

A large, light gray, stylized number '6' graphic that serves as a background element for the page. It is positioned on the right side, with its top curve extending towards the top right and its bottom curve extending towards the bottom right.

Desigualdades en salud y servicios sanitarios entre comunidades autónomas

José Manuel Freire
Javier del Águila

6.1. Introducción

En este capítulo estudiamos las desigualdades territoriales existentes en sanidad por comunidades autónomas (CC. AA.), abordando para ello los dos grandes temas, relacionados pero diferentes, que incluye la palabra *sanidad*: la salud/salud pública y los servicios sanitarios personales. Cada uno de ellos forma un bloque diferenciado dentro de este capítulo.

Antes de entrar en materia es útil precisar algunos aspectos conceptuales sobre los determinantes de la salud y los indicadores de esta, y sobre el impacto que las desigualdades socioeconómicas tienen en la salud, así como sobre la relación entre salud y servicios sanitarios.

La salud individual y colectiva es el resultado de la interacción entre el código genético (biología) y el código postal (el entorno en su sentido más amplio), definido este tanto en clave territorial (país y región) como en clave socioeconómica (nivel económico y cultural de la familia, etc.). Esta realidad es la que refleja el esquema conceptual que en 1974 estableció el informe del ministro canadiense Lalonde al organizar los determinantes de la salud en cuatro grandes bloques: la biología humana (código genético), el entorno tanto físico (agua, aire) como socioeconómico (pobreza, empleo, educación, desigualdades, etc.), los hábitos o estilos de vida (tabaquismo, ejercicio, alcohol, etc.) y, finalmente, el cuarto, los servicios sanitarios (Lalonde, 1974). Estos tres últimos determinantes no son sino la expansión y concreción del código postal al que nos referimos arriba. En efecto, el entorno socioeconómico condiciona en gran medida los estilos de vida persona-

les, como muestran la fuerte asociación entre clase social y hábitos relacionados con la salud; igualmente, las circunstancias sociopolíticas y económicas condicionan la disponibilidad y el acceso a los servicios sanitarios.

El determinante de la salud más crítico y decisivo es el entorno socioeconómico. En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyo informe final (OMS, 2008) contiene recomendaciones que son todo un catálogo de políticas públicas orientadas a la justicia social, la equidad y la buena gobernanza. Desde la aparición del concepto *determinantes de salud*, se han publicado múltiples trabajos con el objetivo de conocer el peso relativo de cada uno de sus cuatro grandes bloques en la salud. Un buen resumen de estos trabajos, con una excelente visualización gráfica, atribuye un peso de 36% en la salud individual a los estilos de vida, un 24% al entorno social, un 22% a la biología-genética, un 11% a los servicios sanitarios y un 7% al medio ambiente físico (Choi y Sonin, 2020).

El conjunto de las desigualdades socioeconómicas repercute en la salud individual y colectiva de tal modo que las desigualdades en salud son el mejor reflejo y resumen del nivel de desigualdad existente en una sociedad. La manifestación más extrema de desigualdad socioeconómica es la pobreza, que es la mayor causa de enfermedad y muerte prematura; estrechamente vinculadas a la pobreza, tienen una gran relevancia específica las desigualdades en nivel educativo, acceso a la vivienda, la situación y tipo de empleo/desempleo, entorno medioambiental, acceso a la cultura, oportunidad de ejercicio físico, oportunidad de alimentación saludable,

etc. Todas estas dimensiones de desigualdad están estrechamente asociadas entre sí, reforzando su impacto en la salud individual y colectiva.

Aunque el nivel de renta afecta decisivamente a la salud, de acuerdo con la posición de la persona en el *continuum* de su distribución social, la desigualdad socioeconómica es un factor que, en sí mismo e independiente del nivel de renta absoluta de los individuos, tiene un gran impacto negativo sobre la salud, como demuestran los trabajos Richard Wilkinson y Kate Pickett (2019) y muchos otros¹.

Estas consideraciones son de una gran relevancia como marco de referencia para contextualizar adecuadamente la comparación del estado de salud de la población entre CC. AA. y tener en cuenta la repercusión que tienen en los indicadores de salud las grandes diferencias interautonómicas en nivel de renta y otras variables socioeconómicas.

El objetivo de este trabajo es estudiar las desigualdades sanitarias territoriales a nivel de comunidad autónoma; tanto las referidas al estado de salud como, especialmente, las relacionadas con el Sistema Nacional de Salud (SNS). En cada apartado realizaremos un recorrido comparativo por las CC. AA. de los indicadores elegidos, analizando para cada uno de ellos tanto su nivel actual como su evolución, cuando sea posible. Concluiremos cada apartado con un comentario analítico sobre las implicaciones de los principales hallazgos encontrados.

En primer lugar, se presentan las desigualdades en el estado de salud de la población, a través de los principales indicadores de esta: la esperanza de vida

y la mortalidad por distintas causas, y la incidencia de algunas patologías especialmente relevantes socialmente.

En segundo lugar, se tratan las desigualdades relacionadas con los servicios sanitarios entre las CC. AA. En esta parte del trabajo abordamos tres aspectos. El primero de ellos, la comparación de la distribución territorial de los *inputs* más relevantes para el funcionamiento de los servicios autonómicos de salud, como son: financiación y gasto, recursos humanos y equipamiento sanitarios. El segundo, analizamos brevemente la gobernanza de los estos servicios. El tercero, presentamos algunos indicadores relevantes disponibles de actividad sanitaria —tanto de atención primaria como hospitalaria—, de acceso (listas de espera) y de la opinión de la población sobre sus servicios según los barómetros sanitarios.

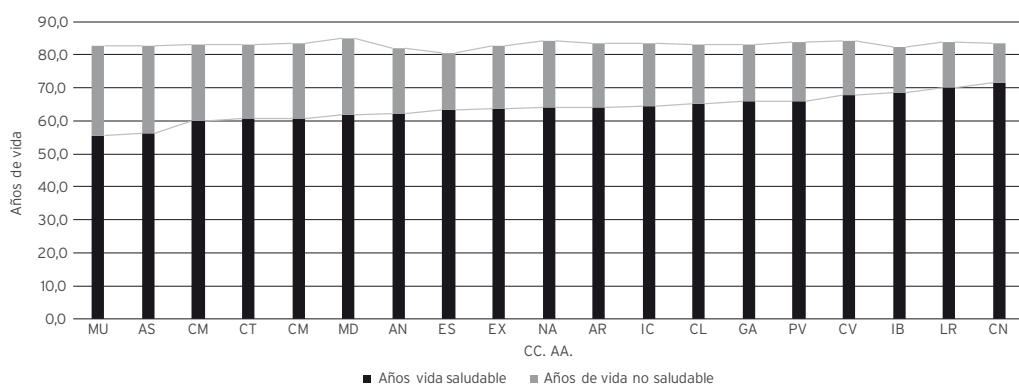
Finalmente, en un último apartado, hacemos una recapitulación general, reflexionando sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en el SNS, una terrible prueba de estrés que marcará un antes y un después en la sanidad española. Concluimos apuntando al futuro del SNS según las recomendaciones sobre salud pública y sanidad de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados.

6.2. Desigualdades en el estado de salud entre comunidades autónomas

En esta sección se realiza un estudio comparado entre CC. AA. del nivel de salud poblacional, utilizando para ello los indicadores disponibles más utiliza-

¹ Ver, por ejemplo, Marmot (2017).

GRÁFICO 1. Años de vida saludable al nacer comparado con esperanza de vida al nacer en España según CC. AA. (2017)²



Fuente: elaboración propia a partir de MSCBS (2019a).

dos en este tipo de comparaciones: esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud, mortalidad (general y por las principales causas de defunción) y mortalidad infantil.

6.2.1. Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud

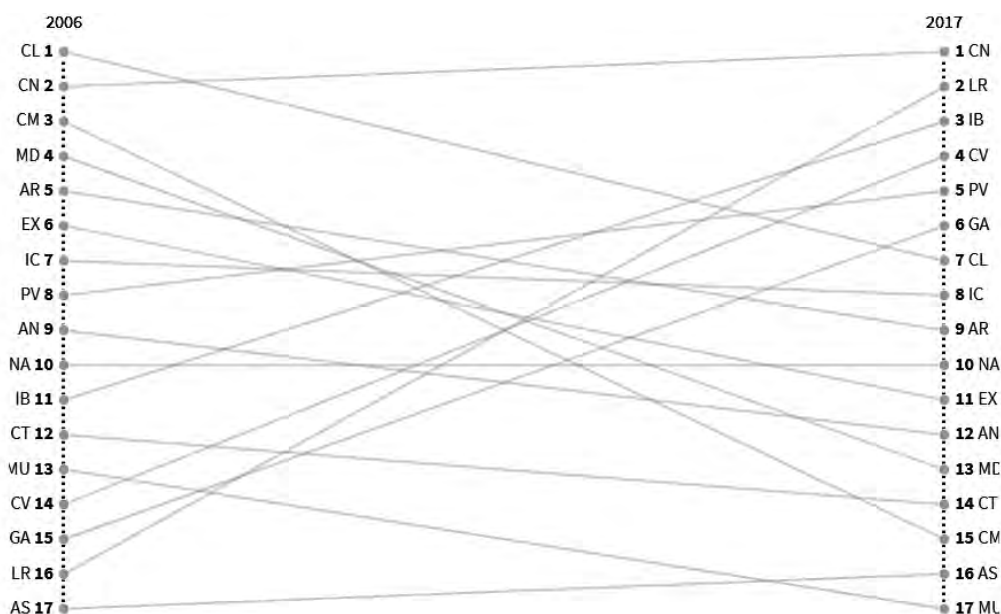
España encabeza el *ranking* Bloomberg (2019) de los países más saludables del mundo por su alta esperanza de vida. El informe *Esperanzas de vida en España, 2017*, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2019, muestra que la esperanza de vida al nacer (EVn) en España en 2017 fue de 83,3 años, 80,4 en hombres y 86,0 en mujeres. Por CC. AA., como muestra el Gráfico 1, la esperanza de vida varía entre los 82,1 años en Andalucía y los 85,1 en la Comunidad de Ma-

drid. Su evolución, en cualquier caso, ha sido muy favorable: ha aumentado 3,5 años desde 2002, tanto en hombres como en mujeres, y se ha mantenido la tendencia positiva constante en casi todas las CC. AA., sin que existan diferencias interautonómicas importantes.

Aunque la EVn ha aumentado de forma continua y homogénea en toda España, una mirada más detallada revela una pérdida de años de vida saludable (AVs), que para el mismo periodo de estudio se han reducido en 1,31 años en promedio para toda España. Las diferencias regionales encontradas en este indicador muestran que la ganancia de años de vida no está repercutiendo positivamente por igual en todas las CC. AA. La esperanza de vida saludable al nacer en España — que es de 63,3 años— presenta diferen-

² En los gráficos y tablas de este informe se utiliza el Código RCP para las comunidades autónomas según el Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas del Ministerio de Política Territorial y Función Pública: Andalucía – AN, Aragón – AR, Principado de Asturias – AS, Illes Balears – IB, Canarias – IC, Cantabria – CN, Castilla y León – CL, Castilla-La Mancha – CM, Cataluña – CT, Comunitat Valenciana – CV, Extremadura – EX, Galicia – GA, Comunidad de Madrid – MD, Región de Murcia – MU, Comunidad Foral de Navarra – NA, País Vasco – PV, La Rioja – LR, Ciudad Autónoma de Ceuta – CE, Ciudad Autónoma de Melilla – ME.

GRÁFICO 2. Reordenación del ranking de CC. AA. en años de vida saludable al nacer (2006-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de MSCBS (2019a).

cias notables entre CC. AA., con un rango máximo de más de 18 años, entre los 71,6 de Cantabria y los 55,8 de Murcia, diferencias que se acentúan en su evolución desde 2006. Expresadas en porcentaje respecto a los años de EVn, los AVs oscilan entre el 67,27% en Murcia y el 85,63% en Cantabria, con un 75,92% de promedio para España. En el Gráfico 2 se observan las CC. AA. ordenadas por AVs en 2006 y 2017, lo que permite ver la variación que ha habido entre ellas.

Para el mismo periodo, en el Gráfico 3 se presenta la evolución de los AVs en términos absolutos; en ella, La Rioja muestra un incremento de 11,2 AVs en el periodo observado, lo que contrasta con la pérdida en la Comunidad de Madrid, de 7,2 AVs.

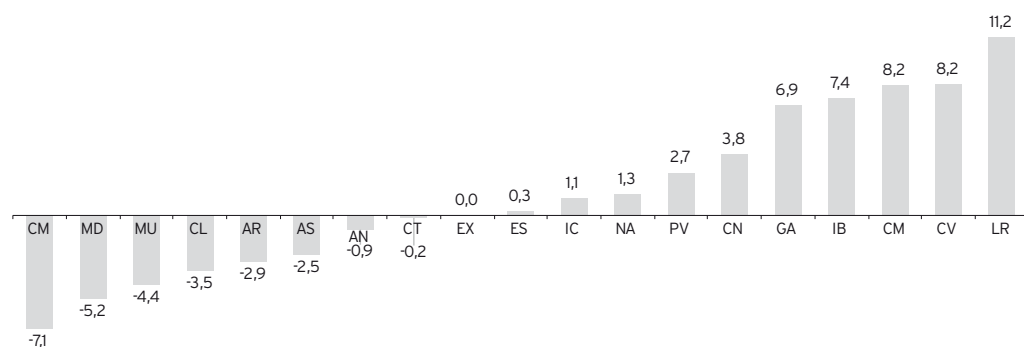
Es difícil encontrar una base real que justifique unas variaciones tan grandes

en los AVs; puede que una parte de la explicación esté en la propia naturaleza de un indicador que está construido a partir de respuestas subjetivas a una encuesta. En cualquier caso, el indicador AVs es de gran interés, y diferencias tan grandes apuntan, en primer lugar, a la necesidad de una revisión de la metodología y la comparabilidad de los datos, para luego, en su caso, explorar las posibles causas subyacentes.

En un estudio realizado a nivel de CC. AA. en España (MSCBS, 2016), la renta per cápita es el único factor que explica las diferencias en años de vida saludable entre las comunidades autónomas. Este hallazgo está en línea con otros trabajos realizados a nivel europeo.

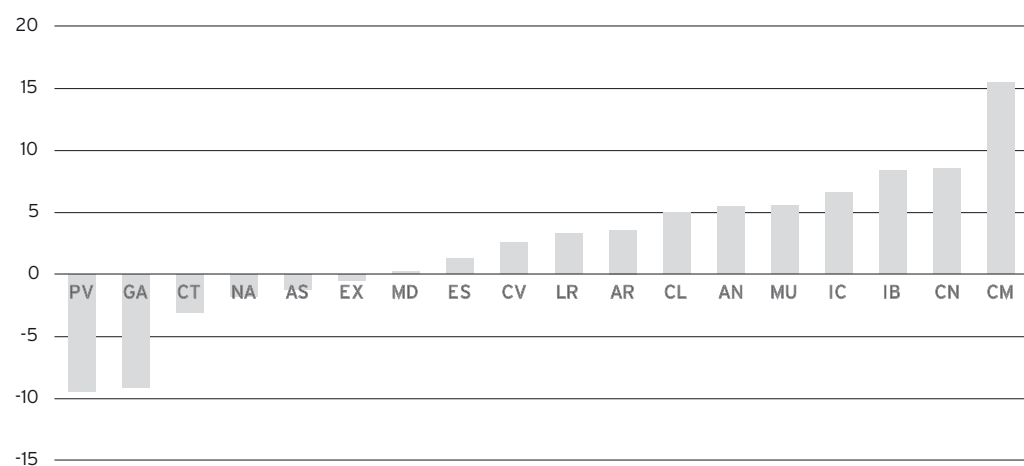
La percepción de su salud por la ciudadanía es otro indicador relevante, estudiado en la Encuesta Nacional de

GRÁFICO 3. Evolución en años de vida saludable al nacer en España por CC. AA. (2006-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de MSCBS (2019a).

GRÁFICO 4. Cambios en el porcentaje de población de más de 65 años que valora positivamente su salud (2011-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de ENSE/EES (extraído de los INCLASNS del MSCBS).

Salud de España y en la Encuesta Europea de Salud e integrado entre los Indicadores Clave del SNS del Ministerio de Sanidad³. Las encuestas preguntan a los ciudadanos si, en general, perciben como positivo su estado de salud. Para la población general, esta respuesta es eminentemente positiva y no presenta

diferencias entre comunidades, siendo el promedio para España de un 74% de respuestas afirmativas.

Al igual que sucedió con las esperanzas de vida, la población mayor de 65 años ofrece una fotografía bien diferente: en 2017, último año disponible, a nivel nacional solo valoró positivamente

³ Disponibles en <http://inclasns.msssi.es/>

te su salud el 45% de este grupo etario, con rangos por comunidades entre el 29,8% de Galicia hasta el 56% en La Rioja o Baleares. Si además observamos la evolución de este dato entre los años 2011 y 2017, encontramos nuevamente un patrón de desigualdad entre comunidades, con País Vasco y Galicia perdiendo un 10%, y Madrid ganando un 15% (Gráfico 4).

6.2.2. Mortalidad, mortalidad infantil y mortalidad perinatal

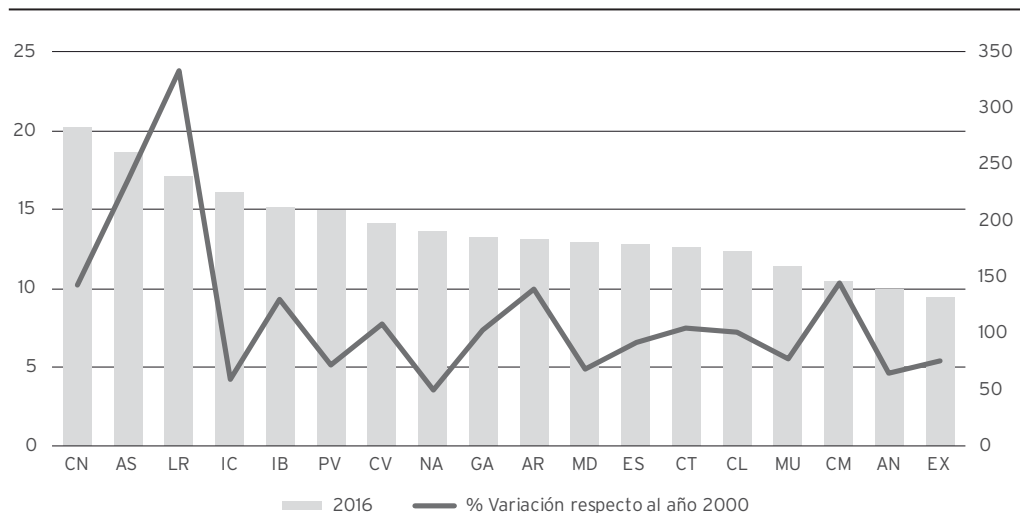
Según el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018* (MSCBS, 2019b), en 2016 la tasa más baja de mortalidad ajustada por edad se dio en Madrid (374,7 fallecidos por 100.000 habitantes), y la más alta en Andalucía (491,8 fallecidos por 100.000 habitantes), una importante diferencia del 31,3%. A pesar de estas notables variaciones en las tasas ajustadas, desde el año 2000 todas las CC. AA. han reducido su mortalidad

en un 28,2% de promedio. Pese a que las desigualdades se mantienen desde ese año, al menos la tendencia es positiva en todas las CC. AA. sin diferencias entre ellas.

La situación es muy diferente si se desglosa la mortalidad por causas y se analiza por patologías como cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, cáncer de mama en mujeres y cáncer de bronquios y pulmón en hombres. En todas estas causas de muerte existen grandes diferencias entre CC. AA., que pueden llegar incluso al doble. Así, por cardiopatía isquémica mueren 24,5 personas por 100.000 habitantes en Andalucía frente a 49,1 en Aragón, y por enfermedades cerebrovasculares 17,5 en Madrid frente a 34,5 en Andalucía.

En cáncer de mama en mujeres, la diferencia es de 11,6 mujeres fallecidas por 100.000 habitantes en Navarra frente a 18,4 en La Rioja, y en cáncer de pulmón en varones es de 47,9 en Madrid

GRÁFICO 5. Tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por cáncer de pulmón en 2016 y porcentaje de variación respecto al 2000



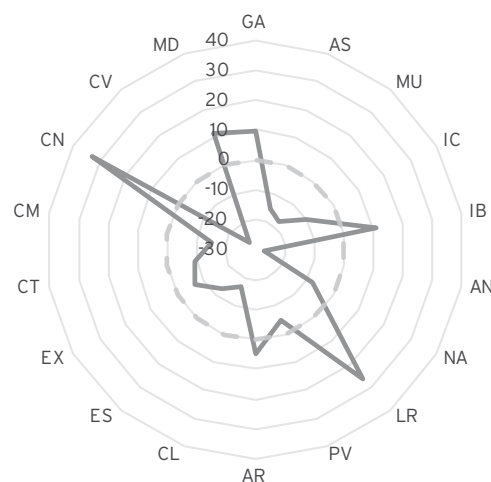
Fuente: elaboración propia a partir de MSCBS (2019a).

frente a 66,2 en Cantabria. En todos los casos, además del dato de 2016, existe una gran variabilidad en la tendencia desde el año 2000, con CC. AA. que han reducido o aumentado su mortalidad y en diferente grado.

Hay dos causas de muerte especialmente destacables desde el punto de vista de la variación entre las CC. AA.: la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres y los suicidios. La mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres casi se ha duplicado en España entre el 2000 y el 2016 (ha pasado de 6,7 a 12,8 fallecidas por 100.000 mujeres). Por CC. AA., la diferencia en esta tasa va de las 9,4 fallecidas por 100.000 mujeres en Extremadura a las 20,2 en Cantabria, más del doble. El Gráfico 5 muestra estas diferencias en tasas, así como la variación de estas con respecto al mismo dato del año 2000. Podemos observar que, pese al incremento generalizado, algunas CC. AA. quedan por debajo del promedio (Navarra, incremento del 50%) y otras lo triplican (Asturias, 235%) o cuatriplican (La Rioja, 333%).

La mortalidad por suicidio, con 3539 fallecimientos en 2018 (INE, 2019a), es la primera causa de muerte externa en España y muestra también importantes diferencias por CC. AA. La tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en 2018 fue de 7,6 en España; al desglosarla por CC. AA. encontramos tasas de mortalidad que van desde los 4,8 en Cantabria y 5,2 en la Comunidad de Madrid hasta los 13,4 en Asturias y 10,1 en Galicia, más del doble. Entre el año 2000 y 2016, la mortalidad por suicidio se redujo en España en un 12,9%, pero en cada CC. AA. el comportamiento fue distinto, como se puede apreciar en el Gráfico 6, con comunidades que redujeron esta mortalidad en un 25%

GRÁFICO 6. Porcentaje de variación en la tasa de suicidio por CC. AA. (2000-2016)



Nota: la línea discontinua marca la diferenciación entre las variaciones positivas y negativas.

Fuente: elaboración propia a partir de MSCBS (2019a).

(Valencia) y otras que la vieron aumentar en un 33% (Cantabria).

La mortalidad infantil y la mortalidad perinatal son indicadores básicos de salud y de desarrollo humano. En España estos indicadores están en niveles muy bajos desde los años 80 del siglo pasado, en línea con lo observado en los países más desarrollados del mundo. En 2019 la mortalidad infantil fue de 2,89 por cada 1000 nacidos vivos para el conjunto del país; por CC. AA. destacan por baja mortalidad Cantabria (1,13), Galicia (1,86) y Navarra (2,05), y por alta Murcia (4,50) y Baleares (4,23) (INE, 2019b). Estas diferencias interautonómicas, que varían de año en año, son debidas en gran medida al efecto en las tasas de pequeños cambios en la mortalidad, por lo que son diferencias poco significativas.

La mortalidad perinatal (muertos con más de 180 días de gestación

y menos de 7 días respecto al total de nacidos vivos y muertes fetales) es un indicador especialmente sensible para evaluar la atención materno-infantil. Para el conjunto de España en 2019, fue de 4,65 muertes por cada 1000 nacidos y existen importantes diferencias entre las comunidades de mortalidad más baja —Navarra (1,49) y Galicia (2,69)— y las que tiene mortalidad más alta —La Rioja (7,02), Extremadura (6,26), Castilla y León (6,19), Asturias (6,18) y País Vasco (6,07)—. La magnitud de estas diferencias, reflejadas también en el incremento en los últimos años del coeficiente de variación de la mortalidad perinatal entre CC. AA., merece un estudio de las posibles causas subyacentes (bajo peso al nacer, edad gestacional, embarazos de adolescentes, características socioeconómicas de la madre, etc.).

Para el estudio de la mortalidad en España es muy valioso el trabajo del Atlas Nacional de Mortalidad en España (ANDEES)⁴, que ha recopilado los datos de mortalidad por 102 causas para el periodo 1989-2014 con datos de cada municipio de España, elaborando un completo mapa interactivo con el que se pueden observar las desigualdades existentes para causa de muerte y territorio, permitiendo análisis espacial y espacio-temporal. Todos los datos señalados en este apartado, y muchos más, están disponibles gracias a este encomiable trabajo de divulgación y visualización de información sobre la mortalidad en España.

6.3. Desigualdades en el sistema sanitario entre comunidades autónomas

Tal como hemos comentado en la introducción, en este segundo bloque se abordan las desigualdades existentes entre CC. AA. en los servicios sanitarios del SNS. Desde el 1 de enero de 2002, todas las CC. AA. son igualmente responsables de la gestión de estos servicios; en esa fecha se hizo efectiva la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) gestionada por el INSALUD a las últimas⁵ diez CC. AA. en recibirlas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia). Por ello, creemos que desde 2002 hasta la actualidad ha transcurrido un tiempo suficiente como para imputar a los Gobiernos autonómicos los logros y problemas existentes en sus respectivos servicios sanitarios.

Las CC. AA. disponen de una gran capacidad de planificación, organización y gestión de sus servicios sanitarios. Obviamente, esta capacidad se ejerce y está definida por el marco legal del conjunto del SNS, junto con las demás leyes comunes aplicables al sector público de toda España. Entre las leyes sanitarias que definen lo común del conjunto del SNS, hay que destacar: la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, la Ley 55/2003 del Estatuto Marco, la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, la Ley 15/1997

⁴ Disponible en: https://medea3.shinyapps.io/atlas_nacional/.

ver también “El mapa de la mortalidad en España, municipio a municipio” (*El País*), recuperado de: https://elpais.com/elpais/2020/02/05/ciencia/1580906716_232241.html

⁵ Antes de 2002 se habían hecho cargo de la ASSS Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco y Valencia (1988), Galicia (1990), Navarra (1990) y Canarias (1994). Entre la primera transferencia a Cataluña y las últimas han transcurrido 21 años.

de nuevas formas de gestión del SNS, y toda la regulación farmacéutica⁶. Entre las leyes no sanitarias que más afectan a la gestión de los servicios sanitarios de las CC. AA. hay que destacar, en primer lugar, la Ley 22/2009 que regula el sistema de financiación autonómico, además de otras leyes que condicionan la ejecución presupuestaria de las CC. AA. de régimen común, junto con la Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público (texto refundido en el Real Decreto Ley 5/2015) y la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público.

Este marco regulatorio común para todas las CC. AA., en contra de lo que pudiera pensarse, permite un amplio margen de maniobra a los Gobiernos autonómicos en la organización, gobernanza y gestión de sus servicios sanitarios, y las limitaciones más decisivas se encuentran en la política de personal, regulada en el Estatuto Marco y en el Estatuto del Empleado Público citados anteriormente, comunes para todas las CC. AA. Esta capacidad de las CC. AA. de planificar, organizar, financiar y gestionar sus servicios de salud, ejercida durante los últimos 18 años, ha dado origen a similitudes y diferencias en los indicadores más relevantes de los servicios de salud de las CC. AA., de modo que ofrecen un buen campo para el estudio comparativo y el análisis de las desigualdades interregionales existentes.

Para ello, en este apartado vamos a comparar, en primer lugar, los *inputs* fundamentales de los servicios autonómicos de salud: la financiación presupuestaria, la dotación de recursos humanos, y la dotación de instalaciones y equipamientos sanitarios. En segundo

lugar, miraremos algunos indicadores de gobernanza de los servicios, apuntando similitudes y diferencias. Por último, para finalizar este apartado, nos centraremos en algunos aspectos relevantes de la actividad asistencial, acceso a los servicios, listas de espera y opinión de la población sobre el sistema sanitario.

6.3.1 Inputs-dotación de los servicios

6.3.1.1 Financiación y gasto sanitario público

La sanidad de las CC. AA. de régimen fiscal común (todas menos País Vasco y Navarra) se financia por impuestos a través del sistema autonómico de financiación (SAF) establecido en su configuración actual en la Ley 21/2001, posteriormente reformada por la Ley 22/2009, que incrementó la capacidad tributaria de las CC. AA. y su autonomía. En el SAF hay dos consideraciones importantes. La primera es que el SAF aporta a las CC. AA. una cesta de recursos para financiar el conjunto de todas sus competencias, y corresponde a los Parlamentos y Gobiernos autonómicos la asignación de los fondos a los diferentes servicios públicos que gestionan, incluida, por supuesto, la sanidad. De modo que las CC. AA. tienen autonomía para decidir la cuantía y la distribución de su presupuesto sanitario; por tanto, el gasto sanitario anual del conjunto del SNS español no es decisión del Gobierno de España, sino que es la suma de los presupuestos votados por cada uno de los parlamentos de las CC. AA. En segundo lugar, el SAF incluye un mecanismo de equidad y nivelación que pretende que cada CC. AA. reciba los

⁶ Ver esta recopilación del BOE del Código de Derecho Farmacéutico: <https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=81&modo=1¬a=0&tab=2>

mismos recursos por *habitante ajustado* para financiar los servicios públicos fundamentales y esenciales del Estado de bienestar. Esto se realiza a través del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales (FGSPF), que incluye sanidad, educación y servicios sociales. Su importe total se recalcula anualmente según la evolución de los recursos. La participación de cada comunidad autónoma en este fondo depende de la evolución de sus necesidades de gasto en términos de población ajustada. El concepto *población ajustada* es un *proxy* de necesidad de los servicios públicos incluidos en el fondo que se establece con la siguiente ponderación: población 30%, superficie 1,8%, dispersión 0,6%, insularidad 0,6%, población protegida equivalente (7 grupos) 38%, población mayor de 65 años 8,5% y población menor de 16 años 20,5 %.

Estas dos consideraciones previas son muy relevantes para realizar comparaciones del gasto sanitario entre CC. AA. En primer lugar, porque sitúan en cada comunidad la responsabilidad de asignar los créditos presupuestarios a los diferentes programas de gasto (educación, sanidad, etc.). En segundo lugar, porque el FGSPF y el mecanismo del SAF dejan claro que la comparación más relevante del nivel de financiación de la sanidad entre CC. AA. es el gasto sanitario per cápita (GSPpc), y no el porcentaje del PIB, el referente más utilizado en las comparaciones entre países, pero que tiene una interpretación diferente si la comparación es entre CC. AA., por la existencia de mecanismos de solidaridad que buscan igualar el gasto en servicios básicos y por no

ser las comunidades espacios fiscales plenos y autónomos.

Una característica común a la gestión económico-presupuestaria de los servicios de salud de las CC. AA. es la existencia de una diferencia importante entre el presupuesto inicial aprobado y el finalmente ejecutado, con incrementos de, generalmente, un 5%-10%. En las comparaciones realizadas en este trabajo, se utilizan los datos oficiales del Ministerio de Sanidad de dos fuentes principales: los ya mencionados Indicadores Clave del SNS (INCLASNS) y la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)⁷, serie que arranca en 2002 y que en abril de 2020 ha sido actualizada al ejercicio 2018.

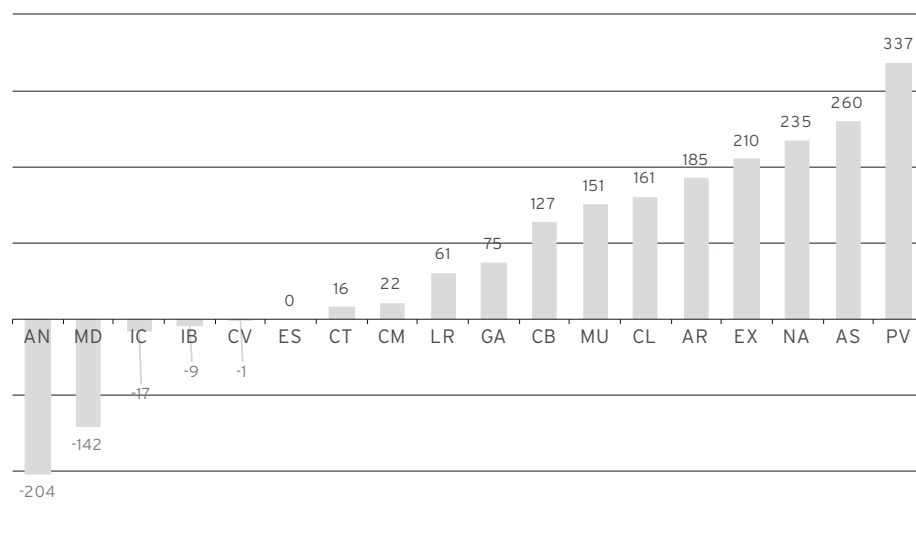
De todos los datos disponibles en las estadísticas de gasto sanitario, para este trabajo es de interés utilizar aquellas que permiten conocer la cuantía del gasto por habitante protegido destinado a sanidad en cada comunidad, así como la distribución de este gasto por funciones (atención hospitalaria, atención primaria, conciertos, etc.) y también por clasificación económico-presupuestaria (personal, inversiones, gasto corriente).

Según la EGSP, en 2018 el total del gasto sanitario público (GSP) español consolidado fue de 71.145 millones de euros, lo que supone de media un gasto de 1523 euros/habitante y un 5,9% del PIB español. Desde el punto de vista funcional (servicios prestados), la atención hospitalaria es la que más gasto concentra: 43.978 millones, un 61,8% del total junto a atención primaria (14,6%), o farmacia (16,2%), entre otros gastos.

El 92,6% del GSP correspondió a las CC. AA., con 63.494 millones de euros

⁷ Disponible en <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGasto-Real.xls>

GRÁFICO 7. Diferencia en gasto sanitario público per cápita por cada CC. AA. con respecto de la media nacional (euros)



Fuente: INCLASNS (MSCBS).

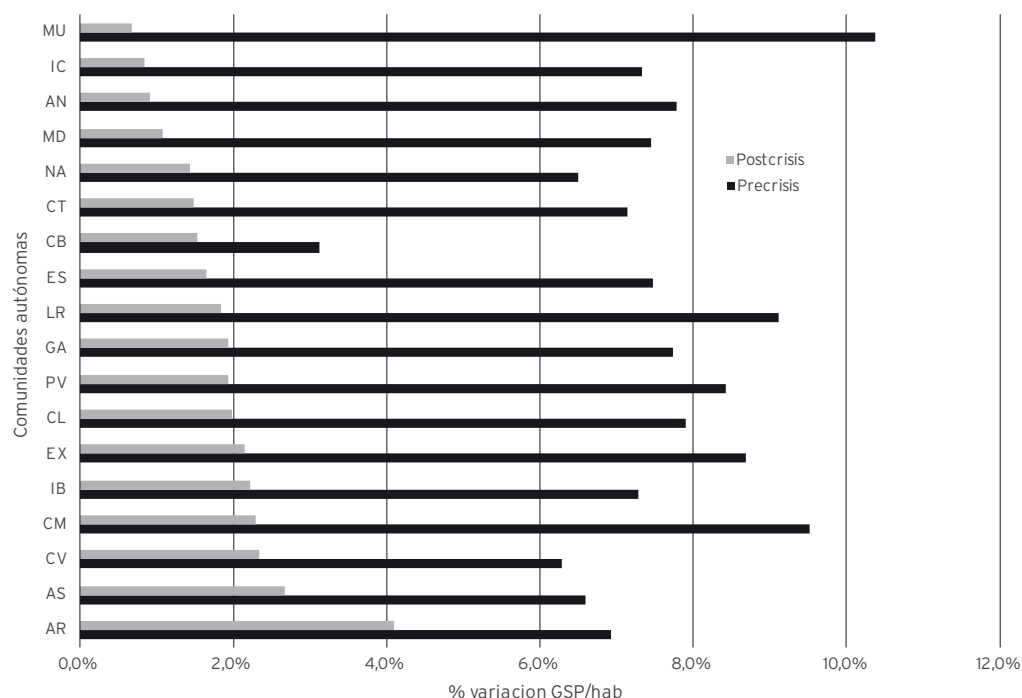
y un GSP per cápita (GSPpc) promedio de 1416 euros/habitante/año, con un máximo de 1753 euros (País Vasco) y un mínimo de 1212 euros (Andalucía), es decir una diferencia de 541 euros/habitante, y 204 euros respecto a la media nacional, en ambos casos, una cantidad muy significativa. El Gráfico 7 muestra esta gran variación en términos absolutos en el GSPpc de las CC. AA. respecto a la media, que va desde +337 euros del País Vasco y +260 euros de Asturias (régimen común) a -204 euros de Andalucía y -142 euros de Madrid, las dos comunidades con GSPpc un más bajo.

Estas notables variaciones interautonómicas no son puntuales del ejercicio 2018, sino que se han venido dando durante todo el periodo 2002-2018. El Gráfico 8 muestra el porcentaje de variación anual en el GSPpc en los periodos precrisis (2003-2008) y poscrisis (2013-2018); en él se aprecia que todas

las CC. AA. comparten un notable crecimiento anual medio —7,5% del gasto sanitario en la precrisis— y una bajada de este crecimiento, al 1,6% de media, en la poscrisis. Dentro de cada periodo, se aprecian importantes diferencias entre CC. AA., pero, con la excepción de Murcia, no parece haber efecto compensatorio entre un alto gasto en la precrisis y uno más bajo en la poscrisis. En el periodo poscrisis, destacan por su bajo incremento relativo del GSPpc Murcia, Navarra, Andalucía, Madrid y Cataluña.

Como ya se ha señalado, el indicador GSPpc es el más importante para comparar el gasto sanitario público entre CC. AA. En él, es fácil constatar las diferencias entre CC. AA., pero es más complejo analizar sus causas. La lista de potenciales factores explicativos incluye, entre otros, en primer lugar, la estructura regional de los servicios y las condiciones en las que fue asumida

GRÁFICO 8. Porcentaje de variación anual media precrisis (2003-2008) y poscrisis (2013-2018) en GSP per cápita por CC. AA.



Fuente: INCLASNS (MSCBS).

la transferencia inicial del INSALUD, así como el impacto más o menos positivo en la financiación derivado de las ponderaciones de la población incluida a partir de 2001 en el SFA. En segundo lugar, las preferencias políticas de los diferentes Gobiernos autonómicos, ligadas a sus respectivas orientaciones ideológicas, que determinan sus prioridades en política fiscal y de gasto. En tercer lugar, el innegable papel de una mayor disponibilidad de recursos, que sería el caso de los territorios forales, País Vasco y Navarra. Finalmente, el nivel de prioridad de la sanidad en el debate político y electoral de cada comunidad, siendo razonable asumir que es potencialmente más bajo donde se da un mayor porcentaje de aseguramiento

privado, como es el caso de Madrid y Cataluña. En cualquier caso, estos factores están interrelacionados y sirven para avanzar hipótesis sobre el peso relativo que cada uno de ellos tiene en cada comunidad para explicar las diferencias interautonómicas en el nivel de recursos dedicados a la sanidad pública por cada comunidad.

Por otro lado, el nivel de gasto sanitario público, en sí mismo, no comporta un significado positivo o negativo; más gasto no es necesariamente mejor. En la valoración del gasto sanitario como indicador de desigualdad es preciso tener en cuenta 1) su suficiencia, medida en cobertura de necesidades y en el acceso real de la población a los servicios, 2) la efectividad y calidad de estos, y

3) la eficiencia en la gestión del sistema autonómico de salud. Por ello, el juicio de valor sobre el nivel comparado del gasto sanitario ha de tener en cuenta otras variables, como las que forman parte de los Indicadores Clave del SNS (INCLASNS), algunas de las cuales se incluyen en el análisis de este capítulo.

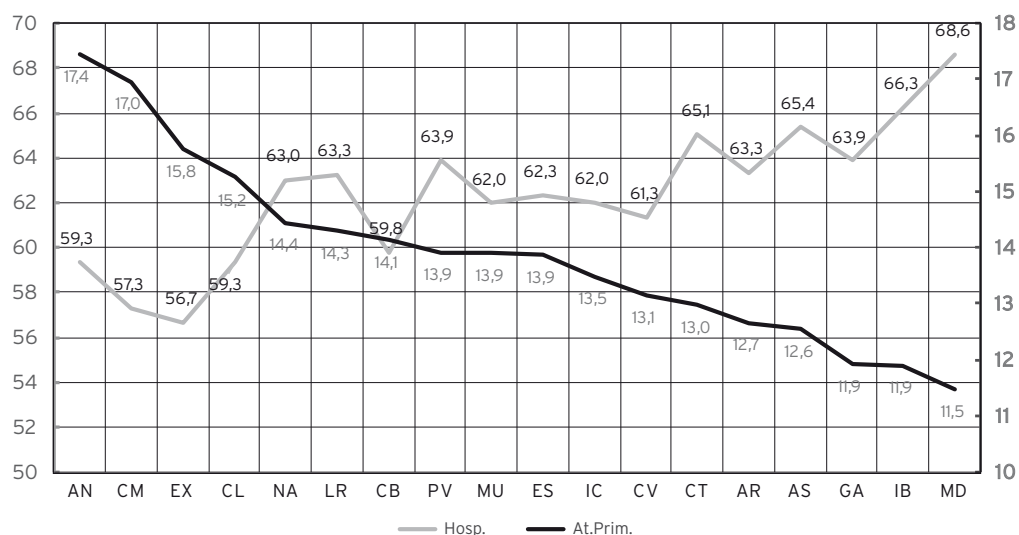
Comparación del gasto sanitario entre CC. AA.: clasificación funcional

Además del nivel absoluto de gasto comparado, es relevante conocer su distribución, tanto la funcional, por tipos de servicios sanitarios, como la económica, por capítulos de gasto. La serie EGSP ofrece esta información para el periodo 2002-2018 y permite realizar estas comparaciones entre CC. AA. Así, el Gráfico 9 muestra el porcentaje de gasto sanitario que cada comunidad destina a atención primaria y a atención hospitalaria. Son evidentes las grandes diferencias entre CC. AA.: destaca

el alto porcentaje de gasto en atención primaria de Andalucía y Castilla-La Mancha y el bajo porcentaje de Madrid, Baleares y Galicia, con seis puntos de diferencia entre ambos extremos. Madrid destaca por dedicar a los hospitales un 68,6% de su gasto sanitario, el más alto de todas las CC. AA. —6,3 puntos más que la media, 3,5 más que Cataluña y 4,7 más que el País Vasco—. Dada la contribución de una atención primaria fuerte a la equidad, calidad y efectividad de del sistema sanitario, el bajo nivel de gasto de algunas CC. AA. en este servicio básico coloca a su población en situación de desventaja relativa.

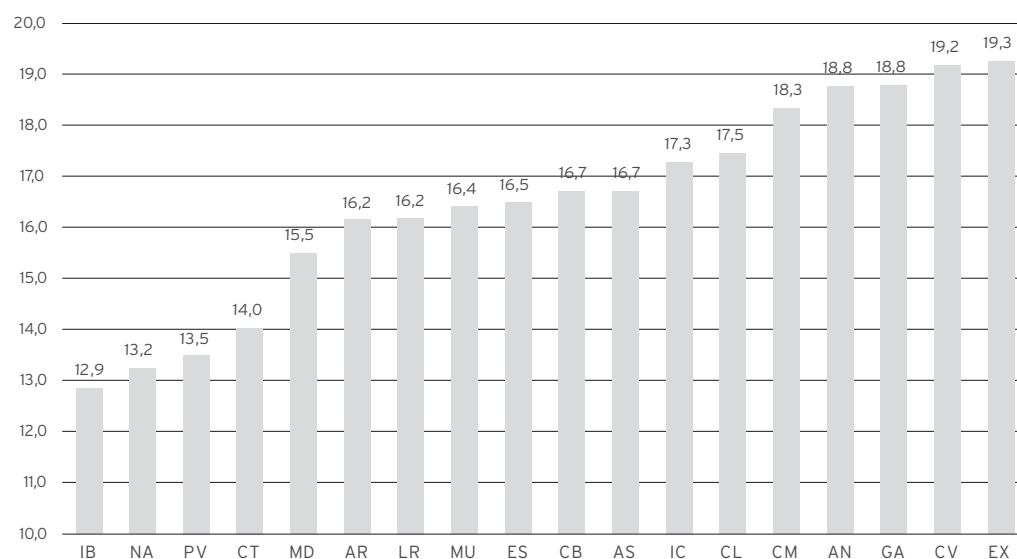
La farmacia es un *input* fundamental de la atención sanitaria, con un gran peso en el gasto del SNS. El gasto en farmacia representa de media el 16,5% del gasto sanitario total de las CC. AA. y, como muestra el Gráfico 10, se dan importantes variaciones entre las CC. AA., que van desde el máximo del 19,3% de

GRÁFICO 9. Porcentaje del gasto en atención hospitalaria y primaria por CC. AA. (2018)



Fuente: elaboración propia a partir de EGSP (MSCBS).

GRÁFICO 10. Porcentaje de gasto en farmacia por CC. AA. (2018)



Fuente: elaboración propia a partir de EGSP (MSCBS).

Extremadura al mínimo del 12,9% en Baleares. En este componente del gasto, las CC. AA. pueden ser agrupadas en tres bloques: el de las cinco CC. AA. con un nivel de gasto más alto (Extremadura, Valencia, Galicia, Andalucía y Castilla-La Mancha), superior al 18%; el de las cuatro CC. AA. con un gasto inferior al 15% (Baleares, Navarra, País Vasco y Cataluña) y el de las ocho comunidades restantes, cuyo nivel de gasto farmacéutico está entre el 15% y el 18%. La AIReF, en su evaluación del gasto en medicamentos durante 2018 (AIReF, 2019), constata también la importante variación existente entre CC. AA. en este tema. El peso relativo del gasto en medicamentos en el gasto sanitario de cada comunidad se corresponde con los datos de gasto per cápita ajustado por población que ofrece la AIReF en el citado informe. Descartando grandes diferencias entre CC. AA. en

indicadores de salud, la gran variación entre CC. AA. en gasto farmacéutico apunta a posibles diferencias en políticas sanitarias y en el funcionamiento de su atención sanitaria, especialmente la atención primaria.

Finalmente, es pertinente hacer un breve comentario sobre el porcentaje de gasto sanitario público dedicado a los servicios de salud pública, por ser este muy indicativo de la prioridad otorgada a estos servicios en las diferentes CC. AA. La clasificación funcional del gasto de EGSP permite comparar por CC. AA. el gasto sanitario público dedicado a servicios de salud pública; en 2018 el promedio del gasto en salud pública fue del 1,3% del total, con un máximo de 2,5% en Castilla y León y un mínimo de 0,3% en Andalucía; en seis CC. AA. (Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña, Madrid y País Vasco) fue inferior al 1%.

Comparación del gasto sanitario entre CC. AA.: clasificación económico-presupuestaria

La EGSP ofrece datos del gasto sanitario de las CC. AA., desglosado también por su clasificación económica, que incluye, entre otros ítems, remuneración del personal, conciertos, inversiones (capital) y gastos corrientes. Esta clasificación tiene interés porque muestra el distinto *mix* de cada comunidad en la gestión de sus servicios en áreas tan significativas como su nivel de externalización en la provisión de servicios, inversiones, gasto de personal, etc. En este apartado analizaremos únicamente la estructura económica del gasto correspondiente a 2018, que es el último ejercicio disponible. No obstante,

la EGSP ofrece la serie de datos desde 2002, con lo que es posible estudiar la evolución del peso relativo de cada capítulo de gasto durante los últimos años para cada una de las CC. AA.

La Tabla 1 muestra que en 2018 casi el 50% del gasto sanitario ha estado destinado al personal, con dos excepciones notables, Cataluña (34,8%) y Valencia (39,1%); excluidas estas dos comunidades, la media sube al 49%, siendo Madrid la de menos gasto en personal (44,4%). Los datos de estas tres comunidades reflejan que un alto porcentaje de sus servicios sanitarios no son gestionados directamente, sino vía concierto o concesión administrativa (externalización a otras entidades o empresas). Por su parte, el gasto corriente en bienes y

TABLA 1. Distribución del gasto sanitario público por comunidad autónoma (en porcentajes) (2018)

CC. AA.	Personal	Gasto corriente	Conciertos	"Transferencias"	Inversión
AN	48,6	25,2	4,2	20,7	1,2
AR	52,2	24,2	4,4	16,5	1,1
AS	46,9	28,8	6,2	17,4	0,7
IB	49,0	25,7	9,9	13,3	2,1
IC	48,6	21,5	9,3	18,1	2,5
CB	48,1	28,6	3,5	17,1	2,6
CL	49,3	26,9	3,7	17,9	2,2
CM	50,8	23,5	5,2	18,6	1,8
CT	34,8	21,8	26,0	14,7	1,9
CV	39,1	34,7	4,1	20,7	1,4
EX	49,9	24,1	4,1	19,8	1,5
GA	45,0	27,3	5,3	19,5	2,9
MD	44,4	28,2	10,0	15,6	1,8
MU	48,4	25,0	6,4	17,0	1,2
NA	50,3	24,3	6,5	14,9	4,1
PV	51,5	24,2	6,5	14,1	2,4
LR	48,4	25,4	7,7	16,6	1,5
Media	47,4	25,8	7,2	17,2	1,9

Fuente: elaboración propia a partir de EGSP (MSCBS).

servicios supone algo más de un cuarto del total; en su extremo alto destaca Valencia con un 34,7%, posiblemente porque se incluya aquí el pago a los departamentos (áreas sanitarias) “concesionados” a la gestión privada.

Como es de esperar, las CC. AA. con gasto corriente más bajo son las que tienen un mayor porcentaje de gasto en conciertos (Cataluña, Canarias y Baleares). Cataluña destaca por su alto porcentaje (26%) de gasto sanitario en conciertos, gestionados por terceros; Canarias, Baleares y Madrid le siguen con una cifra mucho más baja, 9%-10%. El 10% de Madrid incluye tanto el concierto singular con la UTE-Fundación Jiménez Díaz, como los cuatro hos-

pitales concesionados de Valdemoro, Torrejón, Móstoles (Rey Juan Carlos) y Villalba. Más del 95% del capítulo de transferencias corresponde al gasto en medicamentos de receta, lo que concuerda con el gasto farmacéutico que muestra el Gráfico 10.

La Tabla 2 muestra el gasto en inversión de 2018, pero para una buena comparación de este capítulo de gasto es preciso tomar en consideración un periodo más grande. Por ello, hemos considerado todo el periodo 2002-2018, sumando el gasto total sanitario y el gasto en capital y calculando el porcentaje de este en cada comunidad para el periodo. Los resultados muestran una gran dispersión entre un máximo de 6,1% en

TABLA 2. Gasto sanitario público total y en inversión por CC. AA. y porcentaje de gasto de capital (miles de euros) (2002-2018)

CC. AA.	GSP TOTAL 2002-2018	Gasto de capital 2002-2018	
		Total	% del total
La Rioja	7.091.408 €	433.128 €	6,11%
Cantabria	13.383.910 €	611.471 €	4,57%
Baleares	21.739.142 €	869.223 €	4,00%
Castilla y León	54.745.272 €	2.073.961 €	3,79%
Galicia	59.045.323 €	2.162.842 €	3,66%
Castilla-La Mancha	42.645.274 €	1.502.534 €	3,52%
Navarra	14.778.723 €	512.245 €	3,47%
Extremadura	25.517.589 €	818.848 €	3,21%
Canarias	42.833.916 €	1.239.098 €	2,89%
Murcia	32.303.951 €	868.859 €	2,69%
País Vasco	53.781.973 €	1.437.948 €	2,67%
ESPAÑA	367.866.480 €	12.530.158 €	3,41%
Cataluña	152.740.077 €	3.765.435 €	2,47%
Aragón	30.178.920 €	725.445 €	2,40%
Valencia	98.077.964 €	2.165.441 €	2,21%
Andalucía	149.266.279 €	2.806.854 €	1,88%
Madrid	118.761.659 €	2.175.437 €	1,83%
Asturias	25.304.161 €	417.728 €	1,65%

Fuente: elaboración propia a partir de EGSP (MSCBS).

La Rioja y un mínimo del 1,7% en Asturias y Madrid, siendo igualmente bajo el porcentaje de Andalucía y Valencia, con un 3,4% de media de las CC. AA. en el periodo.

El bajo porcentaje de inversión que muestra Asturias se explica al menos parcialmente porque la gran inversión del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias) y el Hospital Vital Álvarez Buylla se hizo a través de una sociedad pública instrumental (GISPASA). En el caso de Madrid, la inversión en los hospitales construidos por esquemas PFI-PPP (*Private Finance Initiative-Public Private Partnership*) en los últimos años está siendo pagada a las empresas en el capítulo de gastos corrientes y por lo tanto no figura como inversión en el periodo. Un dato interesante es que el grueso de la inversión del periodo se realizó en la precrisis (2002-2008) en todas las CC. AA., con una media del 5,3% del gasto sanitario, frente al 1,5% de la poscrisis (2013-2018).

6.3.1.2. Recursos humanos

Los servicios sanitarios son servicios profesionales, intensivos en personal, de modo que la dotación de profesionales es el factor más decisivo para su calidad y eficiencia. Según los datos del INE (2019c) referidos a 2018, España cuenta con 852.481 profesionales sanitarios colegiados, agrupados en 16 profesiones diferentes, de los cuales el 67% son médicos (260.588; 5,5 por cada 1000 habitantes) y enfermeros (307.762; 6,5 por cada 1000 habitantes) y el 68% son mujeres (por el 32% de hombres). Por CC. AA., en tasas por cada 1000 habitantes, la distribución de médicos varía desde los 4,4 en Castilla-La-Macha a los 6,7 de Madrid y Aragón, seguidos muy de cerca por Navarra. La distribución

territorial de los enfermeros es mucho más dispar, destacando en la parte alta Navarra (10,4), Cantabria (8,12) y Madrid (8,9) y en la parte baja Murcia (4,4), Baleares (5,3) y Andalucía y Galicia (5,37 en ambas).

Teniendo en cuenta este cuadro global de las profesiones sanitarias en España, para nuestro análisis interesa la comparativa territorial por CC. AA. del personal al servicio del SNS. La fuente de datos para ello son los Indicadores Clave del SNS (INCLASNS).

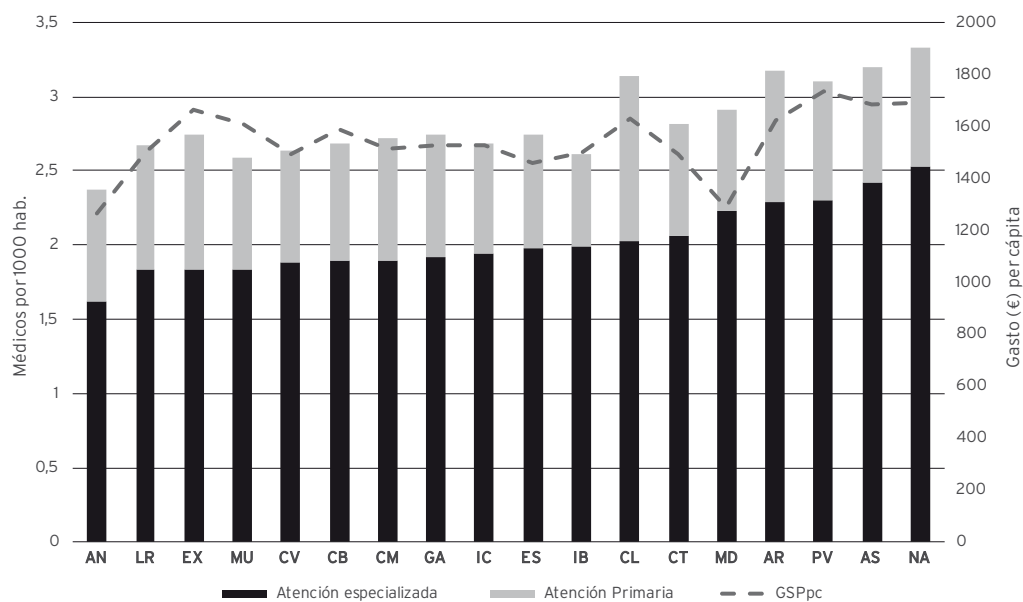
En el año 2018, en España había en promedio 1,98 médicos de atención especializada y 3,45 enfermeros (de los cuales el 90% trabaja para el SNS) por cada 1000 habitantes. En atención primaria, para el año 2018, esta cifra se situaba en 0,77 médicos y 0,66 enfermeros por cada 1000 habitantes.

Por comunidades, apreciamos diferencias en estas cuatro categorías profesionales en los Gráficos 11 y 12, sobre los que además se ha representado el GSPpc.

Andalucía, por ejemplo, es la comunidad con menor cantidad de personal médico en atención especializada (1,62 médicos por cada 1000 habitantes, frente a Navarra, que cuenta con 2,53). En primaria, Baleares es la que tiene menos médicos, 0,62 por cada 1000 habitantes, mientras que Castilla y León cuenta con 1,11.

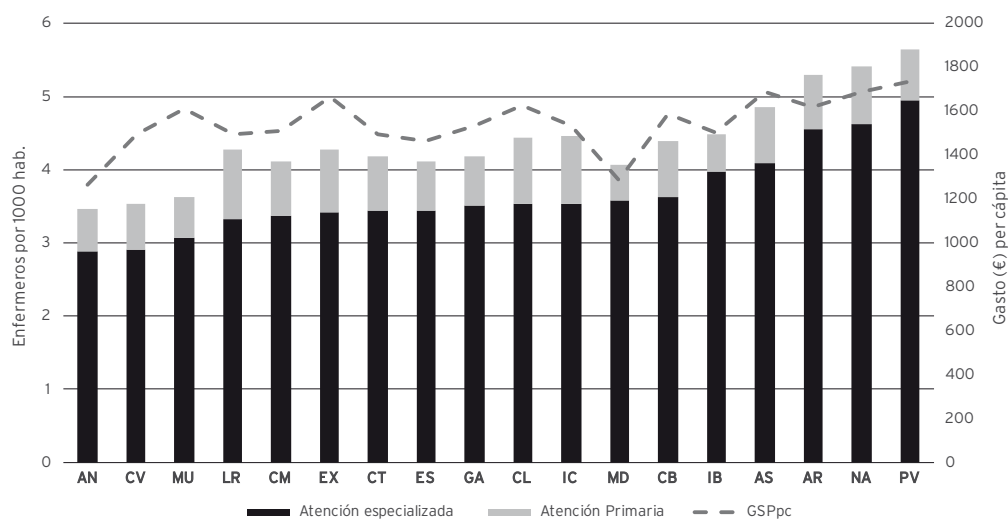
Para el personal de enfermería, encontramos que, en atención especializada, Andalucía cuenta con menos personal (2,89 enfermeros por cada 1000 habitantes, frente al País Vasco, que cuenta con 4,94), mientras que en atención primaria son Madrid y Baleares las que menos dotadas se encuentran (0,49 y 0,5 enfermeros por cada 1000 habitantes, frente a La Rioja, con 0,94).

GRÁFICO 11. Personal médico (primaria y especializada) por cada 1000 habitantes y gasto sanitario público per cápita gestionado por cada CC. AA. (2018)



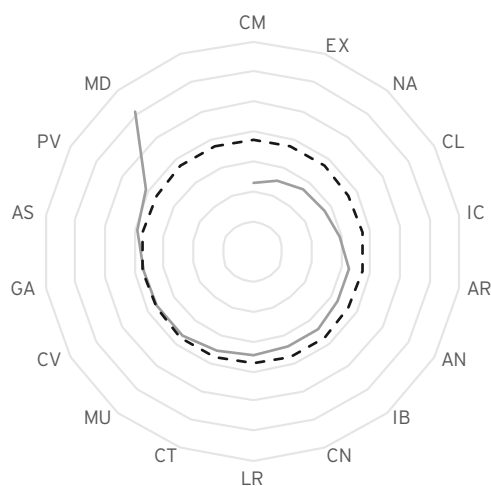
Fuente: INCLASNS (MSCBS).

GRÁFICO 12. Personal de enfermería (primaria y especializada) por cada 1000 habitantes y gasto sanitario público per cápita gestionado por cada CC. AA. (2018)



Fuente: INCLASNS (MSCBS).

GRÁFICO 13. Dentistas por cada 1000 habitantes por CC. AA., ordenadas de menos a mayor (2015)



Nota: la línea discontinua marca la media en España.
Fuente: indicador Health personnel by NUTS 2 regions (Eurostat)⁸.

El Gráfico 13 muestra la tasa de dentistas por cada 1000 habitantes. Una de las características del SNS de España, remarcada frecuentemente, es su elevada proporción de gasto privado respecto del gasto total, que alcanzó el 29% en 2017, según la OCDE (2019); gran parte del mismo es consecuencia de la no inclusión de la salud bucodental entre las prestaciones sanitarias públicas. Según Eurostat, en 2015 en España hay 0,75 dentistas por cada 1000 habitantes, cifra que se reproduce en la gran mayoría de comunidades, si bien algunas, como Castilla-La Mancha (0,4 dentistas por cada 1000 habitantes) o Extremadura (0,5) quedan rezagadas frente a Madrid, con 1,22 dentistas por cada 1000 habi-

tantes, la mayor concentración de estos profesionales por delante de la segunda mayor, Asturias, con 0,79.

6.3.1.3. Equipamientos sanitarios

Para el análisis comparado entre CC. AA. de la dotación de equipamientos sanitarios, las fuentes de datos más relevantes son el Catálogo Nacional de Hospitales⁹, el ya citado INCLASNS y el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)¹⁰, los tres del Ministerio de Sanidad. Sus datos permiten comparar tanto la dotación básica (camas hospitalarias, quirófanos y puestos de hospital de día) como la tecnológica —mamógrafos, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía por emisión de positrones (PET-TAC), tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) y aceleradores lineales—.

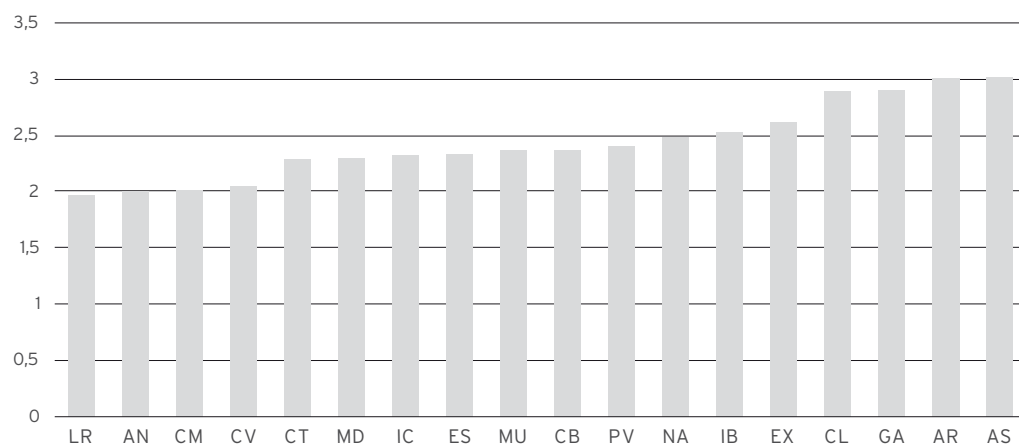
En 2018, la tasa de camas hospitalarias de agudos era de 2,33 por cada 1000 habitantes, destacando por arriba Asturias y Aragón con más de 3 camas y por abajo Andalucía y Rioja con 2 y 1,97 respectivamente, con un tercio menos de camas de agudos que las CC. AA. que tienen mejor dotación (Gráfico 14). En camas de larga estancia, la media nacional es de 0,29 por cada 1000 habitantes; Cataluña es la que tiene mejor dotación (1,0 camas) y Andalucía la menos dotada (0,01); la media de las cinco CC. AA. mejor dotadas (Cataluña, Murcia, Rioja, Canarias y Cantabria) es 12,4 veces superior a las cinco con menor dotación (Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, País Vasco y Galicia).

⁸ Recuperado de: <https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/hTyds4XS2wokQeV1nYiaA>

⁹ Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centros/ServiciosSNS/hospitales/home.htm>

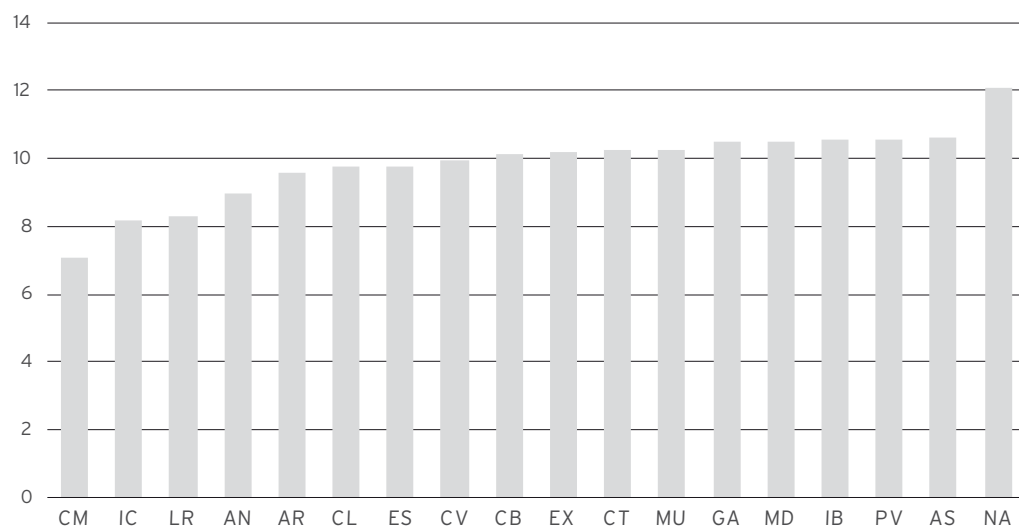
¹⁰ Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.msbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=14029>

GRÁFICO 14. Camas de agudos por cada 1000 habitantes por CC. AA. (2018)



Fuente: SIAE (MSCBS).

GRÁFICO 15. Quirófanos por cada 100.000 habitantes por CC. AA. (2018)



Fuente: INCLASNS (MSCBS).

El número de quirófanos en relación con la población tiene importantes variaciones entre las CC. AA. (Gráfico 15). En promedio, España cuenta con 9,79 quirófanos por 100.000 habitantes, con un rango que va desde los 12,07 de

Navarra a los 7,09 de Castilla-La Mancha. La media de las cinco CC. AA. con mayor número de quirófanos (Navarra, Asturias, País Vasco, Baleares y Madrid) es de 10,96 por 100.000 habitantes, mientras que en las cuatro CC. AA.

con dotación más baja (Castilla-La Mancha, Canarias, La Rioja y Andalucía) es de 8,13, lo que representa una dotación inferior en un 34%. Es importante también tener en cuenta el porcentaje de estos quirófanos que pertenece al SNS. En cuatro CC. AA. (Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura y Cantabria) el porcentaje de quirófanos del SNS es superior al 84,7%, en contraste con otras comunidades con porcentajes muy inferiores: Madrid (64,3%), Canarias (56,9%) y Baleares (55,6%).

Con respecto al resto de equipamiento diagnóstico-terapéutico, en la Tabla 3 se pueden consultar los datos. Se evidencian importantes diferencias en el número de equipos por millón de

habitantes en todos ellos: mamógrafos (Valencia cuenta con 11,76 frente a Aragón, con 22,52); PET-TAC (Andalucía no declara poseer ninguno y País Vasco, 3.03); RMN (9,29 equipos en Galicia frente a 19,73 en Castilla y León); TAC (24,76 en Galicia y 11,79 en Andalucía) y aceleradores lineales de radioterapia (0 declarados en Andalucía y 9,29 en Galicia). Como se aprecia, no existe un único patrón de diferencias entre las distintas comunidades.

Las diferencias en dotación entre territorios son claras y en algunos casos muy llamativas. Obtener este dato y constatarlo es relativamente sencillo; mucho más difícil es encontrar explicaciones plausibles para las causas de es-

TABLA 3. Equipamiento hospitalario por millón de habitantes por CC. AA. (2018)

Comunidades autónomas	Mamógrafos	PET/PET-TC	RNM	TAC	Acel. lineales	Salas Hemodinámica
Aragón	20,52	1,72	12,05	15,49	6,88	3,44
Extremadura	19,68	2,76	14,27	18,41	7,36	5,52
Asturias	18,55	1,95	15,62	18,55	5,86	3,9
Illes Balears	17,85	1,07	11,06	17,25	4,4	6,9
Castilla y León	15,76	2,73	19,73	16,09	6,98	7,89
Canarias	14,62	1,35	13,52	18,25	3,38	4,73
Andalucía	14,04	0	5,9	11,79	0	0
C.F. de Navarra	13,93	1,86	14,24	16,1	4,79	4,66
Cataluña	13,84	3,2	12,79	15,99	6,4	6,4
Castilla-La Mancha	13,79	0,94	11,24	22,49	4,68	5,62
Región de Murcia	13,52	0,41	12,86	18,67	5,39	3,73
País Vasco	13,35	3,03	12,53	17,38	4,85	6,26
Madrid	13,05	0,49	10,83	19,2	1,97	3,45
Galicia	12,97	3,1	15,48	24,76	9,29	4,64
La Rioja	12,79	1,7	17,85	19,55	3,4	6,8
C. Valenciana	11,92	0,76	13,68	18,24	3,8	5,32
Cantabria	8,61	1,37	15,53	16,91	5,48	6,85
Total	14,06	1,78	14,06	17,55	5,14	5,86

Fuente: SIAE (MSCBS).

tas diferencias y, sobre todo, para evaluar su impacto en lo que es importante: el acceso equitativo y de calidad (sin esperas excesivas, entre otras cosas) a los servicios sanitarios que requieren los diferentes equipamientos analizados.

6.3.2. Gobernanza de los servicios autonómicos de salud

En el marco de la Ley General de Sanidad y otras leyes aplicables, las CC. AA. tienen un notable margen para la organización y gestión de sus servicios públicos de salud, tanto a nivel del conjunto de la comunidad, definiendo la naturaleza jurídica y el funcionamiento del servicio autonómico de salud, como en la organización territorial de este (áreas de salud) y de los centros y servicios sanitarios (hospitales, atención primaria, salud mental, etc.).

El primer nivel de análisis comparado de la gobernanza sanitaria en las CC. AA. ha de ser necesariamente el más agregado, pues se refiere a la visión del conjunto de la sanidad pública de cada comunidad como un todo organizativo. Todas las CC. AA., con la notable excepción de la Comunidad Valenciana, gestionan sus respectivos servicios de salud a través de organizaciones autónomas, diferenciadas de la Administración pública autonómica, dotada de personalidad jurídica propia, aunque con diferentes estatus legales, según se refleja en la Tabla 4. La personalidad jurídica más frecuente, adoptada por 12 de las 17 CC. AA., es la de organismo autónomo administrativo, un estatus ju-

rídico que, a pesar de contar legalmente con personalidad jurídica, tesorería y patrimonio propios, así como autonomía en su gestión, tiene un régimen de funcionamiento muy similar al común de las Administraciones públicas (derecho administrativo, contabilidad, contratación, etc.).

Entre las CC. AA. que se apartan de este estándar destaca la Comunidad Valenciana¹¹ por ser la única cuyos servicios sanitarios no forman una organización con personalidad jurídica y los tiene integrados en su Administración general indiferenciadamente, tras haber suprimido en 2013 el organismo autónomo Agencia Valenciana de Salud. Paradójicamente, esta decisión, que resta capacidad gestora y agilidad a la sanidad pública de gestión directa, se dio con un Gobierno que, con la fórmula PPP, promovió la concesión administrativa de la gestión de la sanidad pública a entidades privadas con ánimo de lucro para cerca del 20% de la población total de la comunidad en seis departamentos de salud (áreas sanitarias).

En el polo opuesto a la Comunidad Valenciana se sitúa el País Vasco, en el que el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) tiene desde la ley de 1997 un estatus jurídico de ente público de derecho privado¹², diferenciado de la Administración general de la comunidad. Esta configuración representa un traje legal a medida de las necesidades organizativas y de gestión del servicio autonómico de salud, planteado como un marco innovador, abierto y flexible. La

¹¹ El presidente de la Generalidad anunció la creación del Servicio Valenciano de Salud el 21 de octubre de 2020 en el debate sobre el estado de la Comunidad Valenciana. El Servicio Valenciano de Salud fue inicialmente creado 1987; en 2003 fue sustituido por la Agencia Valenciana de Salud que fue suprimida en 2013. Ver <https://valenciaextra.com/es/creacion-nuevo-servicio-valenciano-de-salud/>

¹² Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. BOPV núm.138, 21/7/1997. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/1997/07/9703850a.pdf>

TABLA 4. Organización del SNS en las comunidades autónomas

CC. AA.	Servicio Autonómico de Salud	Siglas	Estatus Jurídico
Andalucía	SERV. ANDALUZ DE SALUD	SAS	Org. Autónomo
Aragón	SERV. ARAGONÉS DE SALUD	SALUD	Org. Autónomo
Asturias	SERV. DE SALUD DEL P. DE ASTURIAS	SESPA	Ente Derecho Púb.
Baleares	SERV. DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS	Ib-Salut	Org. Autónomo
Canarias	SERV. CANARIO DE SALUD	SCS	Org. Autónomo
Cantabria	SERV. CÁNTABRO DE SALUD	SCS	Org. Autónomo
Castilla y León	GERENCIA REGIONAL DE SALUD	SACyL	Org. Autónomo
Castilla-La M.	SERV. DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA	SESCAM	Org. Autónomo
Cataluña*	SERV. CATALÁN DE LA SALUD	CatSalut	Ente Público
	INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD (ICS)	ICS	Empresa Pública
C.Valenciana	Intregado en la Consejería		No tiene
Extremadura	SERV. EXTREMEÑO DE SALUD	SES	Org. Autónomo
Galicia	SERV. GALLEGO DE SALUD	SERGAS	Org. Autónomo
Madrid	SERV. MADRILEÑO DE SALUD	SERMAS	Ente Público
Murcia	SERV. MURCIANO DE SALUD	SMS	Org. Autónomo
Navarra	SERV. NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA	"Osasunbidea SNS-O"	Org. Autónomo
País Vasco	SERV. VASCO DE SALUD-OSAKIDETZA	"Osakidetza / SVS"	Ente Público de derecho privado
Rioja	SERV. RIOJANO DE SALUD	SRS	Org. Autónomo

(*) Cataluña separa la función aseguradora (CatSalut) de la provision, siendo el ICS el proveedor propio

Fuente: leyes de los diferentes servicios autonómicos de salud. Elaboración propia.

experiencia de este modelo desde 1997 es valorada muy positivamente por todos los observadores, sin que haya habido voces que propongan volver al marco administrativo.

A partir de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC, 1990), en esta comunidad se articuló la separación entre aseguramiento sanitario y provisión. CatSalut asume la función de entidad aseguradora sanitaria pública, responsable de la compra de servicios tanto a proveedores públicos, entre los que destaca el ICS (Instituto Catalán de la Salud) que agrupa a los centros pro-

venientes de la Seguridad Social, como a otros proveedores. Esta organización, la notable diversidad de proveedores y el alto porcentaje de conciertos le dan a la sanidad pública catalana características propias, diferentes a la sanidad de las demás CC. AA.

La Comunidad de Madrid, en la Ley 12/2001 de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), adoptó un modelo similar al de Cataluña, creando como ente asegurador el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y como proveedor público al Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD). Pos-

teriormente, en 2005, el Gobierno de la comunidad decidió unificar estas dos organizaciones en el SERMAS¹³, con naturaleza de “ente de derecho público”, “sujeto con carácter general al derecho privado” y “al derecho público cuando ejerza potestades administrativas”. Estas características diferenciadas respecto a los organismos autónomos han tenido muy escaso reflejo en el funcionamiento del SERMAS por la pulsión centralizadora y controladora de la Consejería de Hacienda. Por otro lado, en otros aspectos de la gobernanza, el SERMAS (nombramiento de directivos, autonomía de centros, procedimientos, gestión de personal, etc.) sigue en su funcionamiento un patrón también muy similar al de otros servicios autonómicos de salud, cumpliendo apenas su consejo de administración los mínimos legales.

En lo que respecta al siguiente escalón organizativo de los servicios autonómicos de salud, el territorial, y los centros (hospitales y atención primaria), la situación es muy similar en todo el SNS: estas organizaciones carecen de órganos colegiados de Gobierno y sus gestores son nombramientos discrecionales que rinden cuentas hacia arriba al eslabón superior de la cadena jerárquica. En relación con la gobernanza de los centros y organizaciones asistenciales del SNS, es de gran interés la aprobación en la Asamblea de Madrid de la Ley 11/2017¹⁴ de Buen Gobierno y Profesionalización de la

Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. Esta ley reintroduce órganos colegiados (juntas de gobierno) en los hospitales y otras organizaciones ante los que han de rendir cuentas los gestores, establece reglas para la selección de estos por las juntas de gobierno con criterios profesionales, refuerza los órganos de asesoramiento y participación profesional, la transparencia y otros instrumentos de buen gobierno, y establece el principio de autonomía de gestión de los centros. Desgraciadamente, esta ley, muy innovadora en el contexto del SNS en el que introduce el paradigma de gobernanza hospitalaria de los países de nuestro entorno, todavía no ha sido implementada por los Gobiernos de la Comunidad de Madrid; su desarrollo está paralizado desde septiembre de 2018, cuando se sometió a consulta pública el proyecto de decreto que la desarrollaba¹⁵.

En algunas CC. AA. existen iniciativas que integran en una sola organización la gerencia de atención hospitalaria y de atención primaria del mismo territorio, iniciativas conocidas como área única o de gestión integrada. Este tipo de organización ha sido desarrollado particularmente en el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza desde 2011, con el formato de organización sanitaria integrada (OSI). Experiencias similares existen también en otras CC. AA., como Andalucía, Cataluña, Castilla y León y Castilla-La Mancha,

¹³ Decreto 14/2005, por el que se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de la Salud, se modifica su denominación y se establece su régimen jurídico y de funcionamiento.

¹⁴ Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud (BOCM 3 de enero de 2018). Disponible en: http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2018/01/03/BOCM-20180103-1.PDF

¹⁵ Ver: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/normativa/proyecto-decreto-buen-gobierno-organizaciones-sanitarias-del-servicio-madrileno-salud>

pero sin carácter general; este modelo es el utilizado en los departamentos (áreas de salud) concesionados de la Comunidad Valenciana. Como cabría esperar, el modelo de áreas integradas tiene defensores y detractores, y ha sido y es tema de debate, siendo especialmente cuestionado por quienes temen que la atención primaria pierda peso y prioridad al ser cogestionada en una misma organización con los hospitales (Mañez, 2017).

6.3.3. La actividad asistencial: acceso, calidad y percepción de la población

La finalidad de los *inputs* del sistema sanitario (financiación, personal, equipos e instalaciones, etc.) es desarrollar la actividad asistencial necesaria para la prestación de servicios a la población. La bondad de un sistema sanitario ha de ser juzgada no tanto por los recursos de los que dispone sino por su contribución a satisfacer con calidad, equidad y eficiencia las necesidades, demandas y aspiraciones sanitarias de la población a la que están destinados. Analizar esto último está lleno de dificultades conceptuales y de falta de disponibilidad de datos, razón por la que en la comparación de sistemas sanitarios se usan fundamentalmente indicadores sobre el gasto sanitario por habitante, ratios de camas o médicos por habitante, indicadores de actividad, etc.

En este apartado se analiza la actividad asistencial comparada de las CC. AA., centrandó el análisis en tres grandes dimensiones de interés, muy relacionadas entre sí: el acceso a los servicios, la calidad asistencial y la valoración que la población hace sobre diferentes aspectos sistema autonómico de salud.

6.3.3.1. Acceso a los servicios: ratios de actividad asistencial, variación de la práctica médica y listas de espera

La accesibilidad a los servicios sanitarios es sin duda el principal indicador de cómo estos responden a las necesidades de la población. El acceso a los servicios tiene varias dimensiones de interés, entre ellos: accesibilidad relacionada con la disponibilidad de los servicios (geográfica, por ejemplo, pero también con la existencia de recursos), con el tiempo de espera (listas de espera), con la equidad en el acceso (definida a su vez en base a criterios de necesidad médica, pero también por la existencia de barreras como los copagos), con la adecuación de los servicios a la necesidad médica, etc.

En esta sección hemos optado por analizar el acceso comparado entre las CC. AA. a los servicios a través de tres temas que, a modo de trazadores, permiten ofrecer una visión general sobre el acceso a los servicios sanitarios en las diferentes CC. AA. Estos temas son: tasas de actividad clínica, variaciones en las prácticas médicas y situación de las listas de espera.

Ratios de actividad asistencial

En relación con los servicios de atención primaria (en los que incluimos Medicina de Familia, Pediatría y Urgencias, tanto en consulta como en domicilio), según los datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) para el año 2018, observamos que la frecuentación media nacional es de 5,11 consultas en medicina de familia por habitante asignado, de 4,89 en el caso de pediatría y de 2,83 en el caso de las urgencias de este ámbito. Nuevamente observamos patrones de desigualdad entre las CC. AA. Por ejemplo,

TABLA 5. Frecuentación en consultas de atención primaria, según profesional, por población asignada por CC. AA. (2018)

	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería
Andalucía	5,63	5,81	3,12
Aragón	5,54	4,83	2,49
Asturias	4,85	5,3	3,08
Baleares	3,67	3,31	2,35
Canarias	4,76	5,44	2,26
Cantabria	4,88	4,83	2,25
Castilla y León	6,75	6,04	3,99
Castilla-La Mancha	6,18	4,56	3,76
Cataluña	3,93	3,83	2,06
Comunidad Valenciana	4,7	5,3	2,88
Extremadura	7,06	4,86	3,88
Galicia	5,87	5,9	3,35
Madrid	4,73	4,12	2,24
Murcia	5,49	5,21	2,13
Navarra	5,1	4,93	3
País Vasco	5,11	5,5	4,1
La Rioja	5,92	5,63	4,04
España	5,11	4,89	2,83

Nota: frecuentación = total de consultas atendidas/población asignada.

Fuente: SIAP (MSCBS).

en el caso de las consultas de medicina de familia, encontramos la menor frecuentación en Baleares (3,67) frente a Extremadura (7,06) (Tabla 5).

A partir de la base de datos del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) del Ministerio de Sanidad, con la información correspondiente al año 2017, examinamos la actividad del SNS tanto quirúrgica como de primeras consultas de atención especializada.

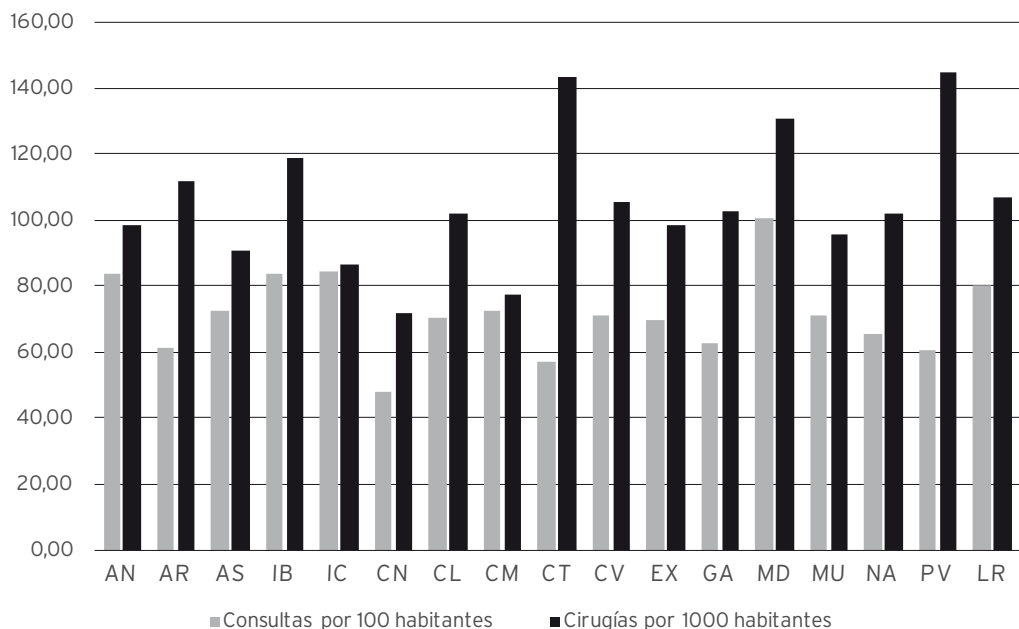
En 2017 se llevaron a cabo un total de 5.230.372 intervenciones quirúrgicas y 35.007.231 primeras consultas. Por CC. AA., se presentan estas intervenciones como tasa por cada 1000 ha-

bitantes, mientras que las consultas lo hacen como tasa por cada 100 habitantes, para facilitar la comparación (Gráfico 16).

La mayor tasa de intervenciones tuvo lugar tanto en el País Vasco como en Cataluña (145 y 143 intervenciones por cada 1000 habitantes, respectivamente), y la menor en Cantabria (71 intervenciones por cada 1000 habitantes), lo que supone casi la mitad de las intervenciones entre los extremos del rango, con el promedio de las CC. AA. en 105 intervenciones por cada 1000 habitantes.

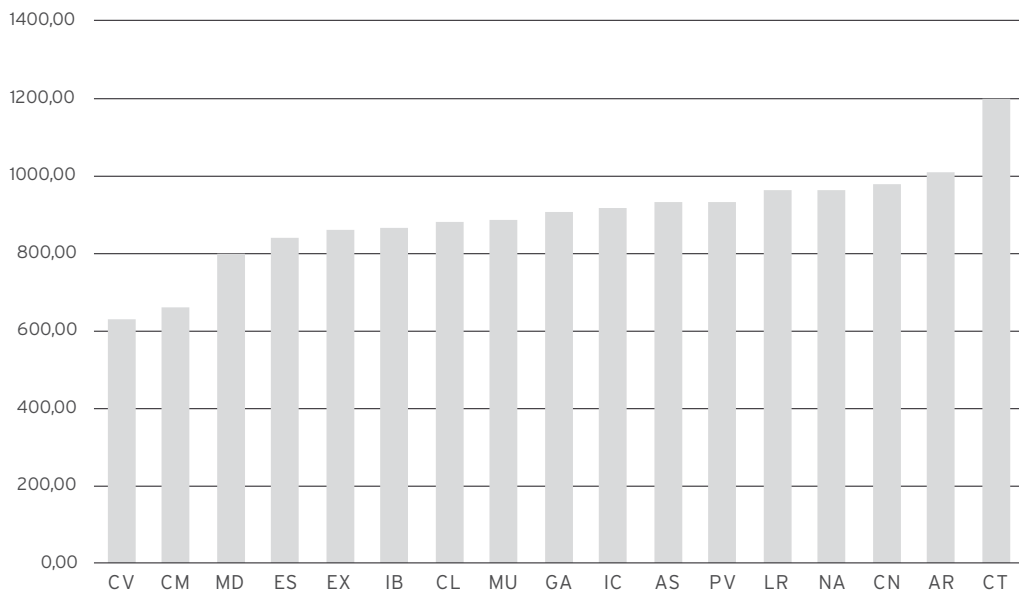
En el caso de las primeras consultas encontramos un patrón similar de va-

GRÁFICO 16. Intervenciones quirúrgicas y consultas en atención especializada por CC. AA. (2017)



Fuente: elaboración propia a partir de SIAE (MSCBS), indicadores de actividad en consultas y actividad quirúrgica.

GRÁFICO 17. Estancias hospitalarias por cada 1000 habitantes por CC. AA. (2017)



Fuente: elaboración propia a partir de SIAE (MSCBS).

riaciones, con la mayor tasa en Madrid (cien consultas por 100 habitantes) y la menor en Cantabria, con 47 consultas por cada 100 habitantes, de nuevo la mitad. El promedio de las CC. AA. está en 71 consultas por cada 100 habitantes.

En ambos casos se aprecian claramente grandes desigualdades, con una marcada diferencia entre las mayores y menores tasas. Es importante y positivo destacar la tendencia en todas las CC. AA. a incrementar la cirugía mayor ambulatoria (CMA), que ya supone aproximadamente el 40% del total, sin diferencias particularmente reseñables entre CC. AA.

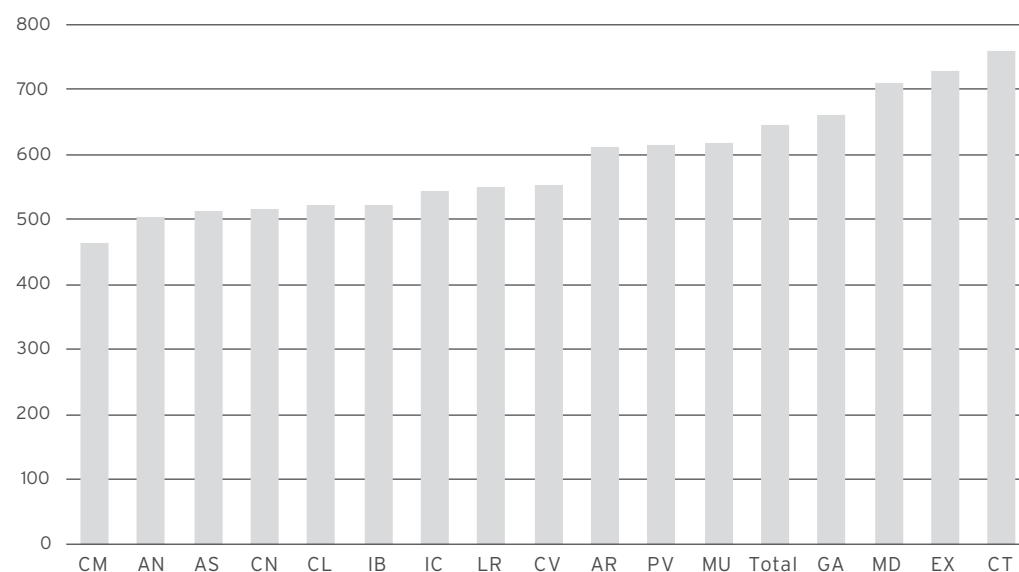
En España se produjeron en el año 2017 un total de 38.837.060 estancias hospitalarias, según el SIAE. Por CC. AA. (Gráfico 17), el promedio fue de 877 estancias por cada 1000 habitantes, con un máximo de 1195 estancias en Cataluña y 561 en Andalucía, menos de la mitad.

Para finalizar este apartado, el Gráfico 18 muestra las urgencias hospitalarias atendidas en 2017, que en España fueron un total de 30.030.788, nuevamente con un patrón algo menos desigual por CC. AA., que atendieron en promedio 597 urgencias por cada 1000 habitantes, oscilando entre las 767 urgencias por cada 1000 habitantes en Navarra y las 462 por cada 1000 habitantes en Madrid.

Variación de la práctica médica

Las comparaciones meramente cuantitativas en el acceso a los servicios ofrecen una perspectiva muy limitada sobre la actividad asistencial en las diferentes CC. AA. Constatar diferencias en las tasas de actividad asistencial es más fácil, dada la existencia de datos, que valorar su significado positivo o negativo para la salud de la población y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios. En la actividad asistencial (intervenciones

GRÁFICO 18. Urgencias atendidas por cada 1000 habitantes por CC. AA. (2017)



Fuente: elaboración propia a partir de SIAE (MSCBS)

quirúrgicas, consultas, pruebas complementarias, etc.), más actividad no siempre es mejor y menos no siempre peor.

Hasta aquí hemos comparado *inputs* (recursos sanitarios) y actividad asistencial, constatando diferencias entre CC. AA. cuya valoración, más allá de lo puramente cuantitativo, requiere mucha información adicional y análisis sobre los resultados (efectividad), la calidad y la adecuación de los procesos asistenciales analizados; también de la eficiencia con la que son utilizados los recursos. La complejidad de un ejercicio así desborda con mucho el objetivo de este trabajo, pero es obligado citar el reto pendiente.

El meritorio trabajo desarrollado por el equipo de investigación del Atlas de Variación de la Práctica Médica (VPM)¹⁶ en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), que desde el año 2000 ofrece datos de gran interés para valorar el significado de las diferencias geográficas en los procedimientos clínicos, aporta una información imprescindible para valorar el significado de las variaciones en las tasas de actividad sanitaria y procedimientos clínicos, en términos de calidad y efectividad de los servicios de salud. A título de ejemplo, citamos aquí el trabajo, de abril de 2020, sobre hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) en pacientes crónicos (Angulo Pueyo *et al.*, 2020). Las HPE son un problema sanitario de gran importancia por indicar una utilización ineficiente de un recurso sanitario (camas hospitalarias), pero sobre todo por reflejar una atención sanitaria de calidad insuficiente a pacientes con patologías crónicas o frágiles. En este estudio, la tasa de HPE por 100.000 ha-

bitantes, ajustada por sexo y edad, presenta enormes variaciones a lo largo de España, oscilando entre 24,3 (Andalucía, ZBS Valle del Guadalhorce) y 119 (Madrid, ZBS Suroeste II). Esta gran variación sistemática en HPE indica la existencia de un problema de calidad en la atención prestada a pacientes crónicos; la identificación y análisis de las áreas sanitarias con mejores resultados ofrece un referente para mejorar en las áreas con peor desempeño.

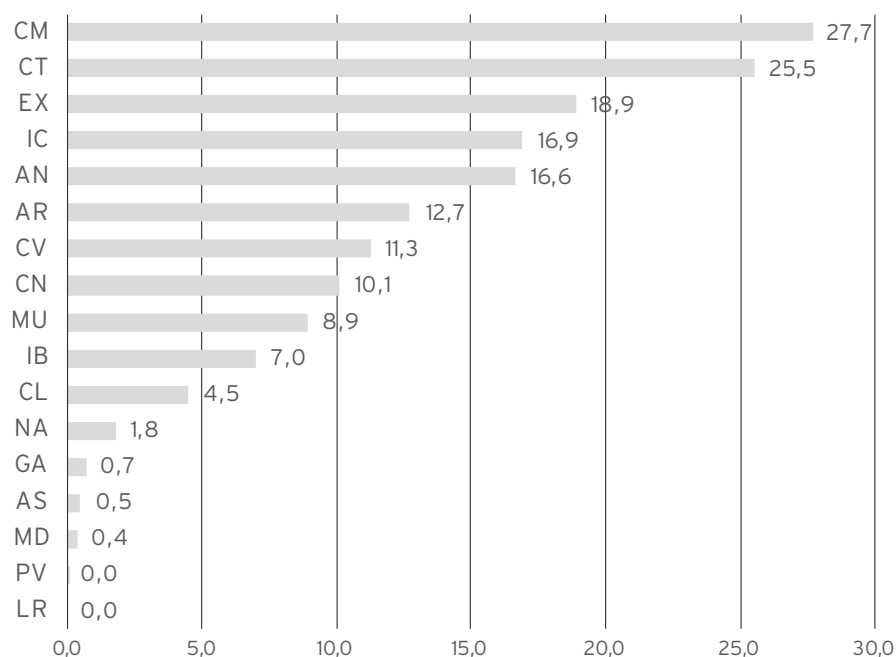
Otro tema de gran interés en la comparación de las tasas de procedimientos es el análisis de la variabilidad geográfica en la utilización de Procedimientos de Dudoso Valor (Angulo Pueyo, Seral-Rodríguez *et al.*, 2020). Estos procedimientos son aquellos escasamente efectivos o que presentan alternativas superiores, según la evidencia disponible, pero que continúan presentando una prevalencia muy superior a la deseable. Algunos de estos procedimientos son: la cesárea en partos de bajo riesgo, la episiotomía o la amigdalectomía, entre otros muchos. Cabe destacar que todos ellos presentan variaciones geográficas marcadas y en ellos tasas más altas indican peor calidad asistencial, por lo que son un indicador negativo.

Las listas de espera

Las listas de espera (LE) son un indicador muy importante de acceso a los servicios sanitarios. Según el Real Decreto 605/2003 por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS, recogen el número total de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada o una primera consulta en atención especializa-

¹⁶ Ver <https://www.atlasvpm.org/>

GRÁFICO 19. Situación de la lista de espera quirúrgica del SNS a 30 de junio de 2019 y porcentaje de pacientes con + 6 meses en LE de intervención quirúrgica



Fuente: elaboración propia a partir de SISLE-SNS (MSCBS) e INE (2019d).

da, definiéndose como lista de espera estructural la de los pacientes cuya demora para ser intervenidos/atendidos por primera vez en consulta se debe a la organización y recursos disponibles y no a otras razones externas.

En este análisis se presentan los datos disponibles a 30 de junio de 2019 a través del sistema de información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud (SISLE-SNS)¹⁷. La tasa por cada 1000 habitantes se ha estimado con datos de población del INE (2019d) para facilitar la comparación entre CC. AA. Es importante señalar que, aunque lo más visible de los datos de las LE es el número de pacientes, lo más relevante

para ellos y para la sociedad no es tanto el número de pacientes que esperan tratamiento sino el tiempo de demora en recibirlo.

En LE quirúrgica (LEQ) se encontraban 670.258 personas en España a 30 de junio de 2019. Por CC. AA., la tasa por cada 1000 habitantes varía en un rango de entre 21,9 (168.108) personas en Cataluña y 7,9 (52.579) en Madrid, siendo el promedio entre CC. AA. de 14,2 personas en LEQ por cada 1000 habitantes. El tiempo medio de espera en días hasta la intervención es de 87 días (191 en Andalucía y 41 en La Rioja). Finalmente, se presenta el porcentaje de dichos pacientes que llevan más

¹⁷ Recuperado de: https://www.msbs.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Datos_CC_AA_jun2019.pdf

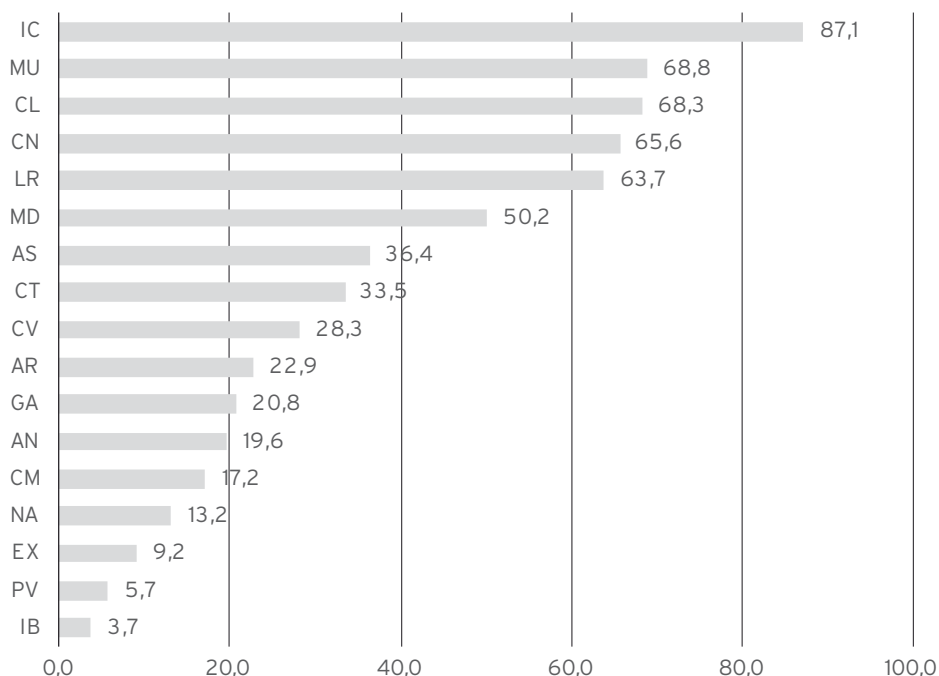
de 6 meses en LEQ, siendo Castilla-La Mancha y Cataluña las que más porcentaje presentan (27,7% y 25,5%, respectivamente), frente a seis CC. AA. que no alcanzan el 1% (Navarra, Galicia, Asturias, Madrid, País Vasco y La Rioja). El promedio sería del 9,6%, pero las grandísimas diferencias hacen de este indicador un dato poco útil.

En la LE de consultas del SNS (LEAE) se encontraban 2.389.367 personas en España a 30 de junio de 2019 (Gráfico 20). Por CC. AA., la tasa por cada 1000 habitantes varía en un rango de entre 86,2 (695.367) personas en Andalucía y 15,5 (34.221) en País Vasco, siendo el promedio entre CC. AA. de 51,4 personas en LEAE por cada 1000 habitantes. El tiempo medio de espera en días hasta la atención en consulta es

de 60 días (130 en Andalucía y 23 en País Vasco). Finalmente, se presenta el porcentaje de dichos pacientes que llevan más de 6 meses en LEAE, siendo Canarias la que más porcentaje presenta (87,1%), frente a Baleares o País Vasco (3,7% y 5,7%, respectivamente). El promedio sería del 36,1%, mostrando también un patrón de desigualdad muy relevante.

Las LE concentran una parte importante del debate político sobre la sanidad por la importancia que tienen para los pacientes las demoras excesivas. Su gran protagonismo en el debate sanitario incentiva políticas oportunistas (de maquillaje) y, contrariamente a lo que cabría esperar, no siempre favorece la transparencia. Ello obviamente da lugar a desconfianza sobre los datos publica-

GRÁFICO 20. Situación de la lista de espera de consultas del SNS a 30 de junio de 2019 y porcentaje de pacientes con + 6 meses en LE de consultas del SNS



Fuente: elaboración propia a partir de SISLE-SNS (MSCBS) e INE (2019d).

dos y la dimensión real del problema de las LE. Por otra parte, la presión social y política que genera el problema de las LE contribuye más a buscar soluciones de emergencia, en forma de planes periódicos de choque, que a estudiar sus causas estructurales. En cualquier caso, la publicación semestral de las LE del SISLE-SNS, con datos de todas las CC. AA., tiene un gran valor pues permite la comparación del desempeño de los servicios autonómicos de salud en un tema del máximo interés para la población, y fácilmente interpretable.

6.3.3.2. Opinión de la población sobre sus servicios sanitarios

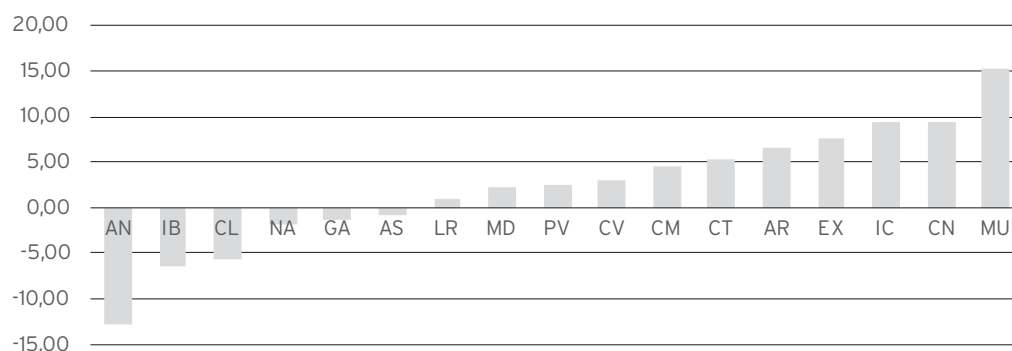
Comparar la opinión de los ciudadanos tanto sobre su salud como sobre el servicio de salud de su comunidad tiene un gran interés en sí mismo, así como para el análisis comparado de la sanidad en las CC. AA. y de sus desigualdades. El Barómetro Sanitario que elaboran el Ministerio de Sanidad y el Centro de Investigaciones Sociológicas, realizado anualmente desde 1998, es la encuesta que busca conocer la opinión de la

población sobre el funcionamiento del sistema sanitario público y su situación de salud.

Para la valoración del servicio de salud de su comunidad, el Barómetro Sanitario pide a los encuestados que utilicen una escala de cuatro opciones tipo “muy bien/bien/mal/muy mal” (con otros enunciados); para presentar los resultados aquí, hemos agrupado las cuatro opciones en dos categorías (muy bien + bien y muy mal + mal), reflejando opiniones positivas o negativas respecto a la sanidad. El Gráfico 21 muestra el resultado de comparar la evolución de esas opiniones en 2008 y diez años más tarde, en 2018 (última encuesta disponible) (MSCBS y CIS, 2018). En los resultados destaca una evolución a mejor, más positiva, en 11 CC. AA., frente a 6 con evaluación más negativa. Es igualmente llamativa la gran diferencia entre la CC. AA. con mayor incremento de la valoración positiva de su servicio de salud (Murcia, +15%) y la más negativa (Andalucía, -12%).

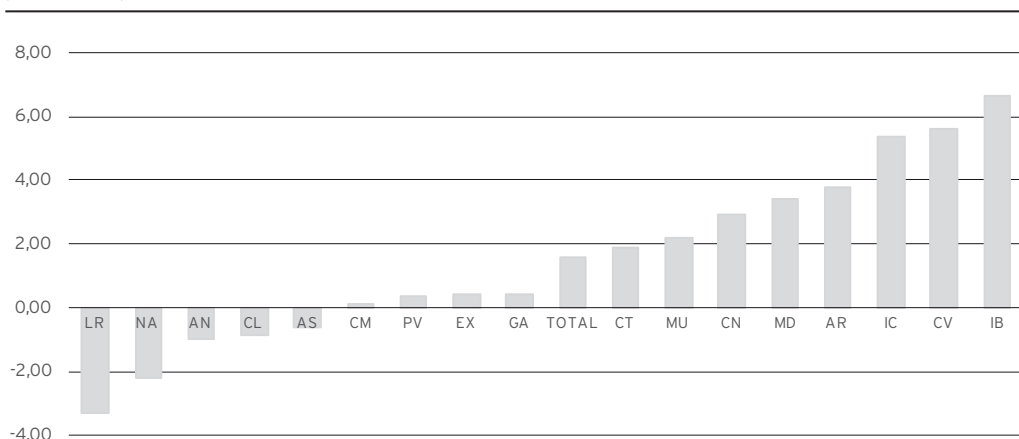
En cuanto a su opinión sobre el trato recibido por parte de la atención

GRÁFICO 21. Evolución de la opinión favorable (muy bien + bien) del SNS por CC. AA. (2008-2018)



Fuente: elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario (MSCBS y CIS, 2018).

GRÁFICO 22. Evolución de la opinión favorable (muy bien + bien) de la atención primaria por CC. AA. (2008-2018)



Fuente: elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario (MSCBS y CIS, 2018).

primaria, en el mismo periodo de tiempo, encontramos una satisfacción alta expresada del mismo modo que la anterior pregunta. En promedio nacional, esta alcanza el 86,5% de buena/muy buena, con un perfil diferenciado entre CC. AA. similar a los previos, aunque de menor magnitud. En el Gráfico 22 podemos observar la evolución de este porcentaje entre los años 2008 y 2018, con una mejoría, en promedio, de 1,58 puntos, con diferencias que oscilan entre una mejoría de 6,6 puntos en Baleares y un empeoramiento de 3,3 puntos en La Rioja.

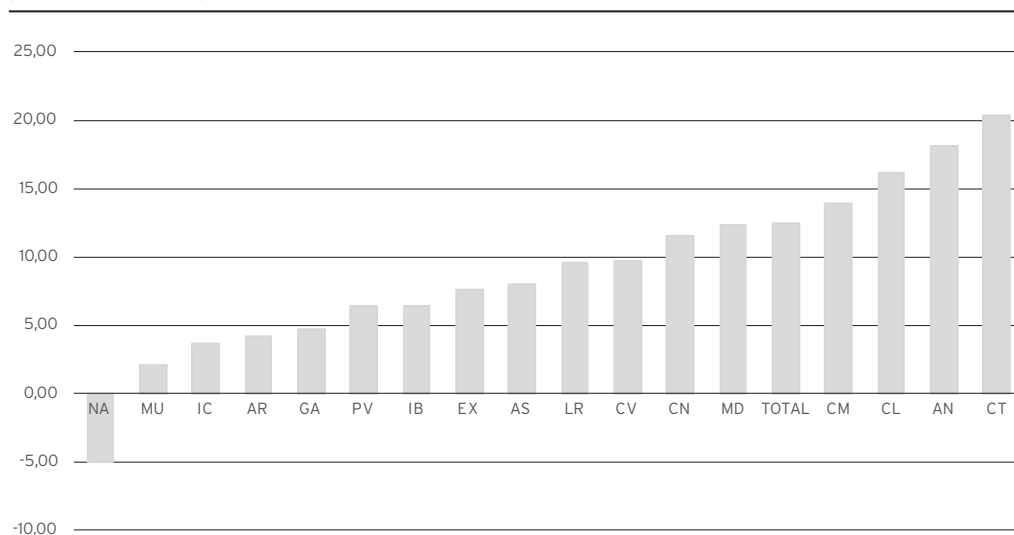
Pese a esta buena percepción del trato recibido por los profesionales de la AP, al ser preguntados acerca del estado de este servicio, los encuestados han manifestado desde el año 2008 y hasta el 2016 (último año en que fue realizada esta pregunta) una creciente percepción de empeoramiento del servicio. En el año 2008, tan solo un 8,8% de los ciudadanos a nivel nacional consideraban que en los anteriores cinco años el

servicio hubiera empeorado. En 2016, sin embargo, un 21,2% opinaba de tal forma, 2,4 veces más ciudadanos. Por CC. AA., la única excepción es Navarra, donde esta opinión se ha reducido en un 5%. El resto de CC. AA. han visto incrementada esta opinión, especialmente Cataluña, que ha pasado de un 8,9 a un 29,3% (+20,4%) (Gráfico 23).

Opinión de la población sobre la igualdad y equidad en el sistema sanitario

En el Barómetro Sanitario hay dos preguntas que son de especial relevancia y sirven como síntesis de todo lo que en este trabajo se ha pretendido mostrar con los datos disponibles. Se pregunta a los ciudadanos si creen que la sanidad pública presta los mismos servicios a todos con independencia de ciertos factores. Dos de ellos son el nivel socioeconómico y la comunidad autónoma de residencia. En ambos casos, la pregunta fue formulada por última vez en el año 2016.

GRÁFICO 23. Evolución del porcentaje de encuestados que creen que la atención primaria ha empeorado (2008-2016)



Fuente: elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario (MSCBS y CIS, 2018).

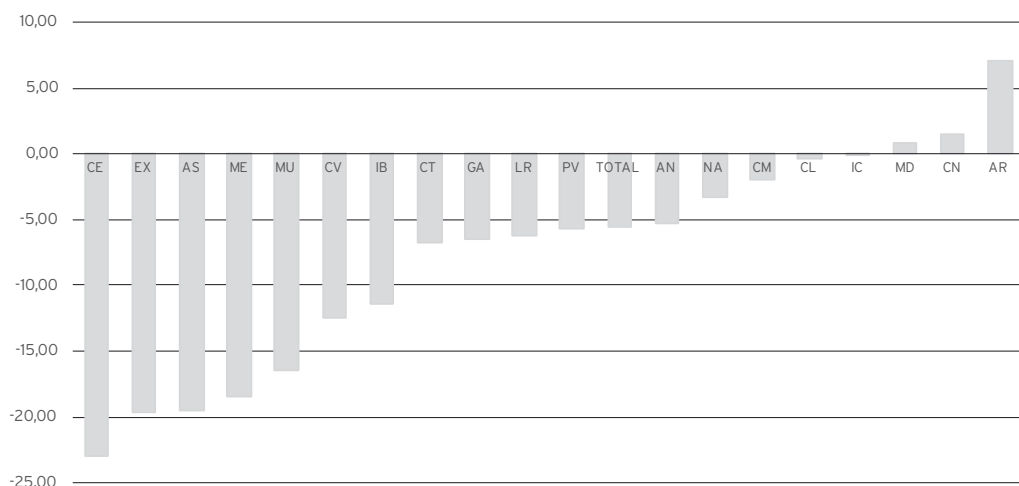
Respecto al nivel socioeconómico, hay un amplio consenso, del casi 70% de la población española, en que se presta la misma atención con independencia del nivel de ingresos. Canarias, con un 56%, es la comunidad en la que menos ciudadanos están de acuerdo con tal afirmación; en Navarra, por otro lado, se alcanza el 81%.

De mayor interés para este trabajo es la pregunta sobre las diferencias entre comunidades autónomas. Al ser preguntados por su opinión sobre si existe un trato igual o equitativo según la comunidad de residencia, en el año 2016 tan solo el 37,7% de los españoles respondían afirmativamente. Es decir, casi dos tercios de la población no consideraban que exista equidad entre las CC. AA. en cuanto al sistema sanitario. Si bien este porcentaje se redujo 5,6 puntos desde el 43,3% de 2006, las diferencias entre CC. AA. son muy notorias.

Para ilustrar esta pregunta, se ha incluido a Ceuta y Melilla, que no han estado presentes en este informe, ya que sus particularidades hacen que no sea adecuado compararlas con el resto del territorio. Sin embargo, estos son a su vez los lugares en donde más peso adquiere la cuestión territorial, pues en ellos tan solo el 12,9% y el 9% de los encuestados, respectivamente, considera que existe equidad en el SNS entre las CC. AA. Para el resto de CC. AA., encontramos que en Murcia y Valencia tan solo el 24% de encuestados contestaban afirmativamente, mientras que en la comunidad con más aceptación de la afirmación, Madrid, esta tan solo alcanzaba un 40,7%.

En el Gráfico 24 podemos apreciar la evolución de este tema entre los años 2008 y 2016. Con la gran salvedad de Aragón, en donde ha crecido un 7% (de un 32,9 a un 40,1%), en la gran mayoría

GRÁFICO 24. Evolución del porcentaje de encuestados que creen que el SNS presta la misma atención con independencia de la CC. AA. en la que se resida (2008-2016)



Fuente: elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario (MSCBS y CIS, 2018).

de CC. AA. se ha producido un incremento importante del descontento con la equidad territorial del sistema sanitario. Con Ceuta a la cabeza (-23%), seguida de Extremadura y Asturias (-19%), la percepción de los ciudadanos en esta materia es bastante inequívoca y ampliamente aceptada: el sistema sanitario español presenta enormes inequidades territoriales.

Conclusiones

En este apartado final se ofrece una visión de conjunto sobre los datos presentados y las comparaciones realizadas, no sin antes constatar algunas limitaciones de este trabajo. El objetivo es exponer, desde una perspectiva de conjunto, algunas reflexiones de interés sobre los puntos tratados, sobre el impacto de la crisis sanitaria de la pandemia CO-

VID-19 en el SNS y sobre las propuestas aprobadas en la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (CRSE) del Congreso de los Diputados sobre la sanidad y la salud pública en España, tras la dramática experiencia del confinamiento y el estado de alarma durante la fase aguda inicial de la pandemia. Las propuestas de la CRSE plantean cambios importantes en configuración del SNS y de la salud pública, con un gran impacto potencial en las desigualdades territoriales en sanidad.

Conclusiones sobre las desigualdades sanitarias entre CC. AA.

Indicadores de salud y servicios de salud pública

Las comparaciones de indicadores de salud muestran la existencia de desigualdades entre las CC. AA., pero estas, al nivel agregado de los datos disponi-

bles por comunidad, son relativamente menores. Un ejercicio pendiente es comparar la situación de igualdad-desigualdad en salud entre CC. AA. analizada por grupos específicos, por ejemplo, por clases sociales, grupos socioeconómicos, por nivel de renta o de estudios, empleo-desempleo, ámbito rural o urbano, etc.

La distribución autonómica de la esperanza de vida al nacer muestra una diferencia de solo tres años entre la Comunidad Madrid (el nivel más alto) y la de Andalucía; una diferencia que es la mitad de la existente entre hombres (80,4) y mujeres (86,0) en el conjunto de España. Igualmente, la evolución de la esperanza de vida, que ha sido muy positiva en todo el país (+4,1 años desde 2002), presenta incrementos muy similares entre todas las CC. AA. Como era de esperar, las diferencias en esperanza de vida se correlacionan con las diferencias entre las CC. AA. en renta per cápita, desempleo y situación socioeconómica; la población de los territorios más ricos tiene una mayor esperanza de vida, con independencia del nivel de gasto y recursos sanitarios.

Aunque la mortalidad general muestra diferencias interautonómicas que se corresponden con las encontradas en la esperanza de vida al nacer, llama la atención, sin embargo, como hemos visto en el apartado correspondiente, la gran diferencia entre CC. AA. en la mortalidad por diferentes causas. Por ejemplo, en cardiopatía isquémica las diferencias van de 24,5 a 49,1 por cada 100.000 habitantes, de 47,9 a 62,6 en cáncer de pulmón y de 17,5 a 34,5 en enfermedades cerebrovasculares. Estas diferencias, por ser muy grandes y por no tener una explicación obvia, merecerían una investigación epidemiológica

que explique sus causas y permita tomar medidas en las CC. AA. con un exceso tan llamativo de mortalidad comparada.

Desigualdades de recursos sanitarios entre CC. AA.

Como se ha mencionado anteriormente, a partir de 2002 el SNS está gestionado por las CC. AA., dentro del marco normativo común del SNS, pero con una notable autonomía que es total en no pocos aspectos relevantes, como es el presupuesto asignado a la sanidad pública y el marco organizativo y legal de su gestión. En las páginas anteriores hemos explorado las desigualdades entre CC. AA. en el sistema sanitario público, considerando en primer lugar los *inputs*, es decir, los diferentes recursos que cada comunidad destina a la sanidad en su territorio. Las variaciones respecto a la media nacional en el GSPpc son muy importantes: en 2018 —dejando a un lado a Navarra y al País Vasco por su régimen fiscal especial—, estas van desde los +260 euros de Asturias y +210 de Extremadura con respecto a la media a los -204 y -142 euros de Andalucía y Madrid, respectivamente, en la parte baja. La traducción de estas diferencias al presupuesto implicaría, por ejemplo, que en 2018 el de la Comunidad de Madrid se hubiera incrementado en casi 1000 millones de euros si su GSPpc fuera igual a la media de España. Por otra parte, el análisis de la evolución temporal desde 2002 del gasto sanitario público per cápita refleja la estabilidad en el tiempo de estas diferencias en gasto sanitario per cápita entre CC. AA.

Es importante constatar que, en el contexto del SNS y del SFA, la desigualdad en gasto sanitario per cápita entre las CC. AA. por sí misma no constituye un problema de equidad; este existiría

si el diseño del sistema implicara insuficiencia de recursos para alguna comunidad en relación con sus necesidades, asumiendo un nivel de eficiencia en la utilización de los recursos comparable al del resto de CC. AA. Por otro lado, al ser la cuantía del presupuesto sanitario decisión de los Parlamentos autonómicos, la perspectiva de equidad comparada con otras CC. AA. se traslada a un debate interno sobre las prioridades relativas en la asignación presupuestaria dentro de cada comunidad autónoma. El objetivo de equidad comparativa entre CC. AA. sería un referente básico si el presupuesto sanitario autonómico fuera el resultado de un reparto centralizado de fondos desde una instancia que controlase el gasto total del SNS, como sucedía antes de la Ley 21/2001, cuando la financiación sanitaria tenía carácter finalista.

En cualquier caso, la *suficiencia* en la financiación sanitaria de la sanidad pública española es un tema muy relevante y de gran actualidad tras la pandemia, pues es evidente el diferencial comparativo entre el GSPpc de España y los países de nuestro entorno (en poder paritario de compra¹⁸), así como la existencia en todas las CC. AA. de importantes demoras en las listas de espera, incluida la atención primaria, que cabe tomar como indicador de necesidad médica no satisfecha adecuadamente.

De todas formas, asumiendo la desigualdad real de gasto sanitario per cápita como un problema, caben dos aproximaciones al mismo. Desde un punto de vista centrado en la igualdad constitucional del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de acuerdo con criterios de necesidad médica, cabe argüir que la desigualdad de GSPpc entre

CC. AA. no es equitativa ni justa, considerando que el SNS debe ofrecer a todos los ciudadanos una cobertura igualmente efectiva, con independencia de la comunidad de residencia. Hay datos que indican que un gran sector de la población y de los profesionales sanitarios conectan con esta visión cívico-igualitaria del SNS, reflejo de lo que sería una “ciudadanía sanitaria” española común y compartida, que debiera ser equitativa e igual para todos, respondiendo a una aspiración popular de equidad e igualdad.

Desde otra perspectiva, cabe considerar que las CC. AA. son la configuración básica constitucional del Estado, dotadas por ello de autonomía política, de gobierno y de gestión en el ámbito de sus competencias, entre las que está la gestión de la sanidad. El ejercicio de esta autonomía política inevitablemente da lugar a diferencias y desigualdades interautonómicas en políticas concretas, como la sanidad. Desde esta lógica, no cabe considerar estas desigualdades como injustas o inequitativas, ya que expresan las preferencias sociales colectivas de cada comunidad, manifestadas a través del proceso de gobernanza democrática por el que se configuran los Parlamentos y los Gobiernos autonómicos que definen las prioridades de sus políticas públicas. Periódicamente, en los procesos electorales, los ciudadanos de cada comunidad tienen la posibilidad de evaluar las diferentes opciones y prioridades políticas, pudiendo cambiarlas o reorientarlas democráticamente con su voto.

Estas perspectivas, aunque muy diferentes, no son del todo contradictorias; pueden ser vistas como dos formas complementarias, y constitucionalmen-

¹⁸ Según datos de la OCDE, disponibles en: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

te fundadas, de aproximarse a la realidad de un SNS que debiera proteger a todos los ciudadanos por igual, con independencia de la comunidad de residencia, pero que, dependiendo de esta, disponen de recursos diferentes. Desde una perspectiva regulatoria, partiendo del marco competencial existente y del esquema general actual de la financiación autonómica (no parece realista un cambio radical del mismo), es posible la introducción de instrumentos en el SFA que contribuyan a amortiguar las desigualdades en la financiación sanitaria entre CC. AA. y a mejorar la equidad e igualdad en el acceso a los servicios públicos entre todos los territorios.

Al mismo tiempo, es deseable impulsar otra vía menos directa, más a medio plazo, cuyo objetivo sería crear la cultura cívica y los incentivos políticos que contribuyan a una mayor equidad interautonómica en salud, mitigando las desigualdades en la financiación sanitaria. Esta ruta pasa por implementar reformas en la institucionalidad y la gobernanza del SNS, y por impulsar una cultura política ciudadana más informada e interesada en los servicios públicos. Los dos ejes de esta aproximación serían:

1. Impulsar un nuevo diseño de la gobernanza e institucionalidad del SNS, que tuviera como uno de sus elementos centrales un nuevo y potente sistema nacional de información sanitaria que permita conocer los recursos disponibles, la actividad desarrollada, la utilización de los servicios y los indicadores de resultado y de calidad de cada comunidad autónoma. El referente internacional de esa iniciativa en un país federal sería el CIHI¹⁹ canadiense.
2. Incentivar el debate cívico sobre políticas públicas que incrementen la visibilidad y la prioridad de la sanidad y otros servicios públicos en la agenda política y en el discurso social, con especial referencia al ámbito autonómico, responsable de la gestión de los grandes servicios públicos. Se trataría de favorecer la construcción de una ciudadanía más informada, activamente interesada en la buena gestión de la sanidad y otros servicios públicos y en exigir rendición de cuentas a los Gobiernos de las CC. AA., examinándoles con su voto del desempeño en el ejercicio de sus competencias, con el referente del buen o mal hacer de otras CC. AA.

Esta aproximación sería, además, una gran contribución a la mejora de la calidad de la democracia y la buena gobernanza de la sanidad, una reflexión que conecta con las recomendaciones del Congreso para la sanidad y la salud pública, que comentaremos en el apartado final.

Impacto de la pandemia de COVID-19 en el SNS

Este trabajo no puede dejar a un lado la gran conmoción que ha sido la pandemia del SARS-CoV-2 para la salud pública y el SNS. Su fase aguda empezó en el mes de marzo de 2020 y su final tiene aún un horizonte incierto. De un lado, está su impacto en la salud de la población, tanto el inmediato —en la esperanza de vida (Trías-Llimós y Bilal, 2020)— como el de sus potenciales secuelas. La COVID-19 marcará un antes y un después en la sanidad española por la profunda huella que dejará en todos

¹⁹ Canadian Institute of Health Information. Ver <https://www.cihi.ca/en>

sus aspectos (reorganización de la salud pública, dotación de recursos, reformas en la gobernanza, gestión y organización, etc.). Un legado de especial importancia debiera ser incrementar la prioridad de la sanidad en la agenda política y visibilizar la sanidad pública y el SNS como institución fundamental para el bienestar y seguridad colectiva de España, con sus grandes fortalezas y con sus no pocas debilidades.

La pandemia de COVID-19 será recordada en los libros de historia como la gran crisis de salud pública que desbordó la capacidad del sistema sanitario y que causó la paralización de la actividad económica no esencial en todos los países desarrollados. Como crisis de salud pública, la pandemia ha dado un aldabonazo a la sociedad española sobre lo muy desatendida e infradotada que estaba la red de salud pública del país. Sus grandes carencias no son solo de recursos y sistemas de vigilancia e información, sino de liderazgo, gobernanza y de prioridad en la agenda pública. Como crisis sanitaria, la pandemia ha mostrado la gran capacidad y fortaleza del sistema sanitario público, pero también ha tensado al límite sus costuras, sobre todo en las comunidades de Madrid y Cataluña, epicentros de la crisis, mostrando sus puntos más débiles, entre ellos: infradotación y descapitalización tecnológica; carencias organizativas, así como de sistemas de información y de gobernanza; y, no en último lugar, una tasa inaceptable de temporalidad del personal sanitario. La crisis ha mostrado las grandes dificultades existentes en España para una eficaz coordinación y cooperación sanitaria interautonómica, y con ello los límites de la actual institucionalidad del SNS.

La pandemia de SARS-CoV-2 está mostrando la gran relevancia del sistema

sanitario público como pilar básico de la seguridad nacional. Esta dimensión, antes poco considerada, es de esperar que tenga importantes consecuencias en la planificación y dotación de recursos para la sanidad; de ahora en adelante habrá de incluirse un margen extra de capacidad y de dotaciones en preparación y anticipación de futuras crisis sanitarias, y no solo para responder a las necesidades asistenciales normales o al trabajo rutinario de salud pública.

Igualmente, la experiencia de la pandemia obliga a reforzar el Ministerio de Sanidad y a organizar en el SNS mecanismos de coordinación y cooperación eficaces, con sistemas de información compartidos, reserva estratégica de material crítico, capacidad de movilización de personal sanitario, etc. Habrá que incluir también una estrategia industrial sanitaria, pues la crisis ha hecho patente la total dependencia exterior de España en insumos sanitarios esenciales y las dificultades de aprovisionamiento que pueden surgir en el mundo globalizado e interconectado en el que vivimos.

Finalmente, pero no en último lugar, la pandemia ha mostrado que en un mundo global ningún país puede garantizar su seguridad sanitaria nacional aisladamente, que la cooperación sanitaria internacional, además de una obligación humanitaria, protege la salud del mundo desarrollado y que es preciso contar con una sólida red internacional de instituciones y organizaciones multilaterales de salud pública, especialmente la OMS, pero también el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y las ONG. Nuestro país debe tener una presencia más activa en este escenario sanitario mundial, con recursos en cooperación sanitaria, pero también reforzando su

red de diplomáticos y expertos en salud global, en el marco de la Unión Europea, con coordinación entre los Ministerios de Sanidad y Exteriores, dando a la cooperación internacional y a la diplomacia sanitaria la importancia estratégica que merecen.

El SNS en las propuestas para la sanidad y la salud pública de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados

Para hacer frente a las consecuencias de la pandemia de COVID-19, el Congreso puso en marcha el 7 de mayo de 2020 la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica (CRSE), organizada en cuatro grupos de trabajo: Sanidad y Salud Pública, Unión Europea, Reactivación Económica, y Políticas Sociales y Sistema de Cuidados. A su vez, el Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública organizó su actividad en estos diez grandes temas: 1) gobernanza, 2) recursos humanos y profesionales, 3) atención primaria, 4) salud pública, 5) investigación I+D+i, fármacos y vacunas, 6) transformación digital, 7) coordinación de los servicios sanitarios y sociales, 8) política farmacéutica, industria biosanitaria y reserva estratégica, 9) adecuación de la financiación sanitaria a las necesidades reales, y 10) modelo de atención sanitaria.

El Dictamen aprobado por el Pleno el 22 de julio de 2020²⁰ contiene 38 páginas de propuestas referidas a cada

uno de los diez temas referidos arriba. Aunque son muchas las propuestas de gran calado para el futuro de SNS, las más más relevantes para el objetivo de este trabajo, por sus consecuencias para los servicios de salud de las CC. AA. y el conjunto del SNS, son las de los temas de gobernanza (tema 1), salud pública (tema 4) y financiación sanitaria (tema 9).

Dentro del tema de gobernanza, las medidas propuestas tienen como objetivo reforzar los valores del SNS (especialmente su universalidad) y diseñar una nueva arquitectura institucional para el SNS, reforzar el Ministerio de Sanidad e introducir instrumentos de buen gobierno en el conjunto del SNS. El resultado de implementar las propuestas de este apartado llevaría, entre otras consecuencias, a fortalecer el Ministerio de Sanidad²¹ para que pueda desempeñar con efectividad sus funciones en un sistema descentralizado, a reforzar la cooperación y coordinación de los servicios de salud de las CC. AA. entre sí y con el Ministerio de Sanidad, y a importantes cambios las organizaciones sanitarias públicas (órganos colegiados de gobierno, profesionalización de la gestión, mayor autonomía, etc.).

Las propuestas relacionadas con la salud pública incluyen, entre otros puntos, cumplir la Ley 33/2011 General de Salud Pública (por tanto, reconociendo su incumplimiento), la creación del Centro Estatal de Salud Pública²², forta-

²⁰ Recuperado de http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Aprobacion_Pleno.pdf

²¹ La creación de la Secretaría de Estado de Sanidad y el refuerzo de su organigrama es la primera medida que implementa las recomendaciones sanitarias de la CRSE. Este decreto crea la unidad directiva de alto nivel en el Ministerio de Sanidad que propone la CRSE para liderar la transformación digital en el SNS. Ver RD 735/2020, disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/08/05/pdfs/BOE-A-2020-9139.pdf>

²² Se rescata con ello un mandato incumplido de la Ley 33/2011, que prevé en su artículo 47, la creación del Centro Estatal de Salud Pública. La operatividad de este centro quedaba invalidada por la Disposi-

lecer las estructuras y servicios de salud pública tanto a nivel central como en CC. AA., reforzar la Red de Vigilancia en Salud Pública, desarrollar un Plan de Emergencias de Salud Pública (con una red nacional de depósitos de reserva de material sanitario), crear equipos de respuesta rápida, reforzar la presencia española en organizaciones internacionales y la cooperación sanitaria internacional e impulsar la formación de especialistas altamente cualificados en salud pública.

En materia de financiación, es significativo el título del tema 9 (“Adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales”). La propuesta central de este punto es “aumentar los recursos destinados al SNS (...) hasta alcanzar al menos la media europea en porcentaje del PIB estabilizado al final de la legislatura”, “asegurando una nueva financiación sanitaria, suficiente y equitativa para el SNS”, “actualizando el sistema de financiación autonómica”, “mejorando el cálculo de necesidades relativas” y “[garantizando] la suficiencia dinámica del sistema”. Además, se propone incrementar el Fondo de Cohesión Sanitaria y activar el Fondo de Garantía Asistencial, como caja de compensación interautonómica de la asistencia sanitaria prestada en otro territorio, para favorecer la equidad en el acceso a los servicios en el conjunto del SNS y la “libertad de movimientos de los pacientes dentro del SNS”. Estas propuestas se completan con la creación de un Fondo de Reconstrucción Sanitaria, temporal, para proyectos concretos, y de un Fon-

do para Innovación Sanitaria (medicamentos de alto coste).

Las propuestas de la CRSE plantean reformas de gran trascendencia potencial para el SNS que, de ser implementadas, contribuirían notablemente a mejorar los recursos y sobre todo las capacidades de la sanidad española, tanto para responder a las necesidades sanitarias de la población en situaciones de normalidad, como para prevenir y afrontar crisis sanitarias futuras.

Uno de los mayores avances que cabe esperar de la implementación de las propuestas de la CRSE es una gran mejora de los sistemas de información sanitaria sobre vigilancia epidemiológica y estado de salud de la población, recursos sanitarios, actividad asistencial (incluyendo indicadores de acceso), calidad asistencial y eficiencia. A ello se debe añadir una política de mayor transparencia y rendición de cuentas por parte de todas las administraciones sanitarias, que hará más fácil el análisis comparado de las políticas sanitarias en el SNS español.

El objetivo de equidad y lucha contra las desigualdades socioeconómicas en salud y en el acceso a los servicios sanitarios está muy presente en el dictamen. Una de las recomendaciones, de hecho, es “actualizar la Estrategia Nacional de Equidad en Salud”²³. Asimismo, uno de los objetivos asignados al Fondo de Cohesión Sanitaria es precisamente “la reducción de las desigualdades en salud”, un propósito que, tratándose de este fondo, alude a desigualdades entre CC. AA.

ción Adicional Cuarta, que establece que estará formado la agrupación de unidades ya existentes del Instituto de Salud Carlos III “sin que pueda suponer incremento de los créditos presupuestados”.

²³ Ver Estrategia Nacional de Equidad en Salud (MSCBS), disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>

Bibliografía

- AIREF (2019): *Evaluación del Gasto Público 2018. Proyecto 2 (Recetas). Estudio. Medicamentos dispensados a través de receta médica*. Recuperado de: https://www.airef.es/wp-content/uploads/2019/06/Estudio2-SR/2019-06-17-02_Proyecto_02.pdf
- Angulo Pueyo, E., Ridaio López, M., Martínez Lizaga, N., Seral Rodríguez, M. y Bernal-Delgado, E. (2020): *Hospitalizaciones potencialmente evitables en pacientes crónicos: actualización 2015, diferencias entre sexo y grupos de edad*. Atlas de Variación de la Práctica Médica. Recuperado de: www.atlasvpm.org/atlas/hpe-2015
- Angulo Pueyo, E., Seral-Rodríguez, M., Ridaio-López, M., Estupiñán-Romero, F., Martínez-Lizaga, N., Comendeiro-Maalo, M., Ibañez-Beroiz, B., Librero-López, J., Millán-Ortuondo, E., Peiró-Moreno, S. y Bernal-Delgado, E. (2020): *Atlas de utilización de procedimientos de dudoso valor. Actualización datos 2017*. Atlas de Variación de la Práctica Médica. Recuperado de: www.atlasvpm.org/atlas/desinversion-2017
- Miller, L.J y Lu, W. (2019): “These Are the World’s Healthiest Nations”, *Bloomberg*. Recuperado de: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>
- Choi, E. y Sonin, J. (2020): *Determinants of Health Visualized*. Recuperado de: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>
- INE (2019a): *Defunciones según causa de muerte*. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803>
- INE (2019b): *Indicadores de Mortalidad Infantil*. Recuperado de: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1153&capsel=2065>
- INE (2019c): *Profesionales Sanitarios Colegiados 2018*. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/epsc_2018.pdf
- INE (2019d): *Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón Municipal*. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177011&menu=resultados&idp=1254734710990
- Lalonde, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Government of Canada. Recuperado de: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Mañez, M. A. (2017): Integración asistencial y áreas únicas. Recuperado de: <https://saludconcosas.es/integracion-asistencial-y-areas-unicas/>
- Marmot, M. (2017): “Social justice, epidemiology and health inequalities”, *Eur J Epidemiol*, 32(7), pp. 537-46. Recuperado de: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10654-017-0286-3.pdf>
- MSCBS (2016): *Determinantes económicos, recursos sanitarios, estilos de vida y años de vida saludable en España. Estudio exploratorio*. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/Factores_determinantes_AVS.pdf
- MSCBS (2019a): *Esperanzas de vida en España, 2017*. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2017.pdf
- MSCBS (2019b): *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018: Situación de Salud*. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- MSCBS y CIS (2018): *Barómetro Sanitario 2018 (total oleadas): Tabulación por Comunidad Autónoma. Estudio nº 8818. Madrid; Marzo-Octubre 2018*. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_ccaa.pdf
- OCDE (2019): *España: Perfil Sanitario del país 2019*. Bruselas: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias, Oficina de Publicaciones de la OCDE. Recuperado de: <https://doi.org/10.1787/2a8a83c8-es>
- OMS (ed.) (2008): *WHO Commission on Social Determinants of Health. CSDH final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Trías-Llimós, S. y Bilal, U. (2020): “Impact of the COVID-19 pandemic on life expectancy in Madrid (Spain)”, *Journal of Public Health* 42 (3), pp 635–636. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa087>
- Wilkinson, R. G. y Pickett, K. (2019): *The inner level: how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone’s well-being*. Nueva York: Penguin Press.