

POLÍTICA SANITÀRIA I COMUNITATS AUTÒNOMES

POLÍTICA SANITÀRIA I COMUNITATS AUTÒNOMES

SEMINARI

Barcelona, 14 de novembre de 2006

**Francisco Javier Moreno Fuentes
Lluís Bohigas Santasusagna
María Luisa de la Puente Martorell
Pedro Gallo de Puelles
Alfonso Utrilla de la Hoz**



Generalitat de Catalunya
Departament d'Interior,
Relacions Institucionals i Participació
Institut d'Estudis Autònoms

BARCELONA

2007

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Política sanitària i comunitats autònomes : seminari, Barcelona, 14 de novembre de 2006. - (Col·lecció Institut d'Estudis Autònòmics ; 53)

Textos en català i castellà. - Bibliografia

ISBN 978-84-393-7620-0

I. Moreno Fuentes, Francisco Javier II. Institut d'Estudis Autònòmics (Catalunya) III. Col·lecció: Institut d'Estudis Autònòmics (Col·lecció) ; 53

1. Comunitats autònomes - Política sanitària - Congressos

351.77(460)(061.3)

Fotografia de la coberta: Palau Centelles, Barcelona (segle XVI).
Detall d'un relleu sobre la porta de l'estudi.

© **Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis Autònòmics**

Primera edició: desembre de 2007

Tiratge: 1.000 exemplars

ISBN: 978-84-393-7620-0

Dipòsit legal: B.5.516-2008

Impressió: El Tinter, SAL (empresa certificada ISO 9001, ISO 14001 i EMAS)



SUMARI

PRESENTACIÓ

Miquel Àngel Cabellos Espiérrez 9

RETOS SOCIO SANITARIOS PARA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESCENTRALIZADO

FRANCISCO JAVIER MORENO FUENTES 11

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUT I ELS SISTEMES DE SALUT AUTONÒMICS. EVOLUCIÓ I PERSPECTIVES

LLUÍS BOHIGAS SANTASUSAGNA, MARÍA LUISA DE LA PUENTE
MARTORELL 49

LA ORGANIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

PEDRO GALLO DE PUELLES 79

LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD. PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

ALFONSO UTRILLA DE LA HOZ 91

PRESENTACIÓ

El 14 de novembre de 2006 l'Institut d'Estudis Autonòmics va organitzar un seminari sobre «Política sanitària i comunitats autònomes», partint del fet que les comunitats autònomes tenen en aquest àmbit competències d'importància substancial i, després de la culminació dels processos de traspass, el Sistema Nacional de Salut, amb el contingut que li atorga la Llei de 2003, coexisteix amb els sistemes autonòmics.

Només el fet que es produeixi aquesta coexistència ja apunta directament la necessitat de preveure mecanismes de coordinació i cooperació que evitin reiteracions o contradiccions en l'actuació dels diversos ens amb competència en la matèria, o que hi hagi àrees en què ningú no actuï. Fora d'això, un dels problemes principals de la sanitat és el que fa referència al finançament, el qual, a Espanya, s'ha anat configurant de manera diversa en el temps, i amb resultats discutibles.

Aquests i altres aspectes expliquen l'oportunitat de celebrar aquest seminari, les ponències del qual recullen les pàgines d'aquest llibre. En conjunt, configuren un repàs, no cal dir que sense pretensió d'exhaustivitat, d'alguns dels problemes actuals del sistema sanitari a Espanya i, el que és més important, aporten suggeriments i vies de millora.

El llibre s'estructura en quatre parts. La primera, de caire més general, analitza els reptes actuals del nostre sistema nacional de salut descentralitzat, i aborda, entre altres, temes com ara el problema de l'envelliment de la població i les seves conseqüències, les desigualtats socials i la seva traducció en l'accés a la sanitat i en l'estat de salut individual, els efectes del fenomen migratori per a l'organització de la sanitat, o les formes de descentralització d'aquesta.

A la segona, es confronta el sistema nacional amb els sistemes autonòmics i s'analitza a fons les formes de coordinació entre sistemes, els seus àmbits i instruments, els dèficits existents i les possibles formes de començar a superar-los.

La tercera estudia l'organització de la provisió de serveis a les CCAA i estableix com es proveeixen a la pràctica, alhora que mira d'esbrinar si s'ha aprofitat la descentralització en aquest àmbit, i la funció que en aquest

aprofitament pugui tenir la cultura de l'aprenentatge organitzatiu i de l'avaluació.

Per últim, es tracta l'evolució del sistema de finançament de la sanitat i els resultats que ha donat en cada fase, els impostos dels quals sorgeix, els problemes del sistema actual i les línies de millora.

Així doncs, l'obra gira sobre diferents eixos, però té com a objectiu últim, el qual recorre cadascuna de les seves ponències, el d'analitzar el funcionament actual de la concurrència de diferents administracions en l'organització de la sanitat, i els avantatges i problemes que, avui en dia, deriven d'una tal concurrència; a més a més, ho fa des d'una perspectiva pluridisciplinària i la voluntat de proposar, com ja hem dit, vies de millora en cada un dels àmbits estudiats, cosa que, sens dubte, redunda directament en l'interès del llibre.

MIGUEL ÀNGEL CABELLOS ESPIÉRREZ
Responsable de l'Àrea de Recerca
Institut d'Estudis Autònoms
Barcelona, 23 d'octubre de 2007

RETOS SOCIO SANITARIOS PARA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESCENTRALIZADO

FRANCISCO JAVIER MORENO FUENTES
Instituto de Políticas y Bienes Públicos (CSIC)

SUMARIO: 1. Transformaciones en el plano social y demográfico. 1.1. Envejecimiento. 1.2. Desigualdades sociales y su repercusión sobre la salud. 1.3. Inmigración. 2. Reformas en la gobernanza sanitaria. 2.1. Descentralización. 2.2. Transformación de la atención primaria e integración de servicios sociosanitarios. 3. Conclusiones. *Referencias.*

Los principales retos de salud a los que han de hacer frente los países europeos proceden, en gran medida, de una serie de transformaciones sociales y demográficas que están afectando de manera profunda a dichas sociedades. Así, el envejecimiento general de sus poblaciones, el asentamiento de importantes colectivos de origen inmigrante o las marcadas tendencias centrífugas (creciente polarización de rentas y complejidad social), determinan de modo creciente el entorno en el que deben actuar los sistemas sanitarios de dichos países.

Estas tendencias, claramente presentes en el conjunto de los países desarrollados de Europa occidental, aparecen de un modo particularmente acentuado en el caso español. El modelo de políticas de protección social implantado en España a lo largo del siglo xx ha estado tradicionalmente caracterizado por el papel central asignado a la familia como principal red asistencial para las personas dependientes. El escaso desarrollo de los servicios de atención personal y, en general, el desigual grado de cobertura de los servicios sociales, junto a la baja cuantía de las prestaciones monetarias vinculadas a situaciones de dependencia y el pequeño número de plazas existentes en residencias especializadas, muestran la clara predominancia del modelo familiarista (Esping-Andersen, 1999; Moreno Fernández y McEwen, 2005). Este estado de cosas implica un alto grado de correlación entre dependencia y exclusión social, y constituye uno de los parámetros más importantes a tomar en consideración a la hora de analizar la forma

en que las políticas sociosanitarias en España afrontan los retos anteriormente señalados.

En el presente capítulo, se abordará la naturaleza fundamentalmente social de los diferentes procesos de cambio experimentados por la sociedad española, analizando su magnitud e impacto relativo sobre el sistema sanitario, y prestando particular atención a la forma en que dicho sistema ha hecho frente a los mismos. Así, en el primer epígrafe de este capítulo, repasaremos con cierto grado de detalle las consecuencias del gradual, pero significativo, envejecimiento de la población española. Este proceso, resultado fundamentalmente del incremento de la esperanza vida y de una tasa de fecundidad que se ha situado por debajo del nivel de reemplazo a lo largo de los últimos lustros ha supuesto una modificación del perfil de la demanda sanitaria, con un significativo incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y un incremento de las situaciones de dependencia y el consiguiente incremento del gasto sociosanitario (asumido en parte por el Estado, pero también por las familias).

El segundo epígrafe de este capítulo se centrará en el estudio de las desigualdades socioeconómicas existentes en el seno de la sociedad española, su evolución reciente y su traducción directa en el plano de la salud. El incremento de las desigualdades sociales experimentado en la práctica totalidad de los países desarrollados en los últimos años, y en particular en la sociedad española, plantea retos específicos en la evolución de los diferenciales de salud entre distintos grupos de población.

En el tercer epígrafe de este capítulo, prestaremos atención al impacto que el fenómeno migratorio ha tenido sobre la composición de la población española y, por tanto, sobre la demanda sanitaria. En este sentido, podemos avanzar que los procesos migratorios han introducido cierta flexibilidad en determinados ámbitos sociosanitarios (por ejemplo, al contribuir a cubrir determinadas carencias de los sistemas de atención a la dependencia), al tiempo que han generado nuevas demandas específicas (diferente uso de las prestaciones del sistema sanitario, etc.) que precisan de un relativo ajuste en el funcionamiento cotidiano del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Ante este conjunto de retos de naturaleza fundamentalmente social, y con un claro impacto sobre el ámbito de la salud, el SNS ha de reconocer su limitada capacidad de actuación, sin que esto suponga desinhibirse completamente de los mismos y sus efectos. En este sentido, y sin afán de exhaustividad, dado el alto grado de complejidad del tema y la imposibili-

dad de abordarlo en excesiva profundidad en este capítulo, dedicaremos el cuarto epígrafe a plantear la naturaleza de las nuevas formas de gobernanza sanitaria que apuntan en la dirección de las reformas planteadas en el funcionamiento del SNS. El impacto potencial del proceso de descentralización, o la integración de servicios sociosanitarios, constituyen importantes hitos en la redefinición del marco institucional del sistema sanitario en los que nos detendremos brevemente, planteando algunas conclusiones de carácter comparativo con similares procesos emprendidos en otros países europeos.

Las consideraciones finales tratarán de recopilar las cuestiones principales planteadas a lo largo del capítulo, apuntando las conclusiones que pueden extraerse de los diferentes puntos tratados y señalando las tendencias que presumiblemente marcarán la evolución del SNS en los próximos años.

1 · Transformaciones en el plano social y demográfico

Los ámbitos de la salud y la sanidad se encuentran íntimamente interrelacionados con la dimensión social. Así, podemos afirmar que el «capital de salud» del que dispone un individuo (derivado de su propia evolución biográfica) contribuye, junto al resto de «capitales» (social, cultural, educativo, relacional y, por supuesto, económico) a determinar las oportunidades de inserción social de cada persona. Del mismo modo, la inserción socioeconómica de un individuo contribuirá a erosionar el «capital de salud» de esta persona a un ritmo más o menos intenso en función de las condiciones de seguridad, estabilidad y salubridad en que se desarrolle dicho trabajo. La relación entre estructura y agencia debe también ser tomada en consideración y, por tanto, el ámbito de responsabilidad individual en el mantenimiento de su propio «capital de salud» debe ser valorado. Así, determinados hábitos de vida (dieta, consumo de tabaco, alcohol o sustancias estupefacientes, la realización de ejercicio físico o de actividades consideradas de riesgo) han de ser incluidos en la ecuación que determina los retos en salud que una sociedad habrá de afrontar. Las crecientes expectativas sociales sobre la salud, las prestaciones y funcionamiento de la sanidad, la aparición de nuevas formas de familia o la creciente incorporación de la mujer al mercado trabajo, con su respectivo impacto sobre las expectativas y posibilidades decrecientes de cuidado en la familia, cons-

tituyen otros aspectos de ese cambiante entorno social sobre el que se ha de fundamentar el SNS en los próximos años. Como señalábamos anteriormente, dedicaremos los próximos tres epígrafes a los que podemos considerar principales transformaciones sociales con claro impacto sobre la composición de la demanda sanitaria: envejecimiento, incremento de las desigualdades e inmigración.

1.1 • Envejecimiento

Uno de los principales retos al que han de hacer frente las sociedades europeas y en particular la española, a lo largo de las próximas décadas es el progresivo envejecimiento de sus poblaciones. En el caso de España, los mayores de 65 años representan actualmente en torno al 19% del total de la población, aunque según el último informe de prospectiva demográfica de Naciones Unidas este grupo de edad llegará a constituir cerca de un 20% a mediados de la próxima década y podría llegar a representar cerca del 38% de la población española en el año 2050 (ONU, 2000). De acuerdo con dicho informe, el crecimiento del porcentaje de octogenarios seguiría una progresión similar. Una perspectiva muy parecida nos plantean los datos publicados por la OCDE (Tabla 1), según los cuales el ratio de dependencia de la población española pasaría a ser el mayor de Europa, junto con el de Italia. De acuerdo con esta proyección, si la proporción entre población activa y mayores de 65 años era en el año 2000 de en torno a 4:1, en el año 2050 ese ratio se habría invertido y sería de prácticamente 1:2.

Aunque dichas proyecciones demográficas se demostrasen sobreestimadas, como con frecuencia ocurre con este tipo de ejercicios prospectivos, el impacto de las tendencias demográficas subyacentes sobre las estructuras productiva y reproductiva sería en cualquier caso considerable. Así, el más que previsible deterioro de los ratios de población activa respecto a la población dependiente (o del ratio contribuyentes-beneficiarios en los esquemas de aseguramiento social como las pensiones), llevará a una progresiva erosión de la confianza en la sostenibilidad futura de dichos sistemas, provocando un reposicionamiento de los distintos actores sociales respecto al mismo (Fundación SIS, 2000).

En el ámbito sanitario, y dada la alta concentración del gasto en el segmento de población de edad más avanzada (en la actualidad, más del 75%

Tabla 1. Evolución demográfica y dependencia en países europeos

	Ratio dependencia ancianos*		Ratio dependencia muy ancianos**	
	2000	2050	2000	2050
Alemania	26,6	53,2	21,1	37,5
Austria	25,2	58,2	22,7	42,7
Bélgica	28,1	49,5	21,5	39,7
Dinamarca	24,2	40,3	26,8	37,4
España	27,1	65,7	21,8	33,2
Finlandia	25,9	50,6	22,0	35,2
Francia	27,2	50,8	22,2	37,5
Holanda	21,9	44,9	23,3	37,3
Italia	28,8	66,8	21,0	37,1
Irlanda	19,7	45,7	23,1	27,1
Portugal	26,7	50,9	19,1	30,7
Reino Unido	26,6	45,3	25,0	37,3
Suecia	29,4	46,3	28,0	35,7
Media OCDE	23,8	49,9	22,4	35,1

Fuente: Casey *et al.*, 2003.

* Ratio dependencia = mayores de 65 años/personas entre 20 y 64 años.

** Ratio dependencia muy ancianos = mayores de 80 años/personas mayores de 65 años.

del gasto farmacéutico, en torno al 40% del gasto en atención primaria y del 50% en hospitalaria va dirigido a los mayores de 65 años) (INSALUD, 1999), las perspectivas apuntan a un incremento de los costes del funcionamiento del sistema directamente ligado a dicha evolución de la población. El impacto del envejecimiento se hará notar paulatinamente también en una modificación de las pautas de uso, demandas y necesidades que dicho sistema sanitario habrá de afrontar, por lo que la propia composición de dicho gasto sanitario deberá adaptarse a la evolución del perfil demográfico de la sociedad española (Ahn, *et al.*, 2003).

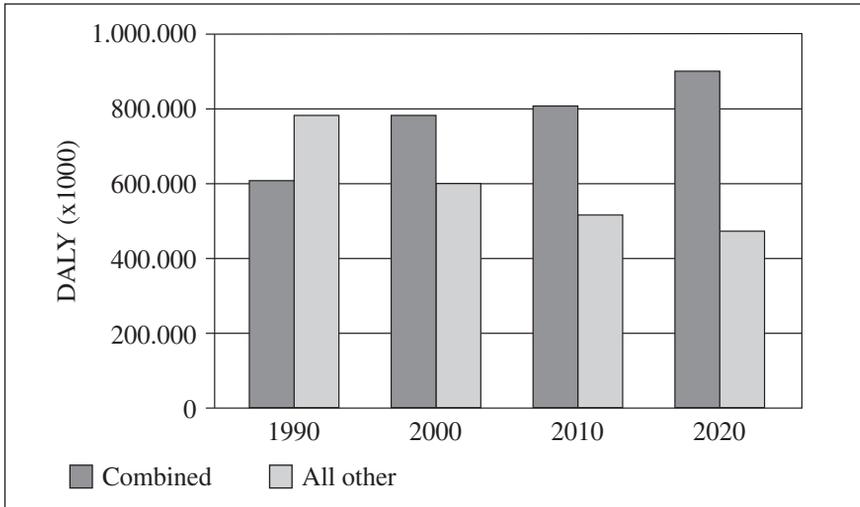
En el plano de las potenciales políticas públicas encaminadas a contrarrestar dicha tendencia, podemos destacar la necesidad de combinar políticas a corto plazo con medidas a medio y largo plazo. El desarrollo de una política de inmigración de carácter integral, algo a lo que haremos mayor referencia en el siguiente epígrafe, puede contribuir a contrarrestar a corto plazo dichas tendencias. En cualquier caso, la aportación de estos nuevos

residentes difícilmente podrá neutralizar el impacto de las tendencias de largo plazo señaladas anteriormente, ya que a partir de un determinado momento, dichos trabajadores se convertirán también en beneficiarios netos de los esquemas de protección social en similar medida que la población autóctona.

Así, los retos derivados del envejecimiento deberán ser abordados mediante medidas dirigidas a tener efecto a medio y largo plazo, lo cual pasaría por intervenciones sobre el mercado de trabajo (introduciendo mecanismos de flexibilización que permitan alargar la vida laboral complementariamente al cobro de la jubilación), y fundamentalmente mediante el incremento de las tasas de natalidad en España (en la actualidad, entre las más bajas del mundo). Para ello, sería necesario articular un conjunto de medidas (regulación, incentivos fiscales, transferencias, intervención pública directa, etc.) que proporcionen respuestas a los múltiples obstáculos que actualmente limitan la capacidad reproductiva de las parejas jóvenes en España (carestía de la vivienda, precariedad laboral, dificultades para compatibilizar vida familiar y laboral, etc.)

El impacto de esa tendencia al envejecimiento sobre la evolución de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la dependencia es claro, y el modo en que sean abordados estos fenómenos determinará en buena medida la evolución de los sistemas sanitarios del futuro. Tal y como viene advirtiendo la OMS, los sistemas sanitarios deben adaptarse paulatinamente al creciente predominio de las enfermedades crónicas y las discapacidades, reduciendo la atención tradicionalmente prestada a las enfermedades agudas. En el gráfico 1, puede apreciarse la inflexión aparecida en la década de los noventa en la composición de las enfermedades que limitan la salud de las personas, con un incremento de las enfermedades consideradas crónicas. Las enfermedades agudas se caracterizan básicamente por dar lugar a episodios de enfermedad independientes unos de otros (incluso cuando corresponden al mismo individuo), que a menudo pueden ser resueltos mediante la intervención de un solo nivel de atención. En contraste, la OMS define las enfermedades crónicas como aquellos «problemas de salud que requieren una gestión y atención continuadas durante años o décadas» (OMS, 2003). Los enfermos crónicos serían así usuarios frecuentes de varios niveles de atención simultáneamente para diversos episodios de la misma patología, de manera que el conocimiento de la historia clínica previa resulta en su caso crítico para garantizar la calidad del tratamiento.

Gráfico 1. Peso relativo de las enfermedades crónicas a nivel global



Fuente: OMS, 2003.

DALY = Disability-adjusted life year (años de vida perdidos ajustados por discapacidad).

Combined = enfermedades no transmisibles, enfermedades mentales, SIDA y tuberculosis.

Los problemas específicos del seguimiento sanitario de los enfermos crónicos se derivan principalmente de la necesidad de desarrollar mecanismos de acompañamiento y seguimiento que mejoren la interconexión entre los diferentes niveles del sistema sanitario. Se debería así asegurar la cobertura en los intersticios interinstitucionales que quedan pautados por las programaciones terapéuticas, así como por la necesidad de diseñar y aplicar mecanismos de acceso flexibles que permitan abordar episodios de agravamiento súbito.

Uno de los colectivos más directamente afectados por la interacción entre enfermedades crónicas y dependencia son obviamente los ancianos, por lo que tanto la composición del gasto como la estructuración de los servicios sociales y sanitarios se verán directamente afectados en los próximos años por las tendencias hacia el envejecimiento de la población a las que hacíamos referencia anteriormente.

Tal y como muestran los datos de la encuesta nacional de salud de 1997, mientras que el número medio de condiciones crónicas entre los ancianos independientes es de 0,8, esta cifra se eleva hasta 1,5 en los ancianos con

problemas de dependencia (Casado, 2001). Según las estimaciones más recientes, actualmente más de 2.300.000 ancianos (un 37% de los mayores de 65 años) precisan algún tipo de ayuda para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana (Casado y López, 2001). Tan sólo el 6% de esos ancianos dependientes ha sido ingresado en una residencia especializada en atención geriátrica (pública o privada), mientras que en torno al 15% recibe algún tipo de atención domiciliaria formalizada. De este modo, más de las dos terceras partes de los ancianos dependientes españoles son atendidos mediante esquemas informales, generalmente a cargo de sus familias, con objeto de responder a sus necesidades diarias.

El reparto de las responsabilidades del ámbito reproductivo, relacionadas con la dependencia de los ancianos, entre mercado, Estado y familias en España distorsiona la valoración económica de este tipo de actividades, al convertir en invisibles las tareas realizadas de modo informal en el seno de las familias. Así, y de forma similar a lo que ocurre en otros países donde predomina el modelo familiarista, el volumen total de recursos que España destina actualmente a proporcionar atención formalizada (domiciliaria y residencial) a los ancianos representa tan sólo el 0,6% del PIB, muy por debajo de la media de la Unión Europea (Jacobzone, 1999).

La retroalimentación existente entre los procesos de exclusión social vinculada a las crecientes desigualdades sociales y los problemas de salud, a la que hacíamos referencia anteriormente, presenta también un claro reflejo en el caso de aquellas personas pertenecientes a los estratos sociales más desfavorecidos. Así, la evidencia empírica disponible muestra una clara correlación entre las variables sociodemográficas de privación relativa y las tasas de discapacidad severa, enfermedades crónicas y morbilidad auto-percibida (Urbanos, 1999; Abad y Carreter, en SESPAS, 2002). De igual modo, en aquellos casos en que el bajo nivel de renta se conjuga con la existencia de algún grado de discapacidad o dependencia, el coste social, personal y económico (asumido de modo prácticamente íntegro por el segmento femenino de las familias) resulta abrumador. Las consecuencias de dichas situaciones no limitan únicamente las posibilidades vitales de las personas afectadas por dicha dependencia, sino que afectan también de modo directo a las de aquellas personas que dedican buena parte de su actividad diaria (de forma no remunerada) a atender las necesidades de sus familiares dependientes. La desvalorización del trabajo realizado por las familias en el cuidado de los ancianos dependientes va más allá de su no inclusión en las cifras de contabilidad nacional y se adentra en la falta de reconocimien-

to de los costes de oportunidad asumidos por la provisión directa de dichos servicios (Durán, 2002). Tal y como muestra el «Barómetro sanitario», elaborados por el MSC en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en 1998 el 12% de la población mayor de 18 años estaba al cargo de un familiar mayor dependiente, el 40% de los cuidadores informales llevaba más de 5 años realizando esta tarea a la que dedicaba una media de 8,8 horas diarias. Respecto al impacto de dicha responsabilidad sobre su vidas, un tercio de los cuidadores afirmaba haber sufrido problemas de salud, un 40% decía que su vida social se había resentido, el 27% señalaba las repercusiones sobre sus responsabilidades laborales y un 16% señalaba que había afectado a su vida emocional (MSC, 1999).

A pesar de las indicaciones de la OMS y de la evidencia que apunta a las transformaciones en la demanda de los servicios sanitarios derivados de la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y de la existencia de importantes colectivos situados en el complejo espacio determinado por la cronicidad y la dependencia, el SNS español no ha adecuado suficientemente sus estructuras, instalaciones, recursos humanos, sistemas de gestión y, en general, sus mecanismos de asignación de recursos, a esta coyuntura. En buen número de ocasiones, no se trata tanto del hecho de incrementar los recursos totales asignados a los sistemas de protección social y sanitario como de adaptar su funcionamiento al significativo crecimiento de la demanda y, por tanto, de los componentes de gasto, relacionados con la dependencia (Ahn *et al.*, 2003). En el cuarto epígrafe del presente capítulo, volveremos sobre esta cuestión, prestando particular atención a los procesos de integración de servicios sociosanitarios como potencial herramienta de respuesta a los retos aquí planteados.

1.2 · Desigualdades sociales y su repercusión sobre la salud

La relación entre privación relativa en una serie de dimensiones clave (nivel de renta, educación, hábitat, etc.) y estado de salud está ampliamente documentada por un buen número de estudios. Tal y como muestra la evidencia empírica relativa a la existencia de desigualdades en salud, las poblaciones desfavorecidas constituyen grupos particularmente vulnerables con un estado de salud (expresado tanto a través de indicadores de mortalidad como de morbilidad relativa) sustancialmente peor que el resto de la población.

Así, analizado desde una perspectiva diacrónica, el estado de salud de la población de un determinado territorio puede mejorar según aumenta la riqueza agregada del mismo, pese a lo cual, las desigualdades en salud, claramente mediadas por el impacto de diversos ámbitos de intervención pública, no tienen por qué reducirse o pueden incluso aumentar. Los datos disponibles apuntan a un incremento constante de las desigualdades sociales en la mayoría de los países desarrollados a lo largo de la última década. En buena medida, dicha tendencia está relacionada con una significativa polarización de las rentas derivada de los procesos de transformación económica provocados por la creciente integración de los mercados a nivel global y, particularmente, por la progresiva flexibilización y desregulación de las relaciones laborales. Entre los países miembros de la UE, España no sólo se encuentra en el grupo de los países con menor nivel de renta junto a Grecia y Portugal, sino que sus índices de desigualdad en la distribución de las rentas están, junto con los del Reino Unido, entre los más altos de toda la Unión. Además de esto, e independientemente del método utilizado para calcular dicho parámetro de bienestar material, España se encuentra también entre los países con mayor índice de pobreza de toda Europa Occidental (EC, 2003). Tanto los datos sobre desempleo, como los de precariedad laboral, sitúan a España entre el grupo de países con condiciones materiales más propicias para la exacerbación de las desigualdades sociales.

Pese a que la compleja interacción de los factores (materiales, sociales, culturales, psicológicos y actitudinales) que provocan la aparición (e incluso la ampliación) de dichos gradientes de salud aún no ha sido completamente dilucidada, resulta evidente sin embargo que su existencia supone una grave limitación para las oportunidades vitales de los colectivos sociales más desfavorecidos. El carácter determinante de los factores sociales y políticos en dicho proceso tiene un claro reflejo en la drástica reducción de la esperanza de vida observada en las repúblicas de la antigua URSS tras el colapso del régimen comunista y la disgregación de dicho Estado (Marmot y Bobak, 2000). El sustancial empeoramiento de las condiciones de vida de amplias capas de la población y la incertidumbre generalizada que se instaló en dichas sociedades provocó un incremento sustancial de la mortalidad prematura, particularmente entre los varones, llegando a reducir la esperanza media de vida en más de cinco años en el período 1989-1997.

La evidencia empírica disponible acerca de la existencia de desigualdades en salud en la población española es relativamente escasa, representan-

do este hecho en sí mismo una clara indicación de la baja prioridad atribuida a este tema por parte de las autoridades políticas. Con anterioridad a la promulgación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, el tema de las desigualdades en salud era prácticamente desconocido en el ámbito de la reflexión sanitaria en España. En un contexto marcado por la exclusión de amplios sectores de la población española de la cobertura sanitaria, la atención investigadora estaba centrada en las cuestiones relacionadas con el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público. Desde el momento en que se alcanzó la práctica universalización formal del acceso al recién creado SNS, el concepto de equidad en el ámbito de la política sanitaria en España comenzó a plantearse como un tema importante a considerar, pero centrado fundamentalmente en los aspectos financieros e interterritoriales, y sin prestar excesiva atención a la existencia de las desigualdades en salud entre distintos grupos sociales ni, por supuesto, a la necesidad de desarrollar políticas concretas dirigidas a reducir dichas desigualdades. La relativa escasez de información estadística sobre aspectos sociosanitarios en España representa así a la vez causa y consecuencia de dicha falta de atención por el fenómeno de las desigualdades en salud.

En 1993, el Ministerio de Sanidad (en buena medida influido por la publicación del *Black Report* que denunciaba la existencia de importantes desigualdades en salud en el seno de la sociedad británica) nombró una comisión científica encargada de estudiar la existencia de las desigualdades sociales en salud en España. Dicha comisión publicó en 1996 los resultados de su trabajo basado en el estudio de las encuestas nacionales de salud de los años 1987 y 1993. El análisis de los indicadores de morbilidad en base a variables de índole socioeconómica reflejó la existencia de un marcado gradiente de salud entre los distintos estratos de la sociedad española de modo que, en comparación con los grupos más acomodados, los grupos más desfavorecidos sufren mayor diversidad de enfermedades, éstas son generalmente de mayor gravedad y conducen más frecuentemente a situaciones de cronicidad o incapacidad (Navarro y Benach, 1996: 504; Navarro, en Cainés, *et al.*, 1997: 31). Estos estudios y otros posteriores señalaban que dichas desigualdades tienden a aumentar ya que, aunque en general la salud del conjunto de la población española tiende a mejorar, la separación entre los distintos grupos sociales también crece (Benach *et al.*, en Navarro 2004: 393). Así, la mejora de los principales indicadores de salud de la población española, paralela al aumento del nivel socioeconómico agregado, no se habría distribuido equitativamente, sino en fun-

ción de los niveles de renta, por lo que en realidad las desigualdades en salud en el seno de la sociedad española habrían aumentado (Gutiérrez-Fisac, en Regidor, *et al.*, 2002; Benach y Urbanos, en SESPAS 2000).

De acuerdo con investigaciones recientes que relacionan indicadores de privación material relativa con indicadores de desigualdades en mortalidad y en esperanza de vida al nacer, existiría un claro reflejo territorial de dichas desigualdades, visible en forma de gradiente geográfico noreste-sudoeste (Abad y Carreter, en SESPAS, 2002). Otros estudios muestran también cómo las diferencias de esperanza de vida al nacer para los varones entre los distintos ámbitos territoriales de España podrían llegar a ser de hasta 6 años, de lo cual se derivaría la muerte de hasta 35.000 personas «de más» cada año, al verse privadas de la posibilidad de desarrollar completamente su pleno potencial de salud (Benach, 2002). La replicación de los análisis ecológicos de las desigualdades en salud a nivel más agregado en otro estudio, utilizando en este caso las comunidades autónomas como unidades de análisis, reprodujo las mismas pautas de distribución de la mortalidad prematura, aunque las diferencias en la esperanza de vida al nacer aparecían de un modo ligeramente más matizado (Abad y Carreter, en SESPAS, 2002).

Otros estudios, basados en la utilización de métodos de análisis multivariante, destacan la existencia de una significativa correlación bilateral entre la esperanza de vida y una serie de variables como la distribución de la renta, el capital social o el desarrollo del estado de bienestar; así como una correlación particularmente alta entre los indicadores de desempleo y la mayoría de los indicadores de salud (Rico, Ramos y Borrell, 2001). Aplicando un modelo de tipo *logit*, la distribución de la renta, controlada por un indicador de pobreza y por la calidad del estado de bienestar, mostraría una clara y persistente influencia sobre el estado de salud de las personas. En la misma línea, la explotación de la encuesta nacional de salud de 1995 elaborada por Díaz muestra cómo la relación entre las variables clase y salud (controladas por educación, edad, estado civil, hábitos de vida y salud objetiva) estarían fuertemente interrelacionadas, apareciendo una marcada desigualdad que afectaría negativamente a los grupos más desfavorecidos (Díaz, 2002). Las personas pertenecientes a las clases más desfavorecidas sufren también un peor estado de salud durante el transcurso de sus vidas. Como muestra la tesis doctoral de Urbanos, basada en la explotación de la encuesta nacional de salud de los años 1987, 1993 y 1995, las clases sociales más desfavorecidas tendrían un peor estado de salud que

las clases más acomodadas, estructurándose dicha desigualdad en forma de gradiente (Urbanos, 1999). Así, mientras el 27% de la población más acomodada (estandarizada por edad y sexo) declaraba en 1995 un nivel de salud deficiente (salud regular, mala o muy mala), dicho porcentaje se elevaba al 40% entre el grupo de los más desfavorecidos económicamente. De igual modo, una serie de dolencias, como los trastornos respiratorios, la hipertensión arterial o la diabetes, presentarían una incidencia considerablemente superior en las encuestas de morbilidad realizadas a personas pertenecientes a las clases sociales más bajas. El 6% de las 50.000 muertes que se registran anualmente en Cataluña (las de 2.400 hombres y 800 mujeres) podrían evitarse si se corrigiese ese diferencial entre los grupos más desfavorecidos y las personas en mejor posición social (utilizando datos de desigualdad diferentes a la renta: desempleo, nivel educativo, cualificación en el empleo).

Las conclusiones de este conjunto de estudios resultan claras: las personas pertenecientes a las clases más desfavorecidas mueren antes y además tienen un peor estado de salud durante su vida.

Las desigualdades se trasladarían también al ámbito de la utilización de los servicios sanitarios, en parte por la existencia de copagos, o a la exclusión de determinados servicios del catálogo de prestaciones del SNS (como es el caso de la atención odontológica o los complementos oftalmológicos), pero también por la existencia de un acceso diferenciado a la atención sanitaria en función del nivel educativo de los potenciales pacientes (menor acceso a los servicios preventivos, mayor tiempo de espera para acceder a la atención especializada y más recursos a las urgencias por parte de los colectivos con menor nivel educativo) (Lostao, en Regidor, *et al.*, 2002; Palanca, 2002). Estudios basados en la encuesta nacional de salud de 1993 muestran claramente cómo la media del tiempo de espera para el ingreso hospitalario varía desde los 18,8 días para las personas con educación superior, hasta los 83,5 días para las personas con un nivel educativo más bajo, mostrando así una vez más el significativo efecto de las desigualdades sociales en la realización del potencial de salud de las personas (Benach y Urbanos, en SESPAS 2000). La utilización de los servicios sanitarios muestra también evidentes diferencias en función de la clase social, de modo que las mujeres con mayor nivel de estudios realizaron en 1995 2,5 veces más visitas al ginecólogo que aquellas con niveles de estudios inferiores, y mientras que el 20% de las personas de clases acomodadas visitaron ese año al dentista, tan sólo un 13% de las clases sociales más

desfavorecidas hicieron lo propio (citado por Benach *et al.*, en Navarro 2004: 392).

Pese a la publicación de esta serie de estudios e informes, resultado del trabajo de un pequeño número de investigadores interesados en el tema de las desigualdades en salud, hoy en día continúan sin existir programas de investigación a nivel estatal que documenten de forma sistemática y continuada la evolución de las desigualdades en salud en España. Más allá de la inexistencia de voluntad política para desarrollar dichas líneas de investigación, el propio equilibrio institucional sobre el que se apoya el sistema sanitario público en España dificulta considerablemente la creación de un sistema homogéneo de generación de información sanitaria, aspecto básico y esencial para evaluar las políticas sanitarias públicas en general y su dimensión equitativa en particular. Así, el carácter fuertemente descentralizado del SNS ha determinado claramente el rango del debate en torno a la equidad de las políticas sanitarias en España durante las últimas décadas. Como señalan Rico, González y Fraile, los debates sobre la equidad en estados descentralizados se estructuran fundamentalmente en torno a tres grandes ejes: las consecuencias sobre la equidad interterritorial de las distintas políticas adoptadas por las diferentes unidades subnacionales; el impacto sobre la equidad interterritorial derivado del mecanismo de asignación de recursos financieros a las distintas entidades autónomas, y las implicaciones sobre la equidad intraterritorial de las políticas desarrolladas por cada una de dichas unidades subnacionales (Rico, González y Fraile, en Simposio Argenteria, 1999: 104).

Así, el proceso de descentralización sanitaria iniciado en España en 1981, con las transferencias sanitarias a Cataluña, y culminado en 2002, con las transferencias a las 10 comunidades autónomas o el llamado «territorio Insalud», ha sido responsabilizado de la aparición de importantes diferencias territoriales en la provisión de servicios sanitarios (aunque, probablemente, dicho proceso de descentralización haya contribuido tan sólo a reforzar desigualdades previamente existentes, tanto en desarrollo de las infraestructuras sanitarias como en asignación presupuestaria o, en última instancia, en estado de salud de la población). Dichas diferencias adquirirían forma a través de una multiplicidad de mecanismos como el diferente grado de implementación de la reforma del sistema de atención primaria; el mayor o menor número de personas adscritas a cada médico de atención primaria; el tiempo de espera necesario para ser visitado por el médico de atención primaria, por el especialista o para ser hospitalizado en

cada comunidad autónoma; la diferente provisión de servicios preventivos, o el porcentaje del presupuesto autonómico destinado por cada gobierno regional a complementar los recursos transferidos por el gobierno central para la financiación del sistema sanitario regional.

De lo expuesto hasta aquí se deduce que a nivel estatal, y más allá de la cuestión de la equidad interterritorial planteada fundamentalmente a nivel político, no existen políticas explícitamente diseñadas con objeto de reducir las desigualdades en salud en el seno de la sociedad española (Benach *et al.*, en Navarro 2004: 408). El legado del antiguo sistema sanitario de la Seguridad Social y el modelo asimétrico de atribución de competencias y responsabilidades entre los distintos niveles de la administración del Estado (nacional, regional e incluso local) han constituido un espacio sociopolítico en el que apenas ha quedado espacio para la introducción del tema de las desigualdades en salud motivadas en variables socioeconómicas en la agenda política sanitaria. Tan solo recientemente se ha comenzado a plantear el argumento de que la universalización de la atención sanitaria no garantiza la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios, ya que la mera elegibilidad para el acceso al sistema sanitario público no significa que exista un nivel homogéneo en cuanto a sus prestaciones y calidad, ni una utilización estandarizada de dichos servicios por parte de los distintos grupos de la población (Benach y Urbanos, 2000: 3).

Si el conjunto del gasto público tiene un claro impacto redistributivo, el caso de la sanidad, junto con otras políticas sociales como las pensiones o los servicios sociales personales, constituye uno de los ámbitos de intervención pública con un efecto redistributivo más evidente (Muñoz de Bustillo y Esteve, en Foessa 98: 55; Bandrés 1990: 160). El hecho de que España sea el país de la OCDE que dedica un menor porcentaje de su PIB al gasto sanitario público tiene sin duda implicaciones importantes que van desde la calidad de la atención hasta la desincentivación de las clases medias a permanecer en el SNS y por tanto a estar dispuestas a apoyarlo y a exigir una adecuada financiación para el mismo. Como señala Navarro, esto supone que el tercio de la sociedad con niveles de renta superiores utilicen la sanidad privada (o reciban trato preferencial en la pública), mientras que el resto de la sociedad se ve abocada a utilizar un SNS infradotado financieramente (Navarro, 2005: 452). Esta tendencia ha sido visible en los últimos años en todo el país, pero ha sido particularmente evidente en aquellas comunidades autónomas que han favorecido y potenciado nuevos equilibrios entre lo público y lo privado, no tanto en la provisión

de servicios, como en la financiación de los mismos, y que no han prestado la suficiente atención al rol regulador propio del Estado.

El desarrollo de las políticas públicas destinadas a frenar el incremento de las desigualdades sociales (interviniendo —de una forma u otra— en los mercados de trabajo y vivienda, priorizando la educación, garantizando la progresividad en materia fiscal, actuando sobre la estructura del sistema de pensiones incrementando las de menor cuantía y transfiriendo rentas a los colectivos con particular riesgo de exclusión social), así como a contrarrestar la disminución de la población activa relacionada con las transformaciones demográficas anteriormente mencionadas (extensión de mecanismos de protección social, desarrollo de una política integral de inmigración) contribuiría a afrontar los retos sociales que afectarán a la sociedad española a lo largo de la próxima década.

1.3 · Inmigración

Los países del sur de Europa, y entre ellos particularmente España, han experimentado en los últimos años una radical transformación en su posición en el sistema internacional de migraciones. Situados en la periferia política y económica europea durante los dos últimos siglos, estos países exportaron mano de obra durante la mayor parte del siglo xx. La emigración desde el sur de Europa comenzó a remitir tras la crisis del petróleo de 1973 y, a partir de dicho momento, estos países se convirtieron gradualmente en receptores de inmigración. En el caso de España, esta tendencia, que se inició en la década de los ochenta, se aceleró de modo considerable desde la segunda mitad de la década de los noventa. Así, durante el año 2004, España fue el segundo país del mundo por volumen de inmigrantes recibidos, justo detrás de EEUU. Los residentes extranjeros representan hoy más del 8% de la población española, porcentaje próximo al de otros países europeos con larga tradición migratoria como Alemania, el Reino Unido o los Países Bajos.

Este acelerado proceso de convergencia con Europa obedece en buena medida a factores externos sobre los que la sociedad o las autoridades españolas ejercen escaso control. La relativa estabilidad política y social alcanzada por nuestro país tras la consolidación del régimen democrático y la incorporación a la Comunidad Económica Europea, el desarrollo económico experimentado en las últimas décadas, la demanda de mano de obra

poco cualificada (para ser empleada en buena medida en la economía sumergida) así como las crecientes desigualdades en los perfiles demográficos (estructuras de edad o tasas de fecundidad) entre países emisores y receptores constituyen factores clave para explicar la llegada de inmigrantes a España. La publicación del informe de la división de población de la ONU, al que hacíamos referencia anteriormente (UNPD, 2000), en el que se señalaba el acelerado proceso de envejecimiento de la población española y se pronosticaba el inevitable declive de la población, constituyó el punto de partida de un debate público acerca de las consecuencias de tener una de las tasas de fecundidad más bajas del planeta.

Tabla 2. Extranjeros residentes en España

Año	Total	UE	Resto de Europa	Norteamérica	América Latina	África	Asia
Datos de los residentes legales (Ministerio del Interior)							
1975	165.289	92.917	9.785	12.361	35.781	3.232	9.393
1985	241.971	142.346	15.780	15.406	38.671	8.529	19.451
1995	499.773	235.858	19.844	19.992	88.940	95.718	38.352
2001	1.109.060	331.352	81.170	15.020	282.778	304.109	91.552
2003	1.647.011	406.199	154.001	16.163	514.484	432.662	121.455
2005	2.738.932	569.284	337.177	17.052	986.178	649.251	177.423
2006*	2.873.250	598.832	359.840	17.446	1.037.110	671.931	185.355
Datos del padrón continuo**							
2003	2.664.168	587.949	348.585	25.963	1.047.564	522.682	128.952
2005	3.691.547	766.678	561.475	28.404	1.431.770	705.944	186.227
2006	3.884.600	916.100	645.600	30.000	1.350.000	741.600	202.100

* Datos a 31 de marzo de 2006.

** Incluyen a todos los inscritos en el padrón municipal, independientemente de su estatus jurídico.

Fuentes: INE 2006 y MTAS 2004.

La tabla 2 muestra la evolución de la población extranjera asentada en España a lo largo de las dos últimas décadas. En ella resulta fácilmente perceptible la naturaleza claramente dual del contingente de los extranjeros residentes en España. Por un lado, los ciudadanos de los países desarrollados (que, pese a haber multiplicado su número por cinco desde mediados de la década de los ochenta, han pasado de representar aproxi-

madamente la mitad a menos de una quinta parte del total de los extranjeros residentes en España), instalados fundamentalmente en poblaciones costeras y grandes ciudades. Por otro, los inmigrantes procedentes de los países en vías de desarrollo que se han concentrado en las zonas económicamente más dinámicas del territorio español (grandes ciudades, costa mediterránea y archipiélagos). Cada uno de estos colectivos plantea retos específicos para el SNS. Así, los residentes extranjeros procedentes de los países desarrollados, fundamentalmente europeos, y afincados generalmente en las poblaciones de la costa plantean en primer lugar una problemática derivada de la necesidad de articular mecanismos de coordinación con los sistemas sanitarios de otros países de la Unión Europea (UE) para la compensación de los gastos derivados del asentamiento de estas personas en España y por tanto del uso de las prestaciones sanitarias del SNS que puedan hacer durante su estancia en nuestro país. Más allá de las consideraciones estrictamente financieras de carácter más general, otra serie de cuestiones relativas a la concentración estacional de la demanda en determinadas poblaciones, o a la necesidad de adaptar el funcionamiento de los sistemas sanitarios a los perfiles diferenciales de estas poblaciones con objeto de proporcionar una atención sanitaria adecuada a estos pacientes (servicios de traducción e interpretación, etc.), deberían ser abordadas por las autoridades sanitarias de las regiones particularmente afectadas por estos procesos de movilidad poblacional.

Dada la propia naturaleza del sistema de protección social español, fuertemente condicionado por su origen y evolución como sistema de aseguramiento social, el acceso de los extranjeros a los mismos ha estado tradicionalmente vinculado a su participación en el mercado de trabajo (Rodríguez Cabrero, 2006). La tendencia hacia la universalización en la cobertura de alguno de estos sistemas ha transformado esta situación, definiendo los criterios de accesibilidad de modo creciente en base a la residencia en el territorio, lo cual ha modificado claramente dicha situación. Así, el proceso de extensión de la cobertura sanitaria a las poblaciones de origen inmigrante en España ha sido gradual, reproduciendo en buena medida las pautas marcadas por la expansión de la cobertura sanitaria al conjunto de la población española tras la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. Mientras que los inmigrantes regularizados podían acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) en igualdad de condiciones a los ciudadanos españoles, los inmigrantes indocumentados disponían de un acceso limitado a los servicios de urgencias así como

al tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, y debían dirigirse a circuitos paralelos integrados por ONG, servicios sanitarios de la beneficencia (dependientes de las comunidades autónomas y de los ayuntamientos), y a profesionales de los distintos niveles de atención del SNS (a título individual y voluntario) para la atención primaria, especialistas o el tratamiento de enfermedades crónicas (Moreno Fuentes, 2004). Los problemas derivados de esta cobertura parcial y segmentada llevaron a las organizaciones del tercer sector sociosanitario que trabajaban con poblaciones de origen inmigrante a introducir la cuestión de la igualdad de acceso de estos colectivos al SNS en la agenda política sanitaria a principios de 2000. La extensión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados fue recogida en la Ley de Inmigración 4/2000, pese a las reticencias generadas por esta medida entre los sectores más conservadores. Más allá del reconocimiento formal del derecho de acceso, continúan existiendo algunos problemas operativos a la hora de hacer efectivo dicho derecho por parte de aquellos colectivos de inmigrantes en situación administrativa más precaria (dificultades para el empadronamiento, la obtención de la tarjeta sanitaria, acceso al copago de medicamentos, etc.).

La ausencia de reflexión sobre la equidad en el ámbito sanitario en España, en buena medida explicable por lo reciente de la universalización del acceso al SNS, ha condicionado la toma en consideración de las necesidades y demandas específicas generadas para el sistema sanitario por la presencia de población extranjera en nuestro país.

Algunas autoridades sanitarias autonómicas han desarrollado iniciativas y estudios concretos en torno al impacto del sistema sanitario público español sobre la salud de los colectivos de origen inmigrante. No obstante, la relativa ausencia de la iniciativa pública en la resolución de los problemas más evidentes que se derivan de la inadaptación de los esquemas sanitarios públicos a las demandas y necesidades sanitarias diferenciadas de las poblaciones de origen inmigrante ha facilitado el desarrollo de una red (más o menos tupida, dependiendo de los ámbitos territoriales) de organizaciones del tercer sector sociosanitario que tiende a ocupar dicho espacio a través de la realización de labores de acompañamiento sociosanitario, desarrollo de campañas de prevención, establecimiento de esquemas de mediación intercultural o servicios de traducción e interpretación. El modelo de gestión de la diversidad promovido por las autoridades determinará el margen de crecimiento de dichos esquemas de atención diferenciada, en la medida en que muestren una mayor o menor

«sensibilidad cultural» ante las demandas específicas de los diferentes colectivos de origen inmigrante.

Otra cuestión que requerirá la intervención de las autoridades sanitarias es la sobrecarga de la demanda, particularmente de los servicios de urgencias así como de los Centros de Atención Primaria en aquellas zonas en las que, como consecuencia de acentuados procesos de segregación residencial, se produce una fuerte concentración de población de origen inmigrante. Conviene de hecho alertar sobre el riesgo de politización de este tema. El carácter controvertido de la protección social dirigida a la población inmigrante resulta claramente observable al estudiar las actitudes de la población autóctona respecto a la protección social de los inmigrantes (Arriba *et al.*, 2006). A pesar de que más de la mitad de la población considera que el nivel de protección de estos colectivos es relativamente bajo (respondiendo que disfrutan de «poca» o «ninguna» protección), el porcentaje de población que considera que la protección es «mucho» es muy superior al correspondiente a otros colectivos (mayores, jóvenes, pensionistas, mujeres trabajadoras, parados o clases medias). Por otra parte, el de los inmigrantes es uno de los colectivos que se considera menos prioritario ante la pregunta de qué colectivos deberían estar mejor protegidos por las políticas de bienestar. Así, si las autoridades responsables de los sistemas de protección social no actúan de modo flexible para responder a un incremento de la demanda de servicios y prestaciones fuertemente concentrado en determinadas zonas, se podría producir un deterioro significativo de la calidad en las prestaciones de los servicios públicos y, con ello, una creciente desafección del sistema por parte de las clases medias (acelerando el proceso ya existente de opción por el mercado como proveedor principal de servicios), así como un incremento del rechazo hacia los nuevos residentes por parte de aquellos segmentos de la población autóctona que continúan dependiendo de los esquemas públicos de protección social (Moreno Fuentes, en Jiménez y Moreno, 2007). Afrontar este reto requeriría reajustar los recursos humanos y financieros del sector sanitario, particularmente en el ámbito de la atención primaria, con objeto de mejorar la prestación de servicios en aquellas zonas que han visto incrementada de modo considerable su población en un corto período de tiempo, sin que los recursos sanitarios destinados a responder a dicho incremento de la demanda hayan aumentado, hasta la fecha, al mismo ritmo.

2 · Reformas en la gobernanza sanitaria

En un contexto general marcado por el intento de contención de los costes sanitarios, los retos anteriormente descritos constituyen un escenario de fondo en buena medida compartido por los sistemas sanitarios de los diferentes países europeos. La respuesta de cada uno de esos sistemas a dichos retos ha estado condicionada por sus estructuras e inercias institucionales, en buena medida heredadas de su propia génesis (componte ideológico, importancia relativa de los diferentes actores sociales —clases, profesionales, burócratas— y sus potenciales alianzas, sistema de valores socialmente compartido, sistema político, estructura económica y mercado de trabajo, etc.) Una serie de características comunes aparecen, sin embargo, en dichos procesos de reforma: el incremento del papel regulador del Estado (en detrimento fundamentalmente de la provisión directa de servicios y, en mucha menor medida, de la financiación de los mismos), la introducción de mecanismos y herramientas procedentes de la llamada «Nueva Gestión Pública» (creación de «cuasimercados» en diversas facetas del ámbito sanitario, desarrollo de una cultura de contratación externa —tanto en el mercado como a agentes del Tercer Sector Social—, creación de nuevos organismos de gestión y control dotados de una mayor autonomía —agencias públicas, fundaciones, etc.—), y particularmente el desarrollo de nuevas formas de gobernanza sanitaria que redefinen las responsabilidades y funciones de los diferentes actores en el ámbito de la política sanitaria. En el presente epígrafe, dejaremos en buena medida de lado los dos primeros aspectos, más próximos a los estudios de economía de la salud, y nos centraremos fundamentalmente en el último ámbito de análisis, prestando particular atención a dos tendencias clave en dicho proceso: la redefinición de las responsabilidades en el gobierno sanitario entre los diferentes niveles de la administración del Estado y la articulación de nuevas formas de atención primaria, en particular un mayor grado de vertebración de los servicios sociosanitarios a nivel local.

2.1 · Descentralización

Las lógicas subyacentes tras los procesos de descentralización política pueden obedecer a una gran variedad de motivaciones (dilución de responsabilidades hacia niveles inferiores mediante transferencia de com-

petencias —«*blame avoidance*»—, reivindicación de mayor grado de autogobierno por parte de algunos territorios, búsqueda de la máxima eficacia/eficiencia en la organización de un sistema, etc.) Así, el desarrollo de las estructuras de gobierno sanitario multinivel, en buena medida determinadas por las herencias institucionales previamente existentes, puede basarse en lógicas políticas y administrativas muy diferentes y, a partir de esto, articularse en distintas combinaciones de responsabilidad financiera, de gestión y política entre los diferentes niveles de gobierno y actores del ámbito sociosanitario. En los últimos años se ha producido una clara tendencia hacia la redefinición de las responsabilidades sanitarias en los países desarrollados, con una marcada tendencia a establecer equilibrios de gobernanza sanitaria multinivel con un mayor papel atribuido a los actores políticos subestatales.

La literatura dedicada al análisis de los procesos de descentralización atribuye una serie de ventajas potenciales a dichos procesos de reasignación de las responsabilidades y competencias (Rico y Moreno Fuentes, 2004). El primero de dichos impactos positivos potencialmente derivados de la descentralización estribaría en la mayor eficiencia técnica obtenida a partir del mejor conocimiento de los costes locales de la producción del servicio (prestaciones sanitarias en el caso que nos ocupa), en la mayor capacidad para estimular la competencia, así como en un fomento más eficaz de los mecanismos de innovación organizativa e institucional. Junto a estas cuestiones de orden fundamentalmente organizativo se apuntan las potenciales ventajas de carácter más político que se derivarían de la mayor capacidad para satisfacer las necesidades y prioridades locales, de la posibilidad de reforzar los mecanismos democráticos al aproximar la toma de decisiones al ciudadano, así como de incrementar la responsabilidad de los decisores políticos («*accountability*») ante la ciudadanía (votantes). En el ámbito concreto de la política sanitaria, se atribuye a la descentralización la capacidad de mejorar la coordinación entre los niveles de atención en la busca de un mayor coste-efectividad, en particular en la interfaz entre la atención primaria y la hospitalaria, así como en la interconexión entre el ámbito sanitario y la esfera de las políticas sociosanitarias. La mayor proximidad de los decisores políticos a las necesidades de la ciudadanía debería también, en principio, favorecer la diversificación y expansión de los servicios tradicionalmente infra-provistos o insuficientemente desarrollados, como la prevención, la educación sanitaria, la rehabilitación, el seguimiento longitudinal de los

pacientes y, en términos generales, una potenciación de la atención primaria y comunitaria.

Frente a estas expectativas positivas respecto a la descentralización, se manejan también en la literatura una serie de potenciales desventajas y efectos negativos derivados de dicho proceso de reasignación de las competencias y responsabilidades. Así, en primer lugar, podemos señalar el temor a un deterioro de la eficacia en el funcionamiento de los sistemas derivado de una menor coordinación entre diferentes regiones y organismos integrantes de los mismos, al surgimiento de duplicidades administrativas, así como a la pérdida de economías de escala (en la política de compras y suministros por ejemplo). Un segundo eje de análisis de los efectos negativos derivados de la descentralización se estructura en torno al potencial deterioro de la calidad de la democracia a nivel local (entendida como responsabilidad de los decisores políticos ante las demandas de los ciudadanos) como consecuencia de la menor capacidad de resistencia de los gobernantes ante las presiones de profesionales y proveedores. En el ámbito concreto de la política sanitaria, se plantea también la posibilidad de que las preocupaciones locales de carácter coyuntural interfieran en la eficiente administración de los servicios sanitarios, al tiempo que se señala la dificultad de elaborar una política sanitaria a niveles muy desagregados (regional y/o local) por la necesidad de proporcionar servicios altamente especializados al tiempo que se trata de contener los costes fijos de mantenimiento del sistema. Finalmente, el tercer eje de análisis de las potenciales desventajas de la descentralización gira en torno al riesgo de surgimiento o potenciación de desigualdades sanitarias y de salud entre poblaciones residentes en distintas regiones (ruptura del principio de igualdad básico para el adecuado funcionamiento de un sistema nacional de salud).

La tabla 3 refleja una tipología básica de las diferentes formas adoptadas por la descentralización, especificando la naturaleza última de la responsabilidad política en cada una de ellas. Esta categorización puede resultar útil a la hora de analizar las características básicas del proceso de descentralización sanitaria acometido en nuestro país.

Como puede apreciarse en esta tipología, el concepto de descentralización engloba de hecho una serie de equilibrios interinstitucionales muy diversos en los que las responsabilidades son atribuidas de forma muy diferente y cuyas consecuencias serán, por tanto, también necesariamente diversas. El escenario del análisis de las consecuencias de la descentralización

Tabla 3. Principales modalidades de descentralización

Tipo	Definición
Desconcentración	Transferencia de la toma de decisiones a un nivel administrativo inferior.
Devolución	La toma de decisiones pasa a un nivel político inferior.
Delegación	Asignación de tareas a actores en un nivel organizativo inferior.
Privatización	Transferencia de tareas del Estado a la iniciativa privada.

se complica considerablemente si tenemos en cuenta que, en la práctica, podemos asistir a una combinación de dichas tendencias descentralizadoras de manera simultánea en un mismo país. En el caso español, y sin descartar la existencia de importantes procesos de delegación o privatización (desarrollados fundamentalmente a nivel de los Servicios Regionales de Salud —SRS— integrados en el SNS y gestionados por los gobiernos autónomos), el proceso más destacado de descentralización ha sido el proceso de devolución de las competencias sanitarias a los gobiernos de las comunidades autónomas.

La asistencia sanitaria en España ha sido tradicionalmente proporcionada por un entramado institucional profundamente fragmentado, dependiente de distintos niveles de autoridad tanto pública (estatal, provincial y municipal) como privada (mutualidades, organizaciones benéficas, etc.) La creación del SNS como un sistema sanitario público nacional de carácter descentralizado supuso una reorganización muy importante de dicho entramado, recomponiendo sustancialmente los equilibrios institucionales y posicionando a los gobiernos autónomos y al Ministerio de Sanidad como los principales actores institucionales en liza.

La consolidación del SNS como sistema sanitario público compuesto por la agregación de los 17 SRS culminó en 2002 con el traspaso de las competencias sanitarias a las últimas 10 comunidades autónomas que aún no las habían recibido. La creación de un SNS verdaderamente descentralizado había sido obstaculizada hasta esa fecha por una serie de dificultades entre las que destacan las asimetrías institucionales existentes, la confusión respecto a las funciones precisas del Ministerio de Sanidad (por su doble rol de responsable último de la actuación del INSALUD y regulador del conjunto del SNS) en dicho sistema, los desacuerdos en el reparto de

los recursos entre las distintas comunidades autónomas así como en la financiación del conjunto del sistema (especialmente en lo relativo a la asunción de los déficits presupuestarios incurridos), la intrusión de las autoridades regionales en responsabilidades propias del gobierno central por la falta de claridad en la delimitación de competencias, así como las dificultades para articular mecanismos de cooperación entre autoridades sanitarias regionales y estatales (complicadas en ocasiones por consideraciones propias a la confrontación política entre partidos).

Tras la culminación del traspaso de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas se activó el debate relativo a la necesidad de articular mecanismos de coordinación más eficaces entre los distintos SRS, de modo que, respetando la capacidad de cada gobierno autónomo para diseñar y aplicar su propia política sanitaria dentro de los márgenes definidos por la legislación sanitaria básica, se logre garantizar el máximo nivel de equidad (interterritorial) en la atención sanitaria a todos los ciudadanos (independientemente de la comunidad autónoma en la que residan). Simultáneamente, las autoridades sanitarias estatales han tratado de redefinir sus propias funciones en relación con el conjunto del sistema sanitario público tras la finalización del largo período en que simultanearon las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios en una parte del Estado a través del INSALUD, y de coordinación y regulación del conjunto del SNS.

Con este doble objetivo fue aprobado el nuevo marco regulador del SNS bajo el título de «Ley de Cohesión y Calidad del SNS» (16/2003) que viene a actualizar el marco normativo que dio pie a la creación del SNS (la Ley General de Sanidad de 1986). Esta nueva Ley propone la creación de una serie de agencias estatales de nuevo cuño (Agencia de Calidad, Observatorio del SNS, Instituto de Información Sanitaria), así como la dinamización de otras agencias e instituciones ya existentes y a las que hasta la fecha no se les había conferido excesivas responsabilidades (Alta Inspección, Consejo Interterritorial), con objeto de establecer un nuevo marco regulador que introduzca cierta homogeneidad en el funcionamiento del SNS, y que asigne con precisión las responsabilidades de los distintos niveles de autoridad del sistema sanitario público. A partir de dicha Ley, se ha procedido también a actualizar el catálogo de los servicios cubiertos por el SNS (Real Decreto 1030/2006), en el que, además de las prestaciones de atención sanitaria, se hace referencia también a la salud pública y las prestaciones sociosanitarias, regulando el funcionamiento de la tarjeta sanitaria indi-

vidualizada que debería garantizar el acceso al conjunto de las prestaciones del SNS en todo el país.

Aparecen dudas, sin embargo, respecto al despliegue normativo que debe definir la aplicación de dicha Ley, así como sobre la puesta en marcha de las diversas agencias e instituciones que, desde la administración central del Estado, deberían avanzar hacia una mayor coordinación de los diversos SRS que componen el SNS. Estas consideraciones entroncan con debates académicos relativos a las consecuencias derivadas de los procesos de descentralización sanitaria a los que hacíamos referencia anteriormente y que en el caso del SNS requerirían de una evaluación más precisa.

2.2 · Transformación de la atención primaria e integración de servicios socio-sanitarios

El ámbito de actuación de la atención primaria constituye uno de los niveles más adecuados para afrontar los retos sociosanitarios que afectan a las sociedades desarrolladas y a los que hacíamos referencia en los primeros epígrafes del presente capítulo. Fundamentalmente a través de sus actuaciones en iniciativas de promoción de la salud y educación sanitaria, reducción de las barreras de acceso al sistema sanitario, monitorización de los objetivos alcanzados en los planes sociosanitarios de lucha contra la exclusión social, así como en la diseminación de información relativa a iniciativas relevantes en dicho ámbito de actuación, los sistemas de atención primaria constituyen un interlocutor privilegiado en la interacción entre las administraciones públicas y el grueso de la población, en particular aquellos colectivos con mayor riesgo de exclusión social.

La reforma del sistema de atención primaria acometida en España entre finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, tenía entre sus objetivos fundamentales la inversión de la lógica reactiva ante la enfermedad (que implicaba una intervención estrictamente paliativa o curativa una vez claramente presentes los signos visibles de la enfermedad y ante el requerimiento de atención sanitaria por parte del paciente), y que hasta ese momento había caracterizado la actuación de los médicos de cabecera. Se pretendía abordar el tema de la salud desde una perspectiva holística en la que la prevención y la promoción de la salud desempeñasen un papel mucho más importante en la actuación de las instituciones sanitarias. Pese a los importantes pasos dados en dicha dirección, el proceso no llegó a desarro-

llarse en toda su amplitud y la lógica tradicional del médico de cabecera como profesional estrictamente volcado en responder a las demandas de sus pacientes ha continuado guiando en gran medida la actuación de los profesionales médicos de atención primaria.

La importancia de la atención primaria (medicina de familia y comunitaria) para el mejoramiento del estado de salud de la población debe ser reconocida por el SNS, principalmente en la medida en que intente revertir la dinámica demanda/oferta en el plano sanitario y primar las actuaciones preventivas sobre las curativas. Recientes estudios comparativos del funcionamiento de los sistemas de atención primaria en Europa revelan que los profesionales sanitarios españoles de atención primaria han conseguido avances sustantivos en el ámbito de algunos servicios preventivos (control de hipertensión, colesterol, etc.), sin embargo, presentan tasas de éxito significativamente inferiores a sus colegas europeos en relación con la atención a mayores, servicios maternoinfantiles, algunas tareas de vigilancia y rehabilitación y significativamente en el control de determinadas enfermedades crónicas como el SIDA o la diabetes (Boerma *et al.*, 1997). Asimismo, la precaria atención a los enfermos crónicos y las personas en situación de dependencia en España constituye uno de los principales retos del sistema sociosanitario español para los próximos años. La insuficiente respuesta proporcionada por los sistemas de atención sociosanitaria a las necesidades derivadas de la mayor presencia de enfermedades no agudas (aumento de las condiciones crónicas, mayor número de personas mayores dependientes, reducción de la estancia media hospitalaria, preferencia por la atención comunitaria para los enfermos terminales y mentales, etc.) puede apreciarse claramente en la debilidad de las estructuras de atención domiciliaria a este tipo de enfermos (Benítez *et al.*, 2001). Así, y contrariamente a lo que hubiese sido de esperar, el porcentaje de visitas a domicilio respecto del total de intervenciones de los médicos de primaria (relativamente elevado en el pasado) se ha reducido significativamente durante la década de los noventa hasta representar menos del 2% del total de las visitas de atención primaria en prácticamente todas las regiones (El médico, 2001; INSALUD, 1998). De igual modo, el papel del personal de enfermería primaria en el terreno de la atención domiciliaria ha continuado siendo extremadamente limitado. Por el contrario, los hospitales se han mostrado relativamente más flexibles y eficientes a la hora de desarrollar servicios domiciliarios y unidades de atención de carácter comunitario (Gérvas *et al.*, 2001).

Uno de los objetivos principales a abordar por parte del sistema sanitario público es la eliminación, o cuando menos la reducción, de los obstáculos que dificultan la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales a nivel local y comunitario, tratando así de lograr una mayor integración con los servicios de atención personal, en particular en relación con los colectivos dependientes (niños, ancianos, enfermos crónicos, discapacitados físicos y psíquicos) (Rico y Moreno, 2005). El desarrollo de la Ley de Autonomía Personal y de Atención a Personas en Situación de Dependencia (39/2006), y la creación de un Sistema Nacional de Dependencia, en estos momentos en fase de definición precisa y aplicación a través de la articulación de responsabilidades entre los diferentes niveles de la administración del Estado, constituye una ocasión única para avanzar en este sentido.

En los últimos años se han desarrollado diversas experiencias puntuales de reforma de atención primaria y de integración de servicios sociosanitarios en diferentes comunidades autónomas, iniciando así una tendencia que deberá incrementarse considerablemente en años venideros. A la espera de disponer de evaluaciones sistemáticas de dichas experiencias, el ejemplo proporcionado por aquellas iniciativas desarrolladas y consistentemente evaluadas a nivel internacional puede contribuir a aportar algunas pistas útiles en esta dirección. Así, el análisis de los resultados del despliegue de los «*Primary Care Groups*» (PCG) en el Reino Unido puede aportar información de gran utilidad relativa a las dificultades inherentes a los procesos de coordinación e interconexión entre los servicios sociales y sanitarios a nivel local (Rico y Moreno, 2006). Dedicaremos por ello los últimos párrafos de esta sección a sintetizar la evidencia disponible respecto a los resultados obtenidos de dicha experiencia de innovación institucional en el ámbito de la atención sociosanitaria.

El gobierno laborista británico introdujo, en abril de 1999, cambios importantes en la provisión de los servicios de atención primaria en Inglaterra mediante la creación de 481 centros de atención primaria integrados («*Primary Care Groups*» —PCG—). El objetivo de dicha medida era mantener los aspectos positivos de reformas anteriores en el sistema de atención primaria (introducidas para incrementar la influencia de la atención primaria en la contratación y provisión de los servicios sanitarios adaptados a las necesidades locales, así como para prestar una mayor atención a la calidad en los servicios prestados), tratando al mismo tiempo de reducir algunos aspectos negativos derivados de la introducción de mecanismos de competencia

interna (Smith y Barnes, 2000). Estos PCG debían encargarse de la planificación y contratación de los servicios sociales y sanitarios para los habitantes de sus respectivas zonas de actuación así como de la contratación de los servicios hospitalarios con cargo a los presupuestos que ellas mismas debían gestionar. Estas agencias debían estar integradas por médicos de atención primaria (*General Practitioners* —GP—), personal de enfermería, farmacéuticos, gestores, trabajadores sociales y otros profesionales de la atención sociosanitaria primaria.

A través de este proceso el gobierno laborista aspiraba a reequilibrar el conjunto del NHS, trasladando responsabilidades desde el nivel secundario hacia el primario, incrementando paralelamente el peso específico de pacientes y personal de atención primaria en el proceso de gestión del sistema sanitario público (Wilkin, Coleman, Dowling y Smith, 2002). Dentro de esta dinámica los profesionales sanitarios serían responsables, junto con los gestores del NHS, de la definición de las prioridades locales, así como de la aplicación de las directrices básicas de la política sociosanitaria elaboradas a nivel nacional (Wilkin, Gillam y Smith, 2001).

La evidencia empírica derivada de la evaluación de esta experiencia muestra el impacto positivo de la introducción de incentivos a los GP en la reducción de las desigualdades socioeconómicas en el acceso a determinados tratamientos (detección de cáncer de útero y vacunación triple vírica, por ejemplo), por lo que las autoridades sanitarias británicas han introducido nuevos incentivos económicos para el incremento de la calidad asistencial en relación con determinadas enfermedades crónicas (incluyendo patologías cardiovasculares y circulatorias caracterizadas por su mayor mortalidad y morbilidad entre los estratos socioeconómicos más desfavorecidos) (Baker y Middleton, 2004). Con objeto de mejorar el acceso a la atención primaria, en particular de aquellos grupos más afectados por las desigualdades en su estado de salud, buen número de PCG ha puesto también en marcha programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad destinados a colectivos vulnerables (ancianos, personas con bajos niveles de renta o minorías étnicas), han ampliado sus horarios de apertura, establecido puntos de acceso directo a la atención sociosanitaria y han puesto en marcha iniciativas para reducir los tiempos de espera. El hecho de que los PCG manejen su propio presupuesto de forma autónoma les ha permitido disponer de un mayor margen para focalizar sus recursos hacia los colectivos vulnerables y sus necesidades específicas (Wilkin, Dowswell y Leese, 2001).

Los PCG han delegado también mayores responsabilidades en los farmacéuticos y el personal de enfermería, de modo que éstos puedan resolver directamente una buena parte de las demandas de atención primaria. En relación con algunos tipos de intervenciones específicas, parece haberse producido una mejora en los resultados obtenidos. Así, el porcentaje de los mayores de 65 años vacunados contra la gripe pasó del 76 al 80% entre 2003 y 2004, el número de personas que dejaron de fumar siguiendo programas preventivos se dobló en 2003 respecto al año anterior, el incremento del seguimiento de los enfermos crónicos consiguió en ese mismo año reducir un 15% las admisiones hospitalarias y los «*walk-in centres*» prestaron atención a más de 1,5 millones de pacientes en 2003. A nivel micro, existe también evidencia que muestra cómo la mejor integración con los servicios sociales ha permitido a algunos PCG reducir la tasa de embarazos adolescentes no deseados y mejorar el tratamiento de las enfermedades mentales (NHS Confederation, 2004).

Persisten, sin embargo, importantes disfunciones (el porcentaje de personas que afirman haber dejado de asistir a la consulta del GP por incompatibilidad horaria pasó del 20% en 2003, al 22% en 2004) (HC, 2004), y perversiones en el funcionamiento del sistema de atención primaria inglés (reducción en la capacidad de elección de GP por los pacientes, limitación en la concertación de citas asignadas a las 48 horas siguientes para cumplir con los requisitos de las autoridades sanitarias, cierre de listas de los GP al alcanzar un determinado número de pacientes para poder cumplir con dichos requisitos, etc.) (CHI, 2003), así como una incipiente preocupación por el impacto sobre la equidad derivado de la creación de PCG con diferentes recursos y perfiles poblacionales (Singh, 2004).

El conflicto de «culturas organizativas», la falta de coincidencia en los límites territoriales de actuación de las distintas organizaciones, las distintas condiciones y términos en que diferentes tipos de profesionales desempeñan sus tareas y la dificultad de acomodar programas y protocolos de actuación parecen haber obstaculizado la integración entre la atención sanitaria primaria y los servicios comunitarios (Glendinning, Coleman y Malbon, 2001). La creación de líneas de financiación adicionales y específicas para ámbitos de actuación conjunta así como una mayor flexibilidad en la gestión y coordinación de los recursos humanos de ambos tipos de agencias aparecen como posibles respuestas a dichos problemas (Wilkin, Coleman, Dowling y Smith, 2002).

La devolución de responsabilidades financieras a unidades más pequeñas plantea también importantes retos en la gestión del riesgo económico para los PCG, ya que resulta más complicado responder a un incremento puntual de la demanda o de los costes. Así, los PCG ven limitada su capacidad de gestión de riesgo financiero en el medio plazo por los obstáculos existentes para la transferencia de déficits o superávits financieros.

Los esfuerzos dedicados a la transformación organizativa parecen haber restado también recursos al desarrollo de actividades de mejora de la calidad asistencial. Así, la relación entre el tamaño del PCG y su índice de actividad (incluyendo indicadores de mejora de acceso a la atención primaria y de extensión de los servicios sociosanitarios) parece reflejar una relación inversamente proporcional, de modo que los PCG más pequeños se han mostrado más activos a la hora de desarrollar iniciativas de mejora en la calidad asistencial en sus poblaciones de referencia. Dado el escaso tiempo transcurrido entre la puesta en marcha de las reformas organizativas y la realización de la encuesta, estos resultados pueden estar mediatizados por la mayor necesidad de cambio institucional que han de afrontar los PCG que han participado en los procesos de fusión, de modo que esta situación podría evolucionar de modo diferente en el futuro (Wilkin, Coleman, Dowling y Smith, 2002).

Los objetivos de proximidad inicialmente planteados por el gobierno británico (100.000 habitantes atendidos por cada PCG) han sido desbordados por la tendencia hacia la fusión de dichas organizaciones. Estas fusiones han sido justificadas en base a la necesidad de incrementar sus capacidades de gestión así como por la consecución de economías de escala, ambas medidas necesarias para alcanzar los objetivos perseguidos por la creación de los PCG.

En términos generales, la experiencia británica de integración de los servicios sociosanitarios a través de la creación de los PCG incide en algunas de las ventajas y desventajas derivadas de la descentralización a las que hacíamos referencia anteriormente (al fin y al cabo, la creación de los PCG representa, entre otras cosas, un intento de conferir un mayor grado de autonomía a los profesionales sanitarios que actúan en la atención primaria) y señalan interesantes aspectos organizativos e institucionales que convendría analizar en detalle con objeto de extraer aquellas lecciones que puedan ser de utilidad a la hora de desarrollar esquemas similares de integración de servicios sociosanitarios en el interior del SNS.

3 • Conclusiones

Como hemos señalado a lo largo del presente capítulo, los sistemas sanitarios europeos han de hacer frente a una serie de retos derivados de las transformaciones de las sociedades a las que sirven. Responder a los problemas sociosanitarios de una sociedad constituye un tipo de intervención pública eficiente y rentable, no solamente en un sentido ético, social o político, sino también económico, ya que contribuye a reducir el gasto público a medio y largo plazo (resulta más barato intervenir en las etapas iniciales de evolución de una enfermedad), y a aumentar la tasa de población activa (al incrementar los años libres de enfermedad y por tanto de disponibilidad para trabajar).

Un mayor grado de articulación entre la dimensión sanitaria y el ámbito de los servicios sociales podría resultar fundamental para responder a los retos anteriormente descritos (envejecimiento poblacional, incremento de las desigualdades, inmigración), facilitando al tiempo la creación de empleos en el sector de los servicios personales (uno de los ámbitos de actividad donde se espera un mayor crecimiento del empleo en los próximos años en el conjunto de los países desarrollados, particularmente del empleo femenino —donde la estructura del mercado de trabajo español sigue considerablemente rezagada respecto al resto de los países de nuestro entorno—).

Con unos requerimientos más complejos en el plano normativo, el desarrollo de políticas de equidad que traten de compensar las desigualdades que afectan a determinados colectivos sociales implica la aplicación de políticas de tratamiento diferencial ajustadas a las necesidades de cada colectivo. En ese contexto, las prácticas de actuación de los servicios sociosanitarios pueden resultar fundamentales, no sólo para garantizar la igualdad de acceso de estos colectivos a las prestaciones del sistema sanitario público, sino para tratar de alcanzar una distribución más «justa» del «capital de salud», contribuyendo así a compensar en cierta forma los hándicaps sufridos por dichos colectivos en este ámbito. Los objetivos a alcanzar por parte de los esquemas de protección sociosanitaria han de ser por tanto dobles: intervenir simultáneamente en la dimensión de la igualdad (de acceso a las prestaciones de los mecanismos de protección sociosanitaria) y tratar de tender hacia la equidad (compensación de necesidades específicas). Así, la nueva Ley de Sanidad 16/2003, que debe regular el funcionamiento de un SNS plenamente descentralizado, incluye entre sus objetivos fundamentales la mejora de la equidad en la provisión de servicios sanitarios.

El nuevo marco regulador del SNS descentralizado habrá de hacer frente también a unas expectativas sociales crecientes acerca de los resultados, actuaciones y responsabilidades del sistema sanitario público por parte de una población mejor informada que presta particular atención a la transparencia en el proceso de toma de decisiones por parte de los profesionales sociosanitarios, así como de los gestores del sistema sanitario público. Paralelamente a dicho crecimiento de las expectativas sociales, el SNS deberá abordar de forma explícita las posibilidades reales de expandir su ámbito de actuación hacia esferas de actuación hasta la fecha escasamente desarrolladas (dental, medicina preventiva, salud mental...) y que plantean importantes cuestiones desde el punto de vista de la equidad.

La lista de los objetivos a alcanzar en el medio y largo plazo por parte de un SNS descentralizado resulta considerable. En las últimas líneas de este capítulo nos limitaremos, por tanto, simplemente a señalar algunos de los aspectos más destacables en dicha lista de prioridades.

El establecimiento de mecanismos de cooperación entre los SRS para garantizar economías de escala (particularmente en la compra de medicamentos y de tecnología) y el mantenimiento de la calidad en la atención sanitaria resultará sin duda clave en la persecución de dichos objetivos. La creación de sistemas de generación y circulación de información (elaboración de indicadores, mecanismos de intercambio de información, etc.), con la participación de los diferentes niveles gobierno así como de los profesionales sanitarios, puede contribuir de manera importante en dicho proceso. La articulación de mecanismos que garanticen la calidad en las prestaciones del sistema a través de la potenciación de la medicina basada en la evidencia; la evaluación del desempeño por parte de agencias, profesionales e instituciones; la elaboración de guías de práctica clínica; la difusión de modelos de referencia y buenas prácticas; la evaluación de tecnologías sanitarias; la redacción de planes de calidad, o la elaboración de registros (de prácticas, reacciones adversas, etc.) de utilización por el conjunto del SNS constituyen una serie de herramientas a disposición de las autoridades sanitarias que, de ser utilizadas adecuadamente, pueden resultar de inestimable ayuda en la consecución de los objetivos planteados. La puesta en marcha de estos mecanismos debe estar basada en cualquier caso en el desarrollo de una cultura de investigación y evaluación de las políticas sanitarias, cultura de la que hasta la fecha existe relativamente escasa experiencia en nuestro país.

La articulación de los mecanismos reguladores previstos en la legislación vigente debería garantizar la movilidad del personal sanitario (lo cual

a su vez permitirá facilitar la circulación de conocimiento) y la total portabilidad del derecho de cobertura sanitaria en el conjunto del territorio del país. Asimismo, los mecanismos financieros constituirán sin duda una de las herramientas más importantes en el intento de avanzar en la corrección de las desigualdades fiscales entre regiones.

El objetivo principal para el funcionamiento del SNS ha de ser, sin duda, el continuar funcionando como garante de la protección sanitaria universal y como instrumento de cohesión social y territorial a nivel estatal. En este sentido, el papel del gobierno central, en colaboración directa con las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas, resultará clave a la hora de garantizar la igualdad, la equidad y la eficiencia en un sistema sanitario de carácter marcadamente descentralizado.

javier.moreno@iesam.csic.es

Referencias

- AHN, N., MESEGUER, J. y HERCE, J. (2003): «Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España», Madrid: Fundación BBVA.
- ARRIBA, A., CALZADA, I. y DEL PINO, E. (2006): *Las actitudes de los españoles hacia el estado de bienestar (1985-2005)*. Madrid: CIS.
- BAKER, B. y MIDDLETON, E. (2004): «Does primary care reduces health inequalities?», NPCRDC Executive Summary No.29, Manchester.
- BENACH, J. (2002): «Desigualdades sociales en salud en España: balance y retos». Ponencia presentada en la II Jornada Desigualdades Sociales en Salud. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.
- BOERMA, WGW., VAN DER ZEE, J. y FLEMING, DM. (1997): «Service profiles of general practitioners Europe». *British Journal of General Practice*, 47, 481-6.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001): «Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España». Barcelona: Fundación «La Caixa».
- CASADO D. (2001): «¿Hacia una atención integral de los ancianos vulnerables?». Ponencia presentada en las XXI Jornadas de Economía de la Salud. Oviedo, 6-8 de junio de 2001.
- CASEY, B., OXLEY, H., WHITEHOUSE, E., ANTOLIN, P., DUVAL, R. y LEIBFRITZ, W. (2003): «Policies for an Ageing Society. Recent Measures and Areas for Further Reform». Paris: OECD Economics Department Working Paper, No. 369.
- DÍAZ MARTÍNEZ, E. (2002): «Desigualdades en salud y estratificación social en España: un análisis estadístico de la encuesta nacional de salud de 1995», *Documentación Social*, 127: pp. 125-142.
- DURÁN HERAS, M^a A. (2002): «Los costes invisibles de la enfermedad», Madrid: Fundación BBVA.
- EL MÉDICO (2001): «Anuario de la Atención Primaria 2001», Madrid: El Médico.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1999): «Social foundations of postindustrial economies». Oxford: Oxford University Press.
- FREIRE CAMPO, J. M. (1993): «Cobertura sanitaria y equidad en España». I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Madrid: Fundación Argentaria.
- GÉRVAS, J., PALOMO L., PASTOR-SÁNCHEZ, R., PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. y RUBIO, C. (2001): «Problemas acuciantes en atención primaria», en *Atención Primaria*, 28, 7: 472-477

- GILLAM, S., ABBOT, S. y BANKS-SMITH, J. (2001): «Can primary care groups and trusts improve health?», *BMJ*, Vol. 232, 14.
- GLENDINNING, C., COLEMAN, A., SHIPMAN, C. y MALBON, G. (2001): «Primary care groups: Progress in partnerships», *BMJ*, Vol. 323.
- INE (2006): «Avance del padrón municipal a 1 de enero de 2006». Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INSALUD (1998): «Memoria de actividades», Madrid: INSALUD.
- INSALUD (1999): «Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud», enero-julio 1998, Madrid.
- JACOBZONE, S. (1999): «Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives». OECD: Labour market and Social. Occasional papers nº 38.
- JIMENO SERRANO, J.F, y MORENO FUENTES, F.J. (2007): «La sostenibilidad económica y social del modelo migratorio español». Colección Foro, nº 14. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- MARMOT, M. y BOBAK, M. (2000): «International Comparators and Poverty and Health in Europe», *British Medical Journal* 321:1124-8.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001): «Bases para un modelo de atención sociosanitaria». Madrid: mimeo.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004): *Anuario estadístico de inmigración*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- MORENO FUENTES, F. J. (2004): «Análisis comparado de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en el Reino Unido, Francia y España», Colección Documentos. Madrid: Consejo Económico y Social.
- NAVARRO, V. (ed.) (2004): *La situación social en España*. Fundación F. Largo Caballero. Madrid.
- NAVARRO, V. y J. BENACH (1996): «Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica de estudio de las desigualdades sociales de salud en España», *Revista Española de Salud Pública*, 70 (5/6): pp. 505-636.
- NHS Confederation (2004): «Making a Difference. How PCT are transforming the NHS», London.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003): «Adherence to long-term therapies: evidence for action». Geneva.
- PALANCA, I. (2002): «Desigualdades en salud y exclusión social». *Gitanos* (15).
- REGIDOR, E., C. BORRELL, M. PASARÍN, J. GUTIÉRREZ-FISAC y L. LOSTAO.

- (2002): «Desigualdades Sociales en Salud: Situación en España en los Últimos Años del Siglo XX». Alicante: U. de Alicante.
- RICO, A., GONZÁLEZ, P. y FRAILE, M. (1999): «La descentralización sanitaria en España: autonomía política y equidad social», en *Políticas de bienestar y desempleo. III Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza*. Fundación Argentaria, Madrid.
- RICO, A., RAMOS, X. y BORRELL, C. (2001): «Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social». Madrid: Fundación BBVA.
- RICO, A. y MORENO FUENTES, F. J. (2006): «La arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa», en «Integración asistencial: fundamentos y aplicaciones», editado por Ibern, P. Barcelona: Ed. Masson.
- (2004). «Epidemiología, tecnología y sociedad: Los retos futuros en salud», en «España 2015: Prospectiva social e investigación científica y tecnológica» editado por Cruz Castro, L. Madrid: Fundación Española de Ciencia y Tecnología (FECYT).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2006): La integración de los inmigrantes no comunitarios en el Estado de Bienestar, en *Sistema*, nº 190-191, pp. 309-326.
- SESPAS (2002): «Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe 2002». Madrid.
- (2000): «La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000». Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SINGH, D. (2004): «Primary care trusts need to tackle disparities in general practice», *BMJ*, Vol. 328.
- SMITH, J. y BARNES, M. (2000): «Developing Primary Care Groups in the New NHS: Towards Diversity or Uniformity?», *Public Money and Management*, Jan.-March.
- UNITED NATIONS ORGANIZATION (2000): «Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations?» Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- URBANOS, R. (1999): «Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español para el período 1987-1995». Madrid: Tesis doctoral. U. Complutense de Madrid.
- WILKIN, D., COLEMAN, A., DOWLING, B. y SMITH, K. (2002): «The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2001/2002: Taking Responsibility?», NPCRDC, Manchester.

WILKIN, D., DOWSWELL, T. y LEESE, B. (2001): «Modernising primary and community health services», BMJ, Vol. 322.

WILKIN, D., GILLAM, S. y SMITH, K. (2001): «Tackling organizational change in the new NHS», BMJ, Vol. 322.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUT I ELS SISTEMES DE SALUT AUTONÒMICS. EVOLUCIÓ I PERSPECTIVES

LLUÍS BOHIGAS SANTASUSAGNA
MARÍA LUISA DE LA PUENTE MARTORELL
*Direcció General de Planificació i Avaluació
Departament de Salut de la Generalitat
de Catalunya*

SUMARI: 1. El model sanitari espanyol. 2. La teoria de la coordinació general sanitària. 3. La pràctica de coordinació. 3.1. Les prestacions i les garanties. 3.2. La farmàcia. 3.3. Els professionals sanitaris. 3.4. La recerca. 3.5. El sistema d'informació. 3.6. La qualitat. 3.7. Els plans integrals. 3.8. La salut pública. 3.9. Els trasplantaments. 3.10. La sida. 4. El Consell Interterritorial i les agències. 5. L'anàlisi de la coordinació. 5.1. El propòsit de la coordinació. 5.2. L'àmbit de la coordinació. 5.3. Els instruments de coordinació. 6. Conclusions.

1 • El model sanitari espanyol

El model sanitari espanyol és un sistema sanitari que ofereix un servei públic als ciutadans pràcticament gratuït i que està gestionat per les comunitats autònomes (CA) i coordinat per el Govern central.

Les bases del model provenen de la Constitució de l'any 1978 i van ser desenvolupades per la Llei general de sanitat aprovada l'any 1986. El model es va construir sobre la xarxa sanitària de la Seguretat Social que gestionava l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD). Les transferències de l'INSALUD a les CA es van iniciar a l'estiu de 1981 i van concloure al desembre de 2001.

El finançament sanitari va passar de ser proveït per les cotitzacions de la Seguretat Social a ser-ho amb impostos. Des del 1981 fins al 2001 les CA participaven en una part del pressupost de l'INSALUD. Amb l'aprovació de la Llei 21/2001, de finançament de les CA, que fixa el model

actual, cada comunitat té una participació en els impostos i, amb aquests diners, finança totes les competències assignades.

La Constitució, la Llei general de sanitat, els estatuts de les CA, els decrets de transferències i la Llei de finançament de les CA, són els cinc pilars sobre els quals es construeix el model sanitari espanyol.

La Constitució espanyola de 1978 reconeix el dret a la salut i estableix que les CA són responsables de la gestió dels serveis sanitaris públics.

En el capítol de principis rectors de la política social i econòmica, concretament en l'article 43 de la Constitució, es reconeix el dret a la salut i s'estableix que és competència dels poders públics organitzar i tutelar la salut pública mitjançant mesures preventives, i de les prestacions i serveis necessaris. La llei establirà els drets i deures de tots.

L'article 148 de la Constitució, en l'apartat 21, assigna a les CA la competència sobre sanitat i higiene. L'Estat es reserva —en l'article 149, apartat 16— les competències de sanitat exterior, les bases i la coordinació de la sanitat i la legislació sobre productes farmacèutics. A més, l'Estat es reserva la legislació bàsica i el règim econòmic de la Seguretat Social.

La Llei general de sanitat de 1986 estableix que els titulars del dret de protecció de la salut són tots els espanyols o ciutadans estrangers residents (art. 1.2). La Llei determina que les CA han de crear els seus serveis de salut (art. 4.2). També defineix el Sistema Nacional de la Salut (SNS) com el conjunt de serveis de salut de l'Administració de l'Estat i de les CA (art. 44.2). La Llei desenvolupa la competència exclusiva de l'Estat sobre la sanitat exterior (art. 38). Respecte al sistema sanitari, la Llei determina quines són les competències de l'Estat (art. 40) i diu en l'article 41.2 que tot el que no s'atribueixi expressament a l'Estat s'entén atribuït a les CA. La Llei estableix que l'organització sanitària bàsica ha de ser l'àrea de salut (art. 56) i desenvolupa l'organització de l'àrea de salut en uns articles que no són norma bàsica, sinó solament supletòria en el cas que la comunitat autònoma no tingui norma pròpia.

Una altra base legislativa de l'SNS són els estatuts d'autonomia de les CA. En la primera redacció, només els estatuts de les CA de via ràpida tenien la competència de la sanitat i, per tant, van haver de modificar-se els de via lenta per poder assumir les transferències de l'any 2001. Darrerament, hi ha hagut una sèrie de revisions de diversos estatuts que poden donar un altre aspecte a aquest tema. El nou **Estatut d'Autonomia de Catalunya i la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de l'EAC**, té les referències sanitàries següents:

- Distingeix les matèries de competència **exclusiva, compartida** o merament **executiva**. El gruix de les competències sanitàries són de naturalesa compartida.
- Quant a les competències compartides, la Generalitat de Catalunya té la potestat legislativa, la reglamentària i la funció executiva en el marc que fixi l'Estat, com a mínim comú normatiu en normes de rang de llei, excepte els supòsits que determini la Constitució i l'EAC.
- Les previsions del nou EAC han de tenir una incidència en la política normativa en l'àmbit de la salut.

Així, per exemple, el cas de la formació sanitària especialitzada (article 162,3), es considera competència compartida amb l'Estat, i inclou l'acreditació i l'avaluació de centres, la planificació de l'oferta de places, la participació en l'elaboració de convocatòries, la gestió de programes de formació i àrees de capacitació específica.

Les transferències de l'INSALUD a les CA es van iniciar l'any 1981 a la Generalitat de Catalunya i van finalitzar al desembre de 2001 amb la transferència a les 10 CA de la via lenta.

El finançament de les CA va quedar establert en la Llei 21/2001, *«por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen común y Ciudades con Estatuto de autonomía»*. Cada comunitat autònoma rep un percentatge dels impostos de l'IVA i de l'IRPF i altres impostos menors recollits a la seva pròpia comunitat. La Llei crea un fons de suficiència per complementar els ingressos de les CA en què els impostos no són suficients per a la despesa pública assignada. Les CA poden incrementar l'impost dels carburants per dedicar-lo de forma finalista a la sanitat. La Llei crea dos fons específics per a la sanitat: un és el Fons per a l'Estalvi de la Incapacitat Laboral i l'altre és el Fons de Cohesió. El primer es reparteix d'acord amb l'assoliment d'objectius en el control de les baixes, mentre que el segon està vinculat al moviment de pacients entre CA, i es descriu més endavant.

Tot i que la Llei general de sanitat proposa la universalització, ja recull en la disposició transitòria cinquena que l'extensió de la cobertura es farà de forma progressiva i encara no s'ha assolit. Quan es va aprovar la llei, només tenien dret a l'atenció els beneficiaris de la Seguretat Social; posteriorment es van incorporar tots els espanyols sense mitjans econòmics. La

Llei d'estrangeria va donar als estrangers el dret a l'atenció urgent, a l'atenció al part i a l'atenció als menors. El fenomen més important des del punt de vista demogràfic ha estat en aquests darrers anys la immigració. Les CA han atorgat la targeta sanitària als immigrants i, de fet, s'ha incorporat pràcticament tots els estrangers irregulars a l'atenció sanitària pública. Alguns règims de seguretat social com les mutualitats de funcionaris, MUFACE, MUJEJU i ISFAS, estan fora de la gestió autonòmica i es continuen finançant per contribucions socials, com també altres supòsits com la medicina del treball o l'esportiva.

En resum, el model sanitari espanyol és un sistema sanitari nacional gestionat per les CA, coordinat per l'Estat i finançat per impostos que atén de forma gairebé gratuïta els ciutadans espanyols i estrangers residents. L'origen es troba en la xarxa sanitària de la Seguretat Social i es troben restes d'aquest origen en diversos temes. El patrimoni sanitari està gestionat per la comunitat autònoma, però encara és propietat de la Seguretat Social; els treballadors estan sotmesos a un estatut diferenciat que va néixer amb la Seguretat Social i, sobretot, la població encara identifica l'atenció sanitària pública amb el «Seguro».

2 · La teoria de la coordinació general sanitària

La Constitució reserva a l'Estat la competència de la coordinació general sanitària. Des de fa 25 anys el contingut i els límits de la coordinació han estat objecte de debat i encara ho són avui. Poc després de les primeres transferències de l'INSALUD, el Ministeri de Sanitat va intentar aprovar unes normes mínimes, les CA van recórrer al Tribunal Constitucional i aquest va sentenciar que la concreció de la coordinació no podia ser tan detallista que afectés l'autonomia de les CA.

La Llei general de sanitat defineix el contingut de la coordinació general sanitària en el seu article 70 i inclou:

- a) l'establiment amb caràcter general d'índexs o criteris mínims bàsics i comuns per avaluar les necessitats de personal, centres o serveis sanitaris, l'inventari definitiu de recursos institucionals i de personal sanitari, i els mapes sanitaris nacionals;
- b) la determinació de les finalitats i objectius mínims comuns en matèria de protecció, prevenció i assistència sanitària;

- c) el marc d'actuacions i prioritats per assolir un sistema sanitari coherent, harmònic i solidari;
- d) l'establiment amb caràcter general de criteris mínims bàsics i comuns d'avaluació de l'eficàcia i el rendiment dels programes, centres o serveis sanitaris. La concreció dels criteris comuns i mínims s'emprarà en l'elaboració dels plans de salut. Cada comunitat autònoma elaborarà el seu pla de salut i l'Estat elaborarà el pla integrat de salut amb el conjunt de plans autonòmics i les seves previsions centrals. Fins ara, ni s'han elaborat els criteris mínims ni tampoc aquest pla.

La Llei general de sanitat enfoca la coordinació de dues altres formes, d'una banda, mitjançant les competències de l'Estat i de l'altra, amb la creació del Consell Interterritorial de Salut (CI). En l'article 40 de la Llei es detallen 16 competències de l'Estat i en l'article 38 es referma el que diu la Constitució: que la sanitat exterior és competència de l'Estat. Les 4 primeres competències es refereixen al medi ambient i als aliments. La cinquena i la sisena es refereixen a la farmàcia que la Constitució també reserva a l'Estat. Les que es refereixen a serveis sanitaris són les següents: *a)* determinació de condicions i requisits tècnics mínims per a l'aprovació i l'homologació de les instal·lacions i equips dels centres i serveis; *b)* acreditació i homologació de centres per a trasplantaments; *c)* catàleg i registre general de centres, serveis i establiments sanitaris; *d)* homologació de programes de formació postgraduada; *e)* homologació de llocs de treball; *f)* vigilància i anàlisi epidemiològica i la coordinació de les CA en cas de risc nacional o internacional; *g)* sistema d'informació sanitària; *h)* actuacions dirigides a impedir o perseguir el frau; *i)* informes generals; i *j)* establiment de mitjans i sistemes que garanteixin la informació i la comunicació entre Estat i CA.

L'article 47 de la Llei general de sanitat crea el CI, format de manera paritària entre les 17 CA i mateix nombre de membres de l'Administració de l'Estat. El CI es l'òrgan permanent de comunicació i informació entre els serveis de salut i amb l'Administració de l'Estat. La llei li dona com a funcions específiques les línies bàsiques de les compres i els principis bàsics de la política de personal. També se li assignen funcions de planificació sanitària.

Fins a l'any 2001, el Ministeri de Salut i Consum va controlar la gestió de l'INSALUD, que, en el decurs del temps, ha anat perdent compe-

tències a mesura que aquestes han estat transferides. En aquesta època la coordinació es produeix en la mateixa gestió de l'INSALUD. Per exemple, la reforma de l'atenció primària es fa en tot l'Estat espanyol i no és fruit de cap acord entre les CA, sinó de la reforma que fa l'INSALUD. De fet, durant aquesta època el pressupost de l'INSALUD és la base del finançament sanitari de les CA, que reben una part proporcional a la població que gestionen i també una part proporcional del dèficit. El tema de la coordinació es torna a plantejar amb força en el moment que es completen les transferències i així s'arriba a l'elaboració de la Llei de cohesió i qualitat de l'any 2003.

La Llei de cohesió i qualitat té dos propòsits fonamentals: d'una banda garantir la cohesió en un sistema molt descentralitzat i, en segon lloc, fomentar-ne la modernització a través de la millora de la qualitat. La Llei posa l'accent en la cohesió com una alternativa o, millor, un objectiu de la coordinació. La qüestió no és la coordinació en si, sinó la cohesió del sistema per tal de donar un servei de qualitat al ciutadà. Per poder assolir aquest objectiu es necessita una coordinació en determinats aspectes. Els sis primers capítols de la llei defineixen allò que es considera comú de l'SNS; aquests sis elements són les prestacions, els medicaments, els professionals sanitaris, la recerca, els sistemes d'informació i la qualitat. Les prestacions són les que els ciutadans rebran del servei públic, independentment de la seva residència. Per tal de concretar els drets dels ciutadans sobre les prestacions i la forma en què les reben, la Llei fixa sis categories de garanties: accessibilitat, mobilitat, temps per donar la prestació, informació a l'usuari, seguretat i qualitat. Hi ha una legislació específica per al tema dels medicaments. Per als professionals sanitaris la llei promou la mobilitat dins l'SNS. La recerca és un altre tema de la cohesió; la Llei fomenta la recerca rellevant per a l'SNS i la seva aproximació a la pràctica clínica. El sistema d'informació és necessari per donar un bon servei sanitari en qualsevol lloc i també és necessària la informació per a la gestió de l'SNS. Finalment, la qualitat és un element de cohesió del sistema. La majoria d'aquests temes han estat desenvolupats per normatives específiques que es descriuran més endavant.

La Llei de cohesió i qualitat estableix dues fórmules per fomentar la cooperació entre l'Estat i les CA: els plans integrals i les accions de cooperació en salut pública. La Llei crea tres institucions per donar suport tècnic i logístic a la coordinació: l'Agència de Qualitat, l'Institut d'Informació Sanitària i l'Observatori de l'SNS. Aquestes institucions estan dirigides pel

CI i donen suport a les seves actuacions. Finalment, la llei canvia la composició i les funcions del CI. El CI estarà format pels consellers de sanitat de les CA presidits pel ministre. També es perd el caràcter paritari que li donava la Llei general. Per altra banda es crea la comissió delegada, formada pels números dos de cada autonomia per preparar l'agenda dels consells. Es defineixen quatre tipus de funcions pel CI que són essencials, d'assessorament, de coordinació i de cooperació.

Les dues primeres conferències de presidents van ocupar-se del tema sanitari. Les conclusions van ser fonamentalment econòmiques, però van tenir dues conseqüències importants per a la coordinació sanitària. En primer lloc, el grau de compromís entre Administracions és molt superior al que es pot donar en el CI, ja que són els màxims representants de les Administracions els que prenen els acords. En segon lloc, es va acordar finançar amb 50 milions d'euros un pla de qualitat que constitueix un catàleg de prescripcions per a la col·laboració entre institucions. Més endavant es desenvoluparan el grau de compromís dels acords multilaterals i el Pla de Qualitat.

3 • La pràctica de la coordinació

La Llei de cohesió i qualitat presenta un catàleg de matèries en les quals les Administracions han de col·laborar per donar un servei públic de qualitat al ciutadà. Aquestes matèries són: prestacions, farmàcia, professionals sanitaris, recerca, sistemes d'Informació i qualitat. A continuació es farà servir aquesta classificació per analitzar el grau de coordinació que s'ha desenvolupat en cada cas.

3.1 • Les prestacions

La Llei de cohesió i qualitat defineix un catàleg de prestacions a les quals tenen dret tots els ciutadans independentment de la seva residència. La Llei defineix que tots els ciutadans espanyols tenen dret al mateix catàleg de prestacions. La forma que adopta la Llei per obligar totes les CA a tenir un únic catàleg, però a la vegada a mantenir la seva autonomia, és diferenciar entre catàleg de prestacions i cartera de serveis. El catàleg és un dret del ciutadà, mentre que la cartera és una fórmula d'organitzar els ser-

veis. El catàleg és fixat per la Llei de cohesió i qualitat i és comú a tots els ciutadans. Respecte a la cartera, la Llei preveu que el Govern n'ha de fer una per decret, consultant prèviament el CI. El Decret de cartera de serveis es va aprovar el 15 de setembre de 2006: Reial decret 1030/2006 pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització.

El Decret de cartera de serveis crea en l'article 9 la Comissió de Prestacions, Assegurament i Finançament. Aquesta Comissió forma part del CI i és la que canalitza la incorporació de noves prestacions.

La primera experiència de coordinació de prestacions es va produir en el Reial decret 63/1995 sobre ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut. La Llei de cohesió va mes enllà que el Decret de prestacions que havia definit un mínim de prestacions comunes per a tot el sistema, que les CA podien superar, amb els seus propis diners. Aquestes diferències entre els diners propis i els altres es feia quan les CA rebien dos tipus d'ingressos: els que depenien dels impostos i els que depenien de la Seguretat Social. Els primers eren propis, en el sentit que podien dedicar-los al que volguessin, mentre que els de la Seguretat Social havien de dedicar-los a la sanitat. Aquesta diferència va desaparèixer amb la Llei de finançament de 2001, ja que les CA reben diners procedents d'impostos i poden dedicar-los al que vulguin. El Decret establí unes prestacions que estaven explícitament excloses de la cartera i entre aquestes hi havia la del canvi de sexe. La Comunitat Autònoma d'Andalusia va fer bandera d'incloure aquesta prestació en el seu propi catàleg. En el Decret actual no hi ha prestacions excloses, però les CA poden oferir carteres complementàries a la cartera comuna. La cartera de serveis del Decret també és mínima per a les mutualitats de funcionaris.

El Decret desenvolupa un procediment per a la incorporació de noves prestacions que es basa en l'avaluació de les tecnologies mèdiques. L'Institut Carlos III va crear una Agència d'Avaluació de Tecnologies i també ho van fer diverses CA. Dins del CI es va crear una comissió per coordinar aquestes agències. En algunes ocasions l'Agència del Carlos III actuava com a organisme coordinador de les altres agències i feia d'intermediària entre el CI i les agències autonòmiques; en altres ocasions, el Ministeri de Sanitat i Consum s'adreçava a totes les agències.

La Llei de cohesió i qualitat estableix que les prestacions s'oferiran als ciutadans amb unes garanties determinades, que la Llei estableix en l'accessibilitat, la mobilitat, el temps per donar la prestació, la informació a

l'usuari, la seguretat i la qualitat. A continuació es repassarà la normativa que s'ha elaborat per coordinar aquestes sis garanties.

a) Mobilitat dels pacients

La Llei diu que els ciutadans tenen dret al catàleg de prestacions amb independència del lloc del territori nacional on es troben en cada moment. Si un servei autonòmic de salut no disposa d'una prestació, el Decret diu que s'han de coordinar amb un altre servei de salut per canalitzar els pacients de forma adequada. Més endavant es desenvolupa el tema dels centres de referència. Per altra banda si un ciutadà d'una autonomia té una necessitat de salut mentre està viatjant per una altra autonomia, aquesta té l'obligació de proporcionar-li atenció. En els dos casos la comunitat autònoma que atén el pacient haurà de fer una despesa per un ciutadà que no forma part del seu territori. Per compensar les CA que donin assistència, la Llei de finançament de les CA va crear el Fons de Cohesió. Aquest fons va ser regulat pel reial Decret 1247/2002 i posteriorment s'ha tornat a regular pel Reial decret 1207/2006, de 20 d'octubre.

El Decret del Fons de Cohesió cobreix econòmicament l'atenció prestada per una comunitat autònoma a pacients d'altres CA però solament quan són derivats de forma programada entre CA, bé sigui per convenis entre CA, bé per ser atesos en centres de referència. Queden implícitament exclosos els pacients que són atesos d'urgència en una comunitat autònoma diferent de la seva i també la lliure elecció de comunitat per part del pacient. També es finança amb aquest fons els pacients d'altres països amb els quals hi ha conveni, que són fonamentalment els de la UE. Per tant, també queden implícitament exclosos els immigrants dels països pobres.

El Decret de 2002 tenia un annex amb les tarifes dels Diagnostic Related Groups (DRG) que estaven finançats; per tant només es finançava atenció hospitalària i en règim d'internament. En el Decret de 2006 hi ha un annex que millora les tarifes dels DRG i inclou un segon annex amb tarifes per procediments ambulatoris. El valor econòmic del fons va ser de 55 milions d'euros l'any 2002 i es va mantenir en el mateix nivell en els anys següents. En la segona Conferència de Presidents de 2005 es va acordar augmentar el valor del fons fins a 90 milions. La majoria de CA van criticar el fons de 2002 per tenir un volum econòmic baix i, a més per no cobrir ni la farmàcia ni l'atenció primària. Aquest segon decret ha augmentat el volum

econòmic, però no ha resolt els altres problemes. Algunes CA han recorregut aquest decret.

b) Temps per donar la prestació

Una altra garantia que la llei dóna als ciutadans és un temps màxim per accedir a l'assistència. Les llistes d'espera van ser un tema estrella de la setena legislatura (2000-2004). El CI va crear una comissió específica que, després d'un any de treball, va elaborar un informe. Una de les conclusions d'aquest informe és que les CA comptaven de forma diferent les llistes d'espera i, per tant, segons el criteri d'una comunitat autònoma, un pacient era en llista, però segons el criteri d'una altra, no hi era. Per tal d'homogeneïtzar les estadístiques sobre les esperes dels pacients, es va aprovar el Reial decret 605/2003, de 23 de maig, *«por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud»*. Aquest Decret estableix criteris, indicadors i requisits mínims, bàsics i comuns en matèria de llista d'espera. L'homogeneïtzació no ha estat possible encara avui dia. D'altra banda, i per tal de garantir que els ciutadans puguin tenir informació sobre les llistes, el Decret estableix que el Ministeri de Sanitat publicarà semestralment les dades de les llistes d'espera. El Decret deixa obert l'establiment de criteris de prioritació de les llistes per part del CI, però fins avui no s'ha fet en cap ocasió. Algunes CA han establert objectius de temps màxim d'espera i, en canvi, altres autonomies han ofert garanties de temps als seus ciutadans amb una compensació en cas de no complir l'objectiu (normalment en forma d'atenció en un altre centre). La Comunitat Autònoma de Castella La Manxa, per exemple, ofereix tractament gratuït en un centre privat. En el temps de funcionament d'aquest programa fins a finals de 2006 han atès 6.841 pacients amb un cost de 1,7 milions d'euros. La Comunitat de Madrid va oferir una garantia política que, en cas de no assolir un temps màxim d'espera determinat, la seva presidenta dimitiria.

c) Informació al pacient

La garantia de donar informació al pacient es compleix d'acord amb la Llei de cohesió amb el compliment de la Llei 41/2002, de 14 de novem-

bre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Un dels temes que desenvolupa la Llei és el de les instruccions prèvies, és a dir, les voluntats del pacient sobre el seu tractament quan no tingui capacitat per expressar-les. Aquestes voluntats són recollides en registres autonòmics. El 2 de febrer de 2007 el Consell de Ministres va aprovar un decret per regular el registre nacional d'instruccions prèvies: Reial decret *pel* qual es regula el Registre Nacional d'instruccions prèvies i el corresponent fitxer automatitzat de dades de caràcter personal. Aquest registre nacional estarà adscrit al Ministeri de Sanitat i Consum i recull la informació que un pacient té unes instruccions prèvies en una comunitat autònoma determinada.

d) Seguretat

La garantia de seguretat s'ha enfocat de dues maneres, amb un decret referent a l'autorització de centres i serveis sanitaris, i amb la creació d'una aliança per a la seguretat.

La competència d'autoritzar la creació d'un nou centre sanitari està transferida a les CA. La Llei de cohesió estableix que, mitjançant reial decret, s'establiran els mínims per autoritzar un nou centre. El tema de les autoritzacions era prou complex, perquè es decidís fer primer un decret per homologar una terminologia similar entre els centres de les diferents CA i per establir un procediment homogeni. Aquest és l'objectiu del Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, pel qual s'estableixen les bases generals sobre l'autorització de centres, serveis i establiments sanitaris. En aquest Decret es crea un Registre Nacional de Centres Sanitaris amb els centres autoritzats per les CA.

L'aliança per la seguretat consisteix en una acció voluntària entre les CA finançada pel Ministeri de Sanitat i Consum per fomentar actituds en els professionals sanitaris que evitin els problemes de seguretat en els centres sanitaris. El finançament del programa per als anys 2006 i 2007 és de 14,8 milions d'euros, dels quals 10,6 milions són aportats pel Ministeri i els altres 4,2 per les CA. El Ministeri de Sanitat signa un conveni amb cada comunitat autònoma en funció dels projectes presentats i en el marc del Pla de Qualitat. Catalunya va rebre 1,7 milions d'euros per aquest projecte.

e) Qualitat i centres de referència

La darrera garantia de les prestacions per als ciutadans és la qualitat. La Llei dona molta importància a aquest aspecte i, de fet, la Llei s'anomena de cohesió i qualitat. La qualitat es desenvolupa més endavant com una de les matèries de la coordinació i allà també es tractarà la normativa sobre centres de referència.

3.2 · La farmàcia

La Constitució reserva a l'Estat la legislació sobre productes farmacèutics. Aquesta competència es va desenvolupar en la Llei 25/1990 del Medicament que donava a l'Estat dues funcions: d'una banda, autoritzar la posada al mercat d'un nou medicament i, de l'altra, decidir si el medicament es finançava públicament i fixar-ne el preu. Les CA van manifestar el seu desacord en diverses ocasions sobre les competències de l'Estat per introduir medicaments en el finançament i fixar-ne el preu, ja que són elles les que han de fer front al cost, que durant els anys noranta va créixer de forma molt ràpida. Els preus de referència i la promoció dels genèrics van ser els instruments del Ministeri de Sanitat i Consum per moderar el creixement dels preus. Finalment es va elaborar una llei, la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, que consolida les posicions establertes. Així, el Ministeri segueix tenint la potestat d'incloure el medicament en el finançament públic i el Consell de Ministres fixa els preus i les comissions que es queden les farmàcies i els distribuïdors. El CI pot, segons aquesta Llei, acordar la planificació, la coordinació, la contractació, l'adquisició i el subministrament dels medicaments als centres sanitaris públics i, per tant, no influeix en els preus ni en les incorporacions al finançament públic.

3.3 · Els professionals sanitaris

La Llei general de sanitat, en l'article 84 establia que s'elaboraria un estatut marc pel personal sanitari que substituiria els estatuts del personal de la Seguretat Social. L'Estatut marc es va aprovar per llei: Llei 55/2003, de 16 de desembre, de l'Estatut marc del personal estatutari dels serveis

de salut. L'objecte de la Llei és establir les bases reguladores de la relació funcional especial del personal estatutari (art. 1). Aquest estatut el podran desenvolupar les CA en l'àmbit de les seves competències (art. 3) i, per tant, és una norma coordinadora mínima de les relacions laborals entre els professionals sanitaris i les seves Administracions sanitàries. La Llei estableix uns registres de personal que s'integraran en el Sistema d'Informació Sanitària de l'SNS (art. 16). La Llei desplega el principi de lliure circulació i la possibilitat de mobilitat per tot l'SNS. Per facilitar-ho, la Comissió de Recursos Humans (ministres i consellers) coordinarà les convocatòries de les diferents CA (art. 38), i la mateixa comissió establirà principis i criteris per a l'homologació de les diferents carreres professionals (art. 40).

La definició de les professions sanitàries es va fer amb la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. Un professional sanitari té la mateixa definició i formació en tot l'Estat. Aquesta competència no s'establia clarament de l'Estat en la Llei general de sanitat. L'accés a una professió sanitària és mitjançant la formació pregrau, que està regulada per la Llei d'universitats, però la Llei diu que, amb caràcter preceptiu, la Comissió de Recursos Humans ha d'informar els projectes d'establiment de títols oficials i les directrius generals dels plans d'estudis. La Llei es refereix al fet que el nombre de places de formació ha de respondre a les necessitats de personal sanitari. Una altra matèria és l'establiment dels títols d'especialistes, que la Llei atribueix al Govern de l'Estat a proposta dels Ministeris d'Educació i Sanitat, però amb informe no vinculant de la Comissió de Recursos Humans. El títol d'especialista té validesa en tot el territori de l'Estat (art. 16). Aquesta llei estableix legalment el programa MIR. L'acreditació de centres per impartir formació d'especialista és competència de l'Estat, però els criteris d'acreditació els aprovarà el Ministeri de Sanitat a proposta de la Comissió de Recursos Humans. La Llei crea uns registres nacionals d'especialistes que s'inclouen dins el sistema d'informació de l'SNS. El tercer nivell formatiu que regula la Llei és el de la formació continuada; en aquest cas la Llei crea la Comissió de Formació Continuada de les professions sanitàries, que incorporarà el Ministeri de Sanitat, les CA, col·legis professionals i societats científiques. L'acreditació de programes de formació continuada la faran el Ministeri i les CA. Un altre tema que es coordina és el «desenvolupament professional»; aquí la Llei dóna al CI la funció d'establir principis generals per a l'homologació de les carreres professionals.

3.4 · La recerca

La Llei general de sanitat va crear l'Institut Carlos III com a centre de suport científic i tècnic del Ministeri de Sanitat i va situar-hi tots els laboratoris de salut pública que tenia el Govern central. Mitjançant el programa FISS (Fons de Recerca de la Seguretat Social, FISS), l'Institut Carlos III va començar a finançar la recerca clínica als centres sanitaris. El FISS no es va transferir a les CA i es va mantenir com una font important de finançament de la recerca. La Llei de cohesió i qualitat reconeix a l'Estat la responsabilitat en la recerca en salut. El Ministeri de Sanitat, en consulta amb les CA, elaborarà la iniciativa sectorial en sanitat per integrar-la en el Pla Nacional de Recerca Científica. A l'Institut Carlos III s'assignen les funcions de fomentar i donar suport a la recerca.

El FISS havia portat la política de finançar investigadors individuals amb un projecte petit i limitat en el temps. Aquesta política no facilitava l'assoliment de grans resultats que requereixen la cooperació entre molts especialistes i la durada en el temps. La Llei de cohesió i qualitat estableix dos mecanismes per superar aquesta situació, d'una banda, els instituts de recerca i de l'altra, les xarxes de recerca cooperativa. Els instituts de recerca seran centres acreditats pel Ministeri de Sanitat, però la Llei no concreta gaire més. En canvi en el tema de les xarxes, la Llei estableix que l'Institut Carlos III ha de fomentar la creació de xarxes de recerca cooperativa, multidisciplinàries i interinstitucionals. Aquestes xarxes es van constituir al voltant d'especialitats mèdiques, per exemple càncer, i integraven centres de diverses CA. Les xarxes podien demanar ajuts de recerca de forma conjunta. Posteriorment, l'Institut va optar per donar més estructura a les xarxes i va promoure la creació dels CIBER per tal de tenir una estructura de gestió de la xarxa. S'està redactant una nova llei de recerca que establirà els criteris de coordinació en aquest tema.

3.5 · El sistema d'informació

La Llei de cohesió i qualitat crea un Sistema d'Informació Sanitària de l'SNS. Aquest sistema està alimentat per les Administracions sanitàries central i autonòmiques, i les mateixes Administracions podran accedir i disposar de les dades. La mateixa Llei disposa que hi haurà una xarxa de comunicacions entre Administracions. També la Llei estableix que el Ministeri

establirà un procediment per a l'intercanvi telemàtic d'informació clínica i de salut individual entre Administracions sanitàries per tal de donar una millor assistència als ciutadans. La Llei estableix que l'accés dels ciutadans a les prestacions de l'SNS es farà mitjançant una targeta sanitària individual. Aquestes targetes seran gestionades per les CA, però hi haurà un número únic i una base de dades nacional.

La Llei crea l'Institut d'Informació Sanitària per tal de demanar, elaborar i distribuir la informació del sistema d'informació.

El Ministeri de Sanitat i Consum manté una àmplia sèrie d'estadístiques sanitàries, elabora informes i estableix instruments de relació entre l'Administració de l'Estat i les CA. També incorpora operacions estadístiques al Pla Estadístic Nacional. El CI té diferents grups tècnics per al desenvolupament de sistemes d'informació. Per donar cobertura a tots es va crear l'any 2000 la Subcomissió de Sistemes d'Informació. Els continguts del sistema d'informació s'han anat desenvolupant en diferents normatives, així per exemple en la Llei d'ordenació de les professions sanitàries s'estableix un sistema d'informació específic per a professionals sanitaris, que s'integra en el sistema de l'SNS.

La primera Conferència de Presidents va impulsar la creació d'un grup de treball sobre la despesa sanitària, que va analitzar les dades de despesa sanitària de les CA. L'anàlisi es va publicar per part de l'Institut d'Estudis Fiscals. En aquesta anàlisi es van comprovar les diferències entre els criteris emprats a les CA i posteriorment s'ha seguit treballant per tal d'homogeneïtzar-ne els criteris.

En l'actualitat es compta amb estadístiques sanitàries sobre el nivell de salut, recursos sanitaris, activitat, despesa i alguns resultats. Les estadístiques són majoritàriament descriptives i independents, i amb dades parcials i fragmentades. Destaquen:

- Conjunt d'indicadors bàsics de l'SNS.
- Sistema d'Informació d'Atenció Primària (SIAP): es pretén disposar d'informació de: població, oferta sanitària, utilització, qualitat, despesa i resultats. Actualment només es disposa d'informació referida a organització administrativa, funcional i de gestió, oferta de serveis, població protegida i recursos (estructurals i humans).
- Sanitat en línia: en el marc del Pla de Qualitat per a l'SNS. Pretén generalitzar l'ús de les TIC en l'àmbit sanitari. El Ministeri finança una part del sistema d'informació a les CA. Aquest projecte té

un pressupost de 39,6 milions d'euros dels quals la societat estatal Red.es n'aporta el 50%. Es defineixen 5 grans àmbits d'actuació a coordinar entre les diferents CA:

- Establiment d'un sistema fiable d'identificació dels usuaris (interoperabilitat plena de la targeta sanitària).
- Informatització dels registres clínics de cada usuari o pacient (història clínica digitalitzada i compartida entre diferents CA).
- Sistema de suport que relacioni els processos necessaris per fer efectiva la prestació farmacèutica (garantir l'accés electrònic a les ordres de prescripció de medicaments des de qualsevol punt de dispensació del país).
- *Telecita i telemedicina.*
- Custòdia i actualització dels subsistemes d'informació existents: ESRI (Enquesta d'Establiments Sanitaris en Règim d'Internament), CMBD (Conjunt Mínim Bàsic de Dades), Enquesta Nacional de Salut i llistes de espera.

3.6 • La qualitat

La Llei de cohesió i qualitat estableix la creació de la infraestructura de la qualitat que constitueix en donar uns elements bàsics per poder establir programes de millora de la qualitat. Està formada per: *a)* normes de qualitat i seguretat, *b)* indicadors, guies de pràctica clínica, *c)* registre de bones pràctiques, *d)* registre d'esdeveniments adversos. Per elaborar i mantenir aquesta infraestructura es crea l'Agència de Qualitat de l'SNS.

La mateixa Llei crea l'Observatori de l'SNS per tal de facilitar una anàlisi permanent de l'SNS en matèria d'organització, provisió de serveis, gestió sanitària i resultats. L'observatori va publicar l'informe sobre l'SNS de l'any 2004 i, posteriorment, va incorporar el tema de l'atenció a la dona.

Els objectius de l'observatori són promoure el coneixement sobre desigualtats de gènere i salut; incorporar l'enfocament de gènere en polítiques de salut; formació continuada del personal sanitari; generar i difondre coneixements sobre desigualtats i salut.

Exemples de treballs que fa amb les CA mitjançant grups de treball:

1. Promoure una adequada atenció al part, no medicalitzat segons OMS (Fons de Cohesió en Salut Prenatal).

2. Elaborar d'un protocol comú en atenció sanitària a la violència de gènere i un sistema de vigilància (CI).

Una acció per a la creació de la infraestructura de la qualitat va ser el programa *Guiasalud*, que va ser iniciat per la Comunitat Autònoma d'Aragó i consistia en una avaluació de les guies de pràctica clínica. Un cop avaluades aquestes guies, es penjaven en una pàgina web i eren accessibles a tots els professionals sanitaris de l'SNS. El CI va donar suport a aquesta iniciativa i el Ministeri va finançar-ne el manteniment. L'avaluació de les guies s'ha encarregat a les agències d'avaluació de tecnologies.

La segona Conferència de Presidents va acordar incrementar el pressupost sanitari de l'any 2006 en 50 milions d'euros amb una partida dedicada a elaborar un pla de qualitat. Aquest pla es va consultar amb el CI i el seu propòsit és incrementar *«la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, al tiempo que ofrecer a los profesionales y a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas en su objetivo de mejorar la calidad»*.

El Pla s'estructura en 6 àrees d'actuació que són: protecció, promoció de la salut i prevenció; foment de l'equitat; suport a la planificació dels recursos humans en salut; foment de l'excel·lència clínica; utilització de les tecnologies de la informació per millorar l'atenció als ciutadans i augment de la transparència. Aquestes àrees es concreten en 12 estratègies, 41 objectius i 189 projectes d'acció.

L'examen del contingut del Pla de Qualitat mostra que es tracta d'un pla molt més ampli que la millora de la qualitat de la manera que l'havia determinat la Llei de cohesió i qualitat. En la pràctica es tracta d'un pla de coordinació de l'SNS, que cobreix tot l'espectre d'activitats dels serveis sanitaris. La metodologia, segons descriu el mateix Pla, és proposar un ampli ventall de mesures per millorar la coordinació i després *«proponer líneas de trabajo de adhesión voluntaria»*. Algunes de les propostes d'aquest Pla s'acaben en fer un estudi, mentre que d'altres suposen un finançament a les CA mitjançant l'establiment de convenis.

En l'article 28 de la Llei de cohesió i qualitat es recullen les garanties de qualitat de les prestacions sanitàries i dins d'aquestes se situa la designació de centres de referència d'àmbit estatal. La designació i l'acreditació de centres de referència per tot l'SNS es desenvolupa en el Reial decret

1302/2006, de 10 de novembre, «por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros y servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud».

En aquest Decret s'elabora un procediment, s'estableixen uns criteris i es crea un comitè dins el CI per designar els centres de referència. L'acreditació dels centres la farà el Ministeri de Sanitat, amb l'acord previ del CI. El Fons de Cohesió preveu el finançament de pacients derivats entre CA per ser atesos en centres de referència.

3.7 · Els plans integrals

La Llei de cohesió i qualitat va establir l'elaboració de plans integrals de salut (art.64) per acordar models d'atenció a determinades malalties. El nou Govern elegit l'any 2004 va canviar el nom de Plans Integrals pel d'Estratègies Nacionals, sense canviar-ne el concepte. L'any 2003 es va aprovar el primer i únic Pla Integral de Cardiopatia Isquèmica. Fins a l'actualitat s'han aprovat les Estratègies Nacionals següents: càncer, salut mental, atenció primària i diabetis i se n'està elaborant una sobre cures pal·liatives.

3.8 · La salut pública

La coordinació en l'àmbit de la salut pública és el que té més tradició i de fet, la Comissió de Salut Pública del CI ha funcionat ininterrompudament des de l'origen. En general, la coordinació s'ha mogut en paràmetres tècnics, hi ha hagut alguns desajustos en el calendari de vacunacions, especialment per la inclusió d'algunes vacunes. L'article 65 de la Llei de cohesió i qualitat estableix una fórmula de treball entre Estat i comunitat autònoma denominada «*actuaciones coordinadas en salud pública y seguridad alimentaria*». L'objectiu és cercar una resposta homogènia i coordinada per als principals problemes de salut pública.

Els principals àmbits de coordinació han estat el catàleg de prestacions de salut pública; emergències (grip aviar...); vacunacions; tabac i seguretat alimentària.

En l'àmbit legislatiu la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries davant el tabaquisme i reguladora de la distribució, el subminist

trament, el consum i la publicitat dels productes del tabac ha definit una fórmula de coordinació. Aquesta llei, en l'article 7 prohibeix fumar en una sèrie de llocs, «*además de en aquellos lugares o espacios definidos en la normativa de las Comunidades Autónomas*». Per la redacció sembla que estableix doncs un mínim nacional que les CA poden superar. En l'article 22 dóna la responsabilitat a les CA d'exercir les funcions de control i d'inspecció, i la imposició de sancions. En la disposició final primera, la llei dóna a les CA la responsabilitat d'aprovar les normes de desenvolupament i execució d'aquesta llei.

Algunes CA van elaborar els seus reglaments de desplegament de la llei en els quals concretaven una sèrie de llocs on es podia fumar; el Ministeri va considerar que eren massa laxos i va anar als tribunals demanant-ne la suspensió cautelar. El Tribunal Superior de Justícia de Madrid va refusar la suspensió cautelar del Decret de la Comunitat de Madrid. Sembla doncs que en alguns casos seran els tribunals els que decidiran l'ajustament de la coordinació sanitària entre una llei estatal i els seus reglaments autonòmics.

3.9 • Els trasplantaments

En l'àmbit dels trasplantaments hi ha una coordinació assistencial concreta: l'intercanvi d'òrgans. Un òrgan pot ser extret en una comunitat autònoma i mitjançant un sistema establert, aquest òrgan pot ser implantant en un centre sanitari d'una altra comunitat autònoma.

La gestió de la coordinació està encarregada a un organisme autònom denominat Organització Nacional de Trasplantaments (ONT). Les seves funcions es detallen en la disposició addicional tercera de la Llei 14/2006, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida. En el CI hi ha una comissió de trasplantaments que vehiculitza la participació de les CA.

La coordinació es concreta en un element operatiu que gestiona el moviment d'òrgans entre CA; en aquest cas Catalunya és autònoma i disposa de l'Organització Catalana de Trasplantament (OCATT) i d'una sèrie de normatives que determinen els criteris clínics i organitzatius de l'extracció i la implantació d'òrgans. L'ONT gestiona també un sistema d'informació que li permet disposar de les dades d'activitat de trasplantament de tot l'Estat.

3.10 • La sida

El Ministeri disposa del Pla Nacional de la Sida per coordinar les actuacions en aquest terreny. Aquest Pla està assignat a la Direcció General de Salut Pública. Cada any se signa un conveni entre aquesta Direcció General i les seves homòlogues a les CA en què s'acorda en el marc del pla de treball del Programa de la Sida a la CA un finançament a càrrec del Ministeri. Aquest finançament es calcula a partir del pressupost que el Ministeri assigna a aquesta malaltia, i que es reparteix entre les CA. Tenint en compte el nombre de casos de sida i la població de la comunitat autònoma, el Pla Nacional dóna també subvencions directament a ONG que, d'aquesta forma, fan activitats per tot l'Estat.

El Pla fa una campanya anual de prevenció de la sida per tot l'Estat, elabora recomanacions sobre la prevenció i el tractament de la sida amb representants del món clínic i en algunes ocasions de les CA, i manté les relacions internacionals del Ministeri en matèria de sida.

Anualment es reuneix la Comissió Nacional de Seguiment presidida pel Ministeri de Sanitat i Consum, amb representació de les CA, en què es fa balanç de l'any anterior i es marquen prioritats per al futur. Els coordinadors autonòmics de la sida es reuneixen periòdicament per intercanviar dades i experiències.

4 • El Consell Interterritorial (CI) i les agències

El CI i les agències són les institucions que la Llei de cohesió i qualitat constitueix per gestionar la coordinació. El CI està definit per la Llei de cohesió i qualitat (art. 69) com «*el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado*». A partir d'aquesta llei el CI està format pel ministre que el presideix, pels consellers de les CA, un dels quals és escollit com a vicepresident i un secretari proposat pel Ministeri. Les seves funcions es descriuen en l'article 71 i es classifiquen en quatre apartats: funcions essencials de configuració de l'SNS (cartera de serveis, seguretat, qualitat, recursos humans), d'assessorament (planificació i avaluació), de coordinació i de cooperació. Les funcions del CI són a) conèixer, b) debatre i c) emetre recomanacions.

La Llei crea una comissió delegada formada pel secretari general del Ministeri de Sanitat i Consum i un representant de cada comunitat, que prepara les reunions del CI.

L'activitat del CI no es limita a les reunions del consell i de la comissió delegada, sinó que darrere hi ha un nombre molt important de tècnics del mateix ministeri i de les CA que treballen per intercanviar informació i criteris. Aquests tècnics es reuneixen i treballen en comissions, subcomissions i grups de treball que han anat canviant al llarg del temps. A finals de 2006 les comissions del CI eren les següents:

- Grup Experts Gestió Llistes d'Espera.
- Comissió Violència de Gènere.
- Comissió Permanent Cooperació i Coordinació.
- Comitè Tècnic CMBD.
- Comissió Científicotècnica SNS.
- Comissió Trasplantaments i Medicina Regenerativa.
- Comissions prestacions: ortoprotèsiques, productes dietètics.
- Grups salut pública: vacunes, promoció salut, grip, sanitat ambiental.
- Comissió Nacional Hemoteràpia.
- Comissió Delegada Consell Interterritorial SNS.
- Comissió Seguretat i Qualitat SNS.
- Grup Tècnic Seguretat Pacients.
- Grups estratègies: càncer, salut mental, diabetis.
- Comissió Coordinació Inspecció SNS.
- Subcomissió Sistemes d'Informació.
- Comissió Assegurament, Finançament i Prestacions.
- Comissió Seguiment Fons Cohesió.
- Comissió Pla Nacional R+D.
- Comissió Recursos Humans.
- Comissió Anàlisi Cost Farmàcia Hospitalària.
- Comissió Farmàcia.

Algunes comissions eren permanents, en el sentit que agrupaven els mateixos responsables de cada comunitat, mentre que altres eren grups de treball que havien sorgit en un moment determinat per fer una actuació concreta. Sembla que seria útil estructurar i donar coherència als diversos grups per fer tota aquesta estructura més operativa.

A tall d'exemple, en la taula es valoren els punts forts i febles de la Subcomissió de Sistemes d'Informació:

<p>Punts forts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marc de discussió adequat per a la recerca de consensos en la definició d'indicadors i productes d'informació. • Identificació de millors pràctiques en l'àmbit dels sistemes d'informació i TIC. • Identificació de sinèrgies i adaptació d'experiències d'èxit. • Alineament de les prioritats d'informació a compartir entre les CA. • Identificació de «llicons apreses» en el disseny i la implantació de nous sistemes d'informació.
<p>Punts febles — Aspectes a millorar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistència d'un marc de confiança mútua entre les CA i entre les CA i el MSC (com ara informació de llistes d'espera). • Poc valor afegit en la informació recopilada i publicada (fruit de la dificultat d'arribar a consensos i de l'heterogeneïtat de les fonts/indicadors generats pels sistemes d'informació de les CA). • Estructura poc operativa i lenta en la presa de decisions. • Falta de consens en alguns elements estratègics: identificació de l'usuari, continguts de la història clínica, interoperabilitat de la recepta electrònica... • Poc lideratge de l'MSC en l'establiment de paràmetres bàsics necessaris per al desenvolupament correcte d'alguns projectes: <ul style="list-style-type: none"> – Homogeneïtzació d'indicadors. – Estandardització per a la interoperabilitat del sistema. – Criteris bàsics de disseny funcional i tècnic d'alguns projectes.

L'article 73 es refereix als acords del CI i diu que: «*los acuerdos del consejo se plasmarán mediante recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso*».

El CI va ser creat per la Llei general de sanitat l'any 1986 i va reunir-se unes dues o tres vegades l'any fins a la redacció de la Llei de cohesió i qualitat que li va donar les funcions i l'estructura anterior. Durant aquest període eren una minoria les CA que tenien transferit l'INSALUD. La coordinació pel que fa els serveis sanitaris es feia entre les CA transferides i l'INSALUD. A finals de l'any 2001 es va produir la transferència a les deu CA restants. A partir d'aquest moment el funcionament del CI va tenir un aspecte molt partidista.

La Llei de cohesió i qualitat institueix agències especialitzades per desenvolupar activitats tècniques que donin suport a la coordinació. Aquestes agències són: Agència de qualitat, Institut d'Informació Sanitària i Observatori de l'SNS. Les tres agències es van establir dins l'estructura del Ministeri, és a dir, sense personalitat jurídica pròpia. En l'article 75 de la llei es diu que en el si del CI es podran formular les propostes d'actuació de les tres agències.

5 • Anàlisi de la coordinació

La coordinació general sanitària és una competència que la Constitució atorga a l'Estat, i que en un sistema sanitari molt descentralitzat esdevé una funció clau. En aquest apartat analitzarem el contingut d'aquesta funció a la llum de les experiències descrites en els apartats anteriors.

5.1 • Propòsit de la coordinació

Quin és el motiu pel qual la Constitució atorga a l'Estat la facultat de coordinar una funció transferida a les CA?, o millor: què pretén la Constitució amb aquesta funció? En alguns contextos es fa servir l'objectiu d'homogeneïtat, és a dir l'objectiu és que els serveis sanitaris, malgrat estar transferits, siguin homogenis. Per exemple l'estadística és més fàcil d'elaborar si tots els hospitals es diuen de la mateixa manera. En altres contextos es fa servir l'objectiu d'eficiència, és a dir el conjunt dels serveis sanitaris serà més eficient que cadascun d'aquests, i un dels motius d'aquesta millor eficiència serà perquè aconseguixin preus més barats dels subministradors, per exemple de la indústria farmacèutica. Un altre motiu que s'utilitza a vegades és l'equitat, és a dir que el ciutadà sigui tractat de la mateixa manera en cada comunitat autònoma. Normalment es posen exemples de les diferències entre CA per reclamar una certa centralització. Aquest argument no té perspectiva històrica, ja que el sistema, abans de descentralitzar-se, estava profundament centralitzat, per exemple en l'època de l'INP, i aleshores les diferències entre territoris, i entre la ciutat i el camp respecte als serveis sanitaris eren enormes.

Un argument de pes és el dels drets del ciutadà, és a dir la Constitució és la mateixa per a tots, i aquesta és la que dóna el dret a la salut; per tant

no és assumible que els ciutadans d'una comunitat tinguin més drets que els d'una altra. Aquest argument també és delicat, perquè el límit una situació d'igualtat seria que un determinat servei no fos donat per cap comunitat i això seria contrari al que diu la Constitució. La descentralització de les funcions de l'Estat són precisament per donar un millor servei i acostar al ciutadà la presa de decisions sobre els serveis que l'afecten. La descentralització vol dir desigualtat, ja que una comunitat autònoma, si és més eficient amb els seus recursos, pot assolir un millor nivell de servei o un servei més adequat que una altra. Aquí neix un altre concepte que és el de diferències assumibles. Evidentment la definició d'aquest terme és complicada perquè qui decideix que les diferències són assumibles i per a qui. Sembla, però, que un règim democràtic amb eleccions periòdiques pot fer que els ciutadans opinin que no estan d'acord amb una determinada situació i en votin una altra. L'altra via que s'ha emprat és portar als tribunals els conflictes de competències i deixar que siguin aquests els que determinin els límits de la coordinació.

D'altra banda la competència de les CA entre elles també s'ha demostrat un factor poderós d'incentivació. Tot i que la conseqüència més immediata de la competència entre CA ha estat que fins ara totes volen oferir al ciutadà més serveis.

5.2 · Àmbit de la coordinació

La Llei general de sanitat va establir en l'article 40 setze competències de l'Estat, a part de la competència sobre sanitat exterior. Les competències són: 1) mètodes de mesurament del medi ambient; 2) criteris sanitaris dels aliments; 3) registre sanitari d'aliments; 4) autorització d'elements alimentaris; 5) regulació dels medicaments; 6) regulació de la producció de medicaments; 7) requisits mínims per a l'aprovació de centres i serveis sanitaris; 8) acreditació de centres de trasplantament; 9) catàleg de centres sanitaris; 10) homologació de programes de formació post-grau; 11) homologació de llocs de treball; 12) serveis de vigilància epidemiològica; 13) sistemes d'informació sanitària; 14) actuacions per evitar el frau; 15) informes generals sobre salut i 16) sistemes de comunicació entre Estat i CA. En l'article següent es diu que aquelles decisions i actuacions que no s'hagin reservat a l'Estat es consideren atribuïdes a les CA.

Sembla que el contingut de la coordinació queda definida per les competències de l'Estat, però la mateixa Llei dedica un capítol a la coordinació general sanitària, el número IV, en què s'estableix un mitjà de coordinació que és el Pla Integrat de Salut. Per elaborar aquest Pla, l'Estat ha d'establir uns criteris generals de coordinació (art. 70), que seran tinguts en compte per les CA per fer els seus plans i pressupostos, El Pla Integrat recollirà en un document únic els plans estatals i els plans de les CA, així com els pressupostos. El Reial decret 938/1989, de 21 de juliol, pel qual s'estableixen el procediment i el termini per a la formació dels plans de salut, regula el procediment i l'esquema dels plans de les CA, però no estableix el contingut dels «criteris» de coordinació. Les CA van fer els seus plans de salut sense comptar gaire amb les directrius d'aquest Decret, però l'Estat mai no va elaborar el Pla Integrat i, per tant, aquesta via de coordinació no va funcionar.

La Llei de cohesió i qualitat estableix sis apartats en els quals l'SNS ha de donar una resposta homogènia, i les activitats de coordinació s'han orientat en aquesta direcció des de la seva aprovació l'any 2003.

5.3 · Instruments de coordinació

a) Normes mínimes

La Llei general de sanitat ha definit la coordinació com l'establiment de mínims per part del Ministeri de Sanitat. Aquesta definició representa implícitament que l'equitat del sistema està en els mínims i que l'autonomia de les CA s'expressa superant aquests mínims. Des de l'any 1986, el sector sanitari no ha parat de créixer, de manera bastant important, i per tant segurament els mínims, que no s'han elaborat, tampoc no haurien servit de gaire.

b) Legislació

La manera més clara de coordinació és la mateixa Llei de general de sanitat, que es qualifica com a llei bàsica i, per tant, obligatòria per a totes les CA. En alguns articles, i la Llei els detalla, no es constitueix com a bàsica i aquí serveix només com a dret supletori en el cas que les CA no hagin legislat. Aquesta forma de coordinar a través d'una llei es repeteix en la

Llei de l'estatut marc. De nou és una llei que s'erigeix com a legislació marc per al conjunt del sistema. Les CA poden elaborar lleis, però sempre dins les bases establertes per l'Estat.

Una altra fórmula de coordinació legal és que l'Estat ha d'adaptar directives europees. Aquestes són vinculants per als estats, que les han de traduir en lleis i, per tant, obligatòries per a les CA. Aquí l'Estat fa d'intermediari entre la UE i les CA.

La Llei del tabac ha utilitzat una altra fórmula de coordinació. L'Estat fa la Llei i les CA fan el reglament i la inspecció. Aquí han aparegut problemàtiques quan algunes CA han fet un reglament que no ha agradat al Ministeri. Aquest ha intentat impedir-los a través dels tribunals que de moment ho han refusat.

La coordinació per via normativa, és a dir mitjançant una Llei o Decret, és la fórmula que regula l'actuació de les Administracions, però cal que es compleixi i això no sempre es així. Normalment, si una Llei no es compleix, s'imposen sancions a qui no la compleix, però en el cas de les CA això no és normalment assumible.

c) Acords del Consell Interterritorial

El CI és l'organisme de coordinació, però hi ha hagut sempre dubtes sobre la seva capacitat real per prendre acords. De fet, els acords del CI no han anat mai més enllà de les recomanacions. Hi ha hagut alguns episodis anecdòtics com l'acord en un calendari de vacunacions, que després va ser incomplet per la majoria davant la por d'una epidèmia. Però sense arribar a l'anècdota, la conferència sectorial només és un punt de trobada entre diverses Administracions on cadascuna depèn d'un executiu i d'un parlament diferent. Quin valor té un acord que no obliga, ja que el ministre i el conseller es deuen a un Govern de l'Estat o una comunitat autònoma que, a la vegada, tenen un parlament diferent? En els reglaments del CI s'ha hagut de concretar quan el consell pren un acord i, de fet, sempre s'ha arribat al consens, és a dir no hi ha una decisió pròpiament dita, sinó la constatació que tothom pensa de la mateixa manera. En aquest sentit, els informes del Consell són simplement recomanacions: el Ministeri consulta al CI, escolta la seva opinió, però després pot fer el que vulgui.

En canvi, els acords de la Conferència de Presidents tenen un grau més de valor, ja que són els presidents de les diferents Administracions, els qui

fan els acords i prenen responsabilitats en nom de les seves Administracions respectives.

d) Convenis

La Llei de cohesió ja estableix que, si les diferents parts del CI volen obligar-se sobre una actuació determinada, aleshores cal elaborar i signar convenis. El conveni és doncs la manera en què les Administracions s'obliguen a tirar endavant un tema. Aquests convenis són bilaterals entre l'Administració de l'Estat i cadascuna de les CA, tot i que hi ha algun cas de conveni multilateral entre tots.

El programa *Guiasalud* ja ha estat examinat en l'apartat de qualitat i consisteix en el fet que una comunitat autònoma, Aragó, fa una tasca de selecció i filtratge de guies de pràctica clínica, i les guies avaluades es penjen a la web. Per fer aquesta funció que beneficia tot l'SNS, el Ministeri de Salut finança la Comunitat Autònoma d'Aragó. Aquesta és una variant del Conveni, en què es fa amb una comunitat, però en benefici de totes.

e) Finançament específic

Els convenis poden anar acompanyats d'un finançament específic. Normalment és l'Administració de l'Estat la que subvenciona una determinada actuació, i la comunitat autònoma que rep la subvenció s'obliga a fer-la. De vegades s'utilitza la fórmula del cofinançament, és a dir la comunitat autònoma s'obliga a finançar a mitges o en un determinat percentatge l'actuació acordada. En la taula següent es presenta el finançament de diverses estratègies durant l'any 2006.

Estratègia	Pressupost en €	
	Estat espanyol	Catalunya
Prevenió tabaquisme	14.000.000	2.366.088
Seguretat pacient	5.000.000	845.031
Estratègies en salut	6.715.860	1.135.023
Atenció perinatal	2.000.000	428.285
Sistema d'informació	2.962.750	273.792
Total	30.678.610	5.048.219

En algunes ocasions s'ha equiparat la coordinació amb el finançament específic. És a dir, el Ministeri de Sanitat no pot coordinar si no hi posa diners. Això no està escrit en cap normativa, ni en la Constitució, ni en cap llei. Una cosa és que el finançament estigui mesurat d'acord amb unes competències i que, si les CA han de prestar més serveis als ciutadans, poden discutir el repartiment dels fons, però la coordinació és independent del finançament. Tampoc l'Estat no pot envair competències de les CA encara que per això hi posi fons suplementaris.

f) Estàndards

Un altra fórmula de coordinació és l'establiment d'estàndards. Aquesta s'ha emprat normalment en les dades estadístiques; per exemple el Conjunt Mínim Bàsic de Dades Hospitalàries (CMBDH) és un estàndard que determina una manera homogènia de recollir les estadístiques. De fet, cada comunitat pot ampliar el nombre de variables recollides en el CMBD, sempre que mantingui el mínim estatal.

g) Plans

Una altra fórmula de coordinació és la de l'Organització Nacional de Trasplantaments i la del Pla Nacional de la Sida. En aquests casos, el Ministeri disposa d'un organisme específic per coordinar un aspecte assistencial o preventiu. En el cas dels trasplantaments és un organisme autònom i en el cas de la sida és un pla de salut pública. En ambdós casos, s'utilitzen els convenis i el finançament com una fórmula per influir en la coordinació. També s'utilitzen les reunions sectorials amb els coordinadors del programa en cada comunitat autònoma

Els Plans Integrals, ara anomenats Estratègies Nacionals, són una altra fórmula de coordinació. Mitjançant un procediment de consens, s'elaboren unes fórmules per tractar una malaltia o un problema de salut i es consensua amb les CA. Aquest Pla o Estratègia serveix de guia voluntària per a tothom qui vulgui seguir-la, i té el suport professional, ja que en la seva elaboració han participat societats científiques que n'avalen la credibilitat tècnica. En aquest sentit el Pla de Qualitat adopta la mateixa via, si bé el seu abast són tots els àmbits de coordinació possible i té incorporat un finançament.

6 • Conclusions

Des que es va aprovar la Llei de cohesió i qualitat s'han aprovat almenys quatre lleis, sis decrets i s'han elaborat sis plans de coordinació. Sembla, per tant, que no falta material coordinatiu. El que cal és que es compleixin les lleis, i masses vegades estem acostumats a fer lleis que es compleixen poc.

El funcionament del CI des que es va aprovar la Llei de cohesió i qualitat ha estat marcat pel partidisme, és a dir el partit que dóna suport al govern aplaudeix les iniciatives del Ministeri de Sanitat i l'oposició s'hi oposa sistemàticament. La capacitat d'influència en les decisions del Ministeri i en les de les CA és limitada. Aquest factor es podria millorar si aquest organisme es vinculés amb la Conferència de Presidents, és a dir, serien els presidents els qui haurien d'assumir la coordinació sanitària com una activitat pròpia.

El funcionament de les comissions del CI és millorable. Haurien de ser més operatives i de més ajuda per a la presa de decisions del consell.

Finalment, cal remarcar la importància dels sistemes d'informació. S'han de tenir dades objectives sobre com funciona el sistema i, per aquest motiu, és fonamental disposar d'un disseny global del sistema d'informació de l'SNS. Caldria reforçar l'estructura de l'Institut d'Informació Sanitària i fer que depengui més directament del CI.

LA ORGANIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

PEDRO GALLO DE PUELLES

*Profesor de Sociología y Análisis de las Organizaciones
Universidad de Barcelona*

Voldria agrair l'Institut d'Estudis Autònoms l'oportunitat de com-partir amb vosaltres aquests pensament i reflexions al voltant de l'organització de la provisió de serveis sanitaris a les comunitats autònomes.

La primera parte de la ponencia es una reflexión en torno a lo que sabemos, es decir, la manera que tiene España y las comunidades autónomas de proveer servicios sanitarios, y reflexionaré, porque no es posible no hacerlo, sobre las diferentes formas jurídicas de las entidades proveedoras y compradoras de servicios sanitarios, la diversificación en cuanto a su naturaleza, los planes de salud que han de fijar las prioridades en la compra y provisión de servicios, y sobre si somos o no muy diferentes en cuanto a las necesidades de salud y servicios sanitarios.

La segunda parte reflexionará sobre si hemos sido capaces de aprovechar las ventajas de la descentralización sanitaria y sobre dos condiciones fundamentales para la mejora:

- a) La cultura del aprendizaje organizacional
- b) La cultura de la evaluación

¿Qué sistema sanitario queremos? Posicionarse respecto a esta pregunta mostrará nuestros valores como sociedad y nuestros valores sanitarios, pero también nuestra historia.

Deseamos un sistema sanitario que **1) responda a las necesidades cambiantes**. No queremos un sistema sanitario esclerótico, o que manifieste un conflicto de velocidades entre lo que la sociedad avanzada nos pide y lo que somos capaces de darle como respuesta. Así, deseamos un

sistema sanitario que tenga capacidad de respuesta ante entornos que cambian. No obstante, definir necesidades ya es complejo es sí mismo. Nos podríamos acercar a su concepto si las concebimos tanto como necesidades de salud —fines— como necesidades de servicios sanitarios —medios—, lo que exige respuestas tanto en la identificación de determinantes de la salud como en la planificación, ordenación y evaluación de servicios sanitarios.

La concepción amplia de necesidades implica también un abordaje amplio, por ejemplo, desde los departamentos de sanidad de las comunidades autónomas, vertebrando agendas para políticas de salud más allá de lo que pueda hacer el departamento con ese nombre y responsabilidad, definiendo políticas de salud a desarrollar por otros departamentos o Conserjerías en base al conocimiento y la investigación. Es decir, definir agendas para los demás departamentos del gobierno autónomo en clave de qué políticas poner en marcha para corregir las desigualdades o mejorar la salud de la población. Por tanto, la salud no es competencia exclusiva del departamento de salud. Encontramos en la literatura científica muestras sustanciales de políticas para la salud de otros departamentos como interior, infraestructuras, investigación, bienestar, educación, medio ambiente, etc. Todos ellos pueden incidir en la salud de la población.

Queremos un sistema sanitario que **2) ofrezca servicios de alta calidad y accesibles para todos**, que tenga presentes el valor y concepto de la equidad en el acceso y la utilización de servicios sanitarios, que no se discrimine a nadie por su condición de género, edad, condición socioeconómica, origen, etc. La equidad la entendemos como eliminar barreras de acceso y proveer servicios de acuerdo con criterios de necesidad, de forma que demos el mismo trato a los que son iguales, y diferente trato a los que son diferentes (diferentes necesidades). Lo que proveamos ha de ser de calidad. El concepto de calidad también es esquivo y lleno de matices. Para nuestro propósito, nos aproximaremos al concepto de calidad en base a dos elementos complementarios:

- a) responsividad (*responsiveness*) o capacidad técnica de dar respuesta efectiva a las demandas y necesidades del ciudadano, basando nuestras actuaciones en la mejor evidencia científica posible, y
- b) receptividad (*receptivity*) o capacidad de poner la organización al servicio del ciudadano, mimando la relación de éste con la organi-

zación en un marco de información soporte, acogida, orientación y trato de confianza y respeto.

Aspiramos a un sistema sanitario que **3) sea sostenible**, que no malgaste, que sea eficiente en su gestión, que provea servicios que han probado que mejoran la salud de la población a un coste razonable, y que lo haga sin hipotecar a las generaciones futuras.

Queremos un sistema sanitario **4) capaz de aplicar conocimiento a sus procesos**. Para aplicar conocimiento, debemos ser capaces primero de identificar el conocimiento relevante para nuestros servicios sanitarios, y generarlo si no está disponible en nuestro contexto, para compartirlo y aplicarlo después, y evaluar su uso. Entiendo que encontrar la forma más ágil, eficiente y sencilla de hacer esto es precisamente lo que llamamos gestionar el conocimiento. El conocimiento es, a mi entender, posiblemente el recurso económico más interesante del sistema, porque a diferencia del resto de los recursos que utilizamos (recursos físicos, recursos humanos, recursos económicos, financieros), cuanto más utilizas el conocimiento, más crece éste, cuanto más lo compartes, mejor es, pero, en cambio, queda obsoleto muy rápidamente si no se utiliza, si no se aplica, si no se actualiza. Así pues, las tareas o las estrategias de gestión del conocimiento, de lo que funciona y lo que no, en una determinada organización, son fundamentales.

Nuestro sistema debe ser **5) capaz de aprender de un entorno que cambia constantemente**, en el que los ciudadanos y los profesionales comparten las decisiones, y aquí no me refiero sólo a los pacientes. El paciente dispondrá cada vez de más información respecto a su salud, respecto a las alternativas que se le ofrecen para mejorarla, acudirá a Internet para buscar soluciones, irá con esa información al médico etc. Quiere ser un paciente más activo, más implicado, menos aleccionado. También quiero referirme a los ciudadanos y a las estrategias para involucrar a éstos en la gestión, a iniciativas de participación en las decisiones más políticas (*policy*, no sólo *politics*). Un ejemplo de buen uso de esa fuente de conocimiento ciudadana es el de la ordenación de las listas de espera de cirugía electiva. Precisamente, en el Departamento de Salud y en el Servicio Catalán de Salud en Cataluña, se ha estudiado cómo la participación ciudadana puede orientar los criterios de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía

de cataratas, rodilla o cadera, apuntando pesos relativos de criterios clínicos pero también criterios sociales como la dependencia, la capacidad de incorporarse a la vida laboral, etc... Es decir, los ciudadanos podemos dar muchas claves para mejorar la organización de los servicios sanitarios.

Por último, queremos un sistema **6) transparente y responsable**, capaz de rendir cuenta de sus resultados respecto al uso de los recursos y de sus limitaciones y opciones.

La política sanitaria de todas las comunidades autónomas trata de aproximarse a buen seguro a este sistema ideal, enfrentándose frecuentemente a la ardua (¿imposible?) tarea de proveer un amplísimo conjunto de prestaciones, de alta calidad, para todos, y en el marco de unos recursos escasos. En Europa vemos muy mal tener que sacrificar uno de estos objetivos, así que acaban padeciendo un poco todos. Sacrificamos prestaciones cuya evidencia científica de efectividad y mejora de la calidad de vida está contrastada (la salud bucodental, es un ejemplo), y sin embargo incluimos prestaciones sin una base suficiente de evidencia científica de que funciona y que son adecuadas para esa población. También padece el objetivo de la calidad (las listas de espera es un ejemplo de muchos). Pero también la equidad sufre, quizás no se perciba manifiestamente a nivel global, pero hay evidencia publicada de desigualdades no aceptables en la utilización de servicios sanitarios a niveles inferiores de atención o de programas sanitarios específicos.

El entorno donde tratamos de hacer compatibles una sanidad amplia, de calidad y para todos no es un entorno estable. El entorno sanitario está sujeto a mil impactos de aspectos que no controlamos directamente, empezando por los valores sociales individuales que cambian, una mayor participación de los profesionales, factores culturales que afectan en cómo unos u otros hacen uso de los servicios y cómo éstos han de adaptarse (el fenómeno migratorio es un ejemplo ilustrativo), factores socioeconómicos y laborales, políticos e ideológicos —que son muchas veces la base de la organización del sistema sanitario de una u otra manera—, factores legales, factores epidemiológicos y ambientales, avances tecnológicos —tanto médicos como de información y comunicación—, entre otros. Bien, son factores que presionan sobre las prestaciones a cubrir, sobre los colectivos a tratar y sobre los recursos disponibles.

¿Qué hacer ante entornos cambiantes o ante entornos estables? A mí me parece que los entornos sanitarios son terriblemente cambiantes y eso

debería condicionar o moldear las formas organizativas que adoptemos para darles respuesta. Ante entornos cambiantes, hay que adoptar un tipo de estructura, un tipo de organización determinada y ante entornos estables, otro. Entornos estables sugieren, por ejemplo, actuaciones de tipo mecanicista, actuaciones estandarizadas, sin más reflexión que dar cumplimiento a aquello que se sabe que no va a cambiar durante un tiempo. Sin embargo, ante entornos cambiantes, como es el entorno sanitario, las respuestas deben ser de tipo órgano vivo, de forma que las instituciones que respondan a ese entorno, y a esos retos, deberían de tener la flexibilidad y la autonomía necesarias como para no hacer patente un conflicto de velocidades incoherente con la prestación de los servicios públicos; una cosa es la que nos piden los ciudadanos y otra, la que podemos hacer debido a nuestra estructura.

Pero, antes de intentar responder a qué formas organizativas acuden las comunidades autónomas para proveer servicios sanitarios, conviene responder a una pregunta previa: ¿somos muy diferentes? De la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2003) se pueden extraer datos muy ilustrativos sobre necesidades de salud y atención sanitaria entre comunidades autónomas.

Ante indicadores de autopercepción de salud, hay claramente poblaciones de comunidades autónomas que declaran estar mejor (Navarra, Cataluña o Baleares, por ejemplo) o peor que la media (Galicia, Asturias o Extremadura, por ejemplo), pero ¿son importantes estas diferencias entre comunidades autónomas? Hay que decir que los coeficientes de variación son muy pequeños, están en torno al 0.15. Si escogemos otro indicador de salud, por ejemplo la restricción de actividad diaria a causa de la salud (dejar de ir a trabajar, dejar de ir al colegio, o de realizar las tareas de casa...), de nuevo, los que sí restringen esa actividad principal por peor estado de salud son Galicia, Asturias, Canarias y Murcia. De nuevo, sí hay diferencias entre comunidades autónomas, pero, ¿son muchas esas diferencias? El coeficiente de variación en este caso es del 0.17, es decir, más bien bajo, indicando muy poca dispersión con respecto a la media.

La presencia de ciertas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el colesterol elevado, la diabetes, etc., ¿ofrecen un panorama diferente? De nuevo, aparecen Canarias, Asturias y Galicia como en las que mayor presencia dice la población padecer estas enfermedades, pero ¿son importantes esas diferencias con respecto a otras comunidades autónomas y con respecto a la media de España? De nuevo, encontramos coeficientes de variación de 0.15, 0.25 o 0.37.

¿Tenemos estilos de vida muy diferentes entre comunidades autónomas como para justificar actuaciones muy diferentes por parte de los servicios sanitarios? Exploramos el consumo de tabaco o sobrepeso y de nuevo encontramos que, efectivamente, existen diferencias entre comunidades autónomas, pero éstas son pequeñas (coeficientes de variación del 0.08-0.14.)

En cuanto a la utilización de servicios sanitarios, sin duda hay diferencias entre comunidades autónomas, por ejemplo en cuanto a citologías vaginales, mamografías, número de veces que vamos al médico, tiempo de espera en la consulta, visitas a urgencias o consumo de medicamentos. Pero de nuevo, esas diferencias son bajas (coeficiente de variación de 0.06 en el caso del consumo de la medicación).

En resumen, sí que somos diferentes entre comunidades autónomas, pero quizás no tanto como cabría esperar. Nos parecemos más entre nosotros que a otros países de nuestro entorno socioeconómico. Seguramente, se parece más Cataluña a Murcia, que lo que se parece Cataluña a Italia. Por tanto, tenemos una realidad muy compartida y las pequeñas diferencias acaban reflejándose en prioridades ligeramente diferentes a la hora de elaborar los planes de salud. Efectivamente, una ojeada a las áreas de intervención prioritarias de los planes de salud en las comunidades autónomas nos confirma esta afirmación. En términos generales, los planes de salud comparten muchas de las prioridades. Es cierto que los planes de salud deberían tener menos prioridades (quizás no sea creíble tener 200 objetivos de salud o 200 prioridades específicas de salud) y deberían ser evaluados en cuanto a actividades, pero las respuestas desde el punto de vista de la planificación no son muy diferentes entre comunidades autónomas.

Sí que existen diferencias, si embargo, en cuanto a las formas de organización entre comunidades autónomas. Por ejemplo, existen diferencias importantes en la titularidad de las camas en funcionamiento por número de habitante. Cataluña, por ejemplo, tiene un porcentaje de camas públicas (o mejor dicho, del sistema nacional de salud), casi irrisorio comparado con el resto de las comunidades autónomas. Sólo el 30% de las camas de la Red de Hospitales de Utilización Pública son de la titularidad del Departamento de Salud (Instituto Catalán de la Salud-ICS). El resto no pertenecen al ICS, son de otros entes, que pueden ser tanto consorcios como entidades privadas o entidades asociativas. En Andalucía o Extremadura, el peso del componente público es de casi el 100%.

La naturaleza jurídica de los servicios autonómicos de salud sí son diferentes. Varían desde ser entidades gestoras de las prestaciones de la seguridad social, como el ICS en su etapa previa al Servicio Catalán de la Salud, a entes mucho más autónomos en la gestión de recursos. Se diferencian aquellas comunidades autónomas que han optado por una pseudo separación de funciones de provisión y de financiación o compra entre sus órganos, de las que no lo han hecho. En general, se tiende a optar por fórmulas organizativas que buscan una mayor flexibilidad, autonomía y dinamismo en la gestión de los recursos, principalmente los financieros, y a mucha distancia, los recursos humanos. Así, el contrato deviene la base del intercambio entre el que compra y el que vende, aunque la forma concreta por la que se opta pueda variar (contratos, contratos-programa, pactos).

Sí diría que existen diferencias entre comunidades autónomas en cuanto a las formulas jurídicas de los proveedores sanitarios. Quizás sea éste el elemento en el que las diferencias son más importantes. Observamos la existencia de entes públicos administrativos, de empresas públicas sanitarias, consorcios, fundaciones, concesiones, cooperativas, entidades de base asociativa, etc.

¿Hemos aprovechado las ventajas de la descentralización suficientemente? Anne Mills apuntaba que, entre las teóricas ventajas de la descentralización, cabe señalar una mayor racionalidad en la organización de los servicios sanitarios, una mayor participación de los organismos subnacionales en la gestión de planes de salud, unos mecanismos más efectivos cara a la reducción de costes y duplicidades de servicios, una reducción de desequilibrios entre regiones, una mejor integración de actividades asistenciales, una mejora en la puesta en marcha de programas sanitarios por un menor control central sobre ellos, una mejor participación de la comunidad en cuanto a atención y control, etc. La evidencia publicada nos dice que medianamente lo hemos hecho bien (López Casanovas G, *et al.*, 2003). Me remito a su lectura y quisiera resaltar dos de sus conclusiones:

- a) Las comunidades autónomas han adaptado los recursos sanitarios a las necesidades de su población, tanto en la vertebración de los planes de salud propios, organización de recursos —extensión del número de camas de larga estancia en poblaciones más envejecidas como las del País Vasco—, una mayor proximidad de los servicios y, en general, hay una gran satisfacción ciudadana ante la capacidad de respuesta de esos servicios sanitarios.

- b) Reducción de las desigualdades entre territorios en cuanto a la mortalidad evitable y gasto sanitario por persona.

Estaría de acuerdo con los autores al argumentar que, dado que la descentralización sanitaria es básicamente una transferencia de competencia organizativa, de planificación legislativa y financiera, la diversidad, la innovación y la capacidad de respuesta diferente entre comunidades autónomas es lógica que exista. Si bien al principio de esa descentralización tendimos a copiar los modelos existentes —INSALUD o las primeras comunidades autónomas con competencias transferidas—, después, se empiezan a desarrollar modelos propios, atendiendo a la naturaleza, historia o capacidad de cada comunidad autónoma. Soy de la opinión de que la diversidad suele ser fuente de riqueza. En el mundo de las organizaciones complejas, también. La riqueza organizacional también se mide por la variedad de fórmulas organizativas de las que algunas se convertirán en referentes de la innovación en gestión y en política.

En resumen, no somos muy diferentes en cuanto a las necesidades a atender, y algo más diferentes en cuanto a las fórmulas por las que optamos organizarnos. No creo que ello sea fruto de la casualidad, sino de la evolución propia de cada comunidad autónoma fruto de la descentralización sanitaria. No creo que ello sea en absoluto contraproducente, sino enriquecedor, pero también creo que deben darse otros elementos adicionales para que esa riqueza pueda compartirse en clave de experiencias.

Efectivamente, tanto el título de este seminario como el motivo de encontrarnos aquí responden a encontrar opciones y alternativas de entre todo lo que hacen las comunidades autónomas. Burdamente hablando: ¿qué podemos copiar? ¿Adónde mirar para incorporar prácticas y modelos en la organización de nuestros servicios sanitarios? ¿Cómo esa diversidad puede ser útil en nuestra comunidad? ¿Cuál es el Benchmark o referente?

La práctica de *benchmarking*, es decir, de referencias, se define tradicionalmente como identificar, comprender y adaptar prácticas excelentes. Hay que diferenciar para ello dos partes en la definición que son, a mi juicio, importantes:

- a) **Identificar y comprender** prácticas excelentes. En ningún caso se trata de copiar, espiar ni de hacer turismo. Tampoco es catalogar. No sólo consiste en hacer un listado de prácticas. El *benchmarking* debe orientarse a la planificación estratégica, a las relaciones con

los usuarios, a la receptividad para acercar el concepto de calidad al día a día del usuario del sistema, a la gestión de los sistemas de información, al desarrollo e incentivación de los recursos humanos.

- b) **Adaptar** prácticas excelentes. No se trata de incorporar todo lo que llegamos a identificar o conocer en detalle. Deben prevalecer algunos criterios de filtro a la incorporación de las prácticas excelentes. Ello pasa por conocer bien nuestra propia realidad, nuestra visión de la organización, la factibilidad en cuanto a producir cambios significativos, sobre si dicha práctica se construirá, o no, sobre nuestras fortalezas.

Los dos elementos, que creo del todo necesarios, para desarrollar el concepto de *benchmarking* serían, por un lado, una apuesta definida por la **cultura del aprendizaje organizacional**. Eso es básicamente a lo que nos anima el *benchmarking*, a identificar, comprender y adaptar prácticas. Para ello, hay que tener capacidad de aprendizaje, ganas de aprender y por tanto de compartir mejoras organizativas que puedan existir en otros entornos. También espacios para compartir y reflexionar. Por otro lado, un esfuerzo encarecido por extender la **cultura de la evaluación**.

La única manera conocida para concluir que una práctica es excelente, o no, es someterla a evaluación. Sin hacer uso de la evaluación de manera implícita al diseño y puesta en marcha de la política o iniciativa, sin una cultura de la evaluación, nos quedaremos simplemente en la capacidad de aprendizaje y tenderemos a incorporar prácticas que no han aportado evidencia científica suficiente. El objetivo de la evaluación es siempre el de ser críticos y contribuir a través de la revisión, el análisis y la investigación a la mejora de los procesos de tomas de decisiones en los diferentes niveles del sistema sanitario. Decisiones tanto sobre cuál es la fórmula organizativa más adecuada, como sobre cuál es el proceso asistencial más efectivo. La evaluación es aplicable a todos los aspectos de organización, provisión, planificación, compra de los servicios sanitarios, funcionamiento de dichos servicios sanitarios. Tiene una metodología que se hace explícita, multidisciplinar y aceptada pero, como bien se dice con frecuencia, a la que se le hace poco caso. Es un instrumento muy poderoso para informar tanto la atención sanitaria como la investigación y la política científica, porque en el caso de que no haya información o evidencia científica, la primera recomendación de la evaluación debería ser la generación de conocimiento científico orientando las políticas de investigación en salud y ser-

vicios sanitarios. Por tanto, un sistema sanitario que no apueste por esos dos elementos está condenado a su pasado, al incrementalismo y al ensayo-error.

La evaluación puede informar decisiones de cobertura, de compra de servicios, de diseños de modelos retributivos, de promoción de la equidad, puede identificar prioridades de investigación, decisiones de proveedores y de programas sanitarios a nivel de distribución y asignación de recursos, decisiones clínicas de profesionales y de equipos, por ejemplo. Es, en breve, un instrumento para una mejor decisión. Hay múltiples ejemplos de todo ello. Voy a escoger cuatro áreas que conozco personalmente, definidas, a la postre, como prioritarias por la Ley de Cohesión y Calidad, que pueden ilustrar la necesidad y el beneficio de la aplicación de las dos culturas: aprendizaje organizacional y evaluación.

- a) Es conocida la importante contribución del gasto farmacéutico al total del gasto público en España. La aprobación de medicamentos para su comercialización lleva casi automáticamente implícita su financiación pública (aunque hay casos concretos que se apartan de esta tendencia). Los criterios de eficacia y seguridad son los dos criterios utilizados para que un fármaco determinado entre en nuestro mercado. Otros países o provincias (Australia, Ontario) han decidido incorporar un tercer elemento en la decisión de la financiación pública de los medicamentos: la razón coste-efectividad. Parece coherente que ese tercer criterio, si bien no impida que se comercialice un fármaco, sí pueda orientar mejor la política de financiación pública. Dicha política ya ha sido implementada en esos países y hay evidencia científica de sus efectos. En nuestro país, aún no se ha producido tal reflexión. Es una experiencia de la que podemos aprender con una lógica consecuencia positiva en la calidad y en el coste de la prescripción farmacéutica en nuestro país. Ello sin menoscabo de otras políticas o estrategias en materia de fármacos.
- b) La puesta en marcha de Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos entre los proveedores. El Instituto Catalán de la Salud, proveedor mayoritario en Cataluña, impulsó la creación de dicho comité con el fin de monitorizar la prescripción de sus facultativos e informar técnicamente la prescripción de nuevos fármacos disponibles en el mercado. Ha sido una iniciativa evaluada e implicó mejoras importantes: elaboración de informes periódicos sobre lo

que se estaba recetando y lo que no, información sobre la evidencia científica detrás de esa decisión y la elaboración de guías de práctica clínica sobre el uso de determinados medicamentos. No sólo significó una información más completa para el Comité de Dirección del ICS, sino una mejor información para el profesional sanitario. Ambas inciden directamente sobre la calidad de la prescripción farmacéutica y sobre la población en su conjunto con un previsible ahorro en la factura farmacéutica para el sistema.

- c) Plan de sistemas de información. A nadie se le escapa la utilidad de las tecnologías de la información y la comunicación para el sistema sanitario. Constituyen un reto toda vez que una oportunidad magnífica para estructuras, procesos y servicios. Desde el punto de vista del proveedor sanitario, entiendo que hay cuatro beneficiarios directos de la vertebración de un plan de sistemas de información: los pacientes y la población en su conjunto, los profesionales de la institución, los gestores y el personal directivo, y los representantes de terceras instituciones. Todos ellos contactan con el proveedor por motivos diferentes. La profusión de estructuras, arquitecturas de sistemas, hardware y software es escalofriante. Decidir sobre cuál adoptar es una decisión estratégica fundamental. La no decisión tiene también unos costes tremendos. El ICS desarrolló a partir del 2001 un Plan de Sistemas que, orientado a esos cuatro perfiles, está permitiendo una más eficiente gestión de pacientes, pruebas, recursos y compras. Sus beneficios abarcan desde el uso de Internet para la programación de visitas y cambio de centro y médico por parte del ciudadano, hasta tener un valor añadido para el profesional a través del acceso fácil a la orientación en la prescripción y el tratamiento.
- d) Gestión de recursos humanos. Ambicionamos una gestión de recursos humanos que implique una retribución más justa e incentivadora y que contemple el desarrollo de los profesionales en la institución. El modelo retributivo y de carrera profesional del ICS supuso un importante cambio en la cultura de la organización. Otras comunidades autónomas pensaban en ese momento en incrementos retributivos lineales. En el ICS se pensó en utilizarlo como una herramienta efectiva para la gestión. Se empiezan a dar los primeros artículos científicos evaluando dicha experiencia. Creemos los autores que uno de los elementos de su éxito es precisamente que es un

instrumento y no un fin en sí mismo. Hemos ratificado que sin la participación de los profesionales, no sólo los representantes sindicales, y sin transparencia en el proceso no es posible llegar a plasmarlo en realidad. Hemos aprendido que los objetivos marcados de productividad han de ser asumibles por estos profesionales, objetivos y cuantificables y aceptados por tanto por ellos.

En resumen, cultura de aprendizaje y evaluación como elementos dinamizadores. Basta ya de experiencias que no son evaluadas. Cualquier modelo retributivo, cualquier plan de sistemas de información, cualquier aspecto ligado a la evaluación de las tecnologías o implementación de guías de práctica clínica debería de ser evaluado, publicado o al menos difundido internamente o a los decisores clave. La capacidad que tenemos para inventar sobrepasa nuestra voluntad de evaluar lo inventado. Ello conduce inevitablemente a la constante reorganización y rediseño de los sistemas sanitarios. Deberíamos ser un poco más conscientes de que reforma no quiere decir más que cambio, no necesariamente mejora.

Mi agradecimiento a la doctora Alicia Granados y a mis compañeros del Comité de Dirección del ICS, a los que he tomado prestadas numerosas reflexiones y con los que siempre estaré en deuda. Muchas gracias.

LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD. PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

ALFONSO UTRILLA DE LA HOZ
*Profesor titular de Economía Aplicada
Universidad Complutense de Madrid*

SUMARIO: 1. Introducción. 2 · La financiación de la sanidad en el modelo de financiación autonómico: características y resultados. 3. Evolución regional del gasto sanitario. 4. Problemas del actual sistema y líneas de reforma.

1 · Introducción

Las características que configuran el actual Sistema Nacional de Salud hacen que su funcionamiento en los últimos años se enfrente a las tensiones propias de un modelo público financiado a través del sistema impositivo general, con una cobertura muy amplia en términos de población protegida y una tendencia a la extensión natural en las prestaciones cubiertas, derivadas de la demanda de los usuarios y de los tratamientos prescritos por los facultativos, sin apenas elementos de pago directo por parte de los usuarios que contribuyan a contener dicha demanda. En este escenario, el mayor desarrollo económico y el envejecimiento de la estructura demográfica plantean una tendencia natural al crecimiento del gasto sanitario. Para garantizar su sostenibilidad nacional y regional es necesario que los ingresos impositivos asociados a su financiación evolucionen a ritmos similares.

En los últimos años se han producido tres cambios significativos en la configuración del sistema. El primero está relacionado con el ámbito de gestión de los recursos sanitarios, al completarse el traspaso de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas. El segundo está relacionado con la modificación del marco normativo de financiación de la sanidad, vinculando en mayor medida los recursos destinados a la sanidad con la evolución de la recaudación tributaria obtenida en cada región, frente a una financiación condicionada a nivel nacional que caracterizaba el siste-

ma anterior. Finalmente, el tercer cambio está relacionado con la modificación de la distribución territorial de los usuarios potenciales del sistema sanitario, plasmada en la evolución demográfica asimétrica derivada fundamentalmente del fenómeno migratorio. Estos tres aspectos están estrechamente vinculados ya que, ante una organización sanitaria territorialmente diferenciada, la adecuación entre los recursos disponibles y las necesidades objetivas deben plantearse desde una óptica regional en términos dinámicos.

En el período precedente (1997-2001) la evolución del gasto sanitario ha sido similar a la del crecimiento de la economía en términos nominales, con un mayor aumento del gasto farmacéutico. Este paralelismo entre gasto y evolución económica guarda cierta lógica, al estar la financiación en esta etapa condicionada por la evolución del PIB. En este período los recursos sanitarios y la evolución económica han crecido menos que la financiación autonómica recibida para el resto de competencias por el sistema anterior y, en cualquier caso, su evolución ha sido claramente inferior a la del conjunto de los recursos tributarios del Estado. Esto ha permitido cierta holgura financiera que ha servido para reducir los desequilibrios financieros, especialmente en la Administración Central y fomentar el desarrollo de otras políticas de gasto que contaban con financiación incondicionada.

El cambio de sistema de financiación para las Comunidades Autónomas de régimen común en 2002 modifica sustancialmente este escenario desde distintas perspectivas. En primer lugar, desvincula la financiación autonómica de la evolución del PIB nacional que había prevalecido en sistemas anteriores, tanto en la financiación de la sanidad en los distintos períodos, como en la financiación del resto de competencias al establecerse como garantía mínima de los recursos recibidos en el quinquenio 1997-2001. Desaparecen las garantías externas fijadas, con excepción de un período inicial transitorio para la sanidad, dependiendo los recursos recibidos en distinta proporción de la evolución económica de cada región y de la evolución de los ingresos estatales compartidos con las Comunidades Autónomas, que determinan además el crecimiento mínimo de los gastos sanitarios de cada región. Por último, se refuerza la capacidad normativa de las Comunidades Autónomas en los tributos cedidos para determinar la cuantía de la recaudación y la distribución de la carga tributaria.

Con estas características, la valoración del actual modelo de financiación en términos de suficiencia financiera tiene que partir de la composi-

ción inicial de recursos asignados a cada región, de la evolución previsible de las principales fuentes de financiación a nivel nacional y regional, del comportamiento diferencial en cada territorio entre la evolución normativa de los antiguos tributos cedidos y su crecimiento real y del posible uso de capacidad normativa aplicada por cada Comunidad Autónoma, incluyendo la introducción y/o modificación de tributos propios. Cada uno de estos elementos va a condicionar el resultado del modelo de ingresos que, además, deberá contrastarse con la evolución de las necesidades objetivas de gasto sanitario.

2 · La financiación de la sanidad en el modelo de financiación autonómico: características y resultados

El contenido del sistema de financiación autonómico para las regiones de régimen común se basa en la configuración de un modelo para garantizar la cobertura financiera de las competencias transferidas por el Estado. Para eso es necesario, en primer lugar, efectuar una valoración de las competencias transferidas. Las implicaciones sobre el resultado del sistema del coste efectivo en cada región previo a la descentralización son, en este sentido, importantes y condicionan todavía los resultados, independientemente de que se introduzcan criterios de objetivación a partir de variables de necesidad. La existencia de modulaciones y ajustes derivados de la bilateralidad, matizan posteriormente los resultados obtenidos. Una vez determinada la restricción financiera, el modelo procura una financiación de las competencias transferidas a través de tres fuentes de ingresos: los tributos normativos cedidos, los recursos tributarios compartidos y las transferencias niveladoras. En términos dinámicos, las reglas de evolución están muy condicionadas por los sistemas de entregas a cuenta y las liquidaciones definitivas. Además, el resto de ingresos autonómicos complementan la financiación regional. A su vez, en las comunidades forales del País Vasco y Navarra se determinan las aportaciones regionales para financiar las competencias no asumidas, con una aproximación distinta en la relación entre la valoración de las competencias asumidas y los tributos concertados.

El sistema se basó inicialmente en dotar de los recursos necesarios a las Comunidades Autónomas para financiar las competencias transferidas a través la cobertura del coste que suponía su realización para la Admi-

nistración Central. De este modo, la necesidad de recursos financieros se realizaba en función del llamado «coste efectivo» de los servicios transferidos, que pretendía recoger el coste total de cada servicio y que, por tanto, debería cubrir los costes directos, indirectos y la inversión de reposición de los servicios asumidos por cada Autonomía. Este coste inicial era financiado a través del rendimiento de los tributos cedidos a las Comunidades Autónomas y, en caso de que este fuese insuficiente, mediante transferencias condicionadas.

En las competencias comunes la evolución posterior se ha basado en la introducción paulatina de una mayor corresponsabilidad fiscal. En los dos primeros quinquenios (1987-1991 y 1992-1996) la participación se ha materializado en función de la ponderación de ciertas variables socioeconómicas —población, insularidad, superficie, unidades administrativas, riqueza relativa y esfuerzo fiscal—, diferenciando dos techos competenciales: el de aquellas Comunidades que ya tenían asumidas las competencias en materia de educación y el del resto de las Autonomías. La distribución se realizaba de acuerdo con unas ponderaciones que atribuían la proporción de recursos a las distintas Comunidades. El sistema así articulado evolucionaba durante los cinco años de vigencia, de acuerdo con una serie de reglas que tenían como objetivo aislar la evolución del efecto de decisiones coyunturales de política tributaria adoptadas por el Estado y, simultáneamente, garantizar el automatismo del sistema establecido. Además, desde 1994, la atribución de un porcentaje sobre la recaudación territorial del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) —generalmente del 15%—, aprobada por el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 7 de octubre de 1993, se deducía de las cantidades correspondientes a la participación en los ingresos del Estado de cada Comunidad.

Los tributos cedidos, sin capacidad normativa, constituían otra parte de la financiación incondicionada, al cederse la recaudación y/o gestión del Impuesto sobre el Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales, Actos Jurídicos Documentados, Sucesiones y Donaciones y la imposición sobre el Juego.

Los recursos condicionados, entre ellos los destinados a la sanidad y a los servicios sociales, proporcionados por el Estado o la Unión Europea y adscritos a una finalidad concreta, junto con el endeudamiento y otros ingresos patrimoniales e impositivos propios completaban el sistema.

En septiembre de 1996 el Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó el modelo aplicable durante el quinquenio 1997-2001. Su articulación concreta respetaba los recursos asignados inicialmente a cada Comunidad y sustituía una parte de los ingresos obtenidos por participación en los ingresos del Estado (PIE) por una participación en dos tramos en la cuota líquida del IRPF recaudada en cada región, con competencias normativas en materia de tarifa y deducciones por circunstancias personales y familiares, por inversiones no empresariales y por aplicación de renta, siempre que no supusiesen, directa o indirectamente, una minoración del gravamen efectivo de alguna categoría de renta. En el resto de tributos cedidos las facultades normativas otorgadas a los gobiernos regionales eran aún más amplias.

El actual sistema de financiación, regulado en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, con una vigencia temporal en principio ilimitada, ha supuesto un cambio importante del modelo hasta ahora establecido, al abordar la integración de subsistemas establecidos con distintos criterios, fijar una restricción financiera inicial más homogénea e introducir una amplia cesta de impuestos en la financiación regional, que permite una mayor autonomía de decisión y gestión a los gobiernos regionales.

Así, por un lado, el nuevo modelo integraba la financiación de la sanidad y de los servicios sociales con el resto de competencias y ajustaba los recursos resultantes para el año base elegido (1999) por indicadores de necesidad, introduciendo nuevas variables de reparto. Para ello, se desglosaba nuevamente la financiación en tres bloques, distribuyendo los recursos en función de la población ajustada por otras variables demográficas y de otra naturaleza, que recogían características de la oferta pública regional. Esta aproximación objetiva al criterio de necesidad se ha visto condicionada, sin embargo, por la admisión de muchas excepciones a la actuación de las variables generales elegidas. La mayor dispersión respecto a los resultados derivados de la aplicación de las variables básicas del modelo se ha producido, sin duda, en las competencias comunes. También en el caso de la sanidad, al producirse la transferencia simultáneamente a la articulación del nuevo sistema en diez Comunidades Autónomas, la negociación bilateral del traspaso ha generado cantidades diferentes en el coste efectivo acordado en algunas regiones, condicionando los resultados globales. Además, el actual acuerdo garantizaba, al menos, el mantenimiento del *statu quo* anterior, aplicándose una serie de reglas de modulación del posible incremento que desvirtúan los resultados finales obtenidos por

cada Comunidad Autónoma en relación con las variables iniciales que determinaban sus necesidades.

Por otro lado, las necesidades de gasto en competencias comunes, sanidad y servicios sociales, ajustadas por las modulaciones fijadas en la restricción inicial, pasaban a financiarse a través de dos bloques de ingresos: los recursos tributarios cedidos y compartidos (participados), y las transferencias niveladoras en sus valores del año 1999, concretadas en el Fondo de Suficiencia. En términos de suficiencia dinámica se establecía un índice de referencia (el ITE nacional) basado en la evolución de la cesta de tributos compartidos entre el Estado y las Comunidades Autónomas para determinar las transferencias y la recaudación normativa de los tributos cedidos.

De esta manera, el modelo consensuado fijaba un criterio de reparto en la determinación de las necesidades de recursos a financiar, que condiciona el criterio de equidad territorial implícito alcanzado inicialmente y establecía una amplia cesta de tributos para garantizar su cobertura, ampliando la capacidad normativa en algunas figuras impositivas, complementada por unas transferencias niveladoras con una incidencia desigual por Comunidades Autónomas. La valoración inicial del modelo en términos normativos debería, así, realizarse en función del grado de suficiencia inicial de recursos alcanzada, su evolución en términos dinámicos, el grado de autonomía potencial incorporado en los impuestos cedidos y compartidos y su compatibilidad con las necesidades de coordinación del sistema tributario y en función también de los elementos de equidad y solidaridad contenidos en el propio modelo.

En el caso de la sanidad, la restricción inicial partió de la liquidación del sistema en 1999 para el conjunto del territorio nacional, incluidas las Comunidades forales y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La cantidad inicial, incorporando el Fondo de Ahorro en Incapacidad Temporal, ascendía a 23.051.382 miles de euros, lo que suponía el 92,9% del total nacional. El reparto en función de las variables del sistema —población protegida, población mayor de 65 años e insularidad— dio como resultado una restricción financiera algo distinta, debido a la reponderación de la población protegida a nivel nacional. La cantidad resultante ascendió a 23.076.332 miles de euros. Los decretos de transferencias, que prevalecieron sobre el cálculo de las variables, otorgaron una financiación complementaria, elevando hasta los 23.356.017 miles de euros la cantidad correspondiente a sanidad.

C.1. Restricción inicial del sistema de financiación

Financiación/h Índices	Índice Inicial	Modelo	Final	Resultado Modelo / Inicial	Modelo/ Final
Cataluña	98	98	98	=	=
Galicia	109	105	108	-	+
Andalucía	101	96	99	-	+
Asturias	104	106	106	+	=
Cantabria	109	105	113	-	++
La Rioja	111	111	122	=	++
Murcia	96	98	95	+	—
C. Valenciana	94	97	93	+	—
Aragón	112	109	112	-	+
C.-La Mancha	105	108	108	+	=
Canarias	102	104	104	+	=
Extremadura	113	108	117	-	++
Baleares	84	103	94	+	-
Madrid	88	94	88	+	-
C. y León	113	107	112	-	+
Total	100	100	100		
Coef.variación	0.09	0.05	0.10		

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

C.2. Efectos de las modulaciones en la financiación sanitaria inicial

Financiación/h	Sanidad Inicial	Variables	Statu-quo	Modulaciones
Cataluña	105	102	103	103
Galicia	102	104	102	102
Andalucía	99	95	97	97
Asturias	110	107	108	110
Cantabria	112	103	110	121
La Rioja	97	103	102	122
Murcia	98	95	96	96
C. Valenciana	100	100	98	98

continua

Financiación/h	Sanidad Inicial	Variables	Statu-quo	Modulaciones
Aragón	109	106	107	109
Castilla-La Mancha	96	104	102	102
Canarias	96	101	100	99
Extremadura	100	101	99	103
Baleares	85	103	101	101
Madrid	95	95	94	93
Castilla y León	100	106	104	104
Total	100	100	100	100
Coef. var	0,0667	0,0397	0,0448	0,0854

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

La financiación impositiva de las Comunidades Autónomas (R. común)

Impuestos cedidos por el estado o compartidos

- a) Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. (33%)
- b) Impuesto sobre el Patrimonio. (100%)
- c) Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. (100%)
- d) Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados. (100%)
- e) Tributos sobre el Juego. (100%)
- f) Impuesto sobre el Valor Añadido. (35%)
- g) Impuesto sobre la Cerveza. (40%)
- h) Impuesto sobre el Vino y Bebidas Fermentadas. (40%)
- i) Impuesto sobre Productos Intermedios. (40%)
- j) Impuesto sobre el Alcohol y Bebidas Derivadas. (40%)
- k) Impuesto sobre Hidrocarburos. (40%)
- l) Impuesto sobre las Labores del Tabaco. (40%)
- m) Impuesto sobre la Electricidad. (100%)
- n) Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte. (100%)
- ñ) Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos. (100%)

continua

Impuestos propios de las Comunidades Autónomas 2006

Andalucía

Impuesto sobre Tierras Infrutilizadas (Ley 8/1984, de 3 de julio, de Reforma Agraria).

Impuesto sobre el Juego del Bingo (Ley 17/1999, de 28 de diciembre, por la que se aprueban Medidas Fiscales y Administrativas).

Impuesto sobre depósito de residuos peligrosos (Ley 18/2003, de 29 de diciembre, por la que se aprueban medidas fiscales y administrativas).

Impuesto sobre emisión de gases a la atmósfera (Ley 18/2003).

Impuesto sobre vertidos a las aguas litorales (Ley 18/2003).

Impuesto sobre depósito de residuos radiactivos (Ley 18/2003).

Aragón

Canon de saneamiento (Ley 6/2001, de 17 de mayo, de Ordenación y Participación en la Gestión del Agua en Aragón).

Impuesto sobre el daño medioambiental causado por la instalación de transportes por cable (Ley 13/2005, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativa en materia de Tributos Cedidos y Tributos Propios de la Comunidad Autónoma de Aragón).

Impuesto sobre el daño medioambiental causado por la emisión de contaminantes a la atmósfera (Ley 13/2005).

Impuesto sobre el daño medioambiental causado por las grandes áreas de venta (Ley 13/2005).

Principado de Asturias

Canon de saneamiento (Ley 1/1994, de 21 de febrero, sobre abastecimiento y saneamiento de aguas en el Principado de Asturias).

Impuesto sobre fincas o explotaciones agrarias infrutilizadas (Ley 4/1989, de 21 de julio, de ordenación agraria y desarrollo rural).

Impuesto sobre el Juego del Bingo (Ley 2/1992, de 30 de diciembre, del Impuesto sobre el juego del bingo).

Impuesto sobre Grandes Establecimientos Comerciales (Ley 15/2002, de 27 de diciembre, de Medidas Presupuestarias, Administrativas y Fiscales).

Recargo sobre el IAE (Ley 9/1991, de 30 de diciembre, por la que se establece un recargo sobre las cuotas mínimas del Impuesto sobre Actividades Económicas).

continua

Islas Baleares

Canon de saneamiento (Ley 9/1991, de 27 de noviembre, reguladora del canon de saneamiento de aguas).

Impuesto sobre los Premios del Juego del Bingo (Ley 13/1990, de 29 de noviembre, sobre Tributación de los Juegos de Suerte, Envite o Azar de las Baleares).

Impuesto sobre la circulación de vehículos de arrendamiento sin conductor (Ley 13/2005, de 27 de diciembre, de medidas tributarias y administrativas).

Canarias

Canon de aguas (Ley 12/1990, de 26 de julio, de Aguas).

Impuesto Especial sobre Combustibles derivados del Petróleo (Ley 5/1986, de 28 de julio, del Impuesto Especial de la Comunidad Autónoma de Canarias sobre combustibles derivados del petróleo).

Cantabria

Canon de saneamiento (Ley de Cantabria 2/2002, de 29 de abril, de Saneamiento y Depuración de las Aguas Residuales de la Comunidad Autónoma de Cantabria).

Recargo sobre el IAE (Ley 2/1992, de 26 de febrero, por la que se establece el Recargo provincial sobre las cuotas mínimas del Impuesto sobre Actividades Económicas).

Castilla-La Mancha

Impuesto sobre determinadas actividades que inciden en el Medio Ambiente (Ley 16/2005, de 29 de diciembre, del Impuesto sobre determinadas actividades que inciden en el medio ambiente y del tipo autonómico del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos).

Cataluña

Canon de Agua y sustitución por exacciones del Canon de Aguas (Ley 6/1999, de 12 de julio, de Ordenación, Gestión y Tributación del Agua).

Canon sobre la disposición controlada de residuos municipales (Ley 16/2003, de 13 de junio, de financiación de las infraestructuras de tratamiento de residuos y del canon sobre la disposición de residuos).

Gravamen de Protección Civil (Ley 4/1997, de 20 de mayo, de Protección Civil de Cataluña).

Impuesto sobre Grandes Establecimientos Comerciales (Ley 16/2000, de 29 de diciembre, del Impuesto sobre Grandes Establecimientos Comerciales).

continua

Extremadura

Impuesto sobre Aprovechamientos Cinegéticos (Ley 8/1990, de 21 de diciembre, de Caza de Extremadura).

Impuesto sobre instalaciones que inciden en el medio ambiente (Ley 7/1997, de 29 de mayo, de medidas fiscales sobre la producción y transporte de energía que incidan sobre el medio ambiente).

Impuesto sobre el suelo sin edificar y edificaciones ruinosas (Ley 9/1998, de 26 de junio, del impuesto sobre el suelo sin edificar y edificaciones ruinosas).

Impuesto sobre Depósitos de las Entidades de Crédito (Ley 14/2001, de 29 de noviembre, del Impuesto sobre Depósitos de las Entidades de Crédito).

Galicia

Canon de Saneamiento (Ley 8/1993, de 23 de junio, reguladora de la Administración Hidráulica de Galicia).

Impuesto sobre el Juego del Bingo (Ley 7/1991, de 19 de junio, de tributación sobre el juego).

Impuesto sobre la Contaminación Atmosférica (Ley 12/1995, de 29 de diciembre, del impuesto sobre la contaminación atmosférica).

Comunidad de Madrid

Tarifa de depuración de aguas residuales (Ley 10/1993, de 26 de octubre, sobre vertidos líquidos industriales al sistema integral de saneamiento).

Impuesto sobre los premios del bingo (Ley 12/1994, de 27 de diciembre, de Tributación sobre los juegos de suerte, envite y azar).

Impuesto sobre la modalidad de juegos colectivos de dinero y azar simultáneos (Ley 12/1994, de 27 de diciembre, de Tributación sobre los juegos de suerte, envite y azar).

Impuesto sobre la instalación de máquinas en establecimientos de hostelería autorizados (Ley 3/2000, de 8 de mayo, de Medidas Urgentes Fiscales y Administrativas sobre los Juegos de Suerte, Envite y Azar y Apuestas en la Comunidad de Madrid).

Impuesto sobre Depósito de Residuos (Ley 6/2003, de 20 de marzo, del Impuesto sobre Depósito de Residuos).

Recargo sobre el IAE (Ley 16/1991, de 18 de diciembre, del recargo de la Comunidad de Madrid en el Impuesto sobre Actividades Económicas).

continua

Región de Murcia

Canon de saneamiento (Ley 3/2000, de 12 de julio, de Saneamiento y Depuración de Aguas Residuales de la Región de Murcia e Implantación del Canon de Saneamiento, Ley 3/2002, de 20 de mayo, de Tarifa del Canon de Saneamiento).

Impuesto sobre los premios del juego del bingo (Ley 12/1984, de 27 diciembre, de imposición sobre juegos de suerte, envite o azar).

Impuesto sobre el almacenamiento o depósito de residuos en la Región de Murcia (Ley 9/2005, de 29 de diciembre, de Medidas Tributarias en materia de Tributos Cedidos y Tributos Propios año 2006).

Impuesto sobre vertidos a las aguas litorales (Ley 9/2005).

Impuesto por emisiones de gases contaminantes a la atmósfera (Ley 9/2005).

Recargo sobre el IAE (Ley 4/1991, de 26 de diciembre, de establecimiento y fijación del recargo sobre el Impuesto de Actividades Económicas, Ley 2/1992, de 28 de julio, de fijación de la cuantía del recargo sobre las cuotas mínimas del Impuesto sobre Actividades Económicas).

La Rioja

Canon de saneamiento (Ley 5/2000, de 25 de octubre, de saneamiento y depuración de aguas residuales de La Rioja).

Recargo sobre el IAE (Ley 12/2005, de 16 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja para el año 2006).

Comunidad Valenciana

Canon de saneamiento (Ley 2/1992, de 26 de marzo, de saneamiento de las aguas residuales de la Comunidad Valenciana).

Recargo sobre la Tasa que grava los juegos de suerte, envite o azar (Ley 14/1985, de 27 de diciembre, de Tributación de los Juegos de Azar).

En general, la articulación financiera del acuerdo de financiación aplicado en 2002 supuso un incremento de los recursos financieros del 3,5% en términos homogéneos. Los ejercicios hasta ahora liquidados (2002 a 2005) han permitido, por un lado, constatar las diferencias territoriales en los impuestos cedidos y compartidos a través de fórmulas de reparto basadas en índices de consumo, teniendo que aplicarse todos los años de forma generalizada la garantía financiera, en principio transitoria, establecida para las competencias sanitarias. Por otro lado, los resultados obtenidos por las Comunidades Autónomas no están permitiendo reducir

las diferencias en financiación por habitante, ya que los cambios en la principal variable de reparto: la población, están condicionando fuertemente la sostenibilidad de un modelo sin actualizaciones periódicas en el criterio de necesidad.

C.3. Resultados agregados del actual sistema de financiación

Miles euros	Total	T. Cedidos nor ITE	Total recibido	Ajustado	Sin garantías	PIB millones euros
1999	54.905.219	6.984.065	47.921.153	47.921.153	47.921.153	592.074
2002	67.578.438	8.470.973	59.107.465	59.107.465	58.898.635	729.021
2003	72.651.249	9.045.241	63.606.009	63.341.135	63.117.052	780.550
2004	77.558.230	9.305.972	68.252.258	67.791.229	67.198.393	837.316
2005	86.400.403	10.517.331	75.883.072	75.256.376	75.113.190	902.627
2002 acumulado	1,2308	1,2129	1,2334	1,2334	1,2291	1,2313
2003	1,3232	1,2951	1,3273	1,3218	1,3171	1,3184
2004	1,4126	1,3325	1,4243	1,4146	1,4023	1,4143
2005	1,5736	1,5046	1,5835	1,5704	1,5674	1,5293
2003 interanual	7,5%	6,8%	7,6%	7,2%	7,2%	7,1%
2004	6,8%	2,9%	7,3%	7,0%	6,5%	7,4%
2005	11,4%	13,0%	11,2%	11,0%	11,8%	7,8%

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

En términos de suficiencia dinámica, los más de 67.578 millones de euros canalizados a través del modelo de financiación en 2002 representan un incremento respecto al año base (1999) del 23,08%, aumento superior al de los ingresos del Estado asociados al nuevo índice de referencia (ITEN) que ha sido del 21,29%, aunque inferior al crecimiento del PIB en este período (23,13%), garantía mínima en el sistema anterior. Teniendo en cuenta que la recaudación normativa de tributos cedidos no se realiza realmente sino que se asigna la recaudación real, los ingresos transferidos por el sistema aumentaron un 23,34%, ligeramente por encima del PIB. En 2003 el aumento acumulado de la financiación homogénea, una vez descontados los nuevos traspasos realizados durante el ejercicio, fue ligeramente superior al PIB, igual que ha ocurrido en 2004. En términos interanuales, sin embargo, el ejercicio 2004 ha presentado el peor regis-

tro, aumentando los recursos por debajo del crecimiento nominal del PIB, a pesar del funcionamiento de la garantía sanitaria. A pesar de este mal comportamiento, los ingresos reales del conjunto de Comunidades Autónomas han crecido en un porcentaje muy superior, dada la diferencia, en términos estáticos y dinámicos, entre la recaudación real y normativa de los tributos cedidos tradicionales, especialmente significativa en los Impuestos sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados. En 2005 el comportamiento ha sido mucho mejor.

En estos años, las entregas a cuenta en cada ejercicio se han mantenido más alejadas que el porcentaje inicialmente previsto (98%) para el conjunto del sistema, a pesar de que la garantía sanitaria no establece anticipos. Así, globalmente, las entregas a cuenta en 2002 han sido el 95,2% del final, debido al bajo porcentaje que representaron en el IRPF (85,8%). En 2003 esta proporción se redujo al 93,4% por las desviaciones al alza en el IRPF, el IVA y el Fondo de Suficiencia y en 2004 el porcentaje se situó en el 93,8%. De este modo, las cantidades abonadas por liquidaciones definitivas han pasado de 2.850 millones de euros en 2002 a 4.181 millones en 2003 y 4.239 en 2004, correspondiendo la mayor parte a desviaciones en el IRPF.

En los ejercicios cerrados, la evolución interanual de los recursos proporcionados por el sistema, del 7,2% en 2003 y del 7% en 2004 (porcentajes que se elevan al 7,6% y el 7,3% por el efecto de nuevos traspasos), ha sido muy próxima al crecimiento del PIB, a pesar del buen comportamiento del sistema tributario. Así, la evolución del IRPF ha ido aumentando de forma significativa en estos ejercicios, pasado de un crecimiento interanual del 6,4% en 2003 al 9,7% en 2004, sin tener en cuenta el efecto recaudatorio por el uso de capacidad normativa en el IRPF, que ha pasado conjuntamente de algo menos de 49 millones de euros en 2002, a 58 en 2003 y 83 en 2004. En el IVA el aumento interanual ha sido del 9,9% en 2003 y del 9,7% en 2004. El conjunto de los Impuestos Especiales han tenido un comportamiento más moderado, con un incremento del 4,7% en 2003 y del 4,1% en 2004. Sin duda, la causa del bajo resultado financiero del sistema en 2004 se debe a la evolución del Fondo de Suficiencia estimada a través del ITE, que ha pasado de crecer un 6,8% en 2003 a sólo un 2,9% en 2004. Sólo el gran aumento de la garantía sanitaria, que se ha elevado en el último año de 224 a 593 millones de euros, ha permitido aumentar los recursos aportados por el sistema a un nivel muy próximo al del crecimiento del PIB. En 2005 el aumento de los ingresos ha sido del 11,8%, muy superior al del PIB por el fuerte crecimiento de los impuestos compartidos y del ITE.

C.4. Evolución interanual de los recursos del sistema de financiación

Total ajustado	2003	2004	2005
Cataluña	7,2%	7,3%	11,2%
Galicia	6,7%	5,3%	11,6%
Andalucía	7,5%	6,4%	12,1%
Asturias	6,6%	4,2%	10,2%
Cantabria	7,2%	6,0%	12,2%
La Rioja	7,8%	7,2%	10,8%
Murcia	7,6%	7,6%	12,6%
C.Valenciana	7,7%	7,5%	12,3%
Aragón	7,1%	6,1%	11,8%
C-La Mancha	7,4%	6,5%	12,5%
Canarias	6,8%	3,9%	12,4%
Extremadura	6,9%	4,8%	11,8%
Baleares	7,4%	5,6%	10,7%
Madrid	6,8%	8,3%	12,0%
C y León	6,9%	5,3%	11,1%
Total CC.AA.	7,2%	6,5%	11,8%
PIB	7,1%	7,3%	8,1%
ITE	6,8%	2,9%	12,9%
Coef.variación	0,06	0,20	0,06

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

Por Comunidades Autónomas, la liquidación de los últimos ejercicios ha puesto de manifiesto un incremento de la dispersión regional en la financiación, especialmente llamativa antes de aplicar la garantía sanitaria. Así, en el ejercicio 2004, la evolución interanual de los recursos homogéneos recibidos por Canarias (5,5%), Asturias (5,9%) y Extremadura (5,9%) contrasta con el mayor crecimiento de Madrid (8,3%) o Cataluña (7,7%), con mayores diferencias en ausencia de la garantía sanitaria. En este ejercicio liquidado, el escaso aumento del Fondo de Suficiencia ha condicionado mucho los resultados obtenidos por las Comunidades Autónomas más dependientes financieramente del mismo. El bajo crecimiento del ITE en 2003 y, especialmente, en 2004, se debe fundamentalmente al impacto financiero de la reforma del IRPF y al efecto conjunto de entregas a cuenta y mayores liquidaciones definitivas. Así, la recaudación líquida del Estado aumen-

tó en 2003 un 6,6% y la neta, descontadas liquidaciones y entregas a cuenta, un 6,8% y en 2004 lo hizo en un 5,6% y 2,9%, respectivamente. Este escaso aumento previsiblemente se corregirá en las liquidaciones definitivas de 2005 y 2006, ya que la recaudación líquida del Estado se incrementó fuertemente en estos dos últimos ejercicios, especialmente por el comportamiento del IRPF. Por otro lado, la composición de las fuentes de financiación presenta en 2004 importantes diferencias regionales.

C.5. Composición de la financiación regional

	% T. Cedidos	% IRPF	% IVA	% Especiales	% Otros	% F. Suficiencia	% Garantía
Cataluña	15,7%	30,3%	23,6%	10,3%	3,4%	16,7%	0,0%
Galicia	8,3%	14,7%	17,5%	7,6%	2,1%	49,4%	0,5%
Andalucía	8,7%	14,8%	18,0%	8,2%	2,6%	47,7%	0,0%
Asturias	11,0%	19,6%	19,5%	7,9%	2,0%	38,6%	1,5%
Cantabria	8,8%	18,6%	18,9%	8,5%	2,3%	42,9%	0,0%
La Rioja	9,5%	19,2%	17,4%	7,7%	2,2%	44,0%	0,0%
Murcia	7,9%	17,7%	19,9%	11,4%	3,6%	39,5%	0,0%
C.Valenciana	14,4%	22,4%	22,4%	10,9%	3,5%	26,4%	0,0%
Aragón	12,8%	22,3%	19,7%	9,9%	2,4%	32,9%	0,0%
C-La Mancha	6,9%	13,9%	15,9%	10,9%	2,8%	49,6%	0,0%
Canarias	10,9%	16,6%	0,0%	1,3%	0,0%	71,1%	0,0%
Extremadura	5,5%	9,7%	13,6%	6,9%	1,7%	62,3%	0,3%
Baleares	13,3%	28,1%	49,4%	15,9%	3,8%	-12,0%	1,5%
Madrid	20,3%	40,8%	27,1%	8,1%	5,0%	-1,4%	0,0%
C y León	9,4%	16,1%	17,2%	9,5%	2,4%	44,8%	0,7%
Total CC.AA.	12,2%	22,4%	20,2%	8,9%	3,0%	33,2%	0,2%

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

Además, el modelo de financiación incorpora una holgura financiera importante en la medida en la que existe una diferencia importante y creciente entre la recaudación normativa de tributos cedidos asociada al sistema y la recaudación real de dichos tributos. De forma agregada, la recaudación normativa de impuestos y tasas cedidos a las Comunidades Autónomas ha supuesto el 73,3% en 2002, el 63,9% en 2003 y sólo el 54,1% de la recau-

dación líquida obtenida conjuntamente por los Impuestos sobre el Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales, Sucesiones y Donaciones, Actos Jurídicos Documentados y Tasas sobre el Juego, sin contar otras tasas asociadas a la prestación de servicios transferidos contempladas en el cálculo normativo. Esto supone una financiación adicional de 3.093 millones de euros en 2002, 5.112 millones en 2003 y 7.895 millones en 2004, en parte asociada a uso de capacidad normativa por parte de las Comunidades Autónomas, con una desigual distribución regional, ya que el 62,1% de esa cantidad en el último año se concentra en Cataluña, Madrid y Andalucía. Mientras que en 2003 y 2004 el índice normativo anual ha aumentado en un 5,6% y un 2,9%, el real de estos impuestos lo ha hecho en un 22,4% en el primer año y un 21,5% en el segundo, con amplias diferencias regionales.

C.6. Comparación de tributos cedidos normativos y reales por CC.AA.

miles de euros	Diferencias recaudación real y normativa			% sobre financiación		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Cataluña	2.275.417,53	1.837.964,23	2.340.515,91	22,4%	16,8%	19,4%
Galicia	155.849,31	214.725,92	314.290,11	3,1%	4,0%	5,3%
Andalucía	1.085.034,73	1.716.746,10	2.032.955,67	8,6%	12,7%	13,5%
Asturias	78.564,43	99.546,60	95.605,90	4,1%	4,9%	4,3%
Cantabria	106.106,36	135.413,95	197.583,39	9,8%	11,7%	15,3%
La Rioja	39.641,50	73.441,50	82.583,62	7,3%	12,6%	12,9%
Murcia	200.840,63	313.184,82	501.536,70	10,7%	15,6%	22,1%
C.Valenciana	707.154,22	1.135.175,23	1.440.821,97	11,4%	17,0%	19,2%
Aragón	156.385,51	208.131,99	300.351,95	7,3%	9,0%	11,8%
C-La Mancha	94.080,46	277.600,19	444.317,13	2,9%	8,0%	11,4%
Canarias	87.724,26	160.896,74	272.465,76	2,9%	5,0%	7,7%
Extremadura	79.466,52	84.545,39	108.300,61	3,6%	3,6%	4,2%
Baleares	234.609,82	297.213,85	470.019,04	18,8%	22,4%	32,3%
Madrid	1.390.195,86	1.748.182,38	2.055.030,44	19,1%	22,2%	23,3%
C y León	181.225,35	339.535,45	430.229,59	3,9%	6,8%	7,9%
Total CC.AA.	6.872.296,48	8.642.304,33	11.086.607,79	10,8%	12,7%	14,7%

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

El sistema ofrece unos resultados que incorporan una fuerte nivelación implícita, sin criterio explícito contrastable, entre las regiones de régi-

men común, que contrasta fuertemente con los resultados del sistema foral, y hace más visible las diferencias en capacidad fiscal y recursos financieros disponibles por Comunidades Autónomas. Así, en términos homogéneos la financiación aportada por el sistema con criterio normativo ha ido aumentando progresivamente las diferencias por Comunidades Autónomas en recursos por habitante y, aunque la recaudación impositiva normativa también ha disminuido su dispersión regional, sigue siendo muy importante.

C.7. Efectos redistributivos del sistema de financiación por Comunidades Autónomas con competencias homogéneas

	2002	Sin Transf	2003	Sin Transf	2004	Sin Transf	2005	Sin Transf
Cataluña	97	125	96	124	96	123	98	123
Galicia	111	83	112	83	112	84	108	79
Andalucía	100	77	101	78	101	79	104	83
Asturias	111	99	112	100	125	111	102	89
Cantabria	115	101	117	102	116	102	127	112
La Rioja	118	100	119	102	118	103	115	92
Murcia	92	80	92	79	92	80	99	96
C.Valenciana	92	99	91	99	91	99	91	101
Aragón	114	111	115	112	113	111	107	105
C-La Mancha	109	78	110	79	109	80	109	85
Canarias	98	43	97	43	95	42	93	36
Extremadura	121	65	123	66	122	67	118	65
Baleares	86	142	84	141	83	137	94	155
Madrid	88	142	86	140	87	138	87	132
C y León	116	92	117	94	117	94	112	90
Total CC.AA.	100	100	100	100	100	100	100	100
Coef.variación	0,118	0,270	0,129	0,265	0,137	0,259	0,121	0,215

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

El sistema de entregas a cuenta de cada impuesto compartido y, en su caso, del Fondo de Suficiencia, proporciona los recursos necesarios para que las Comunidades Autónomas desarrollen sus políticas de gasto mientras se liquida, con dos años de retraso, el modelo de financiación. Además, estas entregas son las que determinan el saldo presupuestario final en tér-

minos de contabilidad nacional a efectos de cumplimiento de la normativa de estabilidad presupuestaria y determinan la restricción presupuestaria a la que se enfrentan los gobiernos regionales en sus decisiones de gasto para cada ejercicio.

El Real Decreto-Ley 12/2005 modifica el sistema de entregas a cuenta desde 2005, permitiendo la concesión de anticipos de tesorería —a cuenta de la liquidación definitiva en el ejercicio— de los tributos cedidos y el Fondo de Suficiencia. De este modo, en 2005 las entregas a cuenta efectivas se elevan al 100% y desde 2006 pueden suponer hasta el 102%; con lo que las liquidaciones que se realicen en 2007 y en los años siguientes habrán de descontar estas subidas anticipadas.

Entre 2003 y 2005 las entregas a cuenta han evolucionado en conjunto de forma parecida al PIB nominal, aunque en los dos últimos ejercicios se han incrementado por encima. Estos recursos, junto con los fondos añadidos en la Conferencia de Presidentes para la sanidad, han proporcionado una mayor liquidez a las comunidades autónomas para hacer frente a sus gastos crecientes, especialmente en educación y sanidad.

C.8. Entregas a cuenta en el sistema de financiación entre 2003 y 2007

Entregas a cuenta del sistema	2003/02	2004/03	2005/04	2006/05	2007/06
Tarifa autonómica del IRPF	7,3%	9,5%	8,5%	12,5%	9,2%
IVA	5,8%	9,4%	11,0%	5,1%	15,7%
Alcohol	21,1%	-5,9%	1,0%	11,4%	4,2%
Cerveza	-3,1%	18,3%	0,0%	3,7%	-0,5%
P. Intermedios	13,9%	1,2%	5,7%	14,2%	1,3%
Tabaco	4,8%	7,8%	5,8%	6,0%	-3,6%
Hidrocarburos	3,1%	3,7%	3,3%	2,0%	-1,1%
Electricidad	7,1%	11,9%	8,3%	8,7%	3,9%
Fondo de Suficiencia	4,6%	6,2%	7,0%	8,6%	7,7%
Fondo de Suficiencia Ajustado	3,5%	5,4%	6,6%	8,3%	7,5%
Total	5,5%	7,6%	8,0%	8,2%	9,0%
Total Ajustado	5,1%	7,3%	7,9%	8,1%	8,9%
PIB	7,1%	7,3%	8,0%	7,4%	6,7%

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.

Las transferencias añadidas a la financiación sanitaria de las Comunidades Autónomas ha sido finalmente de 500 millones de euros, a repartir conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001 actualizando la población en 2006, cantidad que se eleva a 600 millones de euros en 2007. Además, se estableció una aportación a Baleares y Canarias para compensar las circunstancias del hecho insular por valor de 55 millones de euros y otros fondos específicos de carácter condicionado y la compensación por la asistencia a residentes extranjeros, además de mantener la garantía sanitaria de evolución por debajo del crecimiento del PIB nominal. Estos recursos, junto con el aumento de los impuestos especiales sobre el alcohol y el tabaco, y la solicitud de anticipos, están proporcionando una mayor holgura financiera.

En este último caso, la regulación normativa contenida en el Real Decreto-Ley 12/2005 autoriza al Ministro de Economía y Hacienda a que, a solicitud de las comunidades autónomas y transcurridos al menos seis meses del ejercicio, acuerde la concesión de anticipos de tesorería a cuenta de la liquidación definitiva de los tributos cedidos y del Fondo de Suficiencia. Para 2006 se contempla que dichos anticipos pueden alcanzar un importe de hasta el 4% de la base de cálculo utilizada para la fijación inicial de las entregas a cuenta por tributos cedidos y Fondo de Suficiencia del citado ejercicio. Un total de 13 regiones han solicitado, en distintos porcentajes, dichos anticipos.

C.9. Recursos adicionales conferencia de presidentes en miles de euros

Comunidad Autónoma	Fecha C.M.	Importe total en 2006	Importe total en 2007
Cataluña	18/04/2006	85.838,50	103.129,20
Galicia	17/04/2006	36.071,75	42.657,00
Andalucía	25/03/2006	91.132,75	109.356,60
Principado de Asturias	23/03/2006	14.450,00	17.056,20
Cantabria	28/03/2006	7.111,25	8.473,80
La Rioja	10/04/2006	3.742,00	4.475,70
Región de Murcia	28/03/2006	15.170,50	18.354,30
Comunitat Valenciana	14/03/2006	56.065,00	67.994,40
Aragón	05/04/2006	16.228,75	19.325,70
Castilla-La Mancha	14/03/2006	23.680,50	28.373,40

continua

Comunidad Autónoma	Fecha C.M.	Importe total en 2006	Importe total en 2007
Canarias	04/04/2006	23.986,25	29.005,80
Extremadura	02/03/2006	13.598,75	16.109,10
Illes Balears	05/04/2006	11.955,00	14.465,40
Comunidad de Madrid	24/03/2006	67.953,25	82.112,40
Castilla y León	21/03/2006	33.015,75	39.111,00
Total		500.000,00	600.000,00

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda.

C.10. Anticipos conferencia de presidentes en miles de euros

Comunidad Autónoma	Fecha solicitud C.A.	% anticipo	Importe anticipo pagado	Fecha de pago
Cataluña	22/06/2006	4%	464.935,81	31/07/2006
Galicia	26/07/2006	2%	117.502,11	17/08/2006
Andalucía	11/07/2006	2%	298.467,54	18/09/2006
P. de Asturias	27/07/2006	2%	44.231,91	17/08/2006
La Rioja	03/07/2006	4%	26.766,98	31/07/2006
Región de Murcia	27/07/2006	4%	86.625,50	17/08/2006
Com. Valenciana	26/07/2006	4%	285.063,47	17/08/2006
Aragón	05/12/2006	4%	100.623,82	29/12/2006
Castilla-La Mancha	03/07/2006	4%	150.944,39	17/08/2006
Extremadura	21/09/2006	2%	51.102,84	05/10/2006
Illes Balears	31/07/2006	4%	65.030,43	18/09/2006
C. de Madrid	14/07/2006	4%	342.180,12	17/08/2006
Castilla y León	25/09/2006	4%	215.114,44	05/10/2006
Total			2.248.589,36	

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda.

Por otro lado, las desviaciones presupuestarias en materia de ingresos compartidos han sido especialmente favorables en los dos últimos años y en 2005 y 2006 las entregas a cuenta realizadas se alejarán aún más de la liquidación del sistema en dichos ejercicios. De esta manera, la liquidación definitiva de esos ejercicios proporcionará una mayor holgura financiera

en los próximos años. Así, salvo en el caso de los impuestos especiales, el IRPF y el IVA han tenido un comportamiento más positivo que el inicialmente previsto.

C.11. Diferencias entre presupuestos y liquidación definitiva

Total millones de euros	P2006	L2006	Dif.	P2005	L2005	Dif.	P2004	L2004	Dif.
Impuesto Renta de las Personas Físicas	58.536	62.729	4.193	52.206	54.723	2.517	49.271	47.722	-1.549
Impuesto sobre el Valor Añadido	50.045	54.652	4.607	47.602	49.870	2.268	42.874	44.507	1.633
Impuestos Especiales	19.290	18.602	-688	18.510	18.022	-488	17.758	17.514	-244
Alcohol y bebidas derivadas	976	915	-61	877	900	23	867	842	-25
Cerveza	275	279	4	240	243	3	228	233	5
Productos intermedios	21	21	0	20	18	-2	20	18	-2
Hidrocarburos	10.706	10.414	-292	10.499	10.210	-289	10.164	10.123	-41
Labores del Tabaco	6.362	6.000	-362	6.000	5.792	-208	5.672	5.487	-185
Determinados medios de transporte	0	0	0	0	4	4	0	1	1
Electricidad	950	973	23	874	855	-19	807	809	2
Total	127.871	135.983	8.112	118.318	122.615	4.297	109.903	109.743	-160

Fuente: AEAT.

3 · Evolución regional del gasto sanitario

En la medida en que una parte significativa de las competencias regionales está estrechamente vinculada con las prestaciones sanitarias es necesario analizar el perfil y la dinámica de su gasto en cada región. En los últimos años la evolución reciente del gasto real en sanidad muestra un crecimiento tendencial creciente por diversos motivos (elevada elasticidad-enta, cobertura pública generalizada, tecnologías de diagnóstico y tratamiento de costes crecientes...). Si se considera prioritario este gasto desde

el punto de vista social y en la medida en que se constate que su coste de provisión es creciente, es necesario garantizar a las administraciones que gestionan estas competencias una financiación adecuada, incentivando además los elementos de gestión eficiente a la vez que se garantiza una cohesión territorial elevada propia de un Sistema Nacional de Salud descentralizado.

Como el actual cuadro tributario regional incorpora muchas figuras y la cesta de impuestos es más amplia que la del propio Estado, los riesgos financieros se minimizan pero, aún así, subsisten problemas para garantizar plenamente la suficiencia financiera en términos dinámicos, no tanto por la evolución de los ingresos, como por la de los gastos, fuertemente crecientes en los últimos años.

A estas circunstancias no es ajeno el buen comportamiento financiero de la Administración Central, con un fuerte superávit presupuestario, mientras en las Comunidades Autónomas este proceso de saneamiento financiero es más lento y se produce con más ajustes «ad-hoc» sobre los gastos: distribuyéndoles temporalmente de forma irregular (diferencias entre gasto real y liquidado en la sanidad), moderando los gastos de inversión o financiándolos a través de procedimientos más costosos a largo plazo, afectando, en su caso, a la calidad de los servicios prestados.

C.12. Evolución de ingresos y gastos autonómicos y desequilibrios presupuestarios

Liquidación presupuestos				millones euros	
2004/03	Ingresos	Gastos	Sanidad	Sup/ Déficit	Cont. nacional
Andalucía	10,3%	10,0%	11,2%	551	2533
Aragón	6,7%	9,1%	9,0%	-104	-146
Asturias	6,6%	7,7%	11,8%	42	35
Baleares	30,2%	8,5%	12,5%	440	-477
Canarias	11,4%	14,9%	24,5%	-144	-217
Cantabria	6,5%	8,4%	9,5%	25	62
Castilla y León	8,3%	7,3%	9,3%	96	70
Castilla-La Mancha	7,5%	12,5%	9,7%	-265	-308
Cataluña	8,9%	15,8%	13,5%	-1377	-1001
C. Valenciana	12,1%	9,5%	13,6%	-241	-1205

continua

Liquidación presupuestos				millones euros	
2004/03	Ingresos	Gastos	Sanidad	Sup/ Déficit	Cont. nacional
Extremadura	4,4%	4,1%	8,5%	79	45
Galicia	10,9%	8,9%	9,6%	185	-78
Madrid	14,3%	12,3%	12,9%	501	111
Murcia	12,2%	10,4%	11,3%	53	-8
Navarra	2,5%	6,1%	8,5%	-93	9
País Vasco	9,2%	6,7%	6,8%	212	-30
Rioja	9,0%	7,6%	13,9%	-15	-19
Total	10,2%	10,6%	11,9%	-55	-624

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, M^a Sanidad y Consumo y elaboración propia.

En los últimos ejercicios presupuestarios el incremento del gasto regional en sanidad ha sido muy importante, especialmente en algunas comunidades autónomas. Igualmente significativas han sido las diferencias entre los presupuestos iniciales y liquidados en estos gastos, con desviaciones al alza globales del 3,1% en 2003 y del 4,2% en 2004. Como puede verse en el cuadro 14, las diferencias entre el presupuesto inicial y finalmente liquidado son espectaculares en algunas regiones, tanto en términos absolutos como relativos.

C.13. Evolución de ingresos y gastos autonómicos en presupuestos iniciales

Presupuestos				millones euros
2006/05	Ingresos	Gastos	Sanidad	Sup/Déficit
Andalucía	11,9%	11,9%	17,0%	0
Aragón	13,0%	13,0%	14,1%	0
Asturias	8,7%	8,6%	7,4%	-4
Baleares	13,2%	5,0%	6,2%	-152
Canarias	11,5%	13,6%	15,4%	-124
Cantabria	7,5%	7,4%	8,1%	-3
Castilla y León	10,5%	5,9%	9,0%	-31
Castilla-La Mancha	9,0%	10,4%	12,0%	-93
Cataluña	13,6%	12,4%	10,0%	-425

continua

Presupuestos				millones euros
2006/05	Ingresos	Gastos	Sanidad	Sup/Déficit
C. Valenciana	12,5%	10,7%	10,7%	-88
Extremadura	8,3%	9,8%	8,9%	-60
Galicia	9,6%	9,8%	10,6%	-29
Madrid	9,5%	9,9%	9,9%	154
Murcia	13,6%	13,6%	10,3%	0
Navarra	7,2%	6,8%	8,6%	8
País Vasco	10,0%	10,0%	9,4%	0
Rioja	14,1%	14,0%	18,5%	-32
Total	11,2%	10,6%	11,5%	-879

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, M^a Sanidad y Consumo y elaboración propia.

Por otro lado, las diferencias en gasto per-cápita, aunque han disminuido algo en 2004 siguen siendo importantes, con lo que cabe esperar una convergencia al alza en los próximos años.

C.14. Desviaciones presupuestarias en el gasto sanitario

Desviaciones en el gasto sanitario (miles de euros)					2003	
	2004 Inicial	Final	Diferencia	Desviación	diferencia	desviación
Andalucía	6.643.720	6.925.186	281.466	4,2%	68.178	1,1%
Aragón	1.226.958	1.293.261	66.303	5,4%	36.877	3,2%
Asturias	1.111.780	1.163.346	51.567	4,6%	13.999	1,4%
Baleares	696.445	870.188	173.743	24,9%	91.368	13,4%
Canarias	1.744.970	2.064.318	319.348	18,3%	96.408	6,2%
Cantabria	599.232	653.732	54.499	9,1%	28.185	5,0%
Castilla y León	2.424.190	2.424.453	263	0,0%	-11.026	-0,5%
Castilla-La Mancha	1.767.154	1.685.313	-81.841	-4,6%	-99.845	-6,1%
Cataluña	6.618.145	6.643.501	25.356	0,4%	260.310	4,7%
C. Valenciana	3.713.230	4.130.787	417.557	11,2%	377.440	11,6%
Extremadura	1.091.250	1.084.744	-6.506	-0,6%	-3.218	-0,3%
Galicia	2.594.040	2.655.462	61.422	2,4%	41.788	1,8%
Madrid	5.069.683	5.081.899	12.217	0,2%	-65.206	-1,4%

continua

Desviaciones en el gasto sanitario (miles de euros)					2003	
	2004 Inicial	Final	Diferencia	Desviación	diferencia	desviación
Murcia	1.131.605	1.284.084	152.479	13,5%	110.210	10,6%
Navarra	639.486	661.838	22.352	3,5%	9.905	1,7%
País Vasco	2.191.632	2.308.590	116.958	5,3%	155.636	7,8%
Rioja	325.933	310.623	-15.311	-4,7%	-14.660	-5,1%
Total	39.589.455	41.241.327	1.651.872	4,2%	1.096.348	3,1%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboración propia.

C.15. Diferencias en gasto sanitario per-cápita 2005

	% PIB	% pob. prot	% pob. p.aj	% gasto	% G. CCAA	% G. personal	% G. farmacia
Andalucía	13,87	17,63	16,75	16,48	16,72	16,81	16,78
Aragón	3,09	2,85	3,10	3,16	3,01	3,47	3,16
Asturias	2,16	2,49	2,79	2,75	2,58	2,73	2,75
Baleares	2,51	2,26	2,12	2,32	2,32	2,35	1,84
Canarias	4,05	4,49	4,03	4,72	4,79	4,38	4,23
Cantabria	1,26	1,29	1,36	1,57	1,46	1,60	1,27
Castilla y León	5,41	5,60	6,30	6,04	5,95	6,62	5,92
Castilla-La Mancha	3,40	4,31	4,46	4,57	4,31	4,38	4,65
Cataluña	18,82	16,31	16,35	15,81	15,66	15,64	15,95
C. Valenciana	9,72	10,78	10,66	10,17	9,85	8,76	12,44
Extremadura	1,67	2,42	2,52	2,66	2,71	2,78	2,71
Galicia	5,10	6,25	6,88	6,43	6,60	5,96	8,04
Madrid	17,80	13,29	12,58	12,50	11,98	13,30	9,98
Murcia	2,54	3,00	2,78	3,06	2,70	2,89	3,23
Navarra	1,70	1,38	1,42	1,53	2,46	1,75	1,33
País Vasco	6,17	4,97	5,19	5,44	5,82	5,83	5,04
Rioja	0,74	0,69	0,72	0,77	0,75	0,75	0,68
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboración propia.

Con este comportamiento del gasto sanitario real, en los años hasta ahora liquidados del actual sistema de financiación autonómico, el grado de cobertura de la financiación sanitaria, incluida la garantía sanitaria, ha sido decreciente, pasando del 90% de media en 2002 a cubrir sólo el 86,3% del gasto sanitario en 2005. Sin embargo, el margen financiero de los tributos cedidos y el mayor control sobre otros gastos ha permitido dirigir hacia la sanidad una mayor cantidad de recursos. No obstante, el modelo normativo diseñado no ha sido suficiente para atender al gasto sanitario y las garantías excepcionales se han tenido que utilizar de forma recurrente. Esto ha provocado la necesidad de dotar con nuevos fondos a la sanidad y sólo el buen funcionamiento del sistema tributario está permitiendo mantener el fuerte crecimiento del gasto sanitario.

C.16. Financiación y cobertura del gasto sanitario

	2002	2003	2004	2005	2002-05
Cataluña	89,0	83,9	84,9	85,8	3,3
Galicia	91,7	89,8	86,8	90,5	1,2
Andalucía	92,5	90,3	88,8	92,2	0,3
Asturias	93,3	88,9	89,2	90,7	2,6
Cantabria	93,5	86,2	85,5	87,2	6,3
La Rioja	102,4	98,3	92,2	88,6	13,8
Murcia	84,8	79,6	76,6	77,6	7,2
C. Valenciana	87,1	82,0	81,3	84,8	2,3
Aragón	91,7	88,5	85,4	88,4	3,4
Castilla-La Mancha	90,8	89,5	95,6	82,7	8,1
Canarias	79,8	75,7	76,7	73,7	6,2
Extremadura	87,7	85,9	86,9	87,1	0,6
Baleares	92,1	85,5	83,8	74,6	17,6
Madrid	89,5	87,8	82,0	85,1	4,4
Castilla y León	95,6	89,0	89,6	89,5	6,2
Total	90,0	86,3	85,3	86,3	3,8

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, M^a Sanidad y Consumo y elaboración propia.

4 · Problemas del actual sistema y líneas de reforma

En síntesis, podemos concretar los problemas del actual sistema de financiación autonómica en las regiones de régimen común atendiendo a la naturaleza de los mismos. Así, podemos distinguir los problemas de origen, que se corresponden, en primer lugar, con una restricción inicial muy sesgada por las negociaciones bilaterales (modulaciones) y fuertes diferencias en financiación per-cápita normalizada que no obedecen a criterios explícitos. Por otro lado, los resultados comparables con los sistemas forales alimentan la idea de agravios comparativos y la falta de neutralidad financiera en la elección del modelo de financiación aplicado.

La inexistencia de mecanismos de ajuste automático en necesidades por la no actualización de variables, lejos de dotar de estabilidad al sistema, ha generado una mayor sensación de provisionalidad en el diseño del mismo, a pesar de contar para su aprobación con el apoyo unánime de todas las Comunidades Autónomas.

Los mecanismos de lealtad institucional siguen sin contar con un diseño y un funcionamiento eficaz y son una fuente constante de conflictividad interinstitucional.

Por otro lado, se ha consolidado una situación de disociación dentro del modelo general de financiación, diferenciando entre la financiación con criterios normativos y la evolución real de los recursos disponibles por parte de las comunidades autónomas, sin que las diferencias en resultados entre unos y otros se deban al uso de capacidad normativa ni a las mejoras de gestión, sino a la inadecuación de los índices de evolución (ITE) aplicados a los tributos cedidos.

Junto a los problemas de origen es necesario destacar los problemas de evolución que se han generado en los últimos años. El primero, sin duda, es el de los fuertes cambios demográficos producidos, no esperados en esa magnitud, y que han afectado especialmente a algunas regiones españolas. El fuerte crecimiento de la población, debido al proceso inmigratorio concentrado en un espacio temporal muy reducido, ha trastocado fuertemente los cálculos de necesidades por comunidades autónomas previstos en la restricción inicial, basados en la distribución regional existente en 1999. En los últimos años, la población española se ha incrementado en 4,5 millones de personas distribuidos territorialmente de forma muy desigual.

Por otro lado, el funcionamiento dinámico del sistema ha mostrado una evolución disociada entre los ingresos y los gastos regionales, especialmen-

te los destinados a sanidad que únicamente se han podido cubrir por el margen financiero asociado a la recaudación real de los tributos cedidos y no a la liquidación del modelo, que ha proporcionado ingresos con un crecimiento similar al ritmo de evolución de la economía. Así, los ingresos del modelo han crecido menos que los gastos de sanidad y educación, poniendo en cuestión la suficiencia dinámica del mismo.

C.17. Evolución de la población española

	1999	2006	Aumento 1999-2006	% Extranjeros		% población	
				1999	2006	>65	<15
Total España	40.202.160	44.708.964	11,2%	1,9%	9,3%	16,7%	15,3%
Andalucía	7.305.117	7.975.672	9,2%	1,5%	6,1%	14,7%	17,5%
Aragón	1.186.849	1.277.471	7,6%	0,8%	8,2%	20,5%	13,6%
Asturias							
(Principado de)	1.084.314	1.076.896	-0,7%	0,6%	2,8%	22,0%	10,6%
Balears (Illes)	821.820	1.001.062	21,8%	5,5%	16,8%	13,8%	16,0%
Canarias	1.672.689	1.995.833	19,3%	3,7%	11,7%	12,3%	16,1%
Cantabria	528.478	568.091	7,5%	0,7%	4,2%	18,7%	13,0%
Castilla y León	2.488.062	2.523.020	1,4%	0,6%	4,2%	22,6%	12,4%
Castilla-							
La Mancha	1.726.199	1.932.261	11,9%	0,6%	6,9%	18,8%	16,3%
Cataluña	6.207.533	7.134.697	14,9%	2,3%	12,8%	16,5%	15,2%
Comunidad							
Valenciana	4.066.474	4.806.908	18,2%	3,2%	13,9%	16,3%	15,5%
Extremadura	1.073.574	1.086.373	1,2%	0,7%	2,5%	19,2%	16,1%
Galicia	2.730.337	2.767.524	1,4%	0,8%	2,7%	21,5%	12,2%
Madrid							
(Comunidad de)	5.145.325	6.008.183	16,8%	2,6%	13,3%	14,5%	15,4%
Murcia							
(Región de)	1.131.128	1.370.306	21,1%	1,5%	13,8%	13,8%	18,2%
Navarra							
(C. Foral de)	538.009	601.874	11,9%	1,1%	9,2%	17,4%	15,2%
País Vasco	2.100.441	2.133.684	1,6%	0,8%	4,0%	18,4%	13,1%
La Rioja	265.178	306.377	15,5%	1,3%	11,4%	18,4%	14,2%
Ceuta	73.704	75.861	2,9%	4,2%	4,1%	11,2%	21,7%
Melilla	56.929	66.871	17,5%	2,5%	6,0%	10,9%	23,4%

Fuente: INE y elaboración propia.

También, como se ha señalado ya, dada su configuración, se ha producido una mala praxis en la escenificación de la lealtad institucional por parte de todas las administraciones. Así, en el deber de las comunidades autónomas se puede computar la falta de explicaciones en la gestión de resultados en determinadas actuaciones, como las derivadas del acuerdo sanitario en materia de racionalización del gasto o las rebajas fiscales autonómicas simultáneas a la petición de más recursos a la Administración Central. A su vez, en el deber del gobierno central se puede destacar la reforma del IRPF llevada a cabo sin una fórmula de compensación explícita a las regiones por pérdida recaudatoria o la aprobación de la nueva Ley de Dependencia sin una articulación financiera desarrollada conjuntamente con las comunidades autónomas, titulares de la competencia en materia de servicios sociales.

La nueva normativa de estabilidad presupuestaria y su aplicación efectiva constituye una oportunidad para aplicar principios de coordinación y lealtad institucional y un indicador para analizar sus posibilidades reales. En otros aspectos más técnicos, como los cambios metodológicos en cuotas de consumo y entregas a cuenta el recorrido es amplio y las posibilidades de mejora muchas.

En la medida en la que nos encontramos en un momento de amplia revisión de muchos Estatutos de Autonomía es necesario también plantear algunos problemas derivados de opciones diferentes de concepción y orientación de la reforma de la financiación autonómica. Obviamente, los objetivos, la articulación y los resultados del sistema pueden ser diferentes desde las cuatro alternativas abiertas en estos momentos en nuestro país. Las opciones políticas y sociales oscilan entre una concepción que camina hacia un modelo más centralizado, poniendo más énfasis en el papel otorgado a la Administración central, un modelo continuista del actual, otra opción basada en un modelo más descentralizado, con mayor responsabilidad fiscal y un sistema de nivelación parcial o, al menos, más explícito o una opción más soberanista que supere el actual sistema y se base en mayor medida en las relaciones financieras regionales con el Estado, bien teniendo en cuenta los saldos fiscales resultantes, bien generalizando o aplicando selectivamente el régimen foral.

Detrás de cada una de estas concepciones subyace un modelo de financiación que será necesario explicitar. En la medida en la que no haya un amplio consenso sobre la orientación del modelo, será muy difícil diseñarlo en términos efectivos.

Además, y en cuarto lugar, es necesario diseñar un sistema que se adapte a distintas circunstancias que se van a producir a medio plazo de forma inexorable y que permita responder de forma eficaz ante posibles cambios de contexto.

El primer requisito es el de la flexibilidad antes posibles cambios en el ciclo económico. Hasta ahora el sistema de financiación se mantiene por el buen comportamiento del sistema fiscal, único en las últimas décadas. El fuerte crecimiento de la recaudación por IVA e IRPF en los últimos años ha permitido, por ejemplo, compensar el menor crecimiento de los impuestos especiales. Por otro lado, la expansión del sector de la construcción y el fuerte crecimiento de los precios y las transacciones en el mercado inmobiliario ha permitido mantener una fuerte recaudación de los impuestos cedidos de carácter patrimonial, compatible con las reducciones fiscales, y una fuerte dinámica de los impuestos indirectos asociados a este sector. Un cambio de tendencia podría afectar de forma muy sensible a los ingresos regionales y el sistema, tal como está configurado, carece de mecanismos de garantía adecuados para situaciones adversas.

Por otro lado, la reducción paulatina de fondos europeos y la mayor rigidez que introduce la normativa de estabilidad presupuestaria reduce la capacidad inversora de las comunidades autónomas a la generación de ahorro público suficiente. En este sentido, la financiación autonómica debería contemplar con mayor atención que en el pasado la existencia de fondos nacionales de inversión regional, más allá de las disposiciones recogidas en algunos Estatutos de Autonomía reformados.

Finalmente, es necesario plantearse la reordenación de prioridades en la cobertura de necesidades por Administraciones, dada la naturaleza de las competencias regionales, muy vinculadas a bienes preferentes perfectamente divisibles y asociados a la demanda de los ciudadanos.

En este contexto, las líneas de reforma se pueden orientar en las siguientes direcciones:

- Mejorar el cálculo de necesidades en la determinación de la restricción financiera inicial, separando en la medida de lo posible las variables del modelo y su ponderación de los costes de negociación necesarios, como el respeto al statu-quo, que no deberían consolidarse.
- Establecer un mecanismo periódico de actualización de las variables que permita una mayor convergencia en los resultados del sistema.

- Aumentar la cesta de impuestos, incentivando la corresponsabilidad fiscal efectiva a través de una composición más equilibrada de ingresos e introduciendo mejoras en el sistema de entregas a cuenta.
- Reforzar los órganos de coordinación y la participación efectiva de las comunidades autónomas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, incrementando los niveles de cooperación con las administraciones tributarias regionales.
- Reforzar, y escenificar en su caso, el ejercicio de corresponsabilidad compartida en el IVA y en los impuestos especiales, posibilitando el ejercicio de capacidad normativa limitada en los impuestos indirectos.
- Mejorar los sistemas de información y gestión en los tributos cedidos.
- Garantizar espacios fiscales propios estables para las comunidades autónomas con garantías jurídicas y una mayor cooperación entre administraciones.
- Revisar la actualización automática del Fondo de Suficiencia con criterios más homogéneos y neutrales, al margen de la utilización de la capacidad normativa del Estado, como los ingresos tributarios totales y PIB.
- Reforzar los mecanismos explícitos de solidaridad regional, para sustituir paulatinamente los fondos europeos por mecanismos internos de reequilibrio territorial a través de los Fondos de Compensación Inter-territorial.
- Alcanzar de forma gradual una equiparación en resultados del sistema general con los sistemas forales mediante la consideración como competencias no asumidas de la nivelación implícita del modelo.

