

**Desigualdades territoriales
en el Sistema Nacional de Salud (SNS)
de España**

**Beatriz González López-Valcárcel
y Patricia Barber Pérez**

Documento de trabajo 90/2006



Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y directora del Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria.

Su investigación en Economía de la Salud ha sido principalmente en uso de medicamentos, recursos humanos y mercados laborales, economía del tabaco, nuevas tecnologías y salud.

Trabajó como consultora internacional en México, Brasil, Costa Rica y Mozambique. Es presidenta de la Asociación de Economía de la Salud.

Patricia Barber Pérez

Profesora titular del Departamento de Métodos Cuantitativos de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Desarrolla su faceta investigadora con la aplicación de métodos estadísticos, econométricos y modelos de simulación en el ámbito de la Economía de la Salud, en el campo de la financiación, gestión y planificación de recursos humanos.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez

ISBN: 84-96653-04-8

Depósito Legal: M-20906-2006

Contenido

| | |
|--|-----------|
| Resumen ejecutivo | 5 |
| Introducción | 7 |
| 1. Las políticas de gestión de la desigualdad territorial en países descentralizados. Aprendiendo en cabeza ajena | 10 |
| 2. Ventajas e inconvenientes de la descentralización-centralización | 15 |
| 2.1 Las ventajas de centralizar | 15 |
| 2.2 Ventajas de la descentralización | 18 |
| 2.3 Nota importante sobre el concepto de equidad y el tamaño de la ventana por la que miramos | 19 |
| 3. ¿La geografía como destino? Breve evaluación de la situación en España | 20 |
| 3.1 Catálogos de prestaciones y contenidos de las pólizas de aseguramiento público | 20 |
| 3.2 Las desigualdades en el gasto sanitario y la financiación territorial de la Sanidad | 24 |
| 3.3 Desigualdades de utilización | 27 |
| 3.4 Desigualdades de acceso | 30 |
| 3.5 Desigualdades en salud | 36 |
| 3.6 Visión subjetiva de las desigualdades territoriales: la opinión de los ciudadanos sobre los sistemas regionales de salud | 41 |
| 4. El papel de las instituciones | 44 |
| 5. Conclusiones y recomendaciones para las políticas | 46 |
| 5.1 Sobre la situación actual de la desigualdad territorial y sus tendencias | 46 |
| 5.2 Sobre el concepto de equidad y el tamaño de la ventana por la que miramos | 46 |
| 5.3 Sobre la cartera de servicios del sistema sanitario público | 47 |
| 5.4 Acerca de los sistemas y flujos de información en el Sistema Nacional de Salud | 48 |
| 5.5 Acerca de las desigualdades del gasto y de las fórmulas y criterios de la financiación territorial y el futuro del fondo de cohesión | 49 |
| 5.6 Sobre la colaboración y lealtad institucional y el reparto del ejercicio de las competencias | 50 |
| Índice de tablas y gráficos | 52 |
| Bibliografía | 53 |

Siglas y abreviaturas

| | |
|-----------|---|
| AVAC | Años de vida ajustados por calidad |
| CC AA | Comunidades autónomas |
| CMBD | Conjunto Mínimo Básico de Datos |
| ENS | Encuesta Nacional de Salud |
| EQ-5D | EuroQol 5 dimensiones |
| GRD | Grupo Relacionado con el Diagnóstico |
| IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| I+D | Investigación y desarrollo |
| IVIE | Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas |
| LOFCA | Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas |
| MBE | Medicina basada en la evidencia |
| MSC | Ministerio de Sanidad y Consumo |
| NICE | National Institute for Clinical Excellence |
| OCDE | Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PIB | Producto Interior Bruto |
| RD | Real decreto |
| SESPAS | Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| TIC | Tecnologías de la Información y la Comunicación |
| UE | Unión Europea |
| VPM-IRYSS | Variabilidad en la Práctica Médica-Red de Investigaciones en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios |

Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España

Beatriz González López-Valcárcel
Universidad de Las Palmas de GC

Patricia Barber Pérez
Universidad de Las Palmas de GC

En el campo de la salud, las desigualdades que realmente importan son las que afectan a las personas. Los territorios no son más que los sustratos físicos donde éstas se asientan. Pero en España la descentralización se ha tomado antes como un fin en sí misma que como un instrumento para conseguir unos objetivos en el terreno de la salud.

En nuestro sistema sanitario queda de manifiesto la tensión entre centralismo y descentralización. El papel del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) se ha reducido hasta tener un carácter residual. Es necesario que recupere el liderazgo para dar impulso a estrategias de información global del sistema sanitario, a políticas nacionales de salud; también para garantizar la equidad de dicho sistema. En el campo de las desigualdades territoriales, delimitar la frontera entre lo tolerable y lo inadmisibles es una cuestión compleja que requiere de una gran dosis normativa cuya respuesta empírica no está clara a partir de la evidencia.

Tras la generalización de las transferencias, sigue habiendo tensiones no resueltas entre el nivel central y el autonómico. El concepto de equidad también está cambiando y lo seguirá haciendo. Es posible que, al hilo de la descentralización sanitaria, el tamaño de la ventana por la que miramos se esté reduciendo: ya no es el país, sino la comunidad autónoma. Reconocer que los criterios de equidad pueden ser locales legitima la disparidad de objetivos de las políticas regionales de salud, limitando así el ámbito de las decisiones centralizadas y uniformizadoras. Pretender que la homogeneidad sea un objetivo es incoherente con la descentralización.

El éxito estriba en maximizar las sinergias de la coordinación y desarrollar políticas que minimicen los efectos adversos de la descentralización, en particular las diferencias regionales en temas como el gasto sanitario y en la utilización y el acceso a los recursos. No es extraño, por tanto, que la percepción de los ciudadanos sobre la calidad de sus sistemas regionales de salud varíe mucho entre comunidades autónomas (CC AA).

Pero la descentralización también ha tenido efectos positivos en cuanto a la equidad territorial, pues ha contribuido a reducir las desigualdades internas entre áreas y zonas de salud. En todo caso, las mayores diferencias en gasto sanitario y en acceso se dan entre las CC AA de régimen foral y las de régimen común.

Para el buen funcionamiento del sistema de salud es fundamental que se respete el principio de lealtad institucional. El Estado no debería imponer obligaciones de gasto a las CC AA –nuevas prestaciones– si antes no garantiza a éstas la posibilidad de conseguir la correspondiente financiación. Por otra parte, las CC AA no deberían reclamar fondos al Estado para cumplir con obligaciones de su exclusiva competencia. Proponemos una reforma en profundidad del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el MSC, y en un fondo de cohesión –o “fondo de igualdad” propiamente dicho–, para reducir desigualdades no deseadas y para realizar políticas de salud de ámbito suprarregional.

Proponemos un Sistema Nacional de Salud (SNS) “multicéntrico”, con una coordinación federada, con el fin de recuperar el ámbito de las decisiones comunes, aprovechar sinergias, reducir costes políticos y de transacción y ganar economías de escala y alcance. Para dar el salto desde las decisiones por “consenso voluntarista” y aumentar la capacidad ejecutiva del Consejo Interterritorial del SNS, sería preciso establecer reglas explícitas en el “juego de la decisión”. La coordinación interterritorial previene contra los efectos adversos relacionados con la diáspora informativa y de decisión.

No hay duda de que el Gobierno central debe establecer unos límites mínimos –de acceso, de calidad, de tiempos...–. La gran cuestión es hasta qué punto –tal y como sucede en algunos países– el Gobierno debe tener competencias para intervenir si se aprecia claramente que una comunidad no está alcanzando esos mínimos o que no acata la normativa de ámbito nacional.

Urge articular un sistema de información integrado del SNS. En este sentido quien debe tomar la iniciativa es el MSC. Es preciso definir estándares, plazos y contenidos del sistema de información. No hay cohesión posible del sistema de salud sin información comparable sobre salud, recursos, acceso, utilización y costes.

Introducción

En el campo de la salud, las desigualdades que realmente importan son las que afectan a las personas. Al fin y al cabo, los territorios no son más que los sustratos físicos donde éstas se asientan. A pesar de que, desde hace décadas, funcionan sistemas nacionales de salud públicos y gratuitos –incluso en países con clara vocación igualitarista, dotados de programas específicos pro equidad–, en la salud y en los determinantes de la salud persisten las desigualdades socioeconómicas. España no es ajena a ese tipo de problemas.

El origen de esta situación en los territorios tiene cierto interés. Por una parte, en un sistema descentralizado como el nuestro, la gestión y organización del sistema se encomienda a los gobiernos regionales, y los recursos financieros se asignan territorialmente. Incluso en un Estado con marcada tendencia federalista hay estándares de cuidado a cuyo acceso y cuya calidad deben contar con una cota mínima común para todo el territorio. La Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y sus desarrollos posteriores definen algunos de esos mínimos para España.

En nuestro sistema sanitario queda de manifiesto la tensión entre centralismo y descentralización. En la España de las autonomías sanitarias el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo se ha reducido hasta tener un carácter residual. La descentralización sanitaria ha impulsado diferencias territoriales en la póliza aseguradora pública –derechos de los ciudadanos, prestaciones cubiertas, garantías de acceso– y en el uso de recursos y procedimientos. Por otra parte, el sistema de información también se ha dispersado y no permite comparar fácilmente las realidades de distintos territorios.

Hasta qué punto las desigualdades territoriales son deseables –fruto de diferentes sistemas de preferencias sociales por la salud–, tolerables o se convierten en inadmisibles –resultado de fallos en la cohesión del sistema y de objetivos mínimos comunes– es una cuestión compleja que requiere de una gran dosis normativa cuya respuesta empírica no está muy clara a partir de la evidencia. No hay método científico posible que permita dilucidar esta cuestión, pues su respuesta depende de criterios normativos –ni científicos ni técnicos– que definan la frontera entre la desigualdad tolerable y la intolerable, que pongan límites a la heterogeneidad.

Además, las restricciones pueden imponer su propia ley e, incluso, obstaculizar hasta impedir las reformas más consensuadas. Compartir el coste político de las reformas sanitarias conlleva enormes dificultades prácticas. En España, quienes fueron responsables de

la Sanidad –hace poco participaron en un panel de expertos– son pesimistas. Un grupo nominal sobre desarrollo y sostenibilidad del SNS descentralizado (Artells, 2005) recogió las “valoraciones, aspiraciones, compromisos y pronósticos de un panel compuesto por 141 directivos del Sistema Nacional de Salud de los últimos 20 años, acerca de la evolución, en los próximos quince años, de las principales dimensiones de desarrollo”. El pesimismo sobre las posibilidades reales de cambios profundos queda patente porque “querer no es poder” y el inmovilismo es un peso muerto –las rigideces del Estatuto son inamovibles; las estructuras organizativas están anquilosadas; al sistema le falta capacidad para situar al ciudadano en el papel central que le corresponde, etc.–. A juicio de los expertos, la única amenaza fuerte capaz de impedir la legitimación del SNS es que “la descentralización producirá desigualdades territoriales en términos de eficiencia en la gestión, cobertura pública y niveles de calidad” (Artells, 2005:110).

En España la tensión entre los niveles central y autonómico no se ha resuelto porque las reglas del juego no se consideran definitivas o estables. En septiembre de 2005 dimos un paso atrás. Fue la primera vez que se planteó un conflicto abierto entre niveles. Se saldó con un parche de corto plazo y con la descalificación *de facto* de la Ley 21/2001, de Financiación Territorial, que había nacido para ser estable, pero, como las anteriores, apenas durará unos pocos años.

Está claro que el aumento de competencias en la gestión de los servicios de salud debe llevar aparejado un aumento de la corresponsabilidad fiscal: que las CC AA tengan incentivos a la recaudación y que asuman los costes fiscales de las crisis económicas cuando surjan. Conciliar este propósito con la solidaridad, la cohesión y la equidad del sistema público de salud es una tarea compleja, pero necesaria.

El presente trabajo revisa la evidencia disponible dentro y fuera de España, la ordena y la emplea para diagnosticar la “geografía como destino” en España, en comparación con otros países del entorno. Su principal objetivo es evaluar la situación en España, proponiendo algunas recomendaciones de políticas públicas relacionadas, sobre todo, con los sistemas de información, con la financiación territorial –fondo de cohesión– y con el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La descentralización puede ser considerada como un “modelo organizativo para la atención sanitaria” (Peckham *et al.*, 2005). Abarca tanto la descentralización regional de la Sanidad –transferencias–, como el aumento de autonomía de gestión de los centros, y de los clínicos para la gestión clínica. La descentralización no es unidimensional ni debe expresarse en conceptos mal definidos como “poder” o “autonomía”. Curiosamente, la bibliografía sobre la descentralización –desconcentración, devolución– aparece dispersa en disciplinas múltiples e inconexas. Para caracterizar los procesos de descentralización en la Sanidad del Reino Unido, Peckham propone diferenciar entre *inputs*, procesos y resultados, a los niveles que van desde global –planetario–, a individual –paciente, médico–, pasando por el país, la región, el centro sanitario y el servicio.

Paralelamente a los procesos de descentralización de las decisiones clínicas y de la gestión sanitaria por parte de los proveedores y de los responsables de las políticas, se está imponiendo un nuevo paradigma en Sanidad, el de la “centralidad del paciente”, es decir, darle “poder” y “capacidad de elección”. La capacidad de elección por parte del paciente –de tratamiento, de lugar, de momento, de proveedor– no es sólo un instrumento para promover la eficiencia de las reformas de competencia gestionada o mercado interno, sino que se ha convertido en un objetivo de los sistemas nacionales de salud (Fotaki, 2005). Así, además de devolver la capacidad de decisión a los territorios descentralizados, el sistema debe dar al paciente la capacidad de tomar decisiones sobre los tratamientos y el derecho a elegir el centro y el médico con quien compartir dichas decisiones (Smith, 1998 y 2002). Es una dimensión adicional de la descentralización.

Este trabajo comienza con la revisión de las políticas de gestión de la desigualdad territorial en países con sistemas nacionales de salud descentralizados (apartado 1). Continúa con una exposición argumentada de las ventajas e inconvenientes de la descentralización territorial, con referencias a España (apartado 2). En el apartado 3 se evalúan las consecuencias de la descentralización sanitaria en España, en cuanto a normativa de cobertura (3.1), financiación (3.2) y desigualdades territoriales de utilización (3.3); de acceso (3.4) y de salud (3.5). En el apartado 4 se reflexiona sobre el reparto de papeles entre el nivel central y autonómico y, finalmente, terminamos con el apartado 5, donde se establecen las conclusiones y recomendaciones para las políticas.

1. Las políticas de gestión de la desigualdad territorial en países descentralizados. Aprendiendo en cabeza ajena

La experiencia internacional es rica y variada. Nos referimos en concreto a las reformas recientes en los países de tradición descentralizada. Sin embargo, no se debe intentar “aprender en cabeza ajena”, emulando de forma mimética las políticas que otros han aplicado con éxito, con la esperanza de que ese mismo éxito se repita. En el mundo actual existe una obsesión por encontrar políticas basadas en la evidencia, traspasando, más allá de los límites clínicos, el paradigma de la medicina basada en la evidencia (MBE). El *benchmarking* es una práctica habitual a nivel de centros de gestión, de áreas de salud y hasta de sistemas sanitarios completos.

En este contexto, algunas organizaciones internacionales, públicas y privadas, ofrecen análisis comparados de los logros de los sistemas y de las reformas sanitarias –entre las que se incluyen las basadas en la descentralización de funciones, competencias o fondos (OCDE, 2003)–. Los sistemas de indicadores para medir los logros de la Sanidad han tenido un auge espectacular en los últimos años (OCDE, 2005). También hay iniciativas nacionales sobre evaluación de los sistemas de salud en Australia, Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda.

Las políticas para reducir las desigualdades varían mucho entre los países de la UE, pero tienen en común que la dimensión relevante para medir y combatir la desigualdad es la personal –renta, pobreza, exclusión social–, más que la dimensión geográfica; y que, en muchos casos, la reducción de las desigualdades se centra en el principio maximín: mejorar más la situación de los que están peor, de los más enfermos, de los más desfavorecidos. Muy pocos países han establecido políticas específicas a nivel nacional para reducir las desigualdades sanitarias entre áreas geográficas, si exceptuamos el Reino Unido (Irlanda del Norte) y Hungría (Judge *et al.*, 2005).

En un informe reciente auspiciado por la oficina regional europea de la OMS (Crombie *et al.*, 2005) se analizan los documentos oficiales de las políticas públicas de reducción de las desigualdades de 13 países desarrollados. Aunque todos ellos reconocen que las desigualdades en salud se deben a problemas socioeconómicos y a circunstancias del entorno, difieren en la definición de desigualdad y en la forma de enfrentarse a ella. Algunos países, como Suecia y el Reino Unido (Irlanda del Norte), afrontan los determinantes

sociales subyacentes de las desigualdades en salud y estructuran sus políticas de salud pública en torno a ese eje central. La mayoría de los países tienen a sus políticas contra la pobreza, la exclusión social y la justicia social como objetivos primarios, mientras que las desigualdades en salud juegan un papel secundario o concomitante en las políticas sociales. El informe detecta la ausencia general de estrategias coordinadas para combatir las desigualdades en salud. Aunque hay desigualdades geográficas, no son las más preocupantes. La esperanza de vida en Copenhague es cuatro años menor que en el resto de Dinamarca. Los indicadores de salud de Escocia resultan desfavorables si se comparan con los de Inglaterra. Pero, además, dentro de la propia Escocia se producen desigualdades territoriales que afectan más a los más desfavorecidos. Así, en el periodo 1998-2000, la diferencia en la esperanza de vida entre los hombres de las ciudades de East Dunbartonshire y de Glasgow era de 7,4 años. El gradiente de desigualdad social es más acusado en Escocia que en Inglaterra. En el norte y este de Finlandia la enfermedad cardiovascular cuenta con una mayor prevalencia que en el resto del país. Estas y otras diferencias no pueden explicarse por diferencias en los factores de riesgo, más bien son las diferencias en el entorno y pautas socioculturales las que han de influir en ellas. Tal vez la organización del propio sistema de salud.

A pesar de todos estos esfuerzos por evaluar las políticas, falta evidencia clara sobre los efectos de la descentralización sobre la salud, sobre la eficiencia micro y meso, sobre la equidad y sobre la capacidad de los sistemas de salud para cumplir las expectativas de los ciudadanos. La multicolinealidad de las políticas –por lo general se llevan a cabo varios cambios simultáneos, por ejemplo, descentralizar y cambiar las fórmulas de financiación– impide ver con claridad los efectos de cada uno de los cambios.

Las preguntas relevantes para nuestro análisis comparado conciernen al alcance de la descentralización –qué competencias se reservan para el nivel central y cuáles se descentralizan, hasta dónde llegan las políticas nacionales de salud–, así como a los mecanismos financieros de reducción de las desigualdades –definición y medida operativa de necesidad, fórmulas de reparto del presupuesto público de salud entre territorios–.

No parece que pueda afirmarse en general que la descentralización territorial de la Sanidad conduzca a mejoras de salud (Peckham, Exworthy, Powell y Greener, 2005). La descentralización no basta por sí misma para mejorar la eficiencia de las organizaciones. Hay otros factores tanto o más importantes, como la cultura organizacional y el entorno.

En América Latina algunas experiencias de descentralización han tenido que soportar un coste muy alto en términos de equidad (Ugalde y Homedes, 2002).

Es inevitable que algunas reformas aumenten la desigualdad –inequidad–. Esto ocurre cuando la geografía se impone. Por ejemplo, en Suecia se reconoce el derecho de los pacientes a elegir médico y hospital, pero esta reforma sólo ha sido efectiva en las grandes ciudades. En zonas rurales los pacientes ejercen su derecho eligiendo “quedarse en casa”, es decir, ser

atendidos por los proveedores de su zona de residencia (Burstrom, 2002). Es un ejemplo de “reforma sólo sobre el papel”. Sólo el 7% de los médicos de familia, asesores en la elección, sabían que el paciente tenía derecho a elegir (Winblad Spångberg, 2005).

En algunos países, la descentralización regional de las competencias sanitarias ha lesionado la equidad y agravado las diferencias regionales de salud preexistentes. Ese parece haber sido el caso de Italia (Giannoni y Hitiris, 2002), en parte debido a que la descentralización se produjo en un contexto de restricciones presupuestarias y control del gasto sanitario. El proceso de descentralización italiano, iniciado en 1992, guarda ciertos paralelismos con el español. También allí se fue aumentando la corresponsabilidad fiscal de las regiones. Sin embargo, hay profundas diferencias, pues en Italia antes de la reforma de 1992 las disparidades en gasto sanitario, a favor de las regiones ricas del norte y el centro del país, eran mucho más pronunciadas que en España, donde el Insalud siguió una política de gasto más homogeneizadora.

El tamaño de las áreas geográficas descentralizadas varía mucho internacionalmente. Algunos países, entre ellos los nórdicos –Suecia, Noruega, Finlandia–, descentralizan en sus municipios. Otros lo hacen en grandes áreas o regiones –Australia, Nueva Zelanda, Canadá–. En algunos países, la descentralización sanitaria forma parte de un proyecto más amplio de Estado federal –Canadá–, en el que las regiones tienen también autonomía fiscal y política. En otros, el sector público está centralizado, pero se reconoce una diferenciación territorial según la necesidad y la asignación de recursos para la salud –Inglaterra, Escocia, Gales–. El número de territorios a los que se dota de presupuestos de base capitativa para la Sanidad oscila de manera amplia, desde los 14 condados de Dinamarca –o las 17 CC AA de España– hasta los 500 equipos de atención primaria del Reino Unido o los 452 municipios de Finlandia (Cabasés, 2006).

Son varios los países que han optado por descentralizar la organización y gestión de la Sanidad pública para ganar eficiencia. Además de España, también Italia, Suecia, Reino Unido e Irlanda han emprendido reformas en esta dirección, y los gobiernos de Escocia y de Gales están asumiendo las competencias sanitarias.

Canadá es un referente de especial relevancia para España porque los respectivos procesos de descentralización guardan cierto paralelismo y los problemas son similares. Canadá tiene una estructura federal. Allí la Sanidad se gestiona desde la descentralización y se financia –como en España– mediante transferencias incondicionadas a unas regiones que poseen cierta capacidad impositiva. No es de extrañar que varios estudios canadienses hayan tomado a nuestro país como referente de comparación (The Conference Board of Canada, 2004), y que haya estudios españoles que analicen el caso de Canadá con detalle (Tamayo Lorenzo, 2001). Canadá, cuya descentralización sanitaria tiene un siglo de antigüedad, está emprendiendo reformas de gran calado, también de la financiación territorial, a raíz de un informe del Senado de 2002 sobre el estado del sistema sanitario del país que diagnosticaba

desigualdades graves entre territorios. De ahí que la reforma en curso condicione los fondos futuros a las provincias en función de cómo hayan evolucionado las desigualdades territoriales.

Tabla 1. Revisión internacional de indicadores de necesidad incorporados a las fórmulas de distribución territorial de fondos en Europa

| Indicador | País |
|---|---|
| Edad y sexo | Prácticamente todos. España es una excepción |
| Estatus socioeconómico | Canadá; Inglaterra |
| Etnicidad (número de aborígenes; lengua materna) | Canadá, Ontario (fondo de equidad); Nueva Gales del Sur (Australia); Alberta (Canadá); Inglaterra; Nueva Zelanda |
| Diferencial de precios y costes de provisión | Canadá; Escocia; Inglaterra; Nueva Gales del Sur (Australia); Alberta (Canadá) |
| Dispersión y ruralidad | Canadá, Ontario; Nueva Gales del Sur (Australia); Alberta (Canadá); Escocia; Finlandia; Gales; Irlanda del Norte; Nueva Zelanda |
| Años Potenciales de Vida Perdidos | Ontario (fondo de equidad) |
| Tasas de mortalidad estandarizadas (por todas las causas y específicas de grupos de edad...) | Escocia; Inglaterra; Irlanda del Norte; Nueva Gales del Sur (Australia); Gales |
| Bajos ingresos; nivel educativo | Ontario (fondo de equidad); Inglaterra; Irlanda del Norte; Nueva Gales del Sur (Australia) |
| Otros indicadores finales de salud (mortalidad prematura, bajo peso al nacer, morbilidad...) | Saskatchewan (Canadá); Inglaterra; Irlanda del Norte |
| % de mayores que viven solos | Saskatchewan (Canadá); Noruega |
| Otros indicadores sociales de privación y necesidad (madres solteras solas, familias sin coche, familias monoparentales, sin hogar, desempleo...) | Irlanda del Norte; Nueva Gales del Sur (Australia); Inglaterra |
| Mínusvalías | Finlandia |
| Insularidad | Finlandia; España |

Fuente: Montero, Jiménez y Martín (2006)

El Sistema de Información es el cemento que une a las regiones de un SNS descentralizado. Canadá, Noruega, Australia y el Reino Unido tienen estrategias de información del sistema. En este sentido, España tiene problemas serios, efectos secundarios del proceso de descentralización, que han ido empeorando.

Los objetivos de reducción de las desigualdades se materializan en repartos presupuestarios. Analizar comparativamente las fórmulas y criterios de reparto de fondos que utilizan los países de nuestro entorno nos aporta coordenadas para situar nuestra posición, así como referentes *–benchmark–* que nos permitan, por comparación, poner en práctica las mejoras.

Un estudio reciente de nuestro país (Cabasés, 2006; Montero, Jiménez y Martín, 2006b) ofrece una excelente revisión comparativa internacional de las fórmulas de reparto territorial, sus ventajas y sus limitaciones, así como de las distintas experiencias internacionales de medición de la “necesidad” sanitaria relativa de las regiones y distritos.

Casi todos los países ajustan –al menos por sexo y edad– el denominador “población” en el que se basa el reparto. España es una rara excepción. Las fórmulas de reparto están condicionadas por la disponibilidad de datos y por la historia. Varían mucho entre países y sólo algunos explicitan matemáticamente el método de asignación –“fórmula”–, incorporando diversos indicadores de necesidad –cuanto más descentralizado está el país, menos variables para el reparto–, entre los que destacan los factores demográficos, económicos –desempleo, renta– y de morbi-mortalidad. La casuística es muy variada. En unos países se “mide” la “necesidad” mediante indicadores de salud –morbilidad y/o mortalidad–, pero también se emplean indicadores de privación social, de pobreza, de riesgo de exclusión –etnicidad– y una amplia gama de medidas “a medida”, que se enumeran en la Tabla 1.

Destacamos dos hechos que resultan del ejercicio comparativo. Casi todos los países diferencian fondos –y fórmulas de reparto– por funciones: hospitales, atención primaria, atención domiciliaria... Las transferencias incondicionadas son la excepción más que la norma e, incluso, y a raíz de la experiencia, se han abandonado –es el caso de Canadá–. Los gobiernos centrales conservan, pues, bastante capacidad de acción sobre la política sanitaria de las regiones, y suelen reservarse una especie de “derecho fáctico de veto” sobre los sistemas regionales de salud mediante el carácter condicionado de las transferencias de los fondos para la Sanidad. Incluso Canadá, país de clara vocación federal y descentralizadora, lo hace. En España, la descentralización ha sido más radical. La financiación territorial de la Sanidad es incondicionada, y el papel del Gobierno central para definir objetivos de política sanitaria de ámbito nacional, incluyendo metas de equidad, se ha ido desvaneciendo.

2. Ventajas e inconvenientes de la descentralización-centralización

Las ventajas y los inconvenientes de la descentralización sanitaria han sido estudiados desde la perspectiva teórica y empírica, incluido el caso específico de España (Ortún y López Casanovas, 2002).

A nuestro juicio, la descentralización tiene ventajas, pero también inconvenientes, que presentamos a continuación con ejemplos concretos relativos a la Sanidad española.

2.1 Las ventajas de centralizar

La centralización aprovecha las ventajas de compartir y coordinar –en especial en lo que concierne al tamaño de los mercados y las economías de escala–, así como de las redes de información.

Las ventajas relacionadas con el tamaño de los mercados y de los sistemas de salud se concretan en aprovechar economías de escala, permitiendo mejorar la macroeficiencia de los servicios públicos de salud, así como una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación de los mercados.

En este sentido, conviene recordar el enorme diferencial de tamaño entre las comunidades autónomas de España. Las comunidades pequeñas no alcanzan ni siquiera el tamaño mínimo crítico que les permitiría acceder a un “plan de asistencia sanitaria integrado de base poblacional” (Smith, 1999). Esto se debe a que, para una aseguradora, la cobertura completa de una población menor de medio millón de habitantes sería problemática –riesgo excesivo– por insuficiencia de tamaño del “*pool* de riesgos”.

Las actividades y servicios que soportan costes fijos elevados requieren un tamaño mayor que aquellas otras actividades y servicios con costes fijos de menor cuantía. La centralización permite planificar la oferta sin necesidad de tener que “ofertar de todo en todas partes”. Con la descentralización sanitaria la mayor parte de las comunidades autónomas se ha marcado –explícitamente o no– el objetivo de la “autosuficiencia” o de la “cartera de servicios completa”. Y esto sin que, como sucede en algunos casos, la población regional

alcance el tamaño mínimo crítico para que determinados servicios queden justificados desde la perspectiva de la eficiencia económica. Quizá podría decirse que, más que una ventaja de la centralización, la tendencia a completar cartera es un riesgo en potencia y real de la descentralización sanitaria.

Las economías de escala no se aprovechan tan sólo de la provisión de los servicios asistenciales a los pacientes. También las campañas de salud pública y de educación sanitaria de ámbito nacional se benefician de las ventajas de la coordinación centralizada. Por ejemplo, el coste de producir los materiales promocionales es el mismo, sea cual sea la dimensión geográfica de la campaña –salvo cuando se requiere de la traducción a las distintas lenguas–. O, al contrario, descentralizar estas campañas –y otras actividades similares– supone multiplicar el coste por diecisiete de manera innecesaria.

En la misma línea, un mercado nacional amplía el poder de compra y de negociación con los proveedores de las organizaciones compradoras del sistema público de salud. En España los mercados de *inputs* –principalmente los suministros médicos– son poco transparentes, y con la descentralización se ha perdido información sobre las condiciones de los contratos públicos de suministro y capacidad de negociación con unos proveedores crecientemente concentrados (González López-Valcárcel y Pinilla, 2006). De forma paradójica, frente a la progresiva concentración industrial por el lado de la oferta, los compradores públicos se han disgregado, segregado y compartimentado a raíz del proceso de transferencias.

La negociación colectiva de salarios, descentralizada a nivel regional, crea tensiones inflacionistas y aumenta el coste político de los negociadores públicos de los sistemas regionales de salud. Si bien una ventaja evidente de la descentralización podría ser la flexibilidad salarial para adaptarse a las condiciones de los mercados –escasez, desajustes entre oferta y demanda u ofrecer, por ejemplo, incentivos de remuneración a los médicos que ejerzan en zonas rurales apartadas y poco atractivas–, en la práctica las transferencias han dado lugar a una espiral inflacionista causada por el “efecto emulación”, en la que se ha dado en llamar “carrera hacia la cima” (Costa-Font y Pons-Novell, 2005). Con referentes de máximos en la negociación salarial y efectos de emulación, el objetivo de los negociadores sindicales en todas las CC AA es “estar por encima de la media nacional”, lo que contradice el propio concepto de media aritmética estable y genera tensiones inflacionistas. Las políticas a nivel nacional podrían mitigar estas tensiones.

En aras de la necesaria coordinación de la investigación es recomendable que se configure un programa nacional de I+D con fondos suficientes. La masa crítica de los grupos de investigación requiere incluso traspasar las fronteras del país, requiere una dimensión europea. Aunque los programas de investigación autonómicos pueden complementar los de ámbito europeo y nacional, la investigación contribuye a consolidar y cohesionar el sistema de salud como un todo. Las redes de investigación que traspasan las fronteras regionales contribuyen a dicha cohesión. Además, la colaboración transregional aumenta

los tamaños muestrales de los estudios multicéntricos. La investigación sanitaria requiere mayor grado de centralización y coordinación que la propia organización y gestión asistencial.

El tamaño de los mercados de profesionales sanitarios tiene en la actualidad un interés particular debido a la amenaza cierta de déficit selectivo de médicos en determinadas especialidades, déficit que ya se está acusando en España. Las transferencias sanitarias han contribuido a segmentar todavía más el mercado laboral de los profesionales sanitarios. Los candidatos a plazas MIR buscan quedarse en su comunidad autónoma (González López-Valcárcel y Barber, 2005). La “centralización” y los acuerdos de colaboración interregional contribuyen a abrir los mercados, permeabilizándolos, mejorando su flexibilidad y su capacidad para hacer ajustes a corto plazo.

Un segundo grupo de ventajas de la “centralización” está relacionado con la información. La idea general es distribuir tareas, de tal forma que se comparta información sin tener que asumir completamente los costes y esfuerzos de generarla. Esto se refiere tanto a la generación de conocimiento científico (I+D) como, por ejemplo, a la información sobre precios que permita mejorar la eficiencia de los mercados. En este sentido, sería muy recomendable disponer de bases de datos de ámbito nacional de profesionales sanitarios, de precios de los productos y suministros sanitarios, de costes de “producción” de asistencia sanitaria y de evidencia científica de informes de evaluación de tecnologías sanitarias.

En algunos de los ámbitos mencionados en el párrafo anterior, la ventaja de “centralizar” estriba en compartir información –de precios, de costes, sobre coste/efectividad de las tecnologías médicas– sin tener que generarla. En la actualidad, las agencias de evaluación de tecnologías de ámbito regional habrían de dar el salto de la colaboración voluntarista a la institucional. No es eficiente que en España haya 17 agencias regionales de evaluación de tecnologías sanitarias.

En un mundo que rinde culto a la “evidencia” como principio básico de actuación –la medicina basada en la evidencia es el paradigma actual de la práctica médica y ha contagiado al ámbito de la política (sanitaria) basada en la evidencia–, la información homogénea y comparable de todas las comunidades autónomas permitiría aprovechar las ventajas de aprender por comparación –*benchmarking*–. Uno de los costes más altos que ha pagado el país por la descentralización sanitaria es la pérdida de información homogénea, comparable, para todo el Sistema Nacional de Salud. La falta de un sistema de información integrado del SNS español es actualmente, a nuestro juicio, el principal obstáculo para avanzar hacia mejoras de salud, reducción de desigualdades y eficiencia. No hay que subestimar el enorme potencial de mejora de la salud que podría conseguirse mediante un efecto “escaparate” entre CC AA. Muy al contrario, la descentralización sanitaria ha supuesto una gran pérdida de información para el sistema. Por fortuna, parte de los fondos asignados al Plan de Calidad del SNS 2005 se destinarán al desarrollo del

sistema de información del SNS. El liderazgo del MSC es esencial en este sentido, pues los estándares deben fijarse a nivel central o de manera coordinada. Esto es lo que se está haciendo en la actualidad en EE UU con respecto a la informatización completa de los flujos de información relacionada con la salud (Walker *et al.*, 2005).

La búsqueda de una estrategia para el sistema de información integrado para España podría beneficiarse de las experiencias de sistemas nacionales de información de otros países como Australia, Canadá y el Reino Unido, así como del proyecto de indicadores para la salud de la OCDE.

A partir del diagnóstico de los problemas, potenciales o reales, de la descentralización –que hemos presentado desde la perspectiva de las ventajas de centralizar–, el sistema de información integrado para España debería incluir, al menos, un registro de personal actualizado y un subsistema de información de profesionales sanitarios; bases de datos de precios de insumos; de costes; de actividad –diseño de un modelo de registro de datos equiparable al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitales para la atención primaria–; información sobre listas de espera y tiempos de acceso; receta electrónica; historial clínico electrónico intercomunicable entre niveles asistenciales y entre territorios; cuadro de mando; conjunto básico de indicadores de calidad de la atención sanitaria, así como protocolos y guías de práctica clínica comunes a todas las CC AA, por iniciativa de la Agencia de Calidad del MSC.

2.2 Ventajas de la descentralización

La primera gran ventaja de la descentralización es que el decisor está próximo a los ciudadanos, escucha y conoce mejor sus preocupaciones y ha de ganarse sus votos. Por tanto, podrá buscar el bienestar de los ciudadanos de su territorio según las preferencias y prioridades del área, admitiendo que cada región pueda tener su propio *ranking* de objetivos de política social y económica. En un sistema descentralizado la diversidad es un valor cuando responde a la adaptación de las políticas públicas a un sistema social de valores diverso.

La descentralización aumenta la capacidad de gestión, de control de calidad y de evaluación de resultados por parte de las organizaciones regionales, respecto a un Insalud central como el preexistente en nuestro país. Además, la gestión también se beneficia de la capacidad de negociación directa con los proveedores y de la adaptación a las condiciones y necesidades del mercado local.

En lo que concierne al “experimento natural” de descentralización sanitaria llevado a cabo en España, un estudio reciente (López Casasnovas, Costa-Font y Planas, 2005) sugiere que la evidencia empírica sobre los efectos en *inputs*, actividad y resultados de salud es escasa.

Su propio análisis concluye que el proceso ha sido positivo en lo que concierne a la eficiencia global del sistema sanitario. Además, las desigualdades en *inputs* y resultados entre territorios, que son muy visibles, no parecen haber aumentado en la última década.

2.3 Nota importante sobre el concepto de equidad y el tamaño de la ventana por la que miramos

El concepto de equidad que tenemos hoy en España es muy diferente del de hace unas décadas –aquella España de la Sanidad de beneficencia–. También es muy distinto del que rige en otros países, en particular en los EE UU. No tratemos de copiar políticas guiadas por objetivos y escalas de valores ajenos.

Hasta qué punto el concepto de equidad varía entre las diversas regiones de España es una cuestión empírica que convendría explorar. El “tamaño de la ventana por la que miramos” es la dimensión clave para definir las políticas pro igualdad. ¿Es la igualdad entre los ciudadanos de una región la dimensión relevante, o lo es la igualdad de los ciudadanos de todo un país?

Es muy probable que el concepto de equidad esté cambiando y que lo siga haciendo. Es posible que el “tamaño de la ventana por la que miramos” se esté reduciendo al hilo de la descentralización sanitaria. Esta ventana ya no es el país, sino la comunidad autónoma. A título de ejemplo, hoy, en algunas CC AA se reconoce el derecho del paciente a la libre elección de hospital, pero es probable que pocos españoles defendieran el derecho a elegir hospital en todo el territorio nacional. Otros países descentralizados –Suecia– reconocen ese derecho en todo el territorio nacional. Reconocer que los criterios de equidad pueden ser locales legitima la disparidad de los objetivos de las políticas regionales de salud, limitando el ámbito de las decisiones centralizadas. Como ejemplo, apuntamos la cobertura de los “nuevos españoles” –inmigrantes–.

Hay evidencia de que algunos grupos de ciudadanos valoran o puntúan de forma significativamente diferente el nivel de salud máxima –cinco “1” en el EQ-5D– (Dolan, 1997). Así, los esquizofrénicos puntúan por debajo de la población general. También hay alguna evidencia de diferencias territoriales sistemáticas (Sánchez Iriso, 2005). Conceptualmente hablando, ¿deberían asignarse los recursos según la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud de las poblaciones –heterogéneas– de distintos territorios?

3. ¿La geografía como destino? Breve evaluación de la situación en España

3.1 Catálogos de prestaciones y contenidos de las pólizas de aseguramiento público

Las competencias en materia de salud y Sanidad no son estáticas: evolucionan con el propio sistema. Tras la generalización de las transferencias, las competencias del Estado están acotadas y limitadas. Sigue habiendo tensiones no resueltas entre el nivel central y el autonómico, y algunas CC AA reclaman para sí mayores competencias, por ejemplo, en política del medicamento y en regulación de precios de los fármacos.

El inicio del siglo XXI ha asistido a dos importantes acontecimientos en el sistema sanitario español. De una parte, ha visto concluir el proceso de descentralización sanitaria iniciado en 1981 con las transferencias sanitarias a la Comunidad de Cataluña. En 2002 con las transferencias a las diez comunidades pertenecientes, hasta entonces, al Insalud, ha finalizado un proceso cuyo objetivo era la consecución de un Sistema Nacional de Salud con autonomía sanitaria en las diecisiete comunidades autónomas españolas.

Por otra parte, en 2003 se aprueba La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo), que, junto con la Ley General de Sanidad, fija los aspectos básicos de organización y coordinación entre la Administración General y las comunidades autónomas. En su exposición de motivos recoge que “esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”. Define “equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos”.

Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias definidas por esta ley son: las prestaciones del Sistema Nacional de Salud; la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema e información sanitaria y la calidad del sistema sanitario.

El capítulo 1 se ocupa de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, cuya garantía constituye uno de los principales objetivos de la ley, por lo que se le dedica una atención preferente. La garantía de accesibilidad se define en términos universales: “todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud”; y define un criterio implícito de equidad como igualdad de acceso: “todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva”. La Ley establece también que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud “conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones” sobre el desarrollo y actualización de la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, y sobre “el establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud por parte de las comunidades autónomas”.

Las comunidades autónomas, haciendo uso del título competencial en materia sanitaria, han ampliado y mejorado los niveles de prestaciones comunes establecidos en la legislación básica estatal. Esta diferenciación de la póliza de aseguramiento público, según el informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS de 1997, refleja “las distintas opciones y preferencias de los ciudadanos de cada región”, sin que esto suponga, “en ningún caso, un problema de acceso para los ciudadanos que se desplazan, ni una amenaza al principio de equidad”.

La Ley de Cohesión y Calidad define el catálogo de prestaciones básicas y comunes a todo el SNS, con responsabilidad financiera de las comunidades autónomas, de forma muy genérica: prestaciones de salud pública, de atención primaria, de atención especializada, de atención sociosanitaria, de atención de urgencias, de prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y transporte sanitario.

La ampliación de este catálogo por parte de las CC AA no ha sido homogénea. Hay claras diferencias entre CC AA que han añadido bastantes mejoras a las prestaciones básicas –como Andalucía, País Vasco, Cataluña, Navarra y Valencia–, y otras que no han añadido ninguna mejora. Lógicamente, las comunidades con mayor antigüedad en competencias han sido las que más han desarrollado el catálogo de prestaciones extraordinarias con respecto a las establecidas en el SNS, mientras que las provenientes del Insalud han tenido menos tiempo, aunque es de esperar que sigan el mismo camino que las anteriores.

Ya desde principios de los noventa, el País Vasco y Navarra se diferencian de forma positiva en su catálogo de prestaciones de las CC AA de régimen común, al cubrir la atención dental infantil con un programa específico (PADI), programa que, años más tarde, irían imitando sucesivamente la mayor parte de las CC AA, empezando por Cantabria, Castilla-León y Galicia.

Navarra también ha realizado un gran esfuerzo en las prestaciones complementarias en tocoginecología y en planificación familiar. El Decreto Foral 258/1998 regula la finan-

ciación de medicamentos excluidos en el SNS y, a partir del 16 de junio de 2003, mediante el Decreto Foral 139, la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar.

Entre las CC AA de régimen común, Andalucía ha sido pionera en la ampliación del catálogo de prestaciones básicas. Mediante el Decreto 159/1998, de 28 de julio, posibilita la financiación de la prestación de medicamentos excluidos en el Real Decreto 1663/1998, con cargo a los fondos propios de la comunidad autónoma, cuando hayan sido recetados por los facultativos adscritos al sistema sanitario público de Andalucía. También mediante el mismo decreto regula la prestación ortoprotésica que establece la exención de aportación por parte del usuario cuando se cumplen ciertos requisitos con respecto a su precio. El Real Decreto 281/2001 regula la prestación de asistencia dental a los niños de 6 a 15 años, garantizando la asistencia dental básica y ciertos tratamientos. La atención con anestesia epidural y la dispensa gratuita de la “píldora del día después” en los servicios de urgencias y en los centros de atención primaria son otras de las prestaciones añadidas al catálogo general. Pero, quizás, entre las prestaciones gratuitas del Servicio Andaluz de Salud, la prestación añadida menos común al resto de las aportaciones de otras comunidades ha sido la aprobación, en febrero de 1998, de la inclusión de las operaciones de cambio de sexo.

Respecto a las prestaciones de carácter cualitativo, también aquí encontramos CC AA pioneras que han aportado al paquete común prestaciones diferenciales. La libre elección de profesionales, servicios y centros, derechos de los pacientes –segunda opinión, derecho a la información y documentación– y consentimiento informado son algunos de los aspectos regulados por la legislación propia de cada comunidad autónoma.

La Ley 41/2002 de ámbito nacional, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, vino a unificar el marco regulador de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales. Esta norma impone la obligación de informar a los ciudadanos con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, la obligación de ofrecerles toda la información disponible sobre la misma. Hasta ese momento el derecho de información del paciente y el consentimiento informado se enuncian como principios generales en La Ley General de Sanidad.

A partir de este momento las normativas autonómicas debían adaptarse. Si bien es cierto que algunas comunidades, como la catalana, habían llegado más lejos y mucho antes. La Ley 21/2000, de Cataluña, de 29 de diciembre, da el primer paso importante en la regulación del derecho a la información de los pacientes, reconociéndoles el derecho a acceder a todos los documentos que figuran en el historial clínico y a obtener copia de los autos que figuran en ella.

Esta Ley catalana 21/2000, en su artículo 8, ya regulaba otro de los derechos abanderados por las legislaciones más avanzadas: el de las instrucciones previas, conocido como “testamento vital”. A Cataluña le siguieron Galicia con La Ley 3/2001, de 28 de mayo;

Extremadura –Ley 10/2001, de 28 de junio– y Navarra –Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo–. A esta regulación específica sobre la voluntad vital se sumaron posteriormente el País Vasco, la Comunidad Valenciana, Andalucía, Castilla y León y Aragón.

En cuanto al derecho a la segunda opinión, Navarra fue la primera con la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre. Le siguieron Andalucía, con la Ley 2/1998, de 15 de junio, y Extremadura, con la Ley 10/2001, de 28 de junio.

Respecto al derecho a la libertad de elección de médico y centro, Andalucía fue la primera que reguló la libre elección de médico general y pediatra por el Decreto 257/1994, de 6 de septiembre, sustituido luego por el Decreto 60/1999, de 9 de marzo. Navarra, con el Decreto Foral 244/1994, de 28 de noviembre, regula la libre elección de médico general y pediatra; y con el Decreto Foral 241/1998, de 3 de agosto, la elección de médico especialista. En 1990 el País Vasco reconoció la elección –con restricciones– de hospital y servicio especializado; y en 1998 reguló la libre elección del paciente en AP. Hasta 2003 Cataluña no regula la libre elección de médico general y pediatra en todo el territorio de Cataluña, salvo para la atención domiciliaria.

Existen diferencias notables entre las CC AA en la cobertura sanitaria de la población inmigrante, pues algunas no exigen –como hace la normativa estatal– el empadronamiento como condición de acceso (Rivera, 2005).

Tal y como impone la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud –según la cual se pretende garantizar la protección de la salud, la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria, a la que tienen derecho todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia–, ya se ha desarrollado y se encuentra en proceso de debate el proyecto de RD por el cual se establece la cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud.

Este proyecto –que consta de doce artículos y que especifica la cartera básica en nueve anexos– pretende recoger en sus artículos 2 y 11 garantías y competencias para usuarios y administraciones.

En su artículo 2.4, para proteger la igualdad efectiva entre los habitantes del territorio nacional, recoge que “los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde le pueda ser facilitado”.

Los dos últimos artículos se refieren a los servicios complementarios sufragados por las CCAA: “las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del

mismo (...) Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. En todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos en el artículo 5, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud”.

Tal y como señala la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en su informe provisional sobre este RD, si se exigen los mismos requisitos –establecidos en el artículo 5 de la propuesta del RD– tanto para los servicios llamados complementarios –incorporados por las CC AA– como para los servicios básicos –establecidos en el propio RD, art. 5–, ¿cómo entender que los servicios complementarios no pasen a ser entonces servicios básicos y comunes? No debe ser tan ambigua la regulación de un aspecto tan importante como es el margen de diversidad en la cobertura sanitaria: “si hay margen para distintos resultados, deberían enunciarse los criterios y competencias que puedan dar lugar a los mismos” (SESPAS, 2006).

Este proyecto también señala el papel ante estas prestaciones complementarias del Consejo interterritorial, que “conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias”, y crea un sistema de información que recogerá las diferentes carteras complementarias de las comunidades autónomas, al que podrán tener acceso los servicios de salud, los profesionales y los usuarios.

Hasta qué punto el desarrollo de este RD contribuirá a garantizar la accesibilidad y equidad entre territorios descentralizados dependerá, más allá de su desarrollo administrativo y de procedimientos, de la voluntad política y de la capacidad técnica, medios y competencias para gestionar carteras de prestaciones y servicios (SESPAS, 2006).

3.2 Las desigualdades en el gasto sanitario y la financiación territorial de la Sanidad

La financiación territorial de la Sanidad en España tiene una historia turbulenta e inestable, con cambios de modelo dependientes de las vicisitudes políticas del momento. El modelo actual –que desde 2002 consagra la financiación no finalista– ha de ser revisado pese a su “vocación de estabilidad”. La necesidad de revisión del modelo es en la actualidad el único punto del tema sobre el que existe consenso político. El sentido del cambio es objeto de controversia. Incertidumbres políticas más generales –el Estatut catalán– impiden que tengamos en estos momentos una visión clara de futuro. Hay una indudable tendencia hacia un mayor grado de corresponsabilidad fiscal de las CC AA, que requiere aumentar su capacidad normativa sobre los impuestos.

Los principios de la fórmula de reparto territorial son: estabilidad, generalidad, suficiencia, autonomía y solidaridad. La crisis de 2005 se debió fundamentalmente a la insuficiencia de los recursos para la Sanidad. También coadyuvó a la crisis el hecho de que la fórmula de la Ley 21/2001 no revisara los porcentajes de reparto cuando varían datos estructurales importantes. Las asignaciones específicas de nivelación de la Ley 21/2001 por aumento poblacional de una comunidad autónoma en un año tres puntos por encima del conjunto nacional, al no ser acumulativa resulta insuficiente. Entre 1999 y 2003 la población de Baleares aumentó más de un 16%, y más de un 14% la canaria, mientras que la asturiana disminuyó. Pero el reparto no ajusta por esas variaciones.

Desde una perspectiva histórica de largo plazo, la insuficiencia financiera de la Sanidad pública es un problema crónico que ha venido paliándose con aportaciones extraordinarias, casi periódicas, del Estado. El reparto extraordinario de septiembre de 2005 es el último jalón en esa secuencia.

El salto cualitativo del modelo de la Ley 21/2001 respecto a las fórmulas anteriores es que consagra la corresponsabilidad fiscal como principio básico del sistema. El acuerdo de septiembre de 2005 de parchear con dinero del Estado la insuficiencia financiera de la Sanidad ha supuesto un retroceso en la corresponsabilidad fiscal, y en este sentido es un mal antecedente.

En la práctica, las fórmulas de financiación territorial en España no incorporan objetivos de reducción de desigualdades territoriales. El llamado fondo de cohesión, de nombre equívoco, apenas cubre en la práctica la atención de pacientes desplazados. Todavía no se ha encontrado una fórmula satisfactoria para resolver los flujos interiores de pacientes, ni para compensar a las CC AA por la atención a pacientes extranjeros. El RD 1247/2002, que regula la gestión del Fondo de Cohesión, excluye la atención primaria y la atención urgente, así como las compensaciones por gastos de farmacia. Incentiva a las CC AA a emitir pacientes a otras regiones, sin asumir ningún coste por ello. El “coste compensable” por el Fondo de Cohesión se ha estimado (anexos I y II del RD 1247/2002) en el 20% del coste fijo en hospitales, más el 100% del variable que, en términos medios, corresponde a un 40% del coste total de cada GRD, y con tarifas que representan el 80% del coste total estimado de otras pruebas y procedimientos (anexo I B). El RD 1247/2002 es poco preciso al establecer las condiciones y requisitos para los desplazamientos de pacientes: “con autorización expresa de la comunidad autónoma de origen y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción, cuando en la comunidad autónoma de residencia no se disponga de los servicios hospitalarios que se requieren, o éstos sean manifiestamente insuficientes para atender a la población, dentro del ámbito territorial de dicha comunidad” (art. 2.1.a).

El estudio sobre el gasto sanitario, liderado por la Intervención General de la Administración del Estado en 2005 con la participación de las comunidades autónomas, pone de manifiesto que hay diferencias sustanciales entre comunidades autónomas en lo que se refiere al gasto sanitario *per capita*, en parte porque el reparto territorial de los

fondos estatales no sigue un criterio capitativo estricto, en parte porque hacen esfuerzos financieros distintos con sus propios recursos para financiar la asistencia sanitaria.

En 2003 el gradiente entre la comunidad autónoma que más gastaba en Sanidad por persona y la que menos gastaba fue de 210 euros –en torno al 20% del gasto medio– y aumentó respecto a 1999 –162 euros–, según datos del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario creado por la I Conferencia de Presidentes 2005. Sin embargo, esta diferencia de gasto *per capita* no debe interpretarse necesariamente como una deficiencia del sistema o síntoma de inequidad. Comparada con otros países de sistema nacional de salud descentralizado, España es un país relativamente homogéneo en gasto. Las diferencias de gasto sanitario público *per capita* podrían estar reflejando necesidades diferentes y un modelo que ajusta por necesidad (véase la revisión internacional de medidas de necesidad para repartos presupuestarios entre territorios en el apartado 1 de este trabajo). También podrían ser consecuencia de ineficiencias sistemáticas del gasto público en algunas CC AA. Gastar más no necesariamente implica gastar mejor, como ha puesto de manifiesto de manera contundente la bibliografía sobre economía de la salud (Fisher y Welch, 1999a; Fisher y Welch, 1999b).

Tabla 2. Gasto sanitario público por persona protegida. 2003

| CC AA | Euros | Porcentaje de la media |
|----------------------|------------|------------------------|
| Andalucía | 903 | 95% |
| Aragón | 1.069 | 112% |
| Asturias | 1.061 | 111% |
| Baleares | 908 | 95% |
| Canarias | 999 | 104% |
| Cantabria | 1.073 | 113% |
| Castilla-La Mancha | 936 | 98% |
| Castilla y León | 1.029 | 107% |
| Cataluña | 958 | 100% |
| Comunidad Valenciana | 934 | 98% |
| Extremadura | 1.026 | 107% |
| Galicia | 980 | 102% |
| Madrid | 863 | 91% |
| Murcia | 951 | 99% |
| Navarra | 1.089 | 114% |
| País Vasco | 1.028 | 108% |
| La Rioja | 994 | 104% |
| Ceuta | 1.018 | 107% |
| Melilla | 1.058 | 111% |
| Nacional | 953 | 100% |

Fuente: Borrador del Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público. mediariomedico.com. Política Sanitaria de 23 de junio de 2005

Según un estudio econométrico reciente con datos del periodo 1992-98 (Costa-Font y Pons-Novell, 2005), hay evidencia empírica de que, con la descentralización, el gasto sanitario público en España ha aumentado, que las regiones más ricas gastan más *per capita*, las forales más que las de régimen común, y que el gasto público depende positivamente de la disponibilidad de *inputs*, pero no de la estructura etaria o el envejecimiento de la población. Otro resultado relevante de ese estudio es que se produce una intensa interacción espacial. Es decir, el gasto sanitario público de una región está influido por el gasto de las regiones limítrofes. Una de las causas de este “contagio” puede ser la emulación de las políticas y de las negociaciones de convenios colectivos, en lo que se convierte en una “carrera hacia la cima”, en una especie de “competición intergubernamental”, en la que cada región se toma como referencia para fijar objetivos, para fijar el máximo alcanzado por el conjunto de las CC AA.

Por otra parte, conviene tener en cuenta que la cuantía del gasto sanitario de un país o de una región no tiene traducción directa en términos de salud, acceso a la Sanidad o bienestar. Los estudios comparativos internacionales demuestran, sin género de duda, que a medida que los países y regiones aumentan su nivel de renta, van aumentando su gasto sanitario, tanto en términos absolutos, como en relación al PIB. Esta “ley” que califica la Sanidad como “bien de lujo” en términos macro, no se traduce, sin embargo, en mejoras claras de los niveles de salud, en los términos de los indicadores tradicionales —esperanza de vida, años potenciales de vida perdidos—. Los países ricos, también España, están alcanzando la parte plana de la curva de Preston, en la que los aumentos marginales del gasto sanitario apenas consiguen mejoras de salud. Los datos españoles del periodo 1992-1998 no corroboran que en España la Sanidad sea un “bien de lujo”, ya que la elasticidad-renta (PIB) del gasto sanitario público de las CC AA es inferior a la unidad (Costa-Font y Pons-Novell, 2005).

3.3 Desigualdades de utilización

Las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos son también una realidad constatable, aun cuando las poblaciones comparadas tengan perfiles de morbi-mortalidad muy similares. Respecto a la justificación de estas diferencias también parece haber consenso: no responden a factores intrínsecos, a las características de los pacientes, sino, más bien, a factores que tienen que ver con la oferta disponible. Los estudios empíricos demuestran que cuanto mayor es la cantidad de recursos disponibles, en términos de camas hospitalarias, alta tecnología o recursos humanos, mayores son los niveles de utilización.

Ante este hecho es necesario resaltar dos cosas: en primer lugar, que los criterios de dotación de oferta pocas veces responden a necesidades basadas en evidencia científica, antes bien, a situaciones de inercia histórica o a criterios puramente políticos; en segundo

lugar, que una mayor utilización de los servicios sanitarios no implica necesariamente mejores resultados en salud. “No siempre más es mejor”.

Tanto si las diferencias geográficas se deben a una sobreutilización de servicios no efectivos, que imponen un gasto sanitario alto e innecesario, como a la infrautilización de recursos o tecnologías de demostrada eficacia o a su mala utilización, es imprescindible contar con criterios de carácter científico que permitan la toma de decisiones de dotación y ordenación de recursos en un entorno, con la menor incertidumbre posible.

Las desigualdades en la oferta y en el acceso a los servicios sanitarios son más evidentes que las desigualdades de salud, incluso a pesar de la precariedad del sistema de información. Son muchos los estudios que en nuestro país demuestran la existencia de la importante variabilidad de utilización entre áreas de salud. Sólo a modo de ejemplo, y para procedimientos o tecnologías cuyo uso es independiente de las características de la demanda, pueden observarse las diferencias injustificadas de utilización que se muestra en las Tablas 3 y 4. A pesar de sus limitaciones –datos muestrales de la ENS, utilización declarada que

Tabla 3. Tasas de mamografías por cada mil mujeres

| | Entre 20 y 44 | Entre 45 y 64 | Más de 65 años |
|--------------------|---------------|---------------|----------------|
| Andalucía | 206 | 736 | 364 |
| Aragón | 283 | 823 | 361 |
| Asturias | 165 | 738 | 499 |
| Baleares | 274 | 808 | 417 |
| Canarias | 192 | 824 | 623 |
| Cantabria | 200 | 810 | 397 |
| Castilla y León | 228 | 847 | 454 |
| Castilla-La Mancha | 297 | 921 | 471 |
| Cataluña | 303 | 906 | 545 |
| C. Valenciana | 251 | 907 | 556 |
| Extremadura | 245 | 780 | 325 |
| Galicia | 166 | 832 | 531 |
| Madrid | 301 | 858 | 546 |
| Murcia | 262 | 754 | 413 |
| Navarra | 216 | 873 | 619 |
| País Vasco | 215 | 864 | 435 |
| Rioja | 258 | 913 | 575 |
| Máximo | 303 | 921 | 623 |
| Mínimo | 165 | 736 | 325 |
| Max/min | 1,84 | 1,25 | 1,92 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003

Tabla 4. Porcentaje de población con vacunación antigripal por CA

| | De 4 a 65 años | Más de 65 años |
|----------------------|----------------|----------------|
| Andalucía | 9,32 | 57,58 |
| Aragón | 7,28 | 61,55 |
| Asturias | 13,81 | 63,29 |
| Baleares | 10,61 | 65,77 |
| Canarias | 9,43 | 53,01 |
| Cantabria | 9,86 | 56,11 |
| Castilla y León | 12,58 | 68,67 |
| Castilla-La Mancha | 15,42 | 70,30 |
| Cataluña | 12,46 | 70,05 |
| C. Valenciana | 10,86 | 57,24 |
| Extremadura | 8,07 | 74,88 |
| Galicia | 9,81 | 59,61 |
| Madrid | 12,66 | 64,14 |
| Murcia | 13,89 | 65,69 |
| Navarra | 7,25 | 65,79 |
| País Vasco | 8,41 | 69,61 |
| Rioja | 7,03 | 64,30 |
| Total | 11,02 | 63,70 |
| Máximo | 15,42 | 74,88 |
| Mínimo | 7,03 | 53,01 |
| Máximo/mínimo | 2,19 | 1,41 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003

no necesariamente coincide con la real–, ofrece un retrato muy serio de desigualdades injustificadas. Es evidente la necesidad de arbitrar políticas sanitarias que mitiguen esta variabilidad entre CC AA hasta las puramente aleatorias.

Destacamos el Proyecto VPM-IRYSS, Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud de la Red de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Bernal, 2005), cuyo objetivo primario, según reza el editorial de su primer volumen de marzo de 2005, es “describir y difundir, de forma sistemática, las variaciones geográficas en la utilización de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud para informar las políticas sanitarias y la gestión clínica y de servicios de salud”. En esta misma editorial se expresan las dificultades que existen en nuestro país para contar con la información necesaria para la construcción de este Atlas de utilización y variabilidad en el SNS. La escasez de bases de datos, la resistencia histórica a la provisión de información por parte de las autoridades sanitarias y la falta de información homogénea entre las comunidades autónomas serán los primeros impedimentos a los que tendrán que hacer frente en el curso de sus investigaciones.

El proyecto de la red IRYS ha empezado a aportar información muy útil sobre las desigualdades territoriales actuales en la utilización de servicios sanitarios en España. En su primer volumen (números 1 y 2) se publican con detalle los resultados de sus investigaciones en el Sistema Nacional de Salud sobre variaciones en cirugía ortopédica y traumatología (volumen 1, número 1), así como en variaciones en intervenciones de cirugía general (volumen 1, número 2). En ambos casos los resultados para algunos procesos son elocuentes. ¿Qué factores pueden explicar que en algunos territorios de nuestro país la probabilidad de recibir una artroplastia o una intervención de espalda, hombro o túnel carpiano sea de 1 de cada 8-10 personas, mientras que en otros sea de 1 cada 50 personas? En la segunda investigación, de seis procedimientos quirúrgicos estudiados, la tasa de variabilidad de la tasa estandarizada de intervenciones entre áreas de salud pertenecientes a 13 comunidades autónomas puede considerarse baja en dos de ellos –apendicectomía y colecistectomía–, y muestran rangos de variación considerados de nivel medio a alto en los otros cuatro –hernia inguino-femoral, hernia ventral e incisional, proctología y amputación de miembro inferior– según los límites establecidos en el Atlas de Dartmouth.

Llegados a este punto, los autores se plantean varias cuestiones: “¿La accesibilidad de una persona a un tratamiento adecuado es distinta según el lugar donde viva? ¿Cuál es el coste de oportunidad de los recursos extra destinados a doblar, triplicar o multiplicar por 60 la tasa de intervenciones respecto a un área vecina? ¿La utilización de servicios viene predeterminada por la geografía antes que por la morbilidad?” Según las conclusiones de esta investigación, la variabilidad se explica, sobre todo, por factores de oferta. Así, desde el punto de vista de la política y gestión sanitaria, las estrategias para reducir esta variabilidad entre territorios deben provenir de tres vías: una primera, basada en la difusión, estandarización y protocolización del conocimiento científico para reducir la incertidumbre; una segunda basada en el control de la oferta, mediante actuaciones sobre financiación, información y organización, de forma que consiga mitigarse la correlación positiva entre intervenciones y recursos disponibles; y una tercera vía, basada en conseguir resoluciones que respondan, no sólo a los criterios del facultativo, sino que el paciente, informado y sabido, juegue el papel que le corresponde en la toma de decisiones.

3.4 Desigualdades de acceso

Las desigualdades de acceso a la atención sanitaria de calidad que afectan a los ciudadanos van desde las que se refieren al tiempo que se tarda en llegar al centro de salud o al hospital de referencia hasta las demoras para recibir asistencia debido a las listas de espera.

Por ejemplo, un paciente de El Hierro que deba ser controlado de manera periódica por el nefrólogo tendrá que viajar cada seis meses en avión a otra isla sólo para acudir al hospital

de referencia para una consulta externa. Sin embargo, tener una cartera de servicios “completa” en El Hierro no sería aconsejable porque la isla no alcanza el umbral de tamaño poblacional para la eficiencia. No se trata sólo de una cuestión económica, sino de que los equipos médicos aprenden con la experiencia. Y la atención de calidad requiere un volumen de práctica que no se alcanza en territorios de estas características. El gran reto es encontrar el equilibrio socialmente deseable entre eficiencia y equidad.

A nivel territorial es donde se reflejan los conflictos entre eficiencia y equidad. Sin embargo, todavía queda margen para las políticas e intervenciones que obvian el conflicto, porque tanto la eficiencia como la equidad mejoran cuando se actúa sobre los grupos más desfavorecidos. Estos, por encontrarse en la parte de la curva de Preston de elevada pendiente, consiguen logros marginales importantes de efectividad con pequeños aumentos de recursos.

Hay riesgo de que ciertas nuevas tecnologías que mejoran la efectividad diagnóstica o terapéutica empeoren la equidad. La bibliografía ofrece numerosos ejemplos de que el gradiente social y económico es mayor que para las tecnologías médicas tradicionales. También se demuestra en ella que hay diferencias relevantes entre países en cuanto a la disponibilidad y uso de las nuevas tecnologías (González López-Valcárcel, 2005; OCDE, 2003).

Tras las transferencias, se ha producido una ampliación de las carteras regionales de servicios, así como una mejora generalizada, en términos interregionales, del acceso: se construyen hospitales comarcales, se establecen servicios que antes se prestaban en centros nacionales de referencia –parapléjicos; unidad de quemados...–.

Las desigualdades que la sociedad percibe como más graves son los tiempos de acceso en términos de listas de espera. A ellas dedicamos el apartado siguiente.

A) Listas de espera: criterios normativos y datos

Las listas de espera sanitaria son un elemento común a la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados (Espallargues *et al.*, 2000). Sin embargo, su existencia no es *per se* un indicador de ineficiencia. Tiempos de demora aceptables en el recibimiento de ciertos servicios sanitarios pueden ser la consecuencia lógica de los ajustes del mercado. Incluso pueden ser convenientes y necesarios para una gestión óptima de recursos escasos.

Pero pocos argumentos pueden justificar la situación a la que se ha llegado en nuestro país. Según el informe sobre listas de espera elaborado por el Defensor del Pueblo y publicado en 2003 (Defensor del Pueblo, 2003) –quizás el primer movimiento administrativo de envergadura para describir la situación actual–, alrededor de 160.000 personas se encontraban ese año pendientes de una intervención quirúrgica en los centros sanitarios públicos, y un total de 421.716 pacientes estaban incluidos en lista de espera quirúrgica para someterse a una intervención programada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) a 31 de diciembre de 2004.

Al problema propiamente clínico-sanitario se añade el del histórico desconocimiento de la situación real sobre las listas de espera sanitaria. Errores en su gestión, carencias de los sistemas de información, falta de homogeneidad y regulación y otras tantas deficiencias han dado lugar a una situación socialmente inaceptable.

Si bien hace ya bastante tiempo que la mayoría de los países de nuestro entorno abordó el problema de las listas de espera, regulando, por ejemplo, los tiempos de garantía o implantando sistemas de información, aunque, en gran medida, elaborando planes de choque –en 1992 Suecia establece tres meses máximo para 12 procedimientos; en 1993 Finlandia publica los datos sobre sus listas de espera y en 1996 establece tiempos de garantía de 3 días para la atención primaria y 2 semanas en atención especializada; en 1993 Irlanda pone en marcha su Waiting List Initiative; en 1987 el Reino Unido elabora un plan de choque contra las listas de espera, así como tiempos de garantía desde 1991–, en nuestro país no ha sido hasta el año 2003, con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuando se ha abordado desde una perspectiva global y con mecanismos explícitos este importante problema socio-sanitario.

Esta Ley establece las garantías de espera en el sistema sanitario: “en el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco”.

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

Para la materialización de este objeto, propone la implantación de un sistema de información en materia de listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud; la definición de los criterios e indicadores básicos, mínimos y comunes para una adecuada indicación y priorización de los pacientes en lista de espera en el Sistema Nacional de Salud, así como la información que deba facilitarse a los ciudadanos en materia de listas de espera.

Esta misma norma establece un período de seis meses para la adaptación de los sistemas de información autonómicos sobre listas de espera quirúrgicas, y doce meses sobre consultas

externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas, además de la obligación de remitir al Ministerio de Sanidad y Consumo datos sobre sus listas de espera con periodicidad semestral.

Las CC AA –desde las pioneras como Valencia (1996) y Navarra (1998), hasta la última en sumarse, Madrid (2004), pasando por las más innovadoras como Andalucía y Castilla-La Mancha (2005)–, han ido desarrollado su propia normativa y adaptándose a lo establecido en el RD 605/2003, uno de cuyos principales objetivos es la homogeneización de los sistemas de información entre las CC AA.

La Tabla 5, publicada por el Observatorio del SNS en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003 (2004), a la que se le ha añadido la Comunidad de Madrid¹, la nueva normativa de Castilla-La Mancha² y la de Andalucía³, explicita las principales diferencias entre las aportaciones de las CC AA a los tiempos de garantía: derecho a acudir al sector privado, fijación de tiempos máximos, procesos incluidos, condiciones de obtención de garantías, etc. Aunque al final las diferencias, al menos legislativas, no son sustanciales.

Los tiempos de garantía de atención especializada son, por lo general, de entre 60 y 180 días, con excepciones como Madrid –30 días– o Castilla-La Mancha –15 días–. Para el paciente, el proceso administrativo de obtención de garantías es bastante complejo en la mayoría de las CC AA. En todas ellas se garantiza la atención en el sector privado si se sobrepasan los plazos de garantía, si bien –salvo en Aragón, Navarra y Castilla-La Mancha– se limita la utilización de centros de la propia comunidad. Existe también bastante homogeneidad en los procedimientos garantizados y en la cobertura de enfermos y acompañantes.

El plan más novedoso –con buenos resultados apreciables– es el de Castilla-La Mancha, donde se ha hecho un gran esfuerzo por perfeccionar la coordinación entre la atención primaria y la especializada, mejorando la capacidad terapéutica de la atención primaria y estableciendo una red de información centralizada. Desde febrero de 2005 los plazos garantizados para ser operado son de 90 días; de 15 para consultas y de 7 para pruebas diagnósticas. Estas medidas han ido acompañadas de un plan integral de inversiones para evitar que su cumplimiento se convierta en una desviación de actividad al sector privado, sentando las bases de una mejor gestión y mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios públicos.

Pero las listas de espera siguen siendo una de las principales asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario. Según los resultados del último barómetro sanitario referido a

¹ Orden 602/2004, de 14 de junio, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

² Decreto 8/2005, de enero de 2005, que incorpora un nuevo desarrollo de la Ley 18/2002.

³ Decreto 96/2004, de 9 de marzo, que aporta la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el sistema sanitario público de Andalucía.

Tabla 5. Plazos y tiempos de garantía por CA (Continúa...)

| CC AA | Normativa legal | Garantías tras plazo máximo | Elección | Plazo máximo | Procedimientos garantizados | Requisitos para la garantía | Pago de la intervención | Otros gastos |
|-----------|---|---|----------------|---|--|--|---|---|
| Andalucía | D. 209 (BOJA 18/09/2001) D. 96/2004 de 9/03/2004 | Para procesos asistenciales: se podrán ofertar en centros concertados, si el paciente no obtiene cita en plazo de respuesta y éste hubiera transcurrido, podrá requerir la atención en un centro sanitario privado autorizado. La administración queda obligada al pago de los gastos al centro | Andalucía | 60 días primera consulta de AE 30 días procedimientos diagnósticos | Alrededor de 700 quirúrgicos 8 procesos asistenciales 20 especialidades 100 procedimientos diagnósticos Prácticamente la totalidad de las determinaciones analíticas | Inscripción en el Registro de procesos asistenciales, en el Registro de primeras consultas o en el Registro de procedimientos diagnósticos | Pendiente de desarrollo | Pendiente de desarrollo |
| Aragón | D. 89 (BOA 29/04/2003) | Requerir el tratamiento en un centro público/privado. La Administración queda obligada al pago de los gastos al centro | Estado español | 30-180 días según procedimiento y prioridad | Cirugía valvular y coronaria. Ca., laringe, colon, mama, vejiga, próstata, cervix uterino, cuerpo útero, cataratas, artrosis de cadera y rodilla | No haber rechazado la intervención Incluido en el registro de demanda No haber rechazado derivación Autorización previa | Tarifa fija para cada procedimiento | Desplazamiento del enfermo y acompañante Hospedaje y manutención del acompañante |
| Canarias | O. 202 (BOC 15/05/2003) | Requerir el tratamiento en un centro privado. La Administración queda obligada al pago de los gastos del centro | Canarias | 150 días | Cataratas, varices, extremidades inferiores, hemiorrafia inguinal/femoral, colestectomía, artroscopia, vasectomía, prostatectomía, liberación túnel carpiano, prótesis de cadera, histerectomía, amigdalectomía, <i>hallux valgus</i> , sinus o quiste pilonidal | No haber rechazado la intervención Incluido en el registro de demanda No haber rechazado derivación Autorización previa | Tarifas aplicables a la prestación de asistencia sanitaria concertada con entidades públicas y privadas | Desplazamiento del enfermo y acompañante Hospedaje y manutención del acompañante |
| Cataluña | D. 354 (DOGC 24/12/2002) | Requerir el tratamiento en un centro no incluido en la red hospitalaria de utilización pública con los que exista contrato | Cataluña | 180 días | Cataratas, intervención varices, extremidades inferiores, hemiorrafia inguinal/femoral, colestectomía, artroscopia, vasectomía, prostatectomía, liberación túnel carpiano, prótesis de cadera, histerectomía, septoplastia, amigdalectomía/adenoidectomía, prótesis de rodilla | No haber rechazado la intervención Incluido en el registro de demanda No haber rechazado derivación Autorización previa | No consta | No consta |

Fuente: Observatorio del Sistema Nacional de Salud (2004)

Tabla 5. Plazos y tiempos de garantía por CA

| CC AA | Normativa legal | Garantías tras plazo máximo | Elección | Plazo máximo | Procedimientos garantizados | Requisitos para la garantía | Pago de la intervención | Otros gastos |
|----------------------|--|--|----------------------------|--|--|--|---|--|
| Castilla-La Mancha | L. 24 (BOE 5/12/2002) D. 9(DOCM 28/01/2003) D. 1/2004 D. 8/2005 | Requerir el tratamiento en un centro público/privado. La Administración queda obligada al pago de los gastos al centro | Castilla-La Mancha | Consulta Atención especializada 15 días 7 días pruebas diagnósticas 90 días cirugía programada | | No haber rechazado la intervención Incluido en el registro de demanda No haber rechazado derivación Autorización previa | Tarifas fijadas en decreto por el consejo de gobierno | Desplazamiento del enfermo y acompañante Hospedaje y manutención del acompañante. Información mensual sobre la lista |
| Madrid | Orden 602/2004 (BOC Madrid 25/06/2004) | | | | | | | No consta |
| Navarra | LF (BOE 06/04/1999) O. 138 (BON 29/09/1998) | Requerir el tratamiento en un centro público/privado. Los gastos se imputarán al hospital en cuya lista de espera figure el paciente | Navarra y CC AA limitrofes | 180 días | Procedimientos quirúrgicos programados | No haber rechazado derivación | No consta | |
| Comunidad Valenciana | D. 97 (DOGV 21/05/1996) O. 4/06/1996 | No desarrollado | No desarrollado | 90 días | No desarrollado | Autorización previa No desarrollado | No desarrollado | |

Fuente: Observatorio del Sistema Nacional de Salud (2004)

2004 (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2005), el 58,6% de los españoles piensa que el problema de las listas de espera sigue igual o que ha empeorado en los últimos doce meses. Según el Informe Anual 2004 del Defensor del Pueblo, las quejas relativas a intervenciones quirúrgicas han descendido sensiblemente, pero siguen siendo muy significativas las referentes a consultas externas y técnicas y a pruebas diagnósticas.

El esfuerzo de la Administración, plasmado en el RD 605/2003, por abordar la creación de un sistema de información nacional sobre listas de espera ha permitido al menos acercarse de forma más aproximada a su magnitud e importancia.

Según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo –diciembre de 2004–, que incluyen a todas las CC AA, la lista de espera quirúrgica no urgente se redujo un 3,3% respecto a la misma fecha del año anterior, con un total de 421.716 pacientes esperando para someterse a una intervención programada, lo que aproximadamente representa que 10 de cada 1.000 habitantes están a la espera de una actuación quirúrgica en alguna de las tres categorías de prioridades recogidas por el Real Decreto 605/2003.

El tiempo promedio de espera es de 74 días, con un 8,4% de pacientes que esperan más de 6 meses para su intervención. Los tiempos de espera más prolongados se presentan en neurocirugía –110 días–, cirugía maxilofacial –107 días– y cirugía plástica –102 días–. Tres especialidades aglutinan el 65% de los pacientes en espera: traumatología, oftalmología y cirugía general y del aparato digestivo.

Pero la normativa estatal no parece haber sido suficiente para superar los problemas de homogeneización y gestión de los tiempos de demora entre las comunidades autónomas. Siguen existiendo discrepancias importantes entre las CC AA. Algunas de ellas aparecen recogidas en el Informe 2004 del Defensor del Pueblo y se refieren a aspectos claves como los “criterios de priorización”, los “tipos de listas de espera”, las llamadas “agendas cerradas” –la existencia de pacientes con indicación que no tienen cita asignada para ser atendidos y que no figuran en la lista de espera correspondiente–, el “periodo de espera técnica” y algunos otros factores que siguen contribuyendo a que la información disponible aún no sea homogénea y fiable.

3.5 Desigualdades en salud

Muchos autores coinciden en definir la inequidad en términos de desigualdades (“injustas”) en salud. Estas son las que importan, más allá de las diferencias en utilización de servicios sanitarios. En España, como en otros países del entorno, el gradiente social es el principal determinante de las desigualdades en salud –entre “ricos” y “pobres”; entre personas con educación y analfabetos–. En tanto que la pobreza y la exclusión social son las causas últimas de las desigualdades en salud, las políticas sociales deberían trascender

las meramente sanitarias. Al enfocar el problema hacia la desigualdad territorial, se podría enmascarar la auténtica dimensión del problema.

Un informe reciente encargado por la presidencia británica de la Unión Europea (Judge, Platt, Costongs y Jurczak, 2005) evalúa la desigualdad bajo esta perspectiva social y analiza las políticas nacionales pro igualdad –políticas de cohesión social–, diferenciando entre los países que cuantifican objetivos de reducción de las desigualdades y los países que no lo hacen. También la Comisión Europea ha definido su estrategia de Lisboa en términos de reducción de desigualdades sociales, cohesión social, pobreza y exclusión social. Los objetivos Salud 21 de la OMS para Europa se definen asimismo en términos de grupos socioeconómicos, obviando cualquier referencia geográfica, salvo la distinción entre zonas rurales y urbanas. Que la obesidad, problema creciente y pandémico en España, tenga una mayor prevalencia entre los grupos socioeconómicos desaventajados, o que las tasas de mortalidad de esos grupos superen ampliamente las tasas de los grupos sociales favorecidos, son aspectos más sintomáticos de desigualdad relacionada con la salud que el hecho de que en tal región haya que esperar un promedio dos meses, y en tal otra, cuatro, por una consulta con el especialista.

Los argumentos del párrafo anterior nos llevan directamente a las desigualdades en salud. Las enfocaremos en su dimensión geográfica, de acuerdo con el objeto de este informe, aunque nos parece oportuno recalcar que las desigualdades de salud están estrechamente relacionadas con las desigualdades sociales, y sólo de manera indirecta se reflejan en los territorios o en las regiones administrativas.

En cuanto a las desigualdades interregionales en salud, algunas CC AA españolas incorporan en sus planes de salud objetivos de reducción, reconociendo implícitamente la dimensión social –por encima de la territorial– de la desigualdad en salud. Así, el Plan de Salud del País Vasco (Departamento de Sanidad, 2006) establece objetivos cuantitativos, como reducir en un 25% entre 2002 y 2010 las diferencias sociales en la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y por enfermedades cardiovasculares. También establece objetivos de reducción de las desigualdades sociales en los hábitos de vida –tabaquismo–, obesidad y en la autopercepción del estado de salud.

La salud es un componente del capital humano que genera bienestar. Por tanto, debe ser analizada en el contexto tridimensional del bienestar, que incluye salud, educación y renta. Un programa de investigación del IVIE sobre capital humano ha calculado el Índice de Desarrollo Humano de España y de sus regiones y provincias, así como su dinámica en el período 1980-2000 (Villar, Herrero y Soler, 2004). El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas mide la salud mediante la esperanza de vida al nacer, la educación con la tasa de alfabetización de adultos y la matriculación en los distintos niveles educativos, además de la renta mediante el PIB. El estudio del IVIE concluye que la tendencia del desarrollo humano ha sido claramente positiva, constatando la convergencia en los niveles de desarrollo entre las distintas comunidades autónomas y provin-

cias. No obstante, en los IDH del año 2000 subsisten diferencias regionales importantes. Madrid, con un índice de 0,945, es comparable a Suecia o Canadá –los primeros del mundo–, mientras que las regiones del sur –Extremadura, Andalucía, Murcia– están en niveles del índice de 0,863-0,872, similares a Argentina y Chile.

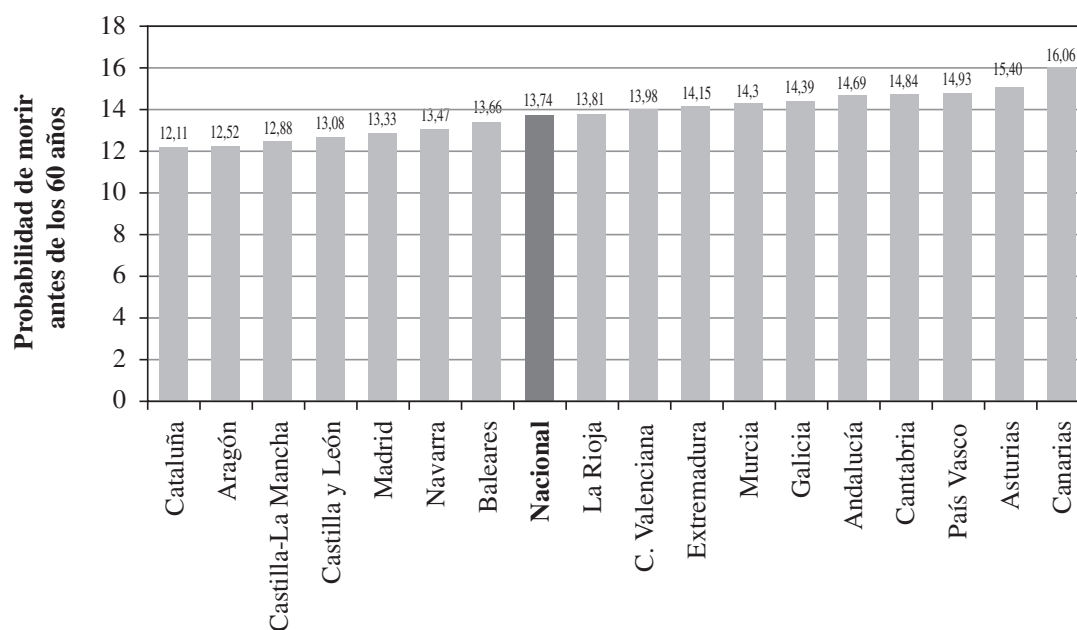
La esperanza de vida en España entre 1980 y 2000 ha crecido un 4,69%. Comparando este crecimiento global con el de las autonomías y analizando las variaciones entre los años citados, Aragón, Castilla y León, Cataluña y Madrid son las únicas comunidades que están por encima de la media nacional en ambos periodos de tiempo, mientras que Andalucía, Asturias, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Canarias y Murcia estaban y han permanecido por debajo del crecimiento medio nacional. Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra, País Vasco y La Rioja han cambiado de posición, ya que, de tener un crecimiento inferior al nacional, han pasado en 2000 a situarse claramente por encima de la media. Por su parte, la comunidad de Baleares es la única que ha realizado el cambio en sentido negativo. El estudio del IVIE concluye que entre 1980 y 2000 se ha reducido la variabilidad de esperanza de vida al nacer dentro de las CC AA, pero las diferencias entre éstas se han acrecentado.

Otro indicador que podemos usar para medir diferencias en salud es la vulnerabilidad a la muerte a una edad relativamente temprana, que se mide con la probabilidad al nacer de no vivir más allá de los 60 años. Según el mismo estudio, esta probabilidad ha pasado del 13,7% en 1980 al 11,2% en 2000. Tampoco parece que haya habido convergencia respecto a este indicador. La variabilidad ha permanecido constante, y de las cinco comunidades que más han mejorado –Cantabria, Madrid, País Vasco, Navarra y Castilla-La Mancha–, tres ya se situaban en las mejores condiciones de partida, mientras que Asturias y Canarias no han abandonado las dos últimas posiciones (Gráficos 1 y 2).

Otro trabajo reciente (Montero, Jiménez y Martín, 2006a), en el que se analiza en qué medida y cómo el proceso de descentralización territorial de la Sanidad ha afectado o no a la convergencia en salud entre las comunidades autónomas –utilizando como base la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, y empleando modelos económicos de convergencia beta y sigma–, concluye que en el periodo analizado (1981-2002) no se ha producido convergencia en salud y que, aunque los resultados se deben interpretar incluso con cautela, dada la limitación en los indicadores utilizados, las divergencias pueden continuar ampliándose.

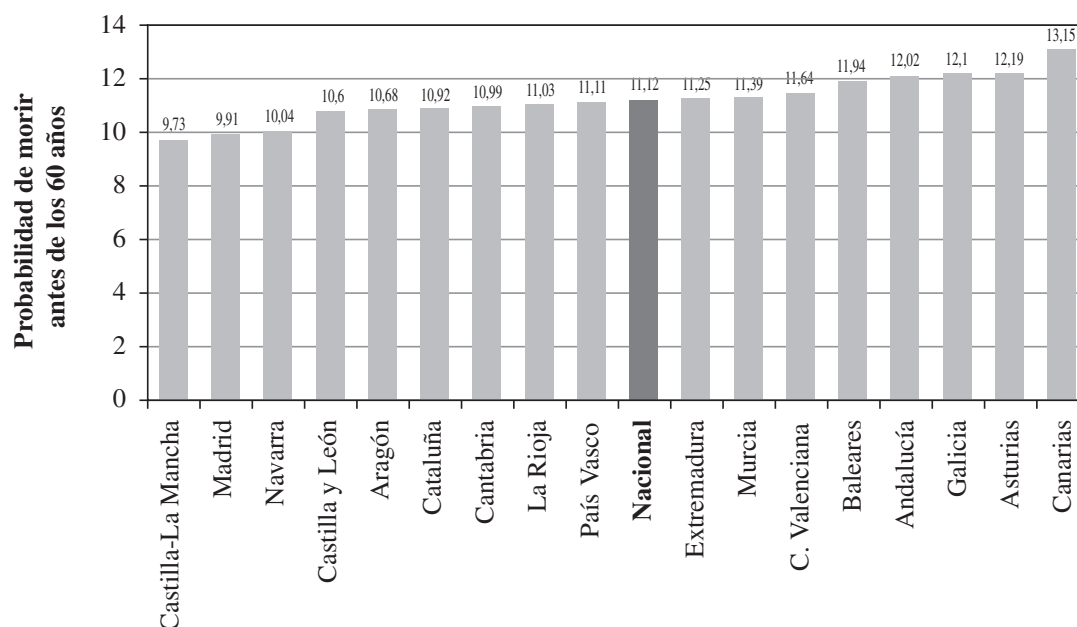
Según el Informe Anual del Observatorio Nacional de Salud (2003), en el que se analizan y comparan las Encuestas Nacionales de Salud de 1993 y 2001, los indicadores de morbilidad siguen un patrón de desigualdad Noreste-Suroeste. En el detallado Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (Benach *et al.*, 2001) también se describe un gradiente acusadísimo Norte-Sur en determinadas causas de muerte, como las enfermedades cerebrovasculares o la enfermedad isquémica del corazón, mientras que para otras causas de muerte la variabilidad intracomunitaria es mucho mayor que las variaciones entre CC AA –por ejemplo, cáncer de colon–.

Gráfico 1. Esperanza de vida limitada (1980)



Fuente: Capital Humano y Desarrollo Humano de España, sus CC AA y provincias. 1980-2000.

Gráfico 2. Esperanza de vida limitada (2000)



Fuente: Capital Humano y Desarrollo Humano de España, sus CC AA y provincias. 1980-2000.

En un enfoque estático comparado, las desigualdades interregionales de mortalidad estandarizada en España son por lo general menores que las desigualdades intrarregionales (Benach *et al.*, 2001). No hay que olvidar que la “geografía” no es, a fin de cuentas, más que un criterio derivado de la equidad y no una causa de desigualdad. Hay un gradiente socioeconómico de salud que las transferencias sanitarias no han solucionado. Lo mismo ocurre en otros países, como Suecia, en el que el gradiente socioeconómico de salud, en términos de esperanza de vida y de AVAC, ha empeorado entre 1980 y 1997 (Burstrom, Johannesson y Diderichsen, 2005). En un enfoque dinámico, se aprecia cierto proceso de convergencia en salud –indicadores de salud– entre provincias, pero no está claro que lo haya habido entre CC AA.

Con todo, las desigualdades geográficas en salud que afrontamos en España son más moderadas que en otros países europeos. A título ilustrativo, mencionamos a continuación algunos ejemplos referenciados en la bibliografía. La diferencia de esperanza de vida al nacer entre los hombres de East Dunbartonshire y de la ciudad de Glasgow era en 1998-2000 de 7,4 años (Crombie, Irvine, Elliot y Wallace, 2005). La tasa de mortalidad por debajo de 65 años en Manchester es de 69,3 por 100.000, mientras que en Kensington y Richmond es de 20,6 por 100.000. Las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que viven en áreas ricas del Reino Unido tienen una tasa de supervivencia a los 5 años del 71%, frente al 63% en las áreas pobres (Department of Health, 2002b). Según otro informe británico, en Inglaterra los hombres que residen en Manchester viven casi 7 años menos que los que viven en Barnet (Department of Health, 2002a). Esos ejemplos ilustrativos nos sirven de referencia para valorar el alcance de las desigualdades en salud entre regiones y áreas españolas. En España la diferencia máxima de esperanza de vida al nacer entre comunidades autónomas en 1999 era de 2,75 años para los hombres y de 3,12 años para las mujeres⁴.

Según un estudio acerca de las consecuencias de la descentralización sanitaria en España (López Casasnovas, Costa-Font y Planas, 2005), hacia el año 2000 los resultados de salud no eran mejores en las CC AA con transferencias sanitarias que en las del Insalud Gestión Directa. La mortalidad evitable muestra una pauta Norte-Sur que está en correlación con el gasto sanitario *per capita*. No hay en España correlaciones significativas entre desigualdades regionales en el gasto sanitario y desigualdades en los indicadores de salud. Hasta qué punto las diferencias geográficas en salud se deben a las actuaciones –o a la falta de actuaciones– del sistema sanitario, o se deben a otros factores, como los estilos de vida, es una cuestión abierta. Ciertos tipos de desigualdad en salud entre CC AA tienen una causa tangible, que se puede atribuir a las políticas. Por ejemplo, los programas públicos de salud bucodental infantil (PADI) iniciados hace quince años en Navarra y en el País Vasco son la causa atribuible de las diferencias significativas en la evolución de las caries infantiles entre esas CC AA y las del resto del país. Algunas desigualdades territoriales en salud no pueden

⁴ www.ine.es.

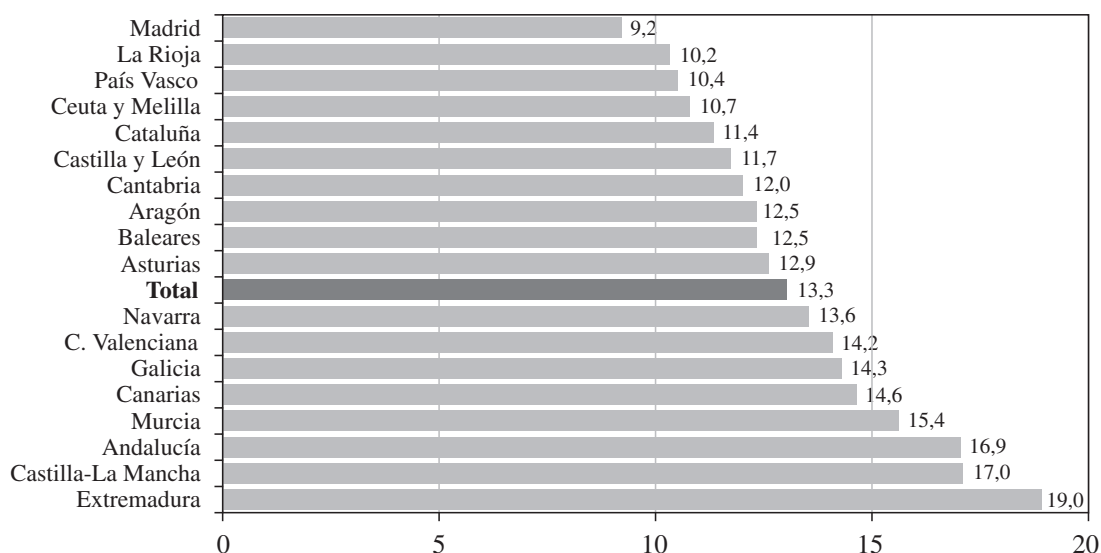
atribuirse –ni se podrían haber evitado– al sistema sanitario, por ejemplo, la muerte en accidentes de tráfico, uno de los “puntos negros” de nuestro país.

Comparando las dos últimas Encuestas Nacionales de Salud (2001 y 2003), los estilos de vida evolucionan de forma poco halagüeña –excepto en el tema del tabaquismo, pues, por primera vez, se ha reducido el consumo, incluso en la población femenina–. Hay problemas de obesidad en un 13,6% de la población mayor de 18 años, cuando en 2001 era de un 12,8%; y de sobrepeso en un 36,8%. La dieta sigue alejándose de la mediterránea. Un 55% de los españoles declara no realizar ninguna actividad física en su tiempo libre, y el 40,8% se declara bebedor habitual. El Gráfico 3 es ilustrativo de que el problema de la obesidad es mayor en las CC AA de menor renta.

3.6 Visión subjetiva de las desigualdades territoriales: la opinión de los ciudadanos sobre los sistemas regionales de salud

Según el Barómetro Sanitario, la satisfacción –*output* del sistema al que se le da una importancia cada vez mayor– difiere entre CC AA (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2005). En su edición de 2004, la valoración que hacen los usuarios del sistema sanitario público va

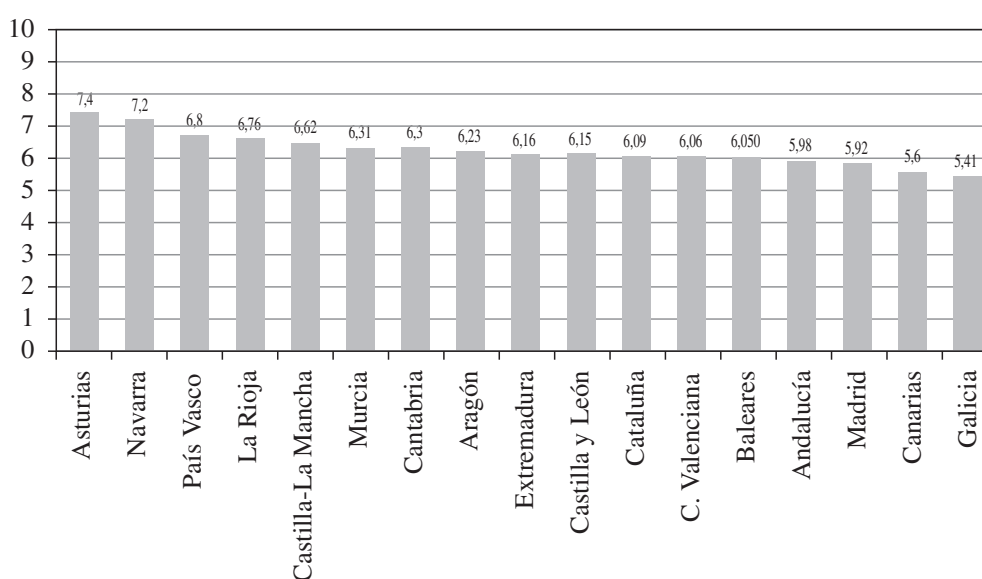
Gráfico 3. Obesidad declarada (2003). Porcentaje de IMC > 30 por CA



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. INE 2005.

desde el notable recibido en Asturias y Navarra al ligero aprobado de Canarias y Galicia (Gráfico 4). Dos puntos sobre diez de diferencia en la valoración media entre dos CC AA marca una diferencia muy significativa⁵ y, desde el punto de vista de la cohesión del sistema, es, a nuestro juicio, un síntoma muy preocupante. Lo mismo ocurre con el gradiente de percepción de la calidad de los servicios sanitarios públicos de la comunidad autónoma por comparación con las demás o con la percepción de discriminación por calidad asistencial (Gráfico 5).

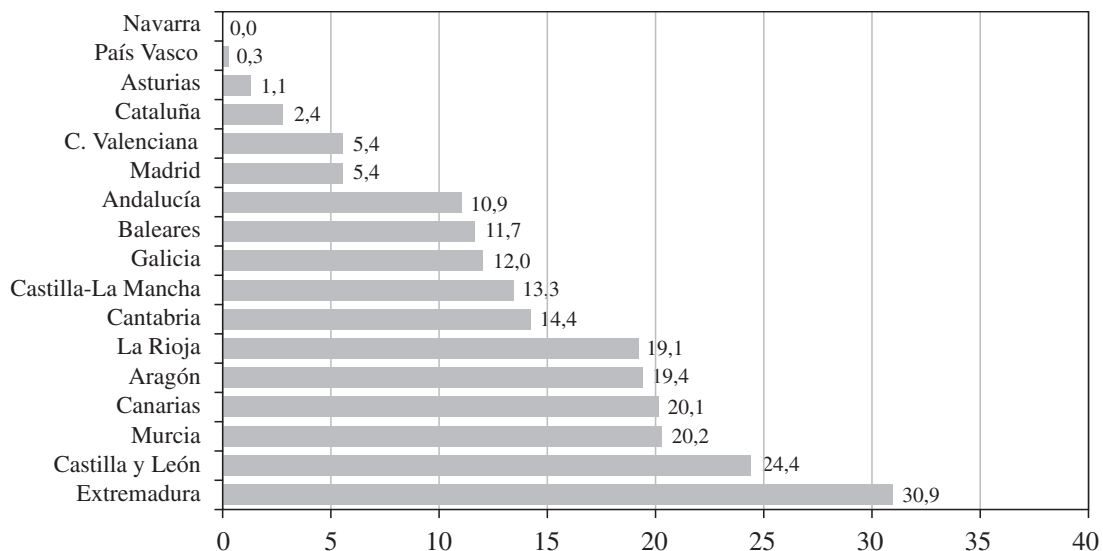
Gráfico 4. Satisfacción de los españoles con el funcionamiento del sistema sanitario público



Fuente: Barómetro Sanitario 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁵ Hay que recordar que la valoración media en una comunidad autónoma resulta de promediar las respuestas de los encuestados, cuyo número oscila entre 200 (La Rioja) y 801 (Andalucía). Recordemos también que la distribución muestral de la media está más concentrada que la de la población, siendo su variabilidad igual a la poblacional dividida entre el tamaño de la muestra. Una diferencia de dos puntos sobre 10 en la puntuación media, con esos tamaños muestrales y las variaciones del Barómetro, expresa diferencias muy significativas en las correspondientes poblaciones.

Gráfico 5. Porcentaje de personas que consideran que los servicios sanitarios que reciben en su comunidad son peores que los que se reciben en otras CCAA



Fuente: Barómetro Sanitario 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

4. El papel de las instituciones

En la Sanidad, el reparto de papeles entre el nivel central y el autonómico es una cuestión teóricamente cerrada que se reabre con frecuencia. Tras la intensa descentralización de la organización y gestión sanitaria, al Ministerio de Sanidad se le reservan muy pocas competencias. Incluso a algunas de ellas se las cuestiona desde las comunidades autónomas, como la fijación de precios de medicamentos, las decisiones de inclusión de nuevos fármacos o prestaciones en la póliza de aseguramiento público.

La imprescindible coordinación del sistema de salud se realiza de forma “voluntarista”, por consenso, en el Consejo Interterritorial. Esta forma de operar lo hace vulnerable a las vicisitudes de la virulencia de los enfrentamientos políticos y le resta operatividad y capacidad de ejecución. El Consejo Interterritorial no se parece en nada al consejo de administración de una gran empresa descentralizada.

El Ejecutivo es “muy poco ejecutivo” en Sanidad. Por una parte, define normativamente los límites de lo “tolerable” en cuanto a desigualdades territoriales –criterios de listas de espera; cartera básica de servicios–, pero no tiene capacidad ejecutiva para tomar medidas contra una comunidad autónoma que no cumpla esos mínimos. En Canadá, país muy próximo a España, la financiación sanitaria a las provincias tiene una parte condicionada al cumplimiento de objetivos. Algo parecido se puso en marcha en España con el control de la incapacidad laboral, pero ha sido una experiencia concreta y marginal. Los límites “tolerables” de la desigualdad en España no están definidos de forma precisa. Pero aunque lo estuvieran, no hay mecanismos financieros que redistribuyan recursos entre territorios para reducir desigualdades intolerables, si se produjeran. El llamado Fondo de Cohesión del SNS no responde a su nombre. Sólo se ocupa de financiar –algunos– pacientes desplazados. Las políticas de salud a nivel nacional –definidas en planes integrales de salud– que incorporen objetivos de reducción de desigualdades necesitan de financiación específica.

Para el buen funcionamiento del sistema de salud es fundamental que se respete el principio de lealtad institucional. El Estado no debería imponer obligaciones de gasto a las CC AA –nuevas prestaciones– sin garantizar que éstas puedan conseguir la correspondiente financiación. Por su parte, las CC AA no deberían reclamar del Estado fondos para cumplir obligaciones que son de su exclusiva competencia (Sánchez Maldonado y Molina Garrido, 2005).

En un sistema sanitario descentralizado como el español, las conexiones de las políticas regionales no se limitan al hecho de compartir el acatamiento de la normativa de una autoridad sanitaria común, o de coordinarse formalmente en el Consejo Interterritorial. Las iniciativas e innovaciones, organizativas y de gestión, de las CC AA pioneras se transmiten –se copian– por otras. La homogeneidad entre CC AA en Sanidad es mucho mayor de lo que a primera vista se podría valorar. En los boletines oficiales regionales se puede seguir fácilmente la traza de disposiciones previas publicadas por otras CC AA. A título de ejemplo, véanse los precios de los conciertos, las leyes que configuran los servicios regionales de salud, la evolución de los acuerdos laborales o algunos programas de cribado poblacional o de salud.

5. Conclusiones y recomendaciones para las políticas

5.1 Sobre la situación actual de la desigualdad territorial y sus tendencias

- El *ranking* de CC AA según niveles de salud no concuerda con la ordenación según criterios de gasto sanitario, acceso o utilización de servicios. En consecuencia, el nivel de gasto público en Sanidad *per capita* no debe ser empleado como indicador de equidad –o de falta de equidad– territorial. Las diferencias interregionales en variables contextuales son tan importantes en España que anulan la capacidad predictiva del gasto sobre la salud: niveles de precios de los factores productivos, eficiencia de gestión de los recursos para la salud, grado de necesidad sanitaria, etc.
- En España, el nivel de desigualdad territorial en gasto sanitario, en cobertura aseguradora, en acceso, en utilización y en salud es moderado en comparación con el de otros países del entorno. Aunque no hay evidencia científica concluyente, es posible que las desigualdades intracomunitarias sean tanto o más acusadas que las desigualdades entre CC AA. A raíz de la descentralización sanitaria se ha iniciado una tendencia a aumentar las desigualdades entre CC AA, así como a reducir las desigualdades internas entre áreas y zonas de salud. En este sentido, en España la descentralización ha tenido efectos positivos para la equidad territorial.

5.2 Sobre el concepto de equidad y el tamaño de la ventana por la que miramos

- Hasta qué punto el concepto de equidad varía entre las regiones de España es una cuestión empírica que convendría explorar. El “tamaño de la ventana por la que miramos” es la dimensión clave para definir las políticas pro igualdad. ¿La dimensión relevante es la igualdad entre los ciudadanos de una región o de todo el país? Reconocer que los criterios de equidad pueden ser locales legitima la disparidad de los objetivos de las políticas regionales de salud, limitando el ámbito de las decisiones centralizadas. Como ejemplo, apuntamos la cobertura de los “nuevos españoles” –inmigrantes–.

- En cualquier caso, sería muy conveniente explicitar los juicios sociales de valor que guían, a modo de principios, las decisiones sobre asignación de recursos públicos para las políticas de salud y la atención sanitaria. Una iniciativa reciente en este sentido es la del Reino Unido (National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE–, 2005).
- Pretender que la homogeneidad –uniformidad– sea un objetivo es incoherente con la descentralización. Se descentraliza para mejorar la eficiencia –uso más eficiente de información local, proximidad a los centros de decisiones–, pero también para permitir variaciones territoriales en los objetivos de los sistemas regionales de salud, en las prioridades y en las valoraciones sociales. En este sentido, equidad no equivale en absoluto a igualdad o uniformidad. No obstante, hay un listón mínimo de derechos, prestaciones y niveles relacionados con la salud que el Sistema Nacional de Salud ha de garantizar a todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia. En este sentido, la heterogeneidad es admisible sólo a partir de cierta cota, por debajo de la cual debe imperar la uniformidad.

5.3 Sobre la cartera de servicios del sistema sanitario público

- Definir una cartera básica de servicios del SNS es un primer paso necesario, aunque no suficiente, para la cohesión del SNS español. Sin reglas del juego claras no se puede ni empezar a jugar, ni valorar el juego. En este sentido, el Fondo del Plan de Calidad del SNS aprobado en 2005 es un primer paso.
- La mejor terapia para prevenir las desigualdades relacionadas con el acceso y uso de las nuevas tecnologías es la protocolización de la atención sanitaria: guías clínicas de carácter nacional. Proponemos la creación de una Agencia Nacional de Calidad Clínica y Evaluación de Tecnologías, al estilo del NICE inglés.
- Dado que en España ya estamos acercándonos a la parte plana de la curva de Preston –en la que aumentos marginales del gasto sanitario apenas consiguen mejoras de salud–, muchas prestaciones aportan mejoras de calidad de vida y bienestar relacionado con la salud, más que tratamientos a “vida o muerte”. Sin embargo, no hay consenso claro en España sobre cuál debe ser el grado de cobertura pública de esas “prestaciones del bienestar”, que pueden diferir entre CC AA. Sería deseable un debate público al respecto.
- Abundando en el punto anterior, y relacionándolo con el paradigma de la “centralidad del paciente” y su derecho a elegir, está claro que hay prestaciones “del bienestar” proclives a elección y pago por parte del paciente –habitación individual, calidad y alcance de los servicios hoteleros en general–. También hay prestaciones actualmente cu-

biertas que son objeto de debate, al menos entre los técnicos⁶. Pero el proceso de desfinanciación pública es políticamente todavía más costoso que el de financiación de nuevas prestaciones.

5.4 Acerca de los sistemas y flujos de información en el Sistema Nacional de Salud

- La falta de un sistema de información integrado del Sistema Nacional de Salud español es actualmente, a nuestro juicio, el principal obstáculo para avanzar hacia mejoras de salud, reducción de desigualdades y eficiencia. La descentralización sanitaria ha supuesto una gran pérdida de información para el sistema. Afortunadamente, parte de los fondos asignados al Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2005 se destinarán al desarrollo del sistema de información del Sistema Nacional de Salud. El liderazgo del MSC, que está impulsando la informatización de las historias clínicas, la receta electrónica, así como bases de datos homogéneas sobre listas de espera, es esencial en este sentido.
- La búsqueda de una estrategia para el sistema de información integrado para España podría beneficiarse de las experiencias de sistemas nacionales de información de otros países como Australia, Canadá y el Reino Unido.
- El sistema de información integrado para España debería incluir, al menos, un Registro de Personal actualizado y un subsistema de información de profesionales sanitarios; bases de datos de precios de insumos, de costes; de actividad –diseño de un modelo de registro de datos equiparable al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitales, para la atención primaria–; información sobre listas de espera y tiempos de acceso; receta electrónica, historial clínico electrónico intercomunicable entre niveles asistenciales y entre territorios; cuadro de mando; conjunto básico de indicadores de calidad de la atención sanitaria; protocolos y guías de práctica clínica comunes a todas las CC AA, por iniciativa de la Agencia Nacional de Calidad Clínica.

⁶ Los economistas de la salud han manifestado mayoritariamente en una encuesta tipo Delphi su desacuerdo con la cobertura pública de la fertilización *in vitro*, en términos de eficiencia y equidad del sistema. Algunos países europeos la excluyen de la cobertura pública porque no cubre necesidades que puedan ser calificadas como tales desde la perspectiva social (López Casanovas y Sáez Zafra, 2005) .

5.5 Acerca de las desigualdades del gasto y de las fórmulas y criterios de la financiación territorial y el futuro del fondo de cohesión

- La uniformidad del gasto sanitario no debería ser el objetivo de un sistema de salud descentralizado como el español. Las CC AA tienen el legítimo derecho de decidir el nivel de prioridad de la salud entre sus políticas sociales y asignar más o menos esfuerzo fiscal a ese fin. El Estado debería garantizar unos mínimos de cobertura y acceso a prestaciones de calidad, para lo que habría que garantizar la financiación mínima suficiente para la cartera de prestaciones básicas.
- Garantizar que la financiación territorial de la Sanidad se distribuya con criterios de igualdad no es condición ni necesaria ni suficiente para la equidad geográfica. Partiendo de las reglas del juego del consenso actual, basadas en dar más cuerda a las CC AA –aumentar el grado de corresponsabilidad fiscal–, la financiación estatal debería garantizar unos mínimos en condiciones de prestación eficiente de los servicios de la cartera básica, pero no asumir como objetivo la uniformidad del gasto *per capita* en salud.
- La estabilidad de las reglas del juego de la financiación territorial es un valor por sí misma. Desgraciadamente, aunque la Ley 21/2001 tenía vocación de “inmortalidad”, ya se ha cuestionado en su cuarto año de funcionamiento y se ha acordado revisarla en profundidad en 2007.
- Aunque legalmente las CC AA tienen cierta capacidad normativa para aumentar sus ingresos tributarios, en la práctica el ejercicio de esa capacidad es muy limitado y debería revisarse. En cualquier caso, hay consenso en que las CC AA deberían tener mayor capacidad de recaudar impuestos, así como capacidad normativa sobre su fiscalidad. El proceso de descentralización de la gestión sanitaria debería ir asociado a la descentralización de la financiación y al aumento de la capacidad normativa de las CC AA sobre impuestos. No se puede dar responsabilidad sobre la atención sanitaria a las CC AA sin reconocer también su responsabilidad financiera y su capacidad para aumentar sus ingresos. Para mitigar los conflictos entre este principio y el de solidaridad o equidad, es preciso establecer fondos de “compensación” suficientes, de “igualdad” y/o de cohesión.
- En la práctica, las fórmulas de financiación territorial en España no incorporan objetivos de reducción de desigualdades territoriales –excesivas–. El llamado fondo de cohesión, de nombre equívoco, en la práctica apenas cubre –y de forma parcial– la atención de pacientes desplazados. La cohesión del Sistema Nacional de Salud es algo más que la posibilidad de desplazamientos de los pacientes, como reconoció posteriormente la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Esta ley añade objetivos –aunque no fondos– al Fondo de Cohesión, que debe corregir desigualdades, financiar el uso tutelado de nuevas tecnologías y retribuir a los centros de referencia. Además, el fondo

de cohesión debería cubrir las nuevas prestaciones del sistema, pero su cuantía es claramente insuficiente, de modo que genera más frustración y pelea entre las administraciones regionales por el reparto que soluciones. Aunque se plantearon debates sobre fondos de igualación o de cohesión basados en necesidad sanitaria, no se han materializado. La “solución” adoptada en septiembre de 2005 –ampliar la cuantía de los fondos de cohesión– es sólo un paliativo de corto plazo.

- Es ilusorio y estéril pretender que las CC AA son fundamentalmente iguales, y que, por tanto, hay que tratarlas como tales. Su tamaño oscila entre ocho millones de habitantes en Andalucía y menos de trescientos mil en La Rioja. Las CC AA pequeñas no alcanzan la dimensión mínima para configurarse como “plan de seguro” financiado capitativamente. Se ha propuesto (Martin, Rice y Smith, 1998) la cota de medio millón de habitantes para que un plan de seguro asociado a un grupo de médicos generales financiados *per capita* asuma su *pool* de riesgos. En pro de la eficiencia global, no todas las CC AA deberían disponer de todos los servicios. En este sentido, para garantizar la eficiencia sin atentar contra la equidad debe reconocerse, moral, jurídica y financieramente el papel de los fondos de cohesión y por pago a desplazados, administrados por el MSC. Pero también hay un espacio importante para los acuerdos bilaterales, fructíferos y de mutuo acuerdo, entre CC AA vecinas.
- Como consecuencia de lo anterior, proponemos una reforma en profundidad, con mejora técnica, del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el MSC, y en un fondo de cohesión –o “fondo de igualdad” propiamente dicho– para reducir desigualdades y para realizar políticas de salud de ámbito supraregional. En este sentido apunta una propuesta reciente (Martín Martín y Sánchez Campillo, 2005) que nos parece digna de consideración. Consiste en crear un fondo de igualdad que tendría carácter finalista en su financiación y suficiencia dinámica garantizada para financiar políticas de salud de ámbito estatal. Podría ser gestionado por una agencia relativamente autónoma respecto del Gobierno del Estado. La Organización Nacional de Trasplantes –y la política de trasplantes en general– es un referente próximo que ha tenido éxito. El fondo de cohesión o igualdad debería vincularse a los planes integrales de salud –cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes– que corren el riesgo de quedarse en papel mojado a menos que se doten de recursos financieros.

5.6 Sobre la colaboración y lealtad institucional y el reparto del ejercicio de las competencias

- El Ministerio de Sanidad debe reforzar su liderazgo en los procesos de reforma que afecten al conjunto del Sistema Nacional de Salud, y disponer de los recursos financieros para este fin.

- En el contexto del necesario cambio de paradigma para situar al paciente en el centro del sistema (Smith, 1998), proponemos el concepto de un SNS multicéntrico, con una coordinación federada, para recuperar la capacidad del aprovechar sinergias, reducir costes políticos y de transacción y ganar por economías de escala y alcance. La coordinación interterritorial previene de efectos adversos relacionados con la diáspora informativa y de decisión.
- La colaboración institucional entre los niveles central y autonómico-local es uno de los pilares fundamentales del Sistema Nacional de Salud. La calidad global del sistema dependerá en gran medida de la calidad de la colaboración en el Consejo Interterritorial y en otros organismos.
- El Sistema Nacional de Salud español debe aprovechar mejor las ventajas de la descentralización, empezando por compartir determinados costes, como el coste político de decir no a la no financiación pública de tratamientos que no sean coste-efectivos, y de poner en marcha la evaluación retrospectiva –desfinanciación pública–. A nuestro juicio, para alcanzar estos fines, el Consejo Interterritorial debería ganar poder ejecutivo, trascendiendo más allá de su actual carácter meramente consultivo. Este cambio exigiría plantear el espinoso tema de la posibilidad del voto ponderado en el Consejo, ya que en la medida que van asumiendo mayores cotas de corresponsabilidad fiscal las CC AA empiezan a ser corresponsables de la financiación de las nuevas prestaciones, deberían tener también cierta capacidad de decisión sobre su incorporación o exclusión a la cartera básica de servicios del SNS.
- No hay duda de que el Gobierno central debe fijar límites mínimos de acceso, calidad, tiempos... La gran cuestión es hasta qué punto debe tener competencias para intervenir si se aprecia claramente que una comunidad no está alcanzando esos mínimos o entra en un proceso de insubordinación. Un consejo interterritorial ejecutivo del SNS podría tener competencias para esos casos.
- Hay otras formas de colaboración bilateral y multilateral entre CC AA –oficiales, para-oficiales, voluntaristas, profesionales...– que enriquecen el tejido sanitario del país. Las intervenciones de la Administración central dirigidas a incentivarlas deben ser bienvenidas –redes de investigación, protocolización conjunta de procesos, intercambios de información...–. Como criterio general, las relaciones deben basarse en el principio de aprovechar las sinergias de compartir, coordinar, colaborar y evitar las fricciones de la uniformidad obligatoria.
- En cualquier caso, deben evitarse las reformas “de papel”. Tan importante como diseñar reformas formalmente impecables, es que sean realistas y que se implementen de manera adecuada.

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Revisión internacional de indicadores de necesidad incorporados a las fórmulas de distribución territorial de fondos en Europa | 13 |
| Tabla 2. Gasto sanitario público por persona protegida. 2003 | 26 |
| Tabla 3. Tasa de mamografías por cada mil mujeres | 28 |
| Tabla 4. Porcentaje de población con vacunación antigripal por CA | 29 |
| Tabla 5. Plazos y tiempos de garantía por CA | 34 |

Gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Esperanza de vida limitada (1980) | 39 |
| Gráfico 2. Esperanza de vida limitada (2000) | 39 |
| Gráfico 3. Obesidad declarada (2003). Porcentaje de IMC > 30 por CA | 41 |
| Gráfico 4. Satisfacción de los españoles con el funcionamiento del sistema sanitario público | 42 |
| Gráfico 5. Porcentaje de personas que consideran que los servicios sanitarios que reciben en su comunidad son peores que los que se reciben en otras CC AA | 43 |

Bibliografía

- Artells, J. (2005), Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado, Fundación Salud, Innovación, Sociedad.
- Benach, J., Yasui, Y., Borrell, C., Rosa, E., Pasarin, I., Benach, N., Español, E., Martínez, J. M., y Daponte, A. (2001), Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- Bernal, E. (2005), Atlas de Variaciones en la Práctica Médica 1[1 y 2].
- Burstrom, B. (2002), Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s, *Health Policy*, vol. 62, n.º 2, pp. 117-29.
- Burstrom, K., Johannesson, M. y Diderichsen, F. (2005), Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997, *Health Econ.*, vol. 14, n.º 8, pp. 831-50.
- Cabasés, J. C. (2006), La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada, Fundación BBVA (en prensa).
- CIS –Centro de Investigaciones Sociológicas– (2005), Barómetro sanitario 2004.
- Costa-Font, J. y Pons-Novell, J. (2005), Public Health Expenditure and Spatial Interactions in a Decentralized National Health System, Documents de treball de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresarials.
- Crombie, I., Irvine, L., Elliot, L. y Wallace, H. (2005), Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective, WHO.
- Defensor del Pueblo (2003), Lista de Espera en el Sistema Nacional de Salud.
- Departamento de Sanidad (2006), Plan de Salud 2002-2010, Gobierno Vasco.
- Department of Health (2002a), Tackling Health Inequalities. Consultation on a plan for delivery, London, UK Parliament.
- Department of Health (2002b), Tackling Health Inequalities. Summary of the 2002 Cross-Cutting Review. London, UK Parliament (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/02/04068002.pdf>).
- Dolan, P. (1997), Modeling valuations for EuroQol health states, *Med Care*, vol. 35, n.º 11, pp. 1095-108.
- Espallargues, M., Gallo, P., Pons, J., y Sampietro-Colom, L. (2000), Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Agencia Española de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña, Agencia Catalana de Evaluación de Tecnologías.

- Fisher, E. S. y Welch, H. G. (1999a), Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse?, *JAMA*, vol. 281, n.º 5, pp. 446-53.
- Fisher, E. S. y Welch, H. G. (1999b), Could more health care lead to worse health?, *Hosp. Pract. (Minneap.)*, vol. 34, n.º 12, pp. 15-2, 25.
- Fotaki, M. (2005), A comparative study of choice in the UK and Sweden under the market-oriented reforms, *Eurohealth*, vol. 11, n.º 3, pp. 3-7.
- Giannoni, M. y Hitiris, T. (2002), The regional impact of health care expenditure: the case of Italy, *Applied Economics*, vol. 14, pp. 1829-36.
- González López-Valcárcel, B. (2005), El cambio tecnológico en Sanidad. Determinantes, efectos y políticas, en Gestión de la innovación y difusión de tecnología en Sanidad, 1ª ed., B. González-López-Valcárcel (ed.), Ed. Masson.
- González López-Valcárcel, B., y Barber, P. (2005), El programa MIR como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos, en Diez innovaciones en Gestión Clínica y Sanitaria, R. Meneu, V. Ortún y F. Rodríguez-Artalejo (eds).
- González López-Valcárcel, B., y Pinilla, J. (2006), Regulación, competencia y precios en los mercados de productos sanitarios, *Gaceta Sanitaria* (vol. en proceso de revisión).
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C., y Jurczak, K. (2005), Health Inequalities: a challenge for Europe, UK Presidency of the EU.
- López Casanovas, G., Costa-Font, J., y Planas, I. (2005), Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services', *Health Econ.*, vol. 14, n.º 1, p. S221-S235.
- López Casanovas, G., y Sáez Zafra, M. (2005), Barómetro para el Diagnóstico y Estudio de de Evolución del Sistema Sanitario Español, CRES y Fundación BBVA, Barcelona.
- Martín Martín, J. J., y Sánchez Campillo, J. (2005), Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud. J. Cabasés (ed.), Fundación BBVA (en prensa).
- Martin, S., Rice, N., y Smith, P. C. (1998), Risk and the general practitioner budget holder, *Soc. Sci. Med.*, vol. 47, n.º 10, pp. 1547-54.
- Montero, R., Jiménez, J. D., y Martín, J. J. (2006a), Convergencia en salud entre las provincias españolas (1975-2000), Fundación BBVA.
- Montero, R., Jiménez, J. D., y Martín, J. J. (2006b), La necesidad sanitaria y su medición: experiencia comparada, en La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada, J. C. Cabasés (ed.), Fundación BBVA.
- NICE –National Institute for Health and Clinical Excellence– (2005), Principles for the development of NICE guidance.
- OCDE –Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos– (2005), Health at a Glance: OECD Indicators, Paris.

- OCDE –Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos– (2003), A disease-Based Comparison of Health Systems. What is best and at what Cost?, Paris.
- Ortún, V., y López Casanovas, G. (2002), Financiación Capitulativa, Articulación entre Niveles Asistenciales y Descentralización de las Organizaciones Sanitarias. *Economics Working Paper 523*. Working Paper nº 17. Research Centre on Health and Economics (CRES) [Publicado en: Documentos de Trabajo 3, Fundación BBVA].
- OSNS – Observatorio del Sistema Nacional de Salud– (2004), Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003.
- Peckham, S., Exworthy, M., Powell, M., y Greener, I. (2005), Decentralisation as an organisational model for health care in England.
- Rivera, B. (2005), Impacto sobre los Sistemas de Salud de las comunidades autónomas. Jornada Técnica AES, Canarias.
- Sánchez Iriso, E. (2005), Innovaciones metodológicas en la evaluación económica de tecnologías sanitarias: principios y aplicaciones empíricas, Universidad Pública de Navarra, Departamento de Economía.
- Sánchez Maldonado, J., y Molina Garrido, C. (2005), Las propuestas actuales de reforma en la asistencia sanitaria. J. Cabases (ed.), Fundación BBVA (en prensa).
- Smith, P. C. (1999), Setting budgets for general practice in the new NHS, *BMJ*, vol. 318, n.º 7186, pp. 776-9.
- Smith, R. (2002), The discomfort of patient power, *BMJ*, vol. 324, n.º 7336, pp. 497-8.
- Smith, R. (1998), Renegotiating medicine's contract with patients. The GMC is leading the way, *BMJ*, vol. 316, n.º 7145, pp. 1622-3.
- Tamayo Lorenzo, P. A. (2001), Descentralización y financiación de la asistencia sanitaria pública en España: un estudio desde la perspectiva de la equidad, Consejo Económico y Social, Madrid.
- The Conference Board of Canada (2004), Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries.
- Ugalde, A., y Homedes, N. (2002), Descentralización del sector salud en América Latina, *Gac. Sanit.*, vol. 16, n.º 1, pp. 18-29.
- Villar, A., Herrero, C., y Soler, A. (2004), Capital Humano y Desarrollo Humano en España, sus comunidades autónomas y provincias, 1980-2000.
- Walker, J., Pan, E., Johnston, D., J. Adler-Milstein, J., Bates, D. W. y Middleton, B. (2005), The Value Of Health Care Information Exchange And Interoperability, *Health Affairs*. 10.1377/hlthaff.w5.10.
- Winblad Spångberg, U. (2005), The role of the physician in implementing patient choice in Swedish healthcare, *Eurohealth*, vol. 11, n.º 3, pp. 7-10.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazario, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.