevas prestaciones.
- Dificultad para encontrar fuentes de financiación complementarias.
- Bajas retribuciones de los profesionales.

Sigue **Cuadro 2 – Los servicios autonómicos de salud**

FORTALEZAS

- Personal bien formado.
- Gestores con experiencia creciente y aceptación, por parte del personal, de enfoques empresariales.
- Buena dotación tecnológica.
- Creciente conciencia entre la población acerca de los problemas financieros.
- Amplia lista de prestaciones.
- Equidad en el acceso dentro de límites razonables.
- Diferencias de calidad todavía dentro de límites asumibles.
- Buena sintonía entre todos los sistemas autonómicos.
- Aumento de la oferta privada dispuesta a cooperar con los servicios autonómicos.

OPORTUNIDADES

- Innovaciones en la gestión: nuevas personas jurídicas.
- Descentralización administrativa.
- Desarrollo de estudios de evaluación económica para la utilización eficiente de los recursos escasos.
- Orientación al usuario y a sus auténticas necesidades sanitarias de salud.
- Mejoras en la efectividad clínica y en la calidad asistencial a través de la investigación de resultados en salud (*outcomes*).
- Impacto de las nuevas tecnologías sanitarias.
- Profesionales mejor formados y usuarios más informados.

entera con una concesión administrativa, incluyendo un hospital comarcal y la atención primaria, en la Comarca de la Ribera (Comunidad Valenciana), que se extenderá en breve a Torrevieja.

La privatización de un centro público no se ha dado hasta ahora. Quizá lo más parecido sean las subastas públicas de centros hospitalarios militares no absorbidos por los SSAA.

— **Nuevas formas de organización.** El marco de personal estatutario-funcionarial y las normas de contratación del Estado y de la Seguridad Social son un obstáculo para la gestión. Desde mediados de los años ochenta se han buscado fórmulas empresariales para dar agilidad a la gestión del personal y de los complejos servicios de un hospital. El intento de convertir los hospitales públicos en fundaciones, como fórmula más discreta que la conversión en empresa, llevado a cabo a partir de 1997 (partiendo del RD 15/97, sobre nuevas formas de gestión sanitaria) acabó lamentablemente en fracaso. Esta fórmula hubiera dado un marco flexible, al menos a las diez comunidades autónomas de la "vía lenta", entonces aún sin competencias en sanidad.

Las comunidades autónomas han buscado fórmulas en esta misma dirección. En Cataluña se han incrementado los hospitales municipales o de índole similar, reconvertidos en consorcios y fundaciones. En Andalucía, los nuevos hospitales propios tienen forma legal de empresa pública. En Asturias, Galicia y Madrid hay nuevos centros regidos por fundaciones.

Estas experiencias, que aún están a expensas de ser evaluadas en profundidad, parecen formar parte de un proceso cuya extensión se refuerza con el paso del tiempo.

— **Cambios en el sector privado.** El intento del sector privado de condicionar la reforma sanitaria, muy evidente en la transición y primeros años del gobierno socialista, se debilitó con la aplicación de la LGS. Desde entonces, el sector se ha reorganizado para superar su tradicional atomización y sus limitaciones financieras. El mantenimiento de MUFACE en los años ochenta, en plena aplicación de la reforma sanitaria, tuvo como principal objetivo facilitar esa reorganización. En este proceso, ha disminuido el número de camas, pero ha mejorado su calidad.

Ha habido una fuerte tendencia a la concentración de provisores de servicios y de aseguradores, con frecuente aportación de capital extranjero. Los primeros han buscado nuevas fórmulas de colaboración con los servicios regionales. En todos los SSAA se plantea esa cooperación como una fórmula más o menos continuada de reducción de las listas de espera (decretos de tiempos máximos de espera en Andalucía y Castilla-La Mancha). Los aseguradores privados no tienen fácil hacer crecer su número de pólizas en competencia con unos servicios sanitarios gratuitos, pero los provisores de servicios tienen en casi todas las comunidades autónomas buenas oportunidades de concertación, sin que los prejuicios ideológicos pesen tanto como antes.

El gasto sanitario privado, dentro del total, ha perdido peso, a pesar del aumento de sus precios por encima del IPC. Probablemente, teniendo en cuenta la experiencia de países desarrollados, esta tendencia cambiará a medida que aumente la renta media de los españoles.

— **Contención del gasto.** Es una preocupación compartida por todos los SSAA. Se ha extendido la impresión, no demostrada con contabilidad analítica, de que cuanto más se esmeran los gestores en mejorar la calidad de las prestaciones, más se gasta, a pesar del énfasis en no dilapidar. Hay un interés por introducir la contabilidad de costes: por servicio, por proceso y por paciente. Esto permitiría aumentar la eficiencia hospitalaria y gastar mejor. Se ha avanzado en herramientas de gestión clínica como los Grupos Relacionados de Diagnóstico, pero aún subsisten muchas deficiencias en los sistemas de información internos.

No obstante, hay una prevención general a introducir copagos o aumentar los existentes. Ninguna comunidad autónoma se atreve a proponer en

público medidas racionales como incluir algún copago en medicamentos para los jubilados cuya pensión supere el salario medio de los activos con hijos. Menos aún otros copagos con seguro complementario, como se debate en países europeos, siguiendo la experiencia canadiense.

El gasto farmacéutico (tabla 7 y tabla 15, al final del capítulo) es la primera preocupación. En los últimos 16 años la aportación de los pacientes ha pasado del 14% de la factura total al 7%; los pensionistas representan el 26% de la población total y generan más del 70% del gasto. Éste ha crecido en los últimos años entre dos y tres veces más que el PIB. Algunas comunidades autónomas han empezado a aplicar visados en ciertos medicamentos, lo cual aumenta la burocracia e introduce diferencias de trato entre medicamentos y entre pacientes de distintas comunidades autónomas. Hay una tendencia general a exigir más a los fabricantes que a la distribución, que ofrece una gran facilidad de acceso a los medicamentos (con el coste correspondiente) en contraste con las trabas de acceso a los servicios clínicos.

Con la excepción de las que acaban de recibir las transferencias, todas las comunidades autónomas pagan con mucho retraso a sus proveedores. Hay demoras de más de 360 días en el pago de bienes o servicios. Esto significa que los proveedores hacen de financiadores. Por otro lado, los siste-

Tabla 7 – Evolución del gasto farmacéutico público. En millones de euros. 1986-2001

	Gasto del Sistema Nacional de Salud	% de variación anual	% respecto al gasto sanitario	Aportación de los beneficiarios	Gasto debido a los pensionistas (en porcentaje)
1986	1.288,5	–	11,8	14,1	56,3
1987	1.540,5	19,6	10,3	13,1	57,8
1988	1.824,4	18,4	9,6	12,7	59,2
1989	2.172,2	19,1	9,4	11,8	60,3
1990	2.523,8	16,2	9,1	11,0	61,5
1991	2.953,5	17,0	9,5	10,5	62,7
1992	3.395,3	15,0	9,9	9,9	64,1
1993	3.663,5	7,9	11,3	9,5	65,4
1994	3.902,0	6,5	12,4	9,2	67,4
1995	4.389,0	12,5	14,0	8,9	68,3
1996	4.886,7	11,3	14,3	8,5	68,9
1997	5.155,2	5,5	14,9	8,2	69,3
1998	5.700,2	10,6	15,5	7,7	70,1
1999	6.267,8	10,0	–	7,3	71,0
2000	6.799,6	8,5	–	7,1	71,9
2001	7.462,3	9,7	–	6,9	72,2

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de datos de la Organización Farmacéutica Colegial, en www.portalfarma.com; y Eurostat, *Annuaire Eurostat,* varios años.

mas de contratación son cada vez más divergentes y los SSAA no pueden aprovechar, uniéndose, las economías de escala en el aprovisionamiento. Esto perjudica los precios y dificulta la eficiencia de las empresas suministradoras.

Hay una preocupación generalizada por la inclusión de nuevas prestaciones. La tendencia es evitarlo en la medida de lo posible, si no se acompañan de nueva financiación. De cuando en cuando se producen anuncios de nuevos servicios que en la práctica suelen ser modestos. También hay una tendencia a medir mejor la introducción de nuevas tecnologías, mediante la evaluación previa y el establecimiento de protocolos de uso.

— **Novedades en la gestión.** Son comunes en todas las comunidades autónomas y uno de los aspectos que más ha cambiado en el SNS en los diez últimos años. Se han introducido técnicas como los contratos-programa, ahora llamados contratos de gestión, pero están poco ligados a los planes de salud y poco coordinados con la atención primaria. Esos contratos se suscriben entre el ente financiador (departamento o consejería) y el prestador de servicios (el servicio autonómico de salud).

Las comunidades autónomas con más experiencia han introducido criterios de gestión propios con aportaciones novedosas: incentivación a los directivos (Andalucía); nueva presupuestación hospitalaria basada en Grupos de Diagnóstico Relacionados (Cataluña); análisis de costes y financiación según categorías de pacientes (País Vasco).

— **Recursos humanos: el exceso de médicos.** La gestión del personal es una preocupación compartida. Hay una tendencia lenta a la laboralización de las relaciones, al menos en los nuevos centros (Andalucía, Comunidad Valenciana, Madrid o Galicia). Las diferencias entre comunidades autónomas en las retribuciones, tanto en atención primaria como en hospitales, son crecientes, basadas en sistemas de incentivación distintos. El insuficiente nivel de retribuciones de base se palia con un aumento de las retribuciones variables (participación en programas asistenciales, guardias, urgencias, etc.).

El exceso de médicos pesa mucho sobre todo el sistema, condicionando la formación MIR, que se ha mantenido con carácter nacional con el apoyo de todas las comunidades autónomas. Nadie sabe cómo cortar esta tendencia, que se ha moderado sin resolverse. En los veinte años en que este problema se viene arrastrando se han abierto nuevas facultades de medicina públicas y privadas en lugar de disminuir su número. No se sabe cómo se atajará el paro de los nuevos médicos, que existe incluso entre los jóvenes especialistas. Este desempleo aumentará en los próximos años, aunque por demografía disminuirá a finales de la década actual (jubilación de los médicos incorporados en los años sesenta y setenta). En este aspec-

to sigue fracasando la coordinación con las universidades y los departamentos de educación.

— **Promoción de la salud y servicios sociales.** Los resultados en términos de salud poblacional de los SSAA son difíciles de medir. Ha habido un descenso general de los indicadores de mortalidad, pero es dudoso que pueda atribuirse directamente a los servicios de salud. No hay series comparables de esperanza de vida libre de discapacidad.

La promoción de la salud es una cuestión mal resuelta en todas las comunidades autónomas, aunque algunas están más avanzadas (Navarra). Todas están empezando a enfatizar los autocuidados y la prevención (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dieta, alcoholismo). Para que esta tendencia estratégica se consolide es esencial un buen sistema de información, con la mayor base posible y coordinado entre comunidades autónomas. Ese sistema tiene hoy carencias apreciables.

También se constata de manera general la dificultad de mejorar los indicadores de salud sin unas políticas de reducción del fracaso escolar, de la marginación y de las bolsas de pobreza. Por razones de economía administrativa, algunas comunidades autónomas gestionan conjuntamente la asistencia sanitaria y los servicios sociales (La Rioja, Aragón, Castilla y León, Cantabria, Galicia), pero hay una tendencia a seguir ese modelo por un enfoque más sociosanitario y no sólo de curación de la enfermedad.

3.3 Elementos distintivos de las comunidades autónomas

En los cuadros 3 y 4 hemos recogido de forma breve y esquemática algunos de los principales elementos distintivos de la actuación de las comunidades autónomas en el ámbito sanitario. El criterio lógico de clasificación ha sido el que hubieran recibido o no las competencias antes del año 2002.

En las tablas 16, 17 y 18, al final del capítulo, se presenta la valoración que hacen los ciudadanos de las comunidades autónomas de distintos aspectos de la asistencia sanitaria pública. Los mejores resultados corresponden a Navarra y los peores a Cataluña.

Cuadro 3 – Elementos distintivos de los servicios autonómicos de salud. Comunidades autónomas con transferencias anteriores al año 2002

ANDALUCÍA

Dentro de su orientación pública hegemónica, se ha insistido en la libre elección por el usuario de los servicios de atención primaria y especializada dentro del área de salud. El crecimiento demográfico favorece la asignación presupuestaria.

Su principal aporte a la innovación organizativa son los nuevos hospitales con la fórmula de empresa pública y una apuesta por los sistemas de información y la calidad de las prestaciones. Ha introducido originales iniciativas de reducción de lista de espera como los equipos quirúrgicos ambulantes y la garantía de demora máxima (seis meses), pudiendo los pacientes acudir a centros privados concertados pasado ese tiempo.

La Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada centraliza la formación y la investigación aplicada. Existe una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias.

CANARIAS

Apuesta por acortar las desigualdades entre las islas con un Marco Estratégico de oferta de servicios y coberturas, de relaciones con el sector privado, de organización del sistema y de los recursos humanos.

Posee un excelente Plan de Salud que incluye la priorización de 26 problemas de salud con análisis de factibilidad de los programas sanitarios. Está legitimado socialmente y goza de credibilidad entre los profesionales. Su reto es adaptar la agenda política a la sanitaria y la coordinación con otras consejerías. Actualmente están revisándose, desde la evaluación socioeconómica, las diferentes tecnologías empleadas en los problemas de salud priorizados.

CATALUÑA

Históricamente, en este territorio ha convivido lo público con lo privado. La población tiene un alto nivel de renta y está más envejecida, por lo que la demanda es mayor. Posee un importante parque tecnológico y una amplia oferta hospitalaria. Recibe un flujo de pacientes de regiones limítrofes, debido a la especialización asistencial. Por todo ello, tiene un gasto sanitario elevado.

Es un referente nacional en innovaciones organizativas bajo denominaciones jurídicas distintas: sociedades mercantiles y sociedades de profesionales en atención primaria; consorcios, mutuas y fundaciones en atención especializada. Se está experimentando en cinco áreas piloto una fórmula de pago capitativo a los proveedores y en un área con atención primaria semiprivada.

Existe un Plan de Salud que pretende adecuar la oferta a las necesidades sanitarias de la población. Cuenta con la empresa pública AATM para la evaluación de las tecnologías sanitarias.

COMUNIDAD VALENCIANA

Ha definido tres prioridades de actuación: plan de choque de listas de espera con conciertos, programa de prescripción en Denominación Oficial Española y creación de hospitales comarcales privados con una concesión administrativa a 10 años y con un pago per cápita (Alcira). Recientemente ha anunciado la compra de ese hospital de Alcira a la compañía privada que lo construyó y lo explotaba para volver a sacarlo a concurso junto a la atención primaria del área correspondiente. Esta operación supone que el servicio valenciano asume el riesgo de esa adquisición sin garantía conocida de devolverlo al sector privado por un importe al menos igual. Esto ha sembrado dudas sobre la rentabilidad e interés de la iniciativa privada en esta fórmula, sin duda, interesante.

Recientemente ha creado el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias. Cuenta con la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

Sigue **Cuadro 3 – Elementos distintivos de los servicios autonómicos de salud. Comunidades autónomas con transferencias anteriores al año 2002**

GALICIA
Ha desarrollado nuevos sistemas de información, políticas centralizadas de compras y ha puesto mucho interés en el estudio de la calidad percibida por los usuarios. En los últimos años ha hecho un esfuerzo para solventar el retraso en atención primaria y en urgencias extrahospitalarias, superando los condicionantes orográficos. Ha apostado decididamente por la externalización de los servicios en empresas privadas. Fue pionera en la utilización de fundaciones públicas para los hospitales de nueva creación. Cuenta con la Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS) y con la empresa pública MEDTEC para la gestión de equipos y servicios de alta tecnología. Avalia-T es el servicio dirigido a la evaluación de tecnologías sanitarias en el marco del Servicio Gallego de Salud.
NAVARRA
Tiene uno de los mayores gastos sanitarios per cápita de España, alentado por su sistema foral y la más elevada satisfacción de los ciudadanos. Tiene una excelente oferta hospitalaria con competencia público-privado. Destacan sus programas de promoción de la salud. El Segundo Plan de Salud vigente incluye la selección de cinco áreas prioritarias de intervención y una sistematización de actuaciones para la reducción de las patologías priorizadas.
PAÍS VASCO
Se rige por el plan estratégico "Osasuna Zainduz" para la reforma sanitaria, aprobado en 1994, con 14 líneas estratégicas de actuación. El Departamento de Sanidad regula, financia y, a través de sus direcciones territoriales, compra los servicios asistenciales de atención primaria y hospitalaria al Servicio Vasco de Salud. Ha hecho de la calidad una apuesta a todos los niveles, adaptando el modelo europeo de excelencia empresarial (EFQM) al sistema sanitario. Cuenta con un servicio para la evaluación de tecnologías sanitarias (Osteba).

Cuadro 4 – Elementos distintivos de los servicios autonómicos de salud. Comunidades autónomas con transferencias desde 2002

ARAGÓN
Plantea dos ámbitos de acción: el de la Aseguradora Pública y el de la provisión de servicios. Para el primero se elabora una Ley de Salud, con la creación de unidades de atención a los usuarios. Para el segundo se están situando los distintos servicios (atención primaria, especializada y sociosanitaria) bajo un solo equipo directivo, con directores de producto (director de atención primaria, de atención especializada, de calidad de las prestaciones farmacéuticas, de atención sociosanitaria y de atención a la salud mental).
ASTURIAS
Orienta su servicio a los ciudadanos, adaptando la estructura organizativa a su entorno geográfico. Enfatiza el protagonismo de los ciudadanos en su propia salud y la organización del sector como facilitadora de la actuación de los profesionales y garante de la relación entre éstos y los ciudadanos.
BALEARES
Parte de sus peculiaridades por la insularidad y la afluencia de turistas. Desea potenciar el papel de los profesionales de la atención primaria, y su capacidad de resolución, como agentes centrales de la atención sanitaria, incluso de la sociosanitaria.

Sigue **Cuadro 4 – Elementos distintivos de los servicios autonómicos de salud. Comunidades autónomas con transferencias desde 2002**

CANTABRIA

Tiene como prioridad mejorar la calidad con elementos de competencia interna, incentivos a la gestión, criterios de eficiencia y recursos privados. El Servicio Cántabro de Salud se propone humanizar las prestaciones, elevar la participación democrática y evaluar su calidad.

CASTILLA-LA MANCHA

Su situación de partida exige un crecimiento en la dotación de servicios y una mejora en la accesibilidad a los mismos, por la dispersión de la población. Su Servicio de Salud se concibe dirigido a los ciudadanos, universal, equitativo y de calidad. Está haciendo esfuerzos para mejorar la tecnología y los centros hospitalarios. Ha introducido nuevos incentivos para los profesionales.

CASTILLA Y LEÓN

Apuesta por una sanidad más cercana, gestionada por una Administración más próxima a los ciudadanos. Aumentar la accesibilidad requiere un esfuerzo inversor importante, dado el gran número de núcleos de población. Aporta como novedad la integración de actuaciones sanitarias y sociales en un espacio único de atención, protagonizado por las áreas de salud, prestando una consideración especial a la participación de los profesionales.

EXTREMADURA

Las prioridades del Servicio Extremeño de Salud son la mejora de la accesibilidad en igualdad de condiciones, la homogeneización de la cartera de servicios en los dos niveles asistenciales, la extensión de la atención en emergencia y la ejecución del plan de salud mental. Orienta el sistema a la persona y a la familia. Ha alcanzado un pacto en materia de personal sanitario.

MADRID

Recibió las transferencias con la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid ya aprobada por el Parlamento Regional. El Plan de Calidad ha sido diseñado con amplia participación interinstitucional e incluye homologaciones salariales para los profesionales sanitarios del IMSALUD. Apuesta por reforzar los conciertos con entidades privadas. Es destacable la firma de un acuerdo de colaboración con Castilla-La Mancha, Castilla y León y Extremadura para la atención de pacientes de esas comunidades autónomas. Madrid, al igual que Cataluña, tiene gran interés en el desarrollo del Fondo de Desplazados.

MURCIA

La Consejería de Sanidad y Consumo apuesta por el fortalecimiento de sus dispositivos de salud pública, por la mejora de las dotaciones asistenciales en ambos niveles y por la gestión de la calidad asistencial a través del programa EMCA, en colaboración con la Universidad de Murcia.

LA RIOJA

Dirige sus esfuerzos a la mejora de la accesibilidad y dotación de recursos, así como a la búsqueda de colaboraciones para determinados programas sanitarios con regiones limítrofes.

4. La equidad tras las transferencias

La desigualdad ante la enfermedad llegó a hacerse inaceptable en las sociedades europeas a partir de la segunda mitad del siglo XX, hasta convertirse en un rasgo identitario de nuestras democracias. Esto ha justificado la intervención pública en sanidad.

En las dos últimas décadas se ha visto que, además de garantizar las mismas prestaciones a todos, hay que hacerlo con similares condiciones de calidad y sin poner en peligro la existencia misma de esta garantía. Esto supone organizar y evaluar adecuadamente lo que se garantiza, sin dejar de involucrar al ciudadano en la conservación de su propia salud.

4.1 La equidad como objetivo

El derecho a los servicios sanitarios es objeto de continuas redefiniciones. ¿Qué debe garantizar el Estado? El acceso a los servicios para conservar la vida y desarrollar el potencial de cada individuo. Como definir el potencial de cada individuo es imposible, se trata de garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades graves y de las que afecten a las capacidades básicas. Tampoco es fácil la definición de estas capacidades, que tienen un contenido social y evolutivo en el tiempo.

Se debería tender a definir la intervención pública en términos de necesidad de salud, cuantificada a través de un indicador específico de enfermedad. Una necesidad de salud sería, por ejemplo, una tasa de mortalidad infantil o de tumores muy superior a la media nacional en una región concreta. Si se hiciese así, el SNS destinaría más recursos a esa región hasta igualar el indicador. Así está previsto en la LGS.

Sin embargo, la necesidad de salud se expresa también en términos individuales, es decir, por la diferencia entre un estado de salud observado y un estado de salud deseado. Depende de factores no objetivos, pero cuenta por agregación en las decisiones públicas.

Por eso, las necesidades de salud fijadas nunca son del todo neutrales ni se basan exclusivamente en criterios epidemiológicos. En la práctica, las necesidades se evalúan desde perspectivas complementarias: lo expresado por la población, lo decidido normativamente por los gestores, profesionales y políticos y los objetivos posibles (por ejemplo, tiempo de espera) en prestaciones según el dinero disponible.

Tan importante como definir lo que el Estado debe garantizar es conseguir que todos los ciudadanos puedan obtenerlo por igual. La equidad es igualdad en el acceso a los servicios y en la utilización de los mismos. No basta con regular como derecho esta igualdad de acceso, porque el nivel de educación y de renta condiciona el uso de ese derecho.

4.2 Desigualdades entre comunidades autónomas

En términos de indicadores de salud, las desigualdades entre comunidades autónomas no son exageradas, pero existen. Estos indicadores se elaboran periódicamente desde 1987, en ejecución del programa europeo de la OMS *Salud para todos*, por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas y el INE. El ministerio aporta la información de la *Encuesta nacional de salud* (ENS), que empezó elaborando el CIS en 1985 y 1986. En 1987 contó con 39.738 cuestionarios y supuso un enorme avance en el conocimiento de la salud de los españoles, desglosado por comunidades autónomas y por grupos de edad y niveles educativos.

Con el paso del tiempo, esta encuesta ha perdido peso al reducirse progresivamente el número de preguntas y de cuestionarios, lo que hace impracticable cualquier inferencia específica en el ámbito regional. En 1993 se cumplimentaron 26.314 cuestionarios, que se redujeron a casi 8.400 en 1995 y en 1997. En 2001 se hicieron cuatro nuevas oleadas con más de 6.500 entrevistas, de las cuales está ya disponible la primera.

En 1993 dejaron de aparecer datos de espera para consulta en atención primaria y otros relacionados con el nivel de estudios. En 1995 no se publicaron datos por comunidades autónomas relativos al acceso a los servicios, medidos en actos diagnósticos realizados. En la última elaboración (1997) se han perdido datos importantes, como los referidos a la esperanza de vida libre de discapacidad o a los servicios de planificación familiar, pero sobre todo se ha perdido el desglose por comunidades autónomas de esperanza de vida en buena salud, autovaloración del estado de salud, días de baja laboral y, más lamentable aún, los que tienen que ver con estilos de vida (sobrepeso, ejercicio corporal, ingesta de calorías y consumo de alcohol y tabaco). Tampoco se incorporó en la última publicación un avance conseguido en la de 1995, el análisis comparativo entre comunidades autónomas, a través de mapas y cuadros.

Esta preocupante pérdida de información no es fácil de comprender, sobre todo porque en 1997-1999 el escenario de transferencias completas ya estaba claro para el Ministerio de Sanidad y Consumo y una de sus competencias más indiscutibles es impulsar el sistema de información del SNS.

Por su parte, algunas comunidades autónomas realizan su propia encuesta con metodología, cuestionarios y tamaño diferentes y en años distintos. Esto no permite sustituir la ENS que, por fin, a partir de 2003 pasa a ser ejecutada y analizada por el INE con un tamaño muestral que permitirá la desagregación por autonomías.

Según los últimos datos disponibles, los de 1995, las desigualdades en el estado de salud entre territorios no son globalmente exageradas. La esperanza de vida al nacer presenta unas desviaciones aceptables respecto a la media. Sin embargo, en la esperanza de vida en buena salud (tabla 8) se observan diferencias mayores (con Navarra y Canarias en los extremos superior e inferior). Lo mismo ocurre con los años potenciales de vida perdidos por muerte antes de los 65 años (con Castilla-La Mancha y Baleares en los extremos).

En los indicadores habituales hay una dispersión de resultados que no indican diferencias sistemáticas de salud entre comunidades autónomas. Sí existen en indicadores concretos, que sugieren por dónde se orientan los planes de salud autonómicos –mortalidad infantil en La Rioja; enfermedad isquémica en Canarias; enfermedad cerebrovascular en Comunidad Valenciana, Extremadura y Andalucía; enfermedades cardiovasculares en Andalucía y Extremadura; tumores malignos en Asturias y Cantabria; cáncer de mama y colon en Cataluña–. No obstante, las cifras publicadas en los *In-*

Tabla 8 – Esperanza de vida al nacer, esperanza de vida en buena salud y años potenciales de vida perdidos por muerte antes de los 65 años por comunidades autónomas. En porcentaje. 1995

	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida en buena salud (*)	Años potenciales de vida perdidos. Tasa bruta por 1.000 habitantes
Andalucía	76,9	50,4	37,6
Aragón	78,6	55,7	35,4
Asturias	77,2	51,7	42,1
Baleares	77,1	53,9	43,2
Canarias	77,3	49,0	37,4
Cantabria	78,1	57,3	37,5
Castilla-La Mancha	78,4	56,1	31,0
Castilla y León	79,3	54,7	33,9
Cataluña	78,2	57,9	39,4
C. Valenciana	77,2	54,6	37,9
Extremadura	77,9	52,1	33,1
Galicia	77,8	50,6	42,3
Madrid	79,0	53,5	39,3
Murcia	77,5	54,2	34,5
Navarra	79,0	60,2	35,4
País Vasco	78,0	55,6	41,6
La Rioja	78,4	56,9	34,7
Ceuta y Melilla	75,3	46,9	48,1
Total	**77,9**	**53,9**	**38,8**

(*) Datos de 1991.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Indicadores de salud,* varios años.

dicadores de salud no están actualizadas y, en muchos casos, no permiten conclusiones tajantes.

Las diferencias territoriales aparecen de forma más nítida cuando se analiza la mortalidad y la morbilidad en relación con el nivel de educación y de renta. Es un hecho demostrado internacionalmente que en los ciudadanos económicamente más desfavorecidos existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, así como de dolencias que limitan la actividad. La población con menor nivel educativo sufre una mayor prevalencia de factores de riesgo, de morbilidad y de mortalidad.

Las comunidades autónomas con mayor tasa de analfabetismo y bolsas de pobreza presentan unos indicadores de salud más negativos, como Ceuta y Melilla, que ocupan las últimas posiciones en casi todos los indicadores. También se aprecia en Andalucía, Extremadura y Murcia en determinados indicadores (enfermedades cardio y cerebrovasculares).

Un reciente documento elaborado por un equipo de investigadores de la Universidad Pompeu Fabra, *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España 1987-1995*, presenta en forma de mapas las diferencias por género, por comunidad autónoma y por provincia (en Razón de Mortalidad Estandarizada –RME–) de las diez primeras causas de muerte. Al homogeneizar poblaciones permite comparar patrones geográficos y destacar las áreas con mayor riesgo de mortalidad, por cada causa de muerte y por sexo. Se aprecia un cierto gradiente norte-sur que pone de manifiesto las diferencias entre las comarcas y provincias más y menos desarrolladas.

En consecuencia, el sistema de financiación de la sanidad debería discriminar positivamente a las comunidades autónomas con renta per cápita más baja y con mayor índice de analfabetismo, herencias del pasado histórico. Esas comunidades autónomas se ven obligadas a hacer un esfuerzo especial con los grupos sociales y las comarcas en esa situación. Sin embargo, ya hemos visto que el nuevo sistema de financiación sólo discrimina positivamente la proporción de personas mayores.

La dotación de medios tampoco es homogénea (tabla 9). En los últimos indicadores del Ministerio de Sanidad y Consumo, el número de médicos de hospitales por 10.000 habitantes era de 18,1 y oscilaba entre los 25,79 de Baleares (que debe ajustarse por la población flotante foránea), los 21,06 de Cataluña, los 20,98 de Madrid (ajustables ambos por los servicios de referencia), por un lado, y los 12,88 de La Rioja, los 14,19 de Castilla-La Mancha y los 14,4 de Extremadura. Algo parecido ocurre con el personal de enfermería y con el número de camas. No obstante, todos estos datos deben corregirse con el número de desplazados.

Menos entendibles son las diferencias de cobertura de vacunaciones que aún subsisten (véase tabla 19, al final del capítulo), complicadas por los diferentes calendarios de vacunación que rigen en las comunidades autónomas.

Tabla 9 – Médicos y personal de enfermería de los hospitales por comunidades autónomas. Valor absoluto y tasa por 10.000 habitantes. 1997

	Médicos		Personal de enfermería		Otro personal sanitario	
	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa
Andalucía	11.153	15,63	18.128	25,40	17.091	23,95
Aragón	2.297	19,52	3.701	31,46	3.586	30,48
Asturias	1.890	17,72	2.877	26,98	2.777	26,04
Baleares	1.909	25,79	2.067	27,93	2.197	29,69
Canarias	2.991	18,83	4.068	25,61	5.445	34,27
Cantabria	1.055	20,05	1.576	29,96	1.651	31,38
Castilla-La Mancha	2.404	14,19	3.539	20,88	3.386	19,98
Castilla y León	4.154	16,65	6.477	25,96	5.939	23,80
Cataluña	12.827	21,06	16.200	26,60	14.857	24,40
C. Valenciana	6.562	16,68	9.874	25,10	8.240	20,95
Extremadura	1.543	14,40	2.431	22,69	2.220	20,72
Galicia	4.707	17,35	6.472	23,85	6.328	23,32
Madrid	10.557	20,98	15.513	30,83	15.244	30,30
Murcia	1.781	16,31	2.843	26,04	2.748	25,17
Navarra	1.036	19,54	2.113	39,84	1.920	36,21
País Vasco	3.817	18,47	5.198	25,15	4.840	23,42
La Rioja	336	12,88	683	26,19	600	23,01
Ceuta y Melilla	184	13,68	408	30,34	393	29,23
Total	**71.203**	**18,10**	**104.168**	**26,47**	**99.069**	**25,18**

Nota: Incluye datos de hospitales públicos y privados.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado 1997,* 2002; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión* (publicación electrónica), 2001.

4.3 Desigualdades sociales y salud

En todos los países con SNS se ha avanzado mucho en la eliminación de las desigualdades por clase social en el acceso a la asistencia sanitaria, pero no ha ocurrido lo mismo en mortalidad infantil o en esperanza de vida libre de discapacidad. Las diferencias entre los indicadores sanitarios de las clases alta, media y media-baja (clasificadas por renta y educación) no son sustanciales, pero las de esos tres grupos con las clases más pobres y con los niveles educativos más bajos sí lo son y no tienden a reducirse. Es el resultado de factores genéticos, estilos de vida, fracaso escolar, medio ambiente y también de otros inherentes al propio sistema sanitario.

En el *Informe SESPAS 1995* se compararon las desigualdades sociales en mortalidad en varones de 30 a 64 años en ocho provincias españolas, entre los años 1980-1982 y 1988-1990. La mortalidad –medida a través de

la Razón de Mortalidad Estandarizada– de los trabajadores manuales es significativamente superior a la de los profesionales y directivos, salvo en las enfermedades del corazón y la cardiopatía isquémica en el primer período y en el cáncer de colon y recto en ambos períodos. La ratio entre ambas clases sociales ha aumentado desde 1,27 para el período 1980-1982 a 1,72 para 1988-1990 (tabla 10). Esto es, un incremento del 35%, con mayores desigualdades para casi todas las enfermedades.

En relación con el estado de salud percibido, las últimas encuestas de salud muestran que a medida que descendemos en la escala de nivel de estudios aumenta el porcentaje de población que declara tener problemas –salud regular, mala o muy mala– (tabla 11). En 1997, el 11,6% de la población con estudios universitarios manifestaba tener problemas de salud, mientras que este porcentaje ascendía al 50,8% en el caso de las personas sin estudios. Los datos indican que las desigualdades en salud entre las clases sociales están aumentando en los últimos años y –al igual que otros estudios señalan– existe una influencia significativa de las variables socioeconómicas sobre el estado de salud percibido. Numerosos autores han analizado las encuestas nacionales de salud y demostrado estas desigualdades. A mayor nivel de renta, mayor consumo sanitario, pero a mayor nivel de educación, menor consumo, excepto en servicios preventivos.

Tabla 10 – Evolución de la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) según grupo ocupacional y causas de muerte en varones de 30 a 64 años de ocho provincias españolas. 1980/82-1988/90

	1980-1982			1988-1990		
	RME de profesionales y directivos (a)	RME de trabajadores manuales (b)	Razón entre (b)/(a)	RME de profesionales y directivos (a)	RME de trabajadores manuales (b)	Razón entre (b)/(a)
Cáncer	**102,7**	**126,7**	**1,23**	**82,8**	**115,1**	**1,39**
Cáncer de pulmón	89,1	126,7	1,42	70,9	114,2	1,61
Cáncer de colon y recto	136,7	134,1	0,98	124,6	105,3	0,85
Cáncer de estómago	77,4	136,4	1,76	68,4	118,1	1,73
Enfermedades del corazón	**121,2**	**118,4**	**0,98**	**80,7**	**113,2**	**1,40**
Cardiopatía isquémica	141,5	114,3	0,81	87,3	114,5	1,31
Enfermedad cerebrovascular	**94,5**	**127,1**	**1,34**	**67,2**	**111,2**	**1,65**
Accidentes y violencias	**49,5**	**124,9**	**2,52**	**40,3**	**131,1**	**3,25**
Accidentes de tráfico	66,8	116,7	1,75	61,7	134,4	2,18
Suicidio	52,4	127,6	2,44	31,2	115,6	3,71
Cirrosis hepática	**91,1**	**141,9**	**1,56**	**52,2**	**120,7**	**2,31**
Todas las causas	**99,2**	**126,1**	**1,27**	**68,4**	**117,7**	**1,72**

Nota: Las provincias elegidas fueron Ávila, Badajoz, Córdoba, Guadalajara, Teruel, Toledo, La Rioja y Valencia. En cada período se tomó como estándar la mortalidad de la población económicamente activa de varones.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Regidor, E. *et al.*, "Las desigualdades sociales y la salud en España", en Navarro, C., Cabasés, J. M. y Tormo, M. J. (eds.), *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS. 1995*, Barcelona, 1995.

Tabla 11 – Valoración del estado de salud percibido por nivel de estudios. En porcentaje. 1997

	Total	Sin estudios	Primaria	Secundaria	F.P.	Medios universitarios	Superiores	Otros no reglados	N.C.
Muy bueno	17,3	8,1	13,3	20,8	20,3	23,4	28,7	31,1	27,2
Bueno	55,9	41,0	56,0	59,4	63,9	59,2	59,6	54,4	50,0
Regular	20,2	33,3	23,7	16,2	12,6	14,1	9,8	14,5	18,9
Malo	5,3	14,0	5,6	3,2	2,9	2,1	1,5	0,0	0,0
Muy malo	1,2	3,5	1,4	0,5	0,3	1,0	0,3	0,0	3,9
N.C.	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, *Encuesta Nacional de salud de España. 1997,* 1999.

Las listas de espera también discriminan a las personas con menores recursos económicos. El tiempo de demora para los procedimientos quirúrgicos era, de acuerdo con la encuesta Blendon realizada para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991), de 124 días para las personas de renta elevada frente a los 325 que tenían que esperar las de rentas más bajas. Según la ENS se producen claras desigualdades entre personas sin educación respecto a quienes tienen un nivel educativo mayor en el tiempo de espera en la consulta y, especialmente, en el ingreso hospitalario (tabla 12). También constata la existencia de un claro patrón de desigualdad en el acceso a los servicios preventivos: las mujeres con estudios superiores acuden 2,5 veces más al ginecólogo que aquellas sin estudios. Lo mismo ocurre con el dentista.

Sin embargo, la universalización y el carácter redistribuidor del SNS pueden paliar estas desigualdades sensiblemente.

Tabla 12 – Evolución de la media del tiempo invertido en llegar a la consulta, del tiempo de espera en la consulta y del tiempo de espera para ingreso hospitalario ordinario por nivel de estudios. Población española mayor de 24 años. 1987-1995/97

	1987	1995/97
Tiempo de llegada a la consulta (minutos)		
Sin estudios/primer grado	18,3	15,8
Segundo grado/tercer grado	17,3	14,6
Tiempo de espera en la consulta (minutos)		
Sin estudios/primer grado	33,5	24,6
Segundo grado/tercer grado	27,4	22,3
Tiempo de espera para ingreso hospitalario (en días)		
Sin estudios/primer grado	51,5	237
Segundo grado/tercer grado	50,2	183

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Lostao, L. *et al.*, "Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97", *Revista Española de Salud Pública 2001,* n. 2, 2001.

Benach y Urbanos[1] examinan la evolución de la equidad entre 1987 y 1995, a partir de las tres últimas encuestas nacionales de salud disponibles, e incluyen un análisis desagregado por servicios asistenciales: visitas al médico general, al especialista, a los servicios de urgencias y estancias hospitalarias. Los resultados indican que la desigualdad tiende a favorecer a los individuos de menos recursos en los servicios de medicina general, mientas lo contrario ocurre en el caso de la atención especializada. No obstante, se registra una evolución favorable en el período estudiado, puesto que en 1995 se había reducido considerablemente la desigualdad a favor de la población mejor situada en términos socioeconómicos, respecto a 1987.

Una mejor recogida de datos y el desarrollo de nuevos indicadores son imprescindibles para medir con mayor precisión estas desigualdades geográficas y sociales y poder intervenir sobre ellas. El SNS se debe sustentar en un verdadero sistema de información y en planes de salud a favor de los más débiles (junto a planes educativos y de desarrollo económico), porque el esfuerzo aislado de las comunidades autónomas con comarcas y grupos sociales deprimidos y, por tanto, con peores indicadores no los eliminará completamente. Esto supone una verdadera coordinación entre las comunidades autónomas y que se cumpla íntegramente la solidaridad interregional establecida en la LGS.

5. El cierre del proceso de transferencias

Como hemos visto, el SNS es resultado de una tarea compartida por el Gobierno central y las comunidades autónomas. Los sucesivos gobiernos del Estado han evitado casi siempre imponer sus mayorías: la LGS (1986) fue aprobada con el apoyo de PSOE, PCE, PNV y CiU; la del Medicamento (1990) con el de PSOE, CiU y otros grupos minoritarios; la de Nuevas Formas de Gestión (1997) con el de PP, PSOE, CC y CiU.

Todos los gobiernos, central y autonómicos, se han mantenido dentro de la LGS, una norma básica que definió un sistema sanitario muy descentralizado y muy flexible en la provisión de servicios, públicos y privados, y en las formas de organización. Pero la LGS previó unos mecanismos que aseguraran que el SNS siguiera siendo un sistema, un conjunto armónico de SSAA, con un principio angular: la equidad.

---

[1] Benach J. y Urbanos R. M., "Objetivo 1: Lograr equidad en salud", en Álvarez Dardet, C. y Peiró, S. (eds.), *Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 2000, p. 51-57.

La LGS, basándose en los artículos 148 y 149 de la Constitución, encargó al Estado, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, la tarea de coordinar el sistema mediante unos mecanismos reglados, similares a los establecidos en Italia o en Canadá. ¿Quién sino el Estado se ocupará de que se reduzcan las desigualdades territoriales? Sin embargo, a pesar de la aceptación creciente de la LGS por todos los partidos políticos, esas competencias del Estado apenas han sido desarrolladas. El SNS permanece abierto, con carencias en su armonización (por ejemplo, en centros de referencia), sin regular los mecanismos previstos para garantizar la igualdad en el contenido real de las prestaciones (por ejemplo, de salud mental) y los requisitos mínimos comunes de acceso a los servicios y de funcionamiento de éstos. Ante la ausencia de esos mecanismos, sólo la buena voluntad de los gobiernos autonómicos puede reducir las tendencias a organizarse sin tener en cuenta a los demás.

¿Por qué no se desarrolló la LGS en esos aspectos en los años ochenta o noventa? La difícil aplicación de esta ley en los años ochenta (integración de redes hospitalarias y de colectivos, implantación de la atención primaria, etc.) y la aplicación de una gestión moderna en los años noventa (control del gasto farmacéutico, mayor contenido gerencial, etc.) absorbió todos los esfuerzos. Por otra parte, el Consejo Interterritorial fue un lugar de encuentro y de armonización muy activo, que coordinó sin la imposición de mayorías. Por último, en esos años había un ambiente más proclive a transferir competencias y a dar a las comunidades autónomas la oportunidad de consolidarse que a confirmar las competencias del Estado.

No desarrollar la LGS al tiempo que se transfería a las comunidades autónomas fue un error de los sucesivos gobiernos centrales, que se hizo más evidente a medida que se acercaba el momento de las últimas transferencias. También es una demostración de que, en el sector sanitario, "los árboles de la gestión diaria no dejan ver el bosque del sistema", amenazado por las fuerzas centrífugas y los eternos problemas estructurales y de fondo.

En este momento, a fines de 2002, ese desarrollo se ve dificultado por las desconfianzas políticas respecto al Gobierno central y a sus verdaderas convicciones autonómicas, que son resultado más del discurso electoral antinacionalista de éste y de su escasa comunicación con los gobiernos autonómicos no afines que de sus actuaciones concretas (transferencias sanitarias a diez autonomías de la "vía lenta", renovación del Cupo vasco, reforma de la LOFCA, apoyo parlamentario a partidos nacionalistas, etc.).

Las comunidades autónomas son ahora probablemente tan reacias a la coordinación y tan proclives a la autoafirmación como lo eran años atrás, pero el Ministerio de Sanidad y Consumo no puede apoyarse ya en la potente presencia del Insalud.

5.1 Competencias del Estado y de las comunidades autónomas

Las competencias del Estado son el establecimiento de bases, la coordinación general de la sanidad, la sanidad exterior y las relaciones internacionales, así como la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social. Todas ellas derivan de la Constitución y han sido refrendadas por el Tribunal Constitucional.

El establecimiento de bases de la sanidad (artículo 149.1.16ª de la Constitución española)

El concepto de "bases" es ambiguo, pero ha sido precisado por el Tribunal Constitucional (STC 32/1983): "Con ellas se proporciona al sistema normativo de la sanidad nacional un denominador común, a partir del cual, cada comunidad autónoma podrá desarrollar sus competencias".

Esas bases se han plasmado en la LGS, resumidas inequívocamente en su artículo 3: la asistencia se extenderá a toda la población con igualdad de acceso y de prestaciones; se orientará la política de salud a la superación de desequilibrios territoriales y sociales; los medios y actuaciones se orientarán a la promoción de la salud y a la prevención.

Para concretar esas bases se elaboró el RD 63/95, de Ordenación de Prestaciones, que distingue entre aquellas provistas por el SNS y financiadas por el Estado y la Seguridad Social y aquellas financiadas por terceros, por particulares o por otros fondos públicos. Esta norma definió un catálogo común para todas las comunidades autónomas, previa consulta a éstas. Igualmente se reguló la atención a las personas desplazadas temporalmente fuera de su territorio (OM 20.5.87 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social) ante la necesidad de un diagnóstico o un tratamiento.

Las comunidades autónomas pueden añadir por su cuenta prestaciones adicionales a las del catálogo, que no estarían a disposición de los desplazados (por ejemplo, mejora en las bucodentales).

En cuanto a los centros de referencia que atienden a los desplazados, el Ministerio de Sanidad y Consumo (artículo 113 de la LGS) dictará las normas de acreditación, de acceso y de régimen económico. Más aún, establecerá los criterios mínimos y comunes de evaluación de la eficacia y el rendimiento de los servicios, centros y programas sanitarios (artículo 70 de la LGS) que son competencia de las comunidades autónomas. Ninguna de estas previsiones se ha llevado a la práctica. Ni siquiera se han desarrollado estos principios respecto a los servicios de extracción y trasplantes de órganos, a pesar de la existencia de una excelente Organización Nacional de Trasplantes.

La coordinación general de la sanidad

En las sentencias 41/83 y 43/83, el Tribunal Constitucional ha dictado que hay que coordinar los subsistemas del SNS y que corresponde al Estado esa coordinación, entendida como fijación de medios y sistemas que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

La LGS (artículo 70 y siguientes) establece los contenidos de esta función estatal, con un enfoque de colaboración con las comunidades autónomas. Entre ellos, figuran los objetivos mínimos comunes en prevención, promoción, protección y asistencia, criterios de evaluación de eficacia de centros y servicios y el marco de prioridades para alcanzar un SNS coherente, armónico y solidario. Además, señala que el Estado podrá fijar sistemas para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta. También regula los Planes de Salud autonómicos, los conjuntos con el Estado y el Plan Integrado.

Estas disposiciones tan ambiciosas hay que ponerlas en conexión con el artículo 40, donde se establece una larga relación de actuaciones del Estado ("sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas") en materias tan importantes como la reglamentación, autorización y registro de medicamentos, formación postgrado, homologación de puestos de trabajo para garantizar la libre circulación de profesionales, los sistemas de información sanitaria y realización de estadísticas y la vigilancia epidemiológica.

Muchas de estas competencias son colaterales o parcialmente coincidentes con las de las comunidades autónomas. Su sentido no es entrar a decidir en el ámbito propio de las comunidades, sino garantizar esos fines supremos del SNS. Casi ninguna puede ejercerse sin la colaboración de las comunidades autónomas. Para ello, hay formas previstas (convenios, conferencias sectoriales, etc.). Con ese fin particular se creó el Consejo Interterritorial del SNS, que, según la LGS (artículo 47), es un órgano permanente de comunicación e información de los SSAA y de coordinación específica en campos tan delicados como la prestación farmacéutica y los principios básicos de la política de personal. Siendo las competencias del Estado tan amplias, pero tan imbricadas en las de las comunidades autónomas, este órgano es el ideal para concretarlas.

Hasta ahora no se ha sistematizado y regulado cómo debe ejercer el Estado sus responsabilidades; ha ejercido algunas y ha hecho dejación de otras. Las comunidades autónomas no han ayudado mucho a que se desarrollaran las que podían entenderse como una intromisión (por ejemplo, las referentes a la política de personal) y el Estado no ha puesto mucho in-

terés en desarrollar otras incómodas y laboriosas como los Planes de Salud. Ambas partes han coincidido en esforzarse muy poco en darle al SNS una orientación de prevención y promoción. Las actuaciones de ámbito nacional en este campo han sido limitadas (por ejemplo, ante el sida), esporádicas y por iniciativa del Gobierno central.

Competencias exclusivas del Estado

Son las que se refieren a la sanidad exterior y convenios sanitarios internacionales (artículo 149.1.3ª de la Constitución y artículo 38 de la LGS) y a los productos farmacéuticos (artículo 149.1.16ª de la Constitución). Las primeras tienen una influencia creciente en la evolución del SNS, pero no en su articulación. Las segundas influyen considerablemente, ya que afectan a la prestación más difundida. Hay otras competencias del Estado que inciden en este campo: el régimen económico de la Seguridad Social (financiación de los medicamentos), la coordinación general de la actividad económica (los precios de los medicamentos) y la misma coordinación general sanitaria (las normas de prescripción comunes, la coordinación del uso racional, etc.).

Según la LGS (artículo 95 y siguientes), al Estado le corresponde valorar la idoneidad de los medicamentos para su circulación y uso. Desde 1998 la Agencia Europea y las Agencias Nacionales del Medicamento se ocupan de ello, pero cada Estado determina su financiación y precio. La Ley del Medicamento de 1990 es básica en aspectos tan relevantes como la intervención de los precios, que corresponde al Estado (artículo 100). Además establece que los ciudadanos obtendrán medicamentos en condiciones de igualdad en todo el SNS, sin perjuicio de su uso racional. Como el control del uso racional corresponde a las comunidades autónomas, ya han surgido situaciones que quiebran ese ejercicio de igualdad (introducción de visados en Andalucía, normas de prescripción por principios activos en Andalucía y Comunidad Valenciana).

¿Puede el Estado ejercer esas competencias exclusivas sin la participación de las comunidades autónomas? Podría perfectamente, a diferencia de las de coordinación. Sin embargo, en beneficio de la buena coordinación del SNS, el Estado podría aceptar la participación de las autonomías en cuestiones sensibles como la financiación de los medicamentos (el artículo 94.3 de la Ley del Medicamento prevé la orientación del Consejo Interterritorial en este campo) y la fijación de sus precios.

5.2 Otras competencias del Estado

El Estado tiene también competencias exclusivas sobre la "legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la eje-

cución de sus servicios por las Comunidades Auónomas" (artículo 149.1.17ª de la Constitución).

¿Qué tiene que ver la Seguridad Social con el SNS, que se financia por impuestos y no por cotizaciones? Distintas sentencias del Tribunal Constitucional han abogado por una interpretación más amplia y flexible del concepto de Seguridad Social, que evita la separación total de los títulos competenciales del Estado en sanidad y en Seguridad Social.

La cuestión es compleja, pues la asistencia sanitaria existe como derivación de un concepto previo y más amplio de protección social, garantizado por la Seguridad Social.

En realidad, el asunto se plantea respecto a los centros y establecimientos transferidos, que siguen siendo propiedad de la Tesorería de la Seguridad Social, aunque estén adscritos funcionalmente a las comunidades autónomas (Disposición Adicional 7ª de la LGS). Esto crea dificultades de gestión inmobiliaria a las comunidades autónomas y no favorece la funcionalidad del SNS. Apoyándose en varias sentencias del Tribunal Constitucional, sería razonable el traspaso de esa titularidad en un contexto favorable para mejor coordinación del SNS, bajo el liderazgo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por último, otra de las competencias del Estado es la Alta Inspección. Antes de incluirla en la LGS (artículo 43), esta función fue ratificada por el Tribunal Constitucional (SSTC 6/82, 32/83 y 42/83), junto a las bases y la coordinación general. Es una competencia de vigilancia, comprobación y fiscalización del cumplimiento de las competencias estatales y autonómicas. "Pero no es una competencia de control genérico e indeterminado que implique dependencia jerárquica de las comunidades autónomas respecto a la Administración del Estado" (STC 326/83), ni puede invadir las competencias autonómicas.

Esta competencia del Estado parece suscitar más reticencias que ninguna otra en las comunidades autónomas, aunque no es posible su correcto ejercicio sin su colaboración. Pero no parece razonable que se prive a la coordinación de un instrumento como éste, si bien habría de utilizarse en casos especiales. De todos modos, su uso no sería tan necesario si los mecanismos de información y el Consejo Interterritorial funcionan correctamente.

Como conclusión, además de las inequívocas previsiones legales a favor del papel del Estado en el establecimiento de las bases mínimas para el funcionamiento del SNS y en la coordinación del mismo, hay que reconocer que el SNS necesita de esas funciones de liderazgo y arbitraje, que son técnicas políticas, para seguir siendo un sistema. Dejado a las fuerzas espontáneas de la política y de las demandas sociales en cada territorio, el SNS sufriría unas seguras tendencias centrífugas. Perdería la funcionalidad

social que se persiguió con su creación. No obstante, el ejercicio de esas funciones exige un esfuerzo continuo de entendimiento con las comunidades autónomas. Nadie, ni el Estado ni las comunidades autónomas, puede imponerse a los demás; hay que acordar y actuar en sintonía. Por eso, el SNS tiene que cerrarse con una nueva ley que complemente la LGS y lo consolide.

6. Una nueva variable: el entorno europeo

La ordenación de los sistemas de Seguridad Social y de su financiación son competencia de los Estados miembros de la Unión Europea. No puede existir en este terreno ninguna política común.

Sin embargo, el artículo 2 del Tratado constitutivo, en su última modificación (en Amsterdam), establece que "la Unión tendrá por misión promover un alto nivel de empleo y de protección social" y el artículo 152 (antiguo 129), desarrollando el artículo 2, está dedicado a la salud pública en sentido amplio.

El artículo 152 dispone:

1. La acción de la Comunidad será complementaria a la de las políticas nacionales y estará destinada a mejorar la salud pública, abarcando la lucha contra las enfermedades más graves y difundidas, la investigación de su etiología, su transmisión y su prevención, así como la información y educación sanitarias. Igualmente, complementará las acciones de los Estados miembros dirigidas a reducir los daños de las drogas, incluidas la información y la prevención.

2. Los Estados estarán obligados a coordinar entre sí sus programas y políticas en los ámbitos del apartado anterior.

3. Los Estados favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en salud pública.

Igualmente, se dispone que el Consejo pueda contribuir a estos objetivos adoptando: medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y sus derivados; medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario cuyo objetivo directo sea la protección de la salud pública; medidas de fomento para proteger y mejorar la salud humana, con exclusión de cualquier armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros.

La acción comunitaria en este ámbito, de acuerdo con el mismo artículo 152, debe respetar las responsabilidades de los Estados miembros en

la organización y suministro de los servicios sanitarios y la asistencia médica.

Otros artículos del Tratado afectan al sector sanitario: 43-48 (derecho de establecimiento y profesionales sanitarios), 95 (seguridad de los alimentos, medicamentos y otros), 158 y 161 (cohesión social), 163-173 (investigación), 177 (cooperación y desarrollo), 300 y 302 (acuerdos con terceros países). Más específicamente, conviene destacar:

— El artículo 28 impide que se obstaculice la libre circulación de bienes sanitarios si no es por razones de interés general (entre las cuales está el equilibrio financiero). Así, la negativa a financiar un producto sanitario comprado en otro Estado miembro debe motivarse y ser proporcionada al interés perseguido.

— Los artículos 49 y 50, sobre libre prestación de servicios (que incluyen los cuidados sanitarios, según decisión del Tribunal de Justicia), imponen que la prestación transfronteriza sólo pueda restringirse por razones imperiosas de interés general (incluidas las financieras) motivadas y proporcionadas.

En aplicación de todos estos artículos, se han aprobado directivas (destacan las relativas al tabaco y a los aditivos alimentarios), programas de acción (de prevención del sida, de otras enfermedades transmisibles y de enfermedades por contaminantes) y reglamentos (cantidades máximas de contaminantes en alimentos, por ejemplo). Estas actuaciones son relativamente recientes. Hasta finales de los años ochenta no hubo voluntad entre los países miembros de aplicar seriamente el artículo 152, pero en la década de los noventa, sus actuaciones comunes se han hecho cada vez más frecuentes.

Siguiendo esta tendencia, la Comisión ha elaborado en los últimos años diversas comunicaciones al Consejo y al Parlamento sobre modernización y reforma de la protección social, incluida la asistencia sanitaria. La Comisión utiliza en estos documentos el concepto amplio de salud pública del artículo 152, incluyendo los aspectos asistenciales. El más reciente es la comunicación al Consejo y al Parlamento de junio de 2002 sobre el futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores.

El objetivo formal es primar la coordinación de las políticas sanitarias, teniendo siempre en cuenta las restricciones financieras. En la práctica, esos documentos están creando una base doctrinal común y han contribuido a la convergencia entre los sistemas nacionales en sus aspectos sustanciales: cobertura, prestaciones, prácticas terapéuticas, gestión de costes, etc.

Recientemente, y siguiendo la línea de impulsar estrategias convergentes, la Comisión ha remitido al Consejo un Programa de Acción en mate-

ria de Salud Pública, que aborda asuntos asistenciales tan diversos como la calidad, las "buenas prácticas" y la contención de costes. Cuando se apruebe, será el primer Programa de Acción que incide en esas materias.

Otra línea que afecta al carácter estrictamente nacional de los sistemas sanitarios es la interpretación por parte de la Judicatura de la libre circulación de medicamentos, tratamientos y pacientes, en aplicación de los artículos 28, 49 y 50 del Tratado. En julio de 2000, el Tribunal de Justicia de Luxemburgo dictó una sentencia no apelable a favor de un ciudadano holandés que recibió tratamiento experimental en Austria y que exigía el reembolso en su país. La sentencia, que creó jurisprudencia, mencionaba que las razones imperiosas de equilibrio financiero, que justifican las restricciones para recurrir a servicios de otro país, deben darse siempre en función de la eficacia y el tiempo de espera. Esto abre la puerta para acudir a otro país miembro a los pacientes que llevan mucho tiempo en lista de espera o que buscan un tratamiento novedoso.

En aplicación de dicha sentencia, la Comisión presentó recientemente una propuesta de actualización del reglamento de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, redactado en los años sesenta. Las reformas presentadas al Consejo amplían la cobertura a los extranjeros con residencia legal en los países miembros y abren la posibilidad de recibir atención en otro país de la Unión Europea si se sufre un tiempo de espera excesivo. El nuevo reglamento deberá estar en vigor en el año 2005.

En cualquier caso, los movimientos de población, turísticos o permanentes, la elaboración de bases doctrinales comunes y las sentencias del Tribunal de Justicia de Luxemburgo han generado una creciente permeabilidad entre los sistemas nacionales. Los gobiernos pueden temer que esta permeabilidad estimule las demandas de los pacientes tomando como referencia lo mejor de cada país, pero también puede permitir la adopción, más o menos coordinada, de medidas de contención de costes, siempre poco populares.

De lo que no hay duda es de que los interlocutores inequívocos en estos procesos comunitarios son los Estados y no las regiones. Como ya señalamos, la Constitución Española (artículo 149) establece que son competencias exclusivas del Estado las relaciones internacionales y la sanidad exterior. La LGS, en su artículo 39, regula la colaboración con otros países y organismos internacionales y el RD 1418/1986 desarrolla dichas funciones. Las comunidades autónomas no tienen competencias sobre sanidad exterior y relaciones y acuerdos sanitarios internacionales. Esta competencia normativa y de ejecución corresponde al Estado. Sin embargo, siendo autonómicas las competencias de salud pública y de asistencia sanitaria, parece razonable que haya alguna coordinación permanente. Así lo señala la sentencia 40/1998 del Tribunal Constitucional, que apela a que se acuda previamente a cauces corporativos y a escuchar a las entidades autonómi-

cas. No puede ser de otra manera cuando se trata de difundir, por ejemplo, una estrategia europea contra el cáncer. Así está previsto en la disposición final octava de la LGS en el caso concreto de las actividades de inspección o control de las comunidades autónomas, a efectos de sanidad exterior.

Por último, hay que hacer referencia a la reforma en curso de la legislación farmacéutica europea. La tendencia, siguiendo las recomendaciones del llamado "G-10 Medicines", parece ir en favor de hacer más homogéneos entre los países miembros aspectos tan relevantes para la prestación farmacéutica como el período de protección de patentes y los procedimientos para incluir un medicamento en la lista de los financiados. Éste es otro ejemplo de actuación europea que afecta a una competencia del Estado, con consecuencias para las comunidades autónomas y que hace necesaria la coordinación entre ambos niveles.

7. Actualización del marco del SNS: la nueva Ley de Cohesión y Calidad

Pasados 16 años desde la aprobación de la LGS, tenemos ya suficiente experiencia sobre el funcionamiento del sistema y sobre el proceso autonómico. El SNS, a pesar de sus debilidades, ha sorteado hasta ahora las amenazas, sobre todo financieras, y está muy consolidado entre la población. El proceso de transferencias ha concluido y ahora se trata de facilitar el equilibrio entre las competencias del Estado y las de las comunidades autónomas. Ha llegado el momento, desde esa doble experiencia, de ajustar aspectos de nuestro marco legal con una perspectiva de largo plazo, como hizo la LGS.

En concreto, hay que abordar tres grandes temas:

1. Cerrar la concepción del SNS, que quedó muy abierta en la LGS.
2. Aclarar cómo se ejercerán las competencias del Estado.
3. Regular el ejercicio armónico de las competencias compartidas y colindantes del Estado y las comunidades autónomas.

En cuanto a la *concepción del SNS*, la LGS no abundó en su definición, en sus obligaciones y relaciones con los ciudadanos ni en los principios de su funcionamiento. En el momento de su aprobación, el peso de la Seguridad Social era muy fuerte y no era una tarea fácil. Se puede precisar en los siguientes puntos:

— Reducir la ambigüedad de la naturaleza del SNS, entendido hasta ahora como agregación de los recursos asistenciales públicos y privados. Esto supone definirlo con respecto a su objeto (proteger, restaurar y promover la salud de los españoles, siguiendo el principio constitucional de

derecho a la salud) y a los principios que lo sustentan (universalidad, equidad, calidad y eficiencia).

— Aclarar las relaciones del SNS con los ciudadanos. La LGS no abordó los derechos y deberes de los pacientes y hay que determinar que existe un catálogo de prestaciones a disposición de cualquier ciudadano. Esto supone garantizar la movilidad entre los distintos SSAA, para lo cual es imprescindible un único formato de tarjeta sanitaria individual (hoy varía según la comunidad autónoma) con unos datos clínicos mínimos y comunes. Igualmente, debe ampararse la participación de los ciudadanos a través de asociaciones de enfermos y familiares, de fundaciones y del voluntariado.

— Crear un verdadero sistema de información para todo el conjunto, que recoja y analice, con perspectiva global, la información sobre el estado de salud de los españoles, la accesibilidad y calidad de las prestaciones y los demás aspectos que el SNS intenta garantizar. A partir de esta información, las actuaciones de salud pública, incluidas las de prevención, deberán estar coordinadas, hasta definir una verdadera estrategia de salud para toda España, alineada con las estrategias de la Unión Europea y de la OMS Europa.

— Precisar la inclusión en el SNS de las mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), las mutuas patronales y las entidades colaboradoras de la Seguridad Social. Actualmente no hay ninguna disposición que se refiera a las relaciones de estas entidades con el SNS, a pesar de que disponen globalmente de abundantes fondos públicos o semipúblicos y recursos asistenciales. También conviene desarrollar la vinculación de los centros privados al SNS (artículos 66 y 67 de la LGS). Habría que regular un protocolo y un marco común para los conciertos, lo que facilitaría la articulación empresarial con el SNS.

Igualmente, hay que dejar muy clara la articulación entre asistencia sanitaria y asistencia social, cuya complementariedad es cada vez mayor.

Con respecto a *cómo se ejercerán las competencias del Estado*, debe partirse de una mejor enumeración de las mismas, contenidas ahora en diversos artículos de la LGS y normas de la Seguridad Social. Como principio general conviene declarar que ese ejercicio se realizará teniendo en cuenta la posición de las comunidades autónomas.

La primera de esas competencias, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, es articular el sistema de información, base de coordinación del SNS. Esa información permitirá al Estado promover la elaboración y coordinación de planes de salud para resolver problemas sanitarios concretos y ejercer la Alta Inspección, de acuerdo con las comunidades autónomas. En primer lugar es urgente reconstruir las series estadísticas históricas de

la información perdida en los últimos años y proceder a su publicación en plazos razonables para su estudio.

En este marco jurídico debe incluirse la forma en que el ministerio ejercerá las importantes competencias de elaboración del Catálogo de Prestaciones, seguimiento de la equidad entre los ciudadanos, autorización y control de los medicamentos y productos sanitarios y acreditación de centros de referencia. Será imposible llevarlas a cabo sin tener en consideración a las comunidades autónomas. Esto no es contradictorio con un reforzamiento de la autoridad de la Dirección General de Farmacia y con poner a punto órganos con similar autoridad para la acreditación de centros de referencia y para el seguimiento de la equidad.

Por último, *el ejercicio armónico de las competencias del Estado y de las comunidades autónomas* supone abordar el delicado aspecto de la coordinación. Ésta debe ser permanente, basada en los datos del sistema de información y con un enfoque práctico, centrado en evitar la multiplicación de esfuerzos. Con este propósito habría que abordar la evaluación de la tecnología, el uso racional de los medicamentos, la calidad de los servicios, la elaboración de protocolos o guías de práctica clínica y otros aspectos que preocupan a todos los SSAA.

Esta coordinación no tiene que partir siempre del Ministerio de Sanidad y Consumo y puede surgir de una iniciativa compartida por varias comunidades autónomas.

El aspecto más controvertido de la nueva norma será probablemente la regulación del Consejo Interterritorial, tras la experiencia de 15 años de funcionamiento. En ese tiempo, este órgano ha conocido épocas con distintos grados de actividad y sintonía interna. En una época aún reciente sufrió serios desacuerdos internos que mermaron su eficacia.

La nueva norma no puede ser la ley del Consejo Interterritorial ni pretender resolver su indefinición jurídica, compartida con órganos semejantes en campos ya transferidos, como la educación o el medio ambiente. Habría que aprovechar alguna reforma de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE) o de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo para abordar este asunto.

En cualquier caso, la composición actual del Consejo Interterritorial, paritaria entre la Administración central y las comunidades autónomas, parece poco operativa. Algunos de los representantes de la Administración central no tienen mucho contacto con los problemas del SNS y es poco lo que pueden aportar.

Otros aspectos esenciales, como el grado de vinculación de sus decisiones, su régimen de funcionamiento en pleno y en comisiones específicas y

la consecución de acuerdos, pueden abordarse con la perspectiva de mayor desarrollo en un reglamento con rango de real decreto.

También es importante vincular mínimamente el marco del SNS con su sistema de financiación, hasta ahora bastante separados. Esto se haría relacionando los Planes de Salud con el Fondo de Cohesión Sanitaria, lo que impediría que éste languideciera en su limitada cuantía actual o fuera dedicado íntegramente a financiar a los desplazados sin resolver la contradicción que vimos antes.

En el momento de escribir estas páginas, el proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del SNS está en su primera fase de tramitación y aún presenta una redacción demasiado esquemática. Sería buena una mayor concreción en aspectos sustanciales como los instrumentos que garanticen la cohesión (por ejemplo, que eviten las diferencias de prestaciones entre comunidades autónomas), el carácter vinculante de las decisiones del Consejo Interterritorial y otros aspectos operativos, sin remitirse tanto a desarrollos posteriores.

No es posible en este momento adelantar cómo será su redacción final, pero sí puede destacarse que, a diferencia de otros proyectos de ley de la actual mayoría parlamentaria, su tramitación se ha iniciado de forma abierta y dialogada.

Tabla 13 – Equipos de alta tecnología disponibles por cada millón de habitantes y comunidades autónomas. 2000

	TAC	Resonancia magnética	Gammacámara (incluye SPECT)	Sala de hemodinámica	ASD	LIT	Bomba de cobalto	Acelerador de partículas
Andalucía	10,2	2,3	4,3	3,3	2,5	1,4	1,4	1,7
Aragón	13,7	5,1	5,1	4,3	5,1	1,7	1,7	1,7
Asturias	16,1	4,7	3,8	2,8	2,8	0,9	2,8	0,9
Baleares	21,5	10,1	7,6	5,1	5,1	3,8	1,3	2,5
Canarias	13,0	3,6	6,5	5,9	4,1	3,0	1,8	2,4
Cantabria	9,5	3,8	3,8	3,8	3,8	–	1,9	3,8
Castilla-La Mancha	8,8	3,5	2,9	1,8	1,8	1,8	–	0,6
Castilla y León	10,9	3,6	4,9	2,0	2,8	0,8	1,2	1,2
Cataluña	12,0	4,4	4,5	4,7	3,9	2,4	2,1	2,6
C. Valenciana	12,6	4,7	4,7	4,2	3,7	2,2	1,0	2,7
Extremadura	9,3	2,8	3,7	0,9	1,9	0,9	1,9	0,9
Galicia	14,4	6,3	4,8	3,7	4,8	1,5	1,5	1,5
Madrid	12,6	8,5	8,7	6,2	5,0	2,1	1,7	3,5
Murcia	10,7	4,4	6,2	3,6	3,6	0,9	–	1,8
Navarra	14,9	7,4	13,0	3,7	3,7	3,7	1,9	7,4
País Vasco	13,6	7,3	5,8	4,8	5,8	1,9	1,5	2,9
La Rioja	7,6	3,8	3,8	–	–	–	3,8	–
Ceuta y Melilla	7,1	–	–	–	–	–	–	–
Total	**12,1**	**4,9**	**5,4**	**4,0**	**3,7**	**1,8**	**1,5**	**2,2**

Notas: TAC: Tomografía axial computerizada; ASD: Angiografía por sustracción digital; LIT: Litotricia extracorpórea por ondas de choque. Incluye datos de hospitales públicos y privados.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales. 31 de diciembre de 2000*, 2002; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión* (publicación electrónica), 2001.

Tabla 14 – Gasto sanitario per cápita por comunidades autónomas. En miles de euros. 1999

	Gasto total	Gasto per cápita
Andalucía	4.750.743	650,33
Canarias	1.067.259	638,05
Cataluña	4.283.846	690,10
C. Valenciana	2.636.148	648,26
Galicia	1.906.245	698,17
Navarra	435.484	809,44
País Vasco	1.649.471	785,30
Insalud	9.304.676	597,16
No distribuido (*)	4.578.585	–
Total	**30.612.457**	**761,46**

(*) Incluye los gastos realizados por los diferentes ministerios, el Instituto Social de la Marina, las mutuas de accidentes de trabajo, las fundaciones públicas sanitarias, las mutualidades de funcionarios, las comunidades autónomas no transferidas y las corporaciones locales.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Cuentas satélite del gasto sanitario público 1995-1999*, 2001; e INE, *Población de los municipios españoles. Revisión del Padrón Municipal a 1 de enero de 1999*, 2001.

Tabla 15 – Evolución del gasto farmacéutico per cápita por comunidades autónomas. 1992-2001

	1992	2001	
		Euros corrientes	Euros constantes 1992
Andalucía	98,64	174,79	130,93
Aragón	92,75	197,54	147,75
Asturias	87,82	197,79	144,37
Baleares	78,49	149,77	108,37
Canarias	72,58	165,15	120,02
Cantabria	82,63	171,01	127,33
Castilla-La Mancha	91,69	193,58	143,39
Castilla y León	77,65	172,22	127,38
Cataluña	91,63	193,97	140,66
C. Valenciana	101,06	216,61	162,01
Extremadura	103,35	187,41	138,93
Galicia	79,75	200,45	146,85
Madrid	72,05	136,90	102,54
Murcia	86,87	187,98	136,02
Navarra	82,72	174,85	123,05
País Vasco	73,73	173,67	125,31
La Rioja	84,86	179,27	126,34
Ceuta y Melilla	51,80	97,18	71,94
Total	**87,35**	**180,18**	**132,78**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Servicios de salud: Indicadores. 1993, 1994;* INE, *Boletín mensual de estadística,* varios números; INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión* (publicación electrónica), 2001; y datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla 16 – Valoración de algunos aspectos referidos a la atención que se presta en las consultas de medicina general y pediatría de la asistencia sanitaria pública, por comunidades autónomas. 2000

	Total	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León
La cercanía de los centros	5,66	5,67	5,93	6,02	5,61	5,75	5,69	5,55	5,78
La facilidad para conseguir cita	5,11	4,91	5,76	5,92	5,10	4,92	5,03	5,24	5,47
El horario de atención	5,29	5,22	5,59	5,85	5,25	5,31	5,21	5,32	5,49
El trato recibido del personal sanitario	5,54	5,53	6,06	5,66	5,68	5,50	5,87	5,42	5,86
La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería	5,27	5,29	6,03	5,50	5,54	5,20	5,39	5,24	5,48
El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	5,05	4,85	5,82	5,55	5,21	4,94	5,28	5,29	5,43
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	5,27	5,18	6,05	5,60	5,57	5,10	5,65	5,40	5,63
La confianza y seguridad que transmite el médico	5,49	5,46	6,03	5,72	5,59	5,39	5,84	5,54	5,81
El tiempo de espera hasta entrar en la consulta	4,33	4,39	4,91	5,14	4,48	4,15	3,96	4,64	4,52
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	5,06	4,89	5,22	5,52	5,16	4,73	5,24	4,96	4,67
La información recibida sobre su problema de salud	5,28	5,23	5,73	5,64	5,47	5,24	5,46	5,29	5,52
Los trámites para acceder al especialista	4,56	4,42	5,16	4,84	4,86	4,34	4,33	4,91	4,81
La calidad de la atención en general	5,30	5,25	5,71	5,58	5,30	5,13	5,46	5,46	5,57

Sigue **Tabla 16 – Valoración de algunos aspectos referidos a la atención que se presta en las consultas de medicina general y pediatría de la asistencia sanitaria pública, por comunidades autónomas. 2000**

	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja
La cercanía de los centros	5,62	5,71	5,23	5,11	5,94	5,54	5,94	5,51	5,73
La facilidad para conseguir cita	4,88	5,17	4,69	4,63	5,34	5,27	5,64	5,14	5,70
El horario de atención	5,09	5,33	5,16	4,81	5,48	5,43	5,87	5,30	5,74
El trato recibido del personal sanitario	5,33	5,52	5,62	5,19	5,63	5,69	5,90	5,55	5,62
La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería	5,03	5,15	5,30	4,89	5,39	5,10	5,85	5,38	5,65
El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	4,45	5,11	5,45	4,85	5,16	5,48	5,54	5,20	5,58
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	4,80	5,30	5,53	4,97	5,33	5,57	5,69	5,39	5,61
La confianza y seguridad que transmite el médico	5,18	5,52	5,74	5,20	5,54	5,62	5,80	5,56	5,76
El tiempo de espera hasta entrar en la consulta	4,04	4,57	4,31	4,30	3,69	4,45	5,16	4,65	5,39
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	5,00	4,98	5,27	4,83	5,27	5,01	5,83	5,57	5,96
La información recibida sobre su problema de salud	5,03	5,34	5,52	4,83	5,28	5,45	5,68	5,37	5,60
Los trámites para acceder al especialista	4,39	4,60	4,54	4,02	4,35	4,98	5,45	5,13	5,04
La calidad de la atención en general	5,03	5,35	5,41	5,04	5,35	5,32	5,80	5,42	5,61

Nota: Se ha utilizado una escala de 1 a 7, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 7 que lo valora "totalmente satisfactorio".
Fuente: CIS, *Estudio 2.388*, 2000; *Estudio 2.393*, 2000; y *Estudio 2.404*, 2000.

Tabla 17 – Valoración de algunos aspectos referentes a la asistencia especializada de la sanidad pública, por comunidades autónomas. 2000

	Total	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León
La facilidad para conseguir cita	3,84	3,64	4,44	4,53	3,81	3,44	3,68	4,29	4,06
El tiempo dedicado por el médico a cada usuario	4,60	4,53	5,02	5,42	4,68	4,18	4,73	4,75	4,79
El número de especialidades a las que se tiene acceso	5,37	5,59	5,94	5,60	5,62	5,07	5,31	5,31	5,46
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	4,08	4,11	4,44	4,83	4,34	3,93	3,76	4,07	3,93
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	4,74	4,76	5,35	5,45	5,18	4,34	4,89	4,76	4,78
La confianza y seguridad que le transmite el médico	5,06	5,13	5,49	5,49	5,23	4,66	5,32	5,19	5,00
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	5,46	5,47	5,82	5,54	5,64	4,80	5,87	5,47	5,47
El trato recibido del personal sanitario	5,25	5,34	5,72	5,47	5,31	5,01	5,59	5,21	5,36
La información recibida sobre su problema de salud	5,11	5,17	5,55	5,52	5,31	4,74	5,35	5,20	5,27

Sigue **Tabla 17 – Valoración de algunos aspectos referentes a la asistencia especializada de la sanidad pública, por comunidades autónomas. 2000**

	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja
La facilidad para conseguir cita	3,77	3,89	3,84	3,11	3,74	3,43	4,60	4,61	4,48
El tiempo dedicado por el médico a cada usuario	4,19	4,61	5,22	4,02	4,72	4,55	5,35	4,99	4,63
El número de especialidades a las que se tiene acceso	5,27	5,36	5,51	4,63	5,32	5,23	5,89	5,53	5,35
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	3,98	4,35	3,98	3,82	3,70	3,73	4,75	4,59	4,43
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	4,45	4,77	5,26	4,23	4,71	4,39	5,30	5,14	4,95
La confianza y seguridad que le transmite el médico	4,87	4,97	5,62	4,53	5,11	4,86	5,64	5,37	5,04
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	5,42	5,29	5,89	5,27	5,49	5,45	5,84	5,65	5,44
El trato recibido del personal sanitario	5,07	5,13	5,58	4,90	5,23	5,36	5,76	5,42	4,94
La información recibida sobre su problema de salud	4,93	4,97	5,62	4,60	5,12	5,07	5,54	5,31	4,96
La calidad de la atención en general	4,94	5,11	5,48	4,74	5,12	4,82	5,67	5,32	4,93

Nota: Se ha utilizado una escala de 1 a 7, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 7 que lo valora "totalmente satisfactorio".
Fuente: CIS, *Estudio 2.388*, 2000; *Estudio 2.393*, 2000; y *Estudio 2.404*, 2000.

Tabla 18 – Valoración de algunos aspectos referentes a la asistencia que se presta en los hospitales públicos, por comunidades autónomas. 2000

	Total	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León
El número de personas que comparten habitación	4,09	4,05	4,69	4,78	3,22	4,52	4,20	3,81	3,88
Aspectos de hostelería (comidas, aseos y comodidades generales de las habitaciones)	4,81	4,99	5,51	5,06	3,75	4,98	4,61	4,72	5,02
Los trámites administrativos para el ingreso	4,51	4,60	5,29	5,13	4,23	4,34	4,44	4,80	4,66
Tiempo de demora para un ingreso no urgente	3,17	3,08	3,97	4,22	2,91	2,70	3,33	3,89	2,87
Los cuidados y atención por parte del personal médico	5,32	5,38	5,82	5,72	5,19	5,27	5,61	5,16	5,27
Los cuidados y atención del personal de enfermería	5,41	5,44	5,86	5,79	5,24	5,51	5,69	5,18	5,52
El trato recibido del personal no sanitario	5,27	5,39	5,62	5,78	5,14	5,29	5,30	5,19	5,28
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales	5,82	5,88	6,07	5,79	6,09	5,76	6,01	5,60	5,88
Información recibida sobre la evolución del problema de salud por el personal de los hospitales	5,22	5,26	5,57	5,78	5,42	5,16	5,30	5,19	5,28
La calidad del servicio hospitalario en general	5,25	5,31	5,59	5,64	5,15	5,18	5,41	5,23	5,38

Sigue **Tabla 18 – Valoración de algunos aspectos referentes a la asistencia que se presta en los hospitales públicos, por comunidades autónomas. 2000**

	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja
El número de personas que comparten habitación	4,07	4,47	3,28	3,84	3,65	4,30	4,56	4,74	4,58
Aspectos de hostelería (comidas, aseos y comodidades generales de las habitaciones)	4,71	5,09	4,63	4,63	4,21	5,05	5,40	4,90	4,72
Los trámites administrativos para el ingreso	4,32	4,71	4,13	3,98	4,23	4,31	5,39	4,73	5,12
Tiempo de demora para un ingreso no urgente	2,65	3,56	3,12	3,12	2,81	2,61	4,39	4,09	4,77
Los cuidados y atención por parte del personal médico	5,33	5,30	5,40	4,66	5,34	5,48	5,80	5,34	5,33
Los cuidados y atención del personal de enfermería	5,47	5,38	5,39	4,82	5,34	5,48	5,96	5,42	5,47
El trato recibido del personal no sanitario	5,21	5,16	5,43	4,68	5,15	5,17	5,63	5,37	5,38
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales	5,80	5,81	5,87	5,35	5,91	6,18	6,01	5,67	6,05
Información recibida sobre la evolución del problema de salud por el personal de los hospitales	5,21	5,16	5,43	4,68	5,15	5,17	5,63	5,37	5,38
La calidad del servicio hospitalario en general	5,20	5,31	5,20	4,77	5,14	5,19	5,75	5,32	5,30

Nota: Se ha utilizado una escala de 1 a 7, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 7 que lo valora "totalmente satisfactorio".
Fuente: CIS, *Estudio 2.388*, 2000; *Estudio 2.393*, 2000; y *Estudio 2.404*, 2000.

Tabla 19 – Cobertura vacunal por tipo y comunidades autónomas. En porcentaje. 1997

	Poliomielitis	DTP	Triple vírica
Andalucía	92,50	92,50	95,20
Aragón	93,29	93,27	93,27
Asturias	95,10	95,10	93,00
Baleares	71,70	73,50	65,90
Canarias (*)	70,10	69,41	72,97
Cantabria	97,06	97,06	90,06
Castilla-La Mancha	94,61	96,52	94,90
Castilla y León	97,72	97,72	97,06
Cataluña	97,90	97,70	98,40
C. Valenciana	95,83	95,58	92,37
Extremadura	96,87	96,88	95,10
Galicia	94,96	94,96	96,20
Madrid	97,49	96,32	87,30
Murcia	94,90	94,60	92,00
Navarra	98,00	98,00	94,00
País Vasco	94,50	94,50	96,04
La Rioja	98,00	97,57	97,04
Ceuta	97,97	95,40	92,33
Melilla	101,65	100,63	105,12
Total	**95,00**	**95,00**	**94,00**

(*) Datos de 1996.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Instituto de Salud Carlos III, *Boletín epidemiológico semanal*, varios números.