

01|2010

INFORME

DESARROLLO AUTONÓMICO, COMPETITIVIDAD Y COHESIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA SANITARIO



CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL
ESPAÑA

NÚMERO 01|2010

COLECCIÓN INFORMES

INFORME 01|2010

DESARROLLO
AUTONÓMICO,
COMPETITIVIDAD
Y COHESIÓN SOCIAL
EN EL SISTEMA SANITARIO

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL **ESPAÑA**
DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES
NICES: 596-2010

Colección Informes

Número 01/2010

La reproducción de este informe
está permitida citando su procedencia.

Primera edición, octubre de 2010

Informe elaborado a iniciativa propia por el Consejo Económico
y Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 7.1.3 de la Ley 21/1991,
de 17 de junio, de Creación del Consejo Económico y Social. Aprobado
en la sesión ordinaria del Pleno del día 20 de octubre de 2010.

Edita y distribuye

Consejo Económico y Social

Huertas, 73

28014 Madrid. España

T 91 429 00 18

F 91 429 42 57

publicaciones@ces.es

www.ces.es

ISBN 978-84-8188-320-6

D.L. M-

Imprime

Imprenta Fareso, S. A.

Sesión ordinaria del Pleno de 20 de octubre de 2010

INFORME 01|2010

DESARROLLO AUTONÓMICO, COMPETITIVIDAD Y COHESIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA SANITARIO



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. MARCO GENERAL. SISTEMA SANITARIO, COHESIÓN SOCIAL Y DESCENTRALIZACIÓN	11
1. PRINCIPIOS Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	18
2. COORDINACIÓN, COOPERACIÓN Y CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	27
2.1. Coordinación y cooperación sanitaria tras la Ley 16/2003	29
2.2. Tendencias que demandan una mejor gobernanza del Sistema Nacional de Salud	37
3. DESCENTRALIZACIÓN Y EQUIDAD EN SANIDAD	43
CAPÍTULO II. SITUACIÓN EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS	55
1. LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA	57
1.1. Salud pública y atención primaria	65
1.2. Atención especializada	74
1.3. Atención farmacéutica y uso racional del medicamento	79
1.4. Salud mental	82
2. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS: PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL	84
2.1. Oferta y demanda de recursos: la planificación estratégica	88
2.2. Modelo retributivo, formación y carrera profesional	94
3. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	100
4. SISTEMA DE INFORMACIÓN	116
5. INNOVACIÓN ORGANIZATIVA Y FORMAS DE GESTIÓN	119
CAPÍTULO III. GASTO SANITARIO Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	129
1. GASTO SANITARIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	132
2. EL DEBATE SOBRE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	141
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES	146

INTRODUCCIÓN

En los últimos decenios se han producido importantes transformaciones, sociales y económicas, que guardan estrecha relación con el desarrollo del conocimiento y la tecnología y con un mundo cada vez más abierto e interdependiente. En el caso español, estos cambios han coincidido en el tiempo con procesos políticos determinantes de la realidad actual: el desarrollo y consolidación del Estado autonómico, por una parte, y la construcción de la Unión Europea, por otra.

Dentro de este contexto, en el que es preciso subrayar el indudable aumento del bienestar que aproximan distintos indicadores económicos y sociales referidos al total del periodo, se enmarcó en su día el propósito del CES de abordar una serie de estudios monográficos sobre la situación actual en distintos ámbitos de las políticas públicas y las regulaciones de los mercados de especial interés desde la perspectiva del balance del desarrollo autonómico, la cohesión social y la competitividad. El objetivo principal sería identificar las oportunidades de mejora de la situación actual, haciendo especial hincapié en la eficacia de los sistemas de coordinación, transparencia y control de las distintas Administraciones.

El sistema sanitario ha sido el primero de los temas objeto de análisis en el marco de este proyecto del CES. No en vano la salud de las personas y la calidad de los sistemas sanitarios son indicativos esenciales del nivel de bienestar y protección social alcanzado por la sociedad. Más concretamente, el acceso a una asistencia sanitaria de calidad, basada en los principios de universalidad, equidad y solidaridad contribuye a reforzar la cohesión social de un país. Al mismo tiempo, a raíz de las transferencias sanitarias el propio desarrollo autonómico se ha visto reforzado con la gestión de los servicios y prestaciones sanitarias de la Seguridad Social por parte de los servicios de salud autonómicos, integrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Unido a lo anterior, el papel estratégico del sistema sanitario como vector de competitividad y crecimiento sostenible en una economía enfocada al conocimiento refuerza el interés de la reflexión sobre las mejoras que se pueden abordar en el mismo a través de la coordinación y la cooperación.

Con este informe sobre la situación del sistema sanitario el CES ha querido abordar un balance de su evolución, desde la perspectiva del desarrollo autonómico, la cohesión social y la competitividad. Sus conclusiones ponen de manifiesto esa importancia estratégica del sector sanitario así como sus necesidades de mejora, a pesar de

su actual buena valoración por la ciudadanía, implicándose el CES con ello de manera decidida en el debate abierto sobre la sanidad en España.

Para el CES, la aceptación y asunción de las determinantes características de un sistema descentralizado como el español, no debe significar en ningún caso la renuncia a su equidad, lo que ha apuntado a la necesidad de mejorar su coordinación, tanto desde una perspectiva general del sistema, como desde el punto de vista de sus distintos ámbitos, en áreas como la cartera de servicios, la atención primaria, la atención especializada, la salud mental o la atención farmacéutica, sin olvidar tampoco elementos vinculados a la gestión y prestación de los servicios, tales como las políticas de recursos humanos, la investigación e innovación, los sistemas de información, la innovación organizativa y las formas de gestión o el gasto sanitario y la financiación del SNS. Todo ello se ha abordado con el objeto principal de identificar las oportunidades de mejora de la situación actual, poniendo de relevancia la importancia de la eficacia de los sistemas de coordinación, transparencia y control de las distintas Administraciones.

CAPÍTULO I
MARCO GENERAL.
SISTEMA SANITARIO, COHESIÓN SOCIAL
Y DESCENTRALIZACIÓN

Desde hace tiempo, los retos comunes a los que se enfrentan el sistema sanitario y los servicios de salud se encuentran suficientemente identificados: el incremento de la demanda de servicios derivados del envejecimiento de la población, el aumento del volumen de población cubierta durante los últimos años de fuerte crecimiento demográfico¹ y las mayores expectativas de atención y servicios de una población con mayor nivel de formación. Valga recordar que, considerando únicamente algunos indicadores de actividad hospitalaria, con respecto al año 2000, en el año 2007 las intervenciones quirúrgicas habían aumentado un 22,8 por 100; las urgencias lo habían hecho en un 24,3 por 100 y las consultas externas por 1.000 habitantes un 5,8 por 100. Responder adecuadamente a esta demanda, manteniendo y mejorando el nivel de calidad, así como la continua innovación terapéutica y tecnológica de las prestaciones que ofrece el sistema en su cartera de servicios es uno de los principales desafíos de los sistemas de protección social europeos, incluido el español, en los que la asistencia sanitaria absorbe una importante proporción del gasto social. Concretamente, en 2007, la atención a la salud (que conforme a la metodología de Eurostat queda englobada en la función “enfermedad”) absorbía el 31,2 por 100 del total del gasto público español en protección social (29,1 por 100 en media de la Unión Europea), sólo por debajo del gasto en pensiones (41,3 por 100; 46,2 por 100 en la Unión Europea)². El esfuerzo público en atención a la salud en España sigue estando por debajo de la media UE-27, tanto en porcentaje del PIB (6,4 por 100 del PIB frente a 7,4 por 100 en la UE-27), como en unidades de paridad de compra, aunque en términos reales, el gasto sanitario público en España muestre una tendencia constantemente creciente a tasas superiores a las del PIB cuya racionalización, como se analizará en detalle en el capítulo III de este informe, reviste una notable complejidad.

NOTAS

1. En 2008, la población protegida se estimaba por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 44,2 millones de personas, una vez descontados 1,9 millones de personas que, perteneciendo a mutualidades de funcionarios, se encontraban protegidos por entidades de seguro privado.
2. Metodología SEEPROS, Eurostat, 2009. La función “enfermedad” incluye aquí tanto las prestaciones en especie dispensadas a través del sistema sanitario, como las prestaciones monetarias desembolsadas por el sistema de Seguridad Social en concepto de incapacidad temporal.

Junto a la relevante contribución del sistema sanitario a la cohesión social, no cabe soslayar su conexión con la competitividad y la competencia en el sector. Existe suficiente evidencia empírica para sustentar la aportación del sector sanitario a la competitividad de un país³. El nexo positivo entre inversión sanitaria y crecimiento económico se despliega en numerosas dimensiones: el mantenimiento y mejora de la salud aumenta la productividad de los trabajadores y reduce el número de días de ausencia por enfermedad, el sistema sanitario contribuye a la formación del capital humano, los consumos sanitarios producen numerosas externalidades positivas en la producción y, lo que es más importante, contribuyen a favorecer un clima de cohesión social⁴. El efecto redistributivo de la prestación con carácter prácticamente universal de los servicios sanitarios es evidente, sin ir más lejos, en el caso de la tercera edad, en la que, en un momento en que se incrementa la necesidad de atención a la salud, el acceso en condiciones de gratuidad contribuye a compensar el empeoramiento en el nivel de ingresos que suele acompañar a la jubilación.

*Importancia estratégica
del sector sanitario*

Pero además, el grueso de las actividades sanitarias se despliega en un entorno peculiar, en el que las cuestiones de competencia y unidad de mercado pueden tener repercusiones indirectas en la igualdad efectiva en el acceso a los servicios, por ejemplo, a través de las distintas políticas de compras de los Servicios de Salud. Es evidente que, en consonancia con la naturaleza de los servicios sanitarios como servicios de interés general, los mercados de productos o servicios sanitarios (por ejemplo, tecnologías en salud, medicamentos) se caracterizan por un elevado grado de intervención pública, con un fuerte peso de los servicios de salud tanto como proveedores directos como en su condición de clientes principales de las empresas del sector.

Como en todos los países desarrollados, el sector de la salud representa una pieza esencial de la economía productiva, generando riqueza y empleos cualificados. Se trata de actividades basadas en el conocimiento y la tecnología, fuertemente vinculadas a mercados estratégicos altamente innovadores, como la industria de nuevos materiales, las telecomunicaciones, el desarrollo de la microelectrónica, la nanotecnología o la biomedicina.

Para dar una idea de esta importancia, valga recordar que en términos de contabilidad nacional, las actividades sanitarias y veterinarias; junto con los servicios sociales, aportan el 4,9 por 100 del PIB y el 8,2 por 100 del Valor Añadido Bruto (VAB) del sector servicios. Estas actividades absorbían el 9,6 por 100 del empleo en servicios, representando el 6,2 por 100 del empleo total. A ello habría que añadir la aportación de la industria farmacéutica, las actividades de I+D+i, la producción, distribución y comercialización de tecnología y materiales sanitarios, etc.

3. V. Ortún Rubio, *Sistema sanitario y Estado de bienestar, ¿todo para todos?*

4. G. López Casasnovas (ed.) (1995), "Sanidad, desarrollo y crecimiento económico" en *Análisis económico de la sanidad*, Barcelona, Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

En España, la percepción del sistema sanitario como un componente básico del Estado de bienestar está fuertemente arraigada entre los ciudadanos, que le otorgan un elevado protagonismo entre las distintas áreas de la acción pública. La valoración del sistema sanitario es, en general, positiva, aunque las personas encuestadas son cada vez más conscientes de la necesidad de abordar cambios (cuadro 1).

*Un sistema bien valorado,
necesitado de mejoras*

CUADRO 1. EVOLUCIÓN DE LAS OPINIONES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO
(En porcentaje)

Año	Interés por la sanidad*	En general, el sistema sanitario funciona bastante bien	El sistema sanitario funciona bien, pero necesarios cambios	El sistema sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo
1995	36,1	20,7	40,6	28,2	9,6
1997	31,8	21,3	41,1	28,4	7,7
1998	34,2	21,8	43,5	27,7	7,0
1999	32,4	23,4	45,0	23,8	7,2
2000	32,1	21,3	45,5	25,5	6,4
2002	31,0	18,4	47,7	27,3	5,5
2003	30,2	18,6	47,6	27,0	5,6
2004	31,4	19,8	47,1	27,1	5,0
2005	30,3	19,4	48,3	26,0	5,1
2006	28,3	19,2	50,5	25,0	4,4
2007	28,3	20,1	47,3	26,9	4,7
2008	28,1	19,2	48,9	26,2	4,9
2009	29,0	21,2	48,0	25,3	4,7

* Interés por la sanidad: la que los ciudadanos consideran de mayor interés entre las siguientes áreas: defensa (0,9 por 100), educación (20,2 por 100), vivienda (20,3 por 100), sanidad (28,1 por 100), pensiones (11,6 por 1000), transportes (0,7 por 100), seguridad ciudadana (10,1 por 100) y servicios sociales (4,1 por 100).

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Barómetro Sanitario.

Pasados siete años desde que culminara el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, la necesidad de mejorar la cooperación entre los servicios de salud se ha ido haciendo cada vez más perceptible según los sucesivos Barómetros sanitarios que anualmente publica el Ministerio de Sanidad, siendo ampliamente compartida y habiendo ido en aumento entre los ciudadanos la idea de que “las comunidades autónomas deberían ponerse de acuerdo a la hora de ofrecer nuevos servicios”, una afirmación con la que se identificaba en 2008 más del 86 por 100 de los españoles.

La descentralización sanitaria ha permitido desarrollar distintas estrategias en salud y gestión sanitaria que a menudo se vinculan a la persistencia de diferencias interterritoriales respecto a las distintas variables relevantes, tanto las relacionadas con la oferta de servicios sanitarios (acceso y utilización) como con indicadores de salud,

como se analizará después. La explicación de la variabilidad de resultados en salud y acceso a los servicios reviste una gran complejidad: no cabe interpretar cualquier diferencia como desigualdad o como falta de equidad. Aunque en el apartado 3 de este capítulo se abundará más en este aspecto, cabe adelantar que las diferencias interterritoriales en salud son mayores que las diferencias en utilización de servicios sanitarios. El estado de salud de la población, no obstante, no es una variable que pueda explicarse exclusivamente en términos de la equidad del sistema sanitario. Especialmente a partir de un determinado nivel de desarrollo la interacción entre el estado de salud de la población y la calidad o el funcionamiento del sistema sanitario parece responder cada vez menos a una relación de causalidad estricta. En la aparición de las principales causas de enfermedad y mortalidad de los países desarrollados emergen como elementos determinantes los factores socioeducativos y culturales que intervienen en la elección de hábitos de vida saludables; la calidad del entorno ambiental o la propia herencia genética⁵. La distinta incidencia territorial de estos factores explica una parte de las diferencias en salud y en utilización de servicios sanitarios. Sin embargo, ello no debe conducir a obviar el papel que pueden desempeñar las políticas sanitarias, puesto que buena parte de las desigualdades en salud, independientemente de su origen, son susceptibles de ser corregidas con políticas sanitarias específicas (cuadro 2).

Pese a la importancia estratégica del sistema sanitario, los desafíos a los que se enfrenta, la importancia que le conceden los ciudadanos y su demostrada conexión con los principales indicadores de cohesión social, sorprende la escasa atención que tradicionalmente ha merecido en el debate social y político, que sólo vuelve la mirada hacia el mismo cuando se vislumbran dificultades o controversias de índole financiera y presupuestaria.

*Debate abierto
sobre la sanidad*

Sin embargo, diversas iniciativas recientes han vuelto a poner de relieve la oportunidad de abordar un debate en profundidad sobre la situación y perspectivas del sistema sanitario, abonada por los importantes cambios que ha vivido el SNS desde su creación y, en especial, desde la culminación de las transferencias. Cabe mencionar a este respecto, la convocatoria en 2008 por parte del Ministerio de Sanidad de un Pacto de Estado en Sanidad. Entre los principios en los que se quiso sustentar este pacto figuran la equidad en las prestaciones sanitarias para toda la ciudadanía y la cohesión entre las autonomías. Su finalidad era encontrar puntos de encuentro entre todas las Administraciones sanitarias para garantizar y reforzar la calidad y sostenibilidad del SNS. A tal efecto, en febrero de 2009, se constituyó la Subcomisión del Congreso para el Pacto de Estado en Sanidad, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados.

5. Para un mayor desarrollo de la cuestión de los determinantes sociales de la salud, véase el informe de la Organización Mundial de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación*, 2009.

CUADRO 2. SANIDAD Y COHESIÓN SOCIAL: ALGUNOS INDICADORES RELACIONADOS

	Peso demográfico (% sobre poblac. total de España)	Variación poblac. relativa (%) 1998-2008	Renta media por hogar €/año (1)	Tasa riesgo pobreza relativa (2)	% bajo nivel educativo (3)	% cobertura sanitaria mixta (4)	Tasa envejecimiento (>65 años)	% fumadores diarios (5)
Comunidades autónomas	100	15,8	29.367	19,7	22,2	13,2	16,5	26,4
Total	17,8	-2,2	25.777	29,2	27,6	6,6	14,6	28,8
Andalucía	2,9	-3,5	29.315	14	20,0	0,4	19,8	26,3
Aragón	2,3	-13,8	28.133	13,8	22,6	13,5	21,8	26,3
Asturias	2,3	15,5	31.572	16	19,9	25	13,6	27,0
Baleares	4,5	10,2	25.739	26,8	26,0	4,9	12,7	29,8
Canarias	1,3	-4,7	30.821	13,6	20,5	5,4	18,4	31,3
Cantabria	5,5	-11,4	26.268	22,6	24,2	10,4	22,3	23,5
Castilla y León	4,4	1,4	25.063	28,1	28,1	6,5	17,7	27,0
Castilla-La Mancha	16,0	3,6	32.157	13,4	23,0	23,9	16,2	23,7
Cataluña	10,8	7,0	28.638	16,3	19,1	8,8	16,2	30,0
Comunidad Valenciana	2,3	-11,2	22.259	39,3	21,5	2,3	18,9	25,0
Extremadura	6,0	-11,7	27.267	20,9	22,5	8,5	21,7	22,4
Galicia	13,7	7,0	35.628	13,3	16,2	22,7	14,3	26,5
Madrid	3,1	11,4	26.538	25,4	24,6	0,6	13,6	29,8
Murcia	1,3	0,5	36.257	6,3	15,4	4,2	17,3	25,6
Navarra	4,7	-10,3	32.498	11,6	15,5	19,9	18,6	21,5
País Vasco	0,7	4,1	27.751	19,4	24,5	7,8	18,0	26,9
La Rioja	0,3	-5,0	28.973	33,6	30,1	2,3	10,9	26,7
Ceuta y Melilla								

Fuentes: INE, *Indicadores demográficos*.

(1) INE, *Encuesta de condiciones de Vida* (ECV) 2007.

(2) INE, ECV 2007. Porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza relativa, que se fija en el 60 por ciento de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas. En ese año se situaba en 7.203 euros en hogares con una persona.

(3) Ministerio de Educación y Ciencia, *Indicadores y Estadísticas. Las cifras de la educación en España, 2009*. Porcentaje de población de 25 a 64 años que no ha completado la Primera Etapa de la Educación Secundaria. Incluye, por tanto, desde analfabetos a personas que han completado bastantes años de escolaridad, aunque sin finalizar la equivalente a la escolaridad obligatoria.

(4) y (5) Ministerio de Sanidad y Consumo, *Encuesta Nacional de Salud* (ENS), 2006. Una persona sólo puede tener cobertura sanitaria exclusivamente pública, exclusivamente privada o mixta. Se entiende por cobertura sanitaria mixta la de aquellas personas que gozan de cobertura sanitaria pública y privada simultáneamente.

Mientras continuaban los trabajos para alcanzar dicho Pacto de Estado, el 18 de marzo de 2010 el Consejo Interterritorial del SNS aprobó el documento de consenso “Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud” que, situándose en el actual escenario de crisis económica y menor disponibilidad de recursos, aborda una serie de actuaciones orientadas a mantener la sostenibilidad de la calidad, de la innovación en infraestructuras y en tecnología y hacer viable la respuesta al incremento y envejecimiento de la población y a las nuevas necesidades sanitarias, todo ello bajo la premisa de que es necesario garantizar que los recursos disponibles se utilicen de la manera más racional y eficiente posible. Aunque más adelante se hará referencia al contenido en concreto del documento, valga adelantar que se trata de dos grupos de medidas, según se trate de medidas de aplicación inmediata (en materia de calidad, equidad y cohesión, por una parte, y en materia de eficiencia del sistema y control del gasto, por otra) o de medidas a medio plazo, que serán estudiadas y acordadas a lo largo de 2010, para su aplicación progresiva en el periodo 2010-2013. Transcurridos dos meses, en el contexto de las decisiones adoptadas con carácter extraordinario para luchar contra el déficit, el Gobierno aprobó nuevas medidas con amplia repercusión en el sistema sanitario⁶.

Por otro lado, en junio de 2010, se aprobó la ponencia para el estudio de las necesidades de recursos humanos del SNS, en la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado.

Unido a lo anterior, cabe recordar que desde 2008 el diálogo social se encuentra ampliado a la sanidad, existiendo una mesa específica.

1. Principios y evolución del Sistema Nacional de Salud

La generalización del derecho a la cobertura sanitaria pública y el desarrollo del SNS figuran entre los logros más importantes del proceso de desarrollo y expansión del Estado de bienestar en España. La sanidad pública constituye una pieza fundamental del entramado de la protección social, desempeñando un papel decisivo como vector de cohesión social y de compensación de desigualdades económicas. Además, la gestión descentralizada de los servicios y prestaciones sanitarias ha contribuido a fortalecer el proceso de desarrollo autonómico.

La construcción del sistema sanitario español es resultado de un largo proceso histórico, marcado por el punto de inflexión que supuso la aprobación de la Constitución española de 1978. Con anterioridad a este hecho, la protección de la salud se había desarrollado extensamente a partir de la Ley del Seguro obligatorio de enfermedad (SOE)

6. Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

de 1942, que articulaba una opción determinante para la naturaleza y características del sistema sanitario español: su imbricación en el sistema de Seguridad Social, que asumía la prestación directa de la mayoría de los servicios. Se creó así una vasta y compleja organización sanitaria que se financiaba a partir de las cotizaciones de empresarios y trabajadores. A diferencia de lo ocurrido en otros países, en los que el Estado se limitaba a financiar en distinta medida cada acto sanitario que recibieran sus beneficiarios de centros privados, en España se desarrolló una infraestructura pública propia, desde la que se ofrecían los servicios sanitarios, como prestaciones en especie de la Seguridad Social.

Cabe recordar que en sus primeras etapas, los servicios sanitarios estaban dirigidos a la población trabajadora, afiliada al sistema y sus familiares. Quedaban fuera de la protección las personas no integradas en el sistema de Seguridad Social y las personas en situación de exclusión social. Estos últimos podían acudir al sistema de beneficencia, que dependía de las Diputaciones Provinciales y que contaba con escasos recursos.

Este sistema se fue ampliando sobre todo por la vía de dar entrada a más colectivos profesionales de los que estaban contemplados al principio. Si en el año 1954 estaba cubierto por el SOE únicamente un tercio de la población activa y sus familiares, en 1964 alcanzaba ya a la mitad de la población⁷, mientras que en el año 1978 la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social alcanzaba al 82 por 100 de la población.

Como en tantos otros ámbitos, la promulgación de la Constitución de 1978 supuso un hito con respecto a la situación anterior, al reconocer la obligación de los poderes públicos de mantener un régimen público de Seguridad Social (artículo 41) junto con la introducción del principio de la protección con carácter universal de las situaciones de necesidad, así como la incorporación de la noción de suficiencia de la protección dispensada por el sistema público.

Con el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la creación del Estado autonómico, la Constitución estableció los fundamentos de lo que sería la posterior reforma sanitaria. En efecto, el artículo 43 CE reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos el fomento de la educación sanitaria así como la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, remitiéndose a una Ley que establecería los derechos y deberes de todos al respecto. Ya con anterioridad a la aprobación de la Ley General de Sanidad, el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud anticipó lo que sería una de las bases fundamentales del SNS, configurando una nueva forma de concebir la atención primaria, en torno a las áreas de salud.

7. Fundación FOESSA, *V Informe sociológico sobre la situación social en España*, Madrid, 1994.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en desarrollo del mandato constitucional, fue el resultado de un importante consenso social gestado tras largos debates políticos que apostaba por una sanidad del futuro propia de un Estado social y democrático de Derecho. La Ley abrió las puertas a la reforma sanitaria, partiendo de una concepción integral de la atención a la salud que comprende tanto las tareas de salud pública —estableciéndose como objetivo otorgar un papel más preponderante a la prevención y a la atención primaria— como las de asistencia sanitaria propiamente dicha. Durante los siguientes años, en paralelo al desarrollo del proceso de descentralización, se llevaron a cabo fuertes inversiones para la transformación de los antiguos ambulatorios o consultorios en modernos centros de salud conforme a la división territorial que establecía la Ley en zonas y áreas de salud.

La organización del sistema sanitario público en torno al denominado Sistema Nacional de Salud no implicó, sin embargo, la creación de una arquitectura institucional acorde con las necesidades de gobernanza que iba a implicar el nuevo modelo. El Sistema Nacional de Salud se define legalmente como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas y los servicios que presta la Administración del Estado (artículo 44 LGS), que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (artículo 45 LGS). Carece de personalidad jurídica propia en torno a la que se vertebre la idea de sistema, más allá de la suma de las actuaciones de los distintos servicios de salud y de los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial del SNS. Éste es, en realidad, su único órgano visible, si bien carece de una organización propia, permanente y diferenciada del propio Ministerio de Sanidad. Para superar esta indefinición y falta de integración de las funciones y objetivos del SNS sería útil, sobre la base del consenso, la creación de un instrumento horizontal que preste servicios a los sistemas de salud de las comunidades autónomas para mejorar su eficiencia y calidad, facilitando la coordinación, las economías de escala y costes⁸, la capacidad analítica y de evaluación, así como la colaboración mutua entre servicios de salud de las comunidades autónomas que no dejan de ser interdependientes en aspectos fundamentales y que en cualquier caso comparten la misión común de garantizar a los ciudadanos la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios.

Por lo demás, el SNS se asienta sobre los principios de universalidad en el acceso, descentralización en la gestión, equidad en el acceso a los servicios y prestaciones, financiación pública y participación social.

8. En otros países con una configuración político-sanitaria similar a España esta función la realizan organismos específicos, como el Socialstyrelsen (Consejo Nacional de Salud y Bienestar) en Suecia o el Canadian Institute of Health Information en Canadá, una opción que se va abriendo paso en otros países como Reino Unido, por ejemplo. Véase J. R. Repullo y J. M. Freire “Gobernabilidad del SNS: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización”, en *Informe SESPAS 2008: mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud*, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

1.1. UNIVERSALIDAD

El sistema sanitario español ha ampliado considerablemente su ámbito subjetivo de protección a través de la extensión “por abajo” de la cobertura pública, en el sentido de que las personas sin recursos pueden acceder a la totalidad de los servicios de la red pública en igualdad de condiciones que los trabajadores afiliados y sus beneficiarios. La Ley General de Sanidad ya preveía esta extensión de la cobertura pública a las personas sin recursos, pero no fue hasta el año 1989 cuando mediante el Real Decreto 1088/1989, se concretó esa posibilidad y se establecieron sus condiciones. Su entrada en vigor supuso pasar de un nivel de cobertura pública del 82 por 100 al 93,4 por 100. Un paso más en esta dirección vino dado por la Ley 4/2000, que extendía la cobertura de la sanidad pública a todos los extranjeros que estén en España, independientemente de su situación administrativa, siempre que estén empadronados y cumplan los restantes requisitos establecidos con carácter general para todos los residentes.

Sin embargo, pese a la práctica universalización de hecho de la cobertura sanitaria, el mantenimiento de la configuración legal originaria de la cobertura sanitaria da lugar a la subsistencia de colectivos excluidos del sistema sanitario público. En efecto, la asistencia sanitaria sigue siendo una prestación comprendida dentro de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, de conformidad con el artículo 38.1.a) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS) aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. La Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social estableció la naturaleza no contributiva de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, a efectos de la aplicación de la separación de fuentes de financiación, de modo que la sanidad pasó a financiarse a través de transferencias del Estado. Mientras la competencia para dispensar y gestionar esta prestación corresponde a las comunidades autónomas a través de sus Servicios Públicos de Salud, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria recae en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. En estos momentos se da la paradójica situación de que para el reconocimiento de una prestación de naturaleza no contributiva de la Seguridad Social se accede, como norma general, mediante demostración de afiliación y alta a la Seguridad social y, en su defecto, por la vía de la demostración de carencia de recursos. La existencia de esa doble vía de acceso a la cobertura no impide que en torno al 0,2 por 100 de la población quede fuera del sistema por no poder acreditar una u otra circunstancia. Unido a ello, se mantiene la vigencia de regulaciones diferenciadas para determinados colectivos, como la de los afiliados a algunas mutualidades incluyendo MUFACE, que pueden optar entre la sanidad pública y la privada, y otras entidades con convenios o regímenes especiales⁹.

9. Por ejemplo el de la Guardia Civil y fuerzas armadas cuyos servicios sanitarios se prestan a través del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) o la asistencia sanitaria de los trabajadores del mar y sus beneficiarios dentro del territorio nacional a través del Instituto Social de la Marina.

No se ha completado tampoco el traspaso a los servicios de salud de la sanidad penitenciaria, dependiente funcionalmente del Ministerio del Interior.

1.2. DESCENTRALIZACIÓN

La asunción de las competencias de la sanidad por las comunidades autónomas ha sido uno de los aspectos más determinantes de las características del modelo sanitario español, sustentado en la actividad de los servicios de salud autonómicos.

Conforme a la distribución de competencias establecida constitucionalmente, al Estado le corresponde en exclusiva la fijación de las bases y coordinación general de la sanidad (artículo 149.1.16^a CE), junto con la sanidad exterior¹⁰, la legislación sobre productos farmacéuticos, las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales y la Alta Inspección Sanitaria, órgano del Estado con importantes funciones de supervisión del funcionamiento coherente, armónico y solidario del sistema. En virtud del artículo 148.1.21 CE el campo de actuación en materia de “sanidad e higiene”¹¹ o salud pública se hizo asumible para todas las comunidades autónomas de manera que, cuando en 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad, todas las comunidades autónomas ejercían ya las competencias en esta materia. En cuanto a los servicios sanitarios asistenciales propiamente dichos, al estar caracterizados como prestaciones del sistema de Seguridad Social y, por tanto, como parte de las competencias exclusivas del Estado (“la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social”, artículo 149.1.17 CE), sin perjuicio de su “ejecución” por las comunidades autónomas, requerían el traspaso específico conforme a lo establecido en los artículos 151 y 143 de la Constitución. En cuanto a las comunidades autónomas susceptibles de recibir esa competencia, éstas se restringieron inicialmente, a través de cada Estatuto, a aquéllas que accedieron a la autonomía por la vía prevista en el artículo 151 CE (las denominadas “históricas”,

10. Actividades que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros (artículo 38.2 LGS). A partir de la entrada en vigor del Tratado de Maastricht y la creación del mercado único en 1992, las relaciones de sanidad exterior con países no pertenecientes a la Unión siguen siendo competencia del Estado, pero no así las que se susciten con países miembros, que son competencia de las comunidades autónomas. Ello no excluye el principio de colaboración entre diversas Administraciones en este ámbito, regulado por Real Decreto 1418/1986, de 13 junio, sobre funciones en materia de sanidad exterior y una de cuyas más recientes expresiones ha sido la creación en 2009 del SISAEX, el sistema informático que permite la gestión electrónica de determinados procedimientos previstos en el mencionado Real Decreto.
11. El concepto sanidad e higiene comprendería la acción pública en relación con el control sanitario de aguas (bebida, residuales) y residuos sólidos, contaminación atmosférica, vivienda y urbanismo, locales y edificios de convivencia pública o colectiva, establecimientos e industrias molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, control de la publicidad médico-sanitaria, policía sanitaria mortuoria, estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden en la salud humana, programas sanitarios tendientes a la protección y promoción de la salud (higiene maternal, infantil, escolar, industrial, laboral, deportiva, mental), acciones permanentes en materia de enfermedades transmisibles, antropozoonosis y educación sanitaria, programas de formación en materia de salud pública, autorización para la creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de centros, servicios y establecimientos sanitarios, control sanitario de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación y venta de alimentos, bebidas y productos relacionados con la alimentación humana.

más Andalucía), a las que, vía modificación de su Estatuto, se unieron con posterioridad Canarias y Valencia. La primera comunidad autónoma en recibir el traspaso de la sanidad fue Cataluña, en el año 1981, mientras que veinte años después, en el año 2001 se produjo la última oleada de transferencias, recibéndolas las diez comunidades autónomas que conformaban el antiguo territorio Insalud.

Las comunidades autónomas constituyen el eje del modelo surgido a partir de la Ley General de Sanidad, de modo que el SNS se configura como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas convenientemente coordinados. En la actualidad, 17 comunidades autónomas cuentan con servicios de salud propios en virtud de las correspondientes transferencias, mientras que la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las ciudades de Ceuta y Melilla corresponde al INGESA¹². Las piezas básicas de la organización de los servicios de salud son las áreas de salud, establecidas ya con anterioridad a la propia LGS a través del Real Decreto 137/1984. Estas áreas están organizadas conforme a una concepción integral de la sanidad de modo que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las áreas se distribuyen en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

Desde diversos ámbitos se han puesto de relieve las ventajas de la descentralización de competencias en materia sanitaria como uno de los aspectos más positivos de la reforma sanitaria. Se considera su contribución a aumentar el dinamismo, la innovación sanitaria y la mejora de la gestión. También parece haber ido ligada a un aumento de los costes administrativos y a una percepción bastante extendida acerca de diferencias en el acceso y a las prestaciones sanitarias entre las distintas comunidades autónomas. La evaluación de las transferencias en términos de resultados presenta notables dificultades metodológicas y los numerosos estudios realizados no son concluyentes ni unánimes. En cualquier caso, puede no resultar superfluo recordar que “no enferman los territorios, sino las personas” y que los principales factores de variabilidad radican en los propios individuos¹³. Unido a lo anterior, estudios recientes atribuyen buena parte de las diferencias a la variabilidad de la práctica clínica que parece darse dentro de un mismo servicio de salud. Los mismos análisis apuntan a que la descentralización habría disminuido el componente intrarregional de la desigualdad sanitaria (técnicamente más

12. También gestiona el Centro Nacional de Dosimetría de Valencia.

13. J. R. Repullo y J. M. Freire, “Gobernabilidad del SNS: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización”, *Informe SESPAS 2008: mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud*, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. En el mismo sentido, L. A. Oteo Ochoa en su ponencia ante la Comisión de Trabajo encargada de la elaboración de este informe el 19 de mayo de 2009.

importante) y habría aumentado el interregional (políticamente más llamativo)¹⁴. En el capítulo II de este informe se aborda una aproximación a algunos de los resultados que ofrece la Encuesta Nacional de Salud más reciente, que pueden servir para la reflexión.

En cualquier caso, una vez plenamente consolidada la descentralización lo que procede es explorar las áreas susceptibles de mejora en el ámbito de la organización y la gestión, a través de un avance de los mecanismos de cooperación y coordinación, para hacer efectivas las ventajas de la descentralización y aprovechar las economías de escala del sistema. Como ocurre en todos los países federales, a los que el nivel de descentralización alcanzado por la sanidad en España es prácticamente equiparable, la gobernabilidad de un sistema tan complejo requiere el ejercicio activo y eficaz de las funciones de coordinación o alta dirección por parte del Ministerio o un órgano central (Agencias en algunos países). Hasta el momento, no han sido satisfactorios los resultados del ejercicio de la función de coordinación que corresponde en exclusiva al Ministerio de Sanidad y que debería fortalecerse, dotándose de herramientas eficaces para tal cometido, lo que requiere una revisión en profundidad del papel del Consejo Interterritorial del SNS, como principal órgano de coordinación del sistema.

1.3. EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES

Ya en la Ley General de Sanidad subyacía claramente la preocupación por garantizar la equidad interterritorial del sistema. Entre los principios generales del sistema sanitario, la Ley establecía como objetivo el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, así como la orientación de la política de salud a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (artículo 3). Como instrumento para superar las desigualdades territoriales, la Ley confiaba fundamentalmente en las políticas de gasto y la financiación pública. Así, en su artículo 12 establecía explícitamente como finalidad de las políticas de gasto sanitario la corrección de las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución. Asimismo, su artículo 81 establece que la “generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada comunidad autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12”.

14. B. González-López Valcárcel y P. Barber, *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud*. En el mismo sentido, G. López Casasnovas, en su comparecencia ante la Comisión de Trabajo encargada de la elaboración de este informe.

Con el paso de los años y como ponen de relieve buena parte de los estudios, se ha puesto de manifiesto que el gasto sanitario en sí mismo no es un indicador apropiado para evaluar la equidad interterritorial, ni un mayor gasto significa necesariamente mejor servicio¹⁵.

La Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incorporó, entre sus principios informadores (artículo 2) el objetivo de igualdad efectiva y de calidad en la prestación de los servicios, junto con la no discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias (artículo 2.a). Asimismo, reconocía explícitamente el principio de coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas para la superación de las desigualdades en salud (artículo 2.g).

El diseño del modelo consideraba que la coordinación debería llevar a alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario en torno al principio de equidad, un concepto que, aplicado al sistema sanitario, se despliega en distintas acepciones que se han ido incorporando a los objetivos del sistema:

- Equidad en el acceso al sistema sanitario, lo que implica la posibilidad de acceder al mismo servicio para igual necesidad
- Equidad en los recursos y equidad financiera, lo que supone alcanzar la equidad estructural mínima suficiente para poder conseguir la equidad en el acceso, que las comunidades autónomas pueden completar con sus propios recursos.
- Eficacia y efectividad en la introducción de técnicas y realización de actividades sanitarias que contribuyan a mejorar el nivel de salud.
- Eficiencia en la gestión, tanto a nivel macroeconómico en lo que se refiere a los límites de los recursos asignables como a la eficiencia “micro”, es decir, lograr la máxima y mejor atención a la salud con los recursos disponibles en un momento dado.
- Satisfacción del usuario.

1.4. FINANCIACIÓN PÚBLICA

La financiación pública, mediante recursos de las Administraciones públicas, forma parte desde sus inicios de las características fundamentales del SNS (artículo 46.d de la LGS). La misma LGS estableció que la política de gasto sanitario debería orientarse hacia la corrección de las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de

15. Entre los más recientes, J. C. Cabañes (ed.), “La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva comparada”, Fundación BBVA, Madrid, 2006; D. Cantarero, “Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español”, en *Desigualdad, equidad y eficiencia en salud y en servicios sanitarios*, ICE, núm. 75-junio 2008. G. López Casasnovas y A. Mosterín Höpping, “El gasto sanitario en el contexto del gasto social. Un análisis generacional de las tendencias en España en un contexto de envejecimiento demográfico”, en *Informe SESPAS 2008: mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud*, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

acceso a los servicios sanitarios en todo el territorio español (artículo 12). En el proceso de construcción y consolidación del SNS la financiación de los servicios sanitarios asistenciales fue perdiendo su inicial vinculación con la vertiente profesional o contributiva de la Seguridad Social al ir disminuyendo el peso de las cotizaciones sociales mientras aumentaba la participación de las transferencias del Estado como fuente de financiación. La Ley 24/1997, de 15 de julio, sobre Consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social estableció definitivamente la naturaleza no contributiva de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social lo que, en aplicación del principio de separación de las fuentes de financiación de las prestaciones del sistema, implicaba que debería ser plenamente asumida a través de impuestos, lo que consiguió llevarse a cabo en el año 1999.

El acceso a las prestaciones sanitarias es, como regla general, gratuito, salvo en el caso de la prestación farmacéutica. Solamente los pensionistas y los enfermos crónicos disfrutaban de la gratuidad de la misma¹⁶, en el primer caso, y de un porcentaje muy reducido (10 por 100) en el segundo, estableciéndose el copago para el conjunto de la población activa afiliada a la Seguridad Social y sus beneficiarios, fijado en el 40 por 100 del precio de venta al público de los medicamentos. El acceso a la prestación farmacéutica de las personas que acceden al sistema por la vía de la demostración de carencia de recursos es una cuestión que ha sido abordada de distinta manera por los servicios de salud autonómicos¹⁷.

La racionalización y contención del crecimiento del gasto sanitario en un sistema plenamente descentralizado reviste una especial complejidad y requiere una consideración especial del sistema de financiación autonómico, que se abordará en el tercer capítulo de este informe.

1.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

La sanidad es una de las vertientes de la protección social con mayor presencia en la vida cotidiana de los ciudadanos y, en todo caso, una de aquéllas a las que más importancia conceden. La Ley General de Sanidad sentó las bases para dotar de la necesaria reciprocidad a tal consideración, es decir, para reforzar la posición de los ciudadanos en su relación con el sistema, diseñando los derechos que les conferirían la cualidad de verdaderos protagonistas del mismo, aumentando sus posibilidades de elección y participación (individual y colectiva) así como, en su caso, articulando vías de reclamación (artículo 10.2).

16. Aunque recientemente ha habido alguna norma autonómica que ha extendido esta norma a otros colectivos. Así, en la comunidad autónoma de Andalucía se aprobó el Decreto 415/2008, de 22 de julio, por el que se garantiza a la población infantil menor de un año el derecho a la prestación farmacéutica gratuita del servicio sanitario público de Andalucía.

17. Véase Informe CES 1995 sobre el Proyecto de Plan Nacional de inclusión social, recomendando que se articulen fórmulas homogéneas en todo el SNS para facilitar el acceso a la prestación farmacéutica a las personas sin recursos.

La participación ciudadana es uno de los principios básicos que deben regir el funcionamiento del SNS y se configura como otro de los derechos de los usuarios en la LGS (artículo 10.10) que propugna su participación a través de instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias (artículo 5 LGS). La Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud dedicó su capítulo IX a la participación social, en la que se entienden comprendidas organizaciones empresariales y sindicales, así como representantes de las organizaciones de consumidores y usuarios, está formalizada a través de distintos órganos de ámbito estatal (Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS, Consejo del INGESA), autonómico (Consejo de Salud de la comunidad autónoma) así como los Consejos de Salud de Área.

Los Consejos de Salud de Área cuya creación está prevista en el artículo 58 de la LGS deberían ser el instrumento de participación comunitaria de consulta y seguimiento de la gestión más cercano a los usuarios, considerando su ámbito local de proximidad. Sin embargo, han tardado mucho en desarrollarse y aún se desconoce su verdadera operatividad. La información de que se dispone hace referencia al volumen de la red, no al desarrollo de sus cometidos, entre los que destacan la promoción de la participación comunitaria en el seno del área de salud, verificar la adecuación de las actuaciones en el área de salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica, así como proponer medidas a desarrollar en el área de salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma.

Las comunidades autónomas también han ido constituyendo órganos de participación cuyo ámbito puede coincidir con el de la comunidad autónoma, con el área de salud, e incluso con otros ámbitos territoriales diferentes (a veces por zonas básicas de salud y otros ámbitos intermedios entre la zona y el área). El resultado es una amalgama de órganos de participación que se han ido creando con una composición muy heterogénea pues, sobre todo en el caso de los consejos de área y de zona, han ido dando cabida a una gran variedad de actores locales distintos de los inicialmente contemplados en el artículo 58 de la Ley General de Sanidad, aunque siempre con fuerte presencia de las corporaciones locales o los cabildos insulares. Se incorporan así, en mayor o menor medida, a asociaciones de vecinos, de usuarios, consejos escolares, universidades, asociaciones empresariales, colegios profesionales, etc.

2. Coordinación, cooperación y calidad en el Sistema Nacional de Salud

Hasta el momento en que se alcanzó la plena descentralización, el modelo de coordinación sanitaria no había sufrido cambios sustanciales con respecto a las previsiones de la Ley 14/1986. Valga recordar que las transferencias en materia de sanidad se llevaron a cabo de manera distinta y en diferentes momentos en función del tipo de servicios, según se tratara de las competencias en materia de salud pública (que fueron

asumidas directamente desde un primer momento por todas las comunidades autónomas) o de la atención sanitaria propiamente dicha (recuadro 1). En el caso de esta última, la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios se llevó a cabo de manera escalonada en varias fases, transcurriendo más de veinte años entre las primeras transferencias de gestión a las comunidades autónomas entonces denominadas “de vía rápida” y las últimas diez que constituían el antiguo territorio Insalud. No hubo una planificación detallada *ex ante* de cómo ejercería el Estado su función de coordinación o de cuáles serían los instrumentos de coordinación más eficaces para, a la vista de la experiencia internacional comparada, mantener los servicios prestados con el carácter universal y transferible a los ciudadanos de unos y otros territorios.

La circunstancia de que la negociación se llevara a cabo por separado con cada una de las comunidades autónomas y sin una fijación previa de objetivos sanitarios (de carácter asistencial, de mejora de la atención y la gestión, de inversión y participación social) determinó un predominio del enfoque económico en las transferencias y la falta de articulación de un modelo de coordinación y cooperación eficaz desde la perspectiva del conjunto del sistema. Sin embargo, la coordinación general de la sanidad sigue siendo uno de los principales cometidos que corresponden a la Administración general del Estado en materia sanitaria, junto al ejercicio de la Alta Inspección, las bases de la legislación farmacéutica, las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, así como la gestión del fondo de cohesión sanitaria.

RECUADRO 1. DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA

(Relación de normas de traspaso)

	Transferencias gestión del Insalud	Transferencias en sanidad e higiene (salud pública)	Transferencias ejecución legislación del Estado sobre productos farmacéuticos
Andalucía	RD 400/1984, de 22 de febrero	RD 1118/1981, de 24 de abril RD 1021/1984, de 28 de marzo	
Aragón	RD 1475/2001, de 27 de diciembre	RD 331/1982, de 15 de enero RD 551/1984, de 8 de febrero	RD 612/1999, de 16 de abril
Asturias	RD 1471/2001, de 27 de diciembre	RD 2874/1979, de 17 de diciembre RD 512/1984, de 8 de febrero	RD 2082/1999, de 30 de diciembre
Baleares	RD 1478/2001, de 27 de diciembre	RD 2567/1980, de 7 de noviembre RD 784/1984, de 22 de febrero	RD 1004/1999, de 11 de junio
Canarias	RD 446/1994, de 11 de marzo	RD 2843/1979, de 7 de diciembre RD 837/1984, de 8 de febrero	RD 2468/1996, de 2 de diciembre
Cantabria	RD 1472/2001, de 27 de diciembre	RD 2030/1982, de 24 de julio RD 3458/1983, de 28 de diciembre	RD 1419/2006, de 1 de diciembre

(Continúa en página siguiente)

<i>(Continuación)</i>			
	Transferencias gestión del Insalud	Transferencias en sanidad e higiene (salud pública)	Transferencias ejecución legislación del Estado sobre productos farmacéuticos
Castilla- La Mancha	RD 1476/2001, de 27 de diciembre	RD 331/1982, de 15 de enero RD 641/1984, de 8 de febrero	
Castilla y León	RD 1480/2001, de 27 de diciembre	RD 2559/1981, de 19 de octubre RD 2060/1984, de 26 de septiembre	RD 1755/1998, de 31 de julio
Cataluña	RD 1517/1981, de 6 de julio	RD 2210/1979, de 7 de septiembre RD 3044/1982, de 15 de octubre RD 995/1984, de 25 de abril RD 1264/1984, de 23 de mayo RD 529/1987, de 3 de abril	RD 1047/1997, de 27 de junio
Comunidad Valenciana	RD 1612/1987, de 27 de noviembre	RD 278/1980, de 25 de enero RD 4142/1982, de 15 de enero RD 2103/1984, de 10 de octubre	RD 851/1999, de 21 de mayo
Extremadura	RD 1477/2001, de 27 de diciembre	RD 2912/1979, de 21 de diciembre RD 588/1984, de 8 de febrero	RD 430/2003, de 11 de abril
Galicia	RD 1679/1990, de 28 de diciembre	RD 1634/1980, de 31 de julio RD 1706/1982, de 24 de julio RD 2368/1984, de 19 de diciembre	RD 1379/1997, de 29 de agosto
La Rioja	RD 1473/2001, de 27 de diciembre	RD 542/1984, de 8 de febrero	RD 1845/2000, de 10 de noviembre
Madrid	RD 1479/2001, de 27 de diciembre	RD 1359/1984, de 20 de junio	
Murcia	RD 1474/2001, de 27 de diciembre	RD 466/1980, de 29 de febrero RD 340/1982, de 15 de enero RD 550/1984, de 8 de febrero	RD 510/2001, de 11 de mayo
Navarra	RD 1680/1990, de 28 de diciembre	RD 1687/1985, de 1 de agosto	RD 1318/1997, de 1 de agosto
País Vasco	RD 1536/1987, de 6 de noviembre	RD 2209/1979, de 7 de septiembre RD 2768/1980, de 26 de septiembre RD 274/1987, de 13 de febrero	

2.1. COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA TRAS LA LEY 16/2003

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se propuso el establecimiento del marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS.

En el nuevo contexto conformado por diecisiete servicios de salud autonómicos, la Ley viene a completar el marco ya establecido por la Ley General de Sanidad de 1986 —que sigue vigente, a excepción de algunos artículos que son expresamente derogados—, en orden a la adaptación de los elementos esenciales del SNS a los profundos cambios experimentados desde entonces en la sociedad, la ciencia, la economía, la salud y los hábitos de vida.

La Ley 16/2003 define seis ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas (prestaciones del sistema, farmacia, profesionales, investigación, sistema de información y calidad), definiéndose en los mismos un núcleo común de actuación y unos instrumentos de ejecución. La puesta en marcha de algunos instrumentos creados por la Ley de Cohesión y calidad del SNS ha permitido avances especialmente en el plano de la información sobre el sistema, un requisito previo insoslayable para abordar las necesarias reformas, aunque todavía existen numerosos ámbitos susceptibles de mejora en este campo, en especial respecto a la información territorializada.

La Ley 16/2003 también introdujo algunos cambios en los principales instrumentos de coordinación y cooperación. Se crearon o se potenciaron una serie de órganos especializados, abriéndolos a la participación de las comunidades autónomas. Entre los que ya existían, la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o el Instituto de Salud Carlos III. Los principales órganos de nueva creación fueron la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y, dependiendo de esta última, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. También se regularon en la Ley las actuaciones coordinadas del Estado y comunidades autónomas en materia de salud pública y seguridad alimentaria, así como los supuestos en que se encuadrarán dichas actuaciones (situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública y ejecución de programas derivados de exigencias procedentes de la Unión Europea o de convenios internacionales). Se preveía asimismo la elaboración a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de un plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) es el órgano de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas que tiene la finalidad de promover la cohesión del sistema. Sus funciones se vieron incrementadas y reforzadas por la Ley 16/2003. Los acuerdos del Consejo se plasman a través de recomendaciones que se aprueban, como regla general, por consenso. El CISNS debe pronunciarse, entre otras cuestiones, sobre la cartera de servicios del SNS; el establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las básicas por parte de las comunidades autónomas; criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones; criterios, sistemas y medios que permitan la información recíproca en el SNS o el establecimiento de criterios y mecanismos para garantizar la suficiencia financiera del sistema.

*El papel del Consejo
Interterritorial*

En cuanto a su composición, la Ley 16/2003 reforzó el componente territorial de este órgano, al modificar sustancialmente la estructura del mismo inicialmente prevista en la LGS (igual número de representantes de la Administración General del

Estado y de las comunidades autónomas), sustituyéndola por la presencia del Ministro de Sanidad y Consumo como representante de la Administración General del Estado y los diecisiete consejeros de sanidad autonómicos.

El CISNS ha conseguido avanzar sobre todo en los últimos años en el ámbito de la cooperación y la planificación en materia de salud pública, habiéndose aprobado en su seno diversas estrategias en este ámbito (cuidados paliativos, etc.). Sin embargo, no se ha conseguido superar la dificultad y la lentitud en la toma de decisiones, la opacidad informativa de sus actividades y la variabilidad en la aplicación de sus acuerdos sigue siendo una constante que contribuye a que la coordinación siga siendo un punto débil del sistema.

A la Alta Inspección del Estado le corresponde un importante papel en el ejercicio de la función de coordinación y de articular la necesaria cooperación entre los distintos servicios de inspección autonómicos. Sin embargo, apenas se dispone de información sobre sus actividades. Entre las tareas que le competen según la Ley de Cohesión y calidad, corresponde a la Alta Inspección la función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de sanidad y de atención sanitaria del SNS, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, en los estatutos de autonomía y en las leyes. En concreto, le corresponde supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las comunidades autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado; evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario; supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado asignados a las comunidades autónomas que tengan un destino o finalidad determinada o verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como de los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.

La Alta Inspección Sanitaria

Su funcionamiento se atiene al Plan anual de actividades y deberá elaborar una memoria anual sobre el funcionamiento del sistema que deberá presentarse al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para su debate. Además, la Alta Inspección del Estado establecerá mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección de las comunidades autónomas, en especial en lo referente a la coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público.

La magnitud de las tareas que tiene encomendadas la Alta Inspección contrasta, sin embargo, con la escasa información disponible sobre su desarrollo efectivo, que debería ser impulsado en cualquier caso mediante las medidas oportunas.

Respecto al Fondo de Cohesión Sanitaria (que se tratará con mayor detalle en el tercer capítulo de este informe), su naturaleza fue redefinida por la Ley 16/2003 puesto que en un principio, tal y como estaba regulado se limitaba a articular un mecanismo de compensación de gastos por atención a pacientes desplazados y extranjeros no residentes, tal y como señaló el CES en su día¹⁸. Además de esos dos cometidos, la Ley le atribuyó como nueva finalidad la de dar cobertura a la realización de políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades, mediante planes integrales de salud, teniendo en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio (patologías crónicas, morbimortalidad por edad, población infantil, inmigración, etc.).

Además, hay otros órganos específicos por materias (Agencia Nacional de Evaluación de Nuevas Tecnologías, Agencia del Medicamento, Agencia de Seguridad Alimentaria, Organización Nacional de Transplantes, etc.), en los que suelen estar representados los servicios de salud de las comunidades autónomas que, a su vez, cuentan con organismos o agencias específicas con similar cometido en su ámbito territorial.

Entre los instrumentos de coordinación contemplados por la LGS, cabe recordar que no se ha conseguido desarrollar el Plan Integrado de Salud del SNS, cuya elaboración preveía la LGS (artículos 74 y 75) para, a partir de los planes de salud de las comunidades autónomas y de los diferentes planes de salud estatales, para marcar los objetivos y orientar las actuaciones del conjunto del sistema y las asignaciones del Fondo de Cohesión. La elaboración del Plan Integrado de Salud contribuiría a articular la planificación sanitaria en torno a los objetivos en salud y facilitaría el seguimiento de los resultados en este ámbito.

*Calidad,
objetivo del SNS*

La aprobación de la Ley 35/2003, de Cohesión y calidad supuso la definición de nuevos objetivos e instrumentos de coordinación. En efecto, una vez culminada la descentralización de la gestión, consolidada la universalización y establecida la nueva cartera de servicios, la calidad del sistema se presenta como el principal reto a afrontar a través del desarrollo de estrategias orientadas a la práctica clínica basada en la evidencia científica, con la finalidad de asegurar un buen servicio a los ciudadanos.

Una de las principales novedades en este ámbito fue la aprobación en 2006 del primer Plan de Calidad del SNS 2006-2010, actualizado en 2007, con el que se pretendía crear un nuevo instrumento para responder al propósito de incrementar la cohesión del sistema y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria, ofreciendo herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las comunidades autónomas en el objetivo de mejorar la calidad.

18. Dictamen CES 11/2002, sobre el Proyecto de Real Decreto para la regulación de la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las Medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía.

El plan tiene seis grandes áreas de actuación, que se concretan en 12 estrategias (dirigidas a promover la salud, la equidad, etc.), 41 objetivos y 189 proyectos concretos, para los que se destina desde 2006 una cantidad de 50 millones de euros anuales (recuadro 2).

RECUADRO 2. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DEL PLAN DE CALIDAD DEL SNS

Protección y promoción de la salud.

Estrategia 1. Proteger la salud.

Fortalecimiento de los servicios de salud exterior, los sistemas de vigilancia epidemiológica y salud ambiental.

Estrategia 2. Salud y hábitos de vida.

Prevención de la obesidad, el consumo de alcohol y de accidentes domésticos. Impulso de la AP en el marco del proyecto AP-21.

Fomentar la equidad.

Estrategia 3. Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas.

Estrategia 4. Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.

Apoyar y planificar el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Estrategia 5. Adecuación de los recursos humanos a las necesidades de los servicios sanitarios.

Fortalecimiento de las unidades docentes, apoyar la ordenación de los recursos humanos del SNS.

Fomentar la excelencia clínica.

Estrategia 6. Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión.

Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Estrategia 7. Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios.

Aprobación de una norma para establecer los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios del SNS.

Estrategia 8. Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.

Realización del primer Estudio Nacional de Efectos Adversos. Establecimiento del sistema nacional de notificación de efectos adversos.

Estrategia 9. Mejorar la atención a los pacientes con determinadas patologías.

Enfermedades prevalentes de gran carga social y enfermedades raras (puesta en marcha de un nuevo CIBER).

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

Estrategia 10. Mejorar la práctica clínica.

Utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención.

Estrategia 11. Sanidad en línea.

Mayor transparencia.

Estrategia 12. Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible

Puesta en marcha de un Banco de Datos del SNS, con información del Ministerio, las comunidades autónomas y fuentes internacionales.

Creación de los premios a la calidad.

Fuente: MSC, Plan de Calidad, 2007.

El Plan de Calidad, actualizado en 2007, debe desarrollarse a través de un amplio abanico de instrumentos e iniciativas, tanto de carácter formativo como de fortalecimiento de redes de instituciones y grupos, celebración de foros y talleres, convocatoria de conferencias, suscripción de acuerdos, conciertos y convenios, apertura de espacios virtuales, organización de actividades formativas, campañas de publicidad, etc.¹⁹. El Plan prevé que su evaluación sea de carácter global y se lleve a cabo con la colaboración de los responsables de los servicios sanitarios, los ciudadanos y los profesionales. Para ello, se encuestará tanto el grado de impacto global como el nivel de desarrollo de sus estrategias, usando las encuestas periódicas del MSC, o específicas. En el mes de julio se presentó al Consejo de ministros el primer balance del Plan, en el que se sostiene su eficacia para garantizar la cohesión del sistema sanitario español, la equidad en la atención sanitaria y para asegurar una asistencia de calidad.

Como principales progresos, el balance recuerda que el Plan ha permitido el desarrollo de distintas estrategias en salud, entre ellas las de cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, ictus, cuidados paliativos, EPOC y enfermedades raras. También se destaca entre las actuaciones el proyecto de historia clínica digital en el SNS, el programa Sanidad en Línea, las estrategias del parto normal y de enfermedades prevalentes y la implantación y mejora de sistemas de información comunes.

Sin embargo, por el momento no se ha dado a conocer el grado de desarrollo concreto de cada una de las actuaciones previstas, ni la relación de acciones pendientes de implantación.

Como ya se ha mencionado, ya entrado el año 2010, el CISNS ha alcanzado un acuerdo sobre una serie de acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del

*Documento de
consenso del CISNS*

19. <http://blog.plandecalidadsns.es/>.

SNS, de diverso contenido, alcance y concreción. La generalidad de algunos de los planteamientos que mayor consenso concitan en este documento —y que en buena parte coinciden con las conclusiones de este informe— no debería ser obstáculo para su efectiva aplicación, seguimiento y evaluación (recuadro 3).

RECUADRO 3. ACCIONES Y MEDIDAS PARA PROMOVER LA CALIDAD, LA EQUITAD, LA COHESIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS
(Aprobadas en CISNS el Pleno de 18 de marzo de 2010)

Medidas inmediatas en materia de calidad, equidad y cohesión

- Aprobación de una norma para la **plena universalidad** en el acceso a los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
- Mejorar las garantías de los ciudadanos mediante una **norma** para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS que incorpore criterios marco acordados en el seno del CISNS.
- Aprobación en el CISNS de un **calendario vacunal único** para toda España
- Mejorar la accesibilidad del ciudadano al SNS mediante un uso extensivo de las **e-Health** y nuevas tecnologías (atención telefónica, telefonía, móvil, internet).
- Extensión de la Historia Clínica Digital común del SNS.

Medidas inmediatas en materia de eficiencia del sistema y control de gasto

- Adoptar **políticas comunes en materia farmacéutica**.
 - Modificación del sistema de precios de referencia, rebaja de precios de medicamentos genéricos y fijación de precios máximos para medicamentos de síntomas menores.
 - Aplicación de criterios de coste-efectividad en la incorporación de nuevos medicamentos en la cartera de servicios del SNS. Desarrollo de guías farmacoterapéuticas que ayuden a que las decisiones clínicas se fundamenten en criterios de evidencia y coste-efectividad.
- Establecimiento en 2010 de un **procedimiento de compras agregadas** para el conjunto del SNS, al que las comunidades autónomas se puedan sumar de manera voluntaria. Elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las comunidades autónomas los precios de compra a diferentes proveedores.
- Desarrollo de **estrategias educativas, informativas y organizativas** que ayuden a moderar la presión asistencial (difusión del conocimiento del coste de los servicios sanitarios consumidos, bien mediante facturas sombra, bien mediante la utilización de tablas estándar).
- Definir **criterios comunes para las retribuciones** que permitan incrementar la productividad y la calidad de los servicios de salud y establecer procedimientos de planificación compartidos.

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

Medidas a medio plazo

Serán estudiadas y acordadas a lo largo de 2010, para su aplicación progresiva en el periodo 2010-2013.

- Medidas que permitan proponer en el futuro al Consejo de Política Fiscal y Financiera **un incremento finalista de recursos** al SNS.
- Reforma del **Fondo de Cohesión Sanitaria** que contemple nuevas finalidades que permitan reforzar su utilidad como herramienta para impulsar políticas comunes de cohesión en el SNS.
- Estudiar mecanismos de **compensación del gasto** soportado por los servicios de salud en concepto de contingencias laborales, cuya financiación corresponde a las mutuas de accidentes laborales y de enfermedades profesionales.
- Revisar las **tarifas por atención a los accidentes de tráfico** para recuperar costes.
- Revisar los mecanismos de gestión de **reembolso** derivados de la atención a pacientes de la Unión Europea.
- Nuevas **estrategias salud conjuntas** entre los distintos servicios autonómicos de salud, reforzando los mecanismos de evaluación.
- Desarrollar mecanismos comunes para **aumentar la participación de los profesionales en la gestión** y en la dirección de los servicios de salud y en la asignación de los recursos.
- Desarrollar un **estudio sobre necesidades de profesionales** de cuidados de enfermería en el SNS.
- Establecer un **sistema común para la planificación de recursos humanos**: necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidad para el SNS.
- Establecer un **sistema de información común con indicadores** que ofrezcan transparencia a los resultados de salud del SNS.
- Establecer y mantener actualizado el **registro de profesionales** para la planificación de necesidades que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.
- Desarrollo de un **nuevo mapa de especialidades médicas** en base un modelo troncal de formación.
- Elaboración de una **Estrategia común para la atención a los pacientes crónicos** en el SNS.
- Promover estilos de vida saludable (actividad física adecuada, alimentación equilibrada, deshabituación tabáquica, etc.), **priorizando la salud pública**.
- Reforzar el papel de la **evaluación de tecnologías sanitarias**.

2.2. TENDENCIAS QUE DEMANDAN UNA MEJOR GOBERNANZA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Considerando la eficacia de las políticas sanitarias específicas, algunas tendencias apuntan a la necesidad de valorar la situación del SNS en términos de favorecer una mejor gobernanza del mismo a partir de un enfoque basado en la coordinación y cooperación interterritorial. Entre ellas, y sin ánimo de exhaustividad, cabe mencionar:

La importancia de la prevención y la salud pública

El reforzamiento del enfoque eminentemente preventivo hacia el que se orienta la modernización de los servicios sanitarios en el contexto internacional implica un mayor protagonismo de la salud pública, precisamente un ámbito competencial de gestión que las comunidades autónomas asumieron plenamente incluso con anterioridad a las transferencias de gestión de los servicios sanitarios. La creciente globalización, en su vertiente sanitaria, exige respuestas comunes, puesto que cada vez es más frecuente la aparición de riesgos y amenazas para la salud que traspasan los límites locales y las fronteras nacionales, lo que hace imprescindible la toma de medidas coordinadas para resolver eficazmente las situaciones de riesgo. La cooperación en materia de salud pública, pese a haber atravesado varios episodios críticos (encefalopatía, dioxinas, etc.) es uno de los ámbitos que mejores resultados está obteniendo en los últimos años, siendo exponente de ello la adopción de diversas estrategias de salud pública (cardiopatía isquémica, NAOS, etc.) mediante el consenso en el seno del Consejo Interterritorial de Salud o la respuesta coordinada de las instituciones ante la reciente epidemia de gripe A.

Sin embargo, queda un amplio camino por recorrer en este ámbito. De hecho, el planteamiento de la futura Ley de Salud pública, sobre cuyo Anteproyecto el CES ha emitido su Dictamen 7/2010, parte de la actual disparidad en la implantación de acciones de salud pública y la necesidad de evitar desigualdades territoriales y sociales en este ámbito, así como el uso indebido de recursos, la “medicalización” innecesaria de situaciones abordables mediante acciones preventivas y de promoción de la salud o ineficiencias en la prevención. En opinión del CES, el objetivo de transversalidad que impregna dicho Anteproyecto, asumiendo el lema de la OMS de “salud en todas las políticas” requiere una intensa y efectiva coordinación y cooperación no sólo entre las distintas Administraciones territoriales, sino a nivel intersectorial o interdepartamental.

Está demostrado que el fomento de la prevención y los hábitos de vida saludables, que constituyen la base de la salud pública, además de mejorar la salud y la calidad de vida de la población, a medio y largo plazo aumentan la eficiencia económica del sistema sanitario. Ello refuerza su interés en el actual escenario de menores ingresos por recaudación.

El objetivo de calidad y la medicina basada en la evidencia científica

Alcanzado un nivel determinado de desarrollo, se ha comprobado que la mejora marginal que aportan los sistemas sanitarios es muy reducida y la estrategia maximizadora de

la eficiencia pasa por identificar las inversiones sanitarias de mayor efectividad. A partir del estudio de las variaciones y la efectividad de los servicios sanitarios, las prioridades de política sanitaria deben basarse en la evidencia científica.

De todos los ámbitos de actuación contemplados por el Plan de Calidad, el fomento de la excelencia clínica es uno de los ámbitos más reseñables en el que se debe profundizar desde la cooperación. Más allá de la garantía genérica a una serie de prestaciones que se lleva a cabo en el Real Decreto de cartera de servicios, las variaciones en la práctica clínica, en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son una realidad ampliamente contrastada en el SNS²⁰. La mejora de los sistemas de información, la coordinación y la cooperación en el intercambio de experiencias y buenas prácticas debería contribuir a identificar la manera más eficaz de abordar un determinado problema de salud a través de la medicina basada en la evidencia, independientemente del centro, hospital o servicio de salud al que se encuentre adscrito el ciudadano que lo padezca. En este sentido, el criterio de demarcación autonómico o por servicios de salud no siempre es el más determinante para observar diferencias en el uso, en las prácticas o en el acceso a los medios de salud. Estudios recientes han puesto de manifiesto que la calidad de la atención sanitaria es especialmente sensible a las numerosas variaciones en la práctica clínica que se dan en el SNS, y que en este ámbito las desigualdades intraterritoriales son tanto o más importantes en algunos casos que las detectadas entre servicios de salud²¹.

Descentralización, competitividad empresarial y libre prestación de servicios

Las políticas sanitarias desarrolladas en el ámbito del SNS tienen un amplio margen de posibilidades de intervención para mejorar o garantizar la competitividad del sector sanitario español. De hecho, los servicios de salud ocupan una posición privilegiada a la hora de adoptar decisiones estratégicas de compra, de incorporación de terapias y nuevas tecnologías, etc.

Por su parte, el entramado empresarial de base científica y tecnológica vinculado a las ciencias de la salud y a la provisión de servicios sanitarios constituye uno de los vectores más claros de desarrollo económico y social. Requeriría, por ello, un marco regulador claro, políticas de precios transparentes, garantías públicas de protección de la propiedad industrial y un sistema de innovación como política de Estado que impulsara las funciones más estratégicas y de valor añadido de esta industria²². En este sentido, la disparidad de criterios, de requisitos, de procedimientos que rigen las

20. Ministerio de Sanidad y Política Social, *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2007*, Colección Informes, Estudios e Investigación, 2009.

21. B. González López-Valcárcel y P. Barber Pérez, *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*, Documento de trabajo 90/2006. Fundación Alternativas.

22. L. A. Oteo Ochoa, *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social*, comparecencia ante la Comisión de Trabajo encargada de este informe el 19 de mayo de 2009.

condiciones concretas para el ejercicio de una misma actividad en las distintas comunidades autónomas, genera inseguridad jurídica, resta agilidad y añade costes a la gestión empresarial. En el entorno de internacionalización en el que actúan las empresas del sector sanitario, la coordinación de las distintas Administraciones debería contribuir a la simplificación de trámites administrativos para no entorpecer la posición competitiva de nuestro país respecto a otros que no tienen una estructura política similar o que han conseguido mayores niveles de coordinación entre sus Administraciones territoriales²³.

De cara a los usuarios del sistema no resulta fácilmente comprensible que las condiciones concretas para la autorización y acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios²⁴ y las condiciones que deben reunir los profesionales a su servicio que son aceptables en un territorio no lo sean en el vecino, como ocurre con las unidades móviles (ambulancias).

La movilidad en el Sistema Nacional de Salud: pacientes, profesionales y servicios

La movilidad de los pacientes en el ámbito europeo es ya un hecho con la implantación de la tarjeta sanitaria europea. La movilidad de los pacientes dentro del SNS es un derecho reconocido por la Ley de Cohesión y calidad, pero falto de desarrollo respecto a algunos de los mecanismos que garantizarían una mayor continuidad y calidad de la atención. Una primera limitación proviene de las carencias en el desarrollo de un sistema de información compartido por todos los servicios de salud que conforman el SNS. La tarjeta sanitaria es un instrumento que estaba concebido para permitir el intercambio de datos entre comunidades autónomas. De momento su utilidad se restringe a la acreditación del derecho a la atención sanitaria en todo el SNS y al cómputo del número de desplazados a efectos de la compensación de gastos generados por hospitalización a través del Fondo de Cohesión Sanitaria. Pero más allá de la utilización del volumen de desplazados en el debate sobre la financiación

23. La casuística sería muy amplia y prolija y obligaría a entrar en el terreno del detalle de los requisitos y el desarrollo en la práctica de multitud de procedimientos administrativos que regulan la actividad de las empresas en sus relaciones con las Administraciones sanitarias, lo que escapa al objetivo de este informe. Ejemplo de ello, pese a la existencia de criterios armonizados, son las dificultades para la acreditación de centros y servicios derivadas de su distinta interpretación en la práctica administrativa de las distintas comunidades autónomas. Dificultades de esta índole están afectando también a algunas actividades relacionadas con la investigación farmacológica, como la realización de estudios epidemiológicos o de postautorización de tipo observacional.

24. El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Contempla la clasificación, denominaciones y definiciones de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, aunque remite a un posterior Real Decreto la fijación de requisitos mínimos comunes para la autorización de instalación, funcionamiento o modificación de los centros. Respecto a los servicios básicos que deben prestar las oficinas de farmacia, como establecimientos sanitarios privados de interés público, se encuentran regulados en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de los servicios de las oficinas de farmacia.

autonómica, sigue sin desarrollarse el código único para cada individuo vinculado a su información clínica ubicada en cualquier centro del sistema. Otro tanto ocurre con el proyecto de sistema de receta electrónica común que permitiría valorar las prescripciones y dispensaciones de medicamentos a pacientes fuera de su servicio de salud de origen.

Unido a lo anterior, la tendencia de los sistemas de salud a reforzar la centralidad del paciente y a conferirle cada vez mayor capacidad de elección (de tratamientos, de centro, de médico) como instrumento para promover la eficiencia en los sistemas sanitarios, refuerza el interés de revisar el funcionamiento del SNS y su permeabilidad a este tipo de planteamientos desde un enfoque interterritorial.

Otro elemento que hay que tener en cuenta es la necesidad de facilitar la movilidad de los profesionales del sistema, que en la actualidad resulta en exceso compleja debido a, entre otras razones, los factores retributivos, los diferentes modelos de carrera profesional y las barreras idiomáticas, como se analizará más en detalle en el apartado 2 del capítulo II.

La diversificación de formas de gestión

La introducción de diferentes fórmulas de gestión de los servicios sanitarios para dar respuesta a los problemas de eficiencia del sistema ha sido una constante prácticamente desde la creación del SNS y una tendencia presente en todos los países desarrollados, como se analizará con mayor detalle en el apartado 5 del capítulo II de este informe. Su intensificación a partir de los años noventa ha sido objeto de discusión permanente en el debate sanitario de los últimos años, que ha girado, entre otros aspectos, en los efectos de la no sujeción de las condiciones laborales de su personal al Derecho público, el riesgo de deterioro del servicio que puede derivar de la priorización del criterio de control del gasto sobre los objetivos de salud así como en la vertiente de su efectiva eficacia y rentabilidad.

Esta profusión de iniciativas se ha llevado a cabo en ausencia de herramientas de seguimiento e información homogeneizada que logran visibilizar el conjunto de la gestión desarrollada con arreglo a las distintas fórmulas en todo el SNS, por lo que resulta muy difícil evaluar su aportación al sistema en términos de los objetivos de mejor funcionamiento perseguidos con su creación.

RECUADRO 4. CRONOLOGÍA DE LAS PRINCIPALES INICIATIVAS ABORDADAS EN EL ÁMBITO DEL SNS, 2001-2010

2001

- Se alcanza la plena descentralización de la sanidad pública con la aprobación de los Reales Decretos de traspaso diez comunidades autónomas que restaban por recibirlo (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia).
- Expiración del acuerdo de financiación de la sanidad vigente, la renovación del sistema LOFCA de financiación de las comunidades autónomas e integración de la sanidad en el nuevo sistema general de financiación.
- Plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento.

2002

- Creación del Fondo de Cohesión Sanitaria (Dictamen CES 11/2002).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2003

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud referente básico del nuevo escenario.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Real Decreto 1302/2003, de 10 de octubre, que establece las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del SNS.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, que establece las medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS.

2004

- Plan estratégico de política farmacéutica para el SNS.

2005

- II Conferencia de Presidentes de las comunidades autónomas celebrada el 10 de septiembre de 2006, centrada en la financiación sanitaria, aprueba medidas orientadas a la subsanación de los déficit de caja registrados por las comunidades autónomas.
- Real Decreto-Ley 12/2005, de 16 de septiembre, por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria, resultado del Acuerdo adoptado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las comunidades autónomas, que aprobó el detalle de las medidas acordadas en el marco de la II Conferencia de Presidentes de las comunidades autónomas.

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

- Informe elaborado por el Grupo de Trabajo de análisis del gasto sanitario, encargado previamente a la celebración de la Conferencia.

2006

- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.
- Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Aprobación por el Consejo Interterritorial del SNS del documento de estrategias de mejora en la atención primaria del siglo XXI.

2007

- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Edición 2007 del Plan de Calidad del SNS.

2008

- Convocatoria por el Ministro de Sanidad de un Pacto de Estado en Sanidad, uno de cuyos principios sería reforzar la cohesión social.
- Inclusión de la sanidad entre las materias objeto de diálogo social.

2009

- Cambios en la estructura ministerial. Integración de los ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales en el Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Constitución y puesta en funcionamiento de la Subcomisión del Congreso para el Pacto de Estado en Sanidad.
- Constitución de una ponencia en la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado para el estudio sobre las necesidades de recursos humanos del SNS.
- Renovación del acuerdo de financiación de las comunidades autónomas.

2010

- Aprobación por el CISNS del documento de consenso “Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS”.
- Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

Fuente: elaboración propia.

3. Descentralización y equidad en sanidad

Desde su creación en 1986, la equidad en salud ha constituido un objetivo prioritario del SNS entendida, en el sentido de la Ley 14/1986, General de Sanidad, como la garantía de que el acceso a las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. La asunción de las competencias sanitarias por parte de las comunidades autónomas, proceso que finalizó en 2002, ha reportado indudables beneficios, pero también ha sacado a la luz la existencia de desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios.

Proteger y promover la salud es el objetivo fundamental de los sistemas sanitarios, que se enfrentan en esa misión a una compleja trama de causalidad. Entre los factores que determinan la calidad de la salud tienen un importante papel los propios servicios sanitarios, que tratan de evitar las muertes prematuras y la aparición de discapacidades. Sin embargo, otros factores relacionados con el nivel de vida y los estilos de vida son esenciales para los estados de salud de individuos y sociedades. En este sentido, el nivel socioeconómico se presenta como uno de los determinantes básicos y en relación con éste, los estilos de vida desplegados en función del estatus económico, educativo y social. A lo anterior habría que añadir otros factores del entorno que determinan la exposición a agentes nocivos y a circunstancias condicionantes de la calidad de la salud, que cabe subsumir en la categoría de los factores medioambientales. Por tanto, la atención a la salud a través de los servicios sanitarios es importante, pero también lo es el desarrollo de políticas de salud pública eficaces en el ámbito de la prevención y la educación, así como todas las actuaciones encaminadas a la reducción de las desigualdades sociales y económicas.

Uno de los indicadores más expresivos de la evolución de los estados de salud, por condensar información acerca de los aspectos más relevantes de la propia salud y la atención sanitaria, es el referido a la esperanza de vida. Tal como muestran los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, el valor medio de este indicador ha mejorado en los últimos años en España. Así, el número de años que un español podía esperar vivir al nacer llegaba en 2007 a 81, dos más que en el año 2001. Sin embargo, el dato medio oculta algunas desigualdades interterritoriales no poco significativas, que revelan una diferencia de casi tres años en la esperanza de vida entre las comunidades con el valor más positivo y las que tienen el resultado más bajo (Madrid y Navarra, 82,5 y Andalucía, 79,8 años). En el mismo sentido, la esperanza de vida libre de discapacidad y la expectativa de incapacidad (número probable de años con incapacidad), que llega como término medio a 8,5, es en algunas regiones muy inferior al que registran otras, siendo llamativa la diferencia entre La Rioja (5,8 años) y Murcia (10,2). Este panorama invita a reflexionar sobre la necesidad de profundizar en el conocimiento de las desigualdades que lo conforman para avanzar en el diseño de unas políticas capaces de reducir al mínimo las diferencias en salud.

CUADRO 3. ESPERANZA DE VIDA (EV), 2000/2007

Comunidades autónomas	2000			2007		
	Esperanza de vida	EV libre de discapacidad	Expectativa de incapacidad	Esperanza de vida	EV libre de discapacidad	Expectativa de incapacidad
Total	79,4	70,7	8,7	81,1	72,6	8,5
Andalucía	78,3	67,9	10,4	79,8	70,6	9,2
Aragón	80,1	72,8	7,3	81,7	73,9	7,8
Asturias	79,2	71,1	8,1	80,4	72,5	7,9
Baleares	78,7	71,3	7,4	81,6	74,1	7,6
Canarias	77,7	70,4	7,3	80,4	72,5	7,9
Cantabria	79,8	71,1	8,7	81,1	74,8	6,3
Castilla-La Mancha	80,1	71,0	9,1	81,5	72,4	9,2
Castilla y León	80,8	70,7	10,1	82,1	73,1	9,0
Cataluña	79,1	70,7	8,4	81,6	74,3	7,3
Comunidad Valenciana	78,8	70,9	7,9	80,6	71,1	9,5
Extremadura	79,0	70,0	9,0	80,6	71,1	9,5
Galicia	79,5	70,6	8,9	81,0	71,9	9,1
Madrid	80,4	73,1	7,3	82,5	74,0	8,5
Murcia	78,6	67,7	10,9	80,5	70,3	10,2
Navarra	80,7	72,8	7,9	82,5	75,0	7,5
País Vasco	79,9	72,8	7,1	81,6	73,9	7,8
La Rioja	80,5	75,1	5,4	81,8	76,0	5,8
Ceuta y Melilla	78,0	68,0	10,0	79,5	67,2	12,2

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Indicadores de salud 2009*.

Siguiendo los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, los principales indicadores muestran en general una evolución positiva, si bien, como se ha dicho, algunos de ellos presentan diferencias a veces importantes en los distintos ámbitos territoriales.

La valoración que los españoles hacen de su propia salud es esencialmente positiva; el 70 por 100 considera que es buena o muy buena, aunque esa proporción es algo inferior a la de unos años atrás, lo que en gran parte debe responder al proceso de envejecimiento, habida cuenta de

El estado de salud

que la auto percepción del estado de salud empeora con la edad. En este sentido, Galicia, que se encuentra entre las comunidades con tasas más elevadas de envejecimiento, muestra la peor valoración de la salud por parte de los ciudadanos, situándose a veinte puntos de distancia con respecto a La Rioja, que teniendo una menor tasa de envejecimiento exhibe la mejor valoración del estado de salud (cuadro 4).

A pesar de la positiva valoración que los españoles hacen de su salud, el número y la proporción de enfermos crónicos se ha incrementado en los últimos años. La prevalencia de enfermedades crónicas o de evolución prolongada constituye un indicador clave, que pone de manifiesto, por un lado, la mala evolución experimentada en los últimos años y por otro, las importantes diferencias existentes entre las distintas comunidades autónomas (cuadro 5). No obstante, no debe olvidarse que en

CUADRO 4. VALORACIÓN DE ESTADO DE SALUD PERCIBIDA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, 2006
(En porcentajes)

Comunidades autónomas	Valoración positiva
Total	69,98
Andalucía	71,30
Aragón	72,98
Asturias	65,25
Baleares	74,34
Canarias	71,08
Cantabria	74,32
Castilla y León	74,05
Castilla-La Mancha	69,94
Cataluña	69,55
Comunidad Valenciana	66,89
Extremadura	66,49
Galicia	58,16
Madrid	72,96
Murcia	67,02
Navarra	71,84
País Vasco	73,51
La Rioja	78,71
Ceuta y Melilla	72,14

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

las sociedades avanzadas la tendencia a la reducción de la mortalidad por la mejora de la atención médica y la orientación de los estilos de vida hacia pautas más saludables, avoca a una mayor cronificación de patologías que antes desencadenaban la muerte. Por lo tanto, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas es un dato que no puede interpretarse sólo de forma negativa, aunque debe ocupar un lugar central en los objetivos de las políticas sanitarias.

Atendiendo a los datos recogidos en el cuadro 5, el mapa epidemiológico español presenta unos rasgos de marcadas diferencias regionales. La comunidad de Galicia muestra, de acuerdo con los indicadores seleccionados, una situación más desfavorable que el resto, por cuanto que exhibe prevalencias más altas en tres de las cinco variables. Así, la prevalencia media de la hipertensión en el conjunto nacional es de un 20,7 por 100, Galicia supera este valor en cinco puntos porcentuales. Lo mismo ocurre con el colesterol (21,8 por 100 frente al 15,8 por 100 nacional), y con el trastorno de la depresión (20 por 100 frente al 13,8 por 100). Dado que se trata de problemas y enfermedades con mayor presencia en el sector de la población más envejecido, la tasa de envejecimiento de Galicia, superior a la media en más de cinco puntos, puede explicar en gran medida la fuerte presencia de los trastornos citados en esa comunidad. Por el contrario, las comunidades Aragón y Cantabria presentan situaciones más favorables que la media en varios de los indicadores.

CUADRO 5. PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS O DE LARGA EVOLUCIÓN
CON DIAGNÓSTICO, 2006
(En porcentaje sobre el total de población)

Comunidades autónomas	Hipertensión	Diabetes	Colesterol	Tumores malignos	Depresión
Total	20,74	6,19	15,85	2,51	13,84
Andalucía	20,73	7,25	14,41	2,13	14,81
Aragón	20,43	5,33	15,38	3,16	10,68
Asturias	21,94	6,72	15,56	3,78	21,87
Baleares	17,90	5,48	13,65	3,08	17,87
Canarias	22,34	5,92	16,79	1,79	12,90
Cantabria	20,14	5,26	13,32	1,37	10,73
Castilla y León	21,32	6,90	15,70	3,08	10,66
Castilla-La Mancha	21,41	7,83	17,49	1,77	12,53
Cataluña	20,16	5,74	13,79	2,79	13,44
Comunidad Valenciana	19,03	6,53	15,36	1,94	13,33
Extremadura	24,49	8,83	18,64	3,26	14,71
Galicia	25,53	6,42	21,78	2,83	20,05
Madrid	19,23	4,42	16,90	2,09	11,88
Murcia	20,68	6,38	14,94	2,02	15,26
Navarra	19,49	5,79	16,50	2,43	13,74
País Vasco	22,15	5,37	18,38	4,69	12,70
La Rioja	15,09	4,24	8,63	1,41	4,43
Ceuta y Melilla	19,06	9,12	9,88	3,38	11,52

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

Por otro lado, la consolidación de ese nuevo patrón de enfermedad, con una mayor supervivencia general y muy especialmente de las patologías más prevalentes, se traduce en una mayor comorbilidad y discapacidad.

El indicador sobre la autonomía funcional constituye otra buena aproximación al estado salud de la población, puesto que el hecho de padecer limitaciones para la realización de las actividades de la vida cotidiana implica patologías subyacentes. Sin embargo, su evolución muestra unos resultados problemáticos, presentando saltos injustificados en periodos de tiempo muy breves, lo que tal vez obedezca a algún cambio en la metodología de la encuesta. En cualquier caso, los datos sincrónicos sacan a la luz información relevante sobre la situación en las distintas comunidades autónomas. Así, en 2006 el 21 por 100 de la población española declaraba padecer alguna limitación, siendo el 4 por 100 grave y el restante 17 por 100 de carácter leve (cuadro 6). Fijando la atención en el segmento de edad superior a los 65 años, de acuerdo con la variable compuesta referida a la dependencia funcional, casi la mitad (48, 6 por 100) de los españoles de esas edades necesita ayuda o no puede realizar alguna actividad cotidiana.

La situación es bastante variable a lo largo del territorio nacional; Asturias y Galicia serían las comunidades con peor situación para el conjunto de la población con un

CUADRO 6. LIMITACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, 2006

Comunidades autónomas	Grave	No grave	Sin limitaciones	Dependencia funcional mayores 65 años
Total	3,98	16,94	79,07	48,63
Andalucía	3,83	15,33	80,84	55,10
Aragón	3,48	13,69	82,84	41,42
Asturias	4,88	23,56	71,55	56,01
Baleares	4,06	17,58	78,36	52,64
Canarias	2,89	15,32	81,79	44,57
Cantabria	1,54	13,65	84,81	30,27
Castilla y León	3,24	12,43	84,33	36,16
Castilla-La Mancha	3,01	12,85	84,15	44,57
Cataluña	4,07	20,21	75,73	49,67
Comunidad Valenciana	5,05	20,14	74,81	54,72
Extremadura	5,09	15,65	79,26	53,71
Galicia	5,29	22,40	72,31	53,99
Madrid	3,32	13,37	83,31	43,94
Murcia	5,15	15,98	78,87	55,71
Navarra	4,76	16,75	78,48	48,07
País Vasco	3,40	18,32	78,27	40,25
La Rioja	5,20	20,77	74,03	40,84
Ceuta y Melilla	6,61	21,45	71,94	44,58

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

28 por 100 de personas con limitaciones para las actividades cotidianas, siete puntos por encima de la media y dieciséis por delante de la comunidad con menor población limitada. En ambos casos, la situación puede explicarse por las tasas de envejecimiento²⁵ (22 por 100), superiores a la media (16,5 por 100) en seis puntos, ya que como es sabido, las discapacidades son mucho más frecuentes a partir de edades avanzadas.

En general, no se ha producido un incremento especialmente llamativo en la frecuentación media por habitante de los servicios sanitarios, lo que no impide que el conjunto de la actividad del sistema haya aumentado considerablemente por efecto de la evolución demográfica, especialmente debido al proceso de envejecimiento de la población y el aumento de esta última. Así, el número medio de consultas médicas por habitante se mantiene prácticamente invariable (8) desde los años noventa (cuadro 7). La utilización de los servicios hospitalarios, por su parte, se incrementó levemente, situándose en el 9 por 100, al tiempo que se registraba un ligero aumento del número medio de hospitalizaciones. Sin embargo, los servicios de urgencias han incrementado notablemente su actividad, pues, de acuerdo con los datos, la proporción de usuarios se

La utilización de los servicios sanitarios

25. Entendida como la proporción de personas que superan los 65 años de edad.

CUADRO 7. NÚMERO MEDIO DE CONSULTAS EN EL ÚLTIMO MES, 2006

Comunidades autónomas	Médico de familia o pediatra		Especialista		Enfermería	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Sí	No
Total	1,15	1,08	0,54	1,03	4,54	95,46
Andalucía	1,22	1,07	0,51	1,06	3,84	96,16
Aragón	1,24	1,38	0,59	1,42	4,37	95,63
Asturias	1,01	0,83	0,44	0,65	4,87	95,13
Baleares	1,09	0,91	0,53	0,75	4,77	95,23
Canarias	1,05	0,74	0,54	1,22	3,35	96,65
Cantabria	1,08	1,22	0,48	0,86	3,13	96,87
Castilla y León	1,12	0,94	0,40	0,80	2,70	97,30
Castilla-La Mancha	1,19	1,21	0,47	1,05	4,02	95,98
Cataluña	1,01	0,89	0,69	1,12	5,64	94,36
Comunidad Valenciana	1,24	1,15	0,55	0,94	3,89	96,11
Extremadura	1,39	1,73	0,34	0,68	6,61	93,39
Galicia	1,22	1,07	0,49	0,91	4,45	95,55
Madrid	1,13	1,15	0,60	1,13	4,83	95,17
Murcia	1,18	1,01	0,50	0,86	2,21	97,79
Navarra	1,11	1,33	0,54	1,17	9,06	90,94
País Vasco	1,03	0,92	0,54	0,70	7,76	92,24
La Rioja	1,16	1,05	0,63	1,85	1,44	98,56
Ceuta y Melilla	1,00	0,81	0,43	0,61	9,22	90,78

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

duplicó en menos de quince años (14,5 por 100 en 1993 y 30,8 en 2006). Se trata de uno de los temas más controvertidos del SNS, indesligable de la cuestión de las listas de espera, sobre la que el Ministerio no ofrece los datos recogidos a través de la Encuesta Nacional de Salud. Este hecho resulta injustificado por tratarse de información procedente de una encuesta hecha directamente a los ciudadanos y que, por lo tanto, no está sujeta a los problemas de homogeneidad en los criterios de elaboración en las comunidades autónomas, como ocurre con el sistema de información sobre las listas de espera (cuadro 8).

La utilización de los servicios sanitarios se presenta con frecuencia como un indicador de igualdad en salud. Precisamente, los sistemas sanitarios públicos tienen como objetivo reducir las desigualdades, facilitando el acceso a todos a los servicios de salud. A este respecto, es ya aceptado de manera generalizada que la sola disponibilidad de las prestaciones sanitarias y su acceso universal no es una condición suficiente para acabar con las desigualdades en salud, toda vez que los condicionantes sociales previos, relacionados con la educación y los ingresos, orientan las conductas hacia pautas de vida más o menos saludables. Por ello, se ha insistido en la necesidad de abordar las desigualdades sociales desde su origen con el fin de reducir las diferencias en los estados de salud.

De acuerdo con los resultados de estudios realizados tanto en España como en otros países, la utilización del servicio de atención primaria no distingue de manera especial

los distintos segmentos de educación e ingresos. Al contrario de lo que cabría pensar (las personas con mayores ingresos y niveles educativos más altos gozan en general de mejor salud, entre otros motivos, por su recurso más frecuente a la atención médica), la utilización de los servicios de medicina de familia no está sujeta de manera especial al estatus socioeconómico y, en todo caso, es algo más habitual en los sectores menos favorecidos. En el caso de la medicina especializada ocurre lo contrario, siendo las personas con más recursos las que con mayor frecuencia visitan al especialista. Siguiendo los datos de la encuesta, el número medio de consultas al médico de familia o al pediatra en el mes previo a la recogida de datos se situó en 1,1 con algunas diferencias entre las comunidades autónomas. Así, Extremadura presenta un número medio superior al resto, acercándose a 1,5 visitas al mes, mientras que Cantabria, Asturias y País Vasco se encuentran entre las comunidades de menor utilización de este servicio.

La medicina especializada, por su parte, ofrece un panorama parecido. Si la media de visitas al especialista se encuentra en España en 0,5, esto es, una visita cada dos meses, algunas comunidades, como Cataluña, La Rioja o Madrid presentan medias superiores, en tanto que otras como Extremadura y Castilla y León se sitúan por debajo del valor medio. Si es cierto que la atención primaria es más frecuentada por la población con menos recursos económicos y educativos y que los más favorecidos son usuarios más frecuentes de la atención especializada, los resultados de la encuesta podrían tener entre sus factores explicativos las rentas medias de las distintas comunidades, así como sus niveles educativos.

Sin embargo, se ha constatado también que la utilización de recursos médicos, en general, está relacionada con la oferta de tales recursos²⁶ (camas hospitalarias, alta tecnología o recursos humanos). Por ello, no puede descartarse que en muchos casos las diferencias en los niveles de utilización de los servicios sanitarios respondan a una sobreutilización en circunstancias en las que los criterios de dotación de tales servicios no responden a la evidencia científica, sino a perspectivas políticas. Máxime cuando las variaciones no responden a los patrones de morbilidad de cada zona geográfica.

El indicador de inaccesibilidad a la asistencia médica aporta información sobre la proporción de personas que habiendo necesitado atención no la han recibido por circunstancias tales como no poder ausentarse de su puesto de trabajo, no haber conseguido cita médica, o no disponer de transporte, entre otras. Tal como se desprende del cuadro 9, existen diferencias nada despreciables entre unas y otras comunidades autónomas. Así, mientras en algunas comunidades como Cantabria, Extremadura y Andalucía el indicador ofrece valores residuales, inferiores al 3,6 por 100 del conjunto, otras como La Rioja, Valencia o Navarra presentan valores superiores. Es especialmente llamativo el caso de La Rioja, con un 15 por 100 de inaccesibilidad.

26. González López-Valcarcel.

CUADRO 8. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS EN EL ÚLTIMO AÑO, 2006

Comunidades autónomas	Hospital			Hospital de Día			Urgencias
	Porcentaje	Media	Desviación típica	Porcentaje	Media	Desviación típica	Porcentaje
Total	8,94	1,31	0,85	6,26	4,82	11,51	30,76
Andalucía	7,80	1,32	0,82	4,80	4,51	8,90	32,06
Aragón	9,06	1,23	0,68	3,20	3,71	3,14	26,63
Asturias	8,04	1,28	0,77	3,92	3,33	3,87	27,58
Baleares	9,90	1,32	0,69	4,51	6,85	9,84	34,77
Canarias	8,92	1,32	0,76	4,48	11,02	33,08	33,55
Cantabria	9,85	1,32	0,87	3,41	2,93	3,30	28,31
Castilla y León	8,81	1,20	0,69	4,83	10,61	20,25	26,19
Castilla-La Mancha	7,61	1,26	0,75	6,07	3,31	3,77	27,50
Cataluña	10,19	1,34	0,81	8,76	5,36	9,49	33,40
Comunidad Valenciana	8,35	1,29	0,77	7,99	3,35	4,87	32,82
Extremadura	8,30	1,41	1,03	3,13	4,98	5,53	31,12
Galicia	10,41	1,27	0,67	5,65	9,37	15,84	33,74
Madrid	8,79	1,33	1,02	7,03	3,70	9,79	26,39
Murcia	9,15	1,38	0,96	6,10	2,57	2,13	32,81
Navarra	8,61	1,32	1,25	5,16	5,16	13,50	28,68
País Vasco	10,20	1,36	1,03	9,39	2,72	4,38	29,13
La Rioja	7,41	1,37	0,95	2,92	5,77	7,02	23,60
Ceuta y Melilla	11,80	1,24	0,54	2,66	1,11	0,31	38,36

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.**CUADRO 9.** INACCESIBILIDAD A LA ASISTENCIA MÉDICA EN EL ÚLTIMO AÑO, 2006*

Comunidades autónomas	Sí	No
Total	3,63	96,37
Andalucía	1,97	98,03
Aragón	3,37	96,63
Asturias	1,91	98,09
Baleares	5,60	94,40
Canarias	3,44	96,56
Cantabria	1,50	98,50
Castilla y León	3,52	96,48
Castilla-La Mancha	2,06	97,94
Cataluña	3,90	96,10
Comunidad Valenciana	7,61	92,39
Extremadura	1,49	98,51
Galicia	5,48	94,52
Madrid	2,53	97,47
Murcia	2,54	97,46
Navarra	6,44	93,56
País Vasco	2,26	97,74
La Rioja	15,19	84,81
Ceuta y Melilla	6,06	93,94

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

* La variable hace referencia a la proporción de personas que habiendo necesitado asistencia sanitaria no la han recibido por diversos motivos (no conseguir cita, no poder abandonar el trabajo, no tener dinero, no cobertura del seguro, etc.).

Otro dato relevante es el referido a la evolución de los modelos de cobertura sanitaria, que muestra un creciente peso de la sanidad privada. Así en trece años la proporción de habitantes con doble cobertura, pública y privada, se ha incrementado en ocho puntos porcentuales. A este hecho contribuyen diversos factores entre los que puede destacarse la saturación de los servicios públicos, el incremento de la renta media de los hogares y el aumento de la oferta. En lo que respecta al primero, las encuestas de salud vienen poniendo de manifiesto en los últimos años una creciente preocupación por las listas de espera en la sanidad pública, que desemboca en una peor valoración del SNS, aunque éste es valorado siempre de manera positiva. No obstante, esa preocupación tiende a reflejarse en un aumento de la preferencia por la opción privada de la atención sanitaria. Por otro lado, el incremento de la renta de las familias registrado desde la década anterior hace posible dedicar más recursos a la salud. Tal como se desprende de la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE, a lo largo de los años noventa y durante la presente década, el aumento de los ingresos de los hogares en España ha venido a contribuir a la transformación de la estructura del gasto, de manera que la partida de la salud adquiere más peso. Por último, en las dos últimas décadas se ha registrado un nada despreciable incremento de la oferta de servicios sanitarios vinculados a las sociedades médicas.

CUADRO 10. MODALIDAD DE COBERTURA SANITARIA, 2006

Comunidades autónomas	Pública exclusivamente	Privada exclusivamente	Mixta
Total	85,12	1,40	13,19
Andalucía	90,80	2,29	6,56
Aragón	86,88	0,88	11,81
Asturias	86,09	0,32	13,47
Baleares	74,07	0,71	25,02
Canarias	92,78	2,02	4,93
Cantabria	92,68	1,68	5,35
Castilla y León	88,76	0,71	10,44
Castilla-La Mancha	92,35	0,65	6,54
Cataluña	74,88	1,05	23,92
Comunidad Valenciana	88,48	1,76	8,78
Extremadura	97,30	0,41	2,29
Galicia	91,12	0,32	8,52
Madrid	75,34	1,86	22,67
Murcia	91,59	2,36	5,43
Navarra	94,43	0,81	4,24
País Vasco	79,48	0,64	19,88
La Rioja	91,96	0,28	7,76
Ceuta y Melilla	95,95	1,79	2,26

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

No obstante, hay que recordar que los servicios más requeridos de la sanidad privada son los de atención especializada, destacando particularmente algunas ramas como la ginecología, la oftalmología, y sobre todo la odontología. Las causas de esta mayor utilización de la medicina privada en determinadas especialidades puede encontrarse en los problemas de coordinación entre los distintos niveles asistenciales de la sanidad pública, traducidos en dificultades de acceso por tiempos de espera excesivos así como, en algunos casos, como la atención bucodental para adultos, en la escasa cobertura de algunos de los servicios más requeridos.

Este indicador presenta las variaciones más importantes en términos geográficos con una diferencia de más de veinte puntos porcentuales entre el máximo y el mínimo.

Los estilos de vida adoptados en el día a día en la vida cotidiana están estrechamente relacionados con los niveles de salud. Son conductas aprendidas a través de la socialización y tienen significado social vinculado a la pertenencia de grupo. En este sentido, dependen fuertemente del estatus socioeconómico y cultural al que se adscribe cada persona.

Entre los indicadores empleados normalmente para indagar en la evolución de los estilos de vida en relación con la salud se encuentran los hábitos saludables/no saludables y las conductas preventivas. Entre los primeros, es muy significativo el consumo de tabaco y alcohol, por estar directamente relacionados con el desarrollo de patologías y muertes evitables. Entre las segundas, la En-

Los estilos de vida y las condiciones ambientales

CUADRO 11. DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ÚLTIMO MÉDICO CONSULTADO, 2006

Comunidades autónomas	Sanidad pública	Sociedad médica	Consulta privada	Otra
Total	85,65	5,78	6,57	1,99
Andalucía	88,42	4,33	6,11	1,14
Aragón	84,88	7,98	5,79	1,35
Asturias	90,52	1,30	5,66	2,51
Baleares	76,37	10,88	11,37	1,37
Canarias	88,75	1,46	8,77	1,01
Cantabria	92,39	1,05	4,55	2,01
Castilla y León	89,11	5,23	5,03	0,64
Castilla-La Mancha	89,69	2,85	4,50	2,96
Cataluña	81,46	8,35	8,32	1,87
Comunidad Valenciana	84,54	2,88	9,72	2,86
Extremadura	91,97	5,60	1,75	0,67
Galicia	88,93	3,71	5,30	2,06
Madrid	80,04	12,58	6,03	1,36
Murcia	86,01	4,34	6,95	2,70
Navarra	92,47	0,85	3,81	2,87
País Vasco	85,41	3,61	4,25	6,73
La Rioja	90,88	1,00	5,30	2,82
Ceuta y Melilla	82,96	3,07	6,73	7,24

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

cuesta Nacional de Salud aborda con detenimiento las revisiones ginecológicas, que previenen el avance de enfermedades de alta prevalencia y cuya detección precoz está asociada a pronósticos favorables en buena parte de la población afectada.

En lo que concierne al consumo de tabaco, los últimos datos del Ministerio muestran un repunte en los últimos años, a pesar de las restricciones impuestas con la Ley 28/2005. Ya en 2006 el porcentaje de fumadores diarios sobre el conjunto de la población alcanzaba, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, el 26 por 100, pero en algunas comunidades como Cantabria, Valencia, Murcia y Canarias era una práctica más extendida. El porcentaje medio de consumo de alcohol en las dos últimas semanas, situado en el 55,7 por 100 escondía, a su vez, notables diferencias territoriales, con la comunidad de Navarra a la cabeza (ocho puntos por delante) y Canarias y Extremadura en la última posición.

En cuanto a las revisiones ginecológicas, la Encuesta saca a la luz una notable disparidad regional en las prácticas preventivas de la población femenina. Aunque es preciso destacar el hecho de una evolución general muy positiva a lo largo del decenio comprendido entre 1995 y 2006, en el que la proporción de mayores de 16 años que acudieron a la consulta del ginecólogo por motivos distintos del embarazo o el parto, se incrementó en un 22,5 por 100. No obstante esta buena evolución, la proporción de mujeres que nunca han acudido a una revisión asciende en la actualidad al 17,6 por 100, pero en algunas

CUADRO 12. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL Y EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO, 2006

Comunidades autónomas	Consumo de tabaco			Exposición al humo de tabaco		Consumo alcohol 2 últimas semanas
	Fumador diario	Fumador ocasional	Ex fumador	De lunes a jueves	De viernes a domingo	
Total	26,44	3,06	20,53	26,15	73,85	55,73
Andalucía	28,82	2,13	17,62	33,14	66,86	53,35
Aragón	26,34	2,15	21,04	25,97	74,03	58,84
Asturias	26,25	1,59	19,70	27,57	72,43	54,04
Baleares	27,00	3,28	18,03	17,97	82,03	56,33
Canarias	29,77	2,88	17,40	18,20	81,80	48,94
Cantabria	31,34	2,57	19,13	28,14	71,86	52,26
Castilla y León	23,52	1,16	19,81	24,99	75,01	53,72
Castilla-La Mancha	26,97	2,78	20,18	30,40	69,60	54,91
Cataluña	23,68	4,51	22,03	18,76	81,24	57,95
Comunidad Valenciana	29,95	4,00	21,86	30,39	69,61	61,86
Extremadura	24,97	1,92	24,35	16,02	83,98	48,93
Galicia	22,41	2,86	19,44	30,61	69,39	59,29
Madrid	26,54	3,45	22,54	21,14	78,86	51,85
Murcia	29,82	4,07	19,82	29,07	70,93	57,33
Navarra	25,60	2,84	24,08	22,18	77,82	64,01
País Vasco	21,53	2,73	22,90	31,52	68,48	60,01
La Rioja	26,92	3,22	18,24	29,48	70,52	56,43
Ceuta y Melilla	26,72	1,57	14,31	34,81	65,19	31,47

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

comunidades dicha proporción es superada ampliamente. Extremadura supera la media nacional en diez puntos porcentuales, recogiendo los datos más preocupantes con casi un tercio de la población femenina mayor de 16 años que no ha consultado nunca al ginecólogo. Situaciones parecidas se registran en Andalucía y en la comunidad de Castilla-La Mancha, con un 24 por 100. Por el contrario, en las comunidades de Canarias, Madrid, Cataluña y País Vasco la visita al ginecólogo es una práctica mucho más extendida y solamente entre el 12 y el 15 por 100 no ha acudido en ninguna ocasión a la consulta médica.

En el de caso de las mamografías la Encuesta delata también importantes diferencias injustificadas entre unas y otras comunidades autónomas y, aunque la reciente incorporación de este indicador al cuestionario impide la observación de los datos de evolución, el resultado de 2006 pone de relieve que esta conducta preventiva no está generalizada. Hay que tener cuenta, en todo caso, que en la mayoría de los casos este análisis se aconseja a partir de los 40 años de edad, por lo que una parte importante de la población quedaría fuera. Aun teniendo en cuenta esta circunstancia, es llamativo que en algunas comunidades autónomas, como Extremadura, Baleares y Murcia, sea una práctica bastante menos extendida que en otras como Cataluña y Navarra, donde seis de cada diez mayores de 16 años se han realizado al menos una mamografía. Más llamativo aún es que una práctica más básica orientada a la prevención de diversas patologías como es la citología, que se suele realizar en la propia consulta ginecológica, esté mucho más extendida en unas comunidades que en otras.

CUADRO 13. MUJERES MAYORES DE 16 AÑOS QUE NUNCA HAN ACUDIDO AL GINECÓLOGO, 2006

Comunidades autónomas	Consulta ginecológica	Mamografía	Citología
Total	17,63	47,49	31,04
Andalucía	24,02	53,31	39,02
Aragón	18,53	44,02	30,05
Asturias	15,20	52,31	32,34
Baleares	15,52	54,25	23,24
Canarias	12,78	47,84	19,44
Cantabria	17,16	52,33	38,17
Castilla y León	17,45	44,83	34,30
Castilla-La Mancha	23,78	48,44	38,19
Cataluña	14,79	41,22	26,02
Comunidad Valenciana	15,30	47,10	31,48
Extremadura	27,27	54,19	43,78
Galicia	18,78	45,94	34,99
Madrid	12,91	46,54	24,41
Murcia	20,48	54,48	34,53
Navarra	16,80	40,49	24,67
País Vasco	14,85	42,70	24,21
La Rioja	19,86	47,99	40,29
Ceuta y Melilla	28,74	66,24	44,69

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Encuesta Nacional de Salud*.

CAPÍTULO II

SITUACIÓN EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS

1. La cartera de servicios del sistema

El acceso en condiciones de igualdad a la cartera de servicios del SNS independientemente del lugar de residencia es un determinante de la equidad del sistema. La LGS de 1986 fue parca respecto al alcance concreto de las prestaciones sanitarias. En los años siguientes a su aprobación, tanto los servicios de salud autonómicos como el entonces Insalud fueron desplegando una amplia oferta de prestaciones y servicios, tendente a la autosuficiencia o al objetivo de lograr una cartera de servicios completa independientemente del tamaño de la comunidad²⁷. Cuando en 1995 se aprobó el primer catálogo de prestaciones sanitarias del SNS²⁸, una amplia oferta de prestaciones y servicios se hallaba ya consolidada en la mayoría de las comunidades autónomas. Se trataba, además, de una cartera de servicios muy similar, consecuencia de una de las peculiaridades del proceso de la descentralización sanitaria en España: ante la ausencia de unas normas básicas claras fijadas desde el primer momento en materia de aprobación y financiación de las prestaciones y dado su elevado valor político, ha imperado el “efecto emulación” entre servicios de salud a la hora de conformar la oferta de los servicios. Esta manera de actuar que, a priori, pudiera parecer ventajosa desde la perspectiva de su resultado final (una elevada oferta de servicios y prestaciones) no lo es tanto desde la perspectiva de la racionalidad del sistema en su conjunto, máxime cuando en ocasiones han sido los criterios de necesidad o utilidad terapéutica los que han primado en la introducción de algunos servicios que, con posterioridad, han sido asumidos por otras comunidades autónomas para no defraudar las expectativas generadas en sus respectivas poblaciones²⁹.

En cualquier caso, la equidad en el acceso a las prestaciones no debe interpretarse como uniformidad total, ni como identidad de las carteras de servicios. El alcance de las condiciones básicas de la igualdad interterritorial en el ámbito de las prestaciones sanitarias ha sido precisado por el Tribunal constitucional en reiteradas ocasiones, en

27. En términos de economía de la salud y de técnica actuarial de seguros se estima en medio millón de habitantes el umbral mínimo de población para ofrecer asistencia sanitaria integral o para configurar el volumen mínimo de riesgos necesario en términos de eficiencia económica.

28. Por Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

29. Ejemplo de ello han sido las asimetrías en los calendarios de vacunaciones.

el sentido de que la obligación de uniformidad y homogeneidad en la regulación de las bases de la sanidad (artículo 149.1.16 CE) en todo el territorio español se refiere únicamente a la obligación del Estado de garantizar un mínimo común denominador o un nivel mínimo de prestaciones suficiente, compatible tanto con la efectividad del derecho a la salud como con el desarrollo de prestaciones diferenciales por las comunidades autónomas³⁰, en coherencia con la opción constitucional por un Estado descentralizado políticamente.

El problema radica, en la práctica, en la generalidad o inconcreción con la que se ha definido ese mínimo común denominador en sus normas reguladoras, así como en la falta de información sistematizada sobre el conjunto de servicios complementarios que brindan las comunidades autónomas y su efectiva financiación con cargo a fondos propios.

La primera cartera de servicios del conjunto del SNS se aprobó en 1995, casi diez años después de la Ley General de Sanidad, cuando ya siete comunidades autónomas venían desplegando su actividad sanitaria desde sus propios servicios de salud constituidos al amparo de sus plenas competencias de gestión sanitaria. La principal virtualidad de ese primer catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud fue la ordenación de las prestaciones sanitarias en un listado sistematizado para contribuir a clarificar el conocimiento de las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Aparte de las prestaciones más comunes, el catálogo enumeraba una serie de servicios cubiertos y excluidos que, en su momento, constituyeron una novedad dentro del sistema o cuya cobertura no estaba clara con anterioridad a la aprobación del mismo. También concretó algunos derechos que hasta entonces no se encontraban regulados con carácter general, como el derecho a información de los pacientes y sus familiares y allegados (recuadro 5).

*La tardía aprobación
de la primera cartera
de servicios*

La Ley de Cohesión y calidad del SNS introdujo algunas novedades en relación al catálogo de 1995. Incorporaba así específicamente las prestaciones de salud pública y la atención sociosanitaria. Dentro de la atención primaria, explicitaba como parte de las prestaciones del sistema la atención comunitaria, la atención específica a grupos de riesgo, y enfermos crónicos; salud mental y atención paliativa a enfermos terminales (estas dos últimas se incluyen también en atención especializada).

Uno de los bloques de cambios más sustanciales afectaba a la naturaleza y funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas. La cartera de servicios del SNS; el establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las básicas por parte de las comunidades autónomas, los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a

30. Entre otras, STC 54/1990, 75/1990, 186/1993, 225/1993, 284/1993, 319/1993, 98/2004.

RECUADRO 5. CATÁLOGO DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL SNS, 1995

(Principales novedades)

Prestaciones incluidas

- Atención **a la mujer** en asistencia primaria: atención precoz y seguimiento sanitario del embarazo, preparación para el parto, detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama. Tratamiento complicaciones patológicas de la menopausia.
- Atención a la **infancia**: información y educación sanitaria a los interesados y a sus padres, tutores y profesores, vacunaciones y revisiones. Revisiones periódicas de niños sanos hasta los 14 años.
- Atención **bucodental**: información y educación, tratamiento de procesos agudos odontológicos incluida extracción de piezas dentarias. Exploración preventiva a mujeres embarazadas. Para menores de 14 años, además: medidas preventivas y asistenciales: aplicación de fluor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud bucodental de cada año.
- Atención a la **salud mental** y asistencia **psiquiátrica**: incluyendo diagnóstico, psicofarmacoterapia y psicoterapias individuales o de grupo y, en su caso, hospitalización.
- Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, planificación familiar e interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos admitidos por ley.
- Derecho de información y recepción de documentación sobre el trastorno de salud que se padece y el tratamiento a que se está siendo sometido.
- Implantación de prótesis y renovación. Incluye prótesis quirúrgicas fijas, temporales o permanentes.
- Hemoterapia, diagnóstico por imagen (radiografía, mamografía, etc.), trasplantes de corazón, córnea, hígado, hueso, médula ósea, piel, pulmón y riñón.

Prestaciones no incluidas

- Reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.
- Tratamientos en balnearios o curas de reposo.
- Atención bucodental asistencial para adultos: aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras.
- Psicoanálisis e hipnosis.
- Cirugía estética y cambio de sexo cuando no sean con carácter reparador.
- Expedición de informes y realización de chequeos periódicos que no se deriven de las prestaciones o servicios aprobados (por ejemplo, los requeridos para la obtención del carné de conducir).
- Las ortesis, prótesis dentarias y las especiales podrán prestarse o dar lugar a una ayuda económica en los casos y según los baremos establecidos en el catálogo correspondiente.
- Litotricia biliar (extracción de piedras en la vesícula biliar).

Fuente: elaboración propia a partir del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias.

las prestaciones o los sistemas y medios que permitan la información recíproca en el SNS son algunas de las cuestiones con repercusiones en la equidad en el acceso a las prestaciones del sistema sobre las que el CISNS debe debatir y pronunciarse. La dificultad de alcanzar acuerdos sobre la base de la unanimidad en el Consejo deriva en la lentitud y, en ocasiones, escasa concreción de las medidas acordadas en el CISNS.

Después de un año y medio de debate con las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial, en septiembre de 2006 el Gobierno aprobó la actualización de la cartera de servicios del SNS³¹, poniendo al día la cartera vigente desde el año 1995. Entre las novedades más destacadas cabe mencionar el procedimiento para actualizar de forma continua el catálogo, garantizando la incorporación de los avances científico-técnicos previa evaluación de su impacto sobre el SNS (recuadro 6).

La actual cartera de servicios del SNS

Según el Informe anual del SNS 2007, que elabora el MSC, si en los años anteriores a la aprobación de la nueva cartera se produjo en las distintas comunidades autónomas una intensa actividad de inclusión de nuevas prestaciones y de actualización de las existentes, a partir de 2006 se observa una tendencia a la contención en la entrada de nuevas prestaciones, incluyendo más selectivamente aquéllas dirigidas a atender problemas de salud concretos³².

Pese a que la actual cartera entra en mayor detalle que el catálogo de 1995, la mayor parte de las prestaciones siguen estando definidas de manera que admiten un margen muy amplio de elección a los servicios de salud en la manera de brindar efectivamente el servicio. Desde hace algunos años, las variaciones en la práctica médica en el ámbito del SNS están siendo analizadas, con la colaboración de un buen número de comunidades autónomas³³. Como consecuencia, se están constatando importantes diferencias en los procedimientos de diagnóstico u tratamiento de las enfermedades, así como del uso de las nuevas tecnologías, tanto entre comunidades autónomas como entre distintas áreas de salud de una misma comunidad. Para prevenir las desigualdades que puedan derivar de esta situación, parece necesario avanzar hacia una mayor protocolización de la atención sanitaria a través de guías clínicas comunes a todo el SNS, apoyadas en la evidencia científica y el intercambio de prácticas que hayan demostrado eficacia y efectividad³⁴.

31. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

32. Se menciona así, por ejemplo, la incorporación por Cataluña de prestaciones como el diagnóstico preimplantacional, tratamiento de la degeneración macular senil, programa de atención médica a los trastornos de identidad de género (también en Andalucía), hipotrofia facial asociada al VIH, técnica de la hemofiltración *on line*, asistencia podológica a enfermos de diabetes y cobertura de determinados programas de salud mental.

33. MSC, Observatorio del SNS, *Informe anual del SNS 2007*.

34. En este sentido, B. López-Valcárcel y P. Barber, *op. cit.*; así como L. A. Oteo Ochoa, *op. cit.*; V. Navarro López y A. Martín-Zurro (coords.) (2009) Proyecto de investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas, SEMFYC.

RECUADRO 6. PRINCIPALES NOVEDADES INCLUIDAS EN LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SNS DE 2006

Atención primaria

Se especifican más los servicios ya existentes (procedimientos diagnósticos y terapéuticos, rehabilitación básica, atención paliativa a enfermos terminales, prevención y promoción de la salud, atención a las mujeres, atención a los niños, etc.).

En el capítulo de la atención a la salud bucodental se añade el acceso para los discapacitados.

Atención especializada

Mayor detalle en las prestaciones existentes en consultas, hospitalización y rehabilitación, transplantes, reproducción asistida y salud mental.

Se añade el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria y hospitalización a domicilio, la atención paliativa de enfermos terminales, el PET en indicaciones oncológicas, la capsuloendoscopia, la radiocirugía, la hemodinamia, el tratamiento de la obesidad mórbida, anestesia epidural para partos normales y dispositivos intrauterinos.

Atención de urgencia

Con anterioridad a la aprobación de la nueva cartera no constituía una modalidad en sí misma.

Prestación ortoprotésica

Más detalle tanto en implantes quirúrgicos como en prótesis externas.

Se añade a las sillas ruedas de aluminio.

Prestación dietética

Más detalle en las patologías que dan lugar a su utilización.

Transporte sanitario

Se clarifican las principales situaciones en las que una comunidad autónoma se hace cargo del transporte de pacientes en otra comunidad.

Procedimiento de actualización

La propuesta de inclusión de una nueva técnica o procedimiento podrá ser iniciativa de comunidades autónomas o Ministerio. Se actualizará por Orden del Ministerio, previo informe del Consejo Interterritorial.

Además, algunas comunidades autónomas complementan las prestaciones propiamente dichas con ayudas para gastos derivados de la enfermedad. Valga mencionar, sin ánimo de exhaustividad, los gastos para familiares de enfermos de Alzheimer (Andalucía, 2004), gastos de desplazamiento para atención sanitaria (Cantabria, 2007), las

ayudas para personas con hemofilia o coagulopatías afectadas por VHC (virus de la hepatitis C) tras ser tratadas por los servicios de salud (País Vasco y Galicia) o para personas que padecen la enfermedad celiaca (Castilla-La Mancha, 2009).

La movilidad de los pacientes es un derecho reconocido por la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del SNS. Algunos estudios consideran la evolución decreciente del número de desplazamientos de pacientes entre comunidades autónomas como un dato indicativo de mayor homogeneidad en la dotación de infraestructuras entre los distintos servicios autonómicos³⁵. Cabe recordar que la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del SNS reconoció explícitamente el derecho de los ciudadanos a recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad en que se encuentren desplazados, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del SNS que pudieran requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma (artículo 4.c). Los servicios de salud de las comunidades autónomas que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los

*Dificultades
a la movilidad
de los pacientes*

CUADRO 14. EVOLUCIÓN DEL FLUJO DE PACIENTES DESPLAZADOS ENTRE CC.AA.

Comunidad autónoma	Pacientes Año 2001			Pacientes año 2005		
	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo
Andalucía	3.580	3.806	-226	4.391	4.052	339
Aragón	2.876	4.465	-1.589	2.665	4.363	-1.698
Asturias	965	1.334	-369	988	1.263	-275
Baleares	624	1.328	-704	844	1.238	-394
Canarias	178	967	-789	184	1.007	-823
Cantabria	1.855	1.581	274	1.938	1.669	269
Castilla y León	4.248	7.699	-3.451	3.991	7.282	-3.291
Castilla-La Mancha	3.435	11.240	-7.805	3.780	8.949	-5.169
Cataluña	8.546	2.706	5.840	8.760	3.065	5.695
Comunidad Valenciana	5.677	3.526	2.151	4.701	3.580	1.121
Extremadura	776	3.329	-2.553	1.047	2.665	-1.618
Galicia	1.077	1.575	-498	1.460	1.493	-33
Madrid	19.140	7.339	11.801	15.086	7.668	7.418
Murcia	2.188	1.378	810	2.069	1.341	728
Navarra	929	1.636	-707	1.022	1.742	-720
País Vasco	3.206	3.320	-114	4.161	3.488	673
Rioja	951	2.218	-1.267	1.142	2.224	-1.082
Ceuta	139	445	-306	201	764	-563
Melilla	59	557	-498	126	703	-577
Total	60.449	60.449	58.556	58.556		

*Incluye todos los grupos de diagnóstico relacionado (GDR) del Conjunto mínimo de datos básicos (CMDB).
Fuente: Segundo Informe para el análisis del gasto sanitario, Grupo de Análisis sobre el gasto sanitario creado tras la primera conferencia de presidentes autonómicos, 2007.

35. MSC, Observatorio del SNS, Informe anual del SNS 2007.

mecanismos necesarios de remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione (cuadro 14).

Sin embargo, la efectividad del derecho a la movilidad de los pacientes es todavía limitada, dado que no se han desarrollado algunos de los mecanismos que garantizarían una mayor continuidad y calidad de la atención, no sólo en los desplazamientos, sino a la hora de ampliar las posibilidades de elección en un SNS caracterizado por una gran variabilidad en la práctica clínica o en las modalidades de la prestación entre servicios de salud. Una primera limitación proviene de las carencias todavía existentes en el desarrollo de un sistema de información compartido por todos los servicios de salud que conforman el SNS, un proyecto técnicamente complejo pero viable que sigue sin hacerse realidad, si bien es cierto que ha recibido un fuerte impulso a partir de la aprobación del Plan de Calidad de 2007. Así, la tarjeta sanitaria es un instrumento que estaba concebido para permitir el intercambio de datos entre comunidades autónomas, algo que no se ha hecho realidad puesto que su utilidad se restringe a la acreditación del derecho a la atención sanitaria en todo el SNS y al cómputo del número de desplazados a efectos de la compensación de gastos generados por hospitalización a través del Fondo de Cohesión Sanitaria. Sigue sin desarrollarse el código único para cada individuo vinculado a su información clínica ubicada en cualquier centro del sistema. Otro tanto ocurre con el proyecto de sistema de receta electrónica común que permitiría valorar las prescripciones y dispensaciones de medicamentos a pacientes fuera de su servicio de salud de origen y en el que, de momento, sólo se han producido progresos a nivel intraautonómico, mejorando la interconexión de los sistemas informáticos entre niveles de atención o entre zonas de salud dentro de una misma comunidad.

Por último, cabe recordar que la centralidad del paciente se ha convertido en un objetivo ligado a la calidad de los sistemas modernos de salud, en el sentido de que aquél deja de ser mero sujeto pasivo, que cuenta cada vez con mayor información sobre su salud y sus derechos y muestra una actitud más proactiva. Esa centralidad de la persona destinataria de la prestación sanitaria es la que ha propiciado una evolución clara del concepto de paciente —como sujeto pasivo de los cuidados y atenciones sanitarias— hacia la figura del “usuario” de tales servicios, como sujeto de derechos y centro del sistema, sobre cuyo interés individual y colectivo se construye un sistema de prestaciones que reconocen su autonomía en las decisiones fundamentales que le afectan. Así, del derecho a la información y a disponer de su salud a través del consentimiento informado, se pasa a la reivindicación y expectativa sobre aquellos otros derechos instrumentales de una mejor asistencia sanitaria, tales como la libre elección de facultativo o de centro hospitalario, la segunda opinión médica —vinculada a determinados procesos— o la limitación de los plazos de espera para las pruebas

*Desarrollo de los
derechos del paciente*

diagnósticas o las intervenciones³⁶, que han sido establecidas y desarrolladas progresivamente por las comunidades autónomas.

Unido a lo anterior, se desarrollan nuevos derechos conexos con la concepción de la dignidad de la persona usuaria de estos servicios, como la declaración de voluntad vital anticipada o el derecho a una muerte digna, regulado por primera vez en la comunidad autónoma andaluza para limitar el ensañamiento terapéutico, garantizar los cuidados paliativos y garantizar la intimidad en el proceso de la muerte.

Se trata de un compendio de expectativas que definen el escenario que demanda el usuario del siglo XXI y que no sólo está condicionado a los recursos disponibles, sino que en buena medida también descansan sobre los nuevos paradigmas filosóficos y políticos del respeto a la autonomía personal.

La aprobación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y comunicación clínica quiso significar un paso adelante en esta dirección para el conjunto del sistema. Sin embargo, como reconoce el Informe anual del SNS, 2007, la situación en las distintas comunidades autónomas es muy heterogénea en lo que se refiere a los derechos de los pacientes, al desarrollo normativo y a las actuaciones concretas que se lleven a cabo para consolidar una participación real y efectiva de la sociedad en el SNS (cuadro 15).

CUADRO 15. DESARROLLOS NORMATIVOS AUTONÓMICOS DE ALGUNOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

(Respuestas de los responsables de los servicios de salud autonómicos)

	Sí	No	No contesta	Total
Libre elección de profesional médico	12	3	3	18
Segunda opinión	14	1	3	18
Acceso a la historia clínica	14	0	4	18
Consentimiento informado	12	3	3	18
Instrucciones previas/últimas voluntades	13	2	3	18
Guía o carta de servicios	10	3	5	18
Información en el SNS (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, etc.)	10	1	7	18
Garantías a pacientes con necesidades especiales de información asociadas con la discapacidad	6	1	11	18
Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes	11	3	4	18

En las columnas verticales se indica el número de comunidades autónomas, añadiendo al INGESA, que han respondido en un sentido u otro sobre la existencia de normativa propia de desarrollo de los derechos que figuran en la columna de la izquierda. Fuente: MSC, Observatorio del SNS, *Informe anual del SNS 2007*.

36. Cuando se encuentra planteada la futura aprobación del Real Decreto que regula los tiempos máximos de espera en todo el SNS, prácticamente todas las comunidades autónomas cuentan ya con su regulación propia, con un alcance y soluciones muy variado.

Parece claro el interés de todos los servicios de salud en valorar la percepción subjetiva de sus usuarios, a tenor de la multitud de encuestas de satisfacción que se realizan en el ámbito autonómico (entre 150.000 y 200.000 entrevistas a personas usuarias del SNS), con una alta variabilidad en la metodología seguida, una escasa comparabilidad fuera de los ámbitos locales y una coincidencia en los elevados niveles de satisfacción arrojados en los resultados de los servicios de salud que informan acerca de los mismos, que son sólo algunos. Con todo, según el citado informe son escasas las referencias a la realización de evaluaciones y a la puesta en marcha de medidas correctoras para intervenir sobre las oportunidades de mejora identificadas.

1.1. SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Según se recoge en el texto de la cartera de servicios del SNS, la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. La asistencia sanitaria se presta tanto a demanda como de manera programada y urgente. Este nivel de atención incluye también servicios específicos para algunos colectivos como las mujeres, los niños y adolescentes, las personas mayores, los enfermos crónicos y los grupos de riesgo. Asimismo, aborda la atención paliativa a enfermos terminales, la salud bucodental y la salud mental. Constituye, en definitiva, la gran puerta de entrada al sistema de atención sanitaria.

La importancia del servicio de atención primaria, que fue objeto de una amplia reforma dando como resultado una incuestionable mejora del modelo en los años ochenta, ha llevado a diseñar nuevas vías de intervención orientadas a operar nuevos cambios para mejorar el funcionamiento del sistema. Así, la estrategia de mejora de la AP21³⁷, aprobada por el Consejo Interterritorial en 2006, con el objeto de alcanzar una atención primaria de calidad, orientada al ciudadano, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial con una organización descentralizada, participada y eficiente, se centró en dos ejes fundamentales: el ciudadano y el profesional. Si hasta ahora la aplicación de la estrategia, que depende fundamentalmente de la voluntad de las Administraciones autonómicas, ha sido bastante limitada, es de esperar que en adelante comience a dar frutos y que éstos se reflejen en una mejora de los indicadores.

La oferta y las carteras de servicios en este ámbito asistencial en las distintas comunidades autónomas han ido dotándose de elementos propios en

*Disparidades en las carteras
de servicios autonómicas*

37. Atención primaria del siglo XXI: estrategias de mejora.

cada una de ellas, como consecuencia de la asunción de la competencia sanitaria, de modo que, finalizado el proceso de transferencias, el panorama en la atención primaria en España es variado tanto en recursos como en oferta de servicios. Dada la gran distancia temporal que separa la asunción de competencias sanitarias entre unas y otras comunidades, las que cuentan con mayor antigüedad en el uso de esa competencia presentan en general mayores desarrollos en el ámbito de sus respectivos catálogos de prestaciones, disponiendo de más prestaciones extraordinarias con respecto a las establecidas en el SNS, en tanto que las que proceden del Insalud exhiben por lo común menos desarrollos.

Ya sea por ésta o por otras razones, el cumplimiento de la cartera de servicios mínima no es homogéneo en todo el territorio y al mismo tiempo se ofrecen otros servicios complementarios no obligatorios que se han incluido más recientemente, como la atención a pacientes con asma crónica o con tratamiento de anticoagulantes orales.

En los servicios de atención general³⁸ es manifiesto el escaso desarrollo de algunos aspectos como la atención social, la consulta telefónica o el acompañamiento en ambulancia al paciente grave, que se encuentran implantados en menos de la mitad del territorio. En el ámbito de los servicios de prevención y educación en hábitos saludables, que deberían tener un importante peso en la atención primaria, existe una oferta muy desigual. Así, en el caso de la prevención de las adicciones al tabaco y al alcohol, existe un amplio recorrido en su aplicación, como también en el caso de los pacientes con diabetes y otros pacientes con enfermedades crónicas, servicios que se encuentran implantados en la práctica totalidad de las comunidades autónomas. En cambio, la prevención de accidentes comunitarios, la relacionada con los accidentes de tráfico, la promoción de la salud dirigida a minorías étnicas, la educación para la salud en otros grupos o la educación para la salud a grupos de cuidadores, se ofrecen en algunas comunidades pero no en la mayoría.

En lo concerniente a la atención a la infancia y la adolescencia, el servicio de vacunaciones y revisiones del niño sano es muy uniforme, al contrario de lo que ocurre con los servicios específicamente diseñados para atender a los adolescentes. En este caso, la educación y orientación sexual a jóvenes, que incluye conductas sexuales saludables, prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados, se encuentran establecidos en algunas comunidades, pero en otras no. Lo mismo ocurre en el terreno de las inspecciones en el medio escolar y otras inspecciones, cuya prestación es minoritaria.

La atención específica a las mujeres presenta también algunas disparidades llamativas. En el esquema presentado en la última actualización del informe sobre la oferta de servicios en atención primaria lo primero que llama la atención es la excepcionalidad de la vacunación frente al papiloma humano, que todavía es objeto de discusión

38. Ministerio de Sanidad y Política Social, "Oferta de servicios en atención primaria", 2008.

sobre la idoneidad de su aplicación por parte de la comunidad médica. Pero aún es más llamativo el hecho de que el capítulo de la detección y el abordaje de la violencia doméstica no se encuentre incorporado en todas las comunidades autónomas, máxime cuando la Ley de Medidas de protección integral contra la violencia de género llama a las Administraciones autonómicas a abordar este asunto desde el punto de vista sanitario.

Debe decirse, sin embargo que, de acuerdo con el informe sobre los servicios de atención primaria, las carteras de servicios se plasman en documentos específicos que desarrollan los diferentes elementos que la componen en función de los usos dados a la misma por cada servicio de salud. No son, por tanto, relaciones exhaustivas de toda la actividad de la atención primaria, sino solamente de aquellas acciones que están expresamente reguladas. Por ello aparentemente pueden existir diferentes ofertas entre unas comunidades y otras, de modo que al menos una parte de las diferencias entre comunidades puede atribuirse al desigual registro de algunos servicios y actividades. Por otro lado, la forma de abordar el desarrollo de la oferta está sujeta a distintas interpretaciones en

CUADRO 16. SERVICIOS INCORPORADOS A LA CARTERA BÁSICA DE SERVICIOS EN AP Y FINANCIACIÓN, POR CC.AA.

CC.AA.	Servicios incorporados a la cartera básica	Financiación	Observaciones
Andalucía	- Salud bucodental para niños hasta 16 años	- Presupuestos de las unidades de gestión clínica (UGC)	
		- Conciertos con odontólogos privados	
	- Salud bucodental para deficientes mentales	- Presupuestos UGC	
		- Conciertos con odontólogos privados	
	- Podología para diabéticos	- Conciertos con podólogos privados	
	- Control retinopatía diabética	- Dispositivo de apoyo con 50 unidades retinoscópicas	
	- Tratamiento anticoagulante oral	- Presupuestos UGC	
	- Exámenes de salud a mayores de 65 años	- Presupuestos UGC	
	- Cirugía menor	- Presupuestos UGC	
	- Atención a cuidadoras de discapacitados	- Presupuestos UGC	
	- Gestión de casos enfermería	- Presupuestos UGC	
Asturias	- Fisioterapia en sala y a domicilio	- Presupuestos UGC	
	- Servicio de atención a la obesidad infantil	- Ley de Presupuestos	
	- Servicio de atención a trastornos por déficit de atención		
	- Servicio de atención a personas con dolor músculo-esquelético		
	- Servicio de atención a personas con asma bronquial en adultos		
	- Servicio de atención a personas con cardiopatía isquémica		
	- Servicio de atención a personas cuidadoras		
	- Servicio de detección y atención a trastornos de ansiedad		

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

CC.AA.	Servicios incorporados a la cartera básica	Financiación	Observaciones
Aragón	– Programa de salud bucodental para niños de 6 a 16 años desde 2005	– Pública con servicios prestados por profesionales privados acreditados	– La cartera de servicios de AP es común a todos los EAP con pequeñas diferencias (cirujía menor, anticoagulación oral, etc.)
Baleares	– Anticoagulación oral en AP – Intervención avanzada individual y grupal para la deshabituación tabáquica – PADI (Programa de atención dental infantil)	– Presupuesto de salud	
Canarias	– Ampliación de la cartera de atención a la salud bucodental – Detección y abordaje de la violencia de género en el ámbito doméstico – Continuidad de cuidados en atención domiciliaria	– Concertación con la privada; modelo de provisión mixto y financiación pública – Pública – Pública	– Actualmente en desarrollo. Prevista su implantación para el año 2008. Paralelamente se ha iniciado la revisión del programa de Salud bucodental de las CC.AA. – El protocolo es del año 2003 – Ampliación progresiva de recursos de enfermería de enlace
Castilla-La Mancha	– Salud bucodental – Atención podológica – Valoración oftalmológica	– Presupuesto de salud	
Cantabria	– No		
Castilla y León	– Atención al cuidador – Atención al adolescente – Atención al niño con asma – Atención al bebedor de riesgo – Deshabituación tabáquica – Atención a la demencia – Atención a la violencia de género – Actividades prevención adulto – Ampliación cobertura odontológica – Incontinencia urinaria en mujeres menopáusicas – Consulta al joven en su ámbito – Ecografías en atención primaria	– Consejería de Sanidad	
Cataluña	– Odontología desde el inicio de la reforma	– General	
Comunidad Valenciana	– La cartera de servicios comunes y la de específicos de la comunidad están detalladas en la siguiente dirección de Internet: http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud.html		
Extremadura	– Plan de Atención Dental Infantil (PADIex) – Plan de Atención Dental al Discapacitado Intelectual (PADDI) – Plan de Atención Dental a las embarazadas	– Capitalización prospectiva. Financiación pública, provisión mixta – Financiación pública. Provisión pública – Financiación pública	– Cobertura 6-15 años RD 195/2004 – RD 74/2003. Cobertura total, con recursos ambulatorios y hospitalarios específicos – Provisión pública a través de la red asistencial del SES

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

CC.AA.	Servicios incorporados a la cartera básica	Financiación	Observaciones
Galicia	- Odontología (obturaciones y tartrectomía)	- Financiación propia	
Madrid	- La cartera de servicios de AP de la Comunidad de Madrid recoge todas las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social que recoge el RD 10030/2006 de 15 de septiembre que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en su anexo II	- La financiación de todas las actividades se realiza a través de los presupuestos asignados a la Consejería de Sanidad y Consumo aprobados por la Asamblea de Madrid	
Navarra	- PADI desde 6 a 18 años (Programa de atención dental infantil) - Fármacos para deshabituación tabáquica		
La Rioja	- Anticoagulación - Telecardio - Tabaco: prevención y tratamiento	- SERIS	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Oferta de servicios en atención primaria*, 2008.

función del territorio de referencia, como en el caso del seguimiento de embarazos normales, que en alguna comunidad se realiza por los médicos de atención primaria mientras que en la mayoría recae en los servicios de tocoginecología.

Aunque las estadísticas sobre vacunaciones presentan la limitación de basarse en métodos de recogida de datos diferentes en función del país, parece que la cobertura de inmunizaciones activas es más amplia en España que en la media de los países de la OCDE, tanto en vacunas de niños como en adultos. En lo que concierne a las inmunizaciones básicas para niños, la proporción superaba en el año 2007 el 96 por 100 en todo el territorio nacional, si bien se encuentran algunas diferencias en las comunidades autónomas, siendo Extremadura y el País Vasco las que ofrecen los datos de menor cobertura, con proporciones de entre el 91 y el 94 por 100.

Con pequeñas variaciones a lo largo de los últimos años, la vacunación antigripal recomendada a la población con edad superior a los 65 años, mantiene una cobertura del 62 por 100 con algunas variaciones no poco importantes a lo largo del territorio nacional. La Rioja, Extremadura y Cataluña arrojan las cifras más elevadas, superando la media en más de diez puntos, en tanto que Murcia, Baleares y Andalucía se sitúan por debajo del valor medio, lo que hace pensar en la distinta eficacia de las medidas de promoción de las conductas preventivas en los distintos ámbitos territoriales.

Los indicadores sobre recursos en atención primaria ponen de manifiesto la pervivencia de importantes diferencias de dotación entre unos y otros servicios de salud en este nivel. La media de tarjetas sanitarias individuales por cada médico de familia

*Recursos en atención
primaria*

asciende a 1.410 en España, lo que supone un aumento de más de treinta pacientes por facultativo desde el año 2001³⁹. Las diferencias encontradas entonces, con un rango de variación de cuatrocientas tarjetas por cada médico, incluso han aumentado superando las seiscientas. Así, entre la comunidad de Castilla y León (939) y la de Baleares (1.685) hay una importante diferencia entre sus niveles de presión sobre las consultas en medicina de familia. En pediatría, existen también diferencias nada despreciables, que pueden explicarse principalmente por las condiciones demográficas (crecimiento de la población menor de 14 años por efecto de la inmigración y del ligero repunte de la natalidad) y geográficas (concentración/dispersión de los núcleos de población) de cada territorio. Si la media de tarjetas asignadas por pediatra asciende a 1.029, la distancia entre el servicio autonómico más presionado y el menos presionado alcanza las cuatrocientas, siendo Asturias la comunidad autónoma con menos niños por pediatra y Cataluña la que tiene el servicio de pediatría más congestionado. Cabe mencionar en este punto la importancia relativa de la pediatría de área en algunas comunidades cuyas características demográficas han favorecido la creación de esta figura en atención primaria, pensada para dar cobertura pediátrica a aquellas zonas básicas de salud que no cuentan con una población suficiente para crear una plaza de pediatra de equipo, acercando así la figura del profesional de la pediatría a la población rural que no tenía este servicio más que de forma ocasional. Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia y Extremadura, cuentan con una mayor importancia relativa de estos profesionales, que deben cubrir las necesidades de atención de varios centros de salud, pertenecientes a una misma área.

Mención aparte merece el personal de enfermería, toda vez que una parte importante de la presión que padece el sistema sanitario por las necesidades de personal no cubiertas podría aliviarse con el aumento de la dotación de profesionales de la enfermería⁴⁰. Tal como ponen de manifiesto los datos recopilados en el informe sobre necesidad de especialistas médicos, España tiene una de las ratios más bajas del mundo desarrollado de personal enfermero/médicos, de modo que los facultativos asumen tareas que en otros países desempeñan otros profesionales sanitarios. Además existe también en el caso de las enfermeras una notable variabilidad en el número de tarjetas asignadas por cada una en las distintas comunidades autónomas. Así, Castilla y León, Extremadura y Castilla-La Mancha cuentan comparativamente con más recursos, mientras que Valencia, Andalucía y Baleares exhiben las ratios más elevadas, con una diferencia de casi ochocientas tarjetas entre la comunidad más desahogada y la más congestionada.

En lo concerniente a la frecuentación de los servicios de atención primaria, los datos procedentes de la encuesta revelan una desigual presión sobre los distintos

39. CES, *Memoria 2001*.

40. Ministerio de Sanidad y Política Social: *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*.

CUADRO 17. RECURSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2008

Comunidades autónomas	Medicina de familia		Pediatría		Enfermería		Personal no sanitario	
	Nº	Ratio tarjetas asignadas	Nº	Ratio tarjetas asignadas	Nº	Ratio tarjetas asignadas	Nº	Ratio tarjetas auxiliar adm.
Andalucía	4.755	1.442	1.110	1.069	4.257	1.890	6.096	2.838
Aragón	959	1.229	163	997	920	1.458	401	4.078
Asturias	657	1.481	128	779	707	1.516	420	3.219
Baleares	517	1.685	136	1.059	536	1.894	331	3.691
Canarias	1.079	1.519	295	974	1.118	1.723	653	3.568
Cantabria	365	1.361	73	1.035	376	1.522	211	3.407
Castilla y León	2.379	939	301	901	2.104	1.165	1.153	3.326
Castilla-La Mancha	1.382	1.276	239	1.041	1.454	1.376	722	3.379
Cataluña	4.270	1.474	993	1.180	4.750	1.572	3.154	2.575
Comunidad Valenciana	2.632	1.555	738	994	2.492	1.936	2.634	3.080
Extremadura	803	1.199	132	969	886	1.218	440	3.954
Galicia	1.845	1.347	360	900	1.760	1.574	1.110	2.880
Madrid	3.509	1.541	867	1.044	3.239	1.948	2.418	4.006
Murcia	812	1.470	232	972	779	1.814	567	3.633
Navarra	370	1.418	95	977	437	1.413	250	2.470
País Vasco	1.292	1.563	288	905	1.334	1.709	886	2.573
La Rioja	220	1.251	40	950	204	1.535	102	4.674
Ceuta y Melilla	67	1.550	25	1.068	80	1.632	58	3.957
España	27.911	1.410	6.215	1.029	27.433	1.663	21.606	3.102

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información de Atención Primaria, 2009.

servicios de salud autonómicos. En este sentido, los médicos de familia de algunas comunidades atienden a un número muy superior de pacientes cada día, como en Extremadura y Andalucía. Y lo mismo ocurre con los pediatras y el personal enfermero, poniendo de manifiesto una desigual presión asistencial sobre la sanidad pública en función del ámbito geográfico. Sin embargo, el mayor número de encuentros diarios para el personal de atención primaria no parece relacionado con un mayor volumen de población a atender (ratio de tarjetas sanitarias por profesional), por lo que la explicación de las diferencias de frecuentación podría buscarse en las tasas de envejecimiento —la frecuentación en medicina de familia es superior en los segmentos de edad superiores—, o en general a las diferentes evoluciones demográficas en cada comunidad autónoma. En cualquier caso, en España en los últimos años se ha dado un aumento progresivo de la frecuentación y la demanda de servicios sanitarios, superior a la otros países del entorno, quizá en parte a causa de la importancia dada a la accesibilidad, ya que en la mayoría de los casos, la mayor utilización de los servicios sanitarios no se corresponde con patrones de morbilidad regionales que justifiquen una mayor demanda de atención sanitaria.

CUADRO 18. NÚMERO DE ENCUENTROS/DÍA PROMEDIO PARA MÉDICOS DE FAMILIA, ENFERMERAS Y PEDIATRAS, POR CC.AA.

CC.AA.	Médicos	Enfermeras	Pediatras
Andalucía	45	25, excluidos los servicios comunes o dispensarizados	30
Asturias	35,72	21,17	20,97
Aragón	8.516 visitas-año/MF, 428.000 visitas a domicilio (global) (2006)	4.565 visitas-año/enfermera (2006)	761 visitas-año/pediatra (2006)
Baleares	35,0	27,2	20,7
Canarias	40 consultas/día (año 2006)	15 consultas/día (año 2006)	26 consultas/día (año 2006)
Cantabria	Demanda 25,18 Programada 7,72 Domicilio 0,68	Demanda 20 Domicilio 1,8	Consulta 22 pac. Domicilio
Castilla-La Mancha	32,5	N.d.	28
Castilla y León	Urbano 37,9 Rural 26,0	Urbano 23,7 Rural 21,5	Urbano 24,6 Rural 24,8
Cataluña	30,1	15,5	24,3
Comunidad Valenciana	El sistema de información ABUCASIS está en proceso de desarrollo y en la actualidad no nos permite obtener estos datos de forma tan general.		
Extremadura	49	32	27
Galicia	41	18	20
Madrid	Datos de año 2006: 36,84	Datos de año 2006: 19,48	Datos de año 2006: 24,5
Navarra	29	22 (incluye extracciones)	22
La Rioja	40	50	30

Fuente: V. Navarro López y A. Martín Zurro (coords.) (2009), Proyecto de investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas, SEMFYC.

El acceso a pruebas diagnósticas por parte de los médicos de atención primaria, que constituye una de las medidas recogidas en el documento aprobado por el CISNS en 2006 sobre *Atención primaria en el siglo XXI: estrategias de mejora*, encaminada a mejorar la efectividad y la resolución en este ámbito asistencial, muestra, de acuerdo con los indicadores disponibles, rasgos desiguales. No cabe duda sobre los beneficios que traería al sistema la extensión del acceso a dichas pruebas por parte de los facultativos (mayor agilidad y descongestión en atención especializada) y para los pacientes (más rapidez en los procesos diagnósticos). Sin embargo, mientras algunas pruebas diagnósticas se encuentran ampliamente implantadas, como la mamografía, otras como la tomografía o la ecocardiografía son utilizadas únicamente en algunas comunidades.

CUADRO 19. ACCESO HABITUAL A PRUEBAS POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, POR CC.AA.

CC.AA.	Mamografía		Ecocardiografía		Tomografía computarizada		Anatomía patológica	
	Accesibilidad habitual	Observaciones	Accesibilidad habitual	Observaciones	Accesibilidad habitual	Observaciones	Accesibilidad habitual	Observaciones
Andalucía	Sí		No		Sí	Sólo profesional de unidad de gestión clínica	Sí	
Aragón	Sí	No en todos los sectores	No		Sí (lumbosacra y craneal protocolizada)	No en todos los sectores		
Asturias	Sí		No		En algún área sanitaria		Sí	
Baleares	Sí		No		No		Sí	
Canarias	No		No		No		Sí	
Cantabria	Sí-No		No		No		No	
Castilla-La Mancha	Sí		Sí	Mediante protocolo con AH	Sí	Mediante protocolo con AH	Sí	
Castilla y León	Sí		Sí		Sí	Protocolizada en algunas áreas de salud	Sí	
Cataluña	Sí-No		Sí		Sí		Sí	
Comunidad Valenciana	Sí	En 12 (de 20) departamentos de salud	Sí	En 17 (de 20) departamentos de salud	Sí	En 9 (de 20) departamentos de salud	No	
Extremadura	Sí		Sí	Algunos centros con protocolo	Sí	Algunos centros con protocolo		
Galicia	No	A partir diciembre 2007, con protocolo	No	A partir diciembre 2007, con protocolo	No	A partir diciembre 2007, con protocolo	No	A partir diciembre 2007, con protocolo
Madrid	Sí		No		Sí	Mediante consultor	Sí	
Murcia								
Navarra	Sí	Bajo protocolo	No		Sí	Bajo protocolo	Sí	Sí desarrolla cirugía menor
País Vasco								
La Rioja	No		No		No		Sí	
Ceuta y Melilla								

Fuente: V. Navarro López y A. Martín Zurro (coords.) (2009), Proyecto de investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas, SEMFYC.

1.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. Este nivel de atención garantiza la continuidad del cuidado integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

Como ocurre en el caso de atención primaria, la ampliación del catálogo de prestaciones por parte de las comunidades autónomas no es homogénea, habiendo diferencias apreciables entre unas y otras. También en este caso la antigüedad en el ejercicio de la competencia sanitaria supone una ventaja en el desarrollo de la cartera complementaria, de modo que en conjunto, y en consonancia con la antigüedad en el uso del título competencial en materia sanitaria, las comunidades de Andalucía, Cataluña, Navarra, País Vasco y Valencia han incorporado más prestaciones extraordinarias al catálogo básico que el resto, mientras que algunas no han ampliado su cartera con nuevas prestaciones.

Entre los indicadores de dotación de recursos en atención especializada, el número de camas por cada mil habitantes suele emplearse como primera aproximación. Dicho número no supera en España las 2,3 y es significativamente más bajo que el que muestran las estadísticas europeas. En efecto, la media de camas por cada cien mil habitantes⁴¹ alcanzaba en 2005 las 590, mientras que en España en ese mismo año no se superaban las 338. No obstante, debe decirse que en toda la Unión Europea se registra una clara tendencia a la reducción numérica de este equipamiento básico, que en ocho años ha disminuido en un 26 por 100, mientras que en España, aunque también ha descendido el número de camas hospitalarias por cada cien mil habitantes, el descenso ha sido menos abultado. Esta disminución de las infraestructuras debe interpretarse como un signo de cambio en los procedimientos médicos hacia técnicas cada vez menos agresivas y con menor requerimiento de hospitalización. Por ello, el indicador de disponibilidad de camas habría de complementarse con la presencia de hospitales de día, la atención domiciliaria y la utilización de tecnologías poco agresivas en los tratamientos.

En todo caso, los datos aportados por el Ministerio reflejan la existencia de algunas diferencias interregionales a este respecto. Así, Andalucía es la comunidad autónoma con menor dotación de camas en funcionamiento adscritas a la sanidad pública, mientras que Extremadura y Aragón se sitúan por encima de aquélla y de la media

*Diferencias en la
dotación de recursos*

41. Eurostat, *Public Health, resources and patients*.

nacional. En cuanto al número de camas en hospitales de día en el circuito público existen también diferencias entre las comunidades. Así, Cantabria, Asturias y Cataluña son las mejor dotadas y Extremadura y La Rioja las que disponen de menos plazas. Las diferencias pueden responder, en cualquier caso, al modelo de atención por el que se ha optado.

El volumen del personal sanitario, que también varía geográficamente, será abordado con detalle en el capítulo correspondiente a la política de recursos humanos. Pero cabe aquí señalar la existencia de algunas diferencias entre las comunidades. El número medio de médicos en el nivel de atención especializada por cada cien mil habitantes era en 2007 de 154, cifra de la que se alejaban por arriba Aragón, Asturias, Cataluña y Cantabria y que no alcanzaban Andalucía y Canarias. De igual modo, el personal de enfermería, cuya tasa por cien mil habitantes se situaba como valor medio en 257, presentaba un rango de variación de 115 por 100.000, siendo los extremos Aragón y Extremadura.

CUADRO 20. DOTACIÓN Y RECURSOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Comunidades autónomas	Hospitales SNS	Camas en funcionamiento SNS/1.000 hab.	Plazas hospital de día públicos SNS/1.000 hab.	Médicos SNS		Enfermeros SNS	
				Nº	Tasa/1.000 hab.	Nº	Tasa/1.000 hab.
Andalucía	43	1,89	0,14	10.315	1,28	18.980	2,35
Aragón	19	3,08	0,18	2.514	1,94	4.446	3,43
Asturias	10	2,99	0,26	2.009	1,87	3.126	2,91
Baleares	11	2,26	0,17	1.621	1,57	3.053	2,96
Canarias	14	2,18	0,12	2.654	1,31	4.993	2,46
Cantabria	5	2,50	0,30	986	1,72	1.749	3,05
Castilla y León	15	2,75	0,15	3.948	1,56	7.025	2,78
Castilla-La Mancha	19	2,40	0,2	3.097	1,57	5.364	2,71
Cataluña	70	2,48	0,24	13.424	1,86	17.852	2,48
Comunidad Valenciana	33	2,07	0,13	6.848	1,40	11.145	2,28
Extremadura	10	3,17	0,09	1.738	1,59	2.743	2,52
Galicia	17	2,97	0,20	4.306	1,55	7.756	2,80
Madrid	27	2,09	0,21	9.570	1,57	16.505	2,71
Murcia	11	2,06	0,16	2.043	1,47	3.597	2,58
Navarra	6	2,24	0,14	967	1,60	1.641	2,71
País Vasco	18	2,64	0,23	2.971	1,39	4.729	2,21
La Rioja	3	2,68	0,08	506	1,64	934	3,02
Ceuta y Melilla	4	2,70	0,09	225	1,54	419	2,87
Total	335	2,34	0,18	69.741	1,54	116.063	2,57

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, 2007.

CUADRO 21. ACTIVIDAD EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Comunidades autónomas	Actos quirúrgicos SNS			Urgencias SNS		Tasa ambulatorización SNS-Públicos
	Consultas SNS/1.000 hab.	Nº	Frecuentación /1.000 hab.	Nº	Frecuentación /1.000 hab.	
Andalucía	1.396,14	533.451	66,19	4.270.622	529,89	41,98
Aragón	1.775,61	84.712	65,33	584.931	451,11	14,98
Asturias	1.175,77	67.240	62,56	470.386	437,62	37,11
Baleares	1.204,22	56.732	55,04	438.751	425,70	46,44
Canarias	1.343,68	75.363	37,20	644.643	318,19	22,06
Cantabria	1.435,56	28.065	48,99	335.177	585,13	29,60
Castilla y León	1.506,55	155.582	61,53	950.058	375,75	29,08
Castilla-La Mancha	1.563,52	119.936	60,66	843.017	426,35	34,70
Cataluña	1.366,30	638.701	88,58	3.811.679	528,63	40,85
Comunidad Valenciana	1.617,80	331.772	67,92	2.236.123	457,75	36,16
Extremadura	1.405,57	76.925	70,57	486.113	445,98	42,30
Galicia	1.655,74	186.374	67,22	1.127.930	406,82	28,98
Madrid	1.720,87	375.056	61,67	2.480.307	407,83	31,56
Murcia	1.497,42	79.927	57,41	773.071	555,32	38,66
Navarra	1.467,96	41.648	68,74	259.592	428,46	16,28
País Vasco	885,21	145.670	68,01	913.671	426,58	36,73
La Rioja	1.694,71	20.606	66,69	118.912	384,87	51,05
Ceuta y Melilla	1.362,56	8.410	57,59	115.191	788,75	31,41
Total	1.484,23	3.026.327	66,95	20.859.739	461,49	35,94

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, 2007.

Uno de los aspectos más significativos de la calidad de la asistencia sanitaria es el tiempo que se ha de esperar para acceder a la atención especializada, ya sea para consultas/diagnósticos o para la recepción de tratamientos/cirugía. Si bien es cierto que las listas de espera sanitaria son un elemento común a la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados y que su presencia no es necesariamente un indicador de ineficiencia, la situación en España ha llegado a convertirse uno de los mayores problemas del SNS, siendo responsable del empeoramiento de la percepción y la valoración de los ciudadanos.

Además, a este problema se suma la falta de claridad en la información, que hace pocos años llevó a la creación del sistema de información de listas de espera del SNS por el Real Decreto 605/2003, en 2004 mejorando la información sobre una cuestión tradicionalmente opaca, e incorporando por primera vez datos homogeneizados sobre las listas de espera quirúrgicas en el conjunto del SNS, desagregadas por dolencias y tiempos de espera. Aunque el sistema aporta transparencia con respecto a la situación anterior, una limitación, resultado del consenso alcanzado en el marco del CISNS, es la ausencia de datos desagregados por servicios de salud. La situación sigue siendo pues poco visible (valga recordar la no disponibilidad de los datos sobre tiempos de espera recopilados a través de la Encuesta Nacional de Salud, que sin ser un registro

CUADRO 22. INDICADORES SOBRE LISTAS DE ESPERA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Comunidades autónomas	Hasta 15 días	Hasta 1 mes	Hasta 2 meses	Hasta 3 meses	Hasta 4 meses	Hasta 5 meses	Hasta 6 meses	Tiempo de espera para cita con el especialista		Valoración asistencia hospitales públicos*. Tiempo de demora para ingreso no urgente
								Más de 6 meses	meses	
Andalucía	17,5	22,0	21,6	11,0	2,9	2,5	5,3	4,5	4,37	
Aragón	17,7	15,6	16,7	18,8	9,4	2,1	4,2	7,3	4,60	
Asturias	15,4	14,7	11,8	8,8	4,4	0,7	11,8	2,9	5,23	
Baleares	22,1	23,1	19,0	14,8	4,2	0,0	6,3	2,1	5,22	
Canarias	12,4	16,3	13,2	7,8	13,2	6,2	8,5	14,0	3,82	
Cantabria	16,9	14,1	10,5	12,3	12,2	1,9	4,8	8,5	4,35	
Castilla-La Mancha	19,5	17,3	18,8	9,0	3,8	3,0	9,0	3,7	6,08	
Castilla y León	13,2	16,8	19,7	15,0	9,6	2,4	4,8	6,0	3,90	
Cataluña	23,5	20,8	13,8	12,7	4,6	1,2	8,5	8,8	4,43	
Comunidad Valenciana	13,7	17,2	18,0	19,3	7,3	2,1	7,7	6,9	4,77	
Extremadura	11,0	14,4	19,5	16,1	11,0	1,7	6,8	11,0	4,04	
Galicia	11,3	17,9	14,3	15,5	4,2	2,4	10,7	14,3	4,61	
Madrid	20,3	19,1	17,2	15,7	4,2	3,1	6,9	6,1	4,31	
Murcia	15,2	26,7	20,9	15,2	1,9	0,0	7,6	3,8	5,10	
Navarra	25,4	20,0	14,5	6,4	2,7	4,5	1,8	5,5	5,17	
País Vasco	18,4	27,6	19,6	9,2	2,5	2,5	3,1	4,3	4,90	
Rioja	17,9	27,7	27,7	4,9	2,0	0,0	2,0	0,0	5,23	
Total	17,6	19,6	17,4	13,5	5,3	2,3	7,0	6,9	4,54	

* Valoración de 1 a 10, siendo 1 “totalmente insatisfactorio” y 10 “totalmente satisfactorio”.
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Barómetro sanitario 2009*.

administrativo, podría aproximar a la magnitud de la cuestión en las comunidades autónomas).

A falta de información del propio sistema, los datos procedentes del barómetro sanitario ofrecen una imagen cuando menos poco favorable. Casi la mitad de los ciudadanos a los que se remitió a la consulta del especialista tuvo que aguardar entre uno y tres meses para ser atendido. Pero los datos muestran además una notable variabilidad geográfica. Así, los pacientes andaluces, aragoneses y murcianos soportaron tiempos de espera de entre uno y tres meses en mayor medida que el resto. Pero los datos más llamativos provienen de Galicia, Canarias y Extremadura, comunidades en las que una proporción digna de ser tenida en cuenta esperó más de seis meses para consultar con el médico especialista (cuadro 22).

Como indicador complementario, la valoración del tiempo de demora para los ingresos no urgentes en los hospitales del SNS ofrece, asimismo, una imagen clara. Los datos del conjunto nacional muestran una puntuación inferior a cinco en una escala de diez, lo que no deja de ser significativo, ya que el resto de los aspectos sometidos a la valoración de los ciudadanos queda siempre por encima de esa puntuación, es decir, que no se trata de un reflejo de una actitud globalmente crítica (cuadro 22). En este caso Canarias, Madrid y Cantabria mostrarían las peores puntuaciones, inferiores a cuatro.

CUADRO 23. DOTACIÓN TECNOLÓGICA

Comunidades autónomas	Equipos de TAC	Resonancia magnética hospital	Litotricia renal hospital	Máquinas de hemodiálisis	Acelerador lineal
Andalucía	100	45	11	530	22
Aragón	19	8	2	149	2
Asturias	16	10	1	107	5
Baleares	20	13	5	165	3
Canarias	29	16	5	240	7
Cantabria	7	3	1	16	3
Castilla y León	32	17	3	223	8
Castilla-La Mancha	32	19	3	139	3
Cataluña	77	32	5	0	17
Comunidad Valenciana	70	39	9	536	19
Extremadura	16	10	2	69	3
Galicia	47	31	3	307	9
Madrid	86	85	11	482	30
Murcia	18	6	0	51	3
Navarra	11	6	2	84	5
País Vasco	32	17	4	175	10
La Rioja	4	4	1	26	2
Ceuta y Melilla	2	0	0	15	0
Total	618	361	68	3.314	151

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, 2007.

Otro aspecto objeto de nutrido debate en los últimos años en los foros sobre procedimientos médicos es el relativo a la dotación tecnológica, toda vez que una mayor dotación no se relaciona necesariamente con una mayor eficiencia en el campo de la salud. A este respecto, los datos presentan una gran variabilidad que en muchos casos responderá a distintas configuraciones demográficas (cuadro 23).

1.3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

La legislación sobre productos farmacéuticos constituye una de las materias de competencia exclusiva del Estado (artículo 149.1.16 CE), de la misma manera que el régimen económico de la Seguridad Social (artículo 149.1.17). Por ello, no cabría esperar grandes diferencias interterritoriales en el caso de una prestación claramente identificable y cuyas condiciones de financiación se encuentran nítidamente establecidas, según se trate de activos, pensionistas o enfermos crónicos. Sin embargo, tanto la prestación farmacéutica, como los instrumentos de la política de uso racional del medicamento han sido ámbitos en los que tradicionalmente se han observado notorias diferencias de aplicación en las comunidades autónomas.

En cuanto a las diferencias en las prestaciones brindadas, son conocidas las reacciones por parte de algunas comunidades autónomas frente al Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se ampliaba la relación de medicamentos excluidos de financiación estatal⁴². Una práctica habitual, ha sido la inclusión unilateral de medicamentos que luego se generalizan a otras comunidades autónomas y acaban siendo aprobadas en el CISNS, a pesar de las previsiones de la Ley 26/2006 del Medicamento, respecto al procedimiento para aprobar la inclusión de nuevos medicamentos, como ocurrió en el caso de la introducción de la vacuna contra el VPH y la píldora postcoital.

Unido a lo anterior, se observan marcadas diferencias en el uso de los distintos instrumentos de la política de uso racional del medicamento, así como en aspectos ligados a la gestión de la prestación. Valga adelantar que las iniciativas que se mencionan a continuación se restringen a la prescripción farmacéutica a través de oficinas de farmacia, puesto que la carencia de datos homogéneos sobre la farmacia hospitalaria dificulta abordar de forma más completa este apartado. La mayoría de las políticas y medidas de uso racional de los medicamentos implementadas en mayor o menor medida por las comunidades autónomas guardan relación con la prescripción por principio activo y la promoción de medicamentos genéricos. Otro grupo de medidas incide en la mejora de los sistemas de información (prescripción electrónica asistida, receta electrónica, creación o difusión de guías terapéuticas y farmacológicas; programas de

42. A título de ejemplo, Andalucía promulgó el Decreto 159/1998, de 28 de julio, estableciendo la financiación de determinados medicamentos excluidos del Real Decreto 1663/1998, mientras que Navarra promulgó el Decreto Foral 258/1998, de 1 de septiembre, por el que se establece la prestación complementaria de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Foral de Navarra.

formación e información dirigidos a los prescriptores así como programas de información dirigidos a usuarios y ciudadanos). Otras iniciativas se dirigen a mejorar la coordinación asistencial (programas de coordinación entre atención especializada y primaria; programas de atención a enfermos crónicos y a pacientes con multimorbilidad/polimedicados y programas de atención farmacéutica a centros sociosanitarios). Otras medidas se instrumentan a través de programas de incentivos individuales a prescriptores y mejoras en la gestión de compras.

La implantación de la receta electrónica, ligada al desarrollo de la historia clínica del paciente, se está desarrollando a distinto ritmo en las comunidades autónomas. Algunas, como Andalucía, Cataluña, Galicia y Extremadura han aprobado ya su propia normativa al respecto. No debe perderse de vista en este proceso el objetivo de interoperatividad de los distintos modelos de receta electrónica, algo que de momento no está garantizado.

La prescripción por principio activo también sigue la pauta de coexistencia de distintas modalidades, entre las que la más frecuente es la que circunscribe la prescripción a los principios activos que cuentan con un genérico, impulsada por el Servicio Andaluz de Salud, en el que el 75 por 100 de las recetas prescritas lo son por principio activo. En cambio, en otras comunidades autónomas como País Vasco o Madrid se fomenta no la prescripción por principio activo propiamente dicha sino la prescripción de medicamentos genéricos. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la prescripción por principio activo ha perdido atractivo para las Administraciones como instrumento de contención del gasto, una vez consolidado el sistema de precios de referencia, que ha reducido considerablemente las diferencias de precios entre los medicamentos que forman parte de un mismo conjunto homogéneo, es decir, que comparten el principio activo, forma de administración y la existencia de un genérico dentro del grupo.

En cambio, parece que en la implantación del sistema de precios de referencia, medida a través del consumo de medicamentos sujetos al sistema de precios de referencia no se observan diferencias significativas entre las comunidades autónomas, oscilando su cuota de mercado en los distintos servicios de salud entre el 18 y el 21 por 100 del mercado total de prescripción en valores de ventas y entre el 32 y 38 por 100 por unidades vendidas, situándose las medias nacionales de ambas magnitudes en el 19,4 por 100 y el 34,4 por 100, respectivamente.

Prácticamente todas las comunidades autónomas realizan ya actuaciones de formación a sus prescriptores, siendo una actuación cada vez más frecuente el informar a los médicos de su perfil prescriptor comparado, en unos casos como acción informativa y en otros ligado a incentivos individualizados al ajuste a las pautas de prescripción. Prácticamente la mitad de las comunidades autónomas han implantado sistemas de incentivos, individuales o a nivel de centro, para fomentar el uso eficiente del medicamento por parte de los profesionales sanitarios.

Sin embargo, queda un amplio camino por recorrer para racionalizar la prescripción y el consumo de medicamentos con arreglo a criterios de eficacia terapéutica y eficiencia en el gasto. Sobre la base de la evaluación de distintas experiencias llevadas a cabo en los servicios de salud, se echa en falta un mayor impulso a la extensión de medidas dirigidas a los usuarios, considerando sus distintos perfiles de consumo por edades, patologías, cronicidad, pensionistas, etc.; la consideración de la farmacia hospitalaria en la política de uso racional del medicamento y el análisis de las causas que subyacen a su excesivo consumo. En efecto, el volumen de prescripción se situaba en 2009 en torno a las 20 recetas/habitante/año, habiendo aumentado un año más las recetas facturadas por encima del gasto, aumento variable por servicios de salud (cuadro 24). Conviene reflexionar sobre en qué medida esta creciente evolución del volumen de recetas obedece no sólo a la evolución de la morbilidad, el envejecimiento de la población o la aparición de nuevos tratamientos, sino a carencias del sistema que en un sistema sanitario moderno, de calidad y sostenible, deberían abordarse desde un enfoque coordinado: la escasa inversión e importancia conferida a la atención primaria, a las políticas de prevención y salud pública, la coordinación sociosanitaria y la atención a personas dependientes o la accesibilidad de la atención especializada.

CUADRO 24. INDICADORES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN 2009, POR CC.AA.

Comunidades autónomas	Gasto farmacéutico a través de receta		Recetas facturadas		Gasto medio por receta facturada (€)	
	2009	Increment. % 09/08	2009	Increment. % 09/08	2009	Increment. % 09/08
Andalucía	2.060.996.165	5,37	173.563.750	6,33	11,87	-0,90
Aragón	409.670.254	4,69	28.448.972	4,60	14,40	0,08
Asturias	352.792.046	4,22	24.514.804	3,07	14,39	1,12
Baleares	222.875.692	5,42	15.538.912	1,57	14,34	3,80
Cantabria	160.330.254	4,22	11.623.622	3,82	13,79	0,39
Castilla-La Mancha	614.326.033	5,2	44.376.775	5,53	13,84	-0,32
Castilla y León	741.314.884	5,23	51.246.512	3,73	14,47	1,45
Cataluña	1.884.521.183	2,35	147.582.927	3,16	12,77	-0,78
Canarias	569.908.755	7,21	40.819.665	6,74	13,96	0,45
Extremadura	358.607.670	8,86	25.608.038	8,08	14,00	0,72
Galicia	925.159.748	6,41	63.380.024	5,43	14,60	0,93
Madrid	1.318.525.043	5,22	103.897.638	6,03	12,69	-0,77
Murcia	412.286.893	-0,91	29.742.500	5,29	13,86	-5,89
Navarra	166.729.250	4,11	11.803.180	4,07	14,13	0,04
C. Valenciana	1.604.870.225	3,06	111.787.286	4,50	14,36	-1,38
País Vasco	586.667.158	4,2	41.818.572	3,63	14,03	0,55
La Rioja	89.683.920	6,48	6.129.407	5,22	14,63	1,20
Ceuta	14.908.637	3,91	1.145.372	3,77	13,02	0,14
Melilla	12.043.485	3,92	985.614	5,43	12,22	-1,44
Total nacional	12.506.217.294	4,47	934.013.570	4,94	13,39	-0,45

Fuente: MSCPS.

Por último, cabe recordar que la ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas ha sido una materia que ha registrado un elevado grado de litigiosidad entre el Estado y las comunidades autónomas, especialmente por lo que hace a los distintos criterios de ordenación de las oficinas de farmacia y los requisitos para la autorización de apertura de nuevas oficinas, una materia estrechamente vinculada tanto con el derecho a la atención farmacéutica como con la competencia entre establecimientos mercantiles.

1.4. SALUD MENTAL

La salud mental constituye un ámbito de intervención sanitaria que afecta a todos los niveles de atención (primaria, especializada, salud pública y sociosanitaria), lo que si en el plano terapéutico representa un enfoque avanzado, supone una dificultad añadida a la hora de su evaluación. Concluida la reforma psiquiátrica que a lo largo de los años ochenta supuso el fin del modelo manicomial, comienza una segunda etapa caracterizada por el protagonismo de los servicios de salud de las comunidades autónomas, encargados de aplicar los principios de la reforma, como la continuidad de la atención, apoyada en la extensión de la salud mental a la atención primaria trascendiendo así la red hospitalaria o la promoción de una mejor organización en el nivel especializado.

Los tradicionales problemas de coordinación interniveles han repercutido de manera especialmente negativa en esta área, en la que las intervenciones son de carácter regional, cuando no local, y presentan una gran disparidad de enfoques e intensidad, lo que permite hablar de una diversidad de modelos de atención a la salud mental que, de momento, no ha conseguido superarse tras la aprobación del Plan estatal de atención a la salud mental aprobado en diciembre de 2006, persistiendo diferencias en la oferta, utilización y acceso a la atención sanitaria en salud mental, así como en la interacción con los servicios sociales.

Aunque todas las comunidades autónomas han desarrollado sus planes de salud mental, no todos estos planes han adoptado el mismo nivel de compromiso con un nuevo modelo de planificación y gestión⁴³. La estructura y contenido de estos planes varía según la comunidad autónoma, así, algunos de estos planes no especifican nada en cuanto a la financiación, otros no contemplan la posibilidad de evaluación del mismo, otros no cuentan con un cronograma de actuaciones y otro grupo de ellos no hace referencia a los medios que tienen para conseguir los objetivos que se han fijado (cuadro 25).

En general, se requiere una intensificación de las políticas de atención sociosanitaria relacionadas con la atención a la salud mental, cuyo peso asistencial recae excesivamente en las familias cuidadoras, que asumen gran parte del gasto del tratamiento y

43. En este sentido, el Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, "Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas a diciembre 2005".

CUADRO 25. LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Comunidades autónomas	Programa específico de salud mental
Andalucía	II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012
Aragón	Plan estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental, de la Consejería de Sanidad y Consumo
Asturias	Plan de Salud para Asturias 2004-2007. La Salud como horizonte (apartado de Salud Mental), de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Baleares	“Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares” de la Consejería de Salud y Consumo
Cantabria	Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria, Gobierno de Cantabria, 1998
Castilla-La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2005-2010, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Castilla y León	Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica 2003-2007, de la Consejería de Sanidad
Cataluña	Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña 2005-2007, del Departament de Salut
Comunidad Valenciana	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, de la Consejería de Sanidad.
Extremadura	Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, de la Consejería de Sanidad incluye un apartado de Salud Mental
Galicia	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011, aprobado por el Consello de la Xunta de Galicia
Madrid	Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, de la Consejería de Sanidad
Murcia	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia
Navarra	Plan de Salud Mental en Navarra
País Vasco	Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan estratégico 2004-2008, del Servicio de Salud-Osakidetza
La Rioja	Plan de Salud Mental para La Rioja

Fuente: Junta de Andalucía, Documento sobre “La salud mental en las comunidades autónomas”; www.1decada4.es.

el cuidado informal en los hogares, con una dedicación casi exclusiva a los enfermos y soportando las cargas económicas que esto conlleva, sin que hasta ahora el desarrollo del sistema de atención a la dependencia hay colmado las expectativas en este ámbito.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud comenzó a aplicarse en 2007, siguiendo la línea de actuación planteada en la Declaración de Helsinki en salud mental suscrita por España en el año 2005. Esta línea responde a “un enfoque integrado que combina la promoción de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adoptar medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos”.

El informe de evaluación de la Estrategia presentado recientemente ante el Pleno del CISNS reconoce el cumplimiento de algunos de los retos que la Estrategia marcaba como pendientes de desarrollo, principalmente en lo referido a formación continuada de los

profesionales, la investigación en materia de salud mental y la participación de las sociedades científicas y profesionales en la planificación y evaluación de los servicios. Sin embargo, aún quedan temas pendientes como el desarrollo de la formación de postgrado en áreas como la psiquiatría y psicología clínica de la infancia y adolescencia, la drogodependencia, la insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental, los insuficientes recursos de rehabilitación y reinserción social de calidad y la falta de una oferta más equitativa y mayor colaboración entre comunidades autónomas y otras Administraciones.

Los temas que más diferencias generan entre comunidades autónomas son, entre otros, el desarrollo de recursos alternativos al hospital psiquiátrico, la homologación e incentivación de los profesionales de la salud mental y la descentralización y articulación de los recursos para la atención a la salud mental en el ámbito del área sanitaria.

2. Política de recursos humanos: planificación y desarrollo profesional

Pese a toda la innovación y el desarrollo tecnológico que caracteriza cada vez más a las ciencias de la salud, la importancia del componente humano en la asistencia sanitaria sigue siendo incuestionable. En el nivel “micro” de la práctica cotidiana, las principales decisiones son adoptadas por los profesionales sanitarios dentro de un amplio margen de autonomía. En última instancia, es la suma de esas decisiones individuales la que determina en buena medida la calidad y la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto. Este carácter intensivo del componente humano en las actividades sanitarias se refleja en el volumen que representa su remuneración dentro del total del gasto sanitario: el 45 por 100.

No existe hasta el momento una herramienta estadística única y homogénea que facilite una visión completa del volumen y las características del personal sanitario y no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias públicas, lo que obliga a acudir a diversas fuentes con distinta metodología para aproximarse a esta realidad, no sin importantes lagunas, como el tipo de vinculación (especialmente en lo que se refiere al carácter contractual laboral o estatutario) en los distintos servicios de salud y la relación completa de personal no estrictamente sanitario. El último Informe sobre el SNS 2008 recopila datos de distinta procedencia que pueden ofrecer una idea aproximada de los principales parámetros en materia de personal, junto con los datos procedentes de otras fuentes, como el Registro de personal de las Administraciones públicas, lo que no supe, en modo alguno, la carencia señalada, por cuanto se trata de información no sistematizada (recuadro 7).

Es evidente la importancia de la existencia de una política de recursos humanos que aborde desde la lógica de conjunto la planificación estratégica de todos los aspectos relacionados con los profesionales de la sanidad que requieren un planteamiento común en todo el SNS.

RECUADRO 7. RESUMEN DE INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS

(A partir de fuentes de distinta procedencia)

Personal al servicio de las instituciones sanitarias del SNS

En el Registro central de personal de Administraciones públicas constan 491.107 efectivos de esta categoría dependientes de las comunidades autónomas, de los cuales 294.719 están clasificados como funcionarios, 22.274 como personal laboral y 174.114 como “otro personal”. Además, habría que añadir 1.614 efectivos dependientes de la Administración pública estatal. En conjunto, representarían el 18,5 por 100 del total de personal al servicio de las Administraciones públicas.

Fuente: Ministerio de la Presidencia, Registro Central de Personal, Boletín Estadístico de personal al servicio de las Administraciones públicas, julio 2009.

Atención primaria

A 31 de diciembre de 2008, se encontraban trabajando 61.559 profesionales sanitarios “asistenciales” de medicina de familia, pediatría y enfermería en centros de salud y consultorios locales, excluyendo las plazas dedicadas en exclusiva a la atención de urgencias u otras modalidades. Se excluyen también todas las plazas no asistenciales —de gestión, u otras—. Con el mismo concepto, el personal auxiliar administrativo y “otro personal no sanitario” suponían 21.606 personas.

Personal en formación en atención primaria: para impartir formación a las 2.111 plazas de postgraduados en Medicina Familiar y Comunitaria ofertadas en 2008, existen 162 unidades docentes con 759 centros de salud acreditados para ello.

Fuente: MSCPS, Sistema de información sobre atención primaria.

Atención especializada

El sector hospitalario concentra la mayor parte de los profesionales de la sanidad (80 por 100). A 31 de diciembre de 2007 trabajaban en dicho sector 489.960 profesionales vinculados mediante contrato, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario a jornada completa o parcial, excluyendo el personal en formación postgrado. De ellos, un 72 por 100 eran mujeres.

Adicionalmente, se contabilizaron 23.702 personas trabajando como “colaboradores habituales”, sin una vinculación funcional, estatutaria o laboral con el centro donde prestan servicios.

Cuatro de cada cinco empleados del sector hospitalario español trabaja para la red de hospitales del SNS, que cuenta con 421.025 profesionales, y de ellos las tres cuartas partes pertenecen a alguna profesión sanitaria, siendo mayoritaria, por categorías, los de enfermería; así, de cada 100 profesionales sanitarios, 40 son de enfermería, 35 ayudantes sanitarios y 23 de medicina.

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

Diez de cada once profesionales de medicina que trabajan en el sector hospitalario están adscritos a la red pública, si bien parte de ellos colabora también en hospitales privados. Por especialidades, los especialistas en medicina interna y especialidades médicas, incluida medicina intensiva, agrupan casi un tercio de los profesionales de medicina (31,1 por 100), la cirugía general y especialidades quirúrgicas, incluidos los pertenecientes a traumatología y obstetricia-ginecología sumaban un 29 por 100, y el resto lo ocupan los profesionales de medicina de servicios centrales (21,80 por 100), urgencias (7,85 por 100) y otros.

Respecto a su evolución, desde el año 2000 a 2007, el número de profesionales vinculados del SNS ha crecido un 25 por 100, siendo este crecimiento del 33 por 100 en el caso de los médicos.

Fuente: INE, Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado, 2007.

Formación sanitaria especializada

La oferta total de plazas de formación sanitaria especializada en 2008 fue de 7.866:

- Especialidades en régimen de residencia: 7.111 de la convocatoria general y 563 de enfermería. Las especialidades con una mayor oferta de plazas fueron medicina familiar y comunitaria (1892), pediatría y sus áreas específicas (395), anestesia y reanimación (337) y medicina interna (324), las tres primeras consideradas como deficitarias en cuanto a las necesidades de profesionales.
- Especialidades en régimen de alumnado: 192.

Fuente: elaboración propia a partir de MSCPS, Informe sobre el SNS, 2008 y Ministerio de la Presidencia, Registro Central de Personal, Boletín Estadístico de personal al servicio de las Administraciones públicas.

No hay duda de la complejidad que reviste el diseño de una política de dichas características. La práctica médica y sanitaria en España está altamente profesionalizada. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud en el sector público se encuentran encuadrados en una estructura administrativa, están investidos del carácter de personal al servicio de las Administraciones públicas dentro de su respectivo subsistema. Uno de los principales retos de las políticas de recursos humanos de los sistemas públicos de salud consiste en conciliar los objetivos del buen desempeño de la práctica sanitaria, desde el punto de vista profesional, con los propios de un funcionamiento eficiente de un sistema sanitario que, a su vez, es una pieza esencial del entramado más amplio de la protección social.

En el año 2003 se registraron importantes avances en este ámbito. Por una parte, la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del SNS definió lo que deberían ser los principios de

la planificación y formación de los profesionales de la sanidad, así como del desarrollo, la carrera profesional y la movilidad dentro del sistema. Se creó así la Comisión de Recursos Humanos del SNS con funciones de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del SNS y se aprobó la definición de criterios básicos de evaluación de las competencias. Además, tras largos años de discusión, los intentos de abordar una regulación mínima homogénea para los diecisiete servicios de salud cuajaron en la aprobación de dos importantes normas: la Ley 44/2003, de 21 de

RECUADRO 8. OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS (VERSIÓN REVISADA 2007)

Planificar las necesidades de especialistas médicos

Impulsar, junto con las comunidades autónomas, la implementación del Registro de profesionales sanitarios el cual ha de permitir conocer la distribución de licenciados y graduados en ejercicio por especialidades, tanto en centros públicos como privados.

Mantener actualizado el estudio sobre las proyecciones de necesidades futuras que permita prever distintos escenarios y planificar en consecuencia.

Apoyar la ordenación de los recursos humanos del SNS

Elaborar un sistema de información común sobre los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

Crear una infraestructura de gestión en todos los centros que posibilite el tratamiento de datos a tiempo real.

Impulsar el desarrollo de la troncalidad como instrumento que permitirá una mejor gestión de los recursos humanos disponibles.

Agilizar el procedimiento de homologación de los títulos universitarios de aquellos profesionales que, procedentes de terceros países se vayan a incorporar al Sistema Nacional de Salud, reforzando y garantizando los criterios de calidad exigibles.

Impulsar la constitución del Observatorio de Carrera Profesional como instrumento esencial para hacer efectivo los principios del acuerdo sobre carrera alcanzado por la Comisión de Recursos Humanos: garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación, la garantía de libre circulación y movilidad así como la participación de los profesionales en la gestión de los centros.

Desarrollar acciones que potencien la calidad de la formación de residentes

Estimular e impulsar, de acuerdo con las comunidades autónomas, estancias de intercambio en centros públicos dependientes de los servicios de salud dirigidas a la realización de actividades docentes de especial interés para el cumplimiento de los objetivos de su programa formativo, bien sean cursos, jornadas, prácticas o cualquier otra actividad similar, con prioridad en las actividades de aprendizaje de carácter práctico y rotaciones.

noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. En esas normas y su correspondiente desarrollo reglamentario⁴⁴, se establecieron la composición y funciones de los órganos de participación de la Comisión de Recursos Humanos del SNS (la Comisión Consultiva Profesional y el Foro Marco para el Diálogo Social).

La ulterior aprobación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto básico del empleado público está teniendo implicaciones en el ámbito del personal de las instituciones sanitarias, puesto que su interpretación en relación con las previsiones de la normativa preexistente (que no ha sido objeto de adaptación posterior) está generando una importante judicialización de algunas materias. Posteriormente, el Plan de Calidad del SNS, revisado en 2007, asumía una serie de objetivos dirigidos a lograr mejoras en este ámbito, en cuya implementación se ha comenzado a trabajar en la mayoría de los casos, aunque no se llegado a culminar la consecución de las medidas proyectadas (recuadro 8).

Pese a los esfuerzos de mínima homogeneización, se hace patente la persistencia de aspectos susceptibles de mejora desde la perspectiva de la eficiencia y la calidad del sistema que hacen que no sea posible hablar en propiedad de “la política de recursos humanos” del SNS. Dichos aspectos guardan relación tanto con los ámbitos más relacionados con la composición del mercado laboral de los profesionales de la salud (la oferta y la demanda de profesionales en atención a las necesidades sanitarias de la población) como con las distintas vicisitudes que éstos atraviesan en su relación con el SNS, desde el momento del acceso a la salida del mismo.

2.1. OFERTA Y DEMANDA DE RECURSOS: LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La planificación estratégica de los recursos humanos del SNS ha venido siendo una de las principales debilidades del sistema, en primera instancia, en lo que se refiere a la oferta y demanda de especialistas y a las dificultades específicas que en este ámbito atraviesa la atención primaria.

Paradójicamente, la primera dificultad con que se cuenta es la de conocer a ciencia cierta la disponibilidad de profesionales sanitarios, vinculados o no al SNS, puesto que no existe todavía (aunque está prevista su creación⁴⁵) un Registro unificado y continuo de personal sanitario. Para abordar esa cuantificación las comunidades autónomas han desarrollado diferentes instrumentos y criterios de clasificación e incluso existen ya varios Registros a nivel autonómico⁴⁶. A título de ejemplo, el volumen

44. Real Decreto 182/2004, de 30 de enero, determina la composición de la Comisión de Recursos Humanos del SNS.

45. Tanto en el artículo 5.2 de la Ley 44/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias, como en el artículo 16 de la Ley 55/2003, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud y, para el conjunto del personal al servicio de las Administraciones públicas, el artículo 71 de la Ley 7/2007, del estatuto básico del empleado público.

46. Decreto 427/2008, de 29 de julio, por el que se crea el Registro de Profesionales Sanitarios de Andalucía.

de médicos que se suele tener en cuenta para aproximarse a los efectivos del SNS es el de médicos colegiados, una opción que cuenta con la desventaja de que no todos los médicos colegiados se encuentran en activo ni trabajan para el sector público. Además, la colegiación dejó de ser un requisito obligatorio para ejercer en algunas comunidades autónomas, en aplicación de su propia normativa. En cuanto a los datos de contrataciones públicas que ofrecen la mayoría de las comunidades autónomas tampoco son plenamente satisfactorios, dada la dificultad de caracterizar situaciones mixtas que responden a peculiaridades en la gestión de base más o menos territorial, por ejemplo a la hora de contabilizar el personal vinculado a actividades sanitarias concertadas con el sector privado.

Por tanto, una de las primeras necesidades que emerge habitualmente, reconocida y planteada como objetivo desde el Ministerio de Sanidad y Política Social, es la creación de un sistema registral unificado y continuo de los profesionales de la salud, con criterios de cómputo homogéneos y que refleje las diferentes situaciones en que aquéllos se encuentran a lo largo de su vida laboral. El CISNS acordó en marzo de 2007 el establecimiento de un registro de profesionales sanitarios, en cuyo diseño e implantación se sigue trabajando

Con estas limitaciones, atendiendo a los datos publicados por el INE, la ratio de profesionales y población habría aumentado su valor en los últimos quince años (cuadro 26). Conforme a ello, España superaría gran parte de los estándares internacionales en

CUADRO 26. RECURSOS HUMANOS

(Profesionales sanitarios colegiados por 100.000 habitantes)

Año	Médicos	Odontólogos/ estomatólogos	Farmacéuticos	ATS/diplomados en enfermería	Podólogos	Fisioterapeutas
1991	393,06	28,84	96,52	413,51		
1992	398,91	30,17	98,93	421,37		
1993	405,87	31,21	100,92	427,79		
1994	411,99	33,66	102,49	426,90		
1995	412,49	35,54	104,96	436,54		
1996	418,87	37,64	109,35	447,90		
1997	424,43	38,58	113,50	458,83		
1998	430,86	40,53	117,48	483,88		
1999	436,75	42,18	121,64	492,74		
2000	442,31	43,33	125,40	505,19		
2001	440,43	45,18	128,50	509,10		
2002	446,21	46,30	131,31	512,12		
2003	450,26	47,24	133,43	521,35	7,94	
2004	452,32	48,92	134,64	523,92	8,64	
2005	455,05	50,62	135,41	527,90	9,50	
2006	456,64	52,39	136,21	533,00	10,24	59,23
2007	459,55	54,14	135,37	536,62	10,84	63,42

Fuente: INE, Indicadores sociales, 2008.

materia de dotación de médicos por 100.000 habitantes y, sin embargo, quedaría claramente por debajo en lo relativo a personal de enfermería. Ello ha llevado a algunas organizaciones profesionales de carácter colegial a cuestionar la percepción general de déficit, la falta de candidatos para los puestos disponibles y la importación de médicos extranjeros, apuntando a que lo que subyace a los problemas de reclutamiento y cobertura de plazas es más bien un problema de distribución territorial y de planificación estratégica⁴⁷.

Sin embargo, según datos más precisos utilizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en su informe *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España* (2008-2025), resultado de un importante esfuerzo de compilación de información en el que han colaborado todas las comunidades autónomas, en el SNS se viene constatando en los últimos años que, como en otros países del entorno existe un claro desequilibrio entre la oferta y la demanda de profesionales médicos. Según dicho informe, España contaría en 2008 con 144.379 profesionales de la medicina en activo, es decir, 325 por cada 100.000 habitantes. De ellos, 141.410 serían especialistas, de los que 104.598 trabajan en el SNS. A pesar de ello, el déficit en 2008 sería del 2 por 100 de los actuales especialistas, con lo que sólo en estos momentos serían necesarios alrededor de 3.200 profesionales más (2.800, en equivalentes a tiempo completo) (cuadro 27).

Entre las explicaciones del déficit de médicos el informe apunta a la organización de la asistencia y la mencionada escasez relativa de personal de enfermería, circunstancia esta última que justificaría la realización de un estudio sobre necesidades de personal de este tipo, análogo al que se ha realizado en el caso de los médicos especialistas. Cabe recordar a este respecto que el reforzamiento del carácter integral de los equipos de profesionales, mediante la cooperación multidisciplinaria, la integración de los equipos y la continuidad asistencial es uno de los objetivos contemplados en la Ley 44/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias. Una de las medidas orientadas en esta dirección ha sido la extensión de la facultad de prescripción a los enfermeros y podólogos, facultad que desde la aprobación de la Ley 29/2006, de 26

CUADRO 27. NECESIDAD DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ESPAÑA

Tendencia	2008	2015	2025
Habitantes (millones)	44,3	46,3	48
Número de médicos*	144.379	152.497	156.610
Médicos por 100.000 habitantes*	325	329	326
Número de especialistas*	141.579	149.563	152.160
Número de especialistas necesarios*	144.410	157.490	173.918
Especialistas por 100.000 habitantes	319	323	317

*Equivalentes a tiempo completo.

Fuente: MSCPS, Oferta y demanda de especialistas médicos en España, 2008-2025, marzo 2009.

47. OMC, *Demografía médica* 2009.

de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y hasta la reciente modificación de la misma⁴⁸ quedaba restringida a médicos y odontólogos. Al margen de la controversia generada en torno al contenido de la medida en sí, lo cierto es que la aprobación de esta norma de ámbito estatal a finales de 2009 vino precedida por la iniciativa de una comunidad autónoma que decidió regular esta cuestión unilateralmente por un Decreto, cuya aplicación fue paralizada cautelarmente por los tribunales en noviembre de 2009⁴⁹.

Unido a lo anterior, también parece claro que existe un problema de distribución territorial y por especialidades. Atendiendo a los datos del informe, aunque éste concluya que la variabilidad entre comunidades autónomas no es especialmente significativa en conjunto, la distribución por comunidades autónomas refleja la existencia de casos significativamente mejor y peor dotados que la media⁵⁰ (cuadro 28). Así, Castilla y León y Cataluña cuentan con más profesionales que la media en varias especialidades, en tanto que Baleares se encuentra en la situación contraria. No obstante el interés de estos datos, en las necesidades de dotación hay que tener en cuenta las características de la población potencialmente usuaria de los servicios de atención sanitaria. Por otro lado, debe tenerse en consideración el hecho de que algunas comunidades no alcanzan el tamaño mínimo para tener el catálogo completo de servicios, lo que obliga a enviar pacientes a centros de referencia en comunidades vecinas.

Las especialidades en las que son necesarios más profesionales son medicina familiar, pediatría, anestesiología y reanimación, cirugía ortopédica y traumatología y radiodiagnóstico, encontrándose carencias en todas las comunidades autónomas. A este respecto cabe poner de manifiesto la ausencia de consideración en el informe de la especialidad de medicina del trabajo, pese a ser cada vez más importante.

Si hasta ahora la reposición de médicos por jubilación ha estado garantizada, la elevada edad media de los profesionales (cuatro de cada diez tienen más de 50 años) hará que a partir de 2015 aumenten las necesidades del sistema. Así, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la evolución de la demanda asistencial, de no adoptarse medidas correctoras, las necesidades no cubiertas seguirán en aumento alcanzando un déficit del 5 por 100 en esa fecha, lo que significa que harán falta unos 9.000 profesionales más. En 2025, las necesidades aumentarían hasta un 14 por 100. Desde este punto de vista, llama la atención la política de jubilaciones forzosas que se ha llevado a cabo en varias comunidades autónomas, que si bien han

48. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

49. Auto de la sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, por el que se resuelve paralizar de forma cautelar el Decreto andaluz por el que se define la actuación de los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica.

50. Se establece con arreglo a la desviación típica.

CUADRO 28. DENSIDAD DE MÉDICOS POR 100.000 HABITANTES EN LA RED ASISTENCIAL DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DEL SNS

Especialidad	Mayor dotación	Menor dotación
Alergología		Baleares
Análisis clínicos		Aragón
Aparato digestivo	Cataluña	
Bioquímica clínica	Aragón	
Cardiología		Baleares
Cirugía cardiovascular	Navarra	
Cirugía oral y maxilofacial		La Rioja
Cirugía ortopédica y traumatología		Extremadura y Castilla y León
Cirugía pediátrica		La Rioja
Cirugía plástica estética y reparadora	Castilla y León	
Cirugía torácica	Aragón y Cantabria	
Dermatología médico-quirúrgica	Cataluña	
Endocrinología y nutrición	Castilla y León	
Geriatria	Castilla y León	
Hematología y hemoterapia		Baleares
Inmunología	Castilla y León	
Medicina familiar y comunitaria	Aragón	
Medicina interna	Cataluña	
Medicina nuclear	Cataluña	
Microbiología y parasitología	Castilla y León	
Nefrología	Castilla y León	
Neumología	Asturias	
Neurofisiología clínica	Castilla y León	Baleares
Oncología médica	Castilla y León	
Oncología radioterápica	Asturias	
Psiquiatría	País Vasco	
Reumatología	Cataluña	

Las especialidades que no aparecen en la tabla no tienen casos extremos. Los casos extremos son los que reflejan más de dos desviaciones estándar en las tasas por 100.000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*, marzo 2009.

permitido un rejuvenecimiento de la plantilla y consolidación de personal con carácter indefinido también ha supuesto una pérdida de experiencia y capital humano altamente cualificado en un escenario de escasez de facultativos y de necesidad de un mayor esfuerzo en formación.

Entre las causas del problema cabe mencionar, sin ánimo de exhaustividad, los fallos en la planificación de la oferta docente. Pese a la proliferación de universidades en los últimos años, las facultades no han venido ofreciendo plazas suficientes para cursar los estudios de las ramas de ciencias de la salud, especialmente en las facultades de medicina, lo que ha provocado el aumento de la nota de corte necesaria para acceder a éstos, que se ha mantenido entre las más altas. Tampoco han sido suficientes las plazas para realizar las prácticas posteriores. En este sentido,

entre las medidas anunciadas para paliar esta situación, el Ministerio se ha propuesto aumentar las limitadas matrículas de acceso a las facultades y las plazas para realizar las prácticas de especialidades médicas (MIR). En cualquier caso, dado que un titulado sanitario superior tarda entre seis y diez años en formarse, se plantean, además, otras medidas, como favorecer el retorno de profesionales que emigraron al extranjero, el replanteamiento de la estructura de la formación de especialidades en ciencias de la salud (troncalidad común a varias especialidades para una más rápida disponibilidad de especialistas) así como agilizar las homologaciones de las licencias de países extracomunitarios (cuadro 29). Este último objetivo, quizá con resultados más inmediatos a corto plazo, se cumpliría con la aprobación de una nueva normativa de homologación de títulos médicos, cuya elaboración ha resultado costosa debido a la polémica suscitada en torno al temor a una menor exigencia respecto al nivel formativo de los profesionales extranjeros⁵¹. Sin embargo, el mero hecho de tener que recurrir a esta medida es indicativo de la ineficiencia del sistema a la hora de planificar con antelación la cobertura de sus necesidades de recursos humanos.

Unido a lo anterior, cabe recordar la subsistencia de un colectivo de médicos especialistas sin titulación oficial (“MESTOS”) que ya ejercían con anterioridad a la implantación del sistema MIR y no lograron superar las convocatorias de equiparación que se llevaron a cabo en 1992 y 1999, lo que no obsta para que los servicios regionales de salud hayan seguido recurriendo a ellos para cubrir temporalmente puestos vacantes. El Congreso de los Diputados aprobó en 2008 una proposición no de Ley para que el Ministerio solucionara la situación de este colectivo, no habiéndose producido avances al respecto y subsistiendo incluso problemas para su cuantificación, al no haberse dado a conocer los datos sobre el número de afectados en varias comunidades autónomas.

Llama la atención que la medicina de familia sea una de las especialidades que padece mayor falta de profesionales y por la que menor preferencia muestran los médicos

CUADRO 29. INSTRUMENTOS PARA PALIAR LA ESCASEZ DE PERSONAL MÉDICO

Instrumento	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Incr. 03-08
Plazas de medicina	4113	4234	4354	4486	4906	19,2
Graduados	4009	4211	4064	3951	3841	-4,1
Oferta plazas MIR	5670	5483	5804	6048	6517	14,9
MIR adjudicadas	5661	5480	5717	5804	6216	9,8
Títulos de licenciado homologados	2611	2756	2810	3663	5383	106,1
Títulos de especialista homologados	288	415	551	577	702	143,7

Fuente: MSC, 2009.

51. Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en ciencias de la salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.

licenciados en la elección de plazas MIR. Ello refleja problemas de infradotación de la atención primaria y sociosanitaria, el insuficiente enfoque hacia la medicina de familia de los planes de estudio de algunas facultades, la diferencia en las condiciones laborales entre asistencia especializada y atención primaria, así como el escaso atractivo que revisten las plazas pertenecientes a determinados lugares geográficos, especialmente del entorno rural.

Desbordaría ampliamente el ámbito de este estudio pretender abordar con exhaustividad toda la problemática asociada a las distintas vicisitudes laborales y administrativas que componen la vida profesional de los trabajadores al servicio de las instituciones sanitarias. Valga poner de relieve a continuación únicamente algunos aspectos que admitirían un amplio margen de mejora desde la perspectiva de una planificación más racional desde la lógica del sistema, de la coordinación de sus distintos componentes y de la cooperación entre las Administraciones competentes.

2.2. MODELO RETRIBUTIVO, FORMACIÓN Y CARRERA PROFESIONAL

Cuando se aprobó el Estatuto Marco, que estableció que la Comisión de Recursos Humanos (CRHSNS) determinaría los criterios generales de homologación de la carrera profesional, ya había tres comunidades autónomas con sus propias normas de sistemas de carrera. Posteriormente, una vez más la obtención del consenso en torno a los criterios generales discurrió con mayor lentitud que la producción normativa de las comunidades autónomas: ya existían quince normas que regulaban distintos modelos autonómicos de carrera profesional cuando en 2006 la CRHSNS alcanzó por fin el acuerdo en torno a los criterios homogéneos que deberían regir dicha carrera profesional. Es evidente la dificultad de intentar coordinar *ex post* la gran diversidad de prácticas en materia de gestión de recursos humanos, por lo que todavía la realidad de la carrera profesional se caracteriza por una gran heterogeneidad con algunos elementos comunes.

En efecto, entre las medidas que los servicios autonómicos han ido adoptando en ausencia de criterios comunes tampoco ha habido una coherencia con lo que deberían ser los objetivos básicos de una política de recursos humanos, sino que predominantemente han focalizado su atención en algunos aspectos de la regulación de las condiciones laborales, especialmente en los aspectos retributivos. El propio concepto de “carrera profesional” se ha visto desvirtuado en la práctica, puesto que más allá de su denominación, todavía hay un excesivo predominio de la antigüedad sobre otras consideraciones más relacionadas con el desempeño y la evaluación sin que, a salvo de algunas experiencias aisladas, haya habido una verdadera asunción de la práctica del profesionalismo sanitario en el conjunto del SNS.

La ausencia de planificación de conjunto y de coordinación entre las políticas de recursos humanos de los servicios autonómicos, con una notable diversidad de foros de negociación, está produciendo problemas de eficiencia y de gestión en el sistema.

Así, en el escenario actual de preocupante desequilibrio entre oferta y demanda de profesionales, se está produciendo, de hecho, la competición entre servicios de salud por unos recursos humanos que en ciertas áreas son realmente escasos. El principal incentivo para fidelizar y atraer profesionales está consistiendo en mejorar sus condiciones al margen de cualquier planificación estratégica previa (retribuciones básicas, valor de la hora de guardia, vacaciones, permisos y licencias, complementos específicos) incrementando la segmentación del mercado y situando en peor posición a las comunidades autónomas con menores recursos, lo que perjudica al sistema tanto en términos de sostenibilidad como de cohesión social.

Limitaciones a la movilidad

En un contexto mundial de escasez de profesionales, la movilidad internacional y la libre circulación y prestación de servicios dentro de la Unión Europea son desafíos presentes en todos los países de la Unión Europea, puesto que la mayoría de los sistemas se enfrentan al envejecimiento de la población general y del personal sanitario, el escaso atractivo de algunos empleos del sector, la migración de los profesionales dentro y fuera de la Unión Europea y la fuga de cerebros. En la Unión Europea, el Libro Verde sobre el personal sanitario europeo⁵² establece como áreas de actuación el fomento del desarrollo profesional continuo, la promoción de la movilidad “circular” del personal dentro de la Unión Europea, el establecimiento de principios para la contratación de profesionales procedentes de países en desarrollo, la armonización de los indicadores de los recursos humanos en el sector y la mejora de la disponibilidad de los datos, así como la utilización de los Fondos Estructurales para formar y reciclar a los profesionales y modernizar las infraestructuras para mejorar las condiciones de trabajo.

En España, el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, transpuso la Directiva 2005/36/CE, relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales entre los diferentes Estados miembros del Espacio Económico Europeo (EEE), entre las que se incluyen cinco profesiones sanitarias: medicina, enfermería de cuidados generales, enfermería obstétrico-ginecológica, farmacia, veterinaria y odontología⁵³.

En 2008, el 9,8 por 100 del total de residentes MIR (2.338) eran extranjeros. De ellos, 458 eran nacionales de algún país de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo. También han crecido las autorizaciones para realizar estancias formativas para graduados o especialistas extranjeros en centros acreditados españoles: en 2008 se registraron 750, muy por encima de las 312 estancias autorizadas en 2004. Sin embargo, en la convocatoria de plazas de 2008 no se agotó el cupo máximo de las 617 plazas que se podían adjudicar a médicos extranjeros no comunitarios.

52. COM (2008) 725 final, diciembre de 2008.

53. Al respecto, véase Dictamen CES 8/2007, sobre el proyecto de Real Decreto por el que se incorpora al ordenamiento español la Directiva 2005/36/CE, relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales, modificada por la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006.

No se conoce con exactitud la cifra de profesionales sanitarios españoles trabajando en el extranjero, aunque las fuentes oficiales (OCDE, MSC) no le atribuyen a este fenómeno una excesiva importancia cuantitativa, como sí la tiene en otros países. La OCDE⁵⁴ cuantifica alrededor de 500 los que trabajan en los cuatro principales países receptores de españoles. Reino Unido, Portugal y Francia atraieron activamente a médicos y enfermeras españoles en la década que comenzó en el año 2000, aunque este proceso se ha desintensificado, al menos en el caso del Reino Unido. Algunos estudios apuntan a que, al menos en el caso de los médicos, la mejora de las condiciones salariales estaría propiciando el retorno de una parte de este colectivo, al aminorarse las diferencias con los países de destino⁵⁵. Entre los planes del MSCyPS se encuentra la creación de una oficina del retorno para gestionar estos flujos.

Dentro del SNS, el ejercicio de la movilidad de los profesionales, reconocido por el Estatuto Marco, se encuentra con numerosos obstáculos en la práctica que dificultan el desarrollo profesional y las opciones personales de los trabajadores, así como la cobertura de necesidades por el sistema. No hay un mecanismo que permita visualizar la oferta y la demanda de plazas disponible en el conjunto del SNS. Además, las diferencias en los esquemas de categorías profesionales creados en los distintos servicios de salud, los distintos componentes de los modelos de carrera profesional, la escasa comparabilidad de los sistemas retributivos o los requisitos adicionales de difícil cumplimiento por personal no residente en alguna comunidad autónoma dificultan la movilidad geográfica, que cuando se produce es a través de estrategias individuales de captación y retención ajenas a lo que sería una estrategia coherente de conjunto.

Formación

Los sistemas sanitarios son organizaciones complejas basadas en el conocimiento. La formación de los profesionales es un componente inseparable del acceso a las propias profesiones sanitarias, con la formación de grado y la especialización, así como del desarrollo de carrera profesional, fundamentalmente a través de la formación continuada. El sistema español de formación de profesionales sanitarios se sustenta en el modelo de residencia en centros acreditados consolidado por el Real Decreto 127/1984 y goza de un amplio prestigio internacional, constituyendo una de las bases de la reconocida calidad del sistema sanitario español en el entorno comparado.

La formación sanitaria, tanto de grado como de posgrado, que canaliza la entrada al sistema está siendo objeto de profundos cambios en adaptación a los criterios del Espacio Europeo de Educación Superior en el marco del proceso de Bolonia y en aplicación de la Ley 43/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). El

54. OCDE, *Health Data* y *The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond?*

55. Adecco, 2008.

principal objetivo sería reforzar la excelencia formativa a través de la obtención y acreditación del aprendizaje en conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional que requiere el ejercicio de las profesiones sanitarias. Uno de los principales instrumentos para lograrlo es el reforzamiento de la vertiente práctica y aplicada de la enseñanza, para lo cual se encuentra en revisión el sistema de acceso a la especialidad. Un primer paso en el proceso de reforma del ámbito de la formación especializada se dio con el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. Más recientemente, se aprobó el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Mediante esta norma, se continuaba el proceso de implantación del modelo general de formación sanitaria especializada diseñado por la Ley 44/2003, que abordaba, entre otras cuestiones, una regulación común para todo el sistema de las evaluaciones del residente. Se encuentran pendientes de aprobación otros cambios importantes desde dos perspectivas:

- Desde la configuración de las propias especialidades (48 en total, en España), avanzando en la implantación de un periodo troncal en los dos primeros años iniciales del periodo de especialización (el periodo de MIR) que sería válido para las especialidades con un núcleo formativo común. La principal dificultad en estos momentos es definir las ramas troncales, algo sobre lo que las comunidades autónomas han presentado un documento conjunto al Ministerio, manteniéndose objeciones por parte de las comisiones nacionales de las especialidades. Ello permitiría superar la actual rigidez del sistema para pasar de una especialidad a otra, contribuyendo a paliar el déficit de especialistas y favoreciendo una mayor permeabilidad.
- La modificación del actual sistema MIR, que la LOPS estimaba que debería estar lista en 2012, orientada más a la formación por competencias.

Además, el nuevo sistema y el nuevo enfoque en las metodologías docentes está requiriendo profundos cambios en el sistema universitario, así como una mayor inversión o una mejor optimización de los recursos docentes que, desde el punto de vista de la cohesión territorial y la eficiencia del sistema, requeriría una mayor puesta en común de experiencias y recursos exitosos aplicados en los distintos servicios de salud.

La necesidad de continua actualización de los profesionales sanitarios es especialmente acusada en un entorno como el sanitario, sometido a continuos avances científico-técnicos. También es un ámbito en el que confluyen entidades muy diversas, no sólo en cuanto a los niveles de la Administración implicados, sino en su conexión con el sistema de

Formación permanente

investigación y desarrollo así como con instituciones públicas y privadas de carácter científico técnico.

La acreditación de la formación médica continuada, que se abre paso a partir de la aprobación de la Ley 44/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias⁵⁶ y que coexiste con el modelo general de formación para el empleo de los empleados públicos al amparo de los Acuerdos de formación continua en las Administraciones públicas⁵⁷, se lleva a cabo a través de las comisiones autonómicas y el Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada. Por lo que interesa a este informe, en el ámbito autonómico su planificación se realiza a través del Plan anual de formación continuada de cada servicio de salud, que sienta las acciones formativas necesarias con arreglo a los objetivos comunes fijados en ese nivel territorial. Según el informe de situación del SNS 2007, el proceso de desarrollo y modernización en este campo ha sido desigual entre territorios, planteándose la eficiencia del modelo actual frente a otras alternativas basadas en identificar criterios u objetivos comunes a todo el SNS, complementados con las acciones formativas más orientadas a satisfacer necesidades concretas de cada comunidad.

Unido a lo anterior, el sistema de acreditación de las actividades de formación continua, su certificación, evaluación y los efectos de su reconocimiento en la trayectoria profesional recae en los diferentes órganos de las comunidades autónomas y en las agencias certificadoras de las administraciones sanitarias y universitarias. En este ámbito sería deseable reforzar la coordinación en los criterios aplicables por parte de las distintas Administraciones y entidades con competencias en esta materia.

De momento no se han desarrollado en España los procesos de relicencia/recolegiación, como garantía permanentemente actualizada de la capacidad y preparación para continuar ejerciendo la profesión, una cuestión mencionada en la LOPS y en la que países como Estados Unidos o Francia tienen experiencia de largo recorrido⁵⁸.

La formación continuada y entendida como un proceso de progreso y revalidación permanente en el conocimiento y las habilidades de los profesionales de la salud debería ser un componente esencial de la carrera profesional de la que se ha hablado al principio de este apartado. En la práctica, la preponderancia de otros factores diferentes al mérito, la recapacitación permanente y la evaluación del desempeño en

56. Posteriormente regulado por el Real Decreto 1143/2007, de 31 de agosto, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada, que incorpora representación de los colegios profesionales, las universidades, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y las sociedades científicas.

57. Actualmente se encuentra en vigor IV Acuerdo de formación continua en las Administraciones públicas 2006-2009 (IV AFCAP), suscrito por las Administraciones públicas y las organizaciones sindicales más representativas del sector, prorrogado para 2010.

58. M. G. Leyte, "El nuevo médico. La inaplazable reforma de la formación de los profesionales de la salud", en *Informe SESPAS 2008*, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

el sistema de carrera profesional pueden disminuir la motivación de los profesionales sanitarios a la hora de acceder a nuevas competencias, lo que en última instancia deja al albur del voluntarismo de cada profesional un aspecto estrechamente vinculado con la calidad del sistema en su conjunto.

Un ejercicio eficaz de la coordinación es especialmente necesario en el ámbito de los recursos humanos del SNS, máxime cuando, al margen del hecho de la descentralización territorial, para que las medidas que se adopten en materia de recursos humanos sean eficientes se deben adaptar al tiempo las estructuras organizativas en un proceso en el que el MSPS debería asumir la iniciativa. En las experiencias internacionales disponibles, se ha constatado que estas reorganizaciones exitosas siempre han caminado en la vía de la descentralización hacia los equipos y unidades, de ahí que comience a existir un cierto consenso acerca de la necesidad de descentralizar profundamente los servicios de salud, dando nuevas capacidades y responsabilidades a los equipos profesionales a partir de unidades de gestión clínica. Este camino de la descentralización interna, dotando de mayor autonomía de gestión a los profesionales, ha sido emprendido de manera asimétrica en el SNS, con experiencias a nivel de áreas de salud y con mayor intensidad en algunas comunidades autónomas que cuentan con mayor experiencia por razones de tradición histórica. Valga mencionar a este respecto las sociedades constituidas por médicos y enfermeras en el Servei Català de Salut, experiencias que deberían ser evaluadas y valoradas desde el punto de vista del intercambio de buenas prácticas de cara a su eventual difusión⁵⁹.

Este nuevo profesionalismo médico requeriría priorizar los objetivos comunes del SNS y superar visiones localistas de los intereses generales del sistema a la que contribuye, no sólo la descentralización política territorial, sino la fragmentación de instituciones corporativas que revela la existencia de 52 colegios profesionales provinciales y más de 70 sociedades científicas⁶⁰.

Una buena manera de manifestar la voluntad de impulsar un cambio estratégico en la visión del capital humano sería otorgar mayor rango a las actuales unidades con competencias administrativas en materia de recursos humanos del Ministerio de Sanidad y Política Social (Subdirecciones de Recursos Humanos y Ordenación Profesional).

El consenso sobre la política de recursos humanos y el sistema de desarrollo profesional del SNS debería ser una pieza clave del Pacto de Estado para la Sanidad que se está gestando en estos momentos.

59. Comparecencias de L. A. Oteo y J. R. Repullo Labrador. Véase J. R. Repullo Labrador y L. A. Oteo (eds.) (2005), *Un nuevo contrato social para un SNS sostenible*, Ariel.

60. Recientemente se ha creado el Foro de la Profesión Médica, que reúne a todos los agentes profesionales (colegios, sindicatos, consejo nacional de especialidades, sociedades científicas, decanos y alumnos).

3. Investigación e innovación

La investigación biomédica y la incorporación de técnicas y terapias innovadoras al sistema sanitario son algunos de los elementos que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. Es innegable que el progreso del sistema sanitario se traduce en bienestar social, pues tanto la prevención y el diagnóstico de las patologías como la aplicación de terapias se benefician de los avances en investigación, lo que supone además una utilización de los recursos más eficiente. Por ello, el apoyo institucional al sistema científico promoviendo la rápida implantación de los avances en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, que se hace visible en la mejora de la atención sanitaria, responde a una demanda social de primer orden. Pero también puede materializarse en mejoras en el ámbito de la economía puesto que la inversión en investigación e innovación, a largo plazo, reduce costes al sistema y genera sinergias positivas en el sistema productivo. No es casualidad que las estadísticas socioeconómicas de las sociedades más avanzadas presenten indicadores fuertes en el terreno de la investigación y la innovación.

En los últimos años España ha hecho un notable esfuerzo por mejorar los indicadores generales relativos a la investigación y la innovación. En el periodo de 2000 a 2008 incrementó de forma continuada los recursos dedicados a investigación y desarrollo, pasando de representar el 0,91 por 100 del PIB al 1,35 por 100. En ese último año el gasto empresarial en I+D creció un 14 por 100, en tanto que el público registraba un 12 por 100, crecimiento superior en ambos casos al exhibido por la mayoría de los países europeos. Si se comparan estos datos con los de la década anterior, el gasto privado se habría multiplicado por cuatro y el público por tres. Sin embargo, queda aún lejos del entorno inmediato —la media de la Unión Europea se sitúa en el 1,76 por 100, pero Alemania, Francia superan el 2 por 100 y el Reino Unido se sitúa en el 1,88 por 100— y de los países de la OCDE —2,21 por 100 del PIB—. Además, persiste el desequilibrio entre la financiación pública y la privada, ya que esta última sólo supone el 46 por 100 del gasto total, veinte puntos por debajo del objetivo fijado por la Agenda de Lisboa.

En el ámbito concreto de la salud, la I+D se enfrenta a algunas deficiencias que habría que abordar con carácter prioritario:

- Escasez de investigadores básicos en los hospitales para incrementar el potencial de conocimiento transferible hacia la práctica clínica.
- Bajo número de profesionales asistenciales que simultanean actividades de investigación para trasladar el conocimiento a los pacientes y para generar hipótesis de investigación desde la práctica asistencial.
- Escasez de personal técnico de apoyo y de personas formadas en gestión de la investigación en salud, encargadas de optimizar el trabajo del personal

investigador y las unidades horizontales de apoyo a la investigación en las instituciones sanitarias.

- Reducida velocidad de transferencia del conocimiento generado por la investigación a la práctica clínica. Las tecnologías fruto de la innovación tardan en traducirse en herramientas de diagnóstico o terapias aplicadas. Escaso número de patentes generadas desde el SNS.
- Escasa participación privada y limitada captación de fondos europeos. Necesidad de fomentar la creación de empresas de orientación sanitaria, estimulando la cooperación entre ellas y el SNS.
- Insuficiente coordinación entre los proyectos e instrumentos impulsados por la Administración del Estado y entre éstos y los promovidos desde las comunidades autónomas en el área de la I+D en salud⁶¹.

En este sentido, desde que culminara la descentralización de los servicios sanitarios la coordinación entre las distintas Administraciones se ha revelado como uno de los aspectos más importantes a tratar de cara a mejorar el funcionamiento del sistema. La Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del SNS lo abordó concretando las responsabilidades del Ministerio de Sanidad en el ámbito de la investigación. Para ello le encomienda, en colaboración con las Administraciones autonómicas la elaboración de la iniciativa sectorial de investigación en salud, que se incorpora al Plan nacional de I+D+i, así como la designación de centros de investigación del SNS. Asimismo, la Ley se propuso reforzar el papel del Instituto de Salud Carlos III, creado por la Ley General de Sanidad. Con ese fin, se precisaron los cometidos del Instituto en materia de fomento de la investigación en salud, contándose entre ellos las funciones de planificación de la investigación, la vertebración de los recursos dedicados a ésta, la difusión y la transferencia de resultados, así como el desarrollo de programas de investigación. Para cumplir la función de contribuir a vertebrar la investigación en el SNS, se optó por el mecanismo de la asociación con los centros nacionales y la acreditación de institutos y redes de investigación cooperativa. No obstante, sigue siendo necesario profundizar en el aspecto organizativo para aumentar la actividad investigadora de forma coordinada y para extraer un mejor rendimiento de esa actividad, que ha de materializarse en forma de desarrollo de aplicaciones clínicas orientadas a los pacientes. Es necesario realizar un notable esfuerzo de coordinación y colaboración más allá del requerido entre los distintos niveles administrativos. Así, se ha puesto de relieve la necesidad de hacer hincapié en la investigación traslacional, entendida como la transferencia del conocimiento de la investigación básica orientada a la enfermedad

*Necesidad de mejorar
la coordinación en
todos los niveles*

61. Comparecencia de L. A. Oteo Ochoa.

en aplicaciones clínicas para tratar enfermedades, y la generación de hipótesis en la práctica clínica para ser abordadas en la investigación básica.

En este sentido, es destacable el papel que deben jugar los Institutos de Investigación Sanitaria, cuyo objetivo es aproximar la investigación básica y clínica, lo que ha de permitir acortar el tiempo transcurrido entre la producción de un nuevo conocimiento y su transferencia y aplicabilidad en la práctica médica. Estas estructuras potencian además el concepto del hospital como centro de investigación. Deben surgir a partir de centros y grupos de investigación de calidad contrastada, ya existentes, que asociados, reúnan los requisitos establecidos⁶², con el fin de elevar el prestigio de los centros que componen cada Instituto, a través de un reconocimiento institucional que facilite el aumento de los recursos humanos, infraestructuras y nuevas tecnologías para ampliar y consolidar la calidad y cantidad de los equipos y líneas de investigación.

Además de estos centros existen otras estructuras estables de reciente creación para la investigación monográfica sobre patologías o problemas concretos de salud, como son los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER). Los CIBER están integrados por grupos de investigación, pertenecientes a diferentes Administraciones, instituciones y comunidades autónomas, de los sectores público y privado con líneas y objetivos de investigación centrados en un área común y coordinados con otros grupos. Éstos generan grandes centros de investigación traslacional, integrando investigación básica, clínica y poblacional y desarrollan un único programa de investigación sobre patologías relevantes por su prevalencia para el SNS.

Las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, por su parte son estructuras organizativas que consisten en la asociación del Instituto Carlos III con un conjunto variable de centros y grupos de investigación en biomedicina pertenecientes al menos a cuatro comunidades autónomas.

Por último, cabe destacar el Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER)⁶³, de reciente creación, que consiste en una red cualificada para la realización de ensayos clínicos. Se trata de ayudas destinadas a fortalecer la estructura de las unidades centrales de investigación clínica y en ensayos clínicos, mediante la constitución de una estructura estable con personalidad jurídica propia, para el desarrollo de programas de investigación clínica y en ensayos clínicos en pacientes, especialmente los que carecen de interés comercial.

Tal como se recoge en la Ley de Cohesión y calidad, la iniciativa sectorial de investigación en salud, consensuada entre el Ministerio las comunidades autónomas, se integra en el Plan nacional de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica, debiendo coordinarse

La promoción de la investigación, el desarrollo y la innovación en salud

62. Real Decreto 339/2004.

63. Recogido en la Acción Estratégica en Salud.

con las propuestas procedentes de otros departamentos ministeriales con competencias en investigación científica y desarrollo tecnológico, con el fin de asegurar la interacción con otras actuaciones en biomedicina, biotecnología y otras áreas de actuación relacionadas con el campo de la salud. En este contexto, el último Plan nacional aborda la investigación en salud a través de una sección estratégica específica, aunque también a través del conjunto de medidas transversales, en especial promoviendo la interacción con la sección de biotecnología.

Los objetivos propuestos en la última edición del Plan incluyen el aumento de la inversión pública y privada en I+D+i en salud; el aumento del número y la calidad de los recursos humanos en I+D+i en salud; el aumento de la producción científica y la dimensión internacional de la I+D+i en salud; así como el aumento de la transferencia de conocimiento y tecnología de la salud (recuadro 9).

Con el objetivo de sistematizar la promoción y la coordinación de la investigación en el campo de la biomedicina en el SNS, en 2007 se aprobó la Ley de Investigación biomédica⁶⁴. La Ley se centra en cuatro cuestiones esenciales como son la utilización de células y tejidos embrionarios humanos, procedimientos invasivos, análisis genéticos y

RECUADRO 9. PRINCIPALES LÍNEAS DE ACTUACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN SALUD EN EL PLAN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, DESARROLLO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA 2008-2010

Línea 1. Tecnologías moleculares y celulares de aplicación a la salud humana. Contempla las tecnologías y herramientas necesarias para generar nuevo conocimiento y su transferencia a la práctica clínica en el área de la salud.

Línea 2. Investigación traslacional sobre la salud humana. Se centra en el conocimiento de los mecanismos implicados en las enfermedades y en su transferencia a las aplicaciones clínicas.

Línea 3. Fomento de la investigación en salud pública, salud ambiental y salud laboral y dependencia y servicios de salud, para la mejor calidad de vida funcional de la población española. Se focaliza en nuevos métodos de investigación y generación de las bases científicas necesarias para sustentar las políticas y la toma de decisiones en el SNS.

Línea 4. Fomento de la investigación farmacéutica en medicamentos y desarrollo de tecnologías farmacéuticas. Investigación, desarrollo e innovación en fármacos para el tratamiento de las enfermedades más relevantes.

Línea 5. El SNS como plataforma de desarrollo de investigación científica y técnica con el entorno industrial y tecnológico. Trata de potenciar las interfases entre SNS e industria para la resolución de preguntas que requieren la generación de conocimiento tecnológico.

64. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

muestras biológicas y biobancos. Desde la perspectiva de la acción investigadora, la Ley regula los mecanismos de fomento, planificación, evaluación y coordinación de la investigación biomédica a partir de los principios de calidad, eficacia e igualdad de oportunidades. En lo que concierne a la organización, se crean varios órganos colegiados. Así, los comités de ética de la investigación deberán controlar las investigaciones con intervenciones directas en seres humanos o que utilicen muestras biológicas humanas. Asimismo, la Comisión de garantías para la donación y utilización de células y tejidos humanos deberá evaluar los proyectos que impliquen el uso de tejidos, células troncales embrionarias o semejantes de origen humano.

Desde el año 2000 la tasa de crecimiento del gasto en I+D en España ha sido superior a la del PIB. La diferencia positiva entre el crecimiento del gasto en I+D y el crecimiento del PIB ha posibilitado que en 2008 el esfuerzo en I+D alcance un valor de 1,35. Si bien este dato refleja el mantenimiento de la tendencia al alza de ese gasto de los últimos años, también da muestra de la distancia con el objetivo fijado para el presente año, que implica alcanzar un gasto equivalente al 2 por 100 del PIB, mientras que la Estrategia de Lisboa establece un 3 por 100 como media para la Unión Europea.

Evolución de la actividad investigadora en el campo de la salud

Por su parte, las comunidades autónomas muestran diferencias considerables. Así, para el año 2008 el esfuerzo en I+D variaba entre el 0,35 de Baleares y el 2 por 100 de Madrid. Tal como se refleja en el cuadro 30, las diferencias de asignación de recursos se han producido desde principios de la década presente y no es arriesgado afirmar que vienen de tiempo atrás. El problema radica en que las distancias no sólo no se han difuminado, sino que han ido creciendo con el paso de los años. Algunas comunidades como Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha y Asturias, que partían al comienzo de la década de posiciones más débiles que el resto, han aumentado su esfuerzo inversor en una medida inferior a la media y muy inferior a otras comunidades como Navarra, País Vasco, Castilla y León y Cataluña. Estas diferencias no parecen atribuibles solamente a los distintos niveles de desarrollo económico entre unas y otras regiones, pues globalmente el esfuerzo en I+D de las regiones menos favorecidas ha sido un 32 por 100 menor que el conjunto de España⁶⁵ (cuadro 30).

La estadística sobre las actividades en investigación científica y desarrollo tecnológico del INE, que es el principal instrumento para medir el esfuerzo nacional en I+D, proporciona información sobre los recursos financieros y humanos dedicados a la investigación en el ámbito de las ciencias médicas en los sectores de la Administración pública, la enseñanza superior y las instituciones privadas sin fines de lucro. En lo referente a las empresas, incluyendo las de carácter público y privado, se ofrecen datos

65. Cotec, *Informe Cotec 2008*. Siguiendo este criterio, se consideran regiones menos favorecidas a las establecidas como regiones de convergencia de acuerdo con la política de cohesión para la Europa ampliada a 27 miembros.

CUADRO 30. GASTO EN I+D POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

(Porcentaje sobre el PIB)

CC.AA.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	0,65	0,6	0,6	0,85	0,76	0,84	0,89	1,02	1,03
Aragón	0,69	0,69	0,71	0,7	0,69	0,79	0,87	0,9	1,03
Asturias	0,82	0,69	0,62	0,67	0,65	0,7	0,88	0,93	0,96
Baleares	0,22	0,23	0,24	0,24	0,26	0,27	0,29	0,33	0,35
Canarias	0,47	0,54	0,58	0,52	0,58	0,58	0,65	0,64	0,62
Cantabria	0,46	0,57	0,53	0,45	0,44	0,45	0,79	0,88	1
Castilla y León	0,64	0,82	0,8	0,86	0,93	0,89	0,97	1,1	1,26
Castilla-La Mancha	0,56	0,34	0,43	0,42	0,41	0,41	0,47	0,6	0,72
Cataluña	1,06	1,1	1,19	1,27	1,33	1,35	1,42	1,48	1,61
Comunidad Valenciana	0,71	0,74	0,77	0,83	0,89	0,98	0,95	0,96	1,05
Extremadura	0,54	0,59	0,59	0,62	0,41	0,68	0,72	0,74	0,86
Galicia	0,64	0,72	0,79	0,85	0,85	0,87	0,89	1,03	1,04
Madrid	1,58	1,67	1,76	1,69	1,64	1,81	1,96	1,93	2
Murcia	0,69	0,62	0,54	0,68	0,65	0,73	0,76	0,92	0,86
Navarra	0,87	1,16	1,05	1,34	1,8	1,68	1,91	1,88	1,92
País Vasco	1,16	1,36	1,29	1,39	1,51	1,48	1,58	1,88	1,96
Rioja	0,57	0,62	0,54	0,63	0,66	0,66	1,04	1,16	1
Ceuta y Melilla			0,04	0,07	0,1	0,13	0,19	0,2	0,2
Total	0,91	0,95	0,99	1,05	1,06	1,12	1,2	1,27	1,35

Fuente: INE, Estadística sobre actividades de I+D.

sobre los sectores de actividad de farmacia y actividades sanitarias y servicios sociales para el conjunto nacional, por lo que resulta difícil ponerlos en relación con los anteriores. No obstante, los datos publicados aportan una nutrida y valiosa información, siendo uno de sus principales valores el trazado histórico, que arranca en los últimos años noventa y que se actualiza cada año.

De acuerdo con esta fuente, el sector de la Administración pública habría incrementado de forma notable los recursos dedicados a las actividades de investigación y desarrollo en los últimos años, triplicando el número de trabajadores dedicados a la I+D en ciencias médicas y casi cuadruplicando el número de investigadores desde el año 2003. El sector de la enseñanza superior, que incluye las universidades de carácter público y privado, habría incrementado también sus recursos aunque de forma menos espectacular. En cambio, las instituciones privadas sin ánimo de lucro mantienen una situación parecida sin grandes aumentos de personal y gasto.

CUADRO 31. RESULTADOS NACIONALES EN I+D EN CIENCIAS MÉDICAS

Administración pública	2003			2008		
	Total	Ciencias médicas	% CC médicas	Total	Ciencias médicas	% CC médicas
Número de unidades que realizan I+D	273		519			
Personal total dedicado a I+D (número de personas)	25.760	8.119	31,5	41.139	27.161	66,0
Personal dedicado a I+D: investigadores	15.489	5.909	38,1	22.578	18.657	82,6
Gastos en I+D interna (miles de euros)	1.261.763	392.940	31,1	2.672.288	950.728	35,6
Gastos corrientes	1.002.712	313.894	31,3	2.134.970	794.273	37,2
Gastos corrientes en investigación básica (miles de euros)	208.393	88.434	42,4	658.539	312.456	47,4
Gastos corrientes en investigación aplicada (miles de euros)	613.753	196.136	32,0	1.213.682	432.943	35,7
Gastos corrientes en desarrollo experimental (miles de euros)	180.566	29.324	16,2	262.749	48.874	18,6
Financiación pública	1.009.712	296.998	29,4	2.094.885	680.346	32,5
De la Administración del Estado	757.920	202.848	26,8	1.471.166	426.889	29,0
De las Administraciones autonómicas	245.526	92.489	37,7	605.023	248.498	41,1
De las Administraciones locales	6.267	1.661	26,5	18.696	4.959	26,5
Financiación de empresas	97.163	51.621	53,1	156.724	79.856	51,0
Financiación de universidades	3.342	2.479	74,2	5.610	2.413	43,0
Financiación de IPSFL	4.652	1.995	42,9	20.787	16.002	77,0
Financiación del extranjero	102.903	23.265	22,6	136.251	41.143	30,2
De programas de la Unión Europea	61.394	22.823	37,2	109.899	32.897	29,9
Otros fondos procedentes del extranjero	41.510	442	1,1	26.351	8.247	31,3

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

Enseñanza superior	2003			2008		
	Total	Ciencias médicas	% CC médicas	Total	Ciencias médicas	% CC médicas
Número de unidades que realizan I+D	92		137			
Personal total dedicado a I+D (número de personas)	60.307	9.518	15,8	78.846	12.399	15,7
Personal dedicado a I+D: investigadores	49.196	7.706	15,7	61.736	9.645	15,6
Gastos en I+D interna (miles de euros)	2.491.959	354.387	14,2	3.932.413	567.554	14,4
Gastos corrientes	1.979.238	289.352	14,6	3.295.579	484.226	14,7
Gastos corrientes en investigación básica (miles de euros)	949.183	153.315	16,2	1.584.422	260.164	16,4
Gastos corrientes en investigación aplicada (miles de euros)	757.740	104.343	13,8	1.266.826	176.068	13,9
Gastos corrientes en desarrollo experimental (miles de euros)	272.316	31.694	11,6	444.331	47.994	10,8
Financiación pública	532.642	79.320	14,9	998.708	152.871	15,3
De la Administración del Estado	295.325	43.568	14,8	490.319	70.210	14,3
De las Administraciones autonómicas	217.724	33.820	15,5	479.529	79.440	16,6
De las Administraciones locales	19.594	1.933	9,9	28.860	3.221	11,2
Financiación de empresas	160.221	26.292	16,4	346.782	43.728	12,6
Financiación de universidades	29.818	401	1,3	9.322	1.592	17,1
Financiación de IPSFL	20.000	2.832	14,2	37.508	6.192	16,5
Financiación del extranjero	134.332	18.899	14,1	189.007	23.358	12,4
De programas de la Unión Europea	123.696	18.109	14,6	169.148	21.632	12,8
Otros fondos procedentes del extranjero	10.636	789	7,4	19.859	1.726	8,7

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

Instituciones privadas sin ánimo de lucro	2003				2008	
	Total	Ciencias médicas	% CC médicas	Total	Ciencias médicas	% CC médicas
Número de unidades que realizan I+D	44		65			
Personal total dedicado a I+D (número de personas)	389	218	56,0	484	226	46,8
Personal dedicado a I+D: investigadores	258	147	57,0	298	125	41,8
Gastos en I+D interna (miles de euros)	15.876	7.071	44,5	23.170	10.697	46,2
Gastos corrientes	14.050	6.637	47,2	21.774	10.084	46,3
Gastos corrientes en investigación básica (miles de euros)	5.880	3.515	59,8	5.027	2.632	52,4
Gastos corrientes en investigación aplicada (miles de euros)	7.384	2.521	34,1	14.482	5.817	40,2
Gastos corrientes en desarrollo experimental (miles de euros)	786	601	76,5	2.265	1.636	72,2
Financiación pública	3.551	1.320	37,2	7.611	2.404	31,6
De la Administración del Estado	2.123	405	19,1	3.852	1.836	47,7
De las Administraciones autonómicas	1.073	901	84,0	3.241	569	17,6
De las Administraciones locales	355	15	4,2	518		
Financiación de empresas	5.873	2.293	39,0	5.746	1.977	34,4
Financiación de universidades	70	7	10,0	287	241	84,0
Financiación de IPSFL	1.420	1.373	96,7	2.442	2.164	88,6
Financiación del extranjero	957	637	66,6	1.165	506	43,4
De programas de la Unión Europea	166	19	11,4	682	55	8,1
Otros fondos procedentes del extranjero	790	618	78,2	483	451	93,4

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

	2003				2008			
	Total empresas	Farmacia	% Farmacia	Total empresas	Farmacia	% Farmacia	Actividades sanitarias y servicios sociales	% Actividades sanitarias y servicios sociales
Empresas								
Número de empresas que realizan I+D	7963	150	1,9	15.049	180	1,2	527	3,5
Empresa pública				209			29	13,9
Empresas privadas				14.841	180	1,2	498	3,4
Personal total dedicado a I+D (EJC)	65.032	3.615	5,6	95.207	4.388	4,6	2.166	2,3
Personal dedicado a I+D (EJC): investigadores	27.581	1.642	6,0	46.375	2.087	4,5	1.228	2,6
Gastos en I+D interna	4.443.438	460.760	10,4	8.073.521	647.276	8,0	120.667	1,5
Gastos corrientes	3.703.356	382.262	10,3	6.555.490	588.029	9,0	109.019	1,7
Gastos en I+D interna financiados con fondos nacionales				7.561.841	502.988	6,7	118.738	1,6
Gastos en I+D interna financiados con fondos extranjeros				511.680	144.289	28,2	1.929	0,4
Fondos de programas de la Unión Europea				108.388	370	0,3	974	0,9
Otros fondos del extranjero				403.292	143.919	35,7	954	0,2
Gastos corrientes en I+D dedicados a investigación fundamental (mil)	441.797	72.999	16,5	260.090	20.308	7,8	12.273	4,7
Gastos corrientes en I+D dedicados a investigación aplicada	1.324.341	274.687	20,7	2.701.243	430.982	16,0	65.416	2,4
Gastos corrientes en I+D dedicados a desarrollo tecnológico	1.937.218	34.577	1,8	3.594.158	136.740	3,8	0,9	
Empresas que han solicitado patentes en el período 2006-2008	1.379	50	3,6	1.903	66	3,5	7	0,4

Fuente: INE.

A falta de información territorial sobre recursos en investigación sanitaria, el primer indicador que muestra diferencias entre comunidades autónomas es el referente al número de proyectos financiados en convocatorias competitivas, en concreto, por el Fondo de Investigación Sanitaria. En la última convocatoria (2008) se recibieron 2.042 solicitudes por un importe de 263.658.000 euros. De ellos consiguieron financiación del Fondo de Investigación Sanitaria 637 proyectos, es decir, el 31 por 100 de los presentados, asociados a 70.616.000 euros. Como ha ocurrido en las convocatorias precedentes, tres comunidades autónomas lideran la recepción de subvenciones, situándose muy por delante del resto. Cataluña con 25.327.000, Madrid con 20.478.000 y Andalucía con 5.898.000 predominan en este panorama y se encuentran a una considerable distancia de otras comunidades como Extremadura, Murcia, Aragón o Baleares.

Es patente la semejanza en las distribuciones de las solicitudes y las concesiones de subvención a las distintas comunidades autónomas, lo que es un indicio de que la cuota de financiación de cada territorio refleja la intensidad de su actividad investigadora en el campo de la sanidad (cuadro 32).

Una parte de los fondos se dedica a fomentar la investigación clínica no comercial, y en concreto con medicamentos de uso humano, a través de la financiación de proyectos independientes de la industria farmacéutica, que tuvieron como áreas temáticas preferentes los medicamentos huérfanos, la resistencia a antibióticos, poblaciones

CUADRO 32. PROYECTOS DE I+D POR CC.AA. CONVOCATORIA 2008

Comunidades autónomas	Solicitado IP		Aprobado IP	
	Nº proyectos	Subvención (Miles de euros)	Nº proyectos	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	267	29.141	49	5.898
Aragón	48	4.355	11	881
Asturias	37	4.123	12	1.258
Baleares	35	3.136	11	866
Canarias	34	3.922	8	969
Cantabria	29	3.990	12	1.093
Castilla y León	69	11.100	17	1.745
Castilla-La Mancha	33	3.826	18	1.658
Cataluña	635	87.346	222	25.372
Comunidad Valenciana	139	18.460	39	2.950
Extremadura	20	2.672	5	330
Galicia	67	9.127	23	2.908
Madrid	470	64.177	166	20.478
Murcia	25	2.810	9	553
Navarra	53	6.695	20	2.581
País Vasco	78	8.573	14	1.049
La Rioja	3	205	1	26
Total	2.042	263.658	637	70.616

Fuente: Memoria Fondo de Investigación Sanitaria 2008.

CUADRO 33. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA INDEPENDIENTE POR CC.AA.
CONVOCATORIA 2008

Comunidades autónomas	Solicitado IP		Aprobado IP	
	Nº proyectos	Subvención (Miles de euros)	Nº proyectos	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	28	3.783	14	1.563
Aragón	3	246	1	29
Asturias	3	144	3	139
Baleares	5	210	1	2
Canarias	8	1.032	3	444
Cantabria	2	199	2	143
Castilla y León	4	357	2	106
Castilla-La Mancha	0	0	0	0
Cataluña	92	12.355	59	6.509
Comunidad Valenciana	14	778	7	372
Extremadura	1	23	0	0
Galicia	5	566	2	56
Madrid	46	7.262	29	3.380
Murcia	1	38	1	35
Navarra	13	2.232	5	739
País Vasco	7	432	2	18
La Rioja	0	0	0	0
Total	232	29.656	131	13.535

Fuente: Memoria Fondo de Investigación Sanitaria 2008.

especiales, como la pediátrica, seguridad clínica de medicamentos, estudios comparativos de medicamentos de elevado impacto en el SNS, medicamentos de terapias avanzadas, como la celular, terapia génica o la ingeniería de tejidos y estudios fármaco epidemiológicos. También en este caso Cataluña, Madrid y Andalucía acapararon la mayor parte de las subvenciones, que alcanzaron un importe total de 13.535.000 euros (cuadro 33).

En cuanto a los proyectos de investigación sobre tecnologías sanitarias, establecidos para fomentar la investigación de las tecnologías médicas de interés para el sistema sanitario y para promover la investigación en servicios de salud, en 2008 se financiaron 209 proyectos por un importe de 11.330.000 euros, de los que la mayor parte fueron a parar a Cataluña y Madrid y en menor medida a Andalucía (cuadro 34).

En lo que concierne a los CAIBER (unidades centrales de investigación clínica y ensayos clínicos en pacientes), sin interés comercial, durante el año 2008 se financiaron con un importe total de 10.000.000 euros, siendo Cataluña, Madrid, País Vasco y Andalucía las principales beneficiarias de las subvenciones, mientras que el resto se repartió por igual en el las demás comunidades autónomas (cuadro 35).

El informe anual del SNS recoge las principales experiencias innovadoras sobre las que informaron las comunidades autónomas en el año 2008. El área que más se benefició, como es habitual en el

*La innovación
en el SNS*

CUADRO 34. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD. CONVOCATORIA 2008

Comunidades autónomas	Solicitado IP		Aprobado IP	
	Nº proyectos	Subvención (Miles de euros)	Nº proyectos	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	69	3.169	17	502
Aragón	23	829	13	422
Asturias	21	1.121	8	477
Baleares	10	762	3	100
Canarias	9	766	3	468
Cantabria	10	634	1	13
Castilla y León	11	458	4	167
Castilla-La Mancha	7	314	2	42
Cataluña	145	8.869	56	3.031
Comunidad Valenciana	43	2.599	17	775
Extremadura	9	1.105	1	10
Galicia	26	1.234	11	344
Madrid	141	8.499	43	1.844
Murcia	14	495	5	90
Navarra	10	394	4	109
País Vasco	27	1.691	9	407
La Rioja	1	11	1	11
Total	592	36.546	209	11.330

Fuente: Memoria Fondo de Investigación Sanitaria 2008.

CUADRO 35. SOLICITUDES Y CONCESIONES DE LA LÍNEA DE ARTICULACIÓN DEL SISTEMA CAIBER. CONVOCATORIA 2008.

Comunidades autónomas	Nº solicitudes	Nº concesiones
Andalucía	7	4
Aragón	1	1
Asturias	1	1
Baleares	1	1
Canarias	4	1
Cantabria	1	1
Castilla y León	3	1
Castilla-La Mancha	5	1
Cataluña	13	9
Comunidad Valenciana	4	2
Extremadura	1	1
Galicia	5	2
Madrid	11	9
Murcia	2	1
Navarra	2	1
País Vasco	4	4
La Rioja		
Total	65	40

Fuente: Memoria Fondo de Investigación Sanitaria 2008.

sistema sanitario, fue el de la gestión de los servicios sanitarios, así como las tecnologías de la información y la comunicación. No en vano, la utilización de métodos de gestión por procesos, que incorpora las tecnologías de la información y la comunicación a la gestión de los recursos humanos es uno de los enfoques con más éxito en la mejora del rendimiento de la organización, como ha podido comprobarse en varias comunidades autónomas.

RECUADRO 10. EXPERIENCIAS INNOVADORAS DE LAS CC.AA. EN GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Andalucía	Proyecto de Ley de Derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso de la muerte. Prestación farmacéutica gratuita a la población infantil menor de un año.
Aragón	Gestión de la cartera de servicios en el Sistema de Salud Aragonés. Carta de compromiso de los ciudadanos.
Canarias	Registro canario de profesionales sanitarios.
Cantabria	Plan Estratégico 2008-2011: mapa de procesos adecuación a la Norma ISO 9001:2008.
Castilla-La Mancha	Plan de acreditación y reconocimiento a la excelencia en equipos de atención primaria. Estrategia de eficiencia energética en los centros asistenciales de la Gerencia Regional de Salud. Programa de gestión propia: pilotaje en seis equipos de atención primaria.
Cataluña	Evaluación de la propuesta de plataforma de Innovación Tecnológica CIMET (Centro de Tecnologías Médicas). Elaboración del documento sobre el marco conceptual de la innovación (productos, procesos y organización) en los centros de salud.
Valencia	Innovación en la atención de las condiciones crónicas del departamento de salud La Fe de Valencia “gestión de casos de las condiciones crónicas”.
Galicia	Reordenación de las urgencias hospitalarias. Hospitalización a domicilio: redefinición de criterios para asegurar la equidad en el acceso y ampliación de la red a toda la comunidad autónoma. Proceso asistencial integrado en la atención pediátrica. Definición del proceso asistencial integrado de laboratorio.
Madrid	Unidad Central de Radiodiagnóstico.
Navarra	Complejo Asistencial Médico Tecnológico de Navarra: procesos de alta resolución y provisión de tecnología o servicios médicos al Centro de Procesos de Alta Resolución.
País Vasco	Evaluación del impacto en salud: impulsar la estrategia de la “salud en todas las políticas”.
Melilla	Guía de actuación para la evacuación de pacientes desde Melilla.
Ceuta	Encuesta de clima de seguridad asistencial entre profesionales.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Informe anual del SNS 2008*.

RECUADRO 11. EXPERIENCIAS INNOVADORAS DE LAS CC.AA. EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Andalucía	Servicio de tele traducción simultánea.
Baleares	Receta electrónica.
Castilla-La Mancha	Telemedicina: transmisión digital de imagen médica a los centros de salud. Historia clínica única electrónica. Receta electrónica. Visado electrónico de recetas. Participación en proyecto EpSOS Diseño de historia clínica digital común para Europa. Proyecto de elección informatizada de menú para pacientes hospitalizados: “ecomanda”.
Cataluña	Soporte al desarrollo de un dispositivo de radiofrecuencia para el tratamiento de lesiones hepáticas. Soporte a un sistema telemático de intervención en neuropsicología. Soporte específico para las propuestas de Investigación presentadas en el ámbito europeo: Demacare, Open ehealth, Child arrhythmias Soporte a la red de gestores de la innovación hospitalaria de diversos centros hospitalarios públicos de Cataluña. Soporte a redes de telemedicina (proyecto teleictus, retinopatía neonatal y retinopatía diabética).
Valencia	Implantación de técnicas de telemedicina en el departamento de salud valenciano Arnau de Vilanova Liria: teledermatología.
Navarra	Proyecto Zahorí: herramienta informática para búsquedas conceptuales para identificación y acceso a la historia clínica en atención primaria y atención especializada en actividades investigadoras. Identificación del paciente con RFDI o similar en los centros sanitarios.
País Vasco	Kirozainbide. Hospital Galdakao Usansolo: herramienta informática elaborada en entorno wiki por enfermería del área quirúrgica. Seguridad clínica en el proceso quirúrgico. Hospital Santiago: apoyo en tecnología wifi, RFID, Bluetooth.
La Rioja	Implantación de la Historia Clínica Digital. Proyecto Avanzado de Telemedicina de la Comunidad Autónoma de La Rioja (PATCAR).
Ceuta	Sistema específico de identificación de paciente hospitalario con alto grado de riesgo para su seguridad.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Informe anual del SNS 2008*.

RECUADRO 12. EXPERIENCIAS INNOVADORAS DE LAS CC.AA. EN PROYECTOS ASISTENCIALES

Baleares	Atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST.
Canarias	Proyecto SAMAP: mejora de la calidad en el abordaje de los trastornos mentales en atención primaria de la comunidad autónoma. Proyecto de coordinación entre AP y AE en prevención cardiovascular.
Castilla y León	Proceso integrado de atención sociosanitaria a las personas con trastornos mentales.
Castilla-La Mancha	Programa de atención hospitalaria al paciente celíaco.
Cataluña	Plan estratégico de la atención a la salud sexual y reproductiva (AS-SIR) Código Ictus y código Infarto.
Galicia	Estrategia gallega del cáncer.
País Vasco	“Un pequeño reto”. Hospital Psiquiátrico de Álava: herramienta terapéutica rehabilitadora en pacientes con esquizofrenia.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Informe anual del SNS 2008*.

RECUADRO 13. EXPERIENCIAS INNOVADORAS DE LAS CC.AA. EN FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN, EQUIDAD Y OTRAS EXPERIENCIAS

Aragón	Consortio de salud de Aragón: mejora de la accesibilidad geográfica y de acceso a servicios de calidad.
Cantabria	Hospital virtual de Valdecilla formación en simulación médico quirúrgica. Investigación biomédica a través del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla. Oficina de Ensayos Clínicos Programa Nacional de Apoyo a la Investigación Clínica (CAIBER).
Cataluña	Seminario para la preparación de las propuestas presentadas al Séptimo Programa Marco de la UE. Curso Valorización de la investigación, transferencia tecnológica y comercialización.
Madrid	Grupo de Investigación clínica en Atención Primaria Grupo ICAP. Equipo de intervención para la población excluida en el Área 1 de Atención Primaria (EIPE).
Navarra	Campaña de Seguridad Vial en el ámbito laboral.
La Rioja	Centro de Investigación Biomédica de La Rioja.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Informe anual del SNS 2008*

4. Sistema de información

La información es un elemento clave en la compleja realidad organizativa del SNS, pero desde que se completara el proceso de transferencia de competencias, el análisis del conjunto del sistema ha resultado muy difícil debido a su fragmentación y a la falta de criterios comunes en la producción y divulgación de datos por parte de las Administraciones autonómicas. Algunas de las deficiencias en el plano de la información han ido subsanándose en años recientes, pero aún queda recorrido en esa tarea si se pretende alcanzar la eficiencia, la calidad y la equidad del SNS.

En todo caso, se trata de un problema compartido en el resto de los países de la Unión Europea. No en vano, la falta de información apropiada, disponible y comparable en cada uno de los países y en la Unión Europea es uno de los principales obstáculos para lograr un mayor conocimiento y un análisis efectivo de cómo reducir las desigualdades en salud⁶⁶. Así, tal como se reconoce en el informe de la Conferencia de expertos *Hacia la equidad en salud*, es necesaria una mejora de la monitorización de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de estas desigualdades para apoyar la formulación y evaluación de políticas e intervenciones con extensión, tamaño e intensidad necesarias en una diversidad de sectores. La información apropiada facilita la fijación de objetivos, ayuda a incrementar la transparencia y la responsabilidad revelando el progreso hacia objetivos de equidad en salud y permite una mejor asignación de los recursos.

En España, desde la promulgación de la Ley de Cohesión y calidad del SNS se han llevado a cabo diferentes actuaciones de impulso y mejora del sistema de información sanitaria, intentándose además cubrir algunas lagunas de información sobre áreas muy relevantes como es la atención primaria. Se han llevado a cabo importantes iniciativas de normalización de datos, desde los de identificación de los ciudadanos, hasta el acuerdo de contenidos mínimos de los documentos clínicos, o la clasificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Por otro lado se han hecho públicas aplicaciones interactivas que proporcionan una información pormenorizada del conjunto mínimo de datos básicos de hospitalización, de la Encuesta Nacional de Salud y de la mortalidad por causas.

Entre los avances cabe destacar los realizados en el sistema de información sanitaria, importante herramienta de colaboración interadministrativa, sujeto a los acuerdos en el Consejo Interterritorial. Aunque este sistema se encuentra en pleno desarrollo, ha dado ya algunos frutos. Uno de ellos ha sido la aprobación de un conjunto de indicadores clave⁶⁷ relacionados con distintas dimensiones de la salud y la atención sanitaria. Se trata de un primer listado que podrá ser completado en el futuro y que en la actualidad recoge 110 variables organizadas en torno a cuatro grandes bloques

66. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia española.

67. Consensuado en 2007 por el CISNS.

RECUADRO 14. INDICADORES CLAVE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

(Bloques de análisis)

A. Población

1. Demografía
 - Población general
 - Población protegida
2. Situación socioeconómica
3. Otros factores

B. Estado de salud

1. Indicadores generales
2. Mortalidad
3. Morbilidad

C. Determinantes

1. Factores biológicos y personales
2. Comportamiento y salud
3. Condiciones de vida y trabajo

D. Sistema sanitario

1. Promoción, protección y prevención
2. Recursos sanitarios
3. Oferta de servicios y accesibilidad
4. Utilización de la atención sanitaria
 - Actividad asistencial registrada
 - Perfil de frecuentación (declarada) de la población
 - Estándares comparativos
5. Gasto sanitario
6. Calidad y resultados de la atención sanitaria
 - Calidad de la provisión y variabilidad de la práctica clínica
 - Seguridad del paciente - complicaciones potencialmente iatrogénicas
 - Resultados

de análisis: población, estado de salud, determinantes y sistema sanitario, con desagregación autonómica.

El conjunto de indicadores propuesto puede llegar a ofrecer una imagen detallada del funcionamiento del sistema, porque integra información sobre sus dimensiones más relevantes: población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, opiniones y expectativas de los ciudadanos, etc. Hasta ahora, sin embargo, el Ministerio de Sanidad y Política Social no ha ofrecido datos desagregados por comunidades autónomas, dando una clara muestra de las dificultades de acceso a la información territorial sobre el funcionamiento del sistema.

Sin embargo, para que el sistema de información sanitaria logre el alcance previsto, se advierten todavía tareas pendientes en relación con los indicadores. Éstos deberían permitir ser analizados en su conjunto para posibilitar llegar a conclusiones que orienten las

políticas sanitarias; conocer la medida en que el SNS responde a las necesidades de salud de la población, el nivel de acceso a las prestaciones y el grado de satisfacción de los ciudadanos; mostrar el resultado de las intervenciones del sistema y señalar lo que funciona y lo que no funciona; conocer el ajuste de los recursos disponibles a los objetivos y por tanto, si la utilización de esos recursos produce los resultado deseados⁶⁸.

Con estos fines, es necesario seguir trabajando consensuadamente en la aplicación de metodologías contrastadas, sistemas de normalización y estándares que aseguren totalmente la comparabilidad, así como disponer de algunos medios materiales adicionales. No obstante, el logro de esos objetivos estará en buena medida determinado por la voluntad política de la autoridad sanitaria del SNS, por la disposición y el compromiso de las consejerías de salud para asumir comparaciones desde la transparencia facilitando las acciones de mejora. El problema de la información sobre las listas de espera es uno de los ejemplos más notables de la necesidad de ese compromiso. No en vano, desde la creación en el año 2003 del sistema de información de las listas de espera se generaron grandes expectativas en torno a esta cuestión. Algunas de ellas, como la incorporación al sistema de datos homogéneos sobre listas de espera quirúrgicas en el conjunto del SNS, desagregados por dolencias y tiempos de espera, se han cumplido. Pero otras, como la aportación de datos ajustados a los criterios consensuados en el CISNS por parte de los distintos servicios de salud, sigue pendiente, lo que hace difícil el conocimiento de una realidad que preocupa a los ciudadanos y que precisa soluciones desde el conocimiento.

Aunque el problema de las listas de espera es el que ha generado más controversia e insatisfacción entre los propios usuarios del SNS, las deficiencias en el plano de la información existen en numerosas áreas. Así, pueden destacarse algunos de los ejemplos identificados a lo largo de este informe:

- Carencias informativas en lo concerniente a la movilidad de los pacientes. Falta de desarrollo de un sistema de información compartido por todos los servicios de salud que conforman el SNS. La tarjeta sanitaria hasta ahora no ha servido para intercambiar datos entre las comunidades autónomas.
- Falta de información sobre disponibilidad de profesionales del SNS. Necesidad de crear un sistema registral unificado y continuo de profesionales de la salud, con criterios homogéneos de cómputo.
- Falta de datos homogéneos sobre farmacia hospitalaria que limitan las posibilidades de análisis de la prestación farmacéutica, restringiéndola a la prescripción a través de las oficinas de farmacia.
- Opacidad informativa en las actividades del CISNS.

68. L. A. Oteo, *op. cit.*

5. Innovación organizativa y formas de gestión

La proliferación de iniciativas de innovación organizativa y de gestión en sanidad, presentes en el SNS prácticamente desde sus comienzos, ha seguido una trayectoria creciente que se ha desarrollado paralelamente en el tiempo a la descentralización político territorial de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas. El concepto de descentralización organizativa, que se suele aplicar también a estos procesos, significa en este ámbito trasladar la toma de decisiones hacia los agentes con mayor capacidad de conseguir la eficiencia organizativa⁶⁹. Se trata de un proceso que ha discurrido también en el contexto más amplio de modernización de la gestión pública en los Estados de bienestar de los países desarrollados, en los que se ha llevado a cabo principalmente mediante tres grandes estrategias⁷⁰:

- Privatización: los servicios sanitarios se prestan a través de una red de mercados de aseguradoras privadas que compiten entre ellas con ánimo de lucro.
- Introducción de mecanismos de “cuasimercado” en el funcionamiento de las grandes burocracias públicas, que emulen el funcionamiento del mercado en lo relativo a las funciones de producción y provisión de bienes públicos.
- Introducción de modelos gerenciales o “gerencialismo”, que implican la aplicación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario.

La mayoría de los países desarrollados se han guiado en sus reformas por las dos últimas. En España, la principal expresión de las reformas organizativas introducidas en la gestión sanitaria pública ha sido el proceso de diversificación de fórmulas de gestión de los servicios sanitarios, que ha respondido predominantemente al modelo gerencialista, aunque con numerosas variaciones. Tras los modelos de privatización, gerencialistas y de cuasimercado la nueva gestión pública es propugnada por algunos expertos⁷¹ como una cuarta vía que habría que fomentar, basada en un cambio de cultura y valores, apoyada en los incentivos al profesionalismo (autonomía ligada a consecución de objetivos): la gestión contractual apoyada en la profesionalización y la gestión integrada por áreas de salud (ya hay cinco servicios de salud que lo hacen en España).

El trascendental cambio que supuso la creación del SNS no se tradujo en una alteración sustancial de la organización de la gestión desarrollada hasta entonces desde el sistema de Seguridad Social a través del Instituto Nacional de Previsión. A excepción de Cataluña, el antiguo Insalud y los servicios de salud que se fueron creando

69. R. Axelsson, G. P. Marchildon y J. Repullo Labrador (2007), *Decentralization in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

70. J. Martín Martín, *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*.

71. Repullo, Vicente Ortún, González Páramo, Oteo, J. Martín Martín.

reprodujeron el modelo de integración vertical de la financiación, producción o provisión de servicios sujeto a una gran centralización en la toma de decisiones dentro de su respectivo ámbito territorial, manteniéndose el funcionamiento tradicional de los modelos burocráticos de producción de servicios sanitarios, fuertemente jerarquizados y con escasos incentivos a la eficiencia y la innovación. Este tipo de organización no se vio alterada en esencia por la LGS, que sí planteaba la modernización del sistema en otros muchos aspectos. Sin embargo, ya desde los años ochenta, se percibió la necesidad de introducir mejoras organizativas de tipo gerencialista dirigidas a mejorar la eficiencia del sistema, intentando aplicar en los centros hospitalarios un modelo de contrato-programa conforme al cual los centros se veían obligados a cumplir una serie de objetivos de gestión (por ejemplo: reducción de las infecciones hospitalarias, reducción de las quejas de los pacientes, reducción de la lista de espera, etc.) de los que daban cuenta a final de año, si bien el incumplimiento del programa no acarrearía consecuencias.

Durante los años noventa, comenzaron a abrirse paso nuevas formas de gestión jurídico privada de las instituciones sanitarias que pretendían superar la rigidez del modelo burocrático de Administración general a través de diferentes fórmulas de gestión de la asistencia sanitaria. Elementos comunes de estas fórmulas serían:

- La descentralización de la producción por parte del servicio público de salud así como la separación de las funciones de financiación, compra y provisión, manteniendo la titularidad pública del servicio.
- La utilización de contratos programa y de gestión, junto al desarrollo de la gestión clínica y por procesos.
- En algunas comunidades autónomas⁷², cambio de la forma jurídica de los servicios de salud (de organismos autónomos de Derecho administrativo a entes de Derecho público).
- La personificación jurídica de centros sanitarios, permitiendo aprovechar la mayor flexibilidad que en materia de contratación, personal y patrimonio admite la utilización del Derecho privado frente al Derecho público, mientras se mantienen las potestades y funciones administrativas.

Aunque ya había experiencias de amplio recorrido en algunos servicios de salud, amparadas por la LGS que otorgó a las comunidades autónomas la responsabilidad exclusiva de la organización de sus servicios de salud, uno de los principales detonantes de su expansión fue la aprobación del Informe Abril en 1991. Por su parte, la aprobación de la Ley 15/1997, de Habilitación de nuevas formas de gestión del SNS,

72. Asturias, Baleares, Cataluña, Madrid, Murcia y el País Vasco.

con carácter de legislación básica, impulsó el desarrollo de cualquier forma jurídica para la gestión de centros sanitarios siempre que éstos mantengan la naturaleza y titularidad pública y respeten el carácter de servicio público de la asistencia. En todo el SNS español, la relación de entidades que han ido surgiendo respondiendo a diferentes fórmulas jurídicas en el contexto de este proceso de diversificación es muy amplia, y se ha producido no sólo en el nivel de atención hospitalaria, sino también en el de atención primaria y en el ámbito de la investigación⁷³.

La diversificación de formas de gestión ha sido objeto permanente de controversias. El debate durante los últimos años ha venido auspiciado en buena parte por la ausencia de una evaluación sistemática y objetiva, en términos de eficiencia relativa, equidad e igualdad de acceso, del complejo panorama de la gestión sanitaria en el SNS por parte de los organismos encargados de garantizar la calidad y la coordinación del sistema tanto en el nivel estatal como autonómico. La crítica situación de la economía y los ingresos públicos refuerza el interés del objetivo de mejorar la eficiencia en la gestión sanitaria sin comprometer la equidad y la sostenibilidad a largo plazo del sistema.

La habitual confusión conceptual en torno a la naturaleza pública o privada de este tipo de experiencias y a sus características aconseja revisar brevemente su tipología, así como las ventajas e inconvenientes que se les atribuyen teóricamente.

Antes de hablar en puridad de nuevas formas de gestión (un término más ligado a la personificación jurídica), habría que referirse a lo que constituyen innovaciones de gestión de servicios sanitarios que no implican personificación jurídica específica. Se trata de aplicaciones en la práctica de los modelos gerencialistas que pretenden emular los procesos de descentralización interna de la moderna empresa privada, acercando la toma de decisión a

*Innovaciones organizativas
y de gestión sin
personificación jurídica*

las unidades organizativas inferiores (dotándolas de capacidades de gestión clínica) para liberar recursos de las unidades superiores, que se concentrarían en la evaluación y asignación de recursos. Permitirían introducir mecanismos de incentivos al explicitar objetivos en la formalización de los contratos, alejándose de los modelos burocráticos. La racionalización de los recursos, incluidos los objetivos de contención del gasto, son una constante en los programas. Las principales experiencias han sido los institutos clínicos y las unidades clínicas de gestión, vinculadas a la gestión de procesos, tanto en el ya extinguido Insalud como en algunas comunidades. En la comunidad autónoma de Andalucía han sido uno de los ejes de la innovación en la gestión, habiéndose constituido unidades clínicas en prácticamente la totalidad de servicios hospitalarios y equipos de atención primaria (recuadro 15).

73 Fundaciones, empresas públicas, consorcios (especialmente presentes en el servicio de salud de Cataluña), concesiones administrativas, etc. Véase, CES, *España 1999, Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral*.

RECUADRO 15. INNOVACIONES DE GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS SIN PERSONIFICACIÓN JURÍDICA ESPECÍFICA

Institutos clínicos

Supra-unidad organizada a la que se adscriben personas y recursos, con un equipo directivo al frente. Estructura divisional basada en el producto.

Unidades clínicas de gestión

Centros de responsabilidad que prestan una cartera de servicios de la organización. A diferencia de los institutos clínicos se crean a partir de un servicio o unidad la cual, una vez acreditada, negocia un contrato interno con la gerencia de la organización sanitaria.

Se iniciaron en el Insalud en 1988, con seis institutos clínicos, que fueron ampliándose progresivamente (Ej.: I. Cardiovascular del Clínico San Carlos en Madrid o I. de Ontología del H. Virgen de la Arrixaca de Murcia). Otras comunidades como Cataluña, Galicia o Navarra también los han desarrollado.

Se han introducido en mayor o menor medida en todos los servicios de salud, con especial intensidad en Andalucía.

Fuente: elaboración propia a partir de J. Martín Martín y M. del Puerto López del Amo, "Innovaciones organizativas y de gestión en el SNS", en J. L. Temes, (ed.) *Gestión hospitalaria* 4ª ed., Mc-Graw-Hill Interamericana de España SAU, Madrid 2007.

Las ventajas atribuidas a este tipo de gestión por procesos es que refuerzan la continuidad asistencial, al integrar actividades tanto asistenciales como no asistenciales de atención primaria y especializada. Las dificultades pueden surgir de la coexistencia de estos modelos, caracterizados por su transversalidad, con la estructura jerárquica en departamentos propia de los centros sanitarios.

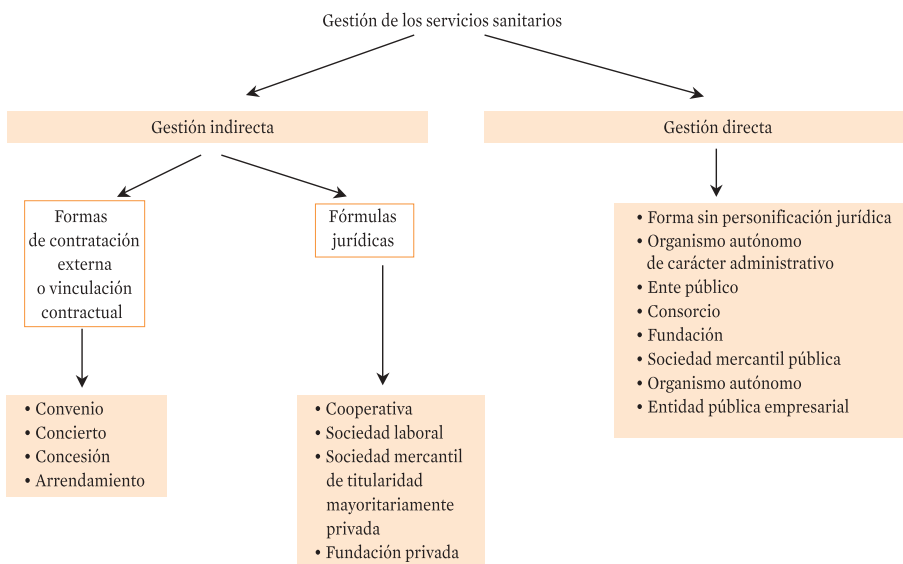
Entre lo que se consideran específicamente nuevas formas de gestión, una primera distinción radica en el carácter directo o indirecto de la gestión, una posibilidad que ya admitía la LGS y que la Ley 15/1997 desarrolló con amplitud (recuadro 16).

*Nuevas formas de gestión
con personificación jurídica*

GESTIÓN DIRECTA

La producción y provisión del servicio se mantiene en manos de los centros sanitarios del servicio público de salud, a los que se atribuye personalidad jurídica

RECUADRO 16. FÓRMULAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS



Fuente: J. Martín Martín, *Nuevas formas de gestión en las organizaciones sanitarias*, Fundación Alternativas y serie Documentos de Trabajo núm. 14/2003.

propia mediante distintas fórmulas posibles: entes de Derecho público, fundaciones públicas y consorcios figuran entre las más frecuentes. La elección de la fórmula concreta es variable por comunidades autónomas. Seis comunidades autónomas han configurado sus servicios de salud de esta forma, habiendo sido el País Vasco la primera de ellas en configurarse jurídicamente como un organismo autónomo de carácter administrativo. Cataluña es la comunidad en la que más se han utilizado los consorcios, una circunstancia facilitada por la titularidad local de muchos centros sanitarios. Las fundaciones fueron en un principio más utilizadas en Galicia, tanto para hospitales comarcales de nueva creación como otro tipo de centros con actividades sanitarias (urgencias y oftalmología, por ejemplo), aunque la fórmula se extendió durante la segunda mitad de los años noventa a otras comunidades para la creación de nuevos hospitales (Madrid, Baleares, La Rioja), habiendo caído en cierto desuso (recuadro 17).

RECUADRO 17. FÓRMULAS DE GESTIÓN DIRECTA (I)

Forma jurídica de gestión Legislación Básica	Forma sin personalidad diferenciada	Organismo autónomo de carácter administrativo	Ente de derecho público (ente público)	Consorcio
	Ley 6/97 LOFAGE Leyes autonómicas	Ley de Entidades Estatales Autónomas del 26-12-1958 LGP 1977 (Derogados a Nivel Estatutal. Ley 6/97 LOFAGE) Estatutos	LGP 6.1.6) (Derogado a Nivel Estatutal. Ley 6/97 LOFAGE) Ley de creación Leyes autonómicas Leyes autonómicas	Reglamento de Servicios de Régimen Local. Artículo 87 de la Ley de Bases de Régimen Local. Artículo 110 RD Legislativo 781/1986, de Régimen Local. Artículo 7 LRJPC. Leyes autonómicas
Definición	Entidad territorial prestadora de servicios públicos sin personalidad jurídica diferenciada	Entidad de Derecho Público creada por Ley, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que actúa en régimen de descentralización administrativa y que tiene como función la organización y administración de un servicio público de los fondos que tiene adscritos y de actividades y bienes	Organización con personalidad y organización jurídico-público, pero que actúa en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico-privado, creada para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad	Entidad dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio, creada por diversos Entes públicos de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la Administración pública distintos. La legislación local también admite que puedan integrarse en ella entidades privadas sin ánimo de lucro
Régimen jurídico	Derecho Público	Derecho público	Derecho público y privado	Derecho público y privado
Forma de constitución	Mediante RD u orden, dependiendo del rango del órgano	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los Estatutos	Ley de Creación (a veces por Decreto)	Real Decreto u Orden
Órgano de dirección	Titular nombrado por el órgano superior	Según Ley de creación. Presidente o Director nombrado por Decreto. Consejo de Administración	Según Ley de Creación. Presidente o Director nombrado por Decreto. Consejo de Administración	Junta General o Consejo de Gobierno
Patrimonio	No tiene patrimonio propio	Propio o cedido	Propio y/o cedido	Propio y/o cedido
Contratación	TRLCAP	TRLCAP	TRLCAP	Derecho privado. Principios de publicidad y concurrencia
Régimen jurídico del persona	Funcionario o Estatutario (laboral, si lo establecen las relaciones de puestos de trabajo o las plantillas)	Funcionario o Estatutario (laboral si lo establece la Ley de creación)	Derecho laboral (Funcionario o Estatutario, si lo establece la Ley de creación)	Funcionario y/o Estatutario o laboral
Algunas experiencias	Agencia de Evaluación de Tecnologías Andaluzas, Servicio Valenciano de Salud, Unidades Clínicas.	Servicio Andaluz de Salud. Servicio Navarro de Salud. Servicio Gallego de Salud.	Servicio Catalán de Salud, Servicio Vasco de Salud, H. Costa del Sol, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, H. de Poniente, H. de Andujar, H. de Pallars, H. Mora de Ebre.	Consorcio Hospitalario de Cataluña, de Vía de Parc Tauli, Consorcio de Hospitales de Barcelona, Sanitario de Mataró.

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)			
Forma jurídica de gestión	Fundación	Sociedad mercantil pública	Entidad pública empresarial (EPE)
Legislación básica	Ley 30/94 de Fundaciones RD 316/96 Ley 50/2002 de Fundaciones Ley 49/2002 de Régimen fiscal de las Entidades sin fines lucrativos y de incentivos fiscales al mecenazgo	LGP (art. 6.1.a y 87 y ss.) Ley de Patrimonio del Estado. Y, según su tipo societario: el TRLSA, la Ley 2/95 de Sociedades de Responsabilidad Limitada o el Código de Comercio	Organismo autónomo Ley 6/97 (LOFAGE)
Definición	Organización dotada de personalidad jurídica, y constituida sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que por voluntad de sus creadores tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general.	Sociedad mercantil en la que la Administración pública o sus organismos públicos cuentan con la mayoría de acciones o participaciones	Organismo público que realiza actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación
Régimen jurídico	Derecho público y privado	Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral)	Derecho público y privado
Forma de constitución	Ley, RD u orden, dependiendo de la naturaleza del órgano que la crea	Acuerdo del Consejo de Ministros	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los Estatutos
Órgano de dirección	Patronato	Consejo de Administración	Según Estatutos
Patrimonio	Propio o cedido	Propio y/o cedido	Propio y/o adscrito
Contratación	Derecho privado (salvo contratos de obras y servicios elevados)	Derecho privado (código civil y código mercantil)	TRLCAP
Régimen jurídico del persona	Derecho laboral	Derecho laboral	Derecho laboral (Funcionario o Estatutario, si lo si lo establece la Ley de creación
Algunas experiencias	H. Verín, H. Barbanza de Ribeira, Centro Galego de Transfusions, H. Cee, H. Villagarcía de Arosa, Hospital Manacor, Hospital Alcorcón.	H. San Jaime de Calella, EASP	No hay

Fuente: J. Martín Martín, *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*, Fundación Alternativas, serie Documentos de Trabajo núm. 14/2003.

GESTIÓN INDIRECTA

La provisión del servicio se mantiene en el servicio de salud pero su producción se contrata al sector privado, con o sin finalidad lucrativa, mediante contratos de externalización que pueden llevarse a cabo a través de conciertos regulados por la Ley de Contratos de las Administraciones públicas (en forma de concesión, gestión interesada, concierto con persona natural o jurídica y sociedad de economía mixta); concierto para la prestación de servicios sanitarios (LGS) y convenio singular de vinculación previsto en el artículo 67 de la LGS. En los centros sanitarios españoles siempre ha estado presente la concertación de algunos de los servicios generales de los centros como la lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o *catering*, una tendencia que se está generalizando frente a la alternativa de la producción propia. Hasta hace pocos años, en cambio, apenas estaba extendida la contratación externa de servicios sanitarios, salvo en el caso de Cataluña cuyo modelo se ha basado históricamente en la concertación con proveedores públicos y privados. La situación ha cambiado en los últimos años a raíz del recurso por varias comunidades a dos fórmulas concesionales:

- Los *modelos PFI* (Private Finance Initiative) y las concesiones de gestión de servicio público (modelo Alzira). Se trata de asociaciones entre el sector público y privado que permiten a los servicios de salud atraer capital privado para acometer inversiones en centros sanitarios sin tener que desembolsar liquidez ni incurrir en endeudamiento público, a cambio de la adjudicación de la provisión de servicios a la parte adjudicatoria privada durante un largo periodo de tiempo con arreglo a un sistema de pago y facturación y unos estándares de calidad definidos en el contrato de adjudicación. La principal diferencia entre uno y otro es que el PFI incluye sólo los servicios no clínicos mientras que en las concesiones de gestión de servicio público se externaliza por completo la gestión, incluyendo los servicios clínicos.
- Las *entidades de base asociativa* de Cataluña. A diferencia de las demás fórmulas, centradas en la gestión hospitalaria, las entidades de base asociativa de Cataluña comenzaron en 1991, con la contratación de servicios de atención primaria con dos entidades ajenas al Instituto Catalán de la Salud para tres áreas básicas de salud. Sus miembros son médicos que se agrupan en la entidad bajo distintas fórmulas jurídicas (sociedad anónima, sociedad de responsabilidad limitada, sociedad laboral o cooperativa), a los que pertenece al menos el 51 por 100 del capital social. A la constitución de la entidad le sigue el diseño de un proyecto de gestión de servicios; concurso público para la adjudicación del servicio; desarrollo del proyecto y los servicios contratados y sujeción a los mecanismos de control y auditoría establecidos por Catsby. Un 4 por 100 de la población catalana recibe atención primaria bajo este modelo.

La evaluación de la eficiencia de las distintas formas de gestión sanitaria entronca con la de la propia eficiencia de las Administraciones públicas como garantes de servi-

*Dificultades de una
evaluación necesaria*

cios públicos esenciales lo que, en ausencia de un esfuerzo sistemático de información y evaluación técnica del conjunto del proceso, ha conducido el debate al terreno de la polarización política. La impresión general de los expertos es que ha predominado la continuidad sobre los cambios en el modelo de gestión sanitaria, para cuya transformación efectiva sería necesario centrar la discusión no sólo en el tipo de fórmula jurídica más adecuada sino en la transformación de otros ejes del sistema como la política de recursos humanos y el sistema de carrera profesional, la financiación de los centros o la coordinación entre niveles asistenciales, a los que no se les confiere tanta importancia.

A efectos de la comparabilidad de las distintas experiencias, e incluso entre fórmulas de gestión de la misma tipología, resulta difícil separar el peso de los distintos factores que inciden en la efectividad aislándolos de las circunstancias del caso y el momento temporal concreto: las experiencias exitosas minoritarias pueden no serlo tanto cuando se extrapolan a poblaciones o procesos clínicos más amplios. La eficiencia dinámica, es decir, su mantenimiento a lo largo de los años, es otro factor que dificulta la comparabilidad de experiencias que pueden obtener buenos resultados en su arranque pero que difícilmente perduran pasados unos años.

Uno de los aspectos que empaña la comparación en términos de eficiencia entre nuevas y tradicionales formas de gestión es el de su aplicación en distintos prototipos de centros. Las nuevas formas de gestión se han aplicado generalmente en centros hospitalarios de nueva creación y de pequeño/mediano tamaño que no resultan comparables con los grandes hospitales de referencia ni en cuanto al volumen de actividad, recursos humanos, expectativas y misiones, ni complejidad de la actividad desarrollada. Además, no es posible abordar el análisis sin tener en cuenta la interdependencia entre unos y otros centros en cuanto a las derivaciones de casos (traslado de ineficiencias en una y otra dirección), intercambio de recursos humanos y de experiencia adquirida, etc. Por otro lado, son precisamente los grandes complejos hospitalarios los que necesitarían mayor innovación y adaptación organizativa, teniendo en cuenta que el diseño de la mayoría de ellos se corresponde con el de gran hospital de agudos que ya no se adecúa a los requerimientos del patrón actual de morbilidad caracterizado por la cronicidad de los procesos.

No existe suficiente evidencia empírica para contrastar la eficiencia de las diferentes formas de gestión directa: las aparentes mejoras respecto a las formas tradicionales quedan desdibujadas en la práctica por la falta de separación efectiva de financiador y proveedor así como por la disminución de la autonomía de gestión a lo largo del tiempo.

Tampoco existe evidencia suficiente sobre el nivel de eficiencia de las formas de gestión indirecta en comparación con otras fórmulas de gestión directa.

La creatividad y profusión en las formas de gestión empleadas sugiere la necesidad de racionalizar esta actividad de manera que al menos se logre visibilizar el conjunto del mosaico y la aportación de las distintas experiencias en términos de los objetivos de mejor funcionamiento perseguidos. A efectos de mantener el necesario equilibrio entre los objetivos de eficiencia en la utilización de los recursos económicos, y los de calidad y equidad en la prestación de los servicios es necesario disponer de un sistema de información sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en materia de salud de los distintos modelos organizativos y formas de gestión válido para el conjunto del SNS.

La transparencia e independencia en los mecanismos de regulación y control deberían presidir la introducción de experiencias de innovación en la prestación de cualquier servicio público de interés general, máxime cuando el objeto último es la salud de las personas, un objetivo superior al de la rentabilidad y el beneficio tanto económico como político.

El problema, como se ha visto en otros apartados, radica en la ausencia de un marco de decisión que garantice objetivamente que toda innovación —ya sea en el campo de la gestión o en otro ámbito— que se introduce en el sistema es efectiva y contribuye a su racionalización.

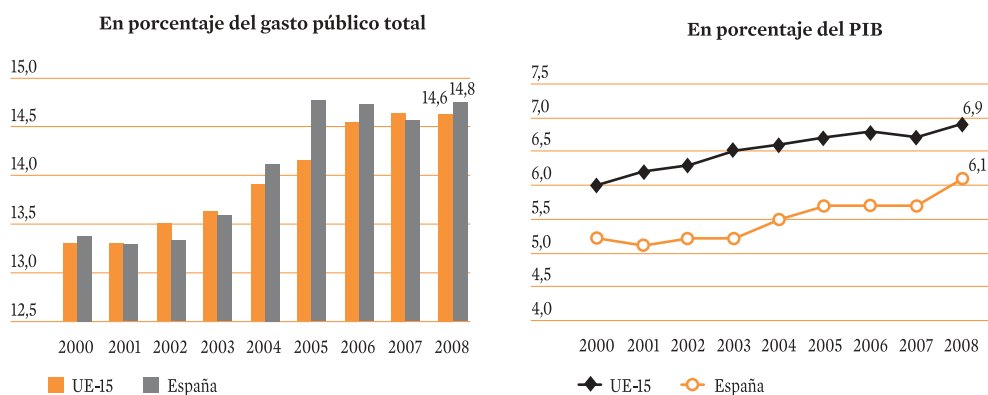
CAPÍTULO III
GASTO SANITARIO Y FINANCIACIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La preocupación sobre la “sostenibilidad financiera” del modelo sanitario español, de cobertura casi universal y con amplias prestaciones, se basa en la tendencia alcista a largo plazo observada por el gasto sanitario, en paralelo al desarrollo del país, como consecuencia de factores tanto de oferta como de demanda. Por el lado de la oferta, destaca el aumento continuado de los costes de provisión de la asistencia sanitaria, por la incorporación de recursos humanos cada vez más cualificados, la incesante innovación tecnológica y terapéutica en un contexto de creciente concentración económica de la industria. Por el lado de la demanda, se aprecia un aumento de la intensidad de uso de los servicios sanitarios debido al envejecimiento de la población, la cronificación de enfermedades, las debilidades de los servicios públicos sociosanitarios y, en general, la creciente medicalización de la población, lo que se une a la demanda de ampliación de la cobertura del sistema español, para atender algunas necesidades insatisfechas en el ámbito de la atención a pacientes crónicos, de la salud mental, de la odontología o en materia de prótesis auditivas y gafas. La evidencia disponible sobre la importancia relativa de los determinantes del aumento del gasto sanitario indica que el cambio en la estructura de edades debido al envejecimiento, aunque relevante, tiene una incidencia menor que los factores endógenos, más ligados a la gestión de los servicios, en particular el aumento de los precios relativos de los recursos humanos, la tecnología sanitaria y los medicamentos, el cambio tecnológico incesante y la creciente intensidad de recursos por acto médico⁷⁴.

Esta tendencia al aumento del gasto sanitario, y de su importancia relativa respecto a otras políticas y también respecto a la renta nacional, es común a los países del entorno. Así, tanto en España como en la UE-15, durante la última década se observa un crecimiento sostenido del peso del gasto sanitario sobre el gasto total hasta alcanzar aproximadamente el 15 por 100, convirtiendo al gasto sanitario en la segunda partida presupuestaria en importancia, por detrás de las pensiones. Asimismo, el crecimiento del gasto sanitario a tasas sistemáticamente superiores a las del PIB explica el aumento continuado de su peso en relación con la renta nacional, tanto en España

74. Para una exposición detallada de la evidencia disponible véase J. Puig-Junoy (2007), *Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible*, Papers de la Fundació Rafael Campalans núm. 148. En el mismo sentido, véase Informe para el análisis del gasto sanitario del Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario, 2005.

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO EN ESPAÑA Y LA UE-15, 2000-2008



Fuente: Eurostat. Government Statistics.

como en la UE-15, aunque también hay que apuntar que a lo largo de los años no se ha reducido la distancia que sigue separando a España, con un 6,1 por 100 del PIB, de la UE-15, con un 6,9 por 100.

1. Gasto sanitario por comunidades autónomas

En este contexto se inscribe el modelo español de gestión descentralizada, donde las comunidades responden del 90 por 100 del gasto sanitario, que representa aproximadamente un 35 por 100 de sus presupuestos. La culminación de las transferencias sanitarias y la aprobación de un nuevo sistema de financiación de las comunidades en 2001, basado en una cesta de impuestos propios y compartidos, así como de transferencias en bloque, en el que desaparece la financiación finalista de la sanidad, implica la consagración de una autonomía amplia de las comunidades, con el consiguiente retraimiento de la Administración central, tanto en materia de política y gestión sanitaria, como en el terreno de la financiación de los sistemas regionales de salud⁷⁵.

A continuación, a partir de la información estadística que ofrece el Ministerio de Sanidad para el periodo 2002-2007, se analiza el gasto sanitario realizado por las comunidades autónomas, las principales tendencias y su estructura económica y funcional, con la idea de identificar pautas comunes y diferencias entre comunidades. Hay que apuntar, no obstante, que la interpretación de las diferencias en los indicadores de gasto agregado por comunidades resulta compleja porque en las mismas influyen una multiplicidad de factores: necesidades sanitarias diversas, evolución histórica de la oferta, eficiencia relativa en la gestión y utilización de los recursos, diferente

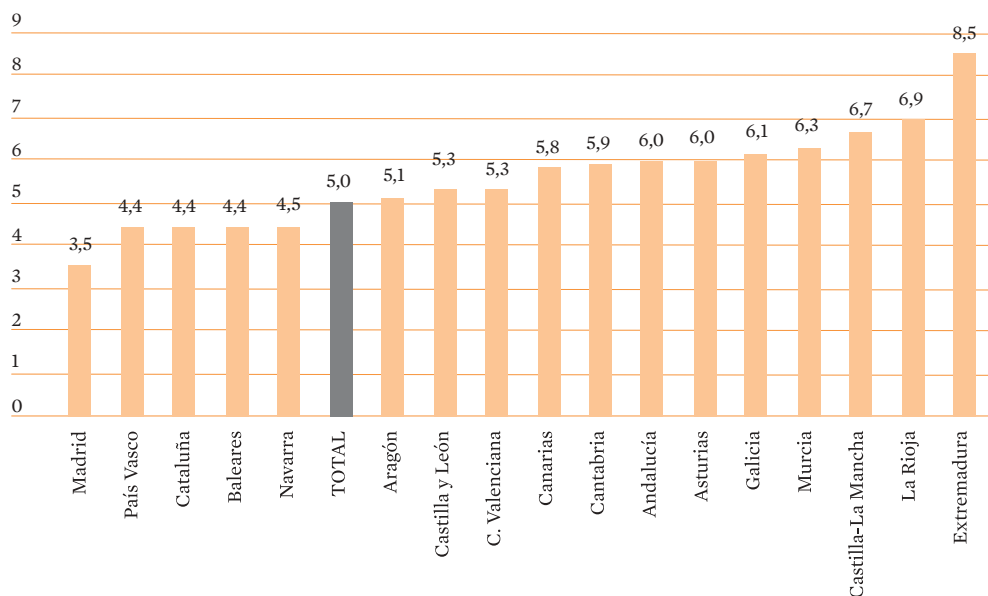
75. Un análisis en profundidad puede encontrarse en J. Ruiz Huerta y O. Granado (2003), *La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica*, Fundación Alternativas, Documento de trabajo núm. 31.

esfuerzo fiscal, diferente priorización presupuestaria respecto a otras políticas, diferentes dotaciones de capital iniciales, ampliación diferencial de las prestaciones cubiertas o distintos perfiles de utilización.

La significación económica del gasto sanitario respecto a la renta regional presenta una importante variabilidad entre comunidades, desde el 3,5 por 100 de Madrid hasta el 8,5 por 100 de Extremadura (gráfico 2). En teoría, cabría esperar pesos relativos mayores en las regiones más prósperas, dado que se confirma empíricamente que el gasto sanitario crece más que proporcionalmente con la renta. Que esto no suceda en el caso español y que, en cambio, algunas de las proporciones más bajas se registren en regiones ricas, como Madrid, País Vasco, Cataluña, Baleares y Navarra, es consecuencia, en buena medida, de los mecanismos de nivelación presupuestaria que incorpora el sistema de financiación autonómica para permitir niveles de servicio equiparables en todas ellas, con independencia de su nivel de renta o su capacidad recaudatoria. Aunque tampoco hay que olvidar, como ya se ha comentado, la influencia que puedan tener otros factores, como necesidades sanitarias diferenciadas, distintos sistemas organizativos o pautas diversas de utilización de los servicios sanitarios privados.

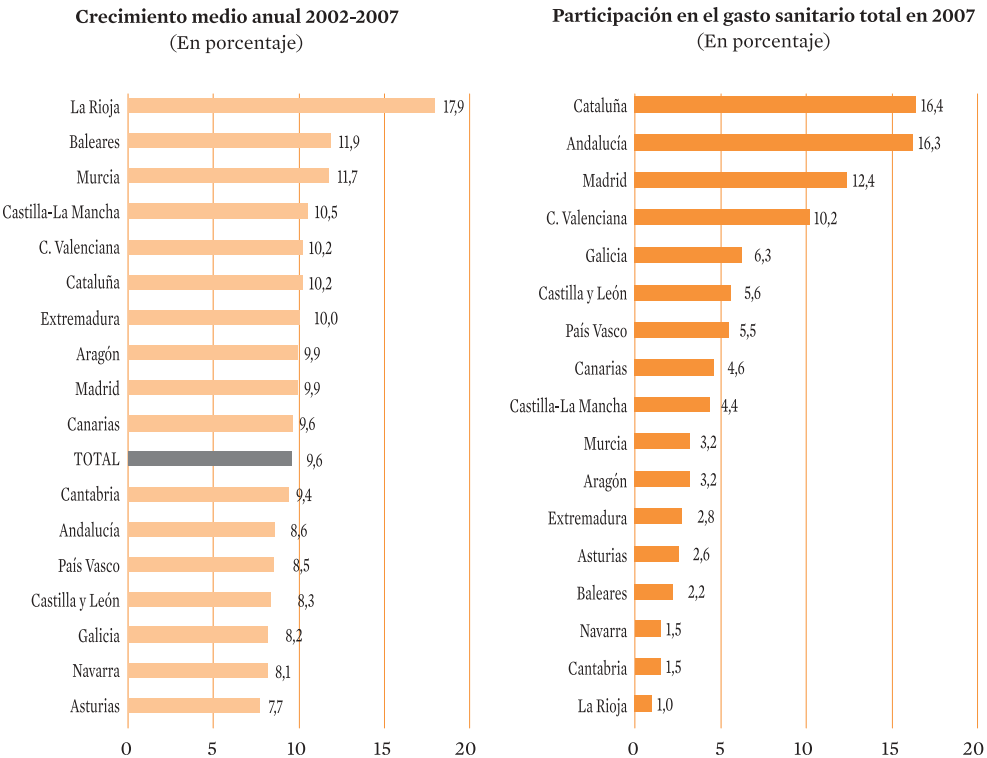
En todas las comunidades autónomas se observa en el periodo 2002-2007 un crecimiento promedio del gasto sanitario superior al 7,6 por 100, la tasa de crecimiento del PIB (gráfico 2). El mismo oscila entre el 7,7 por 100 de Asturias hasta el 17,9 de La

GRÁFICO 2. GASTO SANITARIO EN PORCENTAJE AL PIB REGIONAL EN 2007



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario e INE, Contabilidad Regional.

GRÁFICO 3. GASTO SANITARIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



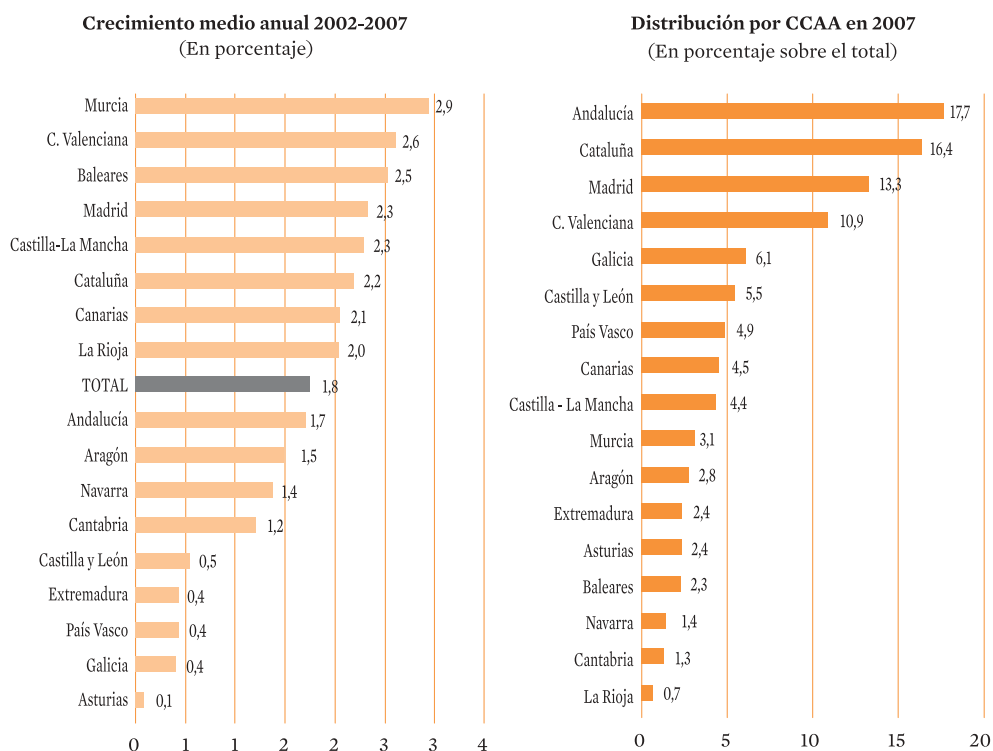
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario.

Rioja. Con todo, teniendo en cuenta que cuatro comunidades, Cataluña, Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana, concentran el 55,3 del gasto (y el 58,3 por 100 de la población protegida), la dinámica observada en estas cuatro comunidades condiciona enormemente la evolución del conjunto. De estas cuatro comunidades, sólo Andalucía presenta tasas de incremento del gasto inferior a la media (gráfico 3).

Las diferencias en las pautas de crecimiento del gasto sanitario por comunidades puede tener que ver, en parte, con dinámicas diferenciadas de la población protegida, tanto en cuanto a su crecimiento como en relación a los cambios en la estructura de edades de la misma. En este sentido, y a diferencia de Andalucía, las comunidades de Valencia, Madrid y Cataluña registraron tasas de aumento de la población protegida en el periodo superiores a la media, que fue del 1,8 por 100 (gráfico 4).

En todo caso, las comunidades que más gasto concentran, al tener un mayor peso relativo en población, son también las que presentan, junto con Baleares, un gasto per cápita más bajo (gráfico 5). El gasto sanitario por persona protegida es diferencialmente alto en La Rioja, seguido a distancia, de Cantabria, Extremadura, País Vasco y

GRÁFICO 4. POBLACIÓN PROTEGIDA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

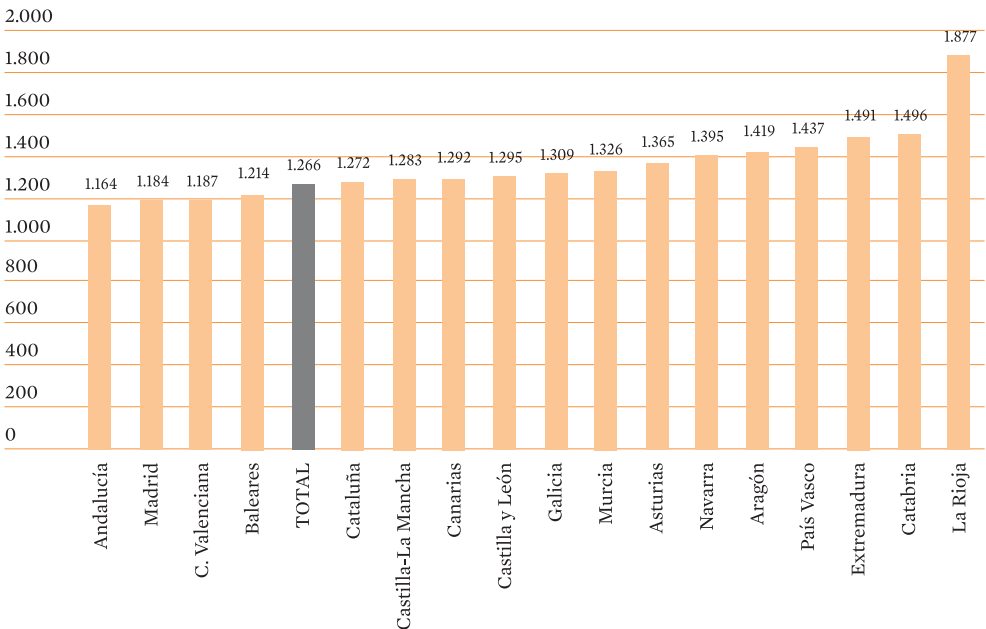


Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario.

Aragón. Hay que decir, no obstante, que según las estimaciones del Grupo de Trabajo de análisis del gasto sanitario, si la población protegida se corrige por la estructura de edades de la misma (población protegida equivalente) la dispersión de este indicador por comunidades se reduce.

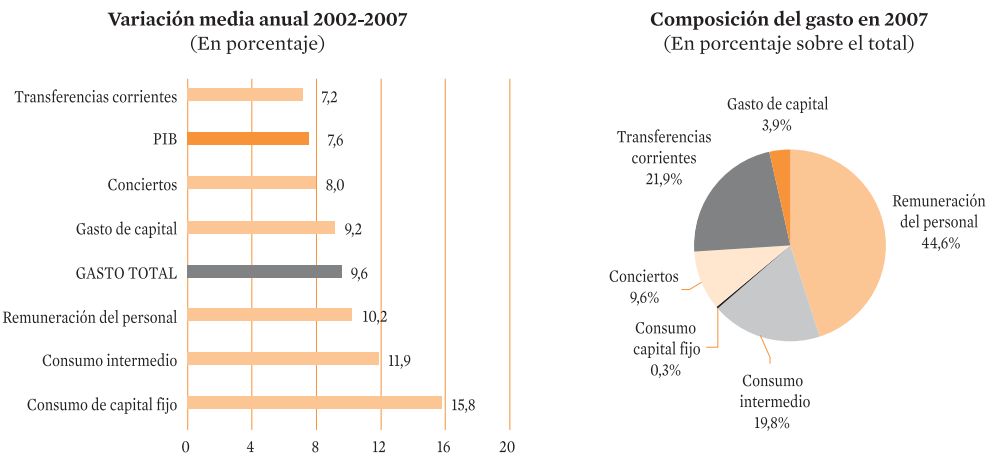
Respecto a la clasificación económica del gasto sanitario de las comunidades, hay que reseñar, en primer lugar, que el 45 por 100 corresponde a gastos de personal, el 22 por 100 a transferencias corrientes y el 20 por 100 a consumos intermedios. Los conciertos, con el 10 por 100 y los gastos de capital, tienen una significación presupuestaria más modesta. A lo largo del periodo de referencia, los gastos de personal y el consumo intermedio, del que un 30 por 100 corresponde a gasto farmacéutico hospitalario, son los componentes que tienen un comportamiento más dinámico, con tasas de crecimiento del 10,2 por 100 y el 11,9 por 100, respectivamente, mientras que las transferencias corrientes, que se corresponden fundamentalmente con el gasto en recetas, experimentan un crecimiento muy moderado, inferior al del PIB, rompiéndose con ello la tendencia de pronunciado crecimiento observada en periodos anteriores (gráfico 6).

GRÁFICO 5. GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EN 2007
(En euros)



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario.

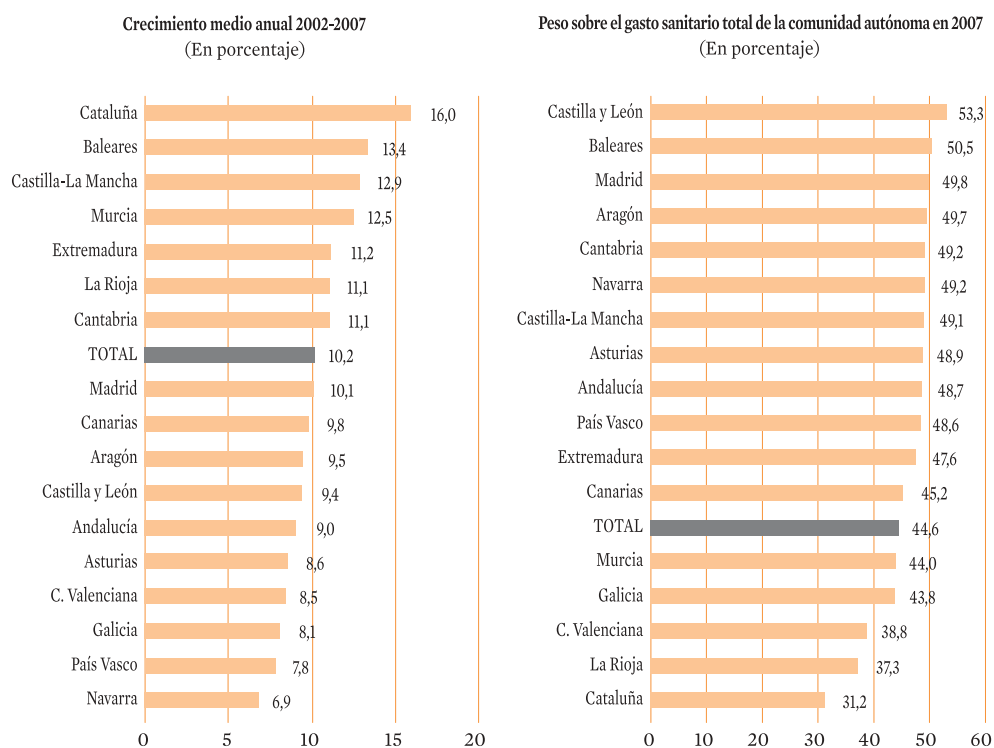
GRÁFICO 6. CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario Público.

La remuneración del personal es el principal componente del gasto sanitario en todas las comunidades, en consonancia con el carácter intensivo en trabajo de la actividad sanitaria, aunque se observan diferencias de peso relativo entre comunidades, representando menos del 40 por 100 en Cataluña, La Rioja y la Comunidad Valenciana, y alcanzando porcentajes superiores al 50 por 100 en Castilla y León y Baleares. En todas las comunidades, salvo en Navarra, se han registrado desde 2002 incrementos anuales medios superiores al del PIB. Desde esa fecha, se registra una tendencia alcista en las retribuciones medias del personal en todas las comunidades, aunque más acusada en las comunidades que recibieron los traspasos con posterioridad, lo que ha permitido reducir las disparidades retributivas entre unas y otras que se observaban al inicio del periodo. Con todo, las medidas de ajuste del gasto aprobadas recientemente, que incluyen la reducción del 5 por 100 de las retribuciones de los empleados públicos⁷⁶, tendrán un impacto notable sobre la evolución de este componente del gasto sanitario. Cabe recordar que el sector sanitario de las comunidades concentra el 36 por 100 del empleo público de las mismas y el 20 por 100 del empleo público del conjunto de las Administraciones públicas.

GRÁFICO 7. GASTOS DE PERSONAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



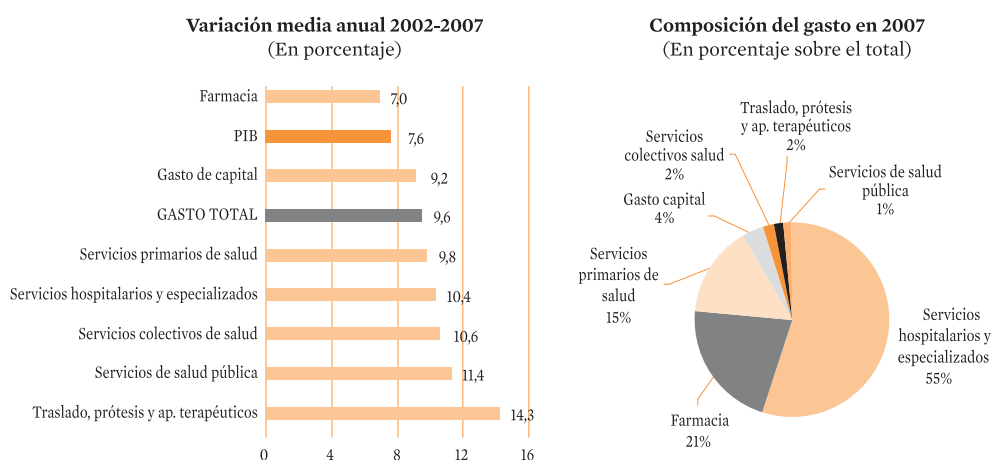
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario Público.

76. Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

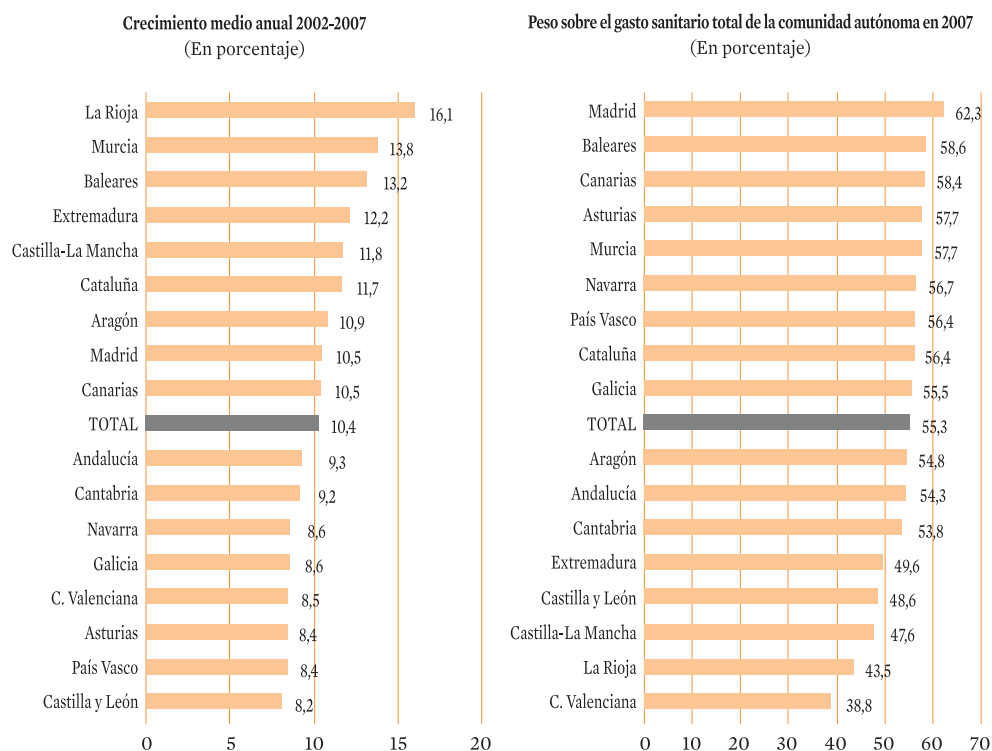
Atendiendo a la clasificación funcional del gasto, se constata que la principal partida sigue siendo, con diferencia, el gasto en servicios hospitalarios y especializados, que concentra el 55 por 100 del gasto sanitario. Le siguen en importancia el gasto en farmacia (recetas), con el 21 por 100, y el gasto en servicios primarios de salud, con tan sólo el 15 por 100. El resto de los conceptos de gasto, a saber, inversión, salud pública, traslados, prótesis y aparatos terapéuticos, administración general e I+D+i, tienen una importancia residual. De los tres componentes principales, sólo el gasto farmacéutico aumentó desde 2002 por debajo de la media (y del PIB), mientras que tanto el gasto en atención especializada como en atención primaria mostraron una tasa media de incremento anual elevada, aunque mayor en el primer caso que en el segundo, lo que implica, contrariamente a lo recomendado desde todas las instancias, una pérdida de peso relativo de la atención primaria respecto a la especializada.

Seguidamente se aportan los datos de gasto en los tres componentes principales del gasto sanitario desagregados por comunidades autónomas. En cuanto al gasto en atención especializada, el peso relativo del mismo respecto al total del gasto varía mucho de unas comunidades a otras, observándose bastante dispersión respecto a la media, desde el 38,8 por 100 en la Comunidad Valenciana, hasta el 62,3 de Madrid. En todas las comunidades autónomas se ha registrado un aumento anual promedio notable desde 2002, en todos los casos superior al del PIB, y en nueve de ellas por encima del 10 por 100.

GRÁFICO 8. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario Público.

GRÁFICO 9. GASTO EN SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

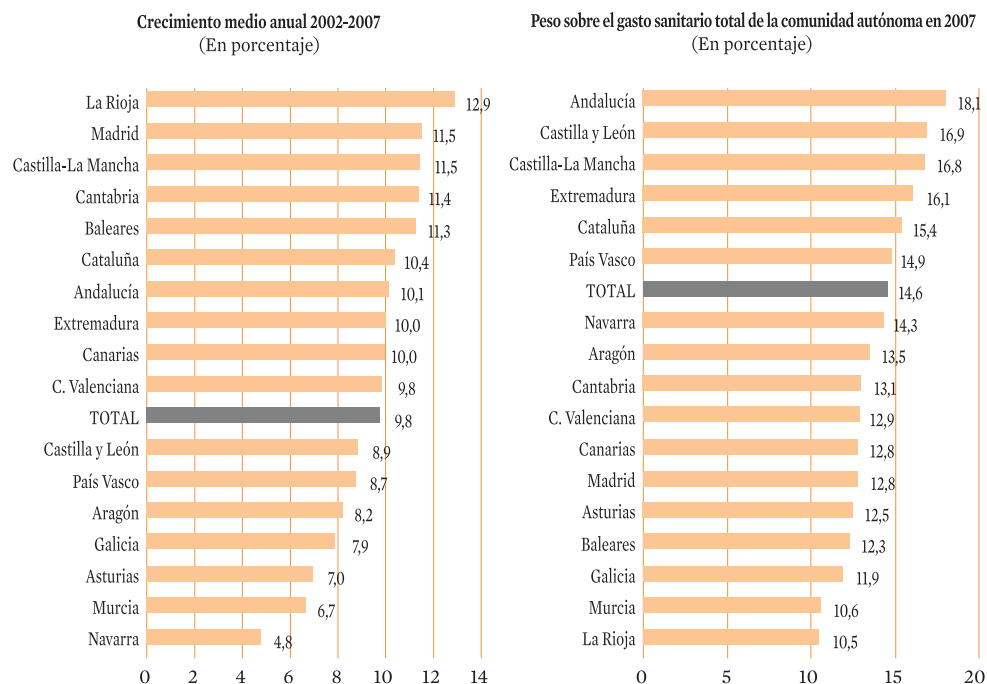
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario Público.

En cuanto al gasto en atención primaria, su peso relativo supera el 15 por 100 en 6 comunidades, entre las que destaca Andalucía, con un 18,1 por 100, mientras que Murcia y La Rioja se sitúan en el otro extremo, con porcentajes que no superan el 11 por 100. En todas las comunidades, excepto en Navarra, Murcia y Asturias, el aumento anual promedio en el quinquenio de referencia ha sido superior al del PIB, y en siete de ellas ha sobrepasado el 10 por 100, entre las que se encuentran las cuatro comunidades con mayor volumen de gasto y población: Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. No obstante, y a pesar de ser potencialmente capaz de resolver la mayor parte de las demandas de atención sanitaria con el consiguiente ahorro de gasto para el sistema, la atención primaria sigue estando infradotada, un desequilibrio que habría que corregir de manera decidida.

Respecto al gasto en farmacia, que recoge el gasto en recetas⁷⁷, en nueve de las diecisiete comunidades el peso sobre el total del gasto sanitario se sitúa por encima de la

77. El gasto en recetas representa aproximadamente el 80 por 100 del gasto farmacéutico. El resto corresponde a gasto farmacéutico hospitalario.

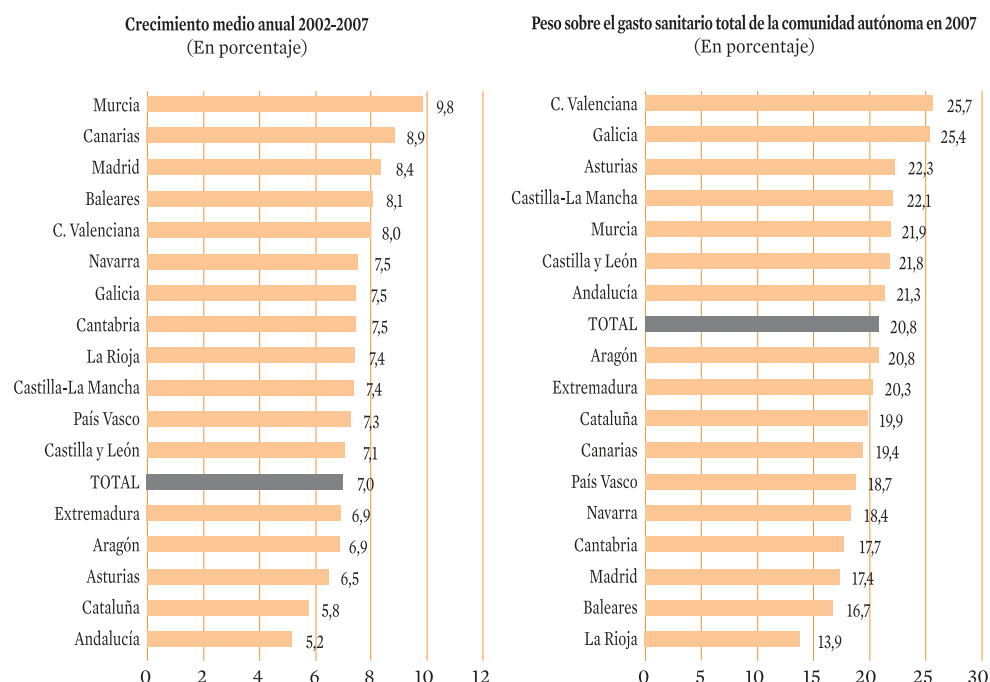
GRÁFICO 10. GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario Público.

media, destacando la Comunidad Valenciana y Galicia, con más del 25 por 100. En el otro extremo se sitúa La Rioja, donde el gasto farmacéutico representa el 14 por 100 del total. Como se ha comentado, desde 2002, se observa un cambio de tendencia en la evolución de esta partida hacia la contención del crecimiento que, en media, aumenta anualmente el 7 por 100, por debajo del PIB y también del gasto sanitario total, con la consiguiente pérdida de peso relativo en el conjunto del gasto sanitario. Especialmente relevante, por el volumen de gasto que gestionan, es la moderación del crecimiento del gasto farmacéutico en Andalucía y Cataluña, con aumentos inferiores al 6 por 100. La moderación del gasto farmacéutico en recetas contrasta con la aceleración del gasto farmacéutico hospitalario.

La moderación del gasto farmacéutico en recetas observada en los últimos años responde sin duda a las medidas de racionalización que se han ido adoptando, y éste ha sido probablemente el ámbito de actuación orientado a reforzar la sostenibilidad del sistema en el que más se han concentrado las iniciativas de ámbito estatal, al constituir además la legislación farmacéutica una de las pocas competencias que conserva el Estado en exclusiva. Las medidas adoptadas hasta el momento se han enfocado fundamentalmente a la rebaja de los precios, a través de la aplicación del sistema de precios de referencia, el impulso a los medicamentos genéricos, y la fijación de

GRÁFICO 11. GASTO EN FARMACIA (RECETAS) POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Estadística de Gasto Sanitario Público.

precios máximos para medicamentos de síntomas menores. Estas estrategias han resultado fructíferas en el objetivo de contener un crecimiento de la factura pública en farmacia que resultaba a todas luces excesivo, si bien no lo han sido tanto en cuanto a la racionalización de la demanda y utilización de medicamentos, cuya dispensación sigue desempeñando un excesivo protagonismo en el sistema sanitario español. En esta misma dirección, el plan de ajuste aprobado en mayo⁷⁸ contempla nuevas medidas de contención del gasto farmacéutico público, instrumentando asimismo la posibilidad de instaurar una central de compras, sobre la base de la adhesión voluntaria de las comunidades autónomas.

2. El debate sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

La cuestión de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos entraña en realidad un dilema de preferencias colectivas acerca de la asignación de los recursos económicos y, en particular, de la asignación que merece la sanidad pública. Las vías para

78. Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

garantizar la financiación de un sistema sanitario público de calidad, de cobertura universal y gratuito, son básicamente tres: aumentar la eficiencia y la eficacia del sistema de provisión sanitaria, priorizar el gasto sanitario respecto a otras políticas públicas y/o aumentar los ingresos impositivos con esa finalidad. Como ya se puso de manifiesto al comienzo de este informe, la opinión ciudadana acerca de la importancia relativa de los servicios sanitarios es bastante clara. Según el último informe sobre las *Opiniones y actitudes fiscales de los españoles*⁷⁹, en relación con el resto de servicios públicos, la sanidad se percibe como el que ha mejorado más en los últimos quince años, el más universal y con menores dificultades de acceso, el más útil y necesario (junto con las pensiones), y el mejor gestionado. Asimismo, se considera que es el servicio que mejor se corresponde con la cuantía de los impuestos que se pagan y el que más justifica el pago de los mismos, con mucha diferencia respecto al resto. Pero también se considera que es el servicio en el que existe mayor margen de mejora y del que se hace peor utilización.

Precisamente, es en el terreno de las políticas para la mejora de la eficiencia y eficacia del sistema, con el fin de lograr ahorros de costes sin menoscabo de la calidad y equidad del servicio, donde existe un consenso más claro, que se ve reforzado, además, por la situación actual de crisis económica y de deterioro de las cuentas públicas. Como ya se ha anticipado a lo largo de este informe, las áreas y actuaciones que implican un mayor ahorro potencial de recursos para el sistema, y sobre las que existe mayor coincidencia entre gestores, profesionales y expertos son: la mejora de los sistemas de compras para influir en el sistema de fijación de precios de los insumos sanitarios, particularmente tecnología y medicamentos, pero también equipamientos y material sanitario; la articulación de medidas para el uso racional de los medicamentos tanto de oferta como de demanda; el desarrollo de sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias para decidir su incorporación al sistema sobre la base de la sólida evidencia científica acerca de su eficacia; el impulso de las políticas de salud preventivas para garantizar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades evitables; el refuerzo de los medios y la capacidad resolutoria de la atención primaria, y su conexión con los servicios sociosanitarios, principalmente los dirigidos a la atención de las personas dependientes; y el desarrollo de sistemas de información potentes (sobre necesidades, recursos, precios, población protegida, actividad, acceso y utilización, evidencia científica, resultados en salud) que permita evaluar el desempeño del sistema sanitario a la luz de los principios de eficacia, eficiencia y equidad⁸⁰.

Por lo que respecta a los recursos, el sistema de financiación de régimen común se basa en tres elementos: la determinación de las necesidades relativas de gasto de las

79. Instituto de Estudios Fiscales. *Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2008*, área de Sociología tributaria.

80. En este sentido se han pronunciado diferentes organismos internacionales y, en España, de manera reiterada, el CISNS.

comunidades, la asignación de un espacio fiscal propio a las comunidades, incluyendo competencias normativas en algunos tributos (corresponsabilidad fiscal), y la articulación de un sistema de transferencias de nivelación (horizontales y verticales) para garantizar la cobertura de las necesidades de gasto de todas ellas, con independencia de su capacidad tributaria, en definitiva, con independencia de su nivel de renta.

Según diversos estudios, la desigualdad regional en términos de utilización, cobertura y acceso a los servicios sanitarios es moderada en España en comparación con otros países⁸¹ y ello tiene que ver con que el sistema de financiación de régimen común incorpora desde su inicio potentes mecanismos de nivelación de los recursos que tienden a garantizar una financiación per cápita similar a todas las comunidades. No obstante, el reparto de la financiación se ha venido basando, no tanto en la determinación objetiva de las necesidades relativas de las comunidades, sino sobre la base de criterios históricos, de coste de los servicios transferidos, y también de criterios políticos, lo que ha supuesto un elemento de inestabilidad y fricción permanente. En este sentido, la reciente reforma de 2009⁸² supone un avance notable porque, además de incorporar una ponderación más adecuada y objetiva de las necesidades relativas de las comunidades a partir de las principales variables determinantes del gasto, entre las que se incluye de manera destacada la población protegida equivalente del sistema sanitario⁸³, se articula un mecanismo de actualización anual del reparto de la financiación en función de cómo evolucionen las necesidades relativas y la capacidad fiscal de cada comunidad, lo que mejora sustancialmente las reglas de evolución de los recursos de las comunidades⁸⁴.

Precisamente, es en el terreno de la financiación del sistema descentralizado donde se plantean los mayores retos para garantizar la universalidad del servicio de calidad en todos los territorios y evitar que se produzcan desigualdades regionales significativas. De hecho, las sucesivas reformas del sistema de financiación que han tenido lugar, han ido mejorando y avanzando al respecto. Uno de los principales objetivos de las mismas ha sido corregir la histórica débil corresponsabilidad fiscal, que no favorecía la articulación de políticas de racionalización del gasto o de aumento de

81. Véase B. González y P. Barber (2006): *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España*, Fundación Alternativas, Documento de trabajo núm. 90.

82. Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, que se instrumentó normativamente a través de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el Sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias (que deroga y sustituye a la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regulaba el sistema anterior) y a través de la Ley Orgánica 3/2009, de 18 de diciembre, de Modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las comunidades autónomas.

83. Calculada conforme a la metodología consensuada en el informe del Grupo de Trabajo de análisis de gasto sanitario de 2007, es decir, ajustando la población protegida teniendo en cuenta el impacto diferencial sobre el gasto sanitario de los distintos grupos de edad.

84. Para un análisis detallado de la reforma del sistema de financiación de las comunidades de régimen común de 2009, véase epígrafe I.3.6.3 de la Memoria CES 2009.

ingresos por parte de las comunidades. Estos objetivos se han abordado en el contexto más amplio de las sucesivas modificaciones de los acuerdos de financiación aprobados por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, acompañadas de trasvases de recursos de la Administración general a las comunidades para el saneamiento de los sistemas sanitarios⁸⁵.

En todo caso, como ya se ha comentado, desde 2002, no existe un bloque de financiación diferenciada para sanidad, por lo que el sistema se limita garantizar financiación suficiente a todas las comunidades para que puedan prestar los servicios (sanidad, educación y servicios sociales, fundamentalmente) en condiciones similares, pero no garantiza el destino final de los recursos, que depende enteramente de cada comunidad, lo que exige, a falta de poder de gasto de la Administración general, la articulación de instancias de coordinación eficaces que permitan articular políticas comparadas que refuercen la equidad y la cohesión territorial. A este respecto cabe recordar, como señaló el CES en su día⁸⁶, el limitado papel que desempeña el Fondo de Cohesión Sanitaria puesto que, pese a su denominación y las finalidades que la normativa le atribuye, su dotación, residual, se dedica básicamente a compensar a las comunidades por el coste de atención de los pacientes desplazados. En este sentido, el CISNS⁸⁷ ha expresado en varias ocasiones la necesidad de reforzar la utilidad de este Fondo como herramienta de impulso de políticas comunes de cohesión en el SNS, cuestión que no ha sido abordada en la última reforma del sistema de financiación autonómica.

En este contexto, la descentralización de las competencias sanitarias plantea retos diferenciales respecto a otros sistemas en la línea de reforzar la eficiencia del mismo garantizando a un tiempo la calidad, la universalidad, la equidad y la cohesión territorial.

Entre las ventajas del sistema descentralizado de provisión sanitaria, destacan los mayores incentivos a la innovación organizativa y de gestión, así como la posibilidad de desarrollar enfoques más orientados al paciente y a las necesidades sanitarias locales, y de diversificar las prestaciones en función de las preferencias locales. Por otra parte, el sistema de financiación sanitaria no finalista, sino integrado en los presupuestos autonómicos, y basado en la autonomía tributaria creciente de las comunidades, permite a las mismas realizar trasvases de recursos intersectoriales (entre las distintas políticas) y articular políticas tributarias para aumentar los recursos.

85. Los dos últimos se produjeron con ocasión de la II Conferencia de Presidentes de 2005, dedicada con carácter monográfico al sistema sanitario (que concluyó con más de 3.000 millones de euros) y con motivo de la reforma del sistema de financiación autonómica de 2009 (más de 11.000 millones de euros).

86. Dictamen CES 1/2002, sobre el Proyecto de Real Decreto para la regulación de la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las Medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía.

87. Véanse en esta línea los acuerdos del CISNS de 11 de septiembre de 2008 y de 18 de marzo de 2010.

Sin embargo, la gestión de este modelo descentralizado plantea importantes retos al sistema, tanto desde el punto de vista de la eficiencia como de la equidad. En el terreno de la eficiencia, la descentralización puede suponer una pérdida de economías de escala en ámbitos muy relevantes desde el punto de vista del control del gasto. Por un lado, la autosuficiencia sanitaria de las comunidades en términos de prestaciones y de dotaciones de capital, con independencia de su tamaño, si bien refuerza la identidad política de los territorios, puede no tener sentido económico desde el punto de vista del sistema en su conjunto. En particular, la alta especialización requiere, para ser eficiente, de un grupo de riesgo de tamaño suficiente. Por otro lado, la descentralización de la gestión de compras, de tecnología, de medicamentos y de equipamientos en general, limita considerablemente el poder de los gestores sanitarios para negociar los precios de compra de los mismos, cuya evolución ha sido uno de los principales determinantes del aumento del gasto. Asimismo, la falta de coordinación en la descentralización de la política de recursos humanos, de la negociación colectiva y, en general, la fragmentación del mercado laboral de profesionales sanitarios, plantea ineficiencias al sistema y tensiones económicas. Además, la escala también es importante para garantizar la eficacia y eficiencia de algunas políticas sanitarias, como las campañas de salud pública y la educación sanitaria, o las políticas de investigación e innovación sanitaria que requieren de una masa crítica de tamaño suficiente.

Desde el punto de vista de la equidad y la cohesión, hay que evitar que la articulación de políticas sanitarias diferenciales impliquen o lleguen a implicar un grado de cobertura y acceso diferente en función del territorio, porque se reconozcan prestaciones diferenciales, porque se aplique de manera diferencial el principio del beneficio (copagos) o porque se dificulte la garantía de portabilidad del derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio. En este terreno, resulta necesario definir más claramente una cartera común de servicios básicos y articular la plena validez de la tarjeta sanitaria a efectos asistenciales en todo el territorio del Estado.

Por último, insistir en que la descentralización ha conllevado una importante pérdida de información y control sobre el sistema, porque en paralelo a la cesión de autonomía a las comunidades no se han articulado mecanismos institucionales potentes y compartidos de información, coordinación, cohesión, evaluación y control de las políticas sanitarias, que resultan muy necesarios para aumentar la eficacia, la eficiencia y la cohesión territorial del sistema y, en última instancia, para mejorar la protección y el bienestar social de la población.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES

La salud de las personas y la calidad de los sistemas sanitarios son indicativos esenciales del nivel de bienestar y protección social alcanzado por la sociedad. El acceso a una asistencia sanitaria de calidad, basada en los principios de universalidad, equidad y solidaridad contribuye a reforzar la cohesión social de un país. Al mismo tiempo, a raíz de las transferencias sanitarias el propio desarrollo autonómico se ha visto reforzado con la gestión de los servicios y prestaciones sanitarias de la Seguridad Social por parte de los servicios de salud autonómicos, integrados en el SNS. Unido a lo anterior, el papel estratégico del sistema sanitario como vector de competitividad y crecimiento sostenible en una economía enfocada al conocimiento refuerza el interés de la reflexión sobre las mejoras que se pueden abordar en el mismo a través de la coordinación y la cooperación.

1. Marco general. Sistema sanitario, cohesión social y descentralización

Desde hace tiempo, los retos comunes a los que se enfrentan el sistema sanitario y los servicios de salud se encuentran suficientemente identificados: el incremento de la demanda de servicios derivados del envejecimiento de la población, el aumento del volumen de población cubierta durante los últimos años de fuerte crecimiento demográfico y las mayores expectativas de atención y servicios de una población con mayor nivel de formación. Responder adecuadamente a esta demanda, manteniendo y mejorando el nivel de calidad, así como la continua innovación terapéutica y tecnológica de las prestaciones que ofrece el sistema en su cartera de servicios es uno de los principales desafíos de los sistemas de protección social europeos, incluido el español, en los que la asistencia sanitaria pública absorbe una importante proporción del gasto social, representando en España el 6,1 por 100 del PIB.

Junto a la relevante contribución del sistema sanitario a la cohesión social —en especial por el intenso efecto redistributivo de una prestación de carácter prácticamente universal—, no cabe soslayar su conexión con la competitividad en el sector. Existe suficiente evidencia empírica para sustentar la aportación del sector sanitario a la competitividad de un país.

*Importancia estratégica
del sector sanitario*

Como en todos los países desarrollados, el sector de la salud representa una pieza esencial de la economía productiva, generando riqueza y empleos cualificados. Se

trata de actividades basadas en el conocimiento y la tecnología, fuertemente vinculadas a mercados estratégicos altamente innovadores. El grueso de las actividades sanitarias se despliega en un entorno peculiar, en el que las cuestiones relacionadas con la competencia y la unidad de mercado pueden tener importantes repercusiones.

En España, la percepción del sistema sanitario como un componente básico del Estado de bienestar está fuertemente arraigada entre los ciudadanos, que le otorgan un elevado protagonismo entre las distintas áreas de la acción pública. La valoración del sistema sanitario es, en general, positiva, aunque las personas encuestadas son cada vez más conscientes de la necesidad de abordar cambios, mientras la necesidad de mejorar la cooperación entre los servicios de salud autonómicos se ha ido haciendo cada vez más perceptible.

*Un sistema bien
valorado, necesitado
de mejoras*

La descentralización sanitaria ha permitido desarrollar distintas estrategias en salud y gestión sanitaria que a menudo se vinculan a la persistencia de diferencias interterritoriales respecto a las distintas variables relevantes, tanto las relacionadas con la oferta de servicios sanitarios como con indicadores de salud. La explicación de la variabilidad de resultados en salud y acceso a los servicios reviste una gran complejidad: no cabe interpretar cualquier diferencia como desigualdad o como falta de equidad y existen tantas o más diferencias intrarregionales como interregionales. En la aparición de las principales causas de enfermedad y mortalidad de los países desarrollados emergen como elementos determinantes los factores socioeducativos y culturales que intervienen en la elección de hábitos de vida saludables; la calidad del entorno ambiental o la propia herencia genética. La distinta incidencia territorial de estos factores explica una parte de las diferencias en salud y en utilización de servicios sanitarios. Sin embargo, ello no debe conducir a obviar el papel que pueden desempeñar las políticas sanitarias, puesto que buena parte de las desigualdades en salud, independientemente de su origen, son susceptibles de ser corregidas con políticas sanitarias específicas.

Diversas iniciativas recientes, como la convocatoria de un Pacto de Estado en Sanidad, la creación de sendas Subcomisiones de Estudio en el Congreso de los Diputados y en el Senado, la apertura del diálogo social a estas cuestiones o la más reciente adopción de medidas de control del gasto sanitario, en el marco del CISNS, por una parte, y del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, por otra, han vuelto a poner de relieve la oportunidad de abordar un debate en profundidad sobre la situación y perspectivas del sistema sanitario, abonada por los importantes cambios que ha vivido el SNS desde su creación y, en especial, desde la culminación de las transferencias.

*Debate abierto
sobre la sanidad*

En efecto, la construcción del sistema sanitario español es resultado de un largo proceso histórico, marcado por el punto de inflexión que supuso la aprobación de la

Constitución española de 1978. En ella se reconocía el derecho a la protección de la salud y la creación del Estado autonómico, estableciendo así los fundamentos de la posterior reforma sanitaria que se llevaría a cabo, fundamentalmente a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

A partir de entonces, la organización del sistema sanitario público en torno al denominado Sistema Nacional de Salud no implicó, sin embargo, la creación de una arquitectura institucional acorde con las necesidades de gobernanza que iba a implicar el nuevo modelo, por lo que cualquier intento de abordar reformas estructurales en el sistema debería partir de subsanar esta carencia. Para superar esta indefinición y falta de integración de las funciones y objetivos del SNS sería útil, sobre la base del consenso, la creación de un instrumento horizontal que preste servicios a los sistemas de salud de las comunidades autónomas para mejorar su eficiencia y calidad, facilitando la coordinación, las economías de escala y costes, la capacidad analítica y de evaluación, así como la colaboración mutua entre servicios de salud de las comunidades autónomas.

Unido a lo anterior, queda aún camino por recorrer en la materialización de los principios sobre los que se asienta el SNS. Deben completarse así la efectiva universalización de las prestaciones, reforzarse los mecanismos de participación social y avanzar en la eficacia de los distintos mecanismos de defensa y representación de los usuarios. Asimismo, hay que recordar la vigencia de la equidad interterritorial como principio general del sistema sanitario, que implica la corrección de las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio, lo que debe constituir finalidad explícita de las políticas de gasto sanitario (artículo 12 LGS).

Sin embargo, la existencia de desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios, sin que sean imputables al hecho de la descentralización, se refleja en los distintos indicadores extraídos de la Encuesta Nacional de Salud. Entre los factores que determinan la calidad de la salud tienen un importante papel los propios servicios sanitarios. Pero el nivel socioeconómico se presenta como uno de los determinantes básicos y

*Descentralización
y equidad*

en relación con éste, los estilos de vida desplegados en función del estatus económico, educativo y social. Por tanto, la atención a la salud a través de los servicios sanitarios es importante, pero también lo es el desarrollo de políticas de salud pública eficaces en el ámbito de la prevención y la educación, así como todas las actuaciones encaminadas a la reducción de las desigualdades sociales y económicas.

La asunción de las competencias de la sanidad por las comunidades autónomas ha sido uno de los aspectos más determinantes de las características del modelo sanitario español, sustentado en la actividad de los servicios de salud autonómicos. Desde diversos ámbitos se han puesto de relieve las ventajas de la descentralización de competencias en materia sanitaria como uno de los aspectos más positivos de la reforma

sanitaria. Se considera su contribución a aumentar el dinamismo, la innovación sanitaria y la mejora de la gestión.

La descentralización de la gestión de los servicios sanitarios se llevó a cabo de manera escalonada en varias fases, transcurriendo más de veinte años entre las primeras transferencias de gestión a las comunidades autónomas entonces denominadas “de vía rápida” y las últimas diez que constituían el antiguo territorio Insalud. No hubo una planificación detallada *ex ante* de cómo ejercería el Estado su función de coordinación o de cuáles serían los instrumentos de coordinación más eficaces para, a la vista de la experiencia internacional comparada, mantener los servicios prestados con el carácter universal y transferible a los ciudadanos de unos y otros territorios.

Necesidad de una mejor coordinación

La circunstancia de que la negociación se llevara a cabo por separado con cada una de las comunidades autónomas y sin una fijación previa de objetivos sanitarios (de carácter asistencial, de mejora de la atención y la gestión, de inversión y participación social) determinó un predominio del enfoque económico en las transferencias y la falta de articulación de un modelo de coordinación y cooperación eficaz desde la perspectiva del conjunto del sistema.

En cualquier caso, una vez plenamente consolidada la descentralización procede explorar las áreas susceptibles de mejora de la organización y gestión, a través de un avance de los mecanismos de cooperación y coordinación, para hacer efectivas las ventajas de la descentralización y aprovechar las economías de escala del sistema. La coordinación general de la sanidad sigue siendo uno de los principales cometidos que corresponden a la Administración general del Estado en materia sanitaria, junto al ejercicio de la Alta Inspección, las bases de la legislación farmacéutica, las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, así como la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

Entre los instrumentos de coordinación contemplados por la Ley General de Sanidad, cabe recordar que no se ha conseguido desarrollar el Plan Integrado de Salud del SNS, a partir de los planes de salud de las comunidades autónomas y de los diferentes planes de salud estatales, cuya elaboración contribuiría a marcar los objetivos en salud y orientar las actuaciones del conjunto del sistema en torno a los mismos.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS, se propuso el establecimiento del marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS. Además, define seis ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas (prestaciones del sistema, farmacia, profesionales, investigación, sistema de información y calidad).

La puesta en marcha de algunos instrumentos creados por la Ley de Cohesión y calidad del SNS ha permitido avances especialmente en el plano de la información sobre el sistema, un requisito previo insoslayable para abordar las necesarias reformas,

aunque todavía existen numerosos ámbitos susceptibles de mejora en este campo, en especial respecto a la información territorializada.

Hasta el momento, no han sido satisfactorios los resultados del ejercicio de la función de coordinación que corresponde en exclusiva al Ministerio de Sanidad y que debería fortalecerse, dotándose de herramientas eficaces para tal cometido, lo que requiere una reactivación de la Alta Inspección en el ejercicio de los cometidos que le corresponden legalmente y una revisión en profundidad del papel del Consejo Interterritorial del SNS, como principal órgano de coordinación del sistema. Cabe recordar que la cartera de servicios del SNS; el establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las básicas por parte de las comunidades autónomas, los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones o los sistemas y medios que permitan la información recíproca en el SNS son algunas de las cuestiones con repercusiones en la equidad en el acceso a las prestaciones del sistema sobre las que el CISNS debe debatir y pronunciarse. La dificultad de alcanzar acuerdos sobre la base de la unanimidad en el Consejo deriva en la lentitud y, en ocasiones, escasa concreción de las medidas que se acuerdan en el mismo.

Además, la necesidad de una mejor gobernanza del SNS se ve reforzada por el avance de algunas tendencias. Entre ellas, destacan la cada vez mayor importancia que se quiere otorgar en los sistemas sanitarios a la prevención y la salud pública; el objetivo de calidad y la medicina basada en la evidencia científica; la necesidad de un marco regulador claro que facilite la actividad del entramado empresarial de base científica y tecnológica vinculado a las ciencias de la salud y la provisión de servicios sanitarios; la necesidad de garantizar la movilidad de pacientes y profesionales dentro del SNS o la diversificación de formas de gestión.

2. Situación en los distintos ámbitos

2.1. LA CARTERA DE SERVICIOS

El acceso en condiciones de igualdad a la cartera de servicios del SNS independientemente del lugar de residencia es un determinante de la equidad del sistema. El problema radica, en la práctica, en la generalidad o inconcreción con la que se ha definido el contenido de dicha cartera en sus normas reguladoras, tanto en la primera cartera de servicios aprobada en 1995 como en su más reciente actualización llevada a cabo en 2006, así como en la opacidad, relacionada con la falta de información sistematizada sobre el conjunto de servicios complementarios que brindan las comunidades autónomas y su efectiva financiación con cargo a fondos propios.

La ausencia de unas normas básicas claras fijadas desde el primer momento en materia de aprobación y financiación de las prestaciones, unido a su elevado valor político, ha propiciado la emulación entre servicios de salud autonómicos a la hora de

conformar su oferta. En consecuencia, no siempre han sido los criterios de necesidad o utilidad terapéutica los que han primado en la introducción de algunos tratamientos que, con posterioridad, han sido asumidos por otras comunidades autónomas.

La equidad en el acceso a las prestaciones no debe interpretarse como uniformidad total, ni como identidad de las carteras de servicios. El alcance de las condiciones básicas de la igualdad interterritorial en el ámbito de las prestaciones sanitarias ha sido precisado por el Tribunal constitucional en reiteradas ocasiones, en el sentido de que la obligación de uniformidad y homogeneidad en la regulación de las bases de la sanidad (artículo 149.1.16 CE) en todo el territorio español se refiere únicamente a la obligación del Estado de garantizar un mínimo común denominador o un nivel mínimo de prestaciones suficiente, compatible tanto con la efectividad del derecho a la salud como con el desarrollo de prestaciones diferenciales por las comunidades autónomas, en coherencia con la opción constitucional por un Estado descentralizado políticamente.

La mayor parte de las prestaciones siguen estando definidas de manera que admiten un margen muy amplio de elección a los servicios de salud autonómicos en la manera de brindar efectivamente el servicio. Como consecuencia, se están constatando importantes variaciones en la práctica médica en lo que se refiere a diferencias en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como del uso de las nuevas tecnologías, tanto entre comunidades autónomas como entre distintas áreas de salud de una misma comunidad. Para prevenir las desigualdades que puedan derivar de esta situación, parece necesario avanzar hacia una mayor protocolización de la atención sanitaria a través de guías clínicas comunes a todo el SNS, apoyadas en la evidencia científica y el intercambio de prácticas que hayan demostrado eficacia y efectividad.

La importancia del servicio de atención primaria, que fue objeto de una amplia reforma, dando como resultado una incuestionable mejora del modelo en los años ochenta, ha llevado a diseñar nuevas vías de intervención orientadas a operar nuevos cambios para mejorar el funcionamiento del sistema. Así, en el Documento aprobado por el CISNS en 2006 sobre la *Atención primaria en el siglo XXI: estrategias de mejora*, con el objeto alcanzar una atención primaria de calidad, orientada al ciudadano, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial con una organización descentralizada, participada y eficiente, se centró en dos ejes fundamentales: el ciudadano y el profesional. Si hasta ahora la aplicación de la estrategia, que depende fundamentalmente de la voluntad de las Administraciones autonómicas, ha sido bastante limitada, es de esperar que en adelante comience a dar frutos y que éstos se reflejen en una mejora de los indicadores.

El cumplimiento de la cartera de servicios mínima es variable en los distintos servicios de salud autonómicos y al mismo tiempo se ofrecen otros servicios complementarios no obligatorios que se han incluido más recientemente. Así, en los servicios

Atención primaria

de atención general es manifiesto el escaso desarrollo de algunos aspectos como la atención social, la consulta telefónica o el acompañamiento en ambulancia al paciente grave, que se encuentran implantados en menos de la mitad del territorio. Por otro lado, contenidos más relacionados con la salud pública, área que en todo caso debe ser reforzada, como la prevención de accidentes comunitarios, la relacionada con los accidentes de tráfico, la promoción de la salud dirigida a minorías étnicas, la educación para la salud en otros grupos o la educación para la salud a grupos de cuidadores, se ofrecen en algunas comunidades pero no en la mayoría. La atención específica a las mujeres presenta también algunas disparidades llamativas (por ejemplo, vacunación frente al virus del papiloma humano o diferente implantación del abordaje de la violencia doméstica).

En cuanto a los recursos, perviven importantes diferencias de dotación y frecuentación de los servicios por población cubierta. El acceso a pruebas diagnósticas por parte de los médicos de atención primaria, una de las medidas recogidas en el citado documento del CISNS sobre estrategias de mejora de la atención primaria (AP21), encaminada a mejorar la efectividad y la resolución en este ámbito asistencial, también muestra rasgos desiguales.

En general, tras el proceso de creación de los Equipos de Atención Primaria se ha observado un estancamiento en su desarrollo en relación a la mejora de los servicios médicos (flexibilidad y autonomía local de gestión), la falta desarrollo de la enfermería comunitaria como un servicio eficaz de cuidados de enfermería a domicilio y en el centro de salud, la necesaria coordinación con la atención especializada, el impulso a la gestión clínica en atención primaria, los tiempos de dedicación a las diversas necesidades además de a las propias consultas, la eliminación de tareas burocráticas, el interés de la receta electrónica multiprescripción y la necesidad de recursos adicionales para aumentar la capacidad de resolución y eficiencia de la atención primaria, lo que contribuiría a aliviar la presión sobre otros niveles de atención y a racionalizar el gasto.

En el nivel de atención especializada la ampliación del catálogo de prestaciones por parte de las comunidades autónomas determina diferencias apreciables entre unas y otras. También en este caso la antigüedad en el ejercicio de la competencia sanitaria supone una ventaja en el desarrollo de la cartera complementaria, de modo que en conjunto, y en consonancia con la antigüedad en el uso del título competencial en materia sanitaria, las comunidades de Cataluña, Navarra, País Vasco, Andalucía, y Valencia han incorporado más prestaciones extraordinarias al catálogo básico que el resto, mientras que algunas no han ampliado su cartera con nuevas prestaciones.

Entre los indicadores de dotación de recursos materiales en este nivel asistencial, suele destacarse el menor número de camas por habitantes que se registra en España en comparación con otros países, con algunas diferencias interregionales.

Atención especializada

No obstante, convendría profundizar en las causas de esta situación que podría responder no sólo a infradotación en algunos casos, sino a la propia modernización del sistema, que va asumiendo el cambio en los procedimientos médicos hacia técnicas cada vez menos agresivas que requieren menos hospitalización o estancias más cortas, entre otras tendencias.

Uno de los aspectos más significativos de la calidad de la asistencia sanitaria es el tiempo que se ha de esperar para acceder a la atención especializada, ya sea para consultas/diagnósticos o para la recepción de tratamientos/cirugía. Si bien es cierto que las listas de espera sanitaria son un elemento común a la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados y que su presencia no es necesariamente un indicador de ineficiencia, la situación en España ha llegado a convertirse uno de los mayores problemas del SNS, siendo responsable del empeoramiento de la percepción y la valoración de los ciudadanos.

A falta de información registral homogeneizada desagregada por servicios de salud autonómicos, según el Barómetro sanitario de 2009, la mitad de los ciudadanos a los que se remitió a la consulta del especialista tuvo que aguardar entre uno y tres meses para ser atendido; 7,6 por 100 entre 4 y 5 meses y el 7 por 100 seis meses o más. Los datos muestran además una notable variabilidad geográfica.

La salud mental es un ámbito de intervención que afecta a todos los niveles de atención en el que los problemas de coordinación interniveles han repercutido de manera especialmente negativa. En esta área, las intervenciones son de carácter regional, cuando no local, y presentan una gran disparidad de enfoques e intensidad, lo que permite hablar de una diversidad de modelos

Salud mental

de atención a la salud mental que, de momento, no ha conseguido superarse tras la aprobación del Plan estatal de atención a la salud mental aprobado en diciembre de 2006. La necesidad de la efectiva implantación de este Plan sigue siendo patente, puesto que persisten diferencias en la oferta, utilización y acceso a la atención sanitaria en salud mental, así como en la interacción con los servicios sociales. En general, se requiere una intensificación de las políticas de atención sociosanitaria relacionadas con la atención a la salud mental, cuyo peso asistencial recae excesivamente en las familias cuidadoras, que asumen gran parte del gasto del tratamiento y el cuidado informal en los hogares, con una dedicación casi exclusiva a los enfermos y soportando las cargas económicas que esto conlleva, sin que hasta ahora el desarrollo del sistema de atención a la dependencia haya satisfecho las expectativas en este ámbito. Los temas que más diferencias generan entre comunidades autónomas son, entre otros, el desarrollo de recursos alternativos al hospital psiquiátrico, la homologación e incentiva- ción de los profesionales de la salud mental y la descentralización y articulación de los recursos para la atención a la salud mental en el ámbito del área sanitaria.

No cabría esperar grandes diferencias interterritoriales en el caso de una prestación claramente identificable, cuya legislación y régimen económico son competencia

exclusiva del Estado y cuyas condiciones de financiación se encuentran nítidamente establecidas, según se trate de activos, pensionistas o enfermos crónicos. Sin embargo, tanto la prestación farmacéutica, como los instrumentos de la política de uso racional del medicamento han sido ámbitos en los que tradicionalmente se han observado notorias diferencias de aplicación en las comunidades autónomas. En los últimos años se han llevado a cabo numerosas iniciativas en el ámbito de la política de uso racional del medicamento dirigidas a la prescripción farmacéutica a través de oficinas de farmacia, mientras que se detecta una carencia tanto de datos homogéneos como de actuaciones dirigidas a la gestión de la farmacia hospitalaria.

En la implantación del sistema de precios de referencia, medida a través del consumo de medicamentos sujetos al sistema de precios de referencia no parecen observarse diferencias significativas entre las comunidades autónomas. Asimismo, prácticamente todas las comunidades autónomas realizan ya actuaciones de formación a sus prescriptores para fomentar el uso eficiente del medicamento por parte de los profesionales sanitarios. Sí se detectan importantes diferencias en la implantación de la receta electrónica, ligada al desarrollo de la historia clínica del paciente, actuaciones en las que no debería perderse de vista el objetivo de interoperatividad de los distintos modelos de receta electrónica, algo que de momento no está garantizado. También coexisten en el SNS distintas modalidades de prescripción por principio activo. Por su parte, los diferentes requisitos para la autorización de apertura de nuevas oficinas de farmacia, una materia estrechamente vinculada tanto con el derecho a la atención farmacéutica como con la competencia entre establecimientos mercantiles, han sido objeto tradicionalmente de una gran litigiosidad entre el Estado y las comunidades autónomas.

Queda un amplio camino por recorrer, no obstante, para racionalizar la prescripción y el consumo de medicamentos con arreglo a criterios de eficacia terapéutica y eficiencia en el gasto, sobre la base de la evaluación de distintas experiencias llevadas a cabo en los servicios de salud. En particular, se echa en falta un mayor impulso a la extensión de medidas de uso racional del medicamento dirigidas a los usuarios, considerando sus distintos perfiles de consumo por edades, patologías, cronicidad, pensionistas, etc; la consideración de la farmacia hospitalaria en ese mismo contexto y el análisis de las causas que subyacen al excesivo consumo.

2.2. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Pese a toda la innovación y el desarrollo tecnológico que caracteriza cada vez más a las ciencias de la salud, la importancia del factor humano en la asistencia sanitaria sigue siendo incuestionable y tiene su reflejo, en términos cuantitativos, en el importante volumen (45 por 100) que representa su remuneración dentro del total del gasto sanitario.

Es evidente la importancia de la existencia de una política de recursos humanos que aborde desde la lógica de conjunto la planificación estratégica de todos los aspectos relacionados con los profesionales de la sanidad que requieren un planteamiento común en todo el SNS. Sin embargo, ésta ha venido siendo una de las principales debilidades del sistema, en primera instancia, en lo que se refiere a la oferta y demanda de especialistas y a las dificultades específicas que en este ámbito atraviesa la atención primaria.

Llama la atención, en primer lugar, que no exista hasta el momento una herramienta estadística única y homogénea que facilite una visión completa del volumen y las características del personal sanitario y no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias públicas, lo que obliga a acudir a diversas fuentes con distinta metodología para aproximarse a esta realidad. Por tanto, una de las primeras necesidades que emerge habitualmente, reconocida y planteada como objetivo desde el Ministerio de Sanidad y Política Social, es la creación de un sistema registral unificado y continuo de los profesionales de la salud, con criterios de cómputo homogéneos y que refleje las diferentes situaciones en que aquellos se encuentran a lo largo de su vida laboral.

Cuantificación y déficit de recursos humanos

En cualquier caso, según el informe *Oferta y demanda de especialistas médicos en España, 2008-2025* encargado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en el SNS se viene constatando en los últimos años que, como en otros países del entorno existe un claro desequilibrio entre la oferta y la demanda de profesionales médicos.

Entre las explicaciones del déficit de médicos se apunta a la organización de la asistencia y la escasez de personal de enfermería, circunstancia esta última que justificaría la realización de un estudio sobre necesidades de personal con esta cualificación, análogo al que se ha realizado en el caso de los médicos especialistas. También parece claro que existe un problema de distribución territorial y por especialidades. Unido a lo anterior, cabe recordar la subsistencia de un colectivo de médicos especialistas sin titulación oficial, (“MESTOS”), a los que recurren habitualmente los servicios regionales de salud para cubrir temporalmente puestos vacantes, cuya problemática específica continúa sin resolverse.

La evolución de las características del modelo retributivo y la carrera profesional del personal al servicio de las instituciones sanitarias del SNS ha estado marcada por la tardanza y la dificultad del consenso en la aprobación de las correspondientes normas y criterios homogéneos aplicables a todo el sistema, lo que ha propiciado que la normativa autonómica se haya adelantado en la regulación de estos aspectos. Tras la aprobación del Estatuto Marco en 2003, cuando en 2006 la Comisión de Recursos Humanos del SNS alcanzó por fin el Acuerdo en torno a los criterios homogéneos que deberían regir dicha carrera profesional ya existían quince normas que regulaban distintos modelos autonómicos de carrera profesional. Es evidente la dificultad de intentar

Modelo retributivo y carrera profesional

coordinar *ex post* la gran diversidad de prácticas en materia de gestión de recursos humanos, por lo que todavía la realidad de la carrera profesional se caracteriza por una gran heterogeneidad con algunos elementos comunes, como el protagonismo de los aspectos retributivos y un predominio quizá excesivo de la antigüedad como elemento determinante de la carrera profesional.

La ausencia de una planificación de conjunto y de coordinación de las políticas de recursos humanos de los servicios autonómicos, con una notable diversidad de foros de negociación, está produciendo problemas de eficiencia y de gestión en el sistema.

Limitaciones a la movilidad

Dentro del SNS, el ejercicio de la movilidad de los profesionales, reconocido por el Estatuto Marco, se encuentra con numerosos obstáculos en la práctica que dificultan el desarrollo profesional y las opciones personales de los trabajadores, así como la cobertura de necesidades por el sistema. No hay un mecanismo que permita visualizar la oferta y la demanda de plazas disponible en el conjunto del SNS. Además, las diferencias en los esquemas de categorías profesionales creados en los distintos servicios de salud, los distintos componentes de los modelos de carrera profesional, la escasa comparabilidad de los sistemas retributivos o de requisitos y méritos adicionales dificultan la movilidad geográfica, que cuando se produce es a través de estrategias individuales de captación y retención ajenas a lo que sería una estrategia coherente de conjunto.

Formación

La formación sanitaria, tanto de grado como de posgrado, que canaliza la entrada al sistema está siendo objeto de profundos cambios en adaptación a los criterios del Espacio Europeo de Educación Superior en el marco del proceso de Bolonia y en aplicación de la Ley 43/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). El principal objetivo sería reforzar la excelencia formativa a través de la obtención y acreditación del aprendizaje en conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional que requiere el ejercicio de las profesiones sanitarias. Uno de los principales instrumentos para lograrlo es el reforzamiento de la vertiente práctica y aplicada de la enseñanza, para lo cual se encuentra en revisión el sistema de acceso a la especialidad.

La formación permanente, entendida como un proceso de progreso y revalidación en el conocimiento y las habilidades de los profesionales de la salud debería ser un componente esencial de la carrera profesional. El proceso de desarrollo y modernización en este campo ha sido desigual entre territorios, planteándose la eficiencia del modelo actual frente a otras alternativas basadas en identificar criterios u objetivos comunes a todo el SNS, complementados con las acciones formativas más orientadas a satisfacer necesidades concretas de cada comunidad.

En la práctica, la preponderancia de otros factores diferentes al mérito, la recapacitación permanente y la evaluación del desempeño en el sistema de carrera profesional pueden disminuir la motivación de los profesionales sanitarios a la hora de acceder a nuevas competencias, lo que en última instancia deja al albur del voluntarismo de cada profesional un aspecto estrechamente vinculado con la calidad del sistema en su conjunto.

2.3. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

La investigación biomédica y la incorporación de técnicas y terapias innovadoras al sistema sanitario son algunos de los elementos que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, suponen una inversión que a largo plazo reduce costes al sistema y genera sinergias positivas en el sistema productivo. Por ello, el apoyo institucional al sistema científico promoviendo la rápida implantación de los avances en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, que se hace visible en la mejora de la atención sanitaria, responde a una demanda social de primer orden.

En los últimos años España ha hecho un notable esfuerzo por mejorar los indicadores generales relativos a la investigación y la innovación

Las comunidades autónomas muestran diferencias considerables. En 2008 el esfuerzo en I+D variaba entre el 0,35 de Baleares y el 2 por 100 de Madrid. Las diferencias de asignación de recursos se han producido desde principios de la década presente y no es arriesgado afirmar que vienen de tiempo atrás. Las distancias no sólo no se han difuminado, sino que han ido creciendo con el paso de los años.

En el ámbito concreto de la salud, la I+D se enfrenta a algunas deficiencias que habría que abordar con carácter prioritario, entre ellas: la escasez de investigadores básicos en los hospitales; el bajo número de profesionales asistenciales que simultanean actividades de investigación; escasez de personal técnico de apoyo y de personas formadas en gestión de la investigación en salud; la reducida velocidad de transferencia del conocimiento generado por la investigación a la práctica clínica; la escasa participación privada y limitada captación de fondos europeos; la insuficiente coordinación entre los proyectos e instrumentos impulsados por administración del Estado y entre éstos y los promovidos desde las comunidades autónomas en el área de la I+D en salud.

2.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN

La información es un elemento clave en la compleja realidad organizativa del SNS, pero desde que se completara el proceso de transferencia de competencias, el análisis del conjunto del sistema ha resultado muy difícil debido a su fragmentación y a la falta de criterios comunes en la producción y divulgación de datos por parte de las administraciones autonómicas. Algunas de las deficiencias en el plano de la información

han ido subsanándose en años recientes, pero aún queda recorrido en esa tarea si se pretende alcanzar la eficiencia, la calidad y la equidad del SNS.

Para que el Sistema de Información Sanitaria logre el alcance previsto, se advierten todavía tareas pendientes en relación con los indicadores. Éstos deberían permitir ser analizados en su conjunto para posibilitar llegar a conclusiones que orienten las políticas sanitarias; conocer la medida en que el SNS responde a las necesidades de salud de la población, el nivel de acceso a las prestaciones y el grado de satisfacción de los ciudadanos; mostrar el resultado de las intervenciones del sistema y señalar lo que funciona y lo que no funciona; conocer el ajuste de los recursos disponibles a los objetivos y por tanto, si la utilización de esos recursos produce los resultado deseados.

Con estos fines, es necesario seguir trabajando consensuadamente en la aplicación de metodologías contrastadas, sistemas de normalización y estándares que aseguren totalmente la comparabilidad, así como disponer de algunos medios materiales adicionales. No obstante, el logro de esos objetivos estará en buena medida determinado por la voluntad política de la autoridad sanitaria del SNS, por la disposición y el compromiso de las Consejerías de Salud para asumir comparaciones desde la transparencia facilitando las acciones de mejora.

Pueden destacarse algunos ejemplos de deficiencia informativa identificados a lo largo de este informe:

- Carencias informativas en lo concerniente a la movilidad de los pacientes. Falta de desarrollo de un sistema de información compartido por todos los servicios de salud que conforman el SNS. La tarjeta sanitaria hasta ahora no ha servido para intercambiar datos entre las comunidades autónomas.
- Falta de información sobre disponibilidad de profesionales del SNS. Necesidad de crear un sistema registral unificado y continuo de profesionales de la salud, con criterios homogéneos de cómputo.
- Falta de datos homogéneos sobre farmacia hospitalaria que limitan las posibilidades de análisis de la prestación farmacéutica, restringiéndola a la prescripción a través de las oficinas de farmacia.
- Opacidad informativa en las actividades del Consejo Interterritorial del SNS.

2.5. INNOVACIÓN ORGANIZATIVA Y FORMAS DE GESTIÓN

La proliferación de iniciativas de innovación organizativa y de gestión en sanidad, presentes en el SNS prácticamente desde sus comienzos, ha seguido una trayectoria creciente que se ha desarrollado paralelamente en el tiempo a la descentralización político territorial de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas.

La diversificación de formas de gestión ha sido objeto permanente de controversias. El debate durante los últimos años ha venido auspiciado en buena parte por la

ausencia de una evaluación sistemática y objetiva, en términos de eficiencia relativa, equidad e igualdad de acceso, del complejo panorama de la gestión sanitaria en el SNS por parte de los organismos encargados de garantizar la calidad y la coordinación del sistema tanto en el nivel estatal como autonómico.

La evaluación de la eficiencia de las distintas formas de gestión sanitaria entronca con la de la propia eficiencia de las administraciones públicas como garantes de servicios públicos esenciales lo que, en ausencia de un esfuerzo sistemático de información y evaluación técnica del conjunto del proceso, ha conducido el debate al terreno de la polarización política.

A efectos de la comparabilidad de las distintas experiencias, e incluso entre fórmulas de gestión de la misma tipología, resulta difícil separar el peso de los distintos factores que inciden en la efectividad aislándolos de las circunstancias del caso y el momento temporal concreto: las experiencias exitosas minoritarias pueden no serlo tanto cuando se extrapolan a poblaciones o procesos clínicos más amplios. Asimismo, uno de los aspectos que empaña la comparación en términos de eficiencia entre nuevas y tradicionales formas de gestión es el de su aplicación en distintos prototipos de centros.

La creatividad y profusión en las formas de gestión empleadas sugiere la necesidad de racionalizar esta actividad de manera que al menos se logre visibilizar el conjunto del mosaico y la aportación de las distintas experiencias en términos de los objetivos de mejor funcionamiento perseguidos.

La transparencia e independencia en los mecanismos de regulación y control deberían presidir la introducción de experiencias de innovación en la prestación de cualquier servicio público de interés general, máxime cuando el objeto último es la salud de las personas, un objetivo superior al de la rentabilidad y el beneficio tanto económico como político.

El problema, radica en la ausencia de un marco de decisión que garantice objetivamente que toda innovación —ya sea en el campo de la gestión o en otro ámbito— que se introduce en el sistema es efectiva y contribuye a su racionalización.

3. Gasto sanitario y financiación del Sistema Nacional de Salud

En España, igual que en los países de nuestro entorno, se registra una tendencia alcista del gasto sanitario, de su importancia relativa respecto a otras políticas y también respecto a la renta nacional, como consecuencia tanto de factores de oferta y como de demanda.

El crecimiento es especialmente acusado en las partidas de personal y consumos intermedios (tecnología, material y farmacia hospitalaria). En cambio, se registra una desaceleración del gasto farmacéutico en recetas que responde a las medidas de racionalización que se han ido adoptando en los últimos años.

La atención hospitalaria y especializada sigue concentrando la mayor parte del gasto y registrando un aumento de su peso relativo en detrimento de la atención primaria, contrariamente a lo recomendado desde todas las instancias.

La evidencia disponible sobre la importancia relativa de los determinantes del aumento del gasto sanitario indica que el cambio en la estructura de edades debido al envejecimiento, con ser importante, tiene una incidencia menor que los factores endógenos, más ligados a la gestión de los servicios, en particular el aumento de los precios relativos de los recursos humanos, la tecnología sanitaria y los medicamentos, el cambio tecnológico incesante y la creciente intensidad de recursos por acto médico.

Las vías para garantizar la financiación de un sistema sanitario público de calidad, de cobertura universal y gratuito consisten en aumentar la eficiencia y la eficacia del sistema de provisión sanitaria, priorizar el gasto sanitario respecto a otras políticas públicas y/o aumentar los ingresos impositivos con esa finalidad.

Las actuaciones que implican un mayor ahorro potencial de recursos para el sistema, sobre las que existe un amplio consenso son:

- La mejora de los sistemas de compras para influir en el sistema de fijación de precios de los insumos sanitarios.
- La articulación y profundización en las medidas para el uso racional de los medicamentos, a las que se ha hecho mención con anterioridad.
- El desarrollo de sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias para decidir su incorporación sobre la base de evidencia científica acerca de su eficacia.
- El impulso de las políticas de salud preventivas para garantizar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades evitables.
- El refuerzo de los medios y la capacidad resolutoria de la atención primaria, y su conexión con los servicios sociosanitarios, particularmente los de atención a la dependencia.
- El desarrollo de sistemas de información potentes que permitan evaluar el desempeño del sistema sanitario a la luz de los principios de eficacia, eficiencia y equidad.

En todas las comunidades autónomas se observan tendencias del gasto similares aunque con algunas diferencias cuya interpretación requiere de estudios microeconómicos para aislar los posibles factores explicativos: necesidades sanitarias diversas, evolución histórica de la oferta, eficiencia relativa en la gestión, diferente esfuerzo fiscal, diferente priorización presupuestaria, diferentes dotaciones de capital iniciales, ampliación diferencial de las prestaciones cubiertas o distintos perfiles de utilización.

La gestión descentralizada que caracteriza al sistema español, donde las comunidades responden del 90 por 100 del gasto sanitario, que representa aproximadamente un 35 por 100 de sus presupuestos, plantea retos diferenciales respecto a otros sistemas en la línea de reforzar la eficiencia del mismo garantizando a un tiempo la calidad, la universalidad, la equidad y la cohesión territorial. Aunque, según diversos estudios, la desigualdad regional en términos de utilización, cobertura y acceso es moderada en España en comparación con otros países, lo que en buena medida es consecuencia de los mecanismos de nivelación presupuestaria que incorpora el sistema de financiación de las comunidades de régimen común. En este ámbito, resulta positivo que la reciente reforma haya incorporado la población protegida equivalente del sistema sanitario entre las variables de reparto de los recursos, y que se haya articulado un mecanismo de actualización anual de la financiación en función de la evolución de las necesidades y la capacidad fiscal relativas de cada comunidad.

Uno de los principales objetivos de la reforma es corregir la histórica débil responsabilidad fiscal, que no favorecía la articulación de políticas de racionalización del gasto o de aumento de ingresos por parte de las comunidades.

En todo caso, desde 2002 no existe un bloque de financiación diferenciada para sanidad, por lo que el sistema se limita a garantizar financiación suficiente a todas las comunidades para que puedan prestar los servicios (sanidad, educación y servicios sociales, fundamentalmente) en condiciones similares, pero no garantiza el destino final de los recursos, que depende enteramente de cada comunidad, lo que exige la articulación de instancias de coordinación eficaces que permitan desarrollar políticas compartidas que refuercen la equidad y la cohesión territorial en materia sanitaria. A este respecto cabe recordar el limitado papel que desempeña el Fondo de Cohesión Sanitaria, pese a su denominación y las finalidades que la normativa le atribuye.

Entre las ventajas del sistema sanitario descentralizado, destacan los mayores incentivos a la innovación organizativa y de gestión, así como la posibilidad de desarrollar enfoques más orientados al paciente y a las necesidades sanitarias locales, y de diversificar las prestaciones en función de las preferencias locales.

Sin embargo, la gestión del modelo descentralizado plantea importantes retos al sistema, tanto desde el punto de vista de la eficiencia como de la equidad. En el terreno de la eficiencia, la descentralización puede suponer una pérdida de economías de escala en ámbitos muy relevantes desde el punto de vista del control del gasto, como la gestión de compras. En este sentido, y para superar el reto, resulta necesario articular mecanismos institucionales potentes y compartidos de información, coordinación, cohesión, evaluación y control de las políticas sanitarias.

Igualmente, desde el punto de vista de la equidad y la cohesión, es preciso definir más claramente una cartera común de servicios básicos y articular la validez asistencial de la tarjeta sanitaria en todo el territorio del Estado, para evitar que la articulación de

políticas sanitarias diversas impliquen o lleguen a implicar un grado de cobertura y acceso diferente en función del territorio.

En definitiva, la significativa aportación del sistema sanitario, en términos de cohesión social y de dinamización del sistema productivo, merece un esfuerzo de reflexión y consenso sobre cómo abordar los problemas comunes desde una coordinación más eficaz y un reforzamiento de la cooperación entre todas las administraciones y sectores implicados, una necesidad que se hace más patente en el contexto actual de crisis económica y presupuestaria.

INFORME SOBRE DESARROLLO AUTONÓMICO, COMPETITIVIDAD Y COHESIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA SANITARIO

Composición de la Comisión de Trabajo encargada de la elaboración del Informe

Presidentes:	Julián Ariza Rico, Juan Moreno Rodríguez, Juan Pujol Segarra
Consejeros del Grupo Primero:	Julián Ariza Rico Laura Pinyol Vidal Eva Granados Galiano Frederic Monell i Lloró
Suplentes:	José Luis Aramburu Godínez Josu Frade Odriozola Miguel González Zamora
Consejeros del Grupo Segundo:	Ana Esperanza Beltrán Blázquez Rafael Montero Gomis Juan José Nava Cano Juan Pujol Segarra
Consejeros del Grupo Tercero:	Claudio Cabaleiro Villanueva Isabel Ávila Fernández-Monge Juan Moreno Rodríguez Esteban Rodríguez Vera
Suplente:	Isabel Ávila Fernández-Monge

Relación de comparecientes ante la Comisión de Trabajo:

José Martínez Olmos, Secretario General de Sanidad y Secretario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Luis Ángel Oteo Ochoa, Jefe del Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III.

José Jesús Martín Martín, profesor del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada.

José R. Repullo Labrador, profesor y Jefe del Departamento de Planificación y Economía Social de la Escuela Nacional de Sanidad.

Guillem López-Casasnovas, Catedrático de Economía Aplicada y Codirector del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Equipo técnico del Área de Estudios y Análisis:

Nuria Moreno-Manzanaro García (coord.)
Natalia Fernández Durán
Carmen Vizán Rodríguez



CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL
ESPAÑA

