

# ANÁLISIS DEL MODELO DE FINANCIACIÓN SANITARIA

POSIBILIDADES DE DESARROLLO DEL ACTUAL MODELO  
Y EVENTUALES PLANTEAMIENTOS DE FUTURO,  
CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA SITUACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN



CONSEJO REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN  
GRUPO DE TRABAJO DE FINANCIACIÓN SANITARIA





# **ANÁLISIS DEL MODELO DE FINANCIACIÓN SANITARIA**

**POSIBILIDADES DE DESARROLLO DEL ACTUAL MODELO  
Y EVENTUALES PLANTEAMIENTOS DE FUTURO,  
CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA SITUACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN**



# ANÁLISIS DEL MODELO DE FINANCIACIÓN SANITARIA

POSIBILIDADES DE DESARROLLO DEL ACTUAL MODELO  
Y EVENTUALES PLANTEAMIENTOS DE FUTURO,  
CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA SITUACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN



CONSEJO REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN  
GRUPO DE TRABAJO DE FINANCIACIÓN SANITARIA

© Junta de Castilla y León

**Servicio de Estudios y Documentación**

**Consejería de Sanidad**

P.º de Zorrilla n.º 1

47001 VALLADOLID

**Realización y diseño**

Editorial Lex Nova

MAC·115

**Fotocomposición e impresión**

EUJOA

Depósito legal. VA. 579-2007

Esta obra no podrá ser reproducida total o parcialmente, ni transmitirse por procedimientos electrónicos, mecánicos, magnéticos o por sistemas de almacenamiento y recuperación informáticos o cualquier otro medio, sin permiso previo por escrito de la Junta de Castilla y León, la cual no asume responsabilidad alguna derivada de la utilización o no invocación de la información contenida en esta publicación.

---

## CONSEJO REGIONAL DE SALUD

### PRESIDENTE

**Excmo. Sr. D. CÉSAR ANTÓN BELTRÁN**  
Consejero de Sanidad

### MIEMBROS

**Ilma. Sra. Dña. MARÍA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ**  
Secretaria General  
Consejería de Sanidad

**Ilmo. Sr. D. JOSÉ M.ª ARRIBAS ANDRÉS**  
Director General de Salud Pública y Consumo  
Consejería de Sanidad

**Ilmo. Sr. D. MARIANO GREDILLA FONTANEDA**  
Viceconsejero de Empleo  
Consejería de Economía y Empleo

**Ilmo. Sr. D. JOSÉ ARMANDO BAETA CANALES**  
Director General de Presupuestos y Fondos Comunitarios  
Consejería de Hacienda

**Ilmo. Sr. D. ANTONIO M.ª SÁEZ AGUADO**  
Gerente de Servicios Sociales  
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

**Ilmo. Sr. D. LUIS MIGUEL GONZÁLEZ GAGO**  
Director General de Administración Territorial  
Consejería de Presidencia y Administración Territorial

**Ilmo. Sr. D. MARIANO TORRE ANTÓN**  
Director General del Medio Natural  
Consejería de Medio Ambiente

**Ilma. Sra. Dña. CARMEN SUÁREZ MONTESINO**  
Directora General de Industrialización y  
Modernización Agraria  
Consejería de Agricultura y Ganadería

**Ilmo. Sr. D. FCO. JAVIER LEÓN DE LA RIVA**  
Alcalde del Ayuntamiento de Valladolid

**D. RAFAEL PÉREZ CUBERO**  
Concejal de Personal y Régimen Interior  
Ayuntamiento de León

**D. ALEJANDRO LAMALFA DÍAZ**  
Alcalde del Ayuntamiento de Barruelo de Santullán

**Dña. FÁTIMA GUERRERO JUSTICIA**  
Alcaldesa del Ayuntamiento de Cabrerizos

**D. PEDRO PARIENTE FRADEJAS**  
Diputación Provincial de Valladolid

**Excmo. Sr. D. VICENTE ORDEN VÍGARA**  
Presidente de la Diputación Provincial de Burgos

**D. ELOY DÍEZ GREGORIO**  
CEMSATSE

**Dña. CONCEPCIÓN RAMOS BAYÓN**  
UGT Unión Regional de Castilla y León  
Secretaría Política Institucional y Comunicación

**D. FERNANDO GUTIÉRREZ CASAS**  
Presidente de USCAL

**D. VICENTE ANDRÉS GRANADO**  
Unión Sindical de Comisiones Obreras

**D. ALBERTO TORRES MICHELENA**  
CECALE

**D. CARLOS GIL CARCEDO**  
CECALE

**D. EMILIO GARCÍA ARIAS**  
CECALE

**D. JESÚS FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**  
CECALE

**D. JOSÉ RAMÓN HUERTA BLANCO**  
Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de  
Médicos de Castilla y León

**D. JAVIER HERRADÓN MUÑOZ**  
Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de  
Farmacéuticos de Castilla y León

**D. RAFAEL LAGUENS GARCÍA**  
Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de  
Veterinarios de Castilla y León

**D. EDUARDO MONTES VELASCO**  
Presidente del Colegio Oficial de Psicólogos  
de Castilla y León

**D. ALFREDO ESCAJA FERNÁNDEZ**  
Presidente del Consejo Autonómico de Colegios Oficiales de  
Enfermería de Castilla y León

**Dña. M.ª DEL CARMEN SÁENZ GONZÁLEZ**  
Catedrática del Departamento de Medicina  
Preventiva y Salud Pública  
Universidad de Salamanca  
Hospital Clínico Universitario

**D. JUAN IGNACIO REGUERA USEROS**  
Prof. Titular Microbiología de la Facultad de Ciencia y  
Tecnología de los Alimentos  
Universidad de Burgos

**Ilmo. Sr. D. SANTIAGO RODRÍGUEZ GARCÍA**  
Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad de Valladolid

**D. JAVIER GONZÁLEZ GALLEGO**  
Director del Departamento de Fisiología,  
Farmacología y Toxicología  
Universidad de León

**D. PRUDENCIO PRIETO CARDO**  
Consejo Castellano y Leonés de Consumidores y Usuarios

**Dña. JOSEFA GONZÁLEZ SALGADO**  
Consejo Castellano y Leonés de Consumidores y Usuarios

### SECRETARIA

**DÑA. M.ª BELÉN BAUSELA ZAMARRO**  
Coordinadora de la Dirección General de Salud Pública y Consumo



## GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

### PRESIDENTA

Dña. **MARÍA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ**  
Secretaria General  
Consejería de Sanidad

### VICEPRESIDENTE

**D. JOSÉ ARMANDO BAETA CANALES**  
Director General de Presupuestos y Fondos Comunitarios  
Consejería de Hacienda

### MIEMBROS

**D. PEDRO PARIENTE FRADEJAS**  
Diputación Provincial de Valladolid

**D. MODESTO LÁZARO DELGADO**  
UGT

**D. EMILIO GARCÍA ARIAS**  
CECALE

**D. SANTIAGO RODRÍGUEZ GARCÍA**  
Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad de Valladolid

**D. PRUDENCIO PRIETO CARDO**  
Consejo Castellano y Leonés de Consumidores y Usuarios

**D. ANTONIO LEÓN HERVÁS**  
Director General de Administración e Infraestructuras  
Consejería de Sanidad

**D. CARLOS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**  
Director General de Asistencia Sanitaria  
Consejería de Sanidad

**D. ANDRÉS CARRETÓN BUENO**  
Director General de Tributos y Política Financiera  
Consejería de Hacienda

**D. LUIS ENRIQUE VICENTE SÁNCHEZ**  
Asesor Experto

Dña. **CARMEN NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**  
Asesora Experta

**D. JUAN ORTIZ DE SARACHO**  
Asesor Experto

**D. JESÚS FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**  
Asesor Experto

**D. ALBERTO TORRES MICHELENA**  
Asesor Experto

Dña. **LETICIA MORAL IGLESIAS**  
Asesora Experta

**D. VALENTÍN AZOFRA PALENZUELA**  
Asesor Experto

**D. JULIÁN IBÁÑEZ CASADO**  
Asesor Experto

### SECRETARIA

Dña. **M.ª BELÉN BAUSELA ZAMARRO**  
Coordinadora de la Dirección General de Salud Pública y Consumo



## PRESENTACIÓN

---



El Sistema Nacional de Salud tiene en los principios de equidad, solidaridad, igualdad y cohesión el cauce más adecuado para superar las diferencias y desequilibrios territoriales. De las posibles actuaciones susceptibles de realizar para atenuar estas diferencias, es la financiación la que mejor puede traducir la voluntad política que persigue conseguir para los ciudadanos la igualdad en el acceso a las prestaciones del Sistema Sanitario.

El debate sobre el modelo de financiación sanitaria y su desarrollo para ajustarlo a las nuevas realidades sociodemográficas que se están poniendo de manifiesto, es uno de los temas más candentes del Sistema Nacional de Salud.

Para Castilla y León el debate sobre la financiación sanitaria no resulta ni mucho menos indiferente. Desde que recibió las transferencias sanitarias, nuestra Comunidad Autónoma está realizando un decidido esfuerzo por la consolidación de un sistema sanitario propio, adaptado a las necesidades de los ciudadanos y que tenga en cuenta las particularidades de nuestra Comunidad Autónoma. Situaciones como la dispersión o el envejecimiento influyen de forma considerable a la hora de planificar las actuaciones sanitarias y son criterios que deben estar siempre presentes en el diseño, planificación o reforma del modelo de financiación sanitaria.

La Sanidad es prioritaria para la Junta de Castilla y León. En el año 2007 el presupuesto destinado a la Sanidad regional fue del 31,6% del presupuesto global de la Comunidad Autónoma, es decir, casi uno de cada tres euros se destinaron a Sanidad.

En este contexto, el Presidente de la Junta de Castilla y León encargó la elaboración de un informe al Consejo Regional de Salud, órgano colegiado de carácter consultivo y de asesoramiento en materia sanitaria, del que forman parte representantes de las Organizaciones Sindicales y Empresariales, de los Colegios Profesionales, de las Universidades Públicas y de la Federación Regional de Municipios y Provincias, entre otros. En este Consejo se

constituyó un Grupo de Trabajo, formado por miembros del Consejo y por expertos de reconocido prestigio en la materia, que elaboró un informe sobre financiación sanitaria.

El informe elaborado, fruto de un trabajo riguroso e intenso, fue aprobado el 30 de mayo de 2005 en el Pleno del Consejo Regional de Salud. Este informe, además de evaluar los modelos de financiación sanitaria vigentes en otros países de nuestro entorno y analizar los diferentes modelos de financiación sanitaria aplicados en España, aborda los problemas detectados y los asuntos que deben abordarse en materia de financiación sanitaria teniendo siempre como objetivo al ciudadano. Esto justificaría la revisión del actual modelo aportando ideas para un nuevo modelo de financiación más acorde con la actual situación de nuestro país.

En todo caso, debemos tener claro que cuando hablamos de financiación no se trata sólo de recursos económicos, sino que hablamos de la sostenibilidad de todo el Sistema Sanitario. Por esta razón, son importantes aportaciones como la del presente trabajo, las que contribuyen al diálogo, analizando la situación y expresando propuestas, y que por su interés y oportunidad se ha considerado conveniente proceder a su publicación y difusión.

**César Antón Beltrán**

Consejero de Sanidad  
de la Junta de Castilla y León

# ÍNDICE

	<u>PÁG.</u>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	17
<b>2. ANTECEDENTES</b> .....	21
<b>3. ANÁLISIS COMPARADO DE LOS MODELOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA VIGENTES EN OTROS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO</b> .....	29
<b>3.1. La financiación sanitaria en España y en la Unión Europea</b> .....	31
<b>3.2. El Gasto Sanitario en los países de nuestro entorno más próximo</b> .....	31
<b>3.3. La estructura de los recursos sanitarios</b> .....	37
<b>3.4. Evolución del gasto y participación del usuario en el coste de las prestaciones sanitarias</b> .....	42
<b>3.5. La financiación de la sanidad descentralizada desde una perspectiva comparada</b> .....	52
3.5.1. Australia .....	56
3.5.2. Canadá .....	57
3.5.3. Italia .....	59
3.5.4. Reino Unido .....	60
3.5.5. La Fórmula RAWP .....	62
<b>4. ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA APLICADOS EN ESPAÑA</b> .....	65
<b>4.1. Hasta el año 1992: Periodo sin modelo hasta 1992</b> .....	67
<b>4.2. 1994-2001: Modelos presupuestarios de financiación sanitaria</b> .....	68
4.2.1. Modelo de financiación sanitaria 1994-1997 .....	69
4.2.2. Modelo de financiación sanitaria 1998-2001 .....	70
4.2.3. Datos sobre liquidación del presupuesto sanitario .....	71
<b>4.3. Sistema de financiación desde 2002</b> .....	72
4.3.1. Análisis del Sistema de Financiación .....	72
4.3.2. Origen de los recursos .....	72
4.3.3. Aplicación de los recursos .....	73
<b>4.4. Problemática del vigente sistema de financiación</b> .....	75

	<u>PÁG.</u>
<b>5. FACTORES CONDICIONANTES DEL GASTO SANITARIO</b> .....	<b>79</b>
<b>5.1. Características sociodemográficas de la población protegida</b> .....	<b>81</b>
5.1.1. Número de habitantes .....	<b>82</b>
5.1.2. Envejecimiento .....	<b>83</b>
5.1.3. Dispersión .....	<b>88</b>
<b>5.2. Las prestaciones cubiertas</b> .....	<b>93</b>
5.2.1. Catálogo de prestaciones .....	<b>93</b>
5.2.2. Nuevas tecnologías .....	<b>94</b>
5.2.3. Prestación farmacéutica .....	<b>96</b>
<b>5.3. Modelo de priorización en la gestión de los servicios sanitarios</b> .....	<b>106</b>
<b>5.4. Criterios de calidad y nuevas tendencias en la prestación de los servicios</b> .....	<b>106</b>
5.4.1. Estándares de confort de las nuevas infraestructuras .....	<b>107</b>
5.4.2. Tiempos de espera .....	<b>107</b>
<b>5.5. Modelo de provisión de los servicios sanitarios</b> .....	<b>108</b>
5.5.1. La descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria .....	<b>108</b>
5.5.2. La fragmentación por niveles asistenciales .....	<b>109</b>
5.5.3. La participación del usuario en el coste de los servicios .....	<b>111</b>
5.5.4. La política de recursos humanos .....	<b>112</b>
<b>6. PARTICULARIDADES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN</b> .....	<b>117</b>
<b>6.1. Características sociodemográficas de la población protegida</b> .....	<b>119</b>
6.1.1. Envejecimiento .....	<b>119</b>
6.1.2. Dispersión .....	<b>124</b>
<b>6.2. Las prestaciones cubiertas: Necesaria equiparación e impacto diferencial sobre el sistema sanitario de Castilla y León</b> .....	<b>129</b>
6.2.1. Catálogo de prestaciones .....	<b>130</b>
6.2.2. Cartera de servicios y nuevas tecnologías .....	<b>135</b>
6.2.3. El gasto farmacéutico .....	<b>139</b>

	<u>PÁG.</u>
<b>6.3. Criterios de calidad y nuevas tendencias en la prestación de los servicios: condicionantes particulares de Castilla y León</b> .....	<b>143</b>
6.3.1. Reducción de los tiempos de espera .....	143
6.3.2. Situación de las infraestructuras y estándares de confort .....	144
6.3.3. Tecnologías de la información y comunicaciones .....	146
<b>6.4. La provisión de los servicios sanitarios en Castilla y León. La política de recursos humanos</b> .....	<b>149</b>
6.4.1. Actuaciones derivadas de la normativa y/o acuerdos estatales y/o europeos .....	150
6.4.2. Actuaciones derivadas de la dotación o mejora de los servicios transferidos .....	151
6.4.3. Actuaciones derivadas de normativas, acuerdos o equiparación con el personal de la Administración Regional .....	151
6.4.4. Actuaciones para equiparar de las condiciones retributivas del personal con la media de las CCAA .....	153
6.4.5. Otras mejoras .....	153
<b>6.5. Características singulares de la financiación sanitaria de Castilla y León en el actual sistema de financiación de las CCAA</b> .....	<b>154</b>
<b>7. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN SANITARIA</b> .....	<b>157</b>
<b>7.1. Medidas para la mejora de la financiación</b> .....	<b>161</b>
7.1.1. Propuestas de desarrollo del actual modelo .....	161
7.1.1.1. Lograr el pleno funcionamiento de los Fondos Específicos que contempla el Sistema de Financiación .....	161
7.1.1.2. Establecer un criterio dinámico para el reparto de la financiación entre las CC.AA., de forma que se tenga en cuenta la distinta evolución de los parámetros demográficos en cada Comunidad y se garantice la suficiencia dinámica del sistema .....	162
7.1.1.3. Regular los ingresos por servicios prestados a terceros obligados al pago .....	162
7.1.1.4. Utilizar la capacidad normativa de las CCAA en los impuestos cedidos (modificación de tipos impositivos) .....	163
7.1.2. Propuestas de ajuste del actual modelo de financiación	
7.1.2.1. Revisión de los criterios del modelo de financiación .....	163

	<u>PÁG.</u>
7.1.2.2. Introducir la dispersión geográfica como criterio de reparto de la financiación de la asistencia sanitaria .....	164
7.1.2.3. Desglosar en dos tramos el criterio de envejecimiento para el reparto de la financiación .....	164
7.1.2.4. Aumentar la participación de las CCAA en determinados impuestos cuya recaudación está parcialmente cedida .....	165
<b>7.2. Medidas para la racionalización del gasto .....</b>	<b>165</b>
7.2.1. En el ámbito del conjunto del Sistema Nacional de Salud .....	165
7.2.1.1. Avanzar en la definición del catálogo de prestaciones, estableciendo criterios explícitos de algunas dimensiones de la prestación del servicio, como la accesibilidad .....	165
7.2.1.2. Realizar una regulación eficaz de la introducción de nuevas prestaciones y tecnologías .....	166
7.2.1.3. Racionalizar la prestación farmacéutica .....	166
7.2.1.4. Fomentar el uso racional de los servicios sanitarios por parte de los usuarios .....	168
7.2.1.5. Alcanzar un consenso sobre elementos clave de la política de recursos humanos .....	168
7.2.1.6. Desarrollar el sistema de información del Sistema Nacional de Salud .....	169
7.2.1.7. Desarrollar un sistema específico de atención a la dependencia .....	170
7.2.2. En el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios .....	170
7.2.2.1. Realizar una gestión por objetivos en el marco de un Plan Estratégico que enmarquen en el medio plazo la consecución de los objetivos de salud en el marco de las disponibilidades presupuestarias .....	170
7.2.2.2. Revisar el actual modelo organizativo y de gestión del sistema sanitario .....	171
7.2.2.3. Potenciar los sistemas de información sanitaria y la incorporación de las tecnologías de la información .....	171
7.2.2.4. Implantar criterios de asignación de recursos que fomenten la eficiencia, la calidad y la corresponsabilidad .....	172
7.2.2.5. Mejorar la gestión de la asistencia sanitaria .....	173
7.2.2.6. Mejorar la gestión de la prestación farmacéutica .....	173
7.2.2.7. Implantar políticas de RRHH coherentes con las características del sistema sanitario, alejadas del vigente modelo burocratizado .....	174
7.2.2.8. Mejorar la práctica clínica .....	175
7.2.2.9. Mejorar el proceso de compras y aprovisionamientos .....	176
7.2.2.10. Mejorar el proceso de contratación de servicios sanitarios con terceros .....	176

# 1. INTRODUCCIÓN



# 1. INTRODUCCIÓN

---

En la primera Conferencia de Presidentes se adopta la decisión de abrir un proceso de análisis y debate de la financiación sanitaria de las Comunidades Autónomas, comprometiéndose el Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Castilla y León a presentar un informe sobre el tema en la próxima Conferencia de Presidentes, prevista para la primavera de 2005.

El Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Castilla y León encarga la elaboración de un informe previo a la Consejería de Sanidad, que deberá elaborarlo en el seno del Consejo Regional de Salud.

El Consejo Regional de Salud, en su sesión del 20 de diciembre de 2004, a propuesta del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, aprobó la creación de un Grupo de Trabajo para “el análisis del modelo de financiación sanitaria, las posibilidades de desarrollo del mismo, y eventuales planteamientos de futuro, con especial atención a la situación de Castilla y León”.

El citado Grupo de Trabajo formado por miembros del Consejo Regional de Salud y asesores de reconocido prestigio, se constituyó el 18 de enero de 2005, en la sede de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, en reunión presidida por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad.

El resultado del trabajo del Grupo de Financiación Sanitaria fue presentado en sesión de fecha 9 de mayo de 2005 al Consejo Regional de Salud, el cual tras su estudio y aportaciones acuerda elevarlo como Informe del Consejo Regional de Salud, en la reunión del 30 de mayo de 2005, a la Consejería de Sanidad.

Se aborda en primer lugar el análisis comparado de los modelos de financiación sanitaria vigentes en otros países de nuestro entorno, revisando las posibles fuentes de financiación de la sanidad y su impacto sobre otras áreas de actividad económica. Tras establecer el marco general de referencia, se analizan los diferentes modelos de financiación sanitaria aplicados en España, prestando un especial énfasis al actual modelo de financiación sanitaria, y los problemas inherentes al mismo que pueden justificar el que, tres años después de su aprobación por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, por consenso de todas las partes, se esté planteando su revisión desde diversas instancias.

El análisis de cualquier modelo de financiación es incompleto e incorrecto si se aborda sólo desde la vía de los ingresos. Como en cualquier otro ámbito de actividad, al hablar de la asistencia sanitaria hay que hablar primero de a qué se pretenden destinar esos ingresos: quiénes son los beneficiarios del sistema sanitario, qué prestaciones reciben, en qué condiciones las reciben y cómo se gestionan los servicios sanitarios. El análisis de los factores determinantes del gasto sanitario se aborda en cada caso desde la perspectiva teórica,

-----

pasando luego a revisar la situación normativa vigente en nuestro país, y las posibilidades de actuación sobre el mismo desde los distintos ámbitos de decisión en la gestión de los servicios sanitarios: macrogestión, mesogestión y microgestión.

En el siguiente apartado del informe, se analizan las particularidades de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y su comportamiento frente a los factores determinantes del gasto sanitario considerados, realizando un análisis diferenciado de aquellas situaciones que impactan una sola vez sobre la financiación sanitaria de aquellas que afectan de forma recurrente al coste de los servicios sanitarios en la Región.

Tomando como base todo lo expuesto, se presentan unas propuestas de mejora del actual sistema de financiación, planteadas desde la doble perspectiva del origen y el destino de los fondos destinados a la financiación de la asistencia sanitaria.

## 2. ANTECEDENTES



## 2. ANTECEDENTES

---

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad; asimismo, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por otra parte, el título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las comunidades autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

Al amparo de estas previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de Sanidad. La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación.

El proceso de asunción de competencias en materia de sanidad por todas las comunidades autónomas se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 21/2001, la financiación de la sanidad había estado marcada por la aprobación de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) que creó el Sistema Nacional de Salud, organizando administrativa y territorialmente los servicios sanitarios en España. Cobertura sanitaria universal y financiación pública por impuestos eran los objetivos principales de la reforma.

En el desarrollo de esta reforma, cuyas previsiones comenzaron a hacerse efectivas con los presupuestos generales del Estado de 1989, tuvo una importancia crucial el proceso de descentralización territorial iniciado a comienzos de los años ochenta. De resultados del mismo, en un primer momento el territorio estatal se dividió en dos bloques de comunidades autónomas: aquéllas que tenían transferidas las competencias en sanidad y aquéllas otras en las que el Estado seguía financiando el INSALUD. En el año 2000, las competencias en materia de sanidad habían sido transferidas a siete comunidades autónomas: Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco y Comunidad Valenciana (1988), Navarra y Galicia (1990) y Canarias (1994).

---

Desde el inicio de este proceso en 1981 con las primeras transferencias de asistencia sanitaria hasta 1994, el porcentaje de participación en el presupuesto de INSALUD de cada comunidad estuvo fijado en función de la población residente en la misma. Se hacía así efectivo el criterio de población protegida previsto en la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 82. Además, con la separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social, en el año 1999 el presupuesto del INSALUD se diferenció totalmente del de la Seguridad Social.

El Acuerdo de 20 de septiembre de 1994 del Consejo de Política Financiera y Fiscal introdujo cambios en el modelo de financiación para el periodo 1994-1996. Por su lado, se asignaron recursos adicionales a la financiación sanitaria, se acompasó su evolución a las del Producto Interior Bruto nominal de cada año durante el periodo de vigencia del Acuerdo y se actualizan los cálculos conducentes a la determinación de las cifras de población protegida. Además, se creó un fondo adicional para financiar la asistencia prestada a pacientes desplazados fuera de su comunidad de residencia.

Un posterior Acuerdo, el de 27 de noviembre de 1997, vino a perfeccionar el sistema de financiación anterior para su aplicación durante el periodo 1998-2001. El nuevo modelo mantuvo los criterios generales del acuerdo de 1994, pero introdujo, como novedad, la creación de un “fondo de atenciones generales” cuya distribución entre las comunidades autónomas había de realizarse en función de la población de derecho correspondiente al año 1996. Este fondo representaba el 96,5% del presupuesto total, reservándose el 3,4% restante a la dotación de otros fondos de menor cuantía como el fondo para la compensación de pérdida de población protegida, el fondo para la compensación de gastos por atención a desplazados y el fondo de racionalización del gasto por prestaciones de incapacidad transitoria.

Más recientemente, el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las comunidades autónomas, en su reunión de 27 de julio de 2001, acordó un nuevo sistema de financiación autonómica en el que se integraban la financiación de las competencias comunes traspasadas a las comunidades autónomas, la de los servicios de asistencia sanitaria de la seguridad social y la de los servicios sociales de la Seguridad Social, con la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, antes mencionada, se aprobaron las reformas legales necesarias para la entrada en vigor el 1 de enero de 2004 del nuevo sistema de financiación autonómica y que, en el caso de la financiación sanitaria, se plasmaron en la oportuna adaptación de la Ley General de Sanidad y del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.

El cambio principal introducido por la Ley 21/2001 en el modelo de la financiación de la sanidad estriba en la modificación del criterio de distribución de recursos que hasta ese momento se había venido aplicando: el criterio de población protegida previsto en la Ley

---

14/1986 General de Sanidad. El nuevo acuerdo establece una nueva fórmula de distribución del Fondo General entre comunidades autónomas en la que la población protegida pondera un 75%; la población de mayor de 65 años, un 24,5%, y la insularidad, un 0,5%. La Ley 21/2001 introduce, además, una garantía de mínimos que asegura a cada comunidad autónoma que la financiación asignada por el Fondo General sea al menos igual a la resultante de la liquidación definitiva del año 1999. Asimismo, se establecen dos Fondos específicos: el Fondo “Programa de ahorro de incapacidad temporal” y el Fondo de cohesión sanitaria, este segundo destinado a garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de otros países.

Transcurridos tres años desde la entrada en vigor de la Ley 21/2001, han vuelto a oírse las voces que reclaman una nueva revisión del modelo de financiación sanitaria. Como reconocía la actual ministra de Sanidad y Consumo en su comparecencia de 4 de noviembre de 2004 ante la Comisión General de las Comunidades Autónomas del Senado, existe una coincidencia mayoritaria en la idea de que los recursos actualmente disponibles para atender la demanda sanitaria resultan insuficientes. Sin embargo, señalaba igualmente la ministra, también existe coincidencia en que el problema no es sólo de falta de recursos, sino de cómo se están aplicando los actualmente disponibles. Ambas coincidencias no hacen sino aflorar una vez más la necesidad de controlar el gasto sanitario público que desde los años ochenta viene creciendo sistemáticamente por encima del PIB, sin que las ampliaciones presupuestarias, tan reiteradamente reclamadas por las comunidades autónomas, hayan sido suficientes para corregir el tradicional déficit presupuestario.

La reciente historia de la financiación de la sanidad en España confirma la tesis de que mayores dotaciones presupuestarias no garantizan la suficiencia financiera en un sector como el sanitario, open ended, que no logra controlar sus incrementos de gasto, debido a las características intrínsecas al propio mercado sanitario, con múltiples relaciones de agencia que hacen imposible la firma de contratos completos, dejando los derechos residuales de decisión y control en manos de los profesionales sanitarios, que no tienen responsabilidad financiera de sus actos (Cabases, 1997).

Entre las causas explicativas del constante incremento del gasto sanitario se encuentran, sin duda alguna, las relacionadas con la evolución de la población asistida, tanto las relacionadas con el crecimiento demográfico, flujos de inmigración incluidos, como con el paulatino envejecimiento de la población y con la atención prestada a los desplazados fuera de su comunidad o de su país. Sin embargo, como la propia ministra del ramo explicitaba en dicha comparecencia, la insuficiencia de recursos no viene sólo determinada por los factores anteriores, sino también por otros muchos entre los que, por su importancia nada desdeñable mencionaba: las mejoras tecnológicas, las decisiones relacionadas con la gestión,

---

el aumento de centros o la política de personal (tanto en número de efectivos como en sus retribuciones).

Desde el análisis de estas variables y de otras relacionadas con la doble necesidad de conocer en profundidad la realidad del gasto sanitario y valorar la suficiencia financiera de las comunidades autónomas a la luz de la evolución real de los tributos cedidos, la ministra concluyó su intervención proponiendo abordar el problema de la financiación sanitaria siguiendo un proceso progresivo en el que como punto de partida, se analice el gasto, su composición y origen; su evolución y empleo en el marco de financiación general de las comunidades autónomas; y, finalmente, se establezcan los mecanismos adicionales que, en su caso, resulten necesarios.

Ante esta propuesta, el Foro de Financiación Sanitaria en su reunión de 16 de noviembre de 2004, celebrada en Segovia, avanzó una serie de conclusiones como elemento inicial de trabajo para el Grupo de Trabajo en materia de financiación sanitaria creado al efecto. Dichas conclusiones se concretan en cinco premisas que delimitan el Marco General de Foro y doce propuestas orientadas a contribuir al perfeccionamiento de algunos aspectos del modelo actual de financiación.

De acuerdo con las premisas emanadas del Foro, el sistema sanitario se concibe como un sistema único para el territorio nacional, pero gestionado por las comunidades autónomas, que debe respetar dos principios básicos: la cohesión, entendida como lealtad y cooperación institucional, y la equidad, entendida como la accesibilidad en plano de igualdad a las prestaciones sanitarias. Con respecto a su financiación, se mantiene que la sostenibilidad del sistema sanitario fue garantizada inicialmente por el modelo de financiación introducido por la Ley 21/2001, si bien se reconoce que una serie de factores relacionados con la indefinición de una cartera de servicios, la demanda ilimitada, ante una oferta no condicionada, la presión sobre el número y calidad de las prestaciones y las políticas generadoras de gasto promovidas desde el Gobierno de la nación, presiona el equilibrio presupuestario de las diferentes autonomías. Ante esta tensión presupuestaria, se asume la necesidad imperiosa de iniciar un proceso de búsqueda de soluciones que conduzca a un modelo de financiación con vocación de permanencia y no diseñado con carácter transitorio a los solos efectos de solventar el déficit actual.

Finalmente, se plantea que las soluciones propuestas tengan en cuenta factores demográficos que ponderen la variable población (edad, dispersión, etc.) y que los diferenciales en la prestación de servicios sanitarios, creados por la gestión histórica de las competencias sanitarias, tengan un factor de corrección adecuado.

En aras a precisar algunos de los rasgos que debieran caracterizar el modelo de financiación resultante de este proceso de búsqueda de soluciones, se perfilan como propuestas las siguientes:

- **Aproximar el porcentaje del PIB** destinado a la sanidad a la media de los países de nuestro entorno.
- **Compaginar el principio de equidad** con el ejercicio real de las competencias transferidas.
- **Establecer un sistema independiente** de financiación para la Atención a la Dependencia.
- **Conjugar las diferencias** en la prestación de servicios sanitarios con el criterio de solidaridad en las relaciones entre las distintas Autonomías.
- **Estimar la financiación básica** en función de una cartera de servicios definida tanto en términos de prestaciones como de calidad de las mismas.
- **Identificar las variables determinantes** de la oferta de la cartera de servicios en cada comunidad autónoma, a fin de que aquéllas tengan su reflejo en el modelo general o en los fondos específicos.
- **Considerar nucleares entre las antedichas variables** las siguientes: dispersión geográfica, envejecimiento y sobre-envejecimiento poblacional, insularidad, desigualdades en infraestructuras y dotación tecnológica previas a las transferencias sanitarias.
- **Tener en cuenta también otras variables**, como: la inmigración, los pacientes desplazados, las nuevas prestaciones o los servicios de referencia.
- **Resolver de forma clara y unívoca** la adscripción de los ciudadanos a su “comunidad de origen”.
- **Excluir del modelo de financiación** el coste diferencial de la farmacia.
- **Mantener los fondos específicos** y, en particular, el fondo de cohesión hasta la finalización del proceso de negociación.
- **Asumir la Responsabilidad de Gestión** como guía en el ejercicio de las competencias en materia sanitaria.



### **3. ANÁLISIS COMPARADO DE LOS MODELOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA VIGENTES EN OTROS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO**



### **3. ANÁLISIS COMPARADO DE LOS MODELOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA VIGENTES EN OTROS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO**

---

#### **3.1. LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA Y EN LA UNIÓN EUROPEA**

Comenzamos nuestro análisis comparando una serie de magnitudes representativas de la capacidad para la provisión de servicios sanitarios (producto interior bruto per cápita y gasto sanitario per cápita) de los países de nuestro entorno más próximo, por lo que sus características económicas, demográficas y culturales son relativamente similares a las de España: Irlanda, Reino Unido, Portugal, Francia, Italia y Grecia. Países todos ellos que disponen además de un Sistema Nacional de Salud, es decir, de un modelo de organización sanitaria basado en los principios de cobertura universal y financiación pública mayoritaria.

Con una cifra de producto interior bruto per cápita de 21.294 dólares, España ocupa un lugar bajo-intermedio entre los países objeto de comparación, por debajo de Irlanda (30.002), Francia (26.879), Italia (26.345) y Reino Unido (26.315), y por encima de Portugal (17.560) y Grecia (16.137). Al comparar el gasto sanitario per cápita realizado por estos países en 2001, se constata que además de los cuatro países con mayor producto económico, también Portugal supera a España en cifra absoluta de gasto, si bien nuestro país vuelve a situarse por encima de Portugal cuando la comparación se establece en términos de gasto sanitario público. Apenas existen sin embargo diferencias significativas en el grado de envejecimiento de la población de estos países. Los porcentajes de población con 65 o más años de edad, oscilan entre el 15,9% del Reino Unido, el 16,9% de España y el 18,1% del Reino Unido. Sólo Irlanda presenta una pirámide demográfica menos envejecida (11,2%).

#### **3.2. EL GASTO SANITARIO EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO MÁS PRÓXIMO**

Las diferentes capacidades de financiación se vislumbran más nítidamente a la luz del peso del gasto sanitario en el producto interior bruto de cada país y de la evolución seguida por el gasto así expresado durante las últimas décadas (tabla 3.1). En 2000, el porcentaje de gasto en

España (7,5) era significativamente menor que en Grecia (9,4), Francia (9,3), Portugal (9,0) e Italia (8,2), pero mayor que el registrado en Reino Unido (7,3) e Irlanda (6,4). Salvo en el caso de este último país, cuya cifra de gasto sanitario cayó en más de dos puntos durante la década de los ochenta, todos los países muestran una tendencia manifiestamente alcista a lo largo del periodo considerado, que se acelera en la década de los noventa y que, en los caso de Grecia y Portugal, dispara el gasto sanitario hasta el 9% del producto interior bruto.

**TABLA 3.1. GASTO SANITARIO TOTAL COMO PROPORCIÓN DEL PRODUCTO INTERIOR BRUTO**

AÑO	IRLANDA	FRANCIA	ITALIA	REINO UNIDO	ESPAÑA	PORTUGAL	GRECIA
1970	5,1	...	...	4,5	<b>3,6</b>	2,6	6,1
1980	8,4	...	...	5,6	<b>5,4</b>	5,6	6,6
1990	6,1	8,6	8,0	6,0	<b>6,7</b>	6,2	7,4
2000	6,4	9,3	8,2	7,3	<b>7,5</b>	9,0	9,4

Fuente: OECD, Health at a Glance (2003)

Las diferencias anteriores se difuminan en buena medida, sin embargo, cuando la comparación se establece en términos de gasto sanitario público sobre producto interior bruto (tabla 3.2.).

**TABLA 3.2. GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERIOR BRUTO**

AÑO	IRLANDA	FRANCIA	ITALIA	REINO UNIDO	ESPAÑA	PORTUGAL	GRECIA
1970	4,2	...	...	3,9	<b>2,3</b>	1,6	2,6
1980	6,8	...	...	5,0	<b>4,3</b>	3,6	3,7
1990	4,4	6,6	6,4	5,0	<b>5,3</b>	4,1	4,0
2000	4,7	7,1	6,0	5,9	<b>6,2</b>	6,2	5,3

Fuente: OECD, Health at a Glance (2003)

Con un 6,2%, sólo superado por Francia (7,1), el gasto sanitario público en España era mayor en 2000 que el registrado en Irlanda (4,7), Grecia (5,3), Reino Unido (5,9) e Italia (6,0). En la mayoría de los casos estos porcentajes se alcanzan tras un proceso de expansión del gasto público, especialmente intenso en España durante los años setenta y ochenta.

Arrojando luz sobre esta última cuestión, en la tabla 3.3 se muestra la evolución seguida por la ratio gasto sanitario público a gasto sanitario total, en cada uno de los países analizados. Como puede observarse, el gasto público representa más del 70% del gasto total sanitario en Reino Unido (81), Francia (76), Italia e Irlanda (73) y España (72).

En Portugal (68) ronda ya ese porcentaje y sólo en Grecia (56) se sitúa claramente por debajo. Pero se aprecia también que el gasto público ha perdido peso en comparación con el que tenía hace veinte años en casi todos los países y, en especial, en España y Reino Unido, países en los que llegó a representar el 80 y el 89%, respectivamente, del gasto sanitario total.

**TABLA 3.3. PESO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO PROPORCIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL**

AÑO	IRLANDA	FRANCIA	ITALIA	REINO UNIDO	ESPAÑA	PORTUGAL	GRECIA
1970	82	...	...	87	<b>65</b>	59	43
1980	82	...	...	89	<b>80</b>	64	56
1990	72	77	79	84	<b>79</b>	66	54
2000	73	76	73	81	<b>72</b>	68	56

Fuente: OECD, *Health at a Glance* (2003)

De las magnitudes hasta aquí comparadas se desprende que aun contando con una menor capacidad para la provisión de servicios sanitarios que Irlanda, Francia, Italia y Reino Unido, España dedica una proporción mayor de su producto interior bruto (7,5%) que la que destinan Reino Unido e Irlanda a financiar el gasto sanitario. Para valorar este hecho en sus justos términos debe tenerse en cuenta que, en España, el componente público del gasto sanitario asciende a un 72% del gasto sanitario total, porcentaje sensiblemente inferior al del Reino Unido pero no muy diferente del que tiene el gasto público en Irlanda, Francia, Italia y Portugal. Se entiende así que la proporción del producto interior bruto destinada por España a financiar el gasto sanitario público, un 6,2%, sea también mayor que la que se dedica en Irlanda, Italia, Reino Unido y Portugal.

El crecimiento del gasto sanitario público en España viene explicado por la evolución del índice de cobertura del sistema público que de alcanzar el 50% de la población a comienzos de los setenta llegaba prácticamente a la totalidad de los españoles a finales de los ochenta. Durante los años noventa el gasto sanitario español, tanto público como privado, frena su expansión, acomodando su crecimiento anual al del producto interior bruto y estabilizando la proporción de éste dedicada a su financiación. Conviene señalar además que el gasto sanitario privado posiblemente esté infravalorado en España pero que, al igual que en Irlanda, Francia, Italia e incluso el Reino Unido, en el sector sanitario español tiene lugar un incipiente proceso de privatización que desde 1990 viene contribuyendo a contener el esfuerzo de la sanidad pública (Círculo de Sanidad, 2004).

Para profundizar en esta cuestión, nos servimos de la información facilitada por el Instituto Nacional de Estadística acerca de la distribución del gasto sanitario en España a lo largo del período 1994-2000. Los datos disponibles (tabla 3.4) muestran que, en cifras absolutas (euros por habitante), el gasto sanitario aumentó año tras año durante todo el período, manteniéndose estable, sin embargo, el porcentaje del gasto con respecto al producto interior bruto. Comparando la evolución de los componentes público y privado del gasto, se observa que el primero disminuyó 0,2 puntos porcentuales entre 1994 y 2000, mientras que el segundo aumentó 0,5 puntos durante ese mismo período aunque con marcada tendencia a estabilizarse.

**TABLA 3.4. PESO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA**

ESPAÑA	GASTO SANITARIO			GASTO FARMACÉUTICO (€ POR HABITANTE)	PORCENTAJE DEL GASTO FARMACÉUTICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL
	(€ POR HABITANTE)	COMO PROPORCIÓN DEL PRODUCTO INTERIOR BRUTO			
		PÚBLICO	PRIVADO		
1994	770	5,6	1,8	104	13,5
1995	864	5,5	2,2	117	13,5
1996	916	5,5	2,2	130	14,2
1997	957	5,4	2,2	137	14,3
1998	1.022	5,4	2,3	151	14,8
1999	1.096	5,4	2,3	165	15,1
2000	1.169	5,4	2,3	177	15,1
<b>Porcentaje 1994-2001</b>	<b>52</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>70</b>	<b>-</b>

Fuente: INE, Indicadores sociales de España (2003)

-----

Por lo que al gasto farmacéutico se refiere, se observa en cambio que éste no sólo aumentó año tras año, con un crecimiento acumulado a lo largo del período del 70%, sino también que el porcentaje del mismo con respecto al gasto sanitario se incrementó en 1,6 puntos porcentuales, desde el 13,5% de 1994 al 15,1% de 2000.

Como vaticina el Círculo de la Sanidad, las tendencias anteriores sugieren que, muy probablemente, durante los próximos años se contendrá un tanto el gasto sanitario público al tiempo que el gasto sanitario privado continuará su incipiente expansión, siempre en proporción al producto interior bruto. En todo caso, debido al envejecimiento demográfico, a la creciente afluencia de inmigrantes, al incremento de la remuneración del personal facultativo y al aumento del precio de los fármacos por el coste creciente de la inversión, no parece que vaya a decrecer la proporción del gasto sanitario, en su conjunto, respecto al producto interior bruto.

En este contexto, parece oportuno comparar la información por comunidades autónomas facilitada por el INE, a fin de analizar las diferencias regionales existentes en España en cuanto a capacidad de financiación y envejecimiento de la población se refiere. A la vista de la tabla 3.5, que refleja la situación económica y demográfica de cada comunidad autónoma a través del producto interior bruto por habitante y del porcentaje de población de más de 64 años, se observa que el producto per cápita en la Comunidad de Madrid, el mayor de España, dobla al de Extremadura, que es la región con menor producto. Por lo que al envejecimiento de la población se refiere, las diferencias interregionales tampoco son desdeñables, fluctuando en torno al valor medio (17%) con una amplitud de cinco puntos porcentuales al alza y a la baja: Castilla y León es la comunidad con una población más envejecida (22%) mientras que Canarias, en el otro extremo del intervalo, presenta la menor tasa de envejecimiento (12,1%).

**TABLA 3.5. SITUACIÓN ECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA (REGIONES)**

CCAA (ordenadas según PIB per cápita)	PRODUCTO INTERIOR BRUTO PER CÁPITA (en euros, 2000)	PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON 65 AÑOS O MÁS (2001)
Madrid	20.374	15,7
Navarra	19.510	18,2
P. Vasco	18.802	17,7
Cataluña	18.434	17,7
Baleares	18.215	15,2
La Rioja	16.898	19,3
Aragón	16.286	21,6
Cantabria	14.873	18,8
C. Valenciana	14.678	16,1
Canarias	14.366	12,1
Castilla y León	<b>14.063</b>	<b>22,0</b>
Asturias	13.132	21,0
Murcia	12.726	14,4
Castilla-La Mancha	12.368	19,3
Galicia	11.989	20,0
Andalucía	11.333	14,3
Extremadura	9.820	18,3
<b>TOTAL</b>	<b>15.247</b>	<b>17,0</b>

Fuente: INE, Indicadores sociales de España (2003)

Con todo, las diferencias interregionales dentro de España en torno al valor medio de estos dos indicadores no son muy distintas de las existentes entre los países objeto de nuestra comparación. Al menos en cuanto atañe al primero de ellos, producto interior bruto por habitantes, pues la distancia relativa entre el producto de Irlanda y el de Grecia guarda similitud con la existente entre Madrid y Extremadura. No tan similar, sin embargo, es el diferencial de población envejecida, pues si bien la media española (17%) se sitúa algo más de un punto por debajo de la tasa de envejecimiento de Italia (18,1%) —la mayor de los países comparados—, más de la mitad de las comunidades autónomas españolas superan, con Castilla y León a la cabeza, ese porcentaje.

### 3.3. LA ESTRUCTURA DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Tras esta digresión autonómica, retornamos al análisis comparado del potencial de cada país para la provisión de servicios sanitarios. Un potencial que viene determinado no sólo por la capacidad de financiación de cada país, sino también por la estructura de recursos de su sistema sanitario, humanos y tecnológicos, especialmente.

Desde esta perspectiva, la tabla 3.6 relaciona los indicadores arriba analizados con la dotación de recursos tecnológicos, aproximada a través del número de escáneres de tomografía axial computerizada (TAC) y de resonancia magnética por millón de habitantes, con que cuentan los sistemas sanitarios de los países comparados. Los datos muestran que la dotación de recursos tecnológicos no parece guardar una estrecha relación con el producto económico del país ni con el envejecimiento de su población. En el caso del sistema sanitario español se constata que su dotación en nuevas tecnologías para el diagnóstico es mayor que la disponible en Francia y Reino Unido, países con mayor producto económico, siendo tan sólo superadas por Italia.

**TABLA 3.6. TECNOLOGÍAS DE DIAGNÓSTICO**

PAÍSES (ORDENADOS SEGÚN PIB PER CÁPITA)	PI PER CÁPITA (\$ 2001)	% > 65 AÑOS (2000)	TAC/ MILLÓN DE HABITANTES	RNM/ MILLÓN DE HABITANTES
Irlanda	30.002	11,2	...	...
Francia	26.879	16,1	9,6	2,6
Italia	26.345	18,1	20,6	7,5
Reino Unido	26.315	15,9	6,2	4,6
<b>España</b>	<b>21.294</b>	<b>16,9</b>	<b>12,1</b>	<b>4,9</b>
Portugal	17.560	16,3	12,1	2,8
Grecia	16.137	17,3	13,8	2,0

Fuente: OECD, *Health at a Glance* (2003)

La tabla 3.7 nos proporciona una radiografía estadística de la dotación de recursos humanos al cuidado de la salud, tanto en términos de stocks como de flujos incrementables entre los años 1994 y 2000. Como puede apreciarse, el número de profesionales sanitarios por cada cien mil habitantes difiere significativamente de un país a otro. Contrastan sobremedida las diferencias en las ratios personal de enfermería/personal médico, remarcadas por el hecho de que los países con menor número de médicos son también los que cuentan con más personal de enfermería. Es el caso de Irlanda y Reino Unido, con ratios comprendidas entre 5 y 7, frente al resto de los países comparados, cuyas ratios parecen encontrar el equilibrio estructural en torno a la unidad si se salva el caso francés con una ratio próxima a 2. Es también notable el incremento dotacional de algunos sistemas sanitarios durante el período analizado, unas veces en el número de médicos –Irlanda y Reino Unido, principalmente—, otras en la cifra de personal de enfermería –España e Irlanda y en menor medida Francia—.

**TABLA 3.7. DOTACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS EN DIFERENTES PAÍSES**

Profesionales sanitarios por 100.000 hab.	IRLANDA	FRANCIA	ITALIA	REINO UNIDO	ESPAÑA	PORTUGAL	GRECIA
<b>MEDICINA</b>							
<b>1994</b>	199	320	559	152	<b>414</b>	294	389
<b>2000</b>	250	329	599	180	<b>454</b>	325	450
<b>Porcentaje</b>	26	3	7	18	<b>10</b>	10	16
<b>ENFERMERÍA</b>							
<b>1994</b>	1.366	595	429	897	<b>429</b>	323	360
<b>2000</b>	1.706	674	446	904	<b>518</b>	...	391
<b>Porcentaje</b>	25	13	4	1	<b>21</b>	...	9
<b>NÚMERO DE ENFERMERAS POR MÉDICO</b>							
<b>1994</b>	6,9	1,9	0,8	5,9	<b>1,0</b>	1,1	0,9
<b>2000</b>	6,8	2,0	0,7	5,0	<b>1,1</b>	...	0,9

Fuente: INE, Indicadores sociales de España (2003)  
 Los datos de las partidas de Enfermería del Reino Unido son de los años 1995 y 1998.

Aunque más atenuadas, las diferencias dotacionales entre las comunidades autónomas españolas son también apreciables. A la luz de la información suministrada por el INE que clasifica a los profesionales de la sanidad, distinguiendo entre medicina, odontología, farmacia y enfermería (tabla 3.8), resulta significativa la dispersión en torno al valor medio que generan las diferencias dotacionales entre comunidades.

**TABLA 3.8. PROFESIONALES SANITARIOS POR 100.000 HABITANTES (AÑO 2000)**

Comunidad Autónoma	Medicina		Odontología		Farmacia		Enfermería	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Andalucía	366	397	30	40	90	112	393	443
Aragón	540	576	34	42	99	121	513	579
Asturias	463	508	41	49	90	109	466	571
Baleares	387	426	41	49	99	119	365	446
Canarias	347	375	27	35	89	99	343	395
Cantabria	419	474	36	42	88	109	426	623
Castilla-La Mancha	320	349	20	26	106	122	343	431
Castilla y León	<b>435</b>	<b>479</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>114</b>	<b>141</b>	<b>452</b>	<b>540</b>
Cataluña	432	462	34	41	100	131	479	575
C. Valenciana	390	422	28	41	109	125	433	455
Extremadura	331	366	19	23	112	132	446	540
Galicia	345	389	32	44	115	141	345	421
La Rioja	396	435	39	46	109	127	440	531
Madrid	531	557	53	66	119	149	447	600
Murcia	352	383	24	41	95	111	296	391
Navarra	500	537	42	44	151	189	709	816
País Vasco	443	474	43	55	84	113	498	560
<b>TOTAL</b>	<b>414</b>	<b>446</b>	<b>34</b>	<b>44</b>	<b>103</b>	<b>127</b>	<b>428</b>	<b>510</b>

Fuente: INE, Indicadores sociales de España (2003)

Las mayores desigualdades se observan en la categoría de odontología, cuyos profesionales ejercen mayoritariamente de modo privado, con cifras de odontólogos por cada cien mil habitantes que alcanzan su máximo en Madrid (66) y su mínimo en Extremadura (23). La dotación de médicos oscila de manera más contenida entre el máximo de Aragón (576) y el mínimo de Castilla-La Mancha (349). Más aleatorias resultan las fluctuaciones interregionales en el número de farmacéuticos dentro del intervalo que delimitan las comunidades autónomas de Navarra (189) y Canarias (99). Y es también reseñable la diferente estructura dotacional de personal médico y personal de enfermería que presentan las comunidades autónomas. Navarra, con 816 enfermeros y 537 médicos, y Cantabria, con 623 enfermeros y 474 médicos, marcan las principales diferencias con Canarias (395 enfermeras y 375 médicos) y Murcia (391 enfermeras y 383 médicos). La dotación de personal sanitario de Castilla y León se encuentra en todas las categorías profesionales por encima de la media española, salvo en la especialidad de odontología en la que el número de profesionales (36) por cada cien mil habitantes es uno de los más bajos del sistema sanitario español.

A partir del cuadro anterior pueden compararse también los incrementos producidos en el número de profesionales sanitarios entre los años 1994 y 2000. Los mismos se resumen en la tabla 3.9 que cuantifica el cambio incremental que se ha producido en la plantilla de personal del sector sanitario español: Medicina (8%), Odontología (29%), Farmacia (23%) y Enfermería (19%).

**TABLA 3.9. PORCENTAJE DE VARIACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS POR CADA 100.000 HABITANTES (1994-2000)**

Comunidad Autónoma	Medicina	Odontología	Farmacia	Enfermería
Andalucía	8,6	35,0	24,2	12,6
Aragón	6,6	23,5	22,7	13,0
Asturias	9,8	19,0	20,0	22,5
Baleares	10,1	17,1	19,9	22,3
Canarias	8,0	28,0	10,7	15,2
Cantabria	13,3	18,7	23,7	46,3
Castilla-La Mancha	9,1	30,2	14,7	25,7
<b>Castilla y León</b>	<b>10,1</b>	<b>26,6</b>	<b>24,1</b>	<b>19,6</b>
Cataluña	7,1	21,8	30,4	20,1
C. Valenciana	8,1	44,5	15,5	5,0
Extremadura	10,5	22,8	18,1	21,1
Galicia	12,5	36,2	22,2	22,3
La Rioja	9,9	18,6	16,8	20,8
Madrid	4,9	26,3	25,2	34,3
Murcia	8,6	72,9	17,0	32,1
Navarra	7,4	3,7	25,3	15,0
País Vasco	7,0	30,1	34,0	12,4
<b>TOTAL</b>	<b>7,9</b>	<b>29,4</b>	<b>23,0</b>	<b>18,9</b>

Fuente: INE, Indicadores sociales de España (2003)

Las variaciones al alza y a la baja entre los incrementos registrados en cada una de las comunidades autónomas y el medio del sector fluctúan también de manera significativa y, como señala el Círculo de Sanidad, de una forma un tanto errática, producto quizás de que las decisiones de política sanitaria se toman a escala regional. No parece, en todo caso, que este importante aumento de los recursos profesionales de la sanidad haya obedecido a un plan sistemático de equiparación de las regiones menos desarrolladas o de las de mayor expansión demográfica (Círculo de Sanidad, 2004).

Los datos relativos a Castilla y León revelan incrementos rotacionales de personal sanitario superiores a la media nacional en el colectivo médico (10,1%), en el farmacéutico (24,1%) y en el de enfermería (19,6%). Sólo el colectivo de odontólogos (26,6%), a priori el peor dotado en términos relativos, experimentó un cambio incremental inferior a la media, aunque también el mayor de los cuatro colectivos.

### 3.4. EVOLUCIÓN DEL GASTO Y PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN EL COSTE DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

Cualquier intento de aproximar la cuantía de la financiación sanitaria sostenible a través de la comparación con otros países, requiere que los países elegidos cuenten con modelos de organización sanitaria homologables. En el caso que nos ocupa, los países que en un epígrafe anterior fueron objeto de comparación disponen todos de un Sistema Nacional de Salud, es decir, de un modelo de organización sanitaria basado en los principios de cobertura universal y financiación pública mayoritaria. Los países analizados (Irlanda, Francia, Italia, Reino Unido, Portugal y Grecia) formaban parte además de nuestro entorno más próximo por lo que sus características económicas, demográficas y culturales eran relativamente similares a las de España.

Cuando la comparación se extiende a otros países de la Unión Europea y en particular al resto de los pertenecientes a la Europa de los quince, la conclusión de que en términos de financiación sanitaria total y de acuerdo con las cifras armonizadas por la OCDE, España se compara aceptablemente con la mayor parte de los países que cuentan con un Sistema Nacional de Salud, no se ve sustancialmente afectada. Como señala García Vargas (2004) “puede deducirse que en España tenemos un gasto sanitario ajustado, en líneas generales, a nuestro nivel de renta y a las características de nuestra población”.

Es verdad, sin embargo, que el componente público del gasto sanitario español ha experimentado un fuerte recorte desde el 80% sobre el total de la financiación que representaba en 1980 o el 79% en 1990, hasta el 72% que representaba en 2000 (el 71% en 2001). Entre los países que cuentan con un Sistema Nacional de Salud, España registra el menor porcentaje de financiación pública por debajo no sólo de Irlanda, Italia, Francia y el Reino Unido sino también de Alemania y de los países nórdicos.

Ante esta evolución porcentual de la financiación pública sanitaria, son muchas las voces que reclaman un incremento de la misma hasta recuperar la cota del 80% alcanzada a comienzos de los años 80 y mantenida durante toda esa década. Con ello, no sólo la magnitud del gasto público sanitario se asimilaría a la de los países europeos con Sistema Nacional de Salud, sino que se resolvería el problema de financiación del actual déficit sanitario español que, aunque no se conoce con precisión, parece situarse en torno al 0,5-0,6% de nuestro Producto Interior Bruto. Tal posibilidad encuentra también argumentos a favor en el incremento de la demanda asistencial que en los últimos años ha tenido que soportar la sanidad pública española, debido tanto al importante aumento poblacional registrado (2,9 millones de personas entre 1998 y 2003) como al envejecimiento progresivo de la población atendida.

Por el contrario, un incremento del componente público del gasto rompería con la tendencia observada a una menor participación de los sectores públicos en el ámbito sanitario, especialmente a partir de la década de los noventa. La tabla 3.10 muestra la evolución del porcentaje de gasto sanitario público con respecto al total registrado en la Unión Europea a lo largo del período 1980-1997. La tendencia a la baja se percibe singularmente tanto en algunos de los países de nuestro entorno más próximo (Grecia e Italia) como en algunos de los países con mayor participación del sector público en la financiación de la sanidad (Suecia y Dinamarca).

**TABLA 3.10. ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO EN LA UE:  
% GASTO PÚBLICO SOBRE TOTAL**

PAÍSES	1980	1986	1990	1995	1996	1997
Alemania	78,7	77,7	76,2	78,2	78,3	77,4
Austria	68,8	76,5	73,5	73,3	72,0	72,0
Bélgica	83,4	79,4	88,9	87,8	87,7	87,6
Dinamarca	88,5	89,0	86,1	86,1	65,2	65,0
España	<b>79,9</b>	<b>79,9</b>	<b>78,7</b>	<b>78,7</b>	<b>78,7</b>	<b>78,7</b>
Finlandia	79,0	79,3	80,9	74,7	78,4	77,0
Francia	78,8	76,3	74,5	80,6	80,7	78,4
Grecia	82,2	80,7	82,3	75,8	77,5	74,8
Irlanda	81,6	75,4	72,9	74,7	74,2	75,0
Italia	80,5	76,0	78,1	69,3	69,8	69,9
Luxemburgo	92,8	89,4	93,1	92,4	92,6	91,8
Países Bajos	74,7	72,4	72,7	76,7	72,1	72,0
Portugal	64,3	52,6	65,5	60,5	59,8	60,0
Reino Unido	89,4	85,3	84,1	84,4	84,5	84,5
Suecia	92,5	90,2	89,9	83,4	83,0	83,3

Fuente: OECD Health Data (1998)

Como contrapunto a esta paulatina pérdida de importancia del gasto público sanitario con respecto al gasto sanitario total durante los años ochenta y noventa, la tabla 3.11 desvela la evolución seguida por el gasto público sanitario per cápita en los países comunitarios a lo largo de dicho período.

**TABLA 3.11. EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO PER CÁPITA EN LA UE (BASE 1980)\***

PAÍSES	1980	1986	1990	1995	1996
Alemania	100	162	218	340	355
Austria	100	152	199	267	276
Bélgica	100	162	245	318	326
Dinamarca	100	153	188	232	185
<b>España</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>262</b>	<b>330</b>	<b>348</b>
Finlandia	100	187	274	265	288
Francia	100	165	220	300	306
Grecia	100	182	219	362	458
Irlanda	100	126	159	254	284
Italia	100	149	235	234	247
Luxemburgo	100	160	263	357	368
Países Bajos	100	148	202	275	269
Portugal	100	149	254	387	407
Reino Unido	100	160	212	272	287
Suecia	100	144	181	176	186

\* Información no disponible para 1997.

Fuente: OECD Health Data (1998).

Como puede observarse, el gasto sanitario público per cápita siguió por lo general un curso fuertemente expansivo entre 1980 y 1996 en los países europeos, especialmente intenso en Grecia, Portugal, Luxemburgo, Alemania y España que registran los mayores incrementos con respecto al año base. En el caso español, el gasto contabilizado en 1996 era casi 3,5 veces mayor que el correspondiente a 1980 cuando en nuestro país no estaba aún vigente el sistema actual de cobertura universal y financiación pública mayoritaria.

Pero al margen de la dimensión del sector público sanitario español en el ámbito comparado de la Unión Europea, las principales diferencias entre países a finales del pasado siglo eran las relativas a la población protegida y a las prestaciones sanitarias (atención primaria, atención especializada, farmacia y otras prestaciones) ofrecidas por cada sistema de salud.

**TABLA 3.12. POBLACIÓN PROTEGIDA Y PRESTACIONES DEL SEGURO SANITARIO PÚBLICO EN LOS PAÍSES DE LA UE\***

PAÍSES	BENEFICIARIOS	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	FARMACIA	OTRAS PRESTACIONES
<b>Alemania</b>	Asalariados, pensionistas, parados, estudiantes, agricultores, asegurados voluntarios (incluidos cónyuges e hijos, con algunos límites).	Libre elección del médico.  Asistencia gratuita (los asegurados voluntarios pueden optar por el reembolso de los costes).	Gratuita en general (excepto tratamientos no convencionales).  Gastos hospitalarios: pago por día entre 7,1 y 8,6 ECUs durante, como máximo, las primeras dos semanas (posible reembolso de los costes).	Participación general en el coste (entre 4,6 y 6,6 ECUs).	Posibilidad de reembolso en ciertos gastos dentales, financiación de gastos en prótesis, servicios ópticos, etc. Financiación de diversos cuidados y ayudas a domicilio.
<b>Austria</b>	Asalariados, pensionistas, parados, algunos trabajadores autónomos, asegurados voluntarios (incluidos cónyuges e hijos -con límites de edad- si no están asegurados personalmente). No existe seguro obligatorio si los ingresos son inferiores a 275 ECUs al mes.	Libre elección de médico (entre los concertados).  Pago de 3,60 ECUs por cada episodio de enfermedad (excepto niños, jubilados e indigentes).	Atención hospitalaria: pago máximo de 5 ECUs por día, durante un período máximo de 28 días al año. Familiares de los asegurados: pago del 10% de los costes durante 4 semanas.	Pago de 3,10 ECUs por prescripción (medicamentos autorizados).  Fármacos gratuitos para enfermedades contagiosas o personas de recursos insuficientes.	Algunos servicios dentales cubiertos (en estos casos, pago de 3,60 ECUs por episodio, salvo niños, jubilados e indigentes).
<b>Austria</b>	Asalariados, pensionistas, parados algunos trabajadores autónomos, asegurados voluntarios (incluidos cónyuges e hijos -con límites de edad- si no están asegurados personalmente). No existe seguro obligatorio si los ingresos son inferiores a 275 ECUs al mes.	Libre elección de médico (entre los concertados).  Pago de 3,60 ECUs por cada episodio de enfermedad (excepto niños, jubilados e indigentes).	Atención hospitalaria: pago máximo de 5 ECUs por día, durante un período máximo de 28 días al año. Familiares de los asegurados: pago del 10% de los costes durante 4 semanas.	Pago de 3,10 ECUs por prescripción (medicamentos autorizados).  Fármacos gratuitos para enfermedades contagiosas o personas de recursos insuficientes.	Algunos servicios dentales cubiertos (en estos casos, pago de 3,60 ECUs por episodio, salvo niños, jubilados e indigentes).  Financiación parcial de servicios ópticos, prótesis, etc.  Financiación de ciertos chequeos, asistencia a domicilio y gastos de transporte.
<b>Bélgica</b>	Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, incapacitados, estudiantes de enseñanza superior (incluidas personas a cargo del asegurado bajo ciertas condiciones).	Libre elección de médico. Pago adelantado con reembolso según tarifas. En general, participación en el coste (máx. 25%, en ciertos cuidados se eleva hasta el 40%). Por encima de cierta cantidad anual, la asistencia es gratuita. Régimen preferencial para inválidos, pensionistas, viudas/os y huérfanos con ingresos inferiores a un máximo.	Libre elección de hospital entre los establecimientos concertados. Pago de cantidad fija por hospitalización: 27 ECUs. Pago por día de 11 ECUs diarios (3,7 ECUs en casos excepcionales). Esta cantidad varía a partir del 9º día y del 91º día.	Fármacos para enfermedades graves: gratuitos. Participación en el coste en función de la utilidad terapéutica: entre un 25% y un 80% (con techos máximos para ciertos casos). Participaciones reducidas para inválidos, pensionistas, viudas/os y huérfanos.	Reembolso gastos en servicios dentales, prótesis, servicios ópticos, etc.



**TABLA 3.12. POBLACIÓN PROTEGIDA Y PRESTACIONES DEL SEGURO SANITARIO PÚBLICO EN LOS PAÍSES DE LA UE\***

PAÍSES	BENEFICIARIOS	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	FARMACIA	OTRAS PRESTACIONES
<b>Dinamarca</b>	Residentes.	<p><b>Categoría 1:</b> libre elección (2 veces al año) entre los médicos del distrito. Asistencia gratuita si el servicio lo presta el médico elegido.</p> <p><b>Categoría 2:</b> libertad de elección, con una parte de los honorarios a cargo del asegurado.</p>	<p><b>Especialista:</b> <b>Categoría 1:</b> gratuita si el generalista elegido ha prescrito la consulta.</p> <p><b>Categoría 2:</b> una parte de los costes corre a cargo del asegurado.</p> <p><b>Atención hospitalaria:</b> libre elección entre los hospitales públicos regionales. Asistencia gratuita en hospitales públicos, privados concertados o privados no concertados si un hospital público prescribe el ingreso.</p>	Participación en el coste entre el 0% y el 50% según el tipo de fármaco.	<p>Financiación parcial de ciertos servicios dentales. Reembolso parcial de costes en prótesis y servicios ópticos.</p> <p>Financiación de diversos cuidados y ayudas a domicilio.</p>
<b>España</b>	Asalariados, pensionistas, beneficiarios de otras prestaciones, residentes con recursos insuficientes (incluidas personas a cargo del asegurado).	<p>Libre elección de médico generalista y pediatra en la región.</p> <p>Asistencia gratuita.</p>	<p>Posibilidad de elección de otros especialistas en consultas externas por áreas.</p> <p>Gratuita.</p>	Pago del 40% del precio (para medicamentos pertenecientes a la lista oficial), excepto pensionistas (gratuitos) y enfermos crónicos (10%).	Extracciones dentales, prótesis, asistencia a domicilio, transporte de enfermos.
<b>Finlandia</b>	Residentes.	Elección del médico limitada. Pago entre 8,40 y 17 ECUs según municipio, por las 3 primeras visitas en el año (excepto para menores de 15 años). Reembolso parcial de honorarios pagados a médicos privados, con límites.	<p>Pago de 17 ECUs por visita.</p> <p>Pago de 21 ECUs por día de hospitalización. Para tratamientos de larga duración, la participación se fija según los ingresos (con techos máximos). Reembolso parcial de costes en clínicas privadas.</p>	Pago de 8,50 ECUs más el 50% de la cantidad que exceda de esa suma para los medicamentos prescritos por un médico. Por encima de 541 ECUs pagados al año, reembolso total de costes. Para enfermedades graves o crónicas, reembolso de costes con condiciones.	Servicios dentales: participación en el coste según tarifas. En ciertos casos, reembolso parcial de costes. Prótesis, servicios ópticos, etc., cubiertos en ciertos casos. Reembolso parcial de costes de transporte
<b>Francia</b>	Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, estudiantes (incluidos familiares a cargo del asegurado, bajo ciertas condiciones)	Libre elección del médico. Pago adelantado con reembolso según tarifas. Participación en el coste, entre el 20 y el 30% según servicio.	Libre elección entre hospitales (públicos y concertados). Participación en el coste (en general, el 20%, 0% a partir del 31º día de ingreso) + 11 ECUs por día de hospitalización.	Participación en el precio (35 o 65% según el caso) excepto para enfermos crónicos.	Financiación parcial de algunos gastos dentales, prótesis, gastos ópticos, transporte por hospitalización, etc.



**TABLA 3.12. POBLACIÓN PROTEGIDA Y PRESTACIONES DEL SEGURO SANITARIO PÚBLICO EN LOS PAÍSES DE LA UE\***

PAÍSES	BENEFICIARIOS	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	FARMACIA	OTRAS PRESTACIONES
<b>Grecia</b>	Asalariados o asimilados, pensionistas y parados (incluidos familiares a cargo del asegurado).	No existe libre elección. Médico asignado por la aseguradora. Asistencia gratuita.	Gratuita.	Participación en el coste del 25% (10% en ciertos casos) de los fármacos prescritos, salvo en caso de enfermedades crónicas, accidentes laborales y maternidad (gratuitos).	Servicios dentales gratuitos (excepto 25% coste de las prótesis).  Financiación parcial de servicios ópticos, gastos de desplazamiento, etc.
<b>Irlanda</b>	Residentes habituales, personas con ingresos inferiores a un mínimo (incluidos familiares a cargo del asegurado). Derechos limitados para el resto de población.	<b>Personas con derechos plenos:</b> libre elección de médicos dentro de la región. Asistencia gratuita.  <b>Individuos con derechos limitados:</b> libre elección y pago total de costes (salvo enfermedades de larga duración).	Servicios de especialista en hospitales: gratuita.  Asistencia hospitalaria: gratuita para individuos con derechos plenos; para personas con derechos limitados pago de 32 ECUs por noche.  Visitas a urgencias no prescritas: 26 ECUs por la primera visita.	Fármacos gratuitos para individuos con protección completa.  Individuos con derechos limitados: reembolso de gastos superiores a 117 ECUs por trimestre y 41 ECUs por mes para enfermos de larga duración.  Gratuitos para ciertas enfermedades.	Servicios dentales, prótesis, servicios ópticos, etc., gratuitos para personas con derechos completos, menores de 6 años y alumnos de colegios públicos hasta los 14 años. Financiación parcial en resto de casos.  Ayudas a domicilio y transporte bajo ciertas condiciones.
<b>Italia</b>	Residentes.	Libre elección (con limitaciones) de médico generalista  Asistencia gratuita.	En general, 36 ECUs por cada visita al especialista (también por cada análisis), excepto menores de 6 años, mayores de 65, enfermos graves y perceptores de pensiones bajas. Atención hospitalaria gratuita, libre elección del centro (público y concertado).	Pago entre el 0 y el 100% del precio por tipos de medicamentos según la gravedad de la enfermedad + Pago por receta (con alguna excepción en función de la edad y condiciones económicas).	Atención dental gratuita.
<b>Luxemburgo</b>	Trabajadores, pensionistas, parados, beneficiarios de ingresos sujetos a cotización, beneficiarios de complementos al ingreso mínimo garantizado, asegurados voluntarios (incluidos familiares a cargo del asegurado).	Libre elección del médico. Pago anticipado más reembolso por la aseguradora. Participación en los costes: 20% primera visita (por periodos de 28 días), 5% visitas siguientes.	Libre elección entre hospitales (con autorización de la aseguradora). Pago de 5,40 ECUs por día de hospitalización.	Participación entre un 0 y un 100% del coste según la clasificación de los fármacos.	Servicios dentales: reembolso parcial de costes según tarifas.  Financiación de prótesis, servicios ópticos, etc. Reembolso costes de transporte.
<b>Países Bajos</b>	<b>Ley de seguro de enfermedad:</b> trabajadores y pensionistas (bajo ciertas condiciones incluye cónyuge e hijos a cargo).  <b>Ley sobre gastos médicos excepcionales:</b> residentes y contribuyentes en Países Bajos.	Libre elección de médico (2 veces al año). Asistencia gratuita en general (salvo para ciertos cuidados).	Libre elección de hospital. Asistencia gratuita en habitaciones de clase inferior.	Para ciertos fármacos, se paga el coste que sobrepase cierta cuantía.	Servicios dentales, prótesis, servicios ópticos, etc.: gratuitos en general.



**TABLA 3.12. POBLACIÓN PROTEGIDA Y PRESTACIONES DEL SEGURO SANITARIO PÚBLICO EN LOS PAÍSES DE LA UE\***

PAÍSES	BENEFICIARIOS	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	FARMACIA	OTRAS PRESTACIONES
<b>Portugal</b>	Residentes.	Libre elección (entre públicos y concertados). ticket moderador variable fijado por el gobierno (excepto para ciertos grupos de población).	Especialistas: libre elección entre públicos y concertados.  Asistencia hospitalaria: libre elección entre hospitales públicos y concertados si hay lista de espera. Asistencia gratuita en habitación compartida (o individual si así lo decide el médico).	Según tipo de enfermedad: participación en el coste entre el 30 y el 60% (para medicamentos pertenecientes a la lista oficial). Rebaja del 15% para pensionistas con bajos recursos.	Servicios dentales: en general, gratuitos en centros públicos. Financiación parcial de servicios ópticos, prótesis, etc. Financiación del transporte de enfermos.
<b>Reino Unido</b>	Residentes.	Libre elección de médico. Asistencia gratuita.	Gratuita (excepción: demanda de servicios no necesarios clínicamente).	Pago de 8,5 ECUs por producto prescrito (algunos grupos de población excluidos, en función de la edad o condiciones económicas). Posibilidad de comprar bonos para fármacos prescritos gratuita e ilimitadamente durante su período de validez.	Financiación parcial de servicios dentales y ópticos, prótesis gratuitas, financiación gastos de transporte.
<b>Suecia</b>	Residentes.	Libre elección de médico. Participación en los costes entre 6,9 y 15 ECUs por visita.	Especialistas: pago entre 7 y 30 ECUs por tratamiento (visitas a urgencias: entre 11 y 34 ECUs).  Atención hospitalaria: libre elección entre hospitales públicos y privados concertados. Pago máximo de 9,20 ECUs por día.	Participación en el coste hasta 46 ECUs. Por encima de ese límite, reembolso entre el 50 y el 100% sobre dicha cantidad.	Servicios dentales gratuitos hasta los 20 años. Financiación gastos de transporte, etc.

---

Como se desprende de la información contenida en la tabla 3.12, aunque no todos los países definen la población protegida a partir del criterio de residencia (el más amplio de los posibles), en casi todos los países, y desde luego en el caso de España, la cobertura sanitaria puede considerarse prácticamente universal. Tan sólo en Irlanda y en los Países Bajos el criterio de residencia se encuentra efectivamente restringido. En el caso irlandés el criterio de residencia se restringe al de residencia habitual para garantizar la cobertura plena, mientras que en los Países Bajos los residentes sólo están protegidos por la que se denomina “Ley sobre gastos médicos excepcionales” pero no por la “Ley del seguro de enfermedad”.

En cuanto a las prestaciones de atención primaria, la asistencia es, en general, gratuita en algo más de la mitad de los Estados de la Unión Europea: Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda, Italia y Reino Unido. En un segundo grupo de países, dentro del que se encuentran Austria, Finlandia, Portugal y Suecia, está establecida la fórmula del copago en términos de cantidades fijas a pagar por visita realizada y/o por episodio de enfermedad, aunque con limitaciones en función de la edad o de las condiciones económicas de los usuarios. Finalmente, un tercer grupo de países en los que el copago se materializa en un porcentaje del coste total y que, por lo general, oscila entre un 20 y un 30%, si bien en algunos casos tales porcentajes difieren en función de que se trate de la primera o sucesivas visitas y, en ocasiones, se excluye también del pago a determinados colectivos. En este último grupo se incluyen Bélgica, Francia y Luxemburgo.

Salvo en Alemania e Italia, los países que prestan gratuitamente atención primaria ofrecen también a coste cero los servicios de atención especializada. En Italia y Portugal sólo es gratuita la asistencia hospitalaria y en el resto de países se halla establecida la fórmula del copago por día de hospitalización aunque sujeta a limitaciones temporales con el fin de aminorar el coste en tratamientos de larga duración.

La participación del usuario en el sufragio del gasto farmacéutico se encuentra prácticamente generalizada en los países de la Europa comunitaria. Así, salvo en el caso de Irlanda en donde el acceso a los medicamentos es gratuito para la población completamente protegida, la participación en el coste de los fármacos se instrumenta a través del pago de una cantidad por cada fármaco prescrito mediante el pago de un porcentaje del coste total del mismo. El copago mediante el abono de una cantidad fija por fármaco prescrito está vigente en países como Suecia, Reino Unido, Alemania y Austria, mientras que el copago mediante el abono de un porcentaje sobre el coste total es la fórmula establecida en el resto de países, excepción hecha de Alemania e Italia en los que se combinan ambas fórmulas de copago. Por lo general, los porcentajes de

participación en el precio de los medicamentos varían en función de un conjunto de variables entre las que se barajan la edad o las condiciones económicas de los usuarios, la gravedad o cronicidad de las enfermedades y la utilidad terapéutica de los fármacos.

En particular y dejando al margen el caso sueco, en donde la fórmula del copago se aplica en todo el ámbito sanitario, Austria la aplica en la atención primaria y en la atención hospitalaria, con excepciones (niños, jubilados e indigentes) en la primera mientras que en la segunda, los familiares de los pacientes abonan un porcentaje de los costes, con un tope temporal. También, se abona una cantidad por prescripción farmacéutica, salvo gratuidad para determinadas enfermedades o personas con recursos insuficientes.

En Alemania, hay que satisfacer un copago diario por la prestación de los servicios sanitarios, con un máximo temporal. Asimismo, se debe hacer frente, mediante una cantidad fija, a la dispensación de medicinas que se encuentran fuera del sistema de precios de referencia, mientras que si existe un precio fijado, para un tipo de productos, se establece un porcentaje sobre el precio del medicamento y el tamaño del envase; aproximadamente el 15% de la población está exenta de esta contribución por razones socioeconómicas, minoría de edad o situación de embarazo.

En Bélgica, la atención hospitalaria es gratuita en los casos de enfermedad grave y existe un “tícket moderador” en dolencias leves, con un límite sobre el coste. Por lo que se refiere a la atención farmacéutica, se establecen cinco categorías de medicamentos según la severidad de la enfermedad, con diferentes escalas de copago por parte del paciente.

Francia aplica a la atención hospitalaria un “tícket moderador” basado en un porcentaje del coste y en un “forfait” hospitalario por una determinada cantidad/día y, además, una aportación al pago de los medicamentos según una tasa relativa a la severidad de la enfermedad. Aproximadamente, el 75% de la población tiene seguros complementarios por los que reciben reembolsos adicionales del coste de los medicamentos.

En Holanda el pago se estipula en un porcentaje de los costes de atención hospitalaria, con un máximo anual. Por lo que respecta a la atención farmacéutica, el asegurado sólo paga las cantidades que excedan de los precios de referencia marcados; por lo que, en la práctica, el índice de copago es casi nulo.

La atención hospitalaria es gratuita en Italia; mientras que los medicamentos con receta se dividen en tres categorías: los esenciales y para enfermedades crónicas se financian por el sistema público, los de interés terapéutico se financian a la mitad y el resto no reciben financiación pública.

En Portugal la atención hospitalaria es gratuita y en la atención farmacéutica se distingue entre activos y jubilados a la hora de pagar los medicamentos, con diferentes divisiones en las modalidades de pago, de forma similar al caso italiano.

Por último, en el Reino Unido la atención hospitalaria es gratuita, salvo que el paciente demande servicios o tratamientos especiales que clínicamente no se entiendan necesarios. No obstante, cuando los pensionistas ingresan en un hospital existe un régimen especial por el cual su pensión se reduce de una forma específica. En los servicios farmacéuticos los pacientes pagan una cantidad por receta prescrita, a excepción de algunos de ellos que se encuentran exentos por una serie de circunstancias, representando, aproximadamente 3/5 partes de la población y el 80% de todas las recetas.

Se constata pues que el copago es ya una práctica generalizada en la Europa de los quince. Con la participación directa del paciente en el coste de las prestaciones sanitarias (atención hospitalaria y/o farmacéutica) en el momento de utilizarlos, se intenta disuadir la utilización abusiva de estos servicios y arbitrar una fuente accesoria de financiación.

Más concretamente, esta fórmula contributiva persigue algunos de los objetivos que se relacionan a continuación, entre sí estrechamente relacionados:

- **Financiación adicional** para asegurar el mantenimiento de los servicios de salud.
- **Racionalización del uso de servicios sanitarios**, al buscar que el ciudadano sólo los utilice cuando sean realmente necesarios.
- **Moderación del gasto sanitario** (“ticket moderador”) consecuencia directa de la racionalización del uso.
- **Concienciación sobre el coste** sanitario de los servicios.

Por lo demás, el copago tiene siempre un efecto de freno de la accesibilidad a los servicios sanitarios. Su importe puede ser fijo o bien variar en función de las características del paciente o usuario o del tipo de servicio o producto.

Atendiendo al usuario, puede implantarse mediante una tasa única para todo demandante o variable en función del nivel socioeconómico del paciente. En el segundo caso se preserva el principio de la equidad, haciendo oscilar la tasa en consonancia con el nivel de renta del solicitante. En cuanto al producto o servicio, la cuantía del copago puede variar también según el coste o la naturaleza del servicio o producto ofertado.

---

Es de resaltar también que algunos de los países que han introducido el copago cuentan con sistemas de reaseguramiento. Esta modalidad permite la realización de un contrato con una entidad aseguradora que, a cambio de una prima periódica, cubra los gastos en concepto de copago por una eventual utilización de los servicios. La experiencia no parece sin embargo haber sido exitosa pues, además de haberse incrementado el gasto, el reaseguro acaba por diluir el posible efecto disuasorio del uso excesivo que tiene el copago. Como ejemplo más ilustrativo puede contemplarse el caso francés, donde existe un seguro especial para el copago.

Acudiendo a la aplicación práctica del sistema de copago, España lo estableció en la atención farmacéutica para pacientes activos, estando el pago a abonar directamente relacionado con el precio de venta al público del producto y haciendo variar el porcentaje de repercusión según que se trate de un medicamento destinado a un problema agudo o crónico u otro tipo de fármacos. La población jubilada está exenta de esta modalidad de copago del gasto farmacéutico. La experiencia comparada a este respecto es más que elocuente en el caso de Italia, donde se introdujo el copago de medicamentos para los jubilados, luego se abandonó y posteriormente se volvió a implantar.

### **3.5. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD DESCENTRALIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA COMPARADA**

Las propuestas de perfeccionamiento del modelo actual de financiación sanitaria debieran encaminarse a garantizar los principios de equidad y suficiencia financiera en el reparto de los fondos sanitarios, respetando siempre la autonomía de decisión de las comunidades autónomas.

Así planteado, el problema de la financiación sanitaria no es sino un problema de asignación de recursos cuya resolución requiere el establecimiento de un mecanismo de distribución que sea teóricamente sólido, concite el consenso entre las partes afectadas y ofrezca una interpretación de la Ley General de Sanidad capaz de resolver la aparente contradicción de su articulado (Calsamiglia, 1992).

Los mecanismos de distribución ensayados afrontan el problema desde dos líneas o perspectivas alternativas. Desde la primera, la llamada “línea de gasto”, se intenta estimar el gasto necesario para garantizar la provisión de los servicios transferidos y repartir los ingresos

---

precisos para su financiación. La segunda, la denominada “línea de ingreso” o “espacio fiscal”, se propone como la garantía de una financiación estatal básica derivada fundamentalmente de la participación de las regiones en determinados impuestos, y complementada con el esfuerzo fiscal propio de las comunidades autónomas (Urbanos y Utrilla, 2000).

El enfoque de la línea de gasto se basa en la territorialización de los ingresos como subvención central cerrada a favor de los entes regionales, a partir del gasto estimado por el gobierno como necesario para financiar los servicios transferidos, estimado, a su vez, a partir de distintos parámetros que se juzguen para ello relevantes. Por su parte, la segunda alternativa se fundamenta en una financiación básica garantizada por el gobierno central a través de hacer equivaler dicha financiación con la participación en determinados impuestos, pudiendo acompañarse de otros niveles complementarios por parte del gobierno regional. Con ello se posibilita un espacio de autonomía financiera a favor de las haciendas regionales. Dicha financiación “abierta” permite que éstas puedan adecuar en el margen los niveles de gasto a las necesidades sanitarias propias, a través de un esfuerzo fiscal complementario (López i Casanovas, 1999).

Estas dos alternativas no son, sin embargo, las únicas formas de solucionar el problema de la financiación sanitaria territorializada. Entre las soluciones propuestas desde la línea de gasto y la línea de ingreso, cabe una amplia gama de soluciones intermedias. Y desde luego la una no excluye a la otra, pues, a menudo, la opción por una de las dos se compatibiliza con la utilización complementaria de la otra.

Entre los criterios más comúnmente utilizados para la distribución de recursos en aquellos países que han optado por la línea de gasto, sobresalen los siguientes:

- El coste efectivo de la prestación de los servicios sanitarios.
- El criterio capitativo simple o puro, consistente en asignar los recursos en función del porcentaje de población de la región con respecto a la población total nacional.
- El criterio capitativo compuesto que ajusta la distribución de recursos que resultaría de la aplicación del criterio anterior en función de las distintas necesidades de cada población.

Obviamente, la elección de un criterio u otro no es neutral. En la literatura existe un cierto consenso acerca de que un sistema de financiación territorializada de los servicios sanitarios, basado exclusivamente en el criterio del coste efectivo (e histórico), soslaya la existencia de desigualdades en la dotación inicial de los servicios, en el gasto per cápita, en la morbilidad, en la estructura demográfica o en los movimientos poblacionales. Para corregir estas desigualdades, muchos países han optado por un sistema de financiación

---

basado en el criterio capitativo. Pero si se quiere garantizar la consecución del principio de equidad, entendido éste como la atención a la población protegida, se hace preciso modular el criterio capitativo puro con la ponderación de una serie de factores de carácter demográfico, económico o de cualquier otro, con incidencia en el consumo de bienes y servicios sanitarios. Entre estos factores o variables y para el caso español, las propuestas más habituales ponen el énfasis en la estructura demográfica (edad y sexo), saldo de desplazados, nivel de renta per cápita, aspectos geográficos (dispersión, índice de urbanización, insularidad) e infraestructuras sanitarias (Gamazo, Gayubo y Sañudo, 2001).

Como antes apuntábamos, desde el inicio del proceso de descentralización territorial con las primeras transferencias de asistencia sanitaria en España, el porcentaje de participación en el presupuesto del INSALUD de cada comunidad autónoma estuvo fijado en función de la población residente en la misma. Se hacía así efectivo el criterio de población protegida previsto en la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 82. Los posteriores acuerdos del Consejo de Política Financiera y Fiscal de 1994 y 1997, vinieron a actualizar los cálculos conducentes a la determinación de las cifras de población protegida y a crear fondos adicionales para financiar la asistencia prestada a desplazados fuera de su comunidad, compensar las pérdidas de población protegida y racionalizar el gasto por prestaciones de incapacidad transitoria. Finalmente, la Ley 21/2001 cambió el modelo de distribución de recursos basado en el criterio capitativo de población protegida, por una nueva fórmula de distribución del Fondo General entre comunidades autónomas en la que la población protegida pondera un 75%; la población mayor de 65 años, un 24,5%, y la insularidad, un 0,5%.

Esta modulación de la capitación implementa las recomendaciones efectuadas por la mayoría de los estudiosos del sistema sanitario español, orientadas a corregir las asignaciones de recursos resultantes de la aplicación del criterio capitativo simple. Al respecto, el informe de la Universidad de York (1999) sobre “modelos de capitación y ajuste de riesgos en la prestación de servicios sanitarios” ponía de manifiesto, tras comparar los modelos de financiación de diecinueve países occidentales, que España era el único que seguía aplicando el criterio de capitación simple, sin corrección alguna por otros criterios al objeto de garantizar el cumplimiento del principio de equidad.

Para contemplar las diferencias en la necesidad sanitaria de las personas es preciso introducir ajustes a la cifra de población que, a modo de prima aseguradora en función del riesgo, cubran con suficiencia las necesidades de todos los ciudadanos de la región, atendiendo al criterio de equidad. Dado el diferente impacto que la inclusión de una u otra variable tiene sobre las dotaciones a asignar a cada comunidad autónoma, no parece fácil ciertamente llegar a un consenso sobre las variables de necesidad que, en todo caso, habría que incorporar al modelo de distribución de recursos. Como señala Cabasés (2001), no todas las variables de necesidad gozan de la misma legitimidad por lo que, en principio,

---

sólo deberían utilizarse aquéllas con mayor y más demostrable incidencia sobre el consumo de servicios sanitarios.

Pero mucho más importante que el cambio introducido por la Ley 21/2001 desde el criterio de capitación simple hasta el criterio de capitación ponderada, es sin duda el cambio derivado de la integración de la financiación sanitaria en el sistema general de financiación autonómica que, en último extremo, supone sustituir un modelo diseñado desde la línea de gasto con transferencias finalistas condicionadas desde la Administración Central, por otro que, desde la línea de ingreso o espacio fiscal, potencia el desarrollo de la capacidad fiscal propia de las comunidades autónomas a la par que les otorga una mayor autonomía para diseñar sus políticas de prestación de servicios sanitarios y para decidir sobre la evolución del gasto sanitario público regional.

En tanto en cuanto la financiación de la sanidad se incluye dentro del presupuesto general de cada comunidad autónoma, el modelo de financiación establecido por la precitada ley se corresponde con un modelo de carácter integral o generalista. El hecho, sin embargo, de que el presupuesto sanitario esté diferenciado del resto del presupuesto y se estipule el volumen mínimo de recursos que anualmente han de dedicarse a la financiación de la sanidad, hace que, en realidad, el nuevo modelo sea una especie de “híbrido” entre los modelos finalistas y los integrados.

Ante la ausencia de un fundamento teórico sólido con el que apoyar los mecanismos de reparto propuestos, el recurso a la comparación con otros países se revela como un instrumento de análisis adecuado. La comparación debe realizarse, eso sí, teniendo en cuenta el modelo de organización de la sanidad vigente en los países susceptibles de análisis. En nuestro caso, carecería de lógica comparar a España con países como Estados Unidos o Suiza con sistemas sanitarios que pivotan sobre la oferta y la demanda privadas. Plantea también problemas la comparación con algunos países de nuestro entorno más próximo, como Francia, Alemania e incluso Portugal, con sistemas de aseguramiento social o mutualismo. Como señala García Vargas (2005), la comparación debe hacerse con países que aplican el modelo de Servicio Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal y financiación mayoritariamente pública.

Entre los países del entorno comunitario europeo que cuentan con un Sistema Nacional de Salud se encuentra el bloque de países cuya evolución del gasto sanitario antes comentábamos (Irlanda, Reino Unido, Italia, Grecia y Portugal) además del bloque de países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega). Otros países comunitarios como Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Holanda, cuentan con distintos Sistemas de Seguridad Social pero no con Sistemas Nacionales de Salud propiamente dichos. Por otra parte, Australia y Canadá son países en los que existen instrumentos de financiación sanitaria descentralizada que han sido tomados como referencia en distintos momentos del proceso autonómico español. Estos

dos países presentan, como también ocurre en España, una distribución muy desigual de la población y de los niveles de actividad económica; lo que, como señalan Herrero y Utrilla (2002), obliga al establecimiento de sistemas de compensación entre territorios para garantizar una provisión similar de servicios públicos en todo el ámbito nacional.

Por todo ello, en lo que sigue examinamos desde una perspectiva comparada los sistemas de financiación sanitaria vigentes en Australia, Canadá, Italia y Reino Unido. A estos efectos nos servimos del trabajo presentado por los precitados Herrero y Utrilla (2002) en la jornada técnica de la Asociación de la Economía de la Salud.

### 3.5.1. Australia

Australia cuenta, desde 1984, con un Sistema Nacional de Salud, que da cobertura sanitaria a la mayor parte de la población (el aseguramiento público no es obligatorio) y se financia principalmente con el conjunto de ingresos del gobierno central y sólo marginalmente con contribuciones obligatorias de los trabajadores.

Con respecto a la distribución de competencias sanitarias entre los diferentes niveles de gobierno, hay que resaltar el papel predominante de los Estados (gobiernos regionales) en la provisión de los servicios sanitarios y del gobierno central en la financiación de los mismos. Además, el gobierno federal es el encargado de regular los principios, características básicas y objetivos del sistema sanitario, así como de aprobar las prestaciones y estándares de calidad a alcanzar en todos los territorios.

En lo que se refiere a la financiación de la sanidad descentralizada, los Estados contaban, hasta el año 2001, con dos tipos de transferencias. Por una parte, percibían un importante volumen de recursos en forma de transferencias generales (*General Purpose Payments*), que podían gestionar libremente sin restricciones del gobierno federal. Estas transferencias se repartían en proporción inversa a la capacidad fiscal y en proporción directa a las necesidades de gasto regionales, a partir de los indicadores elaborados por la *Commonwealth Grants Commission*. La capacidad fiscal se medía desde una perspectiva normativa, teniendo en cuenta lo que se podría recaudar en un territorio aplicando la presión fiscal media del país y no lo que efectivamente se recaudaba. Las necesidades de gasto se estimaban a partir de variables como la población por edades, sexo y composición socio-económica, el tamaño de la administración y de los servicios prestados, la población aborigen e inmigrante, la dispersión de la población, el coste de los inputs, etc.

Estas transferencias fueron parcialmente sustituidas en 2001 por la recaudación procedente de un impuesto de nueva creación que grava la venta de bienes y servicios

---

(*Goods and Services Tax*) de tal manera que el funcionamiento actual de los *General Purpose Payments* tiene un carácter residual, como instrumento de nivelación interterritorial.

Junto a estos recursos de naturaleza incondicionada, los Estados vienen percibiendo un conjunto de transferencias específicas (*Special Purpose Payments*), entre las que destacan las *Hospital Funding Grants*, destinadas a financiar el gasto sanitario. Se trata, en este caso, de recursos condicionados, cuya condición fundamental es que los Estados beneficiarios provean tratamiento sanitario gratuito a todas aquellas personas que no hayan optado por un aseguramiento privado. El incumplimiento de esta condición puede dar lugar a la devolución de los recursos transferidos.

El reparto de las transferencias hospitalarias se realiza básicamente a partir del criterio capitativo, corregido por la edad y el sexo de la población beneficiaria, así como por algunos indicadores del coste regional de los inputs.

Por lo tanto, dos son los instrumentos financieros que actúan como garantes de un nivel similar de servicios sanitarios en todo el territorio australiano. Por una parte, los fondos hospitalarios se asignan bajo la condición de prestar un acceso universal y gratuito a quienes no se acojan a un seguro sanitario privado, lo que garantiza una cobertura equitativa de toda la población. Por otra, las transferencias de nivelación, que tienen en cuenta las necesidades financieras diferenciales de los territorios, garantizan la igualdad de recursos por unidad de necesidad a todos los Estados.

Una vez repartidos los recursos entre territorios, corresponde a cada gobierno estatal el reparto de los mismos entre los distintos productores sanitarios. La financiación de los servicios de atención primaria se realiza a partir de un sistema de tarifas previamente aprobadas por el gobierno federal. En el caso de los servicios de atención hospitalaria, las últimas reformas sanitarias han llevado a una financiación que depende básicamente de la duración de la estancia de los pacientes.

### 3.5.2. Canadá

El Sistema Nacional de Salud canadiense, conocido como MEDICARE, garantiza una asistencia sanitaria universal y gratuita a todos los ciudadanos canadienses, a partir de los principios de provisión establecidos en la *Canada Health Act* de 1984. La financiación del sistema procede principalmente de los ingresos generales de los gobiernos federal y provinciales, quedando excluidas las contribuciones a la Seguridad Social que en otros países financian parcial o totalmente las prestaciones sanitarias.

---

La financiación de la sanidad descentralizada en Canadá tiene lugar básicamente a través de *Canada Health and Social Transfer* (CHST), una transferencia en bloque cuyos recursos van destinados a financiar la sanidad, la educación post-secundaria y los programas de asistencia social. La articulación de la CHST se lleva a cabo a través de dos instrumentos. Por una parte, el gobierno central abate la tarifa de los impuestos que gravan la renta de las personas físicas y jurídicas, liberando espacio fiscal (el 14,865% en el impuesto sobre la renta personal y el 1% en el impuesto sobre los beneficios de las sociedades), para que las provincias puedan elevar sus propios tipos impositivos en estos impuestos. Por otra, se realiza un pago efectivo que, teniendo en cuenta lo que cada provincia recaudará con el espacio fiscal cedido, igualará los recursos disponibles por habitante en cada territorio.

Junto con esta transferencia específica, Canadá cuenta con una transferencia general de nivelación, que tiene como objetivo garantizar la provisión de niveles similares de servicios públicos en todo el territorio nacional. Esta transferencia niveladora se reparte en proporción inversa a la capacidad fiscal per cápita, de manera que aquellas provincias que, por su bajo nivel de actividad económica, dispongan de unos recursos tributarios inferiores al estándar nacional, percibirán un pago que las sitúe en ese nivel estándar, siempre que realicen un esfuerzo fiscal igual a la media nacional.

Como se ha podido observar, en ninguno de los instrumentos financieros analizados se tienen en cuenta las diferencias en los costes de suministro entre territorios causadas por diferencias en la estructura poblacional por edades y sexo, por diferencias en el coste de los inputs, por diferencias en la densidad de población, etc. Se asume que la prestación de los servicios públicos es igual de costosa en todos los territorios, pues se compensan los mayores costes de provisión de los territorios escasamente poblados con un menor coste de los inputs. Así, pues, en la medida en que no se produzca esta compensación y los costes de provisión difieran entre territorios, no tiene por qué quedar garantizado un acceso equitativo en igualdad de condiciones.

Desde el punto de vista de la suficiencia dinámica, los recursos destinados a financiar la transferencia sanitaria se incrementan anualmente en función del crecimiento del PIB.

Una vez más, esta previsión no tiene por qué garantizar la suficiencia dinámica si tenemos en cuenta que el gasto sanitario suele crecer a un ritmo superior que el PIB.

Junto con los instrumentos financieros analizados, hay que resaltar también la existencia de acuerdos bilaterales entre los distintos gobiernos provinciales para garantizar la cobertura supra-provincial, de manera que todos los ciudadanos puedan hacer uso de los servicios sanitarios en cualquier provincia en la que se encuentren. Los acuerdos prevén la compensación económica por la atención a pacientes desplazados, sobre la base de tarifas

---

previamente acordadas que dependen del servicio prestado, en el caso de la atención primaria, y de los costes hospitalarios, en el de la atención secundaria y terciaria. Estas tarifas se aprueban en un Comité interprovincial en el que están representadas todas las provincias, aunque algunas realizan cambios de carácter bilateral posteriormente. En cualquier caso, no todos los servicios están cubiertos para los pacientes desplazados y la cobertura no es homogénea en todos los territorios.

En lo que respecta a la distribución de los recursos provinciales entre productores, las provincias pagan a los médicos sobre la base de unas tarifas previamente acordadas entre los representantes gubernamentales y los representantes del colectivo de médicos.

### 3.5.3. Italia

El Sistema Nacional de Salud italiano, creado en 1975, realiza unas prestaciones sanitarias de carácter universal y comprehensivo, con un sistema de financiación en el que los recursos proceden mayoritariamente de los ingresos generales del Estado y de los gobiernos regionales.

La financiación de la sanidad regional italiana procede de una serie de instrumentos de reciente creación o de reciente cesión por parte del gobierno central. En primer lugar, las regiones cuentan con un impuesto regional sobre el valor añadido de las actividades productivas, que en 1997 sustituyó a las extintas contribuciones a la seguridad social y recae sobre todas las empresas, administraciones públicas y trabajadores por cuenta ajena. Desde 2001, los gobiernos regionales tienen autonomía para incrementar los tipos impositivos de este impuesto hasta un punto porcentual.

Adicionalmente, el gobierno central redujo un 0,5% su tarifa sobre el impuesto que grava la renta de las personas físicas, con el objeto de dejar espacio fiscal a las regiones para establecer un impuesto regional que sería gestionado junto al tributo central. Desde el año 2000, las regiones pueden establecer su tipo impositivo entre el 0,5 y el 1%, con el correspondiente abatimiento de la tarifa central. Además, las regiones cuentan con una parte del impuesto de hidrocarburos, que va desde 0,13€ hasta 0,156€.

Junto con todos estos recursos de carácter tributario, los gobiernos regionales perciben una transferencia a través del Fondo Nacional de Solidaridad, que cubre la diferencia entre la capacidad fiscal regional y las necesidades de gasto regionales estimadas por el gobierno central. Se trata de una transferencia incondicionada cuyo objetivo es la desaparición de las importantes diferencias en el nivel de prestaciones sanitarias entre el norte y el sur de Italia.

---

El Fondo de Solidaridad se nutre del 25,7% de la recaudación del Impuesto sobre el Valor Añadido. La transferencia a percibir por cada territorio es, como se ha dicho, la diferencia entre la recaudación imputable a cada región en función del consumo regional y la recaudación necesaria para cubrir las necesidades de gasto regionales medidas por la población ajustada.

Para finalizar la exposición de los recursos de que disponen los gobiernos regionales, hay que hacer alusión a la introducción reciente de un seguro social complementario, que las regiones podrán emplear para cubrir los servicios sanitarios que estén excluidos del paquete de servicios básicos delimitado a nivel nacional.

Una vez repartido este conjunto de recursos entre todas las regiones, corresponde a éstas realizar la distribución entre las unidades sanitarias locales, en función de un indicador de población ponderado por el peso de los grupos de población más intensivos en demanda. Existe, además, una compensación por la atención a pacientes desplazados, basada en los Grupos Relacionados con el Diagnóstico para los tratamientos de enfermos internados y en tarifas prefijadas para el resto de prestaciones sanitarias.

En lo que respecta a la suficiencia dinámica, hasta 2003 las regiones estaban obligadas a, al menos, mantener el volumen de recursos destinados a financiar la sanidad. Sin embargo, en la actualidad las regiones pueden decidir cuántos recursos dedicar a la sanidad, lo que, unido a la inexistencia de garantías de suficiencia dinámica por parte del gobierno central, hace que se puedan esperar tendencias divergentes en la evolución de los distintos sistemas sanitarios regionales.

### 3.5.4. Reino Unido

La provisión de los servicios sanitarios está, desde 1948, en manos del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*), cuyas competencias están repartidas en varios niveles gestores que, desde 1982 son: el Ministerio de Sanidad, las Autoridades Regionales Sanitarias y las Autoridades Sanitarias de Distrito, conocidas como “Autoridades Sanitarias” (HAs). Puesto que se trata de un Sistema Nacional de Salud, la financiación general se basa fundamentalmente en la recaudación impositiva del gobierno central, complementada en una pequeña parte por contribuciones a la Seguridad Social.

El Ministerio de Sanidad tiene competencias sobre la planificación general (aprobación de los planes anuales y trianuales en los que se determinan las prioridades del sistema) y la regulación básica, así como sobre la determinación del volumen de recursos a destinar a la sanidad y los criterios de reparto entre las distintas Autoridades Regionales.

Por su parte, las Autoridades Sanitarias Regionales perdieron una parte importante de su autonomía de gestión con la reforma de 1994, que las colocó como entes directamente dependientes del Ministerio de Sanidad. Hasta entonces, contaban con importantes funciones de supervisión y control, contratando directamente con los Distritos y con los *National Health Service Trusts* (NHSTs) los servicios que éstos debían suministrar a los ciudadanos. En todo caso, todavía son el órgano encargado de repartir los recursos percibidos del gobierno central entre los distintos Distritos que los componen.

En 1991 dio comienzo una reforma estructural del sistema con el objeto de introducir elementos de mercado en la provisión de los servicios sanitarios que fomentasen la competencia y generasen una reducción general de los costes de suministro. Para ello, se llevó a cabo la separación de la “contratación” respecto de la “producción” misma de los servicios. Mientras las Autoridades Sanitarias de Distrito ostentan las competencias de planificación, desarrollando los planes nacionales de salud, y de contratación de los servicios sanitarios, la prestación efectiva de éstos corresponde a los *National Health Service Trusts* y a los *Primary Care Groups* (PCGs), a través de un sistema contractual de larga duración (tres años).

Con respecto a la financiación de la sanidad descentralizada, el gobierno central es el que determina cuántos recursos destinar al sistema sanitario y, a partir de ahí, cuántos dedicar a la atención primaria y cuántos a la atención hospitalaria. Hasta los años 70, el reparto entre territorios de los recursos destinados a esta última se realizaba en función del gasto realizado en ejercicios anteriores, con algunos pequeños ajustes, lo que generaba importantes problemas de desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios.

Para evitar estos problemas, se encargó un informe a un grupo de expertos (*Resource Allocation Working Party*), que elaboró una propuesta de indicador de necesidades de gasto sanitarias basado en los grupos de edad y sexo de la población, así como en los 20 niveles de morbilidad regionales, aproximados por la tasa de mortalidad estandarizada.

Esta fórmula, que ha sido reformada en varias ocasiones, sigue constituyendo la piedra angular en el reparto de los recursos entre Autoridades Sanitarias Regionales. En el caso de la atención primaria, sin embargo, no existe un indicador equivalente a la fórmula RAWP, y el reparto se hace fundamentalmente en función del gasto realizado en ejercicios pasados.

Por su parte, las Autoridades Regionales reparten la mayor parte de los recursos entre los Distritos de su territorio basándose en la fórmula RAWP, aunque realizan algunos ajustes en función del gasto realizado en periodos anteriores.

### 3.5.5. La fórmula RAWP

Para garantizar el cumplimiento del principio de equidad, entendiendo por equidad la igualdad de acceso en función de la necesidad, e independientemente de factores tales como la etnia, edad, sexo, ocupación, clase social y lugar de residencia, la RAWP pondera el criterio caritativo simple con una serie de variables representativas de la estructura demográfica, de las condiciones socioeconómicas y sanitarias, así como de las diferencias en los costes de prestación de los servicios.

La introducción en el modelo de estas variables ajusta la distribución de recursos a la que conduciría la capitación pura mediante correcciones por las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios de los distintos grupos de sexo y edad (demografía), en la morbilidad y mortalidad de los distintos grupos sociales (necesidad) y en los costes relativos geográficos (*market forces factor*).

Desde un punto de vista teórico, procurar un reparto territorial de recursos financieros que garantice la igualdad de acceso a los servicios sanitarios para igual necesidad, requiere una definición precisa del concepto de necesidad relativa. En principio, como señala Cabasés (1998), el análisis de la necesidad relativa de servicios sanitarios debiera basarse en datos de morbilidad. Ante la imposibilidad de contar con información adecuada sobre morbilidad, se hace necesario encontrar variables proxy de la misma.

Así, la utilización de servicios es la medida escogida para estimar la necesidad relativa. Obviamente, la elección de esta variable conlleva asumir que los patrones asistenciales existentes son satisfactorios y que las necesidades de todos los grupos asistenciales se ven reflejadas por igual en las medidas de utilización que se empleen, lo que a menudo no se corresponde con la realidad. Aun así, las carencias e insuficiencias de la información disponible impiden encontrar aproximaciones alternativas al concepto de necesidad relativa. Tales dificultades explican que desde su primera aplicación en 1976, la RAWP haya sido objeto de un continuo proceso de revisión y mejora.

Recientemente, la fórmula RAWP ha vuelto a ser revisada al objeto de poder ser aplicada no a las catorce regiones sanitarias tradicionales sino a las cien áreas o distritos resultantes de la nueva demarcación del sistema sanitario inglés. Esta reformulación ha traído consigo mayores dosis de sofisticación a la hora de aproximar las variables de necesidad relativa que, sin embargo, siguen basándose en la utilización de servicios, al perdurar la falta de medidas fiables de morbilidad.

La nueva RAWP estima la necesidad relativa como una función de tres factores: la estructura de edades, las necesidades sanitarias locales y la diferencia en costes de los servicios sanitarios en algunas zonas del país. A diferencia además de las versiones anteriores,

que excluían las operaciones de capital, la nueva RAWP se aplica a todo el presupuesto sanitario, tanto corriente como de inversión.

La racionalidad subyacente al nuevo modelo de financiación parte de la consideración de que la demanda sanitaria viene determinada por las necesidades sanitarias de la población y por la oferta de servicios existente. La primera de estas dos variables se aproxima a través de una serie de variables de estado de salud y de otros determinantes sociales de demanda sanitaria. La segunda, la oferta de servicios existente, actúa como restricción al exceso de demanda limitando la cantidad, pero, también, en sentido contrario, como inducción de demanda. Adicionalmente se considera que parte de las variaciones en la oferta se ven influidas por la utilización pasada y por las necesidades, además de por otros factores socioeconómicos. Como consecuencia, la oferta deviene en variable endógena del modelo y la estimación de éste permite determinar simultáneamente la utilización y la oferta de servicios.

Para aislar los efectos de la oferta sobre la utilización de servicios en las áreas territoriales, se introduce el concepto de utilización normativa, entendiendo por tal aquella atribuible exclusivamente a la necesidad. Ésta es la base del cálculo del primer ajuste, por estructura de edades, que trata de captar los costes de los episodios de ingreso hospitalario por cada especialidad para los diferentes grupos de edad. Se estima el coste medio anual para el Sistema Nacional de Salud de una persona en cada grupo de edad (8 en total, con 3 en la banda alta: 65-74, 75-84 y más de 85 años) y se aplica a la población del distrito o área correspondiente para obtener una población ponderada por la estructura de edad (Cabasés, 1998).

Los indicadores adicionales de necesidad relativa, obtenidos a partir de la aplicación del modelo a una muestra de utilización hospitalaria en áreas de reducida población (no más de 9.000 habitantes), distinguen entre utilización de agudos y de procesos mentales. Para los primeros, la utilización es función de la razón estandarizada de mortalidad en menores de 75 años, incapacidad crónica en menores de 75 años, porcentaje de desempleados, porcentaje de pensionistas que viven solos y porcentaje de personas dependientes en hogares monoparentales. El índice para el sector psiquiátrico incluye otras variables que enfatizan algo más las situaciones de dependencia y aislamiento. Por dificultades de información no se incluye la variable dispersión geográfica de la población.

El tercer factor de ajuste pretende compensar por variaciones geográficas inevitables en el coste del personal no facultativo, edificios y terrenos. A tal fin, se establecen cuatro zonas de coste en el país al tiempo que se homologan las profesiones sanitarias con otras de la clasificación general de ocupaciones y se aplican las retribuciones de éstas para obtener las ponderaciones para el personal del Sistema Nacional de Salud. El índice resultante

-----

para cada grupo profesional es ponderado según la proporción de gasto sanitario público destinado a cada grupo, excluyendo la contratación externa. Para las diferencias de coste en terrenos y edificios, se utilizan los costes específicos por distritos. No se incluyen diferencias de costes en equipamiento (Cabasés, 1998).

## 4. ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA APLICADOS EN ESPAÑA



## 4. ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA APLICADOS EN ESPAÑA

El Sistema Nacional de Salud, en su sentido más amplio, no sólo comprende las prestaciones sanitarias de la seguridad social gestionadas en la actualidad por las CCAA, sino que entendido como el conjunto de las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, comprende también el resto de la asistencia sanitaria gestionada por el Estado (Mutualidades de funcionarios, Mutuas de accidentes de trabajo, etc.), así como las prestaciones sanitarias otorgadas por las Corporaciones Locales.

No obstante para analizar los distintos modelos de financiación del Sistema Nacional de Salud que se han aplicado en los últimos años, el trabajo se centra únicamente en el análisis de la financiación de la asistencia sanitaria de la seguridad social que en la actualidad gestionan todas las CCAA.

Con este marco, en el análisis de la financiación sanitaria de los últimos 20 años se pueden distinguir tres periodos diferenciados:

- Hasta el año 1992, periodo en el que la financiación sanitaria no se circunscribía a ningún modelo específico en cuanto a su importe y evolución.
- Desde 1992 hasta 2002, periodo en el que se implantaron distintos modelos plurianuales para el cálculo, la evolución y la distribución de la financiación sanitaria.
- A partir del año 2002, periodo en el que la financiación sanitaria se integra, con características diferenciadas, en la financiación general de las CCAA.

Estos periodos, coinciden además con el distinto ritmo de transferencias a las CCAA de la gestión de la asistencia sanitaria.

### 4.1. HASTA EL AÑO 1992: PERIODO SIN MODELO

En este periodo destacan tres aspectos fundamentales:

- **La descentralización progresiva de la gestión** en distintas CCAA.  
En el año 1981 se produce la primera transferencia de gestión de la asistencia sanitaria a una Comunidad Autónoma (Cataluña), continuándose con Andalucía (1984), Comunidad Valenciana País Vasco (1987) y Galicia y Navarra (1990).
- **La implantación de un régimen mixto** en cuanto a las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria (cotizaciones sociales e impuestos).

---

En el año 1989 la asistencia sanitaria de la seguridad social comienza a ser financiada mayoritariamente por el Estado. El proceso culmina en el año 1999 en el que se hace efectiva la separación de fuentes de financiación de las prestaciones de la seguridad social derivada de los Pactos de Toledo y establecida en la Ley 24/1997 de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social.

- **La inexistencia de un modelo de cálculo** del importe de la financiación sanitaria, su evolución y su distribución entre las CCAA.

El cálculo de la financiación para hacer frente al gasto sanitario se realizaba en función de las disponibilidades presupuestarias en cada año sin referencia a la evolución efectiva del gasto sanitario, lo que originó tensiones financieras por la insuficiente asignación de recursos en relación con el importante crecimiento del gasto sanitario y motivó la existencia de diversos planes de saneamiento de las deudas sanitarias.

Los criterios de asignación de recursos entre CCAA fueron heterogéneos. La publicación en el año 1986 de la Ley General de Sanidad, marco de referencia para los criterios de reparto de la financiación sanitaria entre las CCAA en este periodo, se produjo después del traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria a dos CCAA lo que obligó a la instauración de un periodo transitorio para adecuar la participación de cada CCAA a los criterios de dicha Ley.

A finales de este periodo, marcado por un importante crecimiento del gasto sanitario que dio origen a importantes tensiones financieras en la sanidad, se empieza a plantear la necesidad de proceder al análisis del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y así por el Pleno del Congreso de los Diputados se aprobó en el mes de febrero de 1990 una Proposición no de Ley por la que se instó al Gobierno a la constitución por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de una Comisión para análisis, evaluación y propuestas de mejoras del Sistema Nacional de Salud.

Los trabajos de la Comisión quedaron recogidos en el coloquialmente llamado “Informe Abril” y muchas de sus conclusiones y recomendaciones mantienen todavía su vigencia, aunque no fueron aplicadas en el futuro desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

## **4.2. 1994-2001: MODELOS PRESUPUESTARIOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA**

En este periodo se aprueban dos modelos de financiación de características muy semejantes; el primero para el periodo 1994-1997 y el segundo para el periodo 1998-2001.

---

La financiación de la asistencia sanitaria a las CCAA se realiza mediante transferencias finalistas que se dotan en el presupuesto del INSALUD, de acuerdo con los criterios de los modelos vigentes.

Durante este periodo se ralentiza el proceso de traspaso de competencias de asistencia sanitaria a las CCAA, ya que únicamente se realiza el correspondiente a Canarias en el año 1994.

### 4.2.1. Modelo de financiación sanitaria 1994-1997

En el año 1992, coincidiendo con la aprobación del último plan de saneamiento de las deudas del INSALUD, se empieza a estudiar la necesidad de dotar a la financiación sanitaria de un marco estable, ajustado al gasto, que permitiera su planificación y racionalización, de forma que no se produjeran nuevas insuficiencias presupuestarias, lo que dio origen al primer modelo de financiación sanitaria aprobado para el periodo 1994-1997.

Este modelo tuvo como características más importantes las siguientes:

- **Temporalidad:** Establece los criterios para el cálculo del importe y la evolución de la financiación sanitaria para un periodo determinado (1994-1997), dotando, por tanto, a tal financiación sanitaria de un marco estable que permita la planificación de la cobertura de las necesidades sanitarias.
- **Suficiencia y estabilidad financiera:** Se intenta adecuar la financiación con el gasto sanitario que efectivamente se está produciendo. Para ello se tomó como referencia el gasto efectivo de 1993, minorado en 900 millones de euros por medidas de racionalización del gasto sanitario. Para dotar de estabilidad a la financiación sanitaria, se vincula su crecimiento anual a la tasa de crecimiento del PIB nominal.
- **Unificación de criterios de reparto:** Se establece el criterio capitativo como criterio unificado de reparto de la financiación entre las CCAA de régimen común (País Vasco y Navarra siguen con su financiación específica). La referencia para este criterio es la población censal del año 1991, excluidos los colectivos de las Mutualidades de funcionarios, acogidos a entidades de seguro sanitario privado.

Este criterio capitativo se matiza, introduciendo, por primera vez, una dotación específica destinada a compensar los gastos derivados de la atención a pacientes desplazados de otras CCAA (60 millones de euros en el año 1995).

- **Disciplina presupuestaria:** Entendiendo que se dota al sistema de suficiencia financiera, se establece el carácter limitativo de los créditos del presupuesto del INSALUD, de forma que la cobertura de posibles insuficiencias requerirá la aprobación de un crédito extraordinario.

## 4.2.2. Modelo de financiación sanitaria 1998-2001

A pesar de que la aprobación del modelo de financiación sanitaria del periodo 1994-1998 supuso un paso muy importante en orden a dotar de suficiencia y estabilidad a tal financiación, durante su vigencia siguieron produciéndose desajustes entre la financiación y el gasto sanitario debido, entre otras causas, a que la minoración que se realizó en la base de partida por medidas de racionalización del gasto no se tradujo en la implantación de medidas específicas.

El Pleno del Congreso de los Diputados, el 11 de junio de 1996, acordó constituir, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura. En el Acuerdo adoptado por esta Subcomisión se puso de manifiesto la necesidad de estudiar y adaptar la financiación sanitaria bajo los principios de suficiencia y estabilidad financiera.

En base a estos principios se aprobó un nuevo modelo de financiación para el periodo 1998-2002, cuyas características básicas son las siguientes:

- **Suficiencia y estabilidad financiera:** Se adicionan nuevos recursos a la financiación sanitaria para garantizar su suficiencia (1.192 millones de euros) en el año 1998 y 150 millones de euros más en el año 2000. Su distribución es la siguiente:

	MILLONES €
· Garantías de financiación	333,22
· Compensación pacientes de desplazados y docencia	458
· Control de Incapacidad Temporal	150,25
· Racionalización del gasto farmacéutico	390,66
<b>TOTAL</b>	<b>1.192,18</b>

Es de destacar que el volumen de recursos que se adicionaron en el primer año de este modelo de financiación, es muy similar al que se detrajo del gasto efectivo, para calcular la financiación del primer año en el anterior modelo, por medidas de racionalización del gasto sanitario, lo que corrobora que tales medidas no se implantaron efectivamente.

Al igual que en el modelo anterior se vincula el crecimiento anual de la financiación sanitaria a la tasa de variación del PIB nominal.

- **Homogeneidad en la distribución de recursos:** Al igual que en el modelo anterior se establece el criterio capitativo para el reparto de la financiación entre las CCAA de régimen común. La referencia para este criterio es la población censal del año 1996, excluidos los colectivos de las Mutualidades de funcionarios, acogidos a entidades de seguro sanitario privado.

No obstante, se matiza este criterio mediante la dotación de un fondo específico para financiar los gastos originados por los pacientes desplazados entre Comunidades Autónomas, así como el mayor gasto por docencia y excelencia de los Centros.

- **Eficiencia en el gasto sanitario:** Se establecen dos programas específicos para la racionalización del gasto.
  - **Programa de control de la incapacidad temporal,** por el que se dotan fondos para la financiación sanitaria en función del cumplimiento de determinados objetivos de control del gasto en incapacidad temporal.
  - **Programa de racionalización del gasto farmacéutico,** por el que se establecen una serie de medidas encaminadas a este objetivo, entre las que destacan el desarrollo de una política activa de medicamentos genéricos, la restricción de la financiación pública de determinados medicamentos de baja utilidad terapéutica y los acuerdos firmados con la industria farmacéutica sobre retornos en función de los niveles de ventas.

### 4.2.3. Datos sobre liquidación del presupuesto sanitario

En el cuadro siguiente figuran los datos relativos al presupuesto del INSALUD y su liquidación en el periodo en el que estuvieron vigentes los dos modelos de financiación sanitaria analizados.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Presupuesto</b>	17.101,68	19.377,04	20.941,80	21.407,24	22.943,22	24.319,82	26.161,07	27.777,83
<b>% incremento</b>	...	13,30	8,08	2,22	7,18	6,00	7,57	6,18
<b>Liquidación</b>	19.385,74	19.920,28	21.191,96	21.585,66	23.505,20	24.906,10	26.507,06	28.397,00
<b>% incremento</b>	...	2,76	6,38	1,86	8,89	5,96	6,43	7,13

---

## 4.3. SISTEMA DE FINANCIACIÓN DESDE 2002

A finales del año 2001 concluyeron de forma simultánea la vigencia de los dos sistemas de financiación de las CCAA de régimen común: el sistema de financiación de las competencias comunes regulado en la Ley Orgánica de financiación de las CCAA y el modelo de financiación sanitaria regulado para el periodo 1998-2001.

Esta coincidencia, junto con la voluntad de proceder a realizar a todas las CCAA los traspasos pendientes en materia de asistencia sanitaria y de dotarlas de una mayor autonomía en la gestión de sus ingresos y gastos como forma de avanzar en la corresponsabilidad fiscal, propició la posibilidad de buscar un marco integrado de financiación general de las CCAA.

### 4.3.1. Análisis del Sistema de Financiación

El nuevo sistema aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera y regulado, con algunas modificaciones, por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de autonomía, ostenta dos características novedosas sobre los anteriores modelos de financiación:

- **Vocación de permanencia:** No se prevé su caducidad, a diferencia de sus predecesores, que tenían vigencia quinquenal (competencias comunes) y cuatrienal (asistencia sanitaria).
- **Carácter integrador:** Integra los tres bloques de competencias de las CCAA: competencias comunes, asistencia sanitaria y servicios sociales. La financiación de la asistencia sanitaria, dada su importancia social, se integra con unas características diferenciadas, tanto en los criterios de reparto de la financiación como en las garantías para asegurar su suficiencia.

El análisis del sistema puede realizarse desde dos vertientes: El origen de la financiación, y la aplicación de dicha financiación, es decir, el importe y los criterios de reparto entre las distintas CCAA.

### 4.3.2. Origen de los recursos

El nuevo sistema amplía el principio de corresponsabilidad fiscal para posibilitar la financiación de las nuevas competencias (fundamentalmente la asistencia sanitaria), para lo cual:

- Se amplía la cesión de determinados impuestos: Cesión parcial del IVA (35%) y de los Impuestos Especiales sobre la Cerveza, Vino y Bebidas Fermentadas, productos intermedios, alcohol y bebidas derivadas, hidrocarburos y labores de tabaco y del 100% de los Impuestos Especiales sobre la Electricidad, sobre Determinados Medios de Transporte y del nuevo Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos.
- Se atribuyen mayores competencias normativas a las CCAA sobre algunos de los impuestos cedidos (IRPF, impuestos sobre el patrimonio, sobre sucesiones y donaciones, sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados, sobre determinados medios de transporte y sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos).
- Se prevé la posible aplicación de un tipo autonómico en el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos y con afectación de la recaudación a la financiación de la sanidad o de actuaciones medioambientales.

No obstante ampliarse la cesión de impuestos, el sistema garantiza a las CCAA la prestación de servicios en términos equivalentes, con independencia de su capacidad de obtener recursos tributarios, a través de las transferencias del Estado integradas en el Fondo de Suficiencia, fondo que variará anualmente de acuerdo con la evolución del ITE nacional, cuando el importe sea a favor de la CCAA y del ITE regional cuando sea a favor del Estado. Únicamente dos CCAA (Baleares y Madrid) tienen Fondo de Suficiencia a favor del Estado.

### 4.3.3. Aplicación de los recursos

El nuevo sistema establece tres bloques competenciales diferenciados: competencias comunes, asistencia sanitaria y servicios sociales.

Centrado el análisis en el bloque competencial de la asistencia sanitaria, el sistema tiene las siguientes características:

- **Las necesidades de financiación** se calculan en base al resultado de la liquidación definitiva del INSALUD del ejercicio 1999.
- **El reparto** de esta financiación se realiza de acuerdo con los siguientes criterios:
  - **Población protegida:** 75%. Esta población se calcula de la misma forma que en los anteriores modelos de financiación sanitaria, con datos del Padrón de 1999.

- **Población mayor de 65 años:** 24,5%. Este criterio supone considerar que el gasto sanitario de una persona mayor de 65 años es en torno a 3 veces el de una persona menor de tal edad.

- **Insularidad:** 0,5%. La asignación por esta variable se efectúa en función de la distancia entre las capitales insulares y la península.

· Se establecen dos **fondos específicos:**

- **Fondo del programa de ahorro en incapacidad temporal.** Dotado en 240,40 millones de euros para el año 2002. Su finalidad es financiar la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto en incapacidad temporal y su efectiva percepción por las Comunidades Autónomas está vinculada a los convenios que se suscriban, a estos efectos, con la Seguridad Social.

Su importe se integra en las necesidades de financiación de cada CA, por lo que no se trata de un fondo adicional.

- **Fondo de cohesión sanitaria,** cuya finalidad es garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio nacional y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de otros con convenio de asistencia recíproco. Su importe si es adicional y se dota anualmente en el Presupuesto del Estado (en el año 2002 se dotaron 60,10 millones de euros).

· Se establecen distintas **garantías** de suficiencia de la **financiación:**

- Se respeta el **status quo** del año base, de forma que ninguna CCAA experimenta una disminución de su financiación por la aplicación de los nuevos criterios de reparto. La aplicación de esta garantía conllevó un incremento de la financiación de 528,2 millones de euros.

- Se establece la obligatoriedad de destinar cada año un **volumen mínimo de recursos a la financiación de la asistencia sanitaria,** calculados en el importe que resulte de aplicar al valor establecido para estos servicios en el año base, el índice de crecimiento del ITE nacional, vinculando todos los recursos financieros del sistema a tal fin.

La aplicación efectiva de esta garantía se ha instrumentado finalmente como la obligatoriedad de destinar a la financiación de la asistencia sanitaria los recursos proporcionados por determinados impuestos y la parte del fondo de suficiencia que corresponda a la financiación de la asistencia sanitaria

- Se establecen también garantías en cuanto a la evolución de la financiación. Así se garantiza que:
  - La financiación en el año 2002 para las CCAA que tenían transferida la asistencia sanitaria será, como mínimo, la obtenida en el último año del sistema anterior (1998-2001)
  - Durante los tres primeros años, el índice de evolución de la financiación de la asistencia sanitaria se corresponderá, como mínimo, con la tasa de evolución del PIB nominal.
- Se garantiza un nivel mínimo de prestación de los servicios de asistencia sanitaria mediante las asignaciones de nivelación. Se establece que queda afectado el nivel de prestación de la sanidad en una CA, cuando el incremento porcentual de la población protegida, debidamente ponderada por la edad, entre un año y el siguiente, sea superior en más de tres puntos al incremento que experimente la media nacional. En este caso, se analizarán conjuntamente con el Estado las causas para ver si procede tal asignación.

## 4.4. PROBLEMÁTICA DEL VIGENTE SISTEMA DE FINANCIACIÓN

Transcurridos tres años de aplicación del vigente sistema de financiación de las CCAA, es importante analizar de qué forma su funcionamiento ha cumplido el objetivo de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud y qué problemas se han suscitado respecto a la financiación que aporta para la asistencia sanitaria.

Como cuestiones puntuales se considera importante analizar como se ha desarrollado el funcionamiento de los dos fondos específicos que comprende: programa de ahorro en incapacidad temporal y fondo de cohesión.

- Respecto al fondo correspondiente al **programa de ahorro en incapacidad temporal**, tal como se ha indicado, su importe está integrado en las necesidades de financiación de cada CA, que constituyen un mínimo garantizado de financiación (suficiencia financiera), por lo que la vinculación de su percepción al cumplimiento de objetivos determinados, podría vincular asimismo la suficiencia financiera de las CCAA a dicho cumplimiento.

La gestión del fondo por la Seguridad Social y la imposición de convenios con objetivos ambiciosos de reducción del gasto por incapacidad temporal, gasto vinculado también

---

a distintas variables que escapan al control de los servicios sanitarios, ha originado, en estos primeros años de vigencia del sistema, que ninguna CCAA haya cumplido los convenios, con lo que han dejado de percibir gran parte del importe de este fondo, lo que lleva a plantearse si ha quedado afectada la suficiencia financiera de las CCAA, conformada como uno de los principios fundamentales del sistema de financiación.

Sería lógico que la incentivación del control de la incapacidad temporal se hiciera con fondos al margen de los importes que financian el gasto consolidado de las CCAA para no incidir en su nivel de suficiencia financiera y además vincular los objetivos a variables cuyo control dependa en su totalidad de los servicios sanitarios.

- En cuanto al **Fondo de Cohesión**, su regulación posterior (Real Decreto 1247/2002) modifica el contenido con el que se creó en el sistema de financiación, ya que, en el caso de pacientes desplazados españoles, únicamente financia los desplazamientos asociados a determinados procesos por patologías complejas, y sólo parte de su coste y no su totalidad, lo que puede originar problemas en cuanto al desplazamiento de pacientes entre CCAA.

Además en el caso de pacientes extranjeros el Fondo de Cohesión no compensa por la asistencia sanitaria, de los residentes en España, sino únicamente de la correspondiente a los transeúntes. Teniendo en cuenta que el colectivo de tales residentes no se tuvo en cuenta en la población fijada en el modelo de financiación y que los gastos por los que se producen tales ingresos los están soportando las CCAA, se plantea la duda sobre el título jurídico por el que está el Estado recaudando y no repartiéndolo a las CCAA unos ingresos por unos servicios que están prestando dichas CCAA.

Por último, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, amplió los ámbitos a financiar por el Fondo de cohesión sanitaria a una serie de programas (usos tutelados, servicios de referencia y planes integrales) que no se han desarrollado hasta la fecha y que difícilmente pueden desarrollarse con el importe actual de dicho Fondo.

Otras cuestiones que podrían incidir en la suficiencia financiera del sistema son las siguientes:

- Ya que las necesidades de financiación se calcularon a partir de la liquidación del año 1999, no se ha tenido en cuenta el crecimiento real de los gastos en cada una de las CCAA hasta el año 2002, en el que se efectuaron las transferencias a todas las CCAA.

Este factor puede distorsionar el criterio de mantenimiento del status quo que establece el sistema, en relación con las CCAA anteriormente gestionadas por el INSALUD, ya que los crecimientos interanuales en cada CA, lógicamente serían distintos en función

---

del desarrollo de nuevos servicios que se produjo en cada una de ellas en el periodo 1999-2002.

- Al calcularse las necesidades de financiación de cada CA en función de las liquidaciones del año 1999 en cada una de ellas, pueden consolidarse las desigualdades territoriales que existieran en aquella fecha.

Esta distorsión del sistema afecta fundamentalmente a las CCAA deficitarias de servicios y que desplazaban pacientes a otras CCAA y que, por la aplicación de este criterio, podrían disponer en la actualidad de una financiación insuficiente para poner en marcha los servicios que anteriormente no tenían.

- No se ha previsto el fuerte incremento de población que se ha producido en los últimos años como consecuencia de la inmigración, ya que las asignaciones de nivelación únicamente operan para incrementos diferenciados de población en una CCAA respecto del resto y no respecto a incrementos globales de población. No cabe duda de la incidencia que está teniendo este incremento sobre el crecimiento del gasto sanitario.

Además al establecerse de forma estática (con los datos censales de 1999) la valoración de los criterios para el reparto de la financiación y no tenerse en cuenta la evolución de dichos criterios, la financiación en los años sucesivos puede no responder a las necesidades sanitarias que se deriven del cambio en los factores demográficos en cada CA (mayor envejecimiento de la población en unas CCAA respecto a otras).

- El sistema aporta en cada año el 98% de la financiación, liquidándose el 2% restante dos años después, lo que supone un cambio respecto a los anteriores sistemas en los que se presupuestaba el 100% de las dotaciones que correspondían, dejándose únicamente para la liquidación los importes que pudieran deducirse por la variación del PIB real en relación con el estimado en la presupuestación, además de que las liquidaciones se realizaban el año inmediatamente posterior.

Aunque la financiación se recupera después, el desfase ha podido producir en los dos primeros años del modelo una financiación insuficiente respecto al gasto consolidado, con la consiguiente generación de deudas.

- No está resuelta la forma en que quedan integrados en el modelo de financiación los distintos ingresos por servicios prestados a terceros obligados al pago:
  - Una parte de tales ingresos la está recaudando el Estado sin repartirla entre las CCAA (extranjeros residentes y cuotas del Mutualismo Administrativo). En párrafos

---

anteriores se ha explicado el problema de los extranjeros residentes. Respecto a las cuotas del Mutualismo Administrativo y a pesar de que el colectivo al que se atiende sí se tuvo en cuenta en el modelo de financiación, no está resuelto el título jurídico en virtud del cual recauda el Estado las cuotas ni la forma en que se compensa a las CCAA por la variación del colectivo al que atienden. Como ejemplo, el ISFASS ha ampliado la opción de atención por el sistema público a todo su colectivo sin arbitrar ninguna compensación adicional a las CCAA.

- Otra parte se recauda por el Estado y se reparte entre las CCAA (extranjeros transeúntes). Además de que no se entiende por qué sí se reparten los ingresos correspondientes a los gastos de asistencia sanitaria de este colectivo y no los correspondientes a los extranjeros residentes, la variación en estos ingresos, a cargo de un importe fijo dotado para el fondo de cohesión anualmente, incide en el importe a repartir entre las CCAA para el resto de los desplazados no extranjeros. Es decir, si se reparten más ingresos por extranjeros, porque aumenta la facturación, se reparten menos ingresos por el resto de desplazados.
- Otra parte se está recaudando por las CCAA (accidentes de tráfico, privados, convenios de asistencia rural del Mutualismo administrativo, Instituciones Penitenciarias, etc.). La indefinición provoca, por ejemplo en el caso del Mutualismo Administrativo, que la cuota global se negocie e ingrese en el Estado y sin embargo, las cuotas por asistencia sanitaria en zonas rurales se negocien e ingresen en las CCA.
- Otra permanece en una indefinición no resuelta todavía (accidentes de trabajo, seguro escolar, etc.) Esta indefinición origina que no se estén abonando a las CCAA servicios sanitarios realizados a terceros con cobertura de otros seguros obligatorios como el seguro escolar o el accidente de trabajo.

En cualquier caso, la evolución real del gasto sanitario en los años transcurridos desde la implantación del sistema ha demostrado que la financiación que comporta es insuficiente para hacer frente al nivel actual de gasto sanitario. Esta situación no es nueva, ya que los modelos de financiación sanitaria que se han aplicado en los últimos años, se convirtieron en insuficientes transcurridos pocos años desde su implantación, obligando a que en el modelo siguiente se inyectaran nuevos fondos para la financiación de la sanidad.

El problema, por tanto, no es sólo de modelo de financiación sino de evolución del gasto sanitario y de los factores que condicionan su crecimiento, por lo que el estudio de la financiación debe complementarse con el estudio de estos factores, con la finalidad de intentar configurar propuestas que puedan ayudar a las sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

## 5. FACTORES CONDICIONANTES DEL GASTO SANITARIO



## 5. FACTORES CONDICIONANTES DEL GASTO SANITARIO

El análisis de los modelos de financiación sanitaria aplicados en España hasta la fecha pone de manifiesto la existencia de un elemento común a todos ellos: la orientación hacia la cobertura del coste efectivo de los servicios prestados, sin análisis previo del destino de los fondos y del comportamiento y posibles actuaciones ante los principales determinantes del gasto sanitario, y el grado de adecuación del mismo para conseguir mejoras en el estado de salud de la población.

Mientras se financie el gasto, cuanto mayor sea éste, mayor será la financiación que habrá de aportarse en un futuro, máxima que está fuertemente arraigada en amplios sectores del sistema sanitario, y que se ha visto reforzada por la aplicación de los sucesivos planes de saneamiento, y cambios en el modelo de financiación.

Desde el año 1999 hasta 2001, el gasto sanitario público ha crecido a un ritmo anual real, descontado el efecto de la inflación del 2,8%. La variación en la población total y el envejecimiento progresivo de la misma son responsables de poco más de una tercera parte de este crecimiento, de forma que el crecimiento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) ha sido el principal factor que ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario público (López Casanovas y cols. 2004).

En este contexto se considera pertinente analizar los principales factores que condicionan el gasto sanitario, y que en consecuencia deberían ser tenidos en cuenta a la hora de proponer mejoras del actual modelo de financiación o un eventual cambio del mismo. Estos factores los hemos agrupado en torno a características de la población protegida, las prestaciones cubiertas y la forma de proveerlas y el modelo de gestión del Sistema Nacional de Salud.

### 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA

En el modelo definido por nuestro Sistema Nacional de Salud, el reconocimiento de la condición de ciudadano lleva asociado el derecho a la asistencia sanitaria, y por tanto al consumo de servicios sanitarios financiados por fondos públicos. Sin embargo, no existe un procedimiento “automático” por el que el reconocimiento de la condición de ciudadano implique un mecanismo, igualmente automático, de reconocimiento de la financiación del coste de su atención sanitaria, acorde con la previsión de servicios que necesitará de acuerdo con sus características sociodemográficas.

### 5.1.1. Número de habitantes

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud reconoce como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a “... todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación; los nacionales de los Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y los convenios suscritos.”

De acuerdo con estos criterios, las personas con derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria con cargo a las CCAA son al menos los 43.197.684 habitantes recogidos en el Padrón 2004. Esta cifra supone 2.697.893 habitantes más (6,6%) que los existentes al finalizar 1999, año base empleado para el cálculo de la financiación sanitaria a las CCAA que recibieron las competencias el 1 de enero de 2002 (tabla 5.1).

**TABLA 5.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN PADRÓN**

	<b>Año 2000</b>	<b>Año 2002</b>	<b>Año 2004</b>
<b>Nº habitantes</b>	40.499.791	41.837.894	43.197.684
<b>% inmigrantes</b>	2,3%	4,7%	8%

La cifra de habitantes recogida en el Padrón probablemente no incluye, al menos en su totalidad, a todos los inmigrantes que residen en España, cuyos patrones de salud y uso de los servicios sanitarios parecen diferir de la población autóctona, a la vista de lo que los escasos estudios publicados al respecto hasta la fecha parecen indicar.

Así ya se han observado algunas tendencias de cuáles van a ser los riesgos de salud de los inmigrantes, entre los que destacan los problemas relacionados con la violencia y la salud materno-infantil: Las mujeres emigrantes están más expuestas a la violencia doméstica, tienen un déficit de consejo respecto a los recursos sanitarios idóneos para dar a luz y peores índices de morbilidad infantil que las mujeres autóctonas. Otros estudios señalan que los inmigrantes usan más los servicios de urgencias y participan menos en las actividades preventivas, aunque utilizan de forma intensiva otros servicios de Atención Primaria (entre el 20 y el 25% de los pacientes que atiende un médico de Atención Primaria en Andalucía son inmigrantes).

## 5.1.2. Envejecimiento

Una de los principales factores sociodemográficos que deben afrontar los países occidentales es el progresivo envejecimiento de la población.

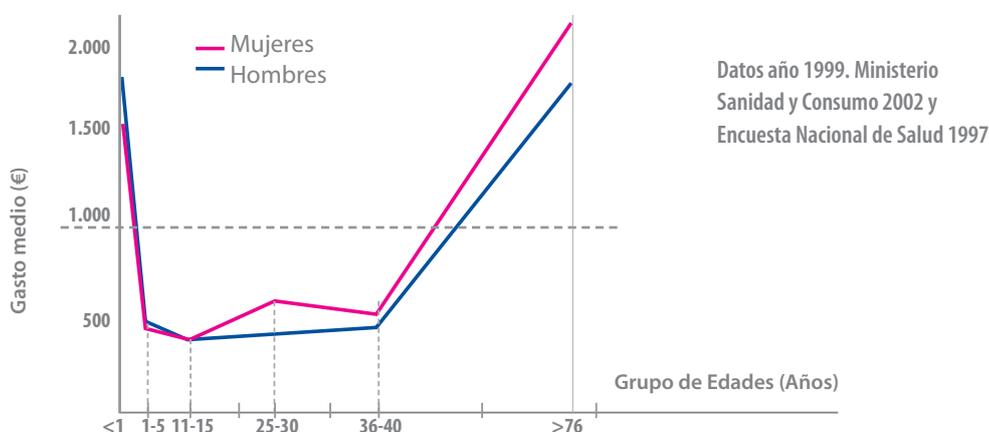
En los próximos 20 años, la población mayor de 65 años experimentará un crecimiento del 28% en los países de la OCDE. Además, este proceso es especialmente agudo en Europa, el área más envejecida del planeta y con un ritmo de envejecimiento más elevado: entre 1998 y el 2050 se prevé que la media de edad de la población aumentará de 37 a 47 años, estimándose que gran parte del envejecimiento de la población en los próximos 20 años (hasta el 2020) se concentrará de forma desproporcionada en el tramo de edad comprendido entre los 65 y 75 años.

En los últimos años, el centro de debate sobre el envejecimiento de la población se encuentra en la presión que provocará sobre el crecimiento del gasto social y sanitario.

Sin lugar a dudas la mayor parte del incremento del gasto sanitario viene determinado como veremos en los apartados 5.2. y 5.3. por la evolución de factores no demográficos como son la intensidad de la atención, el coste de los tratamientos o el desarrollo de nuevas tecnologías médicas. Todos estos factores, a diferencia del envejecimiento sí son susceptibles de regulación futura, y por tanto en gran medida socialmente controlables.

Sin embargo no es menos cierto que el coste de la atención sanitaria de una persona aumenta a medida que aumenta la edad (según algunos de forma exponencial), como se pone de manifiesto en los gráficos que se muestran a continuación, referido el primero a datos de nuestro país y a trece países de la OCDE el segundo.

**Gráfico 5.1. GASTO SANITARIO Y EDAD. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1997**



Fuente: Adaptado de Gasto Sanitario y Envejecimiento. Fundación BBVA. 2003

## Gráfico 5.2. GASTO SANITARIO POR GRUPOS DE EDAD EN 13 PAÍSES DE LA OCDE

Los cuadros adjuntos ofrecen evidencia del impacto de la demografía por grupos de edad a partir de las observaciones de distintos países.

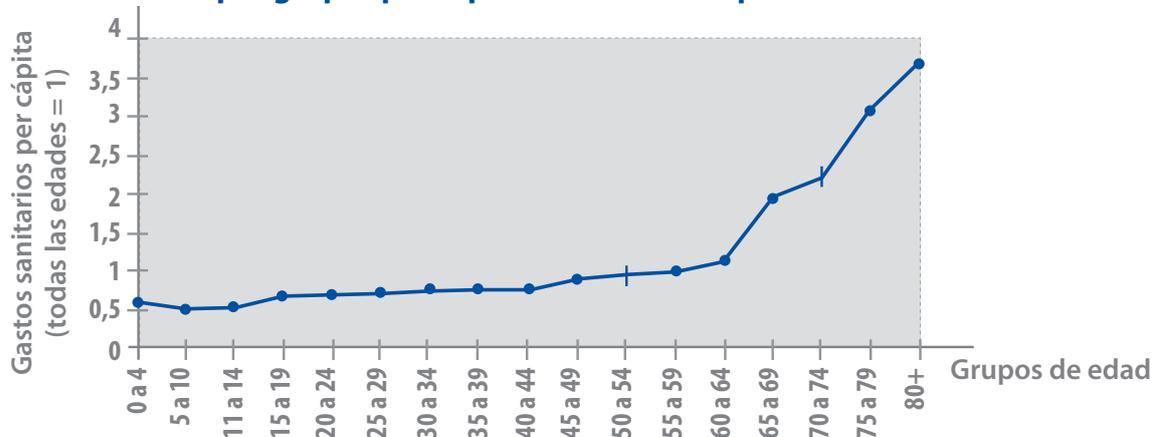
### CUADRO 1. GASTO SANITARIO PER CÁPITA POR GRUPOS DE EDAD (0-64 = 100)

PAÍSES	AÑO	65-74	65 +	75 +
Fílandia	1990	281	395	552
Francia	1991	220	296	373
Alemania	1994	234	268	317
Holanda	1994	...	442	...
Portugal	1991	140	169	214
Suecia	1990	230	283	343
Reino Unido	1993/1994	254	388	559
<b>UE media 7</b>		<b>227</b>	<b>320</b>	<b>393</b>
Australia	1989/1990	277	404	598
Canadá	1993	...	475	...
Japón	1993	309	479	573
Nueva Zelanda	1994/1995	233	388	616
Suiza	1991	255	400	570
EE.UU.	1987	314	417	522
<b>OCDE media 13</b>		<b>250</b>	<b>370</b>	<b>476</b>

Notas: Francia: 60-69, 60+ y 70+. Japón: 65-69, 65+ y 70+. Reino Unido: sólo Inglaterra.

Fuente: OECD, Health Data (1996)

### Gasto sanitario por grupos per cápita de edad en 13 países de la OCDE



La contundencia de los datos hace que el debate sobre envejecimiento y gasto sanitario se centre no en el hecho incuestionable de que ambos están relacionados, si no en el impacto que el primero tiene y tendrá a largo plazo sobre el segundo.

Por trascender en parte los objetivos de este informe sobre financiación sanitaria, revisaremos someramente las opiniones sobre el impacto en el largo plazo. En nuestro medio se estima que el incremento del gasto sanitario atribuible al envejecimiento será de aproximadamente el 0,7% anual del gasto sanitario real (Durán Heras, 2003). Por el contrario otros autores opinan que este crecimiento se desacelerará, toda vez que algunos estudios recientes indican que se está produciendo una reducción general en los niveles de dependencia entre las personas mayores. El estudio de Manton y otros (1997) sobre la evolución de los niveles de dependencia en los Estados Unidos en un periodo de 12 años (1982-1994) demuestra una caída significativa del nivel de dependencia entre la población mayor, a un ritmo de decrecimiento del 1,3% anual.

Centrándonos nuevamente en el impacto actual del envejecimiento sobre el gasto sanitario, procede revisar las causas y consecuencias de este impacto, con vistas a extraer conclusiones sobre la ponderación que el envejecimiento debe tener sobre la capitación pura a efectos del modelo de financiación sanitaria.

La mayor demanda de servicios sanitarios ligada al envejecimiento está en relación con la mayor exposición a enfermedades y contingencias propias de la vejez y “gran vejez”, y al aumento de la limitación permanente de la actividad ligada a la edad. Con respecto a la dependencia, un estudio realizado en una CA (Navarra, 1991), indica que 6 de cada 100 personas declararon padecer una limitación permanente de la actividad. Esta discapacidad aumenta con la edad, siendo de 19% en las personas entre 65 y 74 años, y de 22% en los mayores de 75 años. Esta prevalencia es ligeramente mayor en los hombres menores de 75 años, y 6 puntos mayor en las mujeres que en los hombres mayores de esa edad.

Como consecuencia de ambos factores (mayor exposición a enfermedades y mayor nivel de dependencia), el envejecimiento se traduce en una intensificación de los cuidados y del gasto medio, especialmente intensas en nuestro país dada la marcada orientación curativa del sistema sanitario español que hace que la población española sea demasiado dependiente del mismo.

Si quisiéramos valorar exactamente el mayor gasto relativo de las personas mayores deberíamos disponer de información sobre el gasto sanitario que realizan los distintos ciudadanos del país, y que esta información estuviera vinculada a su edad, y esta información no está disponible al menos en nuestro país. Por ello debemos acudir a estudios realizados en otros entornos.

---

La OCDE, en función de los datos antes expuestos, refleja en sus informes periódicos el que el gasto sanitario de los mayores de 65 años es 3,3 veces superior al del resto de los individuos.

En un estudio realizado en USA (Cutler y Meara, 1997), que toma como referencia el gasto sanitario medio de una persona de 35 a 44 años, comprueba que el gasto sanitario medio de las personas de 65 a 74 años es tres veces superior, el de las comprendidas entre los 75 y 84 es 4,5 veces superior y el de los mayores de 84 es hasta 5,5 veces mayor.

En el único trabajo realizado a nivel del Estado (Alonso y Hence, 1998) para conocer cuánto más gastan en servicios sanitarios las personas mayores en relación con las más jóvenes, se demuestra que las personas de entre 65 y 74 años gastan cuatro veces más que el patrón de comparación (las personas de 35 a 44 años), incremento que llega a ser de hasta 6 veces para los individuos mayores de 75 años.

Para reforzar la validez de estos datos, repasaremos algunos estudios que relacionan la edad con la utilización de servicios sanitarios.

Así, un estudio de la Comunidad Europea (1996) indica que la tasa de días de hospitalización era 4,3 veces superior en la población de 65 a 74 años y 6,1 veces en la de 85 años o más, frente al grupo de 16 a 24 años. Con respecto a los ingresos hospitalarios, la razón era de 2,5 veces para la población de 65 a 74 años y de 4 para los de 85 o más.

Otro estudio realizado en Canadá (1991) muestra que la tasa de hospitalización por mil habitantes para las personas entre 65 y 75 años era el doble (276 casos por mil) que para aquellos comprendidos entre los 45 y 65 años (133 casos por mil), y se doblaba otra vez para aquellas personas mayores de 75 años (462 casos por mil).

Un estudio de evolución de las altas hospitalarias en España y por CCAA en el periodo 1986 a 1998, realizado a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, indica que del incremento de altas habido en el periodo 27,2%, un tercio (9,9%) es debido al envejecimiento de la población. Mientras los grupos de edad de 65 a 74 años, y muy especialmente el de mayores de 74 años, han experimentado un fuerte crecimiento en el número de altas, en los menores de 55 años este crecimiento ha sido casi inexistente excepto en los menores de 5 años. La tasa de días de estancia es de 2,44 para la población de 65 a 74 años y de 3,95 para los mayores de 75 años.

Otro estudio, realizado en este caso en una CA (Navarra, 1997) pone de manifiesto que el 46% de las estancias de los hospitales de propiedad pública del Gobierno de Navarra correspondían a personas mayores de 65 años.

Finalmente, en el ya citado estudio de Alonso y Hencé (1998), se aportan los siguientes datos sobre utilización de servicios sanitarios por mayores de 65 años:

- A partir de los 60 años se produce un incremento de la estancia media y existe una mayor tendencia a sufrir un ingreso hospitalario. La estancia media es mayor en jóvenes (0-4 años) y mayores. La estancia media en mayores de 64 años es cinco veces mayor que en menores de 35 años. La probabilidad de ingresar en un hospital más de un día aumenta con la edad, multiplicándose por 7 para personas de 75 años en adelante.
- La probabilidad de acudir a las consultas médicas en el conjunto de la población se sitúa en el 63,3%, siendo inferior al 60% en menores de 50 años y alrededor del 80% para individuos de 65 años o más.
- El consumo farmacéutico en mayores de 45 años se incrementa de 100 € que gasta un individuo típico entre 31 y 35 años se pasa a los 350 € o más que gastan individuos de 71 años o más.

En España, los resultados nacionales de la encuesta de morbilidad hospitalaria reflejan que el consumo de estancias hospitalarias por parte de los pacientes mayores de 65 años y mayores de 75 es significativamente superior al de los restantes tramos etarios (hasta 64 inclusive), tal y como muestra la siguiente tabla:

**TABLA 5.1.1. RESULTADOS NACIONALES DE MORBILIDAD HOSPITALARIA**

AÑOS	Estancias / Población				
	> 65 (1)	> 75 (2)	< 65 (3)	Cociente (1) / (3)	Cociente (2) / (3)
1998	3,02	3,87	0,62	<b>4,90</b>	6,28
1999	2,76	3,59	0,60	<b>4,61</b>	6,01
2000	2,85	3,69	0,59	<b>4,82</b>	6,23
2001	2,31	2,96	0,51	<b>4,49</b>	5,76
2002	2,37	3,06	0,51	<b>4,67</b>	6,04

Fuente: INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Revisión del Padrón Municipal.

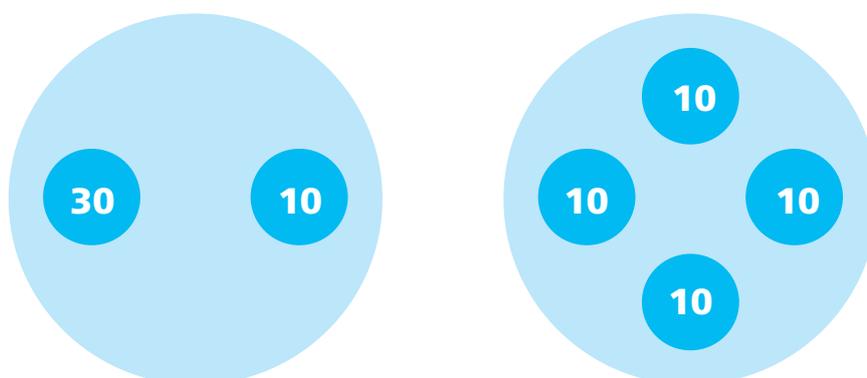
En el apartado 6.1.1 (“Envejecimiento”) del presente informe, referido a Castilla y León, están consignados los datos correspondientes a las estancias hospitalarias de nuestra Comunidad (Conjunto Mínimo Básico de Datos del año 2004).

### 5.1.3. Dispersión

La equidad en el acceso a los servicios es uno de los principios rectores de toda la ordenación del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, mejorar la accesibilidad geográfica a los servicios sanitarios está siendo uno de los principales objetivos de la gestión de las CCAA. Ello no sólo implica crear nuevos servicios en los nuevos núcleos de población, sino acercar la asistencia a núcleos de población dispersos y con frecuencia poco poblados, con el consiguiente encarecimiento del coste del servicio.

La dispersión forma parte de las variables distributivas para establecer la financiación de las competencias comunes de las CCAA, pero no se ha tenido en cuenta en la selección de las variables de distribución de la financiación sanitaria, probablemente debido a la escasez de estudios que relacionen el coste de los servicios sanitarios y la dispersión de la población.

La opción más simple para considerar la dispersión podría estar basada en la **densidad de población**, pero, en el siguiente gráfico, con dos ejemplos que tendrían la misma densidad, se puede ver que no se corresponde con el caso de Castilla y León, con muchos municipios y localidades, de pequeño número de habitantes.



En el caso concreto de la Atención Especializada, los resultados de la contabilidad analítica de los hospitales del extinto INSALUD (GECLIF. Gestión Clínico-financiera. Coste por proceso, 2001), ponen de manifiesto que los hospitales de menos de 200 camas tienen costes de producción significativamente más elevados que los hospitales de mayor tamaño.

Con respecto a la Atención Primaria y el transporte sanitario, la evidencia de que la dispersión incrementa el coste de los servicios sanitarios procede de estudios realizados por la propia Comunidad de Castilla y León.

Castilla y León, la comunidad más grande de Europa, tiene una densidad media de población de 26,47 habitantes por km<sup>2</sup>, frente a los 85 habitantes por km<sup>2</sup> de media nacional. Junto a este problema de baja densidad, la atomización en miles de minúsculos núcleos urbanos (más de 5.670 entidades locales menores con población inferior a 500 habitantes) genera una gran dificultad para asegurar la accesibilidad a los servicios sanitarios.

Frente a esta realidad, la Encuesta Nacional de Salud indica que los ciudadanos en Castilla y León tienen los recursos más accesibles que el conjunto del país, presentando tiempos de llegada a los servicios de salud y tiempos de espera menores que el conjunto nacional (ver tabla 5.2). Esto es posible gracias al efecto combinado de las dos políticas simultáneas: Dotar de centros y personal a los pequeños núcleos de población y mejorar el transporte sanitario.

**TABLA 5.2. TIEMPOS MEDIOS DE LLEGADA Y DE ESPERA**  
(Encuesta Nacional de Salud, 2003)

Comunidad Autónoma	Tiempo de llegada*	Tiempo de espera**
Andalucía	14,54	30,56
Aragón	13,30	20,59
Asturias	14,82	30,04
Baleares	17,41	30,00
Canarias	15,26	34,83
Cantabria	17,44	21,28
<b>Castilla y León</b>	<b>13,33</b>	<b>27,86</b>
Castilla-La Mancha	12,62	36,23
Cataluña	15,83	30,80
Com. Valenciana	12,64	31,21
Extremadura	14,73	35,52
Galicia	17,93	34,33
Madrid	13,96	30,02
Murcia	11,39	26,51
Navarra	12,31	18,53
País Vasco	14,39	15,60
Rioja La	11,69	20,13
Ceuta y Melilla	14,31	17,37
<b>España</b>	<b>14,46</b>	<b>29,97</b>

\* Tiempo medio, en minutos, que tarda en llegar un paciente desde su domicilio hasta el lugar de consulta. \*\* Tiempo medio, en minutos, que tiene que esperar en la consulta un paciente antes de ser atendido. Excluye consultas en lugar de trabajo y consultas en domicilio.

El logro de esta accesibilidad, ante la demostrada dispersión, tiene obviamente un coste (tabla 5.3 y gráfico 5.3.). Así frente a un coste medio de gastos de personal de Atención Primaria por persona protegida de 138,78 € para el conjunto de la Comunidad de Castilla y León, en Soria, donde la densidad de población es de 5,4 hab/Km<sup>2</sup>, el coste se eleva a 192,31€, frente a Valladolid, que con una densidad de 23,32 habitantes por kilómetro cuadrado tiene un costo de 111,34€. El coste relativo por persona protegida es un 72% más caro en Soria que en Valladolid.

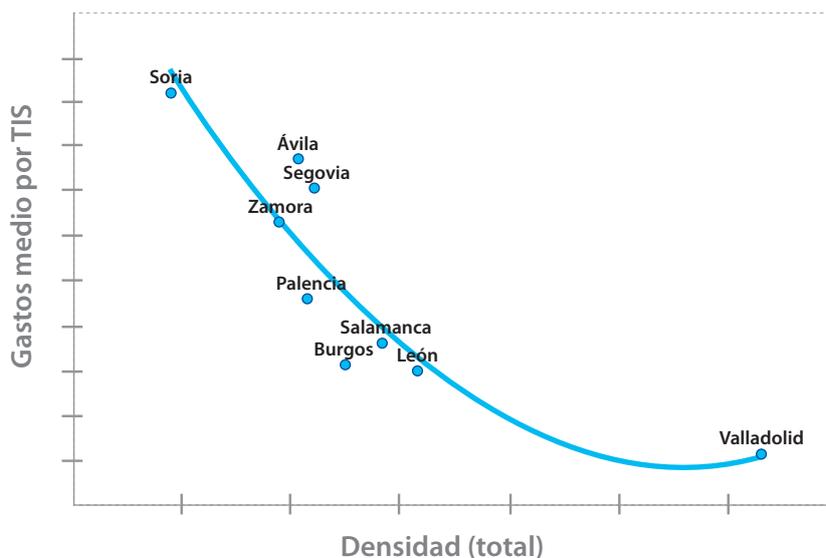
**TABLA 5.3. GASTO DE PERSONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DISPERSIÓN EN CASTILLA Y LEÓN**

Provincia	Gasto en personal de AP	Población TIS	Gasto medio/TIS	Densidad total	Densidad sin capital
Ávila	27.433.367 €	154.485	177,58 €	20,63	14,12
Burgos	45.358.667 €	344.009	131,85 €	24,94	13,07
León	62.657.224 €	480.557	130,38 €	31,62	22,91
Palencia	24.471.778 €	167.248	146,32 €	21,61	11,52
Salamanca	45.658.288 €	335.278	136,18 €	28,42	15,43
Segovia	23.625.928 €	137.560	171,75 €	22,05	14,02
Soria	17.265.538 €	89.779	192,31 €	8,89	5,42
Valladolid	56.158.425 €	504.376	111,34 €	62,99	23,32
Zamora	30.169.752 €	184.678	163,36 €	18,80	12,58
<b>Castilla y León</b>	<b>332.798.966 €</b>	<b>2.397.970</b>	<b>138,78 €</b>	<b>26,47</b>	<b>15,02</b>

### Gráfico 5.3. Relación entre el coste medio por TIS en personal de AP y la densidad de población en las provincias de Castilla y León

#### GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA 2004

#### Capítulo 1: Personal



Un factor que contribuye a explicar el mayor coste de la Atención Primaria vinculado a la dispersión son los **desplazamientos del personal sanitario** en Atención Primaria en Castilla y León: el número de kilómetros que recorren los médicos desde el Centro de Salud de referencia hasta el Consultorio Local que corresponda, para prestar asistencia sanitaria programada y en jornada ordinaria, asciende a 9.828.364 kilómetros al año; lo que supone una dedicación de tiempo, sólo para desplazamiento, de 206.729 minutos a la semana, 10.749.908 minutos al año, esto es, 174.665 horas al año, o lo que es lo mismo, más de 100 médicos en Equivalente Jornada Completa.

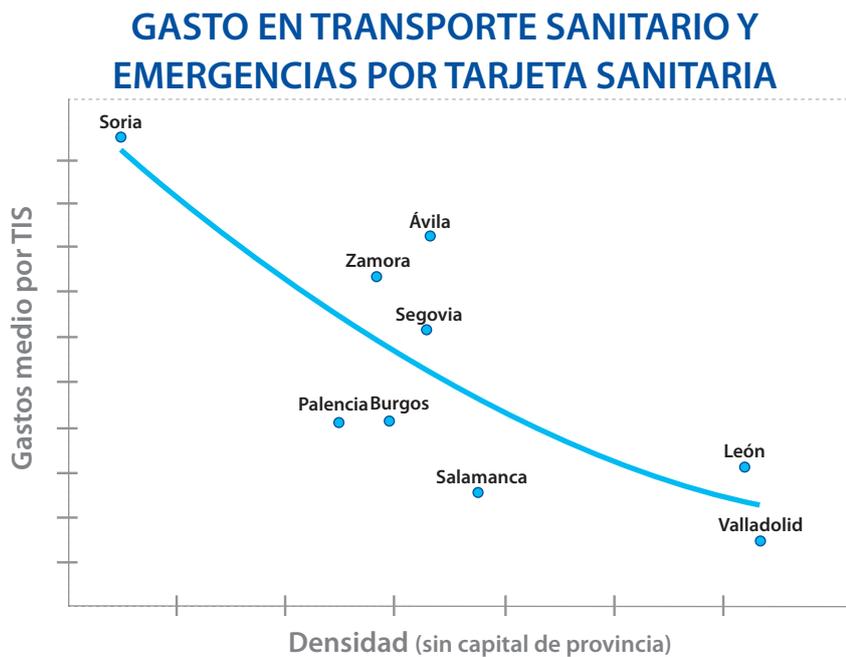
Algo similar ocurre con el transporte sanitario, prestación en la que también la dispersión poblacional es un elemento que condiciona negativamente los costes del servicio. Así, con un coste medio por beneficiario 14,52 € anuales para el conjunto de Castilla y León, existen diferencias significativas de una provincias a otras, relacionadas con el grado de dispersión de la población (ver tabla 5.4 y gráfico 5.4). El coste relativo por persona protegida en 2,35 veces mayor en Soria que en Valladolid.

Como resumen de los datos expuesto podemos concluir, que la mayor dispersión de la población, si se quiere garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios básicos, es un factor que supone un mayor coste en la prestación del servicio.

**TABLA 5.4. COSTE POR BENEFICIARIO EN TRANSPORTE SANITARIO Y DENSIDAD DE POBLACIÓN EN LAS PROVINCIAS DE CASTILLA Y LEÓN**

Provincia	Gasto total Transporte y Emergencias	Población TIS	Gasto medio/TIS	Densidad total	Densidad sin capital
Ávila	3.267.359 €	154.485	21,15 €	20,63	14,12
Burgos	5.083.412 €	344.009	14,78 €	24,94	13,07
León	6.307.262 €	480.557	13,12 €	31,62	22,91
Palencia	2.443.423 €	167.248	14,61 €	21,61	11,52
Salamanca	4.093.639 €	335.278	12,21 €	28,42	15,43
Segovia	2.459.181 €	137.560	17,88 €	22,05	14,02
Soria	2.217.157 €	89.779	24,70 €	8,89	5,42
Valladolid	5.305.883 €	504.376	10,52 €	62,99	23,32
Zamora	3.638.133 €	184.678	19,70 €	18,80	12,58
<b>Castilla y León</b>	<b>34.815.449 €</b>	<b>2.397.970</b>	<b>14,52 €</b>	<b>26,47</b>	<b>15,02</b>

**Gráfico 5.4. Relación entre el coste medio por TIS en transporte sanitario y la densidad de población en las provincias de Castilla y León**



---

## 5.2. LAS PRESTACIONES CUBIERTAS

### 5.2.1. Catálogo de prestaciones

El Sistema Nacional de Salud adolece de una falta de definición explícita de las prestaciones cubiertas y no cubiertas, lo que en la práctica supone que las prestaciones se incorporan sin regulación expresa previa de los responsables de la ordenación de la asistencia sanitaria. Incluso en el caso de los productos farmacéuticos, en los que sí existe esa regulación previa, la incorporación del producto no lleva asociado un estudio del impacto económico en el gasto sanitario ni de las fuentes de financiación previstas para sufragarlo.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud representó un primer intento de definir en nuestro país el catálogo de prestaciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud. La aprobación de la norma es posterior a la transferencia de las competencias sanitarias a siete de las diecisiete CCAA; ello unido a la amplitud de las definiciones y la práctica ausencia de límites expresos dio lugar a que algunas prestaciones excluidas en el Real Decreto 63/1995 fueran incluidas por algunas CCAA (por ejemplo, la cirugía de cambio de sexo en Andalucía).

En este contexto, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, intenta avanzar en la definición del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud estableciendo que “comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.”

Sin embargo, esta definición de las prestaciones es tan comprensiva como la anterior, y tampoco establece límites a las mismas al expresar que “las prestaciones se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la cartera de servicios”.

Aunque la nueva norma prevé los procedimientos para actualizar la cartera de servicios cubierta, hasta la fecha poco se ha avanzado en una mayor concreción de los servicios cubiertos e incluso la introducción de nuevas prestaciones, ya sea por normativa del Estado (garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones contenida en la propia Ley de Cohesión y Calidad del SNS, introducción de las bombas de insulina...) o decisión de las CCAA, tampoco ha estado precedida de un estudio económico del coste de la prestación y del origen de los fondos necesarios para su financiación.

En este contexto los criterios utilizados para la incorporación de nuevas prestaciones y servicios por parte de las CCAA están fuertemente marcados por las demandas procedentes

---

de diversos sectores para: incorporar prestaciones que otras CCAA ya tenían, igualarse a la media en dotación de recursos y servicios, y/o alcanzar determinadas ratios de dotación de recursos macados por organismos y entidades ajenos a la Administración Sanitaria Española. Todo ello, además, en aras de una equidad en el acceso a los servicios, que no siempre tiene suficientemente en cuenta el coste efectividad, tal y como exige la Ley 16/2003, lo que en la práctica es otro elemento más de tensión sobre el gasto sanitario.

A modo de ejemplo, basta citar lo expuesto en un Foro de Expertos en Cirugía Cardíaca respecto a la situación de la Especialidad: “La fragmentación de servicios encarece las intervenciones y limita la experiencia de los grupos. Aumentar las unidades de Cirugía Cardíaca puede conducir a una asistencia sanitaria de peor calidad”. En una CCAA con una población alrededor de cuatro millones de habitantes, y frente a las recomendaciones de los organismos internacionales que aconsejan una unidad de Cirugía Cardíaca por cada millón y medio de habitantes, existen cinco unidades de Cirugía Cardíaca en hospitales públicos además de varias clínicas privadas, con lo que el número de operaciones que se realiza en cada hospital no alcanza las cifras aconsejables excepto en uno.

Para los asistentes a este Foro de Debate, “... estos nuevos modelos de gestión hospitalaria que, por razones políticas están fragmentando las especialidades médicas para acercarlas más a los ciudadanos, pueden acarrear problemas de futuro, sobre todo en cuanto a calidad asistencial y en la economía de los hospitales, que se verán desbordados por los gastos o faltos de la tecnología, por falta de rentabilidad de las infraestructuras necesarias”.

## 5.2.2. Nuevas tecnologías

El aumento del gasto sanitario total de un Estado o CA junto al factor demográfico, obedece a un factor asistencial, denominado por algunos “coste medio de la asistencia” (Cutler y Sheiner, 1998). El incremento de este coste medio de la asistencia es para muchos el que tiene un mayor impacto sobre el gasto sanitario total; y el mayor responsable del incremento del coste medio de la asistencia es el cambio tecnológico (hasta el 82% del incremento interanual del gasto sanitario observado durante un periodo prolongado es debido a este cambio tecnológico –Alonso y Herce–, 1998; más de dos terceras partes según otros autores)

Por cambio tecnológico se entiende el proceso que acompaña al desarrollo y posterior difusión de los nuevos tratamientos (incluidos los fármacos, que se abordan específicamente en el siguiente apartado), que se ha acelerado por razones de seguridad, eficiencia, calidad asistencial y prestigio, así como de satisfacción del paciente, que hacen que los proveedores de servicios se sientan empujados a adoptar las tecnologías médicas más recientes.

---

Son muchos los ejemplos de procedimientos y técnicas que se introducen sin el necesario control y planificación por parte de la Administración sanitaria. Por ser un hecho reciente, ocurrido tras la aprobación de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, e ilustrar la problemática derivada de la toma de decisiones en ámbitos distintos (Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicios de Clínicos) de los que deben luego financiar el coste (Servicios de Salud), nos centraremos en la incorporación de los stents recubiertos con fármacos en las hemodinámicas terapéuticas.

A principios del año 2003 empezó a generalizarse el empleo de este tipo de stents, como consecuencia de la mayor seguridad y menores complicaciones derivadas del empleo de este tipo de stents.

En ese momento, el precio medio que los hospitales de un Servicio de Salud pagaban por un stent convencional era 1.150 €, frente a los 1.800 €-2.300 € que los proveedores de los dos tipos de stent con fármacos comercializados en ese momento. En un escenario conservador, y estimando que el 40% de los stents que se ponían en ese Servicio de Salud pasaran a ser stents recubiertos (unos 2.500 stents/año), el incremento de gasto derivado exclusivamente de esta decisión era de 2.250.000 €/año, cifra no prevista en el presupuesto del año y que puede parecer “modesta” para los importes que se manejan en el sistema sanitario, pero relevante si tenemos en cuenta que este ejemplo es sólo uno de los muchos casos que cada año ocurren en los Centros Sanitarios. Durante el proceso de toma de decisiones, el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobaba el PICI (Plan de Intervención en la Cardiopatía Isquémica), en el que entre otras medidas, se propugnaba la utilización de este tipo de stents.

Dos años después, sin estudios de coste efectividad realizados por Agencias Públicas de Evaluación ni identificación de partidas específicas para financiarlo, el empleo de este tipo de stents se ha generalizado y si bien su precio se ha reducido, el incremento de coste todavía no ha sido repercutido en las tarifas que un número importante de Servicios de Salud pagan a los proveedores de estudios hemodinámicos terapéuticos.

En el mismo año 2003, según la información contenida en un estudio publicado por miembros de la Sociedad Española de Cardiología (López-Palop y cols., 2004) se realizaron un 8,5% más de cateterismos cardíacos que en el año anterior, con un incremento de la tasa de utilización de la técnica ajustada por población del 14,4%. En el 92% de los procedimientos se implantaron stents (47.249 stents implantados en los 112 hospitales incluidos en el estudio, lo que supone un 22% más de stents que en el año anterior). El 20% de los stents implantados eran del tipo recubierto con fármacos. Ciertamente se han publicado estudios que apuntan a que la introducción de estos nuevos stents es coste-efectiva, pues ahorra costes como consecuencia de unas menores complicaciones, y que este ahorro de costes sirve para financiar los mayores costes de adquisición de estos productos (Tarrione y cols., 2004).

---

El tiempo transcurrido desde la incorporación de estos productos, no ha permitido que se disponga todavía de estudios sobre variabilidad en su utilización, pero sobre procedimientos plenamente establecidos (TAC y RNM), y en el ámbito del extinto INSALUD, se han constatado elevadas tasas de variabilidad en la utilización de estas técnicas (Caicoya y cols., 2000), de forma que el ratio entre la tasa de utilización más alta y más baja por hospitales es de 15 para el TAC y 27 para la RNM, sin que ello implique diferencias sustanciales ni en el nivel de salud de la población ni en los resultados de la asistencia sanitaria.

Analizaremos ahora otro ejemplo de una nueva tecnología, cuyo coste unitario era menor de la que sustituía (al menos en un alto porcentaje de casos), pero cuya generalización ha supuesto un incremento del gasto sanitario total, como consecuencia del acceso de nuevas cohortes de pacientes a los servicios, con el consiguiente incremento de la actividad sanitaria total. Nos referimos a la generalización de la Cirugía Mayor Ambulatoria (Detmer, 1994). Al no depender del factor limitante que supone la cama hospitalaria, la generalización de la CMA ha permitido incrementar sustancialmente la actividad quirúrgica. Además al tratarse de una técnica menos invasiva, pacientes que antes no eran intervenidos por contraindicación quirúrgica ahora sí son intervenidos, y las camas que, teóricamente, se liberaban pasaban a ser utilizadas para tratar otro tipo de pacientes. En resumen: la generalización de un procedimiento más seguro, que proporciona un elevado grado de satisfacción a pacientes y profesionales, produce un importante aumento del gasto sanitario total, por aumento de la actividad, eso sí, a menores costes unitarios.

Ejemplos como éstos ponen de manifiesto el por qué de la afirmación de muchos autores “el crecimiento del gasto sanitario atribuible a la demografía resultaría sostenible sin mayores problemas si el resto de los componentes que impulsan el gasto sanitario se mantuvieran constantes” (Puig-Junoy y cols., 2004).

### 5.2.3. Prestación farmacéutica

Si los recursos económicos de que dispone la sanidad son limitados, lo que dedicamos en exceso a una prestación se produce en detrimento de las otras. Éste es el caso del gasto farmacéutico, que en España sigue siendo de los más altos de Europa: **Uno de cada cuatro euros de la factura sanitaria se debe a medicamentos.**

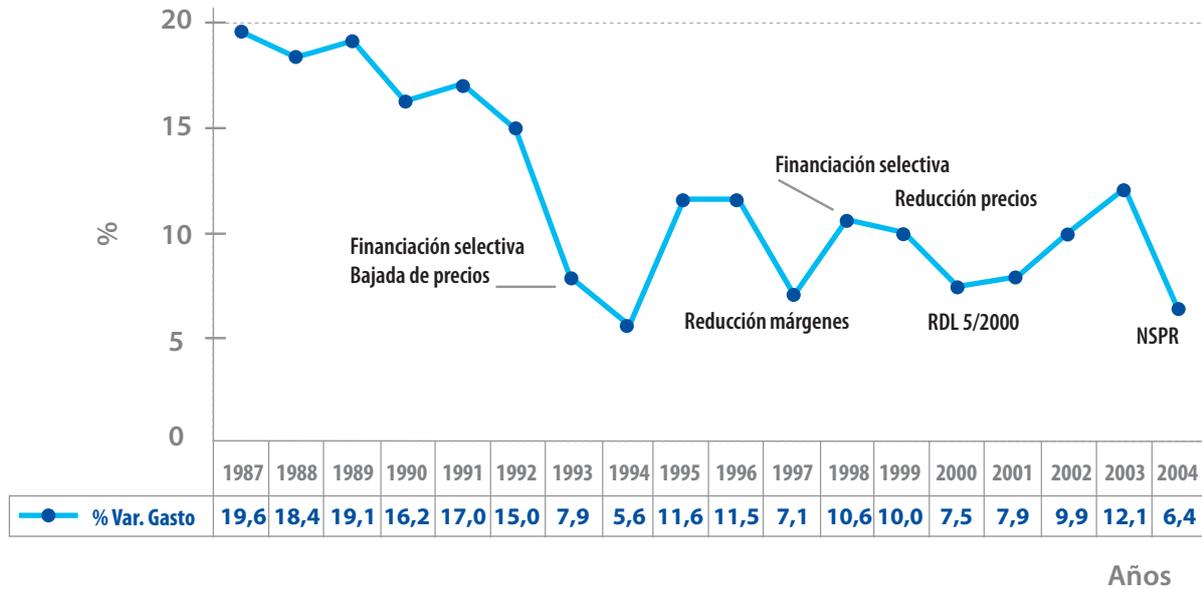
Analizar en profundidad los factores que condicionan la existencia de una situación como esta trascendería con mucho, los objetivos de este informe, por ello, simplemente se exponen a continuación algunos de los aspectos más relevantes que caracterizan la actual gestión de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

El gasto de la prestación farmacéutica a través de receta en 1994 alcanzó 4.082 millones de euros, en 2001 fue de 7.445,92 y el año 2004 fue de 9.513,3 millones de €. Estos datos implican un incremento de un 82% en los 7 años entre 1994 y 2001 y de un 27,76% en estos últimos 3 años. Aunque tasas de crecimiento interanual se han reducido en los últimos años, la tendencia de crecimiento se ha mantenido por encima de dichas tasas ya que en la reducción han influido de forma importante tanto las diversas medidas estructurales adoptadas por el gobierno central como las actividades en materia de uso racional de los medicamentos adoptadas por los Servicios de Salud de las CCAA. Entre dichas medidas hay que citar:

- Medidas estructurales, que inciden en el ámbito de la oferta de medicamentos, y cuyo impacto económico permanece en el tiempo, pero se percibe en el corto plazo:
  - Financiación Selectiva de medicamentos (1993).
  - Reducción de precios de los medicamentos (1993).
  - Modificaciones legales y adecuaciones organizativas para la implantación y promoción de medicamentos genéricos (1996).
  - Bajada de márgenes de Oficina de Farmacia y Distribución (1997).
  - Financiación selectiva de medicamentos (1998).
  - Reducción de precios (1999).
  - Establecimiento de margen fijo a partir de un límite para oficinas de farmacia y distribución. Determinación de escala de deducciones por ventas a oficinas de farmacia. (2000).
  - Aplicación efectiva del Sistema de Precios de Referencia (2000).
  - Nuevo Sistema de Precios de Referencia (enero 2004).

El impacto de estas medidas queda reflejado en el comportamiento del crecimiento del gasto farmacéutico entre los años 1987 y 2004 (gráfico 5.5).

**Gráfico 5.5. Impacto de las medidas estructurales sobre el gasto farmacéutico a través de receta médica.**



· Las actuaciones de carácter general sobre Uso Racional de Medicamentos aplicadas en la mayoría de las CCAA, inciden en la demanda, lo que implica una modificación de los hábitos de prescripción y su impacto sólo puede apreciarse en el medio y largo plazo:

- Información sobre Farmacoterapia y nuevos medicamentos a través de Centros de Información así como formación en esta materia.
- Elaboración e implantación de Protocolos Terapéuticos y Guías de Práctica Clínica.
- Seguimiento e información a los médicos sobre sus perfiles de prescripción.
- Promoción de la prescripción de medicamentos genéricos.
- Mejora de los módulos de prescripción por ordenador incorporados a los programas de gestión de consultas en Atención Primaria.
- Incentivación de la calidad de la prescripción, mediante la introducción de objetivos relacionados con la misma en los Planes de Gestión o contratos de Gestión, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

Un ejemplo que permite valorar las diferencias en la intensidad de la aplicación de medidas relacionadas con la gestión se puede observar en la **cuota de mercado de las Especialidades Farmacéuticas Genéricas**, para las cuales se parte de una situación común en cuanto a la oferta en el mercado y se encuentran unas diferencias importantes en los resultados. A continuación (tabla 5.5) se recogen los datos para el año 2003 en el Sistema Nacional de Salud, que **no alcanzan el nivel de países de nuestro entorno** (47% en Estados Unidos), con un periodo de implantación de más de 20 años, pero que ha experimentado crecimientos interanuales importantes, dada su reciente introducción en España (inicio de registro en 1997).

**TABLA 5.5. CUOTA DE MERCADO DE LA EFG EN LAS DIFERENTES CCAA**

Comunidad Autónoma	Envases	Importe
Andalucía	7,14	4,31
Aragón	9,38	5,77
Asturias	7,96	5,48
Baleares	13,32	9,10
Cantabria	13,20	8,74
Castilla-La Mancha	9,90	6,75
<b>Castilla y León</b>	<b>9,86</b>	<b>6,56</b>
Cataluña	11,28	8,28
Canarias	4,28	3,23
Extremadura	8,40	5,52
Galicia	4,10	3,00
Madrid	15,44	10,65
Murcia	7,18	5,14
Navarra	10,13	6,88
C. Valenciana	5,34	4,01
País Vasco	7,61	4,92
La Rioja	9,32	5,82
Ingesa	9,86	6,12
<b>TOTAL SNS</b>	<b>8,85</b>	<b>6,03</b>

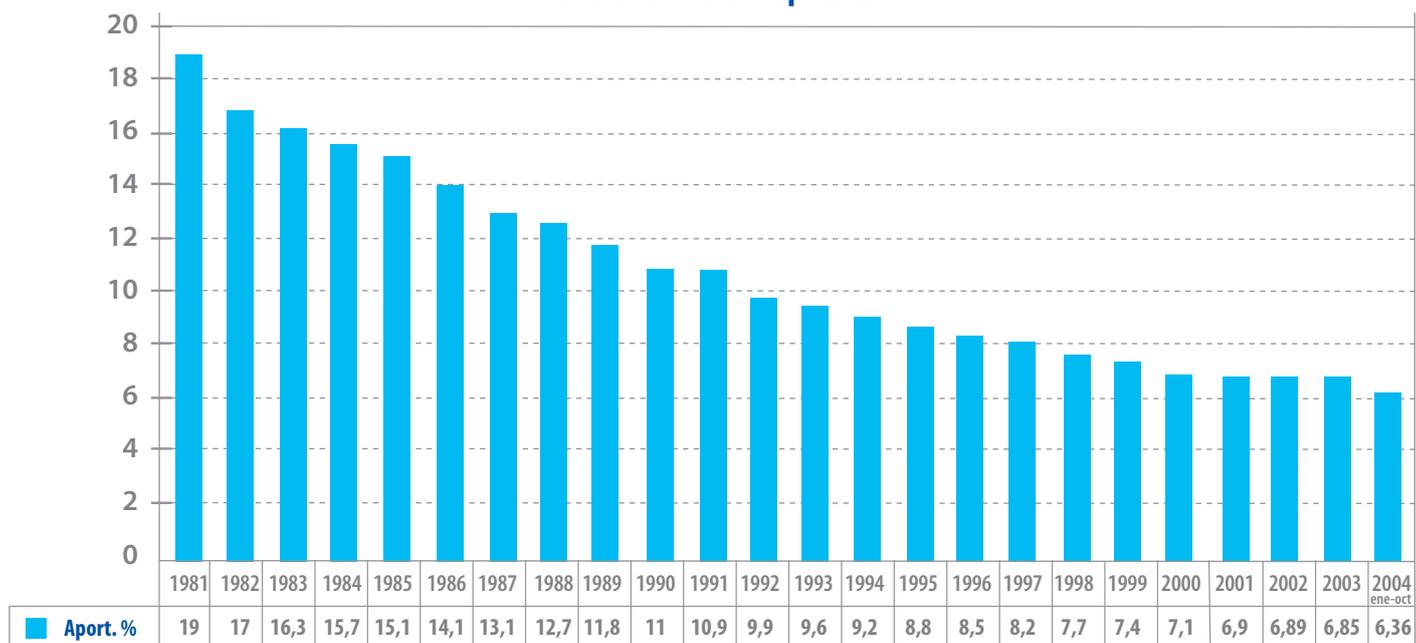
De lo expuesto, procede destacar la existencia de competencias concurrentes entre el Estado, al que corresponde actuar sobre la oferta, y los Servicios de Salud de las CCAA, que actúan sobre la demanda, sin que hasta el momento se hayan desarrollado mecanismos de coordinación y participación de los Servicios de Salud en decisiones sobre financiación y precios que permitan un mayor nivel de corresponsabilidad y una adecuación de las previsiones presupuestarias de la Prestación Farmacéutica. Sin embargo, una vez finalizado el proceso de transferencias y teniendo en cuenta la distribución competencial entre el Estado y las CCAA, el mayor reto en relación con esta materia se encuentra en la participación de los Servicios de Salud en las decisiones que se adopten al respecto.

Otro de los aspectos **que incide de forma importante en el crecimiento del gasto farmacéutico es la evolución decreciente de la aportación de los usuarios** en la prestación farmacéutica (gráfico 5.6), que ha experimentado un descenso continuado desde el inicio de los años 80, **pasando de un 19% en 1981 hasta un 6,85 en 2003** (6,36% en el periodo enero-octubre 2004), influido sobre todo por la gratuidad de la prestación farmacéutica para los pensionistas y la mayor utilización de medicamentos indicados en enfermedades graves y crónicas que cuentan con aportación reducida. Asimismo, este porcentaje de aportación presenta una variabilidad que depende del envejecimiento y porcentaje de pensionistas de cada CA.

En enero-octubre 2004 oscilaba entre el 7,53 de Madrid que cuenta con la población menos envejecida de todo el Sistema Nacional de Salud y el 5,03 de Asturias.

### Gráfico 5.6. Evolución del % de aportación de los beneficiarios al gasto farmacéutico

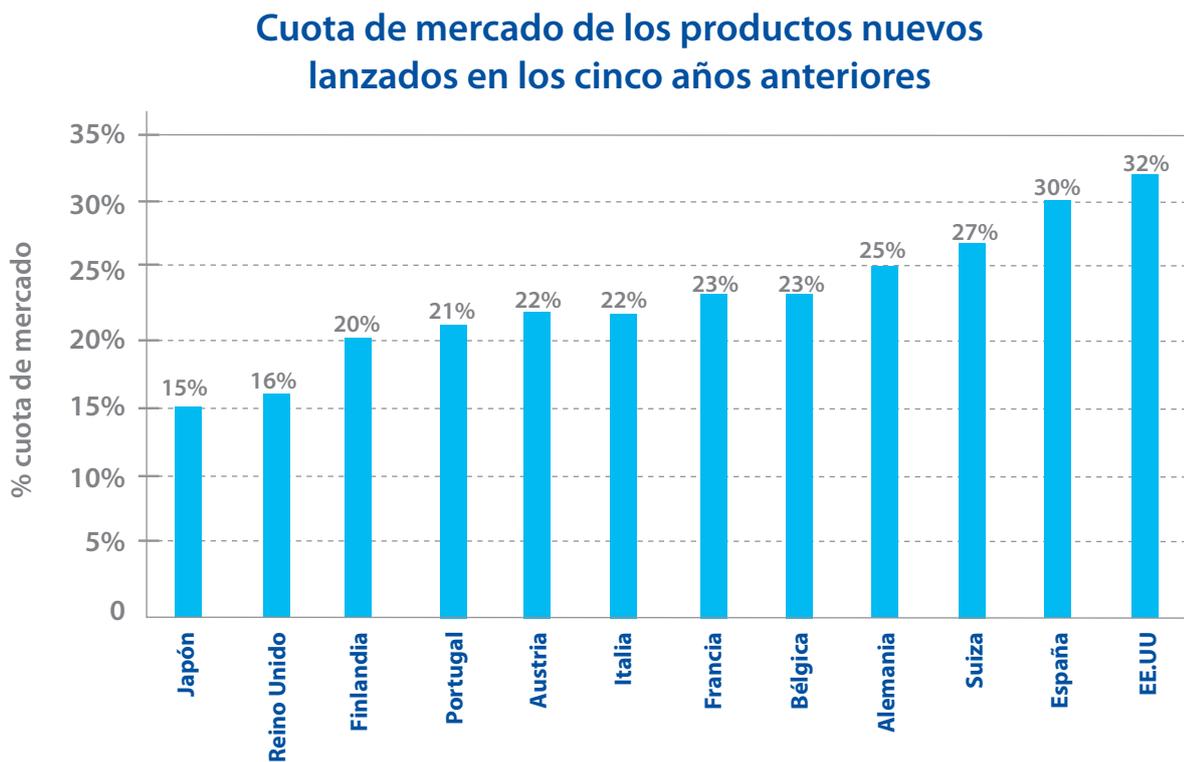
#### Evolución aportación del beneficiario sobre consumo farmacéutico público



La incorporación de nuevos medicamentos en la oferta del Sistema Nacional de Salud, por parte del Ministerio de Sanidad, implica que los Servicios de Salud deben financiarlos con sus propios fondos y contar con una disponibilidad presupuestaria adicional que no es posible prever con la suficiente antelación, ya que no han participado en las decisiones adoptadas ni cuentan con información sobre el impacto económico de las mismas.

En este sentido, solamente indicar la importante cuota de mercado en importe que alcanzan los medicamentos comercializados en los últimos 5 años en España, que nos sitúan en el segundo lugar de los países desarrollados (gráfico 5.7).

### Gráfico 5.7. Cuota de mercado en diferentes países de los fármacos comercializados en los cinco últimos años



El importante peso relativo en importe en España, se debe tanto a la rápida penetración de los nuevos medicamentos en el mercado, como a que en los últimos años los precios se encuentran dentro de rangos europeos, evitándose de esta forma las exportaciones paralelas.

Finalmente existen también una serie de datos que sugieren la existencia de una utilización inadecuada de los fármacos, como son: el crecimiento anual del número de recetas que se mantiene, incluso al corregirlo por el aumento de población; la tasa de inadecuación de las prescripciones que alcanza hasta el 30% de éstas, y el hecho de que sólo 4 de cada 10 pacientes cumplen correctamente con el tratamiento farmacológico prescrito, indican que hay mucho camino por recorrer en el campo de mejora de la calidad de la prescripción.

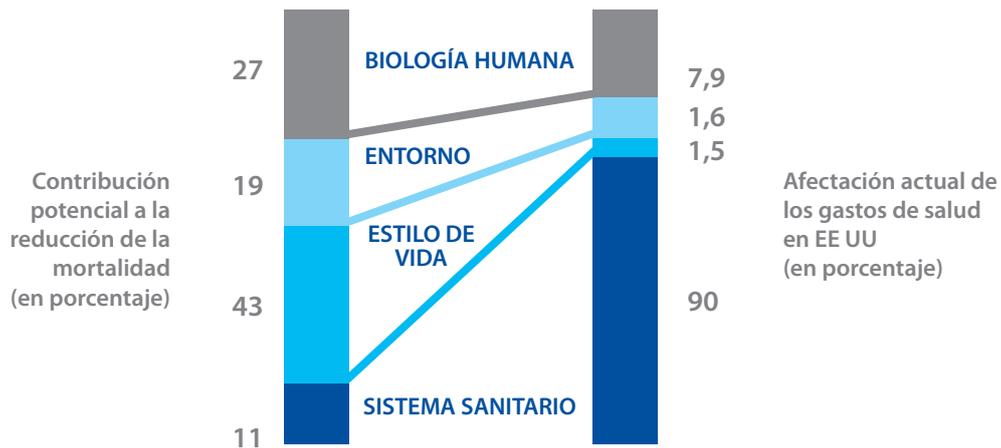
No obstante, la prestación farmacéutica hay que valorarla no sólo como un gasto sino como una inversión en la mejora de la salud y el bienestar de los ciudadanos, siempre y cuando se garantice la adecuada utilización de los medicamentos y la calidad de la atención farmacéutica al paciente, entendida tanto desde el punto de vista clínico como económico. Por ello, tanto el Ministerio de Sanidad como los Servicios de Salud deberán prestar especial atención a la información y formación en medicamentos y farmacoterapia, con el fin de:

- Minimizar el fracaso terapéutico.
- Minimizar las reacciones adversas.
- Promover el cumplimiento terapéutico.
- Evaluar la efectividad de los tratamientos.
- Hacer compatible la calidad con la eficiencia.
- Hacer previsiones más ajustadas del comportamiento de la prestación farmacéutica.

### 5.3. MODELO DE PRIORIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Una gestión coste-efectiva de los servicios sanitarios implica que los recursos económicos de que dispone el Sistema Nacional de Salud, que son limitados, sirvan para producir el máximo resultado posible en términos de salud. Aceptada esta afirmación, la realidad pone de manifiesto que se aplican más recursos al sistema sanitario que a mejorar factores que tienen un mayor impacto sobre la salud de la población, como se pone de manifiesto en el todavía vigente esquema de Dever (1976), que se presenta a continuación (gráfico 5.8).

**Gráfico 5.8. Determinantes en salud y afectación de los recursos**



Fuente: Extraído de Dever, G.E.A.: "An Epidemiological Model for Health Analysis". Soc. Ind. Res. 1976. Vol. 2, p. 465

Aumentar la relación coste-efectividad del sistema sanitario pasa por el **desarrollo de ejercicios de priorización**. Son ya varios los países que han abordado la disyuntiva entre el racionamiento de los servicios y la priorización explícita de los servicios clínicos y preventivos, priorización que no sólo debe afectar a las prestaciones existentes, sino también a las de nueva incorporación a la financiación pública.

El debate sobre la priorización se ha vuelto más significativo conforme han surgido preguntas fundamentales sobre qué servicios sanitarios deben ser financiados públicamente. Frente a esta postura, algunos hasta cuestionan la necesidad de excluir algunos servicios de la financiación pública, llegando a argumentar que si se dispusiera de financiación adicional y los recursos se utilizan de forma más eficiente no haría falta racionar.

---

En materia de priorización en la asistencia sanitaria, se distinguen varios niveles, unos deben ser abordados en el ámbito político-administrativo, mientras que otros corresponden a los profesionales en el ejercicio de su actividad clínica:

- Qué prioridad se concede a dicha asistencia frente a otras peticiones de recursos que compiten con ella, entre las diversas áreas geográficas y servicios.
- Qué prioridad se concede a cada forma terapéutica concreta en cada ámbito de servicio.
- Qué pacientes tratar primero.
- Qué paciente tratar con una técnica concreta.

En nuestro Sistema Nacional de Salud el debate sobre la priorización todavía no se ha abierto, y cuando lo ha hecho se ha cerrado en falso, buena a prueba de ello es la indefinición del catálogo de prestaciones.

Una gestión coste-efectiva de los recursos implica también la necesidad de desarrollar una **política de sustitución** en la combinación de tres elementos esenciales:

- El lugar donde se realiza la prestación: en casa del paciente, en el nivel primario, en el hospital, en los centros de crónicos, de convalecientes, etc.

El sistema sanitario español sigue adoleciendo de la misma patología, prácticamente en los mismos términos, que cuando fueron formulados los objetivos de la OMS de Salud Para Todos en el año 2000. El 76% del total de empleos del sector sanitario están concentrados en los hospitales, mientras que la media de la Unión Europea se sitúa en el 57%. Se trata del fenómeno llamado “hospitalocentrismo”:

- El centro de gravedad no se ha desplazado hacia la atención primaria con la suficiente intensidad como sería deseable desde el punto de vista de la optimización de la relación coste-efectividad.
- La atención sociosanitaria, a pesar de los índices de envejecimiento de nuestra población, se encuentra prácticamente sin desarrollar. Aquí también nos ha fallado la política de sustitución.

Continúan produciéndose en nuestros hospitales gran cantidad de estancias e ingresos inadecuados. La gran mayoría de los análisis evidencian una proporción de utilización innecesaria en los servicios hospitalarios que varía entre un 30-40% de las estancias y un

---

15- 30% de los ingresos. Muchas y variadas son las causas de este último aspecto, entre las cuales podríamos citar:

- La falta de recursos alternativos a la hospitalización convencional
- La permanencia de puntos negros en la gestión de los servicios centrales que retienen al paciente en los hospitales a la espera de una prueba diagnóstica o un quirófano libre, etc. A pesar de que suponen más del 40% del presupuesto del hospital, la escasa atención prestada a los mismos tiene como consecuencia que la estancia media global del sistema hospitalario se sitúa en los 8 días, muy lejos de los 5 días de los países escandinavos o del Reino Unido, por ejemplo.
  - El proceso tecnológico utilizado (cirugía ambulatoria, prevención, protección, farmacología, protocolos, etc.), controlando el equipamiento caro y el uso de los recursos que se realiza por parte de los profesionales.

Un número cada vez mayor de estudios de evaluación, cuestionan la idoneidad y/o la relación coste-efectividad de algunos servicios. Entre el 20-30% de los servicios prestados podría carecer de efectividad, y los avances en los campos de la evaluación tecnológica y económica han hecho posible comenzar a determinar exactamente qué servicios se deben restringir.

- Las habilidades requeridas (y por tanto el tipo de profesional: enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos generales, especialistas, etc.) de las que se derivan todas las posibilidades de sustitución existentes en sanidad.

La combinación de estos elementos (lugar, tecnología, habilidades/personas) es crucial para poder conseguir una relación coste-efectividad óptima, sustituyendo unos recursos por otros, unas actividades por otras, haciendo “aquello que corresponde”, “dónde corresponde” y por “quién corresponde”, buscando siempre la mejor relación coste-efectividad.

## **5.4. CRITERIOS DE CALIDAD Y NUEVAS TENDENCIAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS**

Los ciudadanos exigen cada vez más, un enfoque en la prestación de los servicios orientada al paciente, con mayores niveles de confort. Al tiempo, los gobiernos regionales se han sometido a la presión para reducir los tiempos de espera en el acceso a los servicios, sin que se hayan

---

hecho ejercicios rigurosos del coste de implantación de estos estándares de confort y tiempos de acceso, y menos aún del coste de oportunidad de abordar estas cuestiones frente a otras.

### 5.4.1. Estándares de confort de las nuevas infraestructuras

Junto a la construcción de nuevas infraestructuras, en los últimos años se está acometiendo un proceso de renovación de las ya existentes, ya sea por obsolescencia de las mismas, necesidad de adaptarlas a normativas de seguridad medioambiental, o simplemente para mejorar el confort de pacientes y trabajadores, que supone también una presión al alza del gasto sanitario.

De los antiguos criterios de planificación, que proyectaban los hospitales públicos con una ratio de 120-140 m<sup>2</sup> por cama, se ha pasado a más de 200 m<sup>2</sup> por cama, y de habitaciones de más de dos camas, a un compromiso por dotar de una mayoría de habitaciones individuales a los nuevos hospitales.

Este cambio en los criterios de planificación responde no sólo a un mayor peso de la actividad ambulatoria en los modernos hospitales, sino una mayor amplitud de los espacios en general, con el consiguiente aumento de los gastos de capital y explotación. A modo de ejemplo sobre el impacto que estos criterios tendrán sobre el futuro coste de los servicios prestados en las nuevas infraestructuras, se reflejan a continuación algunos de los ratios empleadas para planificar los nuevos hospitales:

- Coste por m<sup>2</sup> construido en ejecución material.
- Coste de limpieza por m<sup>2</sup>.
- Coste de mantenimiento general por m<sup>2</sup>.

### 5.4.2. Tiempos de espera

Desde una perspectiva estrictamente técnica en materia de gestión sanitaria, las listas de espera son un hecho consustancial a un sistema sanitario que como el español está definido por “... el carácter público y la universalidad y gratuidad ...” según se establece en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. El reconocimiento de este hecho, no implica que no se deba garantizar por parte de los responsables sanitarios que las listas de espera están bien gestionadas, que los criterios de prioridad sean explícitos y que los tiempos de espera sean aceptables.

---

En este marco general, con una población creciente, que cada vez demanda más servicios sanitarios, las estrategias de reducción de los tiempos de espera en el acceso a las prestaciones puestos en marcha por las CCAA, en ocasiones incluso bajo la forma de garantía en el acceso a las prestaciones (prevista por otra parte en la propia Ley 16/2003) conllevan necesariamente un aumento en la producción de servicios sanitarios que presiona al alza sobre el gasto sanitario. En este sentido, llama poderosamente la atención la ausencia de información publicada sobre, por ejemplo, el coste de reducir en 30 días la demora media en una intervención no urgente por hallux valgus para una población determinada, y el coste de oportunidad de priorizar esta actuación frente a otras como por ejemplo la detección precoz de la hipoacusia infantil o la atención bucodental integral a menores de 16 años.

## **5.5. MODELO DE PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

### **5.5.1. La descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria**

La Constitución Española de 1978 diseñó una organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las CCAA de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad. La asunción de competencias por las CCAA constituye un medio para aproximar la gestión al ciudadano y facilitarle, así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación.

Sin embargo, no todo son ventajas en el proceso de descentralización, y los procesos de descentralización conllevan una serie de inconvenientes (Saltman y Figueras, 1997), que presionan al alza sobre el coste de los servicios sanitarios:

- Aumento de los costes administrativos

El proceso de transferencias ha implicado la creación de 17 Servicios Regionales de Salud, con sus correspondientes dotaciones de personal a nivel de los servicios centrales, que necesariamente ha supuesto un aumento de los costes administrativos de los servicios sanitarios (sólo en Castilla y León se han contratado por este motivo más de 400 nuevos funcionarios como se expone en el apartado 6.4.2).

- Fragmentación de servicios

La Ley 16/2003 recoge en el apartado de Derechos de los ciudadanos que éstos tienen derecho a “... recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia ...” y en el apartado de garantías de calidad y servicios de referencia que “... en el seno del Consejo

---

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la designación de servicios de referencia con un enfoque de planificación de conjunto... a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales... La atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria...”.

En la práctica, todos los procesos transferenciales se han seguido de una creación de servicios de referencia y alta especialización en la propia CA (ver aspectos genéricos en el apartado 5.2.1. y los relativos a la propia Comunidad de Castilla y León en el apartado 6.2.2) con vistas a evitar el desplazamiento de pacientes fuera de la CA. Esta práctica además se ha visto favorecida por las restricciones al acceso de pacientes de otras CCAA por parte de los servicios de referencia de las CCAA receptoras de pacientes, derivada en gran medida de la insuficiente financiación de los pacientes desplazados proporcionada por el Fondo de Cohesión.

- Mayor riesgo de manipulación política

El acercamiento de los servicios a los ciudadanos implica también una mayor acercamiento de los núcleos de presión política a los órganos de decisión, con los riesgos y dificultades de gestión que ello implica. En este contexto resulta imprescindible fomentar la introducción de mayores cuotas de responsabilidad en los poderes públicos e instancias con capacidad de presión, en aras a garantizar el empleo coste-efectivo de los recursos destinados a la financiación de la asistencia sanitaria.

- Inequidad

En un modelo altamente descentralizado como el español, en el que las CCAA tienen capacidad normativa e impositiva, es inevitable que en el medio-largo plazo se produzca diferencias en la prestación de los servicios sanitarios: Las CCAA con mayores niveles de renta dispondrán de más recursos para financiar su sistema sanitario. Los ciudadanos en ellas residentes podrán acceder, con cargo a la financiación pública, a más prestaciones, en mejores condiciones de acceso y prestación, y también podrán destinar más fondos a la remuneración de sus profesionales.

## 5.5.2. La fragmentación por niveles asistenciales

La falta de coordinación entre primaria y especializada, es uno de los puntos débiles en la gestión de nuestro Sistema Nacional de Salud.

El problema de las **relaciones entre los niveles asistenciales** es asunto recurrente desde hace una década en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Lo es por el impacto que tiene sobre el consumo de recursos, el modo de relacionarse los Servicios de Atención Primaria con los Servicios Especializados, por la distorsión que produce en el proceso de diagnóstico y

---

tratamiento y sobre todo por la alteración que produce en la continuidad en la prestación de los servicios al ciudadano.

La organización en estos dos niveles no es un hecho caprichoso, se basa en una estrategia adoptada por los sistemas sanitarios públicos basados en la universalidad y equidad en el acceso a los servicios.

Se establecen unos servicios sanitarios de primer nivel con gran accesibilidad y suficiente capacidad de resolución para los problemas de salud más prevalentes. Este primer nivel llega físicamente hasta la casa del ciudadano, con una disponibilidad de servicios básicos en una isócrona razonable. Además se encarga de la prevención y promoción de la salud. Este nivel de asistencia es el que decide cuándo debe intervenir el nivel especializado, siempre en aquellos casos de necesidad de otras pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Esta sería la forma de modular el acceso espontáneo de los usuarios a la atención sanitaria de mayor complejidad y coste. Es el nivel de especializado el que tras la resolución del problema, con medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad, transfiere de nuevo al paciente y toda la información clínica al médico de Atención Primaria quien debe garantizar con todos los datos del paciente la visión clínica y terapéutica global. Esta Asistencia Especializada no se caracteriza por la equidad en la accesibilidad a diferencia de la Atención Primaria.

No obstante, la actividad de cada nivel se ha venido desarrollando de manera autónoma cuando no con objetivos claramente divergentes, sin existir las sinergias adecuadas y la colaboración y optimización de los recursos. No se ha desarrollado la corresponsabilidad mutua en el uso de los recursos, como las demoras en consultas, la prescripción farmacéutica inducida, la ausencia de información entre los médicos de los dos niveles asistenciales.

**Esta falta de coordinación entre niveles produce efectos negativos en la continuidad asistencial, siendo una fuente de ineficiencia de los recursos, socavando la calidad de éstos y la rentabilidad del sistema.**

El origen de esta situación está en la **colisión entre dos culturas organizativas absolutamente contrapuestas**, que, a pesar de todo, están obligadas a entenderse y coexistir dentro del Sistema Sanitario.

Consciente de estas deficiencias, ya el extinto INSALUD acometió diversas estrategias de mejoras de la coordinación entre niveles, con resultados insuficientes, por lo que algunas CCAA han acometido procesos de integración de la gestión de ambos niveles (creación de las Gerencias únicas de área), sobre las que de momento no se dispone de información fiable y contrastada sobre su efectividad.

### 5.5.3. La participación del usuario en el coste de los servicios

En España el concepto de “gratuidad” asociado a los servicios sanitarios está sólidamente instalado en la conciencia colectiva, al extremo de que el Sistema Nacional de Salud es definido como “gratuito” en la Exposición de motivos de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La gratuidad de nuestro Sistema Nacional de Salud no es tal, pues se financia con los impuestos generales que pagan todos los ciudadanos, por lo tanto no es gratuito, tiene un coste, además creciente. Otra cosa es la casi nula aportación del usuario de los servicios al coste de los mismos. Este genera una ausencia de conciencia de coste, que presiona al alza sobre la demanda de servicios sanitarios financiados íntegramente de forma pública.

En España, **a diferencia de otros muchos países de la Unión Europea, el usuario no participa directamente en el coste de los servicios** en el momento de utilizarlos, **excepto para las prescripciones farmacéuticas mediante receta médica**, e incluso en este caso sólo para trabajadores activos.

La aportación tipo se sitúa en el 40% del PVP, con la excepción de algunos fármacos que tienen aportación reducida. Con este marco, y como ya se expuso en el apartado 5.2.3, a pesar del crecimiento del gasto farmacéutico, a lo largo de los años se ha producido una disminución de la participación del usuario en el coste de la factura farmacéutica, **pasando de un 19% en 1981 hasta un 6,85 en 2003** (6,36 en el periodo enero-octubre 2004).

Resulta cuando menos sorprendente el que esta realidad ante el copago se mantenga, a pesar de la evidencia que en nuestro propio entorno existe de la función racionalizadora de la demanda asociada a otras fórmulas de copago. Nos referimos a la existente en el modelo MUFACE. Así los pensionistas de las Mutualidades de Funcionarios Públicos paga el 30% del precio medio de los medicamentos, siendo además custodios de sus talonarios de recetas. El resultado de esta práctica es que el gasto medio en medicamentos de estos mutualistas es un 22% inferior al existente en el modelo general (J. Puig-Junoy).

Este dato ha sido replicado en el propio ámbito de la Comunidad de Castilla y León, donde se ha comparado el consumo medio de medicamentos en la provincia de Palencia entre los usuarios del sistema SACYL y los usuarios del sistema MUFACE e ISFAS, observándose que en el año 2004, el consumo medio mensual en PVP fue 15,87 euros en usuarios MUFACE, frente a 19,90 euros en modelo SACYL, siendo el respectivo promedio mensual de recetas de 1,12 frente a 1,36. Puestos en relación y tomando como base el consumo del sistema SACYL, resulta un consumo superior al 20% entre unos usuarios y otros.

#### 5.5.4. La política de recursos humanos

En contexto que nos ocupa, es importante analizar el impacto del modelo de gestión de recursos humanos en el sector sanitario, y su impacto sobre la “inflación específica” del sector. Analizaremos a continuación tres factores que contribuyen a definir la política de recursos humanos (RRHH) imperante en nuestro país, y que impactan en mayor medida sobre los costes sanitarios. Nos referimos a la dotación de RRHH (que determina la capacidad teórica de producir servicios), el modelo de gestión (que determina su productividad) y las retribuciones (que determinan los costes de personal).

Con respecto a **la dotación de RRHH**, el análisis efectuado en el apartado 3 pone de manifiesto que en España se dispone de más médicos y menos enfermeros por 100.000 habitantes que en otros países de nuestro entorno. Ello condiciona que la relación enfermero/médico se encuentre por debajo de la media de dichos países. Este hecho no es fruto del azar, sino que pone de manifiesto una ausencia de políticas de sustitución de un personal por otro de inferior cualificación para tareas asumibles por este último, probablemente debido a las escasas diferencias retributivas entre médicos y enfermeros, y el exceso relativo de los primeros.

Las diferencias de dotación de RRHH entre las CCAA eran también apreciables antes del último traspaso de competencias a las CCAA. A la luz de la información suministrada por el INE que clasifica a los profesionales de la sanidad distinguiendo entre medicina, odontología, farmacia y enfermería (ver apartado 3), resulta significativa la dispersión en torno al valor medio que generan las diferencias dotacionales entre CCAA. De acuerdo con la información allí recogida se constata la existencia de importantes diferencias entre las dotaciones de personal de las diferentes CCAA. La dotación de personal sanitario de Castilla y León se encuentra en todas las categorías profesionales por encima de la media española, salvo en la especialidad de odontología en la que el número de profesionales (36) por cada 100.000 habitantes es uno de los más bajos del sistema sanitario español.

Con respecto a las variaciones 1994-2000, analizadas también en el apartado 3, en el citado periodo se produjo un incremento considerable del personal sanitario: Medicina (8%), Odontología (29%), Farmacia (23%) y Enfermería (19%). Los datos relativos a Castilla y León revelan incrementos rotacionales de personal sanitario superiores a la media nacional en el colectivo médico (10,1%), en el farmacéutico (24,1%) y en el de enfermería (19,6%). Sólo el colectivo de odontólogos (26,6%), a priori el peor dotado en términos relativos, experimentó un cambio incremental inferior a la media, aunque también el mayor de los cuatro colectivos.

Con respecto al **modelo de gestión** imperante en nuestro país, son varios los autores que opinan que la falta de identificación de los profesionales con los objetivos del sistema potencia

el desarrollo de las estrategias de introducción y uso de la tecnología de la industria sanitaria sin suficiente evaluación. En este mismo sentido, la configuración macro de la organización y su funcionamiento burocrático-administrativo, con una importante centralización del proceso de toma de decisiones, facilita los mecanismos corporativos, tendiendo a anular la diversidad de experiencias. Ello unido al carácter fijo de las retribuciones (se paga por “ser y estar”) y a su falta de relación con lo que se hace y peor aún, con cómo se hace, dan lugar a unas condiciones laborales que no fomentan ni la productividad ni la calidad del servicio.

En este contexto, en los últimos años estamos asistiendo a un importante incremento de las **retribuciones del personal de los Centros sanitarios**, comparado con la subida salarial media en el sector público no sanitario y en los convenios colectivos, y a una mejora relativa de sus condiciones laborales (reducción de jornada, aumento de los días libres...). Esta mejora de las condiciones laborales y la mayor retribución no se han visto acompañadas de un aumento correlativo de la “productividad interna”, lo que ha conllevado un aumento de los costes unitarios.

En la mayoría de los casos, la mejora en las condiciones laborales de los profesionales responde a un proceso de teórica “igualación a la media”, por ello revisaremos brevemente las diferencias retributivas existentes entre los trabajadores del sistema sanitario español frente a los de otros países europeos y a las diferencias entre las diferentes CCAA del Estado español.

#### · **Diferencias retributivas entre España y otros países de Unión Europea.**

Un estudio comparativo entre la media de lo que empieza ganando un profesional en España y otro de la Unión Europea (UE) y lo que perciben al finalizar ambos su vida profesional, realizado por la CESM (2003) pone de manifiesto que un médico en España comienza percibiendo de media 33.000 euros y termina cobrando alrededor de 36.000 euros. En la UE, sin embargo, el punto de partida son 50.000 euros y la cifra antes de la jubilación ronda los 85.850 euros. Eso supone que con 35 años de vida laboral en España hay un incremento en las retribuciones, con todas sus variables, del 9%, mientras que en Europa el incremento es del 70%”.

Descontado el efecto del coste general de la vida, parece cierto que la retribución media de un médico en España es inferior que en otros países de la UE, incluso con modelo sanitario similar al español (caso del Reino Unido). Por ello es previsible que, en el corto-medio plazo, se mantengan las tensiones inflacionistas del gasto sanitario como consecuencia de un incremento de las retribuciones del personal para igualarse a la de otros países de nuestro entorno. Si éstas continúan produciéndose, sin un cambio sustancial de la política de RRHH, es previsible que continúen sin conllevar mejoras en el nivel ni la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos.

· **Diferencias retributivas entre CCAA**

Al analizar este apartado, tropezamos nuevamente con la falta de estadísticas oficiales publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que es preciso recurrir a estudios puntuales y parciales, realizados por Organizaciones Sindicales en el contexto de reclamaciones de mejoras salariales ante los diversos Servicios Regionales de Salud, que además manejan por lo general datos distintos de los manejados por las primeras. Buen ejemplo de ello es el contenido de la tabla 5.6.

**TABLA 5.6. RETRIBUCIONES DE LOS FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE ÁREA EN LAS DIFERENTES CCAA (€/AÑO 2004)**

Comunidad Autónoma	Informe SERGAS *	Sindicato Médico Andaluz **
Ceuta y Melilla	nd	68.609,44
Andalucía	40.479,06	51.280,36
Aragón	42.025,47	55.760,56
Asturias	41.501,68	56.226,28
Baleares	41.596,00	60.698,20
Canarias	43.095,92	54.500,80
Cantabria	42.003,53	56.204,44
Castilla-La Mancha	43.024,42	56.803,96
Castilla y León	<b>40.934,02</b>	<b>56.155,24</b>
Cataluña	31.908,52	53.724,16
C. Valenciana	41.042,80	52.982,68
Extremadura	nd	55.773,04
Galicia	42.244,38	49.830,40
La Rioja	37.768,99	57.037,48
Madrid	40.926,25	56.159,08
Murcia	40.282,96	58.057,48
Navarra	36.308,96	61.852,70
País Vasco	42.963,73	54.062,80
<b>Media</b>	<b>nd</b>	<b>56.428,84</b>

\* El informe SERGAS compara retribuciones fijas. \*\* Las cifras aportadas por Sindicato Médico Andaluz se refieren a un propietario con 7 trienios, con exclusiva y 50 horas de guardia al mes, 12 de ellas en festivo.

---

Según el informe Sergas, el sueldo base de un médico en Galicia es de 14.680,96 euros, prácticamente el mismo que el resto de las autonomías (en algunas hay una diferencia mínima de 14 céntimos). La única excepción es Navarra, donde el sueldo base es de 23.742,32 euros.

En el conjunto de España, todos los médicos, salvo los navarros, cobran un complemento de destino de 7.092,12 euros anuales. En la comunidad foral este concepto es de 3.205,44 euros.

Además, en Galicia los profesionales del Sergas cobran 8.803,80 euros en concepto de complemento específico, un plus similar al de la mayoría de las comunidades, salvo en el País Vasco y Valencia, donde supera los 19.000 euros; Andalucía, con 16.600; Murcia, con 13.350, y La Rioja, que alcanza los 10.836 euros.

País Vasco, Valencia, Navarra y Cataluña no tienen plus por producción fija, un concepto por el que en Galicia los médicos cobran 6.813,96 euros más al año. En las comunidades que sí recogen esta posibilidad el plus oscila entre los 2.014,08 euros de Canarias y los 9.951,84 de Baleares.

Además, en el apartado de otros pluses fijos, el Sergas abona a sus médicos 903,48 euros, una cantidad que puede llegar incluso a los 7.562,4 euros de Canarias. Sin embargo, estos conceptos no existen en Valencia, Andalucía, Murcia, La Rioja y Navarra.

Así, en concepto de retribuciones fijas, los médicos del Sergas cobran 38.294,32 euros, situándose en undécimo lugar. Galicia es una de las once CCAA que tiene retribución variable, que es de 3.005,06 euros, la segunda más alta, por detrás de los 5.200 de Cataluña.

Frente a estos datos, un estudio de retribuciones realizado por el Sindicato Médico Andaluz, también en 2004, proporciona unos resultados diferentes, lo que explica la facilidad con la que periódicamente los profesionales de tal o cual CCAA se consideran peor retribuidos que la media, porque ¿cuál es la media?

Con respecto al nuevo complemento de carrera profesional que está ya siendo objeto de pactos entre Servicios Regionales de Salud, nuevamente nos encontramos con diferencias (ver tabla 5.7) que permiten vaticinar la futura existencia de tensiones inflacionistas del coste de los servicios sanitarios por este tema.

**TABLA 5.7. IMPORTES PRELIMINARES DEL COMPLEMENTO DE CARRERA PROFESIONAL PARA LOS MÉDICOS DE DIFERENTES CCAA**

<b>Instituto Catalán de Salud</b>	12.300 €
<b>S. Canario de Salud</b>	6.611 €
<b>S. Valenciano de Salud</b>	14.424 €
<b>Sergas</b>	12.000 €

**Retribuciones orientativas máximas por la carrera profesional**

Como resumen de lo expuesto, podemos concluir que la evolución de los gastos de personal y la constatación de que el aumento de efectivos y de sus retribuciones con ausencia total de incentivos, no se ha traducido en incrementos homologables en la productividad ni calidad del Sistema Sanitario, traduciéndose en un inadecuado funcionamiento del mismo.

## 6. PARTICULARIDADES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN



## 6. PARTICULARIDADES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

A continuación veremos cómo los factores determinantes del gasto sanitario que acabamos de analizar con carácter general tienen una incidencia diferencial en Castilla y León, como consecuencia de las peculiares características de esta región. Singularidades que, unidas a las carencias del sistema de salud castellano-leonés respecto a sus homólogos de otras CCAA, se traducen en unas **mayores necesidades de financiación sanitaria**, no suficientemente contempladas en la financiación sanitaria actualmente asignada.

### 6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA EN CASTILLA Y LEÓN

La población de Castilla y León asciende a cerca de 2.500.000 habitantes (en concreto, 2.487.646 habitantes según datos del INE, referidos a 1 de enero de 2003), lo que equivale al **5,82% de la población total de nuestro país**.

Las **peculiares características sociodemográficas** de Castilla y León plantean una **problemática singular** desde el punto de vista de la prestación de asistencia sanitaria, condicionando la planificación de los recursos sanitarios y, en general, todo el proceso de toma de decisiones en materia sanitaria. Más aún, **multiplican las necesidades de financiación** requerida para alcanzar una combinación de eficiencia y equidad mínimamente equilibrada y socialmente aceptable en la asignación de recursos sanitarios. De este modo, las peculiares características sociodemográficas de Castilla y León **son factores diferenciales de crecimiento del gasto sanitario** respecto de otras Comunidades Autónomas.

Además, por ahora, Castilla y León debe afrontar este reto en solitario, dado que el sistema de financiación de las CCAA de régimen común actualmente vigente no considera como variable de reparto la dispersión de la población, y, en el caso del envejecimiento de la población, recibe una ponderación baja.

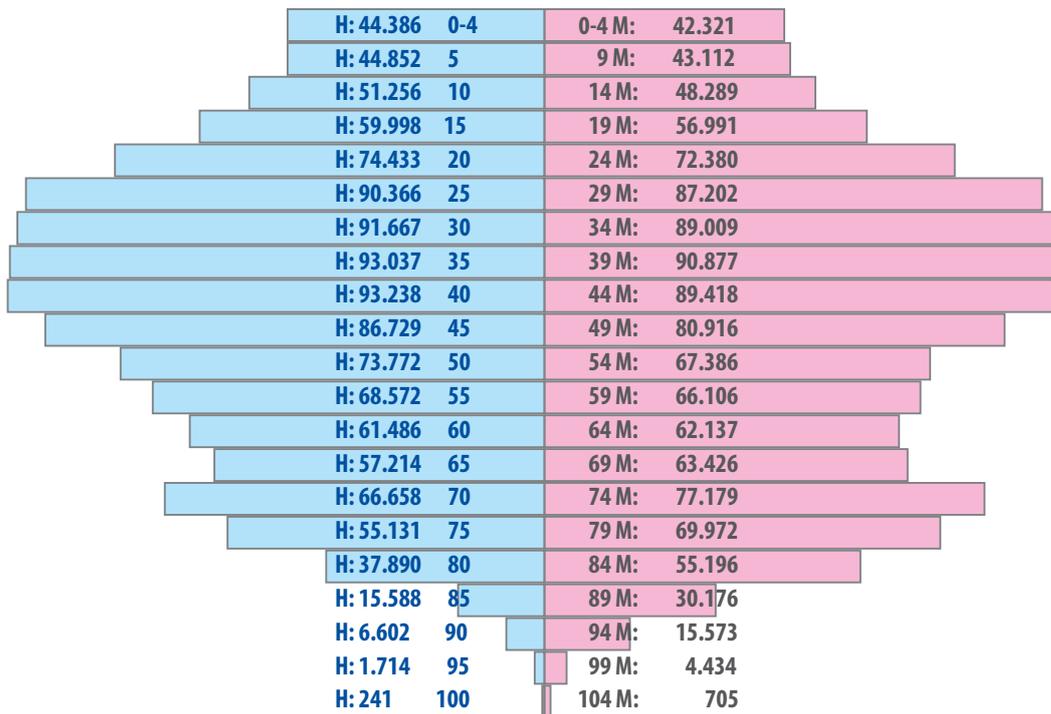
#### 6.1.1. Envejecimiento

El **mayor envejecimiento relativo de la población de Castilla y León** constituye un **factor diferencial de crecimiento del gasto sanitario** respecto a otras CCAA, toda vez que, como vimos en el apartado 5.1.2, el gasto sanitario originado por los mayores de 65 años, y más aún los mayores de 75 años, es significativamente superior a los de las personas más jóvenes.

Veamos a continuación algunos datos ilustrativos del elevado grado de envejecimiento de la población en Castilla y León.

La pirámide de población de Castilla y León presenta una base reducida así como un ensanchamiento de los grupos de edad entre 60 y 80 años.

**Gráfico 6.1. Pirámide de población de Castilla y León**



HOMBRES	1174830	MEDIA HOMBRES	42,70
MUJERES	1212805	MEDIA MUJERES	45,39
TOTAL POB.	2387635	MEDIA TOTAL POB.	44,07

**Pirámide construida a partir de los datos de población**

El **índice de envejecimiento** (personas mayores de 65 años por 100 habitantes) es superior al **22%** en Castilla y León, con provincias que superan el 26% (Soria), e incluso el 27% (Zamora), mientras que la media nacional se sitúa en torno al 17% (ver tabla 6.1). De hecho, **Castilla y León es la Comunidad con mayor proporción de personas mayores de 65 años de todo el territorio nacional**. También en este punto hay que advertir que la situación es desigual dentro de la región, ya que la tasa de envejecimiento en la población rural duplica a la de la población urbana.

**TABLA 6.1. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO**

AÑOS	Evolución porcentual de mayores de 65 años		
	CASTILLA Y LEÓN	ESPAÑA	POBLACIÓN MUNDIAL
1950	6,2	6,7	6,8
1981	13,1	11,3	8,1
1995	18,3	15,3	8,5
2001	20,1	16,6	9,7
2025	24,7	18,4	13,7

Por su parte, la **esperanza de vida**, que en España se eleva a 79,2 años (situándose en 6.º lugar en el ranking a nivel internacional), supera en Castilla y León los **81 años** (ocupando el **2.º puesto en el ranking mundial**, sólo por detrás de Japón).

El mayor índice de envejecimiento de la población, unido a la mayor esperanza de vida, tiene importantes consecuencias en términos de **incremento del grado de dependencia o discapacidad de las personas**, ya que, en muchos casos, la muerte prematura está siendo sustituida por una mayor prevalencia de las situaciones de discapacidad. De modo que, si la **prevalencia** en la población general de Castilla y León es del 11,78%, ésta se eleva al **37,27%** en mayores de 65 años.

El incremento de las tasas de prevalencia de muchas enfermedades crónicas y degenerativas se traduce en una **mayor demanda de asistencia domiciliaria, un mayor consumo de servicios sanitarios y un mayor gasto farmacéutico**.

En el caso de las estancias hospitalarias, se observa un importante incremento en el consumo de estancias para cada tarjeta sanitaria individual (es decir, estancias por ciudadano protegido), significativamente mayor en los grupos de edad de más de 65 años. Lo mismo ocurre con la complejidad de la casuística atendida en el medio hospitalario, también mayor para estos grupos de edad.

**TABLA 6.1.1. CMBD CASTILLA Y LEÓN 2004: ESTANCIAS Y PESO GRD POR TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL**

Provincia	Estancias / TIS · CMBD 2004				
	> 65 (1)	> 75 (2)	< 65 (3)	Cociente (1)/(3)	Cociente (2)/(3)
Ávila	1,74	2,08	0,40	<b>4,37</b>	5,22
Burgos	1,93	2,34	0,45	<b>4,29</b>	5,19
León	1,74	2,01	0,42	<b>4,12</b>	4,78
Palencia	1,72	2,01	0,36	<b>4,80</b>	5,59
Salamanca	1,57	1,75	0,42	<b>3,75</b>	4,19
Segovia	1,62	2,04	0,32	<b>5,15</b>	6,49
Soria	2,36	3,12	0,48	<b>4,88</b>	6,43
Valladolid	2,41	2,80	0,45	<b>5,33</b>	6,18
Zamora	1,62	2,00	0,36	<b>4,45</b>	5,47
<b>Castilla y León</b>	<b>1,86</b>	<b>2,19</b>	<b>0,42</b>	<b>4,43</b>	<b>5,24</b>

Provincia	Peso GRD / TIS · CMBD 2004				
	> 65 (1)	> 75 (2)	< 65 (3)	Cociente (1)/(3)	Cociente (2)/(3)
Ávila	0,29	0,34	0,07	<b>4,25</b>	5,04
Burgos	0,41	0,49	0,10	<b>4,18</b>	4,98
León	0,31	0,34	0,08	<b>3,66</b>	4,12
Palencia	0,36	0,42	0,08	<b>4,71</b>	5,49
Salamanca	0,36	0,39	0,10	<b>3,63</b>	3,93
Segovia	0,33	0,42	0,07	<b>4,98</b>	6,26
Soria	0,42	0,54	0,08	<b>5,36</b>	6,96
Valladolid	0,46	0,52	0,10	<b>4,71</b>	5,42
Zamora	0,31	0,39	0,07	<b>4,66</b>	5,78
<b>Castilla y León</b>	<b>0,36</b>	<b>0,42</b>	<b>0,09</b>	<b>4,15</b>	<b>4,84</b>

Con respecto al gasto en medicamentos asumido por Castilla y León desde 2002 a 2004, se observa también un incremento sustancial en el asociado al envejecimiento. Se significa que, en las tablas que exponen estos resultados a continuación, se ha contemplado solamente gasto real en medicamentos (es decir, el asumido por la Administración, excluyendo las aportaciones del usuario y el gasto en productos sanitarios que no sean medicamentos).

**TABLA 6.1.2. GASTO EN MEDICAMENTOS (RECETAS) EN CASTILLA Y LEÓN POR GRUPOS DE EDAD. PERIODO 2002-2004**

Provincia	Gasto recetas / TIS · 2002				
	> 65 (1)	> 75 (2)	< 65 (3)	Cociente (1)/(3)	Cociente (2)/(3)
Ávila	576,03	621,74	105,05	<b>5,48</b>	5,92
Burgos	547,97	640,28	90,43	<b>6,06</b>	7,08
León	565,06	627,46	93,17	<b>6,06</b>	6,73
Palencia	459,02	534,03	88,38	<b>5,19</b>	6,04
Salamanca	576,28	632,74	87,80	<b>6,56</b>	7,21
Segovia	524,67	609,35	84,37	<b>6,22</b>	7,22
Soria	466,22	562,63	94,80	<b>4,92</b>	5,93
Valladolid	558,97	608,95	77,34	<b>7,23</b>	7,87
Zamora	506,63	565,85	98,00	<b>5,17</b>	5,77
<b>Castilla y León</b>	<b>544,15</b>	<b>609,60</b>	<b>88,78</b>	<b>6,13</b>	<b>6,87</b>

Provincia	Gasto recetas / TIS · 2003				
	> 65 (1)	> 75 (2)	< 65 (3)	Cociente (1)/(3)	Cociente (2)/(3)
Ávila	621,93	697,50	129,03	<b>4,82</b>	5,41
Burgos	573,02	717,32	112,21	<b>5,11</b>	6,39
León	595,72	697,11	116,79	<b>5,10</b>	5,97
Palencia	487,46	604,35	110,18	<b>4,42</b>	5,49
Salamanca	600,14	720,11	115,17	<b>5,21</b>	6,25
Segovia	543,86	681,99	105,64	<b>5,15</b>	6,46
Soria	484,35	632,53	122,01	<b>3,97</b>	5,18
Valladolid	583,90	677,12	93,10	<b>6,27</b>	7,27
Zamora	532,92	625,99	125,52	<b>4,25</b>	4,99
<b>Castilla y León</b>	<b>571,62</b>	<b>682,36</b>	<b>111,02</b>	<b>5,15</b>	<b>6,15</b>

Provincia	Gasto recetas / TIS · 2004				
	> 65 (1)	> 75 (2)	< 65 (3)	Cociente (1)/(3)	Cociente (2)/(3)
Ávila	664,72	827,74	150,60	4,41	5,50
Burgos	621,07	835,28	122,52	5,07	6,82
León	629,99	864,48	145,57	4,33	5,94
Palencia	546,70	733,30	123,77	4,42	5,92
Salamanca	641,04	827,31	124,64	5,14	6,64
Segovia	584,14	799,39	113,65	5,14	7,03
Soria	566,48	742,62	117,04	4,84	6,34
Valladolid	610,79	813,93	109,32	5,59	7,45
Zamora	570,32	745,56	142,72	4,00	5,22
<b>Castilla y León</b>	<b>612,71</b>	<b>813,78</b>	<b>126,83</b>	<b>4,83</b>	<b>6,42</b>

En definitiva, el elevado grado de envejecimiento de la población de Castilla y León supone **un factor diferencial de crecimiento del gasto sanitario** respecto del resto de Comunidades Autónomas.

## 6.1.2. Dispersión

Castilla y León es la región más extensa de España, con un territorio de 94.224 km<sup>2</sup>, lo que supone **un 18,62% del territorio nacional**; más aún, es la región más extensa de Europa, superando, incluso, la dimensión de muchos países europeos. En contraste, **la población** de la región **tan sólo supone el 5,82% del total nacional**, lo que permite hacerse una primera idea de la enorme dispersión geográfica de la población.

La **densidad de población se sitúa en 26,47 habitantes por km<sup>2</sup>**, mientras que la densidad **media del territorio nacional se eleva a 85,10 habitantes por km<sup>2</sup>** (tabla 6.2). La comparación se acentúa si se tiene en cuenta la densidad de población **en el medio rural, que en Castilla y León se reduce a unos 15 habitantes por km<sup>2</sup>** frente a la media nacional de unos 55 habitantes por km<sup>2</sup> (tabla 6.3).

**TABLA 6.2. DENSIDAD DE POBLACIÓN EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Comunidad Autónoma	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Población	Densidad (hab./Km <sup>2</sup> )
Andalucía	87.597	7.687.518	87,76
Aragón	47.720	1.249.584	26,19
Asturias	10.604	1.073.761	101,26
Baleares	4.992	955.045	191,32
Canarias	7.447	1.915.540	257,22
Cantabria	5.321	554.784	104,26
Castilla y León	<b>94.223</b>	<b>2.493.918</b>	<b>26,47</b>
Castilla-La Mancha	79.463	1.848.881	23,27
Cataluña	32.114	6.813.319	212,16
C. Valenciana	23.255	4.543.304	195,37
Extremadura	41.634	1.075.286	25,83
Galicia	29.574	2.750.985	93,02
Madrid	8.028	5.804.829	723,07
Murcia	11.313	1.294.694	114,44
Navarra	10.391	584.734	56,27
País Vasco	7.234	2.115.279	292,41
Rioja	5.045	293.553	58,19
<b>España</b>	<b>505.955</b>	<b>43.055.014</b>	<b>85,10</b>

**TABLA 6.3. DENSIDAD DE POBLACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN, CON Y SIN CAPITALES DE PROVINCIA**

Provincias	PROVINCIAS TOTALES			PROVINCIAS SIN CAPITALES		
	Población (habitantes)	Extensión (Km <sup>2</sup> )	Densidad (hab./Km <sup>2</sup> )	Población (habitantes)	Extensión (Km <sup>2</sup> )	Densidad (hab./Km <sup>2</sup> )
Ávila	166.108	8.050	20,63	113.691	8.050	14,12
Burgos	356.437	14.292	24,94	186.755	14.292	13,07
León	492.720	15.581	31,62	356.931	15.581	22,91
Palencia	173.990	8.052	21,61	92.783	8.052	11,52
Salamanca	350.984	12.350	28,42	190.569	12.350	15,43
Segovia	152.640	6.921	22,05	97.054	6.921	14,02
Soria	91.652	10.306	8,89	55.883	10.306	5,42
Valladolid	510.863	8.110	62,99	189.150	8.110	23,32
Zamora	198.524	10.561	18,80	132.878	10.561	12,58
<b>Castilla y León</b>	<b>2.493.918</b>	<b>94.223</b>	<b>26,47</b>	<b>1.415.694</b>	<b>94.223</b>	<b>15,02</b>

La dispersión geográfica de la población se pone de manifiesto, asimismo, en el **elevado número de municipios** existentes en Castilla y León (2.248, sobre un total nacional de 8.108, lo que representa el 27,7%, frente al 5,77% de la población nacional que reside en Castilla y León)), a lo que hay que añadir el alto grado de fragmentación de los municipios, ya que están integrados, en su mayoría, por múltiples localidades.

La situación se agrava por la **distribución de la población en los municipios**: de un total de 2.248 municipios, el 95% tiene menos de 2.000 habitantes, el 88% tiene menos de 1.000, el 75% tiene menos de 500 y el 20% tiene menos de 100 habitantes.

**TABLA 6.4. HABITANTES POR NÚCLEO DE POBLACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN**

TIPO DE NÚCLEOS SEGÚN NÚMERO DE HABITANTES			
MÁS DE	MENOS DE	N.º NÚCLEOS	% ACUMULADO
0	100	456	20
100	500	1.220	75
500	1.000	296	88
1.000	2.000	154	95
2.000	3.000	37	96
3.000	5.000	39	98
5.000	10.000	22	99
10.000	20.000	10	99
20.000	30.000	2	99
30.000	50.000	3	100
50.000	100.000	5	100
100.000	500.000	4	100
500.000	1.000.000	-	100

En comparación con otras Comunidades Autónomas, Castilla y León tiene el mayor número de habitantes viviendo en poblaciones de menos de 101 habitantes (48,4% del global), entre 101 y 500 (40,5%), entre 501 y 1000 (25,1%) y entre 1001 y 2000 (14,6%).

Páginas atrás, en el apartado 5.1.3, se había constatado cómo la dispersión de la población en Castilla y León es la mayor del territorio nacional, con una diferencia ostensible respecto a las otras CCAA.

Hay que destacar que este índice de dispersión resulta, incluso, mucho mayor al que presentan las comunidades insulares.

A la elevada dispersión geográfica de la población se añade la **peculiar orografía** de la región (con límites montañosos en toda su periferia) combinada con una **climatología** continental (con inviernos largos y fríos); conjunción que confiere al extenso territorio de la Comunidad **dificultades importantes de comunicación**, agravadas en la época invernal, en la que con frecuencia se registran incomunicaciones de algunas poblaciones durante varios días al año.

Todo lo cual plantea **problemas** a la hora de prestar **asistencia sanitaria**, en condiciones de **igualdad**, a la población de Castilla y León.

En particular, la dispersión obstaculiza el **acceso a las prestaciones** regladas, **tanto de Atención Primaria como de Especializada**, en especial a las personas que residen a mayor distancia del núcleo de cabecera donde se encuentra el Centro de Salud o en las denominadas áreas periféricas. En este sentido, cabe citar como caso extremo la prestación de asistencia en consultorios de poblaciones menores de 100 habitantes, que se realiza un día a la semana.

Para facilitar el acceso a los servicios de las poblaciones dispersas, complementaria, se potencia el **desplazamiento de profesionales sanitarios**:

- En el caso de Atención Primaria, desplazamiento profesionales de desde los Centros de Salud a los Consultorios Locales.
- En Atención Especializada:
  - Desplazamiento de especialistas en alergología, dermatología, endocrinología y neumología a los hospitales comarcales.
  - Desplazamiento de especialistas en cirugía vascular y maxilofacial a hospitales que no cuenten con esta oferta.
  - Desplazamiento de especialistas a Centros de Especialidades y Centros de Salud alejados de los principales núcleos de población.
  - Potenciación de la asistencia prestada en **Centros de Especialidades**, ampliando su dotación de infraestructuras, equipamientos y recursos humanos. Así se ha construido un nuevo Centro de Especialidades en Benavente y se encuentran en construcción dos más en Ciudad Rodrigo y Las Merindades.

Igualmente, la dispersión dificulta la reducción en el **tiempo** de acceso a la asistencia sanitaria, lo que reviste especial relevancia en situaciones urgentes.

Por todo lo expuesto en Castilla y León se hace preciso contar con **una red suficientemente tupida de centros sanitarios**, de Atención Primaria y Especializada; como dato ilustrativo, baste señalar que en Castilla y León hay 23 hospitales, 21 Centros de Especialidades, 219 Centros de Salud, 19 Centros de Guardia y 3.455 Consultorios Locales. Con respecto a los Consultorios es importante destacar que la asignación media de habitantes por consultorio es de 205, con una frecuencia media de 2,86 días de consulta/semana por consultorio. Más significativo aún es el hecho de que el 70% de los consultorios tiene asignados menos de 200 habitantes.

Como vimos en el apartado 5.1.3, esta amplia red de dispositivos y recursos compensa las dificultades teóricas en el acceso a los servicios derivadas de la dispersión, y la accesibilidad real a los servicios en Castilla y León es incluso mejor que en la media del

Estado. No obstante, no es menos cierto que ello se consigue a expensas de un mayor coste en la prestación de los servicios sanitarios básicos (Atención Primaria y transporte sanitario y emergencias) como también vimos en dicho apartado.

En definitiva, la elevada dispersión de la población en Castilla y León, unida a la gran extensión del territorio y a su peculiar orografía, **multiplican las necesidades de financiación** requerida para alcanzar una **combinación de eficiencia y equidad mínimamente equilibrada y socialmente aceptable** en la asignación de recursos sanitarios.

## 6.2. LAS PRESTACIONES CUBIERTAS: NECESARIA EQUIPARACIÓN E IMPACTO DIFERENCIAL SOBRE EL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN

Desde que se hizo efectivo el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a Castilla y León, el 1 de enero de 2002, desde esta Comunidad Autónoma se han adoptado decisiones y se han acometido actuaciones dirigidas, todas ellas, a **equiparar el sistema sanitario de Castilla y León** al de otras regiones, **incorporando las nuevas prestaciones cubiertas por el sistema nacional de salud y extendiendo su cobertura**, avanzando así en el logro de un sistema sanitario autosuficiente, accesible, equitativo, de calidad, participativo, preventivo e innovador.

- Un sistema **autosuficiente**, que permita ofrecer a la población castellano-leonesa un amplio y completo conjunto de prestaciones, que permita atender en la región las necesidades en materia de asistencia sanitaria, respetando los límites marcados por la eficiencia.
- Un sistema sanitario **accesible** para los ciudadanos. Y accesible (desde el punto de vista geográfico, temporal y administrativo) en condiciones de igualdad, con independencia de su situación socioeconómica, residencia o cualquier otra que ponga en riesgo su derecho a la asistencia. Por tanto, un sistema **equitativo**.
- Asimismo, un sistema y unos servicios de **calidad**, lo que sólo se logrará incorporando el concepto de “mejora continua”.
- Un sistema que podemos calificar como **preventivo**, ya que no sólo la facilita asistencia sanitaria en caso de lesión o enfermedad, sino que también presta atención prioritaria a la protección de la salud colectiva e individual.

- Finalmente, un sistema **innovador**, que incorpora los avances tecnológicos en sus equipamientos, que aprovecha las posibilidades que ofrecen las tecnologías de la información y las comunicaciones para acercar el sistema y los servicios sanitarios a los ciudadanos, que estimula el conocimiento y la investigación en materia sanitaria, y que incorpora de forma responsable, ética y eficiente los avances biomédicos.

En términos generales, la política sanitaria de Castilla y León tiene como objetivo fundamental dotar a la Comunidad de los dispositivos y recursos asistenciales que garanticen la atención a las necesidades asistenciales de los ciudadanos en las mismas condiciones de igualdad y calidad que otras CCAA, en el marco de las prestaciones cubiertas por el sistema nacional de salud.

Para avanzar en la consecución de este objetivo, desde el 1 de enero de 2002 se han emprendido múltiples actuaciones, bajo la denominación de “Nuevas Acciones”, que han supuesto la **ampliación de la cartera de servicios** ofertada a la población.

Ahora bien, no sólo ha tenido lugar la ampliación de la cartera de servicios en sentido estricto, esto es, la **inclusión de nuevas prestaciones** cuya cobertura garantiza el sistema sanitario público, sino que además se ha **ampliado el abanico de servicios prestados dentro de la Comunidad** (evitando así desplazamientos de los pacientes y sus familiares a otras Comunidades para recibir asistencia sanitaria), y se ha avanzado en la **extensión de los mismos por el territorio regional**, acercando así la asistencia a la población. Asimismo, se ha **mejorado la calidad de la asistencia sanitaria prestada** (aumento del tiempo de atención en consulta, reducción de las demoras, mejores métodos de diagnóstico, ...). En definitiva, se va consiguiendo un sistema sanitario más completo, más accesible, más equitativo, y, en definitiva, de mayor calidad.

Repasaremos a continuación los avances realizados así como las actuaciones previstas para el futuro, no sin antes recordar que **las peculiaridades de Castilla y León dificultan y encarecen el logro de estos objetivos**, especialmente respecto a otras CCAA que se caracterizan por menor extensión territorial, menor dispersión de la población y/o menor envejecimiento relativo de la población. Como se ha señalado antes, no sólo incide el tamaño de la población sino también sus circunstancias.

### 6.2.1. Catálogo de prestaciones

En los tres últimos ejercicios, el sistema sanitario de Castilla y León se ha completado con la incorporación de algunas nuevas prestaciones y, sobre todo, con la extensión de la cobertura de las ya existentes en aquella fecha; todo ello en el marco del Real Decreto 63/1995, de 20 de

---

enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Comenzando por la **Atención Primaria**, primer eslabón en la cadena asistencial, los criterios que han guiado la programación de necesidades pueden resumirse en los siguientes:

- Extensión gradual de la cobertura de los Servicios de Área, de acuerdo con criterios de eficiencia e igualdad y según modelos de optimización en la localización de los servicios sanitarios basados en variables de accesibilidad y de población cubierta.
- Disminución de los cupos medios, con el fin de poder disponer de un tiempo medio adecuado para abordar la demanda, teniendo en cuenta las cargas de trabajo por grupos de edad.
- Abordar el déficit histórico de recursos humanos con criterios de homogeneidad e igualdad en todas las Áreas, sin olvidar las características específicas de cada una de ellas.
- Dotación de personal a los nuevos Centros de Salud y a las nuevas Unidades de Área.

Así, desde el año 2002, se ha ampliado la cobertura de una serie de servicios de Área, que antes de esa fecha presentaban un bajo grado de implantación en Castilla y León:

- **Unidades de Atención Bucodental:** El Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, regula las prestaciones de salud bucodental del sistema sanitario de Castilla y León, para la población en general y específicamente para los grupos de mayor riesgo (como son la población infantil, ancianos, personas con discapacidad y mujeres embarazadas). Contempla actividades tanto asistenciales como de prevención y promoción de la salud bucodental, que se desarrollan tanto en las Unidades de Salud Bucodental como en los Equipos de Atención Primaria. Al mismo tiempo, se incluye para la población infantil una serie de tratamientos especiales demandados por los ciudadanos e incluidos en la cartera de servicios de otras Comunidades Autónomas (Andalucía, País Vasco, Navarra, Galicia, Cantabria...).

Además, se trata de garantizar las mismas prestaciones en toda la Comunidad, alcanzando una cobertura del 100% con criterios de ordenación de recursos óptimos (según los criterios del Ministerio de Sanidad y Consumo –Madrid, 1996– deberá existir una Unidad por cada 35.000-50.000 habitantes) (tabla 6.5).

**TABLA 6.5. COMPARATIVA 2001-2004 DE PRESTACIONES BUCODENTALES**

PRESTACIONES OFERTADAS				
	2001		2004	
Consulta a demanda	SÍ		SÍ	
Servicio de salud bucodental de 6 a 14 años	SÍ		SÍ	
Programa de salud bucodental	SÍ		SÍ	
A. Bucodental a la mujer embarazada	NO		SÍ	
A. Bucodental al anciano > 75 años	NO		SÍ	
A. Bucodental al discapacitado	NO		SÍ	
Tratamientos odontológicos especiales a niños de 6-14 años	NO		SÍ	

EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS				
	2001		2004	
	Número	Ratio	Número	Ratio
Odontostomatólogos	49	1/66.372	63	1/52.455
Odontostomatólogos incluido cupo	61	1/53.551	72	1/45.570
Higienistas	30	1/108.408	49	1/66.372
Auxiliares administrativos	0		11	
Programa informático propio	NO		SÍ (73)	
Aparato ultrasónico	31		75	
Radiología dental	28		67	

- **Unidades de Pediatría de área:** El número de pediatras existentes en el año 2001 era de 218, de los cuales solamente 29 eran pediatras de área para poder atender a la población infantil de las Zonas Básicas de Salud que no disponían de pediatra de equipo. De esta forma el 82% de la totalidad de la población infantil disponía de un pediatra de referencia, porcentaje que se reduce a solamente el 47% de la población de las ZBS sin pediatra de equipo. Por este motivo, y con el fin de extender la cobertura de los pediatras de referencia a la totalidad de la población, garantizando la igualdad, se ha incrementado de forma gradual el número de pediatras en Castilla y León. Así, en el año 2004, el número de pediatras asciende a 254, de los cuales 61 son de área; con ello, el 100% de la población infantil dispone de un pediatra de referencia que realiza las actividades de revisión al niño sano y consulta a demanda.

**TABLA 6.6. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA 2001-2004**

	2001	2002	2003	2004
N.º total de pediatras	218	235	245	254
N.º de pediatras de Equipo	189	189	189	193
N.º de pediatras de Área	29	46	56	61
% de población infantil total con pediatra de referencia	82%	90%	95%	100%
% de población infantil con pediatra de referencia en las ZBS sin pediatra de Equipo	47%	75%	91,8%	100%

- **Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria:** Las Unidades existentes en el año 2001 daban cobertura solamente al 54% de la población castellano-leonesa. El servicio ha tenido una acogida muy alta por parte de los ciudadanos, con un elevado grado de satisfacción y una demanda creciente de extensión del servicio a toda la población. Por ello, en estos últimos años se ha procedido a incrementar de forma gradual el número de unidades, de modo que se pueda alcanzar una cobertura del 100%. Las características específicas de este servicio, con pacientes con limitaciones físicas y, por tanto, con dificultades en el desplazamiento, unido a la necesidad de establecer unas pautas de sesiones de varios días, hace que las unidades de fisioterapia deban ser muy accesibles, fundamentalmente en la zona rural; lo que implica que, por las características geográficas de Castilla y León, el número de unidades sea mayor. El criterio establecido para la ubicación de las mismas es de un tiempo de desplazamiento inferior a 40 minutos.

**TABLA 6.7. EVOLUCIÓN DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA 2001-2004**

	2001	2002	2003	2004
<b>N.º de unidades</b>	46	55	67	72
<b>N.º de fisioterapeutas</b>	65	81	91	101
<b>% de población cubierta</b>	54%	64%	75%	82%

- **Atención urgente extrahospitalaria:** La necesidad de prestar atención sanitaria (médica y de enfermería) inmediata durante las 24 horas del día, requiere, por las circunstancias orográficas y demográficas de Castilla y León, una red de recursos importante que permita dar una cobertura eficiente a una población muy dispersa. En este sentido, los Puntos de Atención Continuada de la Comunidad deben disponer de un equipamiento básico completo, una plantilla suficiente para una atención correcta tanto en el Centro como fuera del mismo (domicilio, vía pública...), con tiempo de respuesta corto y en las mejores condiciones de transporte sanitario. Por este motivo, se ha diseñado un proyecto de mejora de la atención urgente en atención primaria, en coordinación con el servicio de emergencias sanitarias, con el fin de completar la dotación de recursos, teniendo en cuenta que el tiempo de respuesta debe ser inferior a 30 minutos. Así, desde el año 2002:
  - Se ha completado la dotación del equipamiento diagnóstico-terapéutico básico.
  - Se han reforzado las plantillas de aquellos Puntos de Atención Continuada que han tenido un incremento significativo en su actividad.

- Se han reforzado con personal sanitario aquellos Puntos de Atención Continuada donde se han puesto en marcha nuevas Unidades de Soporte Vital Básico (13 Unidades en total).

La previsión de Unidades necesarias para completar la cobertura de transporte sanitario asistido en Castilla y León es, en el mejor de los casos, de un total de 85 Unidades, lo que significa que aún falta 72 Unidades, con el consiguiente coste de los dispositivos de transporte, de los recursos materiales y de los recursos humanos.

- **Equipos de soporte de atención domiciliaria:** En el año 1998 comenzaron, en el seno del extinto INSALUD, las primeras experiencias piloto para mejorar la calidad de asistencia a los pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria. En Castilla y León se eligieron 2 Áreas (Burgos y León), que se hicieron efectivas en el año 2001. Desde el año 2002 han sido numerosas las solicitudes de extensión de este servicio al resto de las Áreas; sin embargo, de momento no se ha abordado su extensión, requiriéndose para ello financiación para la infraestructura, los vehículos y los recursos humanos.

En **Atención Especializada**, caben destacar las siguientes prestaciones:

- Universalización de la **analgesia epidural en el parto**, con objeto de mejorar la calidad de vida de la parturienta.
- Pilotaje de una **Unidad de ictus** en el Complejo Asistencial de León: Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población de Castilla y León y la elevada incidencia de accidentes cerebrovasculares en esta población, se ha considerado conveniente, dentro de las medidas de mejora de la atención a la población con patología cerebrovascular, realizar una experiencia piloto con este tipo de dispositivo asistencial con vistas a valorar la mejora que puede introducir en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.
- Detección precoz de la **hipoacusia**, mediante la universalización del despistaje de hipoacusia a todos los recién nacidos en Castilla y León. El diagnóstico precoz permite realizar un tratamiento precoz del problema que redunde en mejora de la calidad de vida y posibilidades de desarrollo del paciente.
- Desarrollo de **Unidades de Consejo Genético** en Burgos y Salamanca. Con el fin de detectar pacientes con riesgo elevado de padecer determinados tipos de cáncer, de manera que se puedan instaurar medidas de prevención y tratamiento precoz. Desde 2003 se realiza Consejo Genético para cáncer de mama y ovario hereditario y se está desarrollando su próxima extensión para cáncer colorrectal.

- En asistencia psiquiátrica, puesta en funcionamiento de dos nuevas **unidades de patologías duales**:
  - Toxicomanía + enfermedad mental en el Complejo Asistencial de Salamanca
  - Retraso mental + enfermedad mental en el Complejo Asistencial de León.

Los pacientes con este tipo de problemas complejos necesitan recursos específicos en los que sea posible realizar un tratamiento residencial intenso que permita posteriormente el seguimiento ambulatorio.

- Implantación de la **leucodeplección** universal (Hemoterapia).

## 6.2.2. Cartera de servicios y nuevas tecnologías

En **Atención Primaria**, destaca la inclusión de algunos nuevos servicios específicos a determinados grupos de población (infancia, adolescencia, mujer, enfermos crónicos y terminales), según lo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Los servicios potenciados e incluidos en la cartera de servicios de Atención Primaria en Castilla y León en estos últimos años son:

- Atención a pacientes con síndrome de Down.
- Atención y educación al joven y adolescente.
- Educación a grupos de cuidadores familiares.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares en el adulto.
- Desarrollo de la Estrategia Regional contra el Cáncer.
- Diagnóstico precoz de demencias.
- Vacunación antineumocócica gratuita a mayores de 55 años.
- Deshabitación tabáquica.
- Atención al niño con asma.
- Atención a inmigrantes.

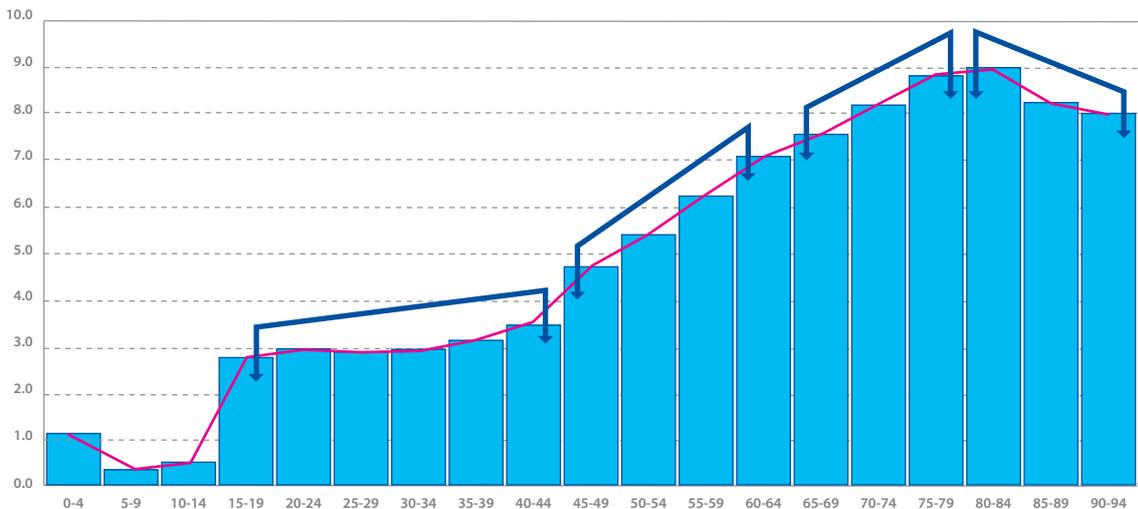
Además, se ha **modificado e incrementado las Normas Técnicas Mínimas**, con el fin de mejorar la calidad de los servicios prestados; en este sentido, podemos mencionar el análisis de factores psicosociales, la detección precoz del riesgo cardiovascular y del cáncer, la detección de malos tratos,...

Asimismo, se trata de **adecuar la oferta horaria a las necesidades de la población**, aproximando el horario de cita al horario real de atención y mejorando la accesibilidad en horario de tarde.

Todo lo cual ha supuesto un incremento de la actividad programada de los Equipos de Atención Primaria. De este modo, debido fundamentalmente a la oferta de cartera de servicios, tanto para los servicios de atención a la patología aguda, como a los pacientes crónicos, así como aquellas actividades en materia de prevención y promoción de la salud, **la actividad asistencial prestada en Atención Primaria es cada vez más elevada.**

Para organizar la **adecuación de plantillas** ligada a este incremento de actividad, se ha realizado, para Castilla y León, un **estudio de frecuentación de las consultas** por tramos de edad, a fin de adaptar los recursos de cada una de las demarcaciones a las cargas asistenciales. En efecto, la edad es el principal determinante de la frecuentación de las consultas, ya que el envejecimiento incrementa de forma considerable la patología crónica y degenerativa, constituyendo, en muchos casos, el principal motivo de atención programada y domiciliaria. Según los resultados obtenidos en el estudio, reflejados en el siguiente gráfico, la frecuentación hasta los 45 años es más o menos estable, incrementándose a partir de esta edad de forma exponencial hasta los 85 años, a partir de los cuales disminuye discretamente.

**Gráfico 6.2. Frecuentación por edades en Castilla y León (Médicos de Familia)**



Por lo tanto, en la fijación de cupos óptimos debe considerarse como una variable fundamental la distribución de la población por edades, circunstancia que en Castilla y León, como se ha hecho referencia en apartados anteriores, supone la situación más desfavorable de todo el territorio nacional.

Por otra parte, la migración de la población rural a la zona urbana ha supuesto, en esta CA, una necesaria reorganización de los recursos, con el fin de reajustar las plantillas de personal de las zonas rurales a las urbanas. Esta reestructuración se ve limitada por la necesidad de mantener una infraestructura suficiente en el medio rural, que impida carencias en la dispensación de servicios sanitarios dirigidos a un gran número de núcleos con población envejecida.

En **Atención Especializada**, cabe destacar las siguientes actuaciones:

- Ampliación de **Alergología y Reumatología** a todas las Áreas Salud, con el objetivo de atender de forma más accesible a la población con patologías prevalentes.
- Castilla y León tenía una escasa dotación de recursos para atender la creciente demanda de patología cardiovascular tributaria de hemodinámica diagnóstica y terapéutica y de tratamiento quirúrgico. Por ello, se ha considerado prioritario ampliar la dotación de recursos de alto nivel para la atención a esta patología y acercarlos a la población mediante la creación de dos nuevos dispositivos en dos provincias que carecían de ellos:
  - Servicio de **Cirugía Cardíaca** en el Complejo Asistencial de León.
  - Sala de **Hemodinámica** en el Complejo Asistencial de Burgos.
- En 2001 Castilla y León no disponía de ninguna **Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)**, lo que suponía una deficiencia importante para la atención a los niños en situación de riesgo vital, así como una limitación a la hora de abordar intervenciones quirúrgicas complejas que pudieran requerir posteriormente cuidados intensivos. Para paliar esta situación y mejorar la autosuficiencia asistencial, se estimó necesario crear dos UCIP en los dos hospitales que realizan cirugía pediátrica. Así, la UCIP del Complejo Asistencial de Salamanca comenzó a funcionar en octubre de 2003, mientras que la del Complejo Asistencial de Burgos entrará en funcionamiento previsiblemente a finales de 2005.
- Mejora de la **asistencia a pacientes oncológicos**. Dada la incidencia creciente de cáncer en Castilla y León y las mejores expectativas tanto de curación y supervivencia con los nuevos tratamientos, como de mejora de la calidad de vida de los enfermos

---

terminales, se han puesto en marcha numerosas medidas de mejora y dotación de recursos adicionales para la asistencia oncológica:

- Potenciación de la oncología médica en todas las Áreas de Salud, con la creación de servicio de oncología en aquellas en las que no lo había y la dotación de más oncólogos y personal no facultativo a los servicios ya existentes.
  - Creación del Servicio de Radioterapia en el Complejo Asistencial de Zamora.
  - Incremento de la dotación de equipos y técnicas de Radioterapia: instalación de un segundo acelerador lineal y dotación de técnica IMRT en Salamanca; incremento de personal en el Complejo Asistencial de León; próxima instalación (a lo largo de 2005) de un acelerador en el Complejo Asistencial de Burgos.
  - Ampliación de cuidados paliativos domiciliarios a todas las Áreas de Salud.
- Aumento y diversificación de los dispositivos de **Asistencia Psiquiátrica**:
    - Centros de Rehabilitación Psicosocial, hasta uno por cada Área de Salud. Se reconoce como prestación sanitaria esta actividad asistencial.
    - Centros de Día Psiquiátricos.
    - Equipos de Salud Mental Infanto-juvenil, en las áreas con una población menor de 18 años superior al 20%, de manera que los niños y adolescentes con patología psiquiátrica reciban una asistencia de mayor calidad y más acorde a sus características y necesidades.
  - Refuerzo de los dispositivos para la **reproducción humana asistida**. Dada la demanda creciente de parejas que precisan técnicas de reproducción asistida, se ha incrementado sustancialmente la dotación de recursos humanos y materiales para llevar a cabo estos tratamientos.

Por otra parte, por su papel clave en la prestación de asistencia sanitaria en general, y en particular sobre la calidad de la misma y en relación con la cartera de servicios, nos detenemos a continuación en el análisis del equipamiento denominado de **“alta tecnología”**.

En general, la modernización de los equipamientos es necesaria no sólo para paliar los efectos derivados del normal proceso de envejecimiento de los mismos, sino también para **incorporar los avances tecnológicos** que van apareciendo en el mercado y que resultan de gran utilidad para mejorar la asistencia sanitaria: métodos diagnósticos con mayor resolución, formas de tratamiento más efectivas, procedimientos quirúrgicos menos agresivos, etc... En definitiva, permite **ampliar la cartera de servicios y mejorar la calidad de la asistencia prestada**.

Esto es especialmente cierto en el caso del equipamiento de alta tecnología, cuya dotación en Castilla y León se ha mejorado de forma sensible en estos últimos ejercicios respecto a la situación existente en el momento de las transferencias, estando prevista la continuidad de esta estrategia en los próximos años. Las actuaciones de Castilla y León en este aspecto conceden atención prioritaria a la extensión de la resonancia magnética (en especial en los hospitales de mayor tamaño), el acelerador (en particular, en sustitución de las bombas de cobalto existentes en algunos hospitales, una vez que éstas agoten su vida útil), la hemodinámica y la braquiterapia.

**TABLA 6.8. EQUIPOS EN LOS QUE CASTILLA Y LEÓN ESTÁ POR DEBAJO DE LA MEDIA DE OTRAS CCAA**

CONCEPTO	Dotación Equipos CYL 2001	Incremento Equipos CYL 2002-204	Dotación Equipos CYL 2004	Ratio por 100.000 hab. CYL	Ratio por 100.000 hab. Media CCAA	Incremento de Equipos necesario en CYL para igualar ratio media CCAA
Resonancias Magnéticas	3	0	3	0,12	0,28	3,98
Salas de Hemodinámica	5	1	6	0,24	0,25	0,23
Densitómetros Óseos	1	1	2	0,08	0,13	1,24
Salas Convencionales RX	86	2	88	3,53	3,89	9,01
Litotricia extracorpórea	0	0	0	0,00	0,10	2,49
PET	0	0	0	0,00	0,02	0,50
Cámara Hiperbárica	0	0	0	0,00	0,02	0,50

### 6.2.3. El gasto farmacéutico

Entre los factores que presionan al alza sobre el gasto farmacéutico, se encuentran algunos que afectan con carácter general a todas las Comunidades Autónomas, como la introducción de nuevos medicamentos (de mayor coste), el incremento de la demanda asistencial, la mejor cobertura de la cartera de servicios o la inmigración.

Sin embargo, algunas de las singulares características de Castilla y León determinan un crecimiento específico y diferencial del gasto farmacéutico, por encima de otras CCAA y de la media nacional. Así, el mayor envejecimiento de la población, con mayor demanda asistencial y de productos más costosos, así como la mayor dispersión de la población y su mayor grado de ruralidad, que generan una mayor frecuentación, son factores que presionan sobre el crecimiento del gasto farmacéutico con mayor fuerza que en otras regiones.

Si analizamos los parámetros por los que se efectúa el seguimiento del crecimiento del gasto farmacéutico, como son el gasto total, el número de recetas y el gasto medio por receta,

se observa que, comparando el ejercicio 2004 con el 2003, Castilla y León creció por debajo de la media nacional en número de recetas y por encima de la misma en gasto farmacéutico a través de receta y en gasto medio por receta.

Esto indica cierto grado de contención del crecimiento del gasto farmacéutico como consecuencia de la demanda asistencial, así como una mayor **influencia del tipo de paciente atendido** (activo o pensionista) y de los **fármacos consumidos** (en particular, los medicamentos para enfermedades prevalentes y crónicas, susceptibles de ser utilizados en pacientes mayores de 65 años, están siendo en los últimos años protagonistas de la innovación en el ámbito de la terapéutica).

**TABLA 6.9. EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO 2003-2004**

INCREMENTO PORCENTUAL 2004/2003			
Comunidad Autónoma	N.º de recetas facturadas al SNS	Gasto farmacéutico	Gasto medio por receta
Andalucía	3,03	6,13	3,01
Cataluña	2,98	4,60	1,57
Canarias	3,21	8,41	5,03
Galicia	1,97	5,02	2,99
Navarra	3,23	6,18	2,86
C. Valenciana	3,34	7,57	4,09
País Vasco	2,45	6,38	3,84
Aragón	2,62	6,58	3,86
Asturias	3,97	6,28	2,22
Baleares	4,12	8,12	3,84
Cantabria	3,71	7,97	4,10
Castilla-La Mancha	1,74	4,74	2,95
<b>Castilla y León</b>	<b>2,72</b>	<b>7,12</b>	<b>4,28</b>
Extremadura	2,42	6,20	3,70
Madrid	4,62	7,06	2,34
Murcia	5,47	10,56	4,83
La Rioja	3,81	7,63	3,68
Ceuta	7,77	10,03	2,10
Melilla	2,04	9,01	6,83
<b>Nacional</b>	<b>3,17</b>	<b>6,40</b>	<b>3,13</b>
<b>Nuevas</b>	<b>3,56</b>	<b>6,98</b>	<b>3,31</b>

Del mismo modo, si consideramos los datos de gasto farmacéutico por persona y mes, se observa que en Castilla y León se registra un valor algo superior a la media nacional. Ahora bien, **cuando el gasto por persona se pondera con un factor relativo a la edad de la población, el indicador de gasto farmacéutico por persona ponderado presenta en Castilla y León un valor inferior a la media nacional.** Lo cual pone de manifiesto la carga diferencial que debe soportar el gasto farmacéutico en Castilla y León como consecuencia del envejecimiento de la población de esta Comunidad Autónoma, característica que le singulariza frente a otras CCAA.

**TABLA 6.10. GASTO FARMACÉUTICO POR PERSONA Y MES AÑO 2004**

Comunidad Autónoma	Gasto real	Gasto ponderado
Madrid	14,16	6,65
<b>Castilla y León</b>	<b>18,93</b>	<b>6,82</b>
Baleares	14,59	6,97
Cantabria	18,14	7,30
País Vasco	17,63	7,32
La Rioja	18,46	7,38
Navarra	18,31	7,68
Aragón	20,49	7,71
Asturias	21,08	7,76
Galicia	20,89	7,87
Castilla-La Mancha	20,47	8,08
Extremadura	20,58	8,22
Andalucía	17,71	8,23
Cataluña	19,28	8,27
Canarias	17,58	9,09
Murcia	19,98	9,54
C. Valenciana	22,12	9,68
Melilla	10,17	5,55
Ceuta	12,31	6,55
<b>Nacional</b>	<b>18,56</b>	<b>7,99</b>

La ponderación se ha efectuado aplicando el GPA de Castilla y León a la población del resto de Comunidades Autónomas, haciendo equivaler pensionistas a mayores de 65 años.

Un ejemplo que da soporte a estas afirmaciones se refiere al **consumo de medicamentos para la demencia** (No6D), utilizados en personas mayores de 65 años. A partir de la información contenida en el siguiente cuadro, elaborado con datos de consumo en el ejercicio 2003, si relacionamos el consumo de este tipo de productos con la población total del SNS y de Castilla y León, se observa que, tanto en envases como en importe por persona, el consumo de estos medicamentos es superior en Castilla y León. Sin embargo, al efectuar la comparación con respecto a los mayores de 65 años, que son los usuarios de estos medicamentos, encontramos un comportamiento prescriptor bastante más contenido en Castilla y León, lo que indica un mayor esfuerzo en la racionalización del gasto en términos relativos, aunque se produzca un mayor crecimiento en valores absolutos.

**TABLA 6.11. CONSUMO DE MEDICAMENTOS PARA LA DEMENCIA EN 2003**

	SNS	CyL
<b>Envases</b>	2.339.029	150.717
<b>Importes</b>	119.943.973	8.469.247
<b>Envases/población total</b>	55,91	60,76
<b>Envases/poblac.&gt; 65 años</b>	326,25	264,87
<b>Importe/población total</b>	2,87 €	3,41 €
<b>Imp./pobl.&gt; 65 años</b>	16,73€	14,88€

Población utilizada: Padrón municipal 1.º enero 2002 (efectos 31/12/2002).

Datos SNS: Sistema de información RAZHES. Direc. Gral. Farmacia y P.S.

Datos C y L: Sistema de información CONCYLIA. Direc. Gral. Asistencia Sanitaria.

En definitiva, el mayor peso relativo de la población mayor de 65 años en Castilla y León obliga a utilizar un elevado volumen de medicamentos de determinados grupos terapéuticos, que tienen generalmente un coste elevado, si bien el consumo por persona es menor que la media del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, conviene hacer mención a los avances registrados en Castilla y León en cuanto al **incremento del consumo de especialidades farmacéuticas genéricas**, que, por el menor coste relativo de las mismas, contribuyen a moderar el crecimiento del gasto farmacéutico.

**TABLA 6.12. PORCENTAJE DE CONSUMO DE EFG EN CASTILLA Y LEÓN  
2001-2004**

AÑO	% EFG
2001	6,58
2002	7,97
2003	9,86
2004	11,85

También en relación con el gasto farmacéutico, pero esta vez refiriéndonos a la gestión de la **farmacia hospitalaria**, cabe destacar el impulso al sistema de **dispensación de medicamentos en dosis unitarias**, que permite mejorar la gestión.

Finalmente, otro de los aspectos que debe tenerse en cuenta, por su impacto sobre el gasto farmacéutico, es la atención y prescripción a **pacientes desplazados** así como la dispensación y facturación de **recetas procedentes de otras CCAA**. La cuantía alcanzada por esta parte de la prestación farmacéutica ascendió en 2004 a unos 13,35 millones de euros, lo que representa un **2,35% sobre la facturación total** a través de receta y equivale a tener 54.500 habitantes más en Castilla y León.

### 6.3. CRITERIOS DE CALIDAD Y NUEVAS TENDENCIAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS: CONDICIONANTES PARTICULARES DE CASTILLA Y LEÓN

Repasaremos a continuación los avances realizados a este respecto desde que Castilla y León asumiera las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en enero de 2002, partiendo de la situación en que se encontraba en aquel momento el sistema regional de salud, que presentaba alto grado de obsolescencia de las infraestructuras, y teniendo en cuenta las necesidades específicas de esta Comunidad dadas sus peculiares características.

#### 6.3.1. Reducción de los tiempos de espera

El Plan de Reducción de Listas de Espera (PRLE), aprobado en diciembre de 2003, con un horizonte temporal de tres años (2004-2007), pretende dar respuesta a una de las principales preocupaciones de los ciudadanos, como es la demora excesiva para recibir asistencia sanitaria.

En efecto, el Plan trata de establecer medidas eficaces para la solución de las demoras existentes para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidades y pruebas diagnósticas, con el compromiso de ofrecer unos tiempos de espera razonables a los ciudadanos de la CA. Para ello se actuará en una triple vertiente: reducir el número de pacientes de las listas de espera, reducir el tiempo máximo y el tiempo medio de espera, y racionalizar la información de las listas de espera.

La consecución de los objetivos del PRLE se hará posible tanto a través de medios propios como a través de medios ajenos (esto es, concertando la prestación de asistencia sanitaria), estando previsto un coste total para el periodo 2004-2007 de unos 62 millones de euros.

Transcurrido el primer año de aplicación del PRLE, los resultados obtenidos se recogen en la siguiente tabla.

**TABLA 6.13. RESULTADOS DEL PLAN DE REDUCCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA**

	Intervenciones quirúrgicas	Consultas externas	Pruebas diagnósticas	Consultas externas
Pacientes en Lista de Espera	7,33%	-14,50%	-22,69%	-9,34%
Actividad asistencial	3,79%	2,02%	4,93%	2,86%
Reducción de la espera media	-3,39%	-8,57%	-22,50%	-
Grado de cumplimiento del objetivo de demora máxima	99,51%	90,37%	72,59%	

El número de pacientes en lista de espera se ha reducido, en términos globales, al igual que la demora media y máxima, que se ha ido aproximando a los objetivos marcados para el primer año de aplicación del Plan. El incremento registrado en la lista de espera para las intervenciones quirúrgicas, a pesar del aumento de actividad quirúrgica, se explica por el aumento de consultas externas y pruebas diagnósticas.

### 6.3.2. Situación de las infraestructuras y estándares de confort

La modernización de las infraestructuras es necesaria no sólo para paliar los efectos derivados del normal proceso de envejecimiento de edificios, instalaciones y equipos, sino también para incorporar los avances tecnológicos que van apareciendo en el mercado y que permiten avanzar hacia una asistencia sanitaria más completa y de mayor calidad.

En este sentido, **los hospitales transferidos en 2002** presentaban un elevado grado de obsolescencia, como puede deducirse de la elevada edad de los edificios y de la ausencia de reformas importantes en los años previos a la transferencia. De hecho, **el INSALUD ya había considerado**, para varios hospitales (General Yagüe de Burgos, Río Carrión de Palencia, Clínico de Salamanca, Clínico Universitario de Valladolid y Hospital de Soria), la necesidad funcional de acometer reformas importantes ante su elevado grado de obsolescencia estructural y tecnológica, la desorganización funcional que presentaban y las nuevas necesidades que habían surgido. Reformas que no fueron emprendidas por el extinto INSALUD y que todavía están pendientes. En el siguiente cuadro se detalla, resumida, esta información.

**TABLA 6.14. RESULTADOS DEL PLAN DE REDUCCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA**

	Año de construcción	Observaciones
Hospital de Ávila	1977	Plan Director finalizado en 2003 (iniciado por el INSALUD)
Hospital General Yagüe de Burgos	1956	El INSALUD desarrolló un Plan Funcional de Reforma
Hospital de León	1968	Plan Director en curso (iniciado por el INSALUD)
Hospital Río Carrión de Palencia	1954	El INSALUD desarrolló un Plan Funcional de Reforma
Hospital Clínico de Salamanca	1972	El INSALUD desarrolló un Plan Funcional de Reforma
Hospital de Segovia	1975	Reforma en curso (iniciada por el INSALUD)
Hospital de Soria	1980	El INSALUD desarrolló un Plan Funcional de Reforma
Hospital de Medina del Campo	1986	Reforma en curso (iniciada por el INSALUD)
Hospital Río Hortega de Valladolid	1948	Obras de construcción del nuevo hospital en curso (iniciadas por el INSALUD)
Hospital Clínico Universitario de Valladolid	1972	El INSALUD desarrolló un Plan Funcional de Reforma
Hospital Virgen de la Concha de Zamora	1955	Reforma en curso (iniciada por el INSALUD)

Por otro lado, en el caso de **Atención Primaria**, las singularidades de Castilla y León en términos de gran extensión del territorio y elevada dispersión de la población en el mismo hacen **necesario acometer actuaciones en un elevado número de núcleos de población**, para poder prestar asistencia sanitaria a la población en condiciones aceptables.

Por todo lo anteriormente expuesto, para afrontar la necesaria modernización de las infraestructuras, se aprobó el **Plan de Inversiones en Infraestructuras Sanitarias 2002-2010**, que prevé una inversión total de 1.316 millones de euros (908 millones de euros dedicados a obras y 408 millones de euros a equipamientos). Lo que supone una inversión media anual de 146 millones de euros, que duplica la realizada en el año 2000, ejercicio récord en las inversiones del INSALUD.

La inversión media anual hasta el año 2004 ha sido cercana a 135 millones de euros, superándose esta cifra en el presupuesto de 2005, donde se incluye una dotación de casi 170 millones de euros. La inversión anual realizada en el período 2002-2005, desde que se hizo efectivo el traspaso de competencias a la Comunidad de Castilla y León, supera en más del doble a la realizada por el INSALUD entre 1997 y 2001, y se acerca al triple si la comparamos con la inversión prevista para el periodo 2004-2007. Si la comparación se realiza con la ejecución anterior a 1996, tenemos una cifra más de 7 veces superior a la realizada entre 1994 y 1996.

**TABLA 6. 15. COMPARATIVA DE LA INVERSIÓN MEDIA ANUAL**

1994-1996	1997-2001	2002-2005	2002-2010 (prev.)
19.481.787	52.222.549	143.248.330	146 M €

El gran esfuerzo presupuestario que debe realizar Castilla y León para modernizar las infraestructuras sanitarias se ve incrementado, en el caso de algunas obras iniciadas por el extinto INSALUD, por el desfase entre el coste previsto y el coste real de las mismas, ya sea por presentar variaciones en su desarrollo incorrectamente tramitadas y no dotadas presupuestariamente, o por tratarse de expedientes insuficientemente presupuestados, o por haber sido objeto de solicitudes de indemnización a terceros por errores en la adjudicación de las obras y paralizaciones de obra.

A lo que hay que añadir un elevado (pero difícilmente cuantificable) gasto corriente inducido.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar las actuaciones emprendidas en desarrollo del Programa de **mejora del confort** en los centros sanitarios, puesto en marcha por el extinto INSALUD poco antes del traspaso de las competencias de asistencia sanitaria. Actuaciones que afectan a múltiples y variados aspectos relacionados con el confort, tales como la oferta de habitaciones individuales en los hospitales (el objetivo es que al menos el 25% de las habitaciones sean individuales), la mejora de los accesos a los centros sanitarios (eliminación de barreras arquitectónicas, parking, señalización, ...), iluminación, mobiliario y decoración, puntos de información, seguridad, etc.

### 6.3.3. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Por la relevancia que han adquirido en los últimos años, y por las **interesantes y versátiles potencialidades que ofrecen para el sistema sanitario de Castilla y León, en particular**

---

**para hacer frente al reto de la accesibilidad**, conviene detenerse en las actuaciones en el ámbito de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Respecto a la informatización, las actuaciones emprendidas y previstas en Castilla y León giran en torno a cuatro estrategias diferentes:

- En primer lugar, la dotación de **una red de comunicaciones propia de la Gerencia Regional de Salud**, independiente de la Red de Datos de la Junta de Castilla y León, permite tanto su gestión como su adaptación a las necesidades de flujo de información que puedan surgir (fundamentalmente derivadas de las tecnologías de digitalización de imágenes médicas o del empleo de aplicaciones en red). Más aún, disponer de una red propia para el sistema regional de salud es casi una exigencia tanto por razones legales, relacionadas con la confidencialidad de la información, como por la necesidad de contar con un soporte permanente, las 24 horas del día y los 365 días del año. Las actuaciones previstas para el futuro comprenden la conexión de los consultorios locales así como la ampliación del ancho de banda.
- En segundo lugar, se ha desarrollado **una aplicación propietaria para Atención Primaria**, a semejanza de otras CCAA que recibieron las transferencias sanitarias hace años (País Vasco, Valencia, Andalucía, etc.). En este sentido es importante señalar que la apuesta de Castilla y León por un modelo de desarrollo propio es pionera entre las Comunidades que asumieron las transferencias sanitarias en el año 2002, considerándose el más adecuado para Castilla y León ya que permite disponer de un producto adaptado a las necesidades específicas, evolucionar el producto con las necesidades futuras, liberarse del pago de mantenimientos y ser propietarios de las fuentes, lo que a su vez posibilita lograr acuerdos de desarrollo conjunto con otras CCAA.

Esta aplicación, que recibe el nombre de MEDORACYL, está completando su desarrollo y ya se ha iniciado su implantación en Centros de Salud, con el fin de disponer del mismo en toda la red castellano-leonesa de Atención Primaria a finales del año 2005.

- En tercer lugar, en lo referente a la **Atención Especializada**, se ha optado por **combinar una solución nuclear** (HIS) para la gestión de pacientes, **con soluciones departamentales** (Laboratorio, anatomía patológica, UCIs, Anestesia, etc.), y no de carácter global, ya que actualmente no existe un sistema de información que dé una respuesta global y que sea suficientemente aceptado por los diferentes interlocutores del hospital. Cuando es posible, estos desarrollos departamentales tienen por objeto ser propietarios de la aplicación y posiblemente el futuro vaya más en la línea de poder integrar diferentes aplicaciones departamentales, unas propietarias y otras comerciales, que en disponer de una aplicación conjunta para toda la Atención Especializada.

- En cuarto y último lugar, la estrategia que se ha seguido en Servicios Centrales consiste en la introducción de diferentes **aplicaciones, residentes en servidores de la Gerencia Regional de Salud** y a las cuales se accede a través de la red. Esta estrategia se dirige hacia aplicaciones de carácter general o aquellas que deben garantizar determinados derechos. Como ejemplos cabe citar la Base de Tarjeta Sanitaria, o el registro de Listas de Espera que se está diseñando para garantizar los plazos de intervención quirúrgica o consulta en el Sistema Sanitario de Castilla y León. Estas aplicaciones centralizadas deben constituir el núcleo de desarrollo de lo que se denomina “**Historia Clínica Digital de Castilla y León**”, base de unión de todos los datos clínicos de los distintos centros asistenciales de la Comunidad Autónoma.

Todas estas estrategias permiten llevar el escenario de la **Telemedicina** desde el campo del pilotaje a la asistencia habitual, permitiendo aprovechar las soluciones que ofrece la Telemedicina y que son de gran utilidad en Castilla y León, en particular para hacer frente al reto de la accesibilidad, sobre todo en el medio rural. En este sentido, conviene señalar que los proyectos de Telemedicina abordados se dirigen al empleo de estas tecnologías por el médico de familia, y no directamente a los pacientes, dando prioridad a aquellas actuaciones con mayor impacto en el medio rural.

Entre los diversos proyectos en ejecución podemos destacar los siguientes:

- **Teleelectrocardiología:** Con una cobertura de 100 Zonas Básicas de Salud y una población potencial para su empleo de 734.000 habitantes, se pretende su extensión al total de las Zonas rurales (unas 170 en total) en 2005.
- **Disponibilidad de resultados analíticos por vía telemática:** Con este sistema se dispondrá de los resultados analíticos en todas las Zonas Básicas de la Comunidad en la misma mañana en que se realiza la extracción así como su integración en la historia clínica de Atención Primaria. Se prevé su implantación generalizada a mediados de 2005, estando ya disponible en algunas Áreas de la Comunidad.
- **Telerradiología:** Con objeto de mejorar la calidad de la asistencia en servicios que basan el diagnóstico en técnicas de imagen (fundamentalmente RX), se está desarrollando un **Plan de Digitalización de Hospitales**, que pretende la integración de todas las imágenes diagnósticas dentro de los proyectos de Historia Clínica Digital. Además, existe la posibilidad de enviar imágenes desde algunos Centros de Salud que disponen de equipos de radiología y sistemas de digitalización, lo que permite no sólo realizar diagnósticos sino además volcar los resultados en la historia clínica de Atención Primaria.
- **Teleconsulta:** Con la extensión de puestos de Telemedicina, se abre la posibilidad de realizar consultas a distancia, habiéndose realizado actuaciones en las Áreas de Salud

---

de Zamora y Salamanca que además han sido cofinanciadas por la Unión Europea, en concreto por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), a través de la Iniciativa Interreg III-A.

- **Otras fórmulas de telemedicina**, en concreto la Teleoftalmología (Ávila) y la Teledermatología (León y Palencia) se encuentran en fase de proyecto piloto.

Asimismo, próximamente se pondrá en marcha un “**contact center**”, plataforma que permitirá gestionar citas de forma remota a través de telefonía fija, móvil, mensajería e internet, facilitando el acceso de los ciudadanos a las consultas de los centros sanitarios de Atención Primaria sin necesidad de desplazarse a los mismos.

Para dar respuesta a las necesidades y demandas planteadas desde los **Servicios Centrales** de la Gerencia Regional de Salud, se lleva a cabo una amplia **variedad de proyectos**: gestión de recursos humanos, gestión de gasto farmacéutico, contratación pública electrónica, ...

Finalmente, para procurar soporte a toda la red, tanto en comunicaciones, aplicaciones y dispositivo, se han creado las **Unidades de Soporte al Usuario en Atención Primaria y Especializada** (USUAP y USUAE, respectivamente), que garantizan la continuidad del funcionamiento de todas las tecnologías de la información y las comunicaciones (24 horas al día, todos los días del año) en todos los centros asistenciales de la CCAA. Estas unidades también se responsabilizan de los trabajos de implantación nuevos proyectos, colaboran en la elaboración de nuevos proyectos y gestionan los niveles de calidad de los servicios prestados por los distintos proveedores de las tecnologías de información y de las comunicaciones.

## **6.4. LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN CASTILLA Y LEÓN. LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

Los recursos humanos son, sin duda, el pilar más importante sobre el que se apoya la sanidad de Castilla y León; de hecho, a ellos se destina prácticamente la mitad del presupuesto sanitario. A continuación repasaremos las actuaciones desarrolladas en este ámbito desde la asunción de competencias en materia sanitaria por parte de la CA de Castilla y León, agrupándolas en cinco apartados.

### 6.4.1. Actuaciones derivadas de la normativa y/o acuerdos estatales y/o europeos

- La finalización de los procesos de **Consolidación de Empleo**, previstos en la Ley 16/2001, de consolidación del personal estatutario, supondrá el reconocimiento de los servicios previos a efectos de trienios del personal interino que adquiriera la condición de personal fijo.
- El desarrollo de la **Carrera Profesional** retribuida, además de tratarse de una previsión incluida en el Estatuto Marco y de un objetivo institucional de la Junta de Castilla y León, es un mandato contenido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, con rango de normativa básica estatal; además, es una aspiración histórica de los profesionales del sistema sanitario público y una reivindicación permanente de los representantes sindicales. Se pretende que la carrera profesional esté ligada a la asistencia, la docencia, la investigación y la gestión clínica.
- La limitación de la jornada máxima semanal conjunta (ordinaria y extraordinaria) a **48 horas**, regulada en el Estatuto Marco y en la Directiva Europea, supondrá un importante aumento de efectivos y/o horas de sustitución.
- **El cumplimiento del Estatuto de los Trabajadores** conlleva el reconocimiento y pago de la antigüedad a los laborales no fijos que fueron transferidos, coste que no fue financiado.
- El **personal fuera de plantilla**, que en el momento de las transferencias ascendía a cerca de 600 trabajadores, resulta necesario para el desarrollo de la actividad transferida. Sin embargo, su coste no fue financiado por no formar parte de la plantilla orgánica.
- **Cumplimiento de sentencias**, relativas a:
  - **Cotización continuada de refuerzos**: Diferentes sentencias judiciales reconocieron el derecho de este personal transferido a mantener el alta en seguridad social. Como consecuencia de ello, se firmó del Acuerdo 95/2004, de 8 de julio, de la Junta de Castilla y León, reconociendo este derecho a todo el personal de refuerzo.
  - **Pago de cuotas colegiales**: El acuerdo firmado por el Estado reconociendo el pago de colegiación de los inspectores provocó la reclamación de los médicos y enfermeras por discriminación; diversas sentencias han dado lugar a que la CA haya tenido que asumir el pago de las cuotas colegiales de estos dos colectivos correspondientes al primer semestre de 2002.
- Próximamente, las CCAA deberán integrar los servicios y personal de la **sanidad penitenciaria** en virtud de la ley General de Sanidad, que reconoce el derecho de

todos a la protección de la salud y a la atención sanitaria, así como la necesidad de participación de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, la Ley de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud, establece que los sistemas sanitarios dependientes de Instituciones penitenciarias serán transferidos a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud.

### 6.4.2. Actuaciones derivadas de la dotación o mejora de los servicios transferidos

- La puesta en marcha de **nuevas acciones** autorizadas en los Planes Anuales de Gestión de las Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada y Emergencias Sanitarias, ha supuesto la incorporación de 1.243 nuevos efectivos. Las razones que, en última instancia, subyacen en las nuevas acciones aprobadas, son diversas: finalización de obras, puesta en marcha de nuevas prestaciones y/o nuevos servicios, ampliación de la cobertura de prestaciones y/o servicios existentes, mejora de la accesibilidad, ...
- La creación de los **Servicios Centrales** de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (esto es, un órgano administrativo que desarrollara la actividad que anteriormente se desempeñaba desde el Ministerio de Sanidad) así como la necesaria adaptación de las Gerencias de Salud de Área a la nueva realidad postransferencial, ha conllevado un incremento de 414 efectivos.

### 6.4.3. Actuaciones derivadas de normativas, acuerdos o equiparación con el personal de la Administración Regional

Para dar cumplimiento a uno de los compromisos asumidos en el Acuerdo Marco<sup>1</sup>, se firmó el **Acuerdo de Desplazamientos**<sup>2</sup>, consistente en revisar los gastos por desplazamientos y dietas del personal de Atención Primaria que utiliza su vehículo particular para desplazarse a las zonas rurales. Además, existía otro compromiso, adquirido en 2001 por la entonces Consejería de Sanidad y Bienestar Social, relativo a la constitución de un “fondo de compensación” para la concesión de ayudas a los damnificados por accidentes en sus desplazamientos.

1. *Acuerdo Marco sobre Ordenación de los Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en Castilla y León; firmado en mayo de 2002 con las siete organizaciones sindicales de la región, su vigencia se extiende hasta 2005.*

2. *Acuerdo sobre Compensación Económica de los Desplazamientos del Personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada.*

En cumplimiento de las previsiones contenidas en la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, y en el Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud, se ha avanzado en la **integración de centros sanitarios dependientes de otras Administraciones**. En los casos del Hospital Militar de Burgos y el Hospital San Telmo de Palencia, el proceso de integración, que puede darse por culminado, ha supuesto la incorporación de 399 nuevos efectivos. A corto plazo (previsiblemente a lo largo de 2005 o 2006) se hará efectiva la integración de los Consorcios Hospitalarios de Burgos, Valladolid, Salamanca y Segovia (lo que conlleva un incremento de aproximadamente 470 efectivos). Conviene destacar que la homologación de las condiciones retributivas del personal transferido con respecto al personal de la Gerencia Regional de Salud conlleva un coste no financiado por parte del Ministerio de Economía y Hacienda.

El **Acuerdo sobre el régimen de vacaciones, permisos y licencias** tiene su origen en el compromiso adquirido a través del Acuerdo Marco. Consiste en equiparar la normativa estatutaria a la funcionarial, en respuesta a una reivindicación largamente demandada por los trabajadores del sistema sanitario, siendo un importante elemento motivador.

La **regulación de la jornada y el horario laboral** del personal que presta servicios en las instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por homologación con el personal del resto de la Administración Regional y de los sistemas de Salud de otras Comunidades Autónomas, tendrá efectos a partir del 1 de enero de 2005.

El Acuerdo sobre la modificación del **Complemento Específico**<sup>3</sup> supondrá, a partir de 2005, la equiparación de todos los profesionales facultativos que prestan su servicio en el sistema regional de salud.

El **Pacto de Acción Sindical**, que tiene por objeto regular los derechos de representación sindical en el ámbito de la Administración autonómica, tendrá efectos desde 2005.

En el Estatuto Marco se recoge que el régimen jurídico del personal sanitario será el estatutario, lo que conlleva un proceso progresivo y voluntario de **estatutarización** del personal que ostenta la condición de funcionario o laboral fijo, que implicará la equiparación de las condiciones retributivas y laborales.

La finalización de los procesos de **consolidación de empleo** previstos en la Disposición Transitoria Cuarta de la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, y en el Acuerdo sobre estabilidad en el empleo (Resolución de 8 de noviembre de la Dirección

3. Acuerdo de la Mesa Sectorial de las Instituciones Sanitarias sobre la Modificación del Complemento Específico del Personal Facultativo dependiente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

General de Función Pública), supondrá el reconocimiento de los servicios previos a efectos de trienios del personal interino que adquiera la condición de personal fijo.

#### 6.4.4. Actuaciones para equiparar las condiciones retributivas del personal con la media de las Comunidades Autónomas

- El Acuerdo Marco contempla el denominado “**Complemento Acuerdo Marco**” cuyo importe se refleja en la tabla 6.14.
- Además, el Acuerdo Marco supuso una mejora retributiva adicional por **aumento de los incentivos**. Así, el citado Acuerdo establecía que, para el año 2002, la Gerencia Regional de Salud incrementaría en un 10% la cantidad que destinó el INSALUD en 2001 en concepto de productividad variable; y, para el ejercicio 2003, se contemplaba un incremento adicional de otro 10% sobre la cuantía destinada a productividad variable en el ejercicio 2002. Más aún, en el Acuerdo Marco se disponía que, durante el año 2003, y previa negociación sindical, se determinaría qué parte de la productividad variable se transforma en fija, estableciéndose a tales efectos un mínimo del 40%, haciéndose efectiva esta medida a partir del 1 de enero de 2004.

**TABLA 6.16. INCREMENTO RETRIBUTIVO DERIVADO DEL “COMPLEMENTO ACUERDO MARCO”**

	Incremento año 2002 (12,5%)	Incremento año 2003 (25%)	Incremento año 2004 (25%)	Incremento año 2005 (37,5%)	Incremento 2002-2005 (100%)
<b>Grupo A</b>	447,88	895,76	895,76	1.343,64	3.583,03
<b>Grupo B</b>	324,55	649,09	649,09	973,64	2.596,37
<b>Grupo C</b>	249,42	498,84	498,84	748,26	1.995,36
<b>Grupo D</b>	217,87	435,73	435,73	653,60	1.742,93
<b>Grupo E</b>	173,54	347,09	347,09	520,63	1.388,34

#### 6.4.5. Otras mejoras

- El **Pacto de Acción Social**, fruto del compromiso adquirido en el ejercicio 2002 en la Mesa Sectorial de Sanidad, ha supuesto un incremento del gasto destinado a acción social ya que, manteniendo las ayudas que se encontraban reguladas para el personal estatutario, se ha aumentado su cuantía, se ha hecho extensivo el derecho al personal funcionario y laboral de la Gerencia Regional de Salud y se han introducido nuevas ayudas condicionadas al nivel de renta por equiparación con el personal funcionario.

- Por su importancia cualitativa, no podemos dejar de mencionar el **Plan de Formación**; de carácter plurianual (2003-2005), tiene por objeto alcanzar una asignación de 90 euros por profesional.
- En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, el **Plan de actuación de Seguridad y Salud Laboral** 2003-2005, persigue proporcionar a los profesionales una protección eficaz frente a los riesgos derivados de sus condiciones de trabajo y alcanzar un alto nivel de seguridad y salud para las personas. Su implantación es obligatoria por la normativa europea, el estatuto Marco y por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.

## 6.5. CARACTERÍSTICAS SINGULARES DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN EN EL ACTUAL SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las especiales circunstancias de nuestra CA que se han puesto de manifiesto a lo largo de este capítulo, así como la exposición previa del actual modelo de financiación de las CCAA, determinan la necesidad de incluir aquí algunas observaciones.

El reparto de la financiación destinada a competencias comunes, asistencia sanitaria y servicios sociales, calculada a fecha de 1999, se calcula de la siguiente manera:

	Factor	Peso
<b>P</b>	Participación sobre la población	0,750
<b>V</b>	Participación sobre población mayor de 65 años	0,245
<b>I</b>	Participación sobre insularidad	0,005

$$\% \text{Participación} = 0,750 * P + 0,245 * V + 0,005 * I$$

Esto quiere decir, que el punto de partida de haber estado el modelo vigente en 1999 hubiese sido el que se expresa en la tabla.

**TABLA 6.17. SIMULACIÓN CON DATOS DE 1999 DE LA PARTICIPACIÓN DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN EL REPARTO GENERAL DE FINANCIACIÓN, EXCLUIDOS FONDOS ESPECÍFICOS. COMPARACIÓN CON LA SITUACIÓN ACTUAL**

Comunidad Autónoma	Simulación 1999*	2005**
Andalucía	17,41%	17,14%
Aragón	3,14%	3,03%
Asturias (Principado de)	2,86%	2,61%
Baleares (Illes)	2,10%	2,25%
Canarias	4,21%	4,51%
Cantabria	1,35%	1,31%
<b>Castilla y León</b>	<b>6,62%</b>	<b>6,15%</b>
Castilla-La Mancha	4,46%	4,43%
Cataluña	15,47%	15,72%
Comunidad Valenciana	10,01%	10,36%
Extremadura	2,72%	2,54%
Galicia	7,07%	6,65%
Madrid (Comunidad de)	12,34%	13,08%
Murcia (Región de)	2,70%	2,89%
Navarra (Comunidad Foral de)	1,36%	1,36%
País Vasco	5,20%	4,96%
Rioja (La)	0,68%	0,70%
Ceuta	0,17%	0,15%
Melilla	0,13%	0,14%
<b>ESPAÑA</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

\*Fuente: Datos de población INE.

\*\* Fuente: INE Proyecciones de Población, Base Censo 2001, Escenario 2, fecha de referencia 1 de enero de 2006.

La pérdida porcentual que se produce para Castilla y León con el actual modelo, obedece a la disminución de la población, sobre todo comparando con lo que ocurre en otras CCAA. Sin embargo, se ha mencionado ya la importancia de contemplar en el actual modelo de reparto el envejecimiento y la dispersión, cuyo peso relativo debería aumentar para nuestra comunidad en aras de la equidad, y por tratarse de factores claramente condicionantes del gasto sanitario.

La ponderación del envejecimiento en el modelo de financiación actual, equivale a suponer que el gasto por una persona mayor de 65 años es 2,9486 veces el gasto por persona menor de esa edad. Los datos constatados a lo largo de este informe, revelan que la realidad es bien diferente: el gasto correspondiente a los mayores de 65 años es entre 4 y 6 veces mayor que el del resto de la población.

$$\text{COSTE RELATIVO} = \frac{\frac{\text{Coste mayores 65 años}}{\text{Población protegida mayor de 65 años}}}{\frac{\text{Coste menores 65 años}}{\text{Población protegida menor de 65 años}}}$$

Para que el sistema de financiación se ajustara a la realidad y reflejara el peso de la población envejecida sería preciso que la ponderación que recibe el envejecimiento fuera muy distinta de la actual. En la siguiente tabla se pueden ver las ponderaciones correctas para que el coste relativo de una persona mayor sea el adecuado:

**TABLA 6.18. PONDERACIONES DE LOS DISTINTOS FACTORES Y VALORACIÓN RESULTANTE DEL COSTE RELATIVO DE UNA PERSONA MAYOR DE 65 AÑOS**

Factor	Peso	Peso	Peso	Peso
Participación sobre la población	0,7500	0,6617	0,5953	0,5409
Participación sobre población mayor de 65 años	0,2450	0,3333	0,3937	0,4541
Participación sobre insularidad	0,0050	0,0050	0,0050	0,0050
Coste relativo de una persona mayor	2,95	4	5	6

## 7. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN SANITARIA



## 7. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN SANITARIA

---

La insuficiencia en la financiación del gasto sanitario y la necesidad de modificar su modelo de financiación se han constituido en hechos recurrentes a lo largo de los últimos años. Además, cada vez que se ha implantado un nuevo modelo de financiación se ha hecho necesario incrementar los recursos destinados a la asistencia sanitaria.

Este hecho, unido a la importancia de la prestación sanitaria, ha llevado a lo largo de los últimos años a distintos intentos para desarrollar y acordar entre todas las fuerzas políticas pactos para la consolidación y sostenibilidad del sistema sanitario. En 1991, como consecuencia de la aprobación de una Proposición No de Ley del Congreso de los Diputados, se publicó el “Informe Abril” y en 1996, como consecuencia también de una moción del Pleno del Congreso de los Diputados, se constituyó una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad. Lo cierto es que ni las recomendaciones del “Informe Abril” se aplicaron, ni la Subcomisión creada en 1996 logró el acuerdo de todas las fuerzas políticas. **Por último, el modelo vigente de financiación sanitaria, que se aprobó en el año 2001 con el consenso unánime de todas las CCAA, también ha devenido insuficiente para hacer frente a la evolución que ha tenido el gasto sanitario.**

No obstante, la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario exige hacer un nuevo esfuerzo para intentar llegar a un acuerdo para garantizar tal sostenibilidad, acuerdo que debería surgir del proceso de análisis y debate de la financiación sanitaria de las CCAA, abierto en la conferencia de Presidentes Autonómicos, de ahí nuestra primera propuesta:

**“ES PRECISO UN PACTO DE ESTADO PARA LA SANIDAD”**

Las tensiones financieras del SNS tienen su causa tanto en factores exógenos y no controlables por los distintos agentes gestores del gasto (envejecimiento, inmigración, funcionamiento del modelo), factores a los que no ha dado respuesta el actual modelo de financiación, como en decisiones adoptadas por los propios gestores en el ámbito de su autonomía de gestión.

Ello obliga a buscar soluciones tanto en el marco de la racionalización del gasto sanitario como en la mejora del actual modelo de financiación, entendiendo que **si las medidas de incremento de los recursos no se completan con medidas de racionalización de la gestión, el problema de insuficiencia en la financiación sanitaria será recurrente en el futuro.**

El análisis de lo ocurrido en los últimos años demuestra que, salvo excepciones nunca duraderas, ningún cambio en el modelo del sistema de financiación se ha visto acompañado de las necesarias medidas de racionalización del gasto, que ahora son ya obligadas. **El nivel de riqueza de nuestro país permite un cierto grado de crecimiento del gasto sanitario, pero, de continuar el tendencial del gasto de los últimos años, éste será insuficiente incluso en un corto plazo.** En este contexto, la posible impopularidad de alguna de las medidas que se proponen, unida a la necesidad de que éstas se implanten en todo el Sistema Nacional de Salud, **hace obligado un ejercicio de responsabilidad y lealtad de todos los agentes implicados en la definición y gestión del modelo sanitario** que garantice que las medidas que se acuerden sean luego implantadas por todos.

De otra parte, en el modelo altamente descentralizado de Estado vigente, son inevitables diferencias entre CCAA, cuya existencia tiene que ser conocida y aceptada de antemano, siempre que éstas no afecten a la equidad en el acceso y la prestación de servicios básicos, que deben estar garantizados en el modelo de financiación.

Las medidas concretas que a continuación se proponen, las hemos clasificado en:

- **Medidas para la mejora de la financiación**, diferenciando aquellas que tienen como objetivo el aumento de los recursos financieros destinados al sistema sanitario, de aquellas que tienen por objeto modificar el sistema de reparto entre CCAA.
- **Medidas para la racionalización del gasto**, diferenciando aquellas que afectan al conjunto del Sistema Nacional de Salud y que deben ser tomadas en el ámbito del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los Órganos de Gobierno del Sistema Nacional de Salud, de las actuaciones en el ámbito de la gestión de las CCAA, de acuerdo con el vigente modelo de descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria.

---

## 7.1. MEDIDAS PARA LA MEJORA DE LA FINANCIACIÓN

En el marco de autonomía financiera y corresponsabilidad fiscal del actual sistema de financiación debería estudiarse, por una parte, el desarrollo del modelo actual en todos sus extremos y, por otra, su ajuste para asegurar la equidad y la sostenibilidad futura del sistema sanitario en todas las CCAA.

En este marco se plantean medidas que permitan desarrollar el actual sistema de financiación en todos sus extremos. Sin embargo, la capacidad financiera del actual modelo no es suficiente para afrontar los gastos exigidos por la prestación del servicio de asistencia sanitaria, por lo que se plantean propuestas de modificación para incrementar la financiación global de las CCAA pero que a la vez permita mejorar la equidad en la prestación del servicio entre CCAA.

### 7.1.1. Propuestas de desarrollo del actual modelo

#### 7.1.1.1. Lograr el pleno funcionamiento de los Fondos Específicos que contempla el Sistema de Financiación

Respecto al **Fondo de Cohesión**, es necesario garantizar que cumpla la finalidad que establece la Ley de cohesión y calidad del SNS, y para ello se le debe dotar de la necesaria capacidad financiera:

- De una parte, para financiar todos los desplazados entre CCAA por su coste real, para garantizar la igualdad de acceso en todo el territorio, incluyendo los desplazados extranjeros, tanto residentes como transeúntes.
- De otra, para financiar otros programas de política sanitaria que garanticen la prestación del servicio en términos de equidad y eficiencia en el conjunto del territorio. Estos programas estarían consensuados con las CCAA y entre los mismos se deben incluir prioritariamente la financiación de infraestructuras en CCAA deficitarias en infraestructuras y servicios, dada la distinta situación que tenían las CCAA en el momento en el que se produjo el traspaso de los servicios sanitarios y que en la actualidad ya se están financiando por el Estado infraestructuras sanitaria en distintas CCAA (Cantabria, Castilla-La Mancha).

Respecto al **Fondo de control de I.T.**, debería constituirse como una financiación adicional para que no quede afectada la suficiencia financiera de las CCAA y vincular los

---

objetivos que contienen los convenios a variables de mejora de la situación de I.T. cuyo control dependa en su totalidad de los servicios sanitarios.

### **7.1.1.2. Establecer un criterio dinámico para el reparto de la financiación entre las CCAA, de forma que se tenga en cuenta la distinta evolución de los parámetros demográficos en cada Comunidad y se garantice la suficiencia dinámica del sistema**

Las necesidades de financiación de las CCAA para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria se determinan en función de la población asistida y la población de más de 65 años de cada Comunidad. La evolución demográfica puede distorsionar las referidas necesidades de financiación, especialmente si la evolución de los recursos no es paralela a la evolución de la población. La inmigración y el envejecimiento de la población, factores con alta incidencia en el gasto sanitario, han tenido y tendrán distinta evolución en cada una de las CCAA, por lo que la distribución de la financiación con datos poblacionales fijos (en el vigente modelo población del año 1999), no asegura actualmente la equidad entre CCAA.

Por ello, deberían revisarse periódicamente las necesidades de financiación *considerando todos los elementos vinculados a la población con incidencia en el coste de prestación de servicios: población asistida, grupos de edad, distribución de la población en los distintos territorios, etc.*, y su cobertura con los recursos realmente obtenidos. Debiendo hacerse transparentes los criterios que, de ocurrir, deben dar lugar a una revisión de la financiación global y/o particular de una CA.

De la misma forma, la diferente evolución de los recursos puede provocar una falta de equidad en la prestación de los servicios sanitarios; por ello debería incluirse una garantía de evolución de los recursos de forma que ninguna CA experimentara una evolución de los recursos inferior a la media o ampliando en el tiempo la garantía de evolución de los recursos equivalente a la evolución del PIB nominal nacional.

### **7.1.1.3. Regular los ingresos por servicios prestados a terceros obligados al pago**

Deberían definirse con claridad los distintos supuestos en que los servicios de salud deben cobrar por la prestación de servicios a terceros obligados al pago: colectivos cubiertos por otros seguros obligatorios y privados:

Es también necesario que los ingresos por la prestación de tales servicios se asocien al coste real de su prestación, para lo cual deberían elaborarse normas sobre precios públicos de estos servicios y gestionar adecuadamente su cobro.

#### 7.1.1.4. Utilizar la capacidad normativa de las CCAA en los impuestos cedidos (modificación de tipos impositivos)

No solamente hay que recurrir a la obtención de medios suficientes que sean proporcionados indirectamente por el Estado, sino acudir a poner en práctica las propias normas tributarias basadas en la capacidad que se ha otorgado a los gobiernos regionales para atender a sus necesidades económicas, en un régimen de autonomía financiera y corresponsabilidad fiscal.

En este sentido, el Impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos, regulado en la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, presenta un doble tipo de gravamen, estatal y autonómico. En la actualidad, las CCAA que han establecido el tipo autonómico son: Asturias, Cataluña, Galicia, Madrid y País Vasco; para el resto, el tipo de gravamen del impuesto es sólo el estatal. En este sentido se propone que la CA de Castilla y León establezca el tramo autonómico que permitiría recaudar una cantidad aproximada de 73 millones de euros.

En cuanto al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, podría ser objeto de estudio ejercer la competencia normativa sobre la escala autonómica aplicable a la base liquidable general. Sin embargo, el hecho de que hasta el momento ninguna CA ha aprobado dicha escala autonómica, por lo que vienen utilizando la escala complementaria prevista en el artículo 75.1 del Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, que todavía no exista información suficiente sobre el impacto que ha tenido la reforma acometida en este Impuesto en el año 2003 y la posible modificación del Impuesto que se realizará próximamente por la administración central, desaconsejan realizar una propuesta cuya plasmación, en todo caso, exigiría el acuerdo de todas las administraciones implicadas.

#### 7.1.2. Propuestas de ajuste del actual modelo de financiación

Se propugna seguir manteniendo vigente el **principio de generalidad**, por el que se asigna un carácter integrador al actual Sistema de Financiación de las CCAA, al comprender la financiación de todos los servicios traspasados a las mismas. Con este modelo de financiación, continuando la línea expuesta, se resaltaría, asimismo, el **principio de autonomía financiera** de las CCAA y el principio de equidad al vincular de forma más estrecha la financiación asignada con el coste de prestación de los servicios.

##### 7.1.2.1. Revisión de los criterios del modelo de financiación

Las propuestas de cambio en los criterios de distribución de los recursos que deben ir acompañadas de un incremento de la financiación para poder hacerlas efectivas, así como la propia evolución del gasto sanitario, llevan a la necesidad de estudiar medidas de incremento de la financiación,

---

si bien se insiste en que para que aseguren la sostenibilidad del SNS **deben ir acompañadas de medidas de racionalización de la gestión, de acuerdo con lo expuesto en el primer apartado.**

### **7.1.2.2. Introducir la dispersión geográfica como criterio de reparto de la financiación de la asistencia sanitaria**

La dispersión origina un mayor coste sanitario al tener que procurar la asistencia en núcleos de población distantes y poco poblados, lo que origina la necesidad de una mayor dotación de infraestructuras, mayores costes de desplazamiento, etc.

Este criterio se aplica en el vigente modelo para el reparto de la financiación entre CCAA del bloque de competencias comunes, y consideramos que con el análisis del coste realizado debe ser considerado también en el reparto de la financiación sanitaria, ámbito en el que tiene una mayor incidencia.

La consideración de este criterio sería, además, coherente con la aplicación del criterio de insularidad que contempla actualmente el modelo, ya que ambos criterios geográficos son origen de mayores costes en la prestación de los servicios.

**(Necesidad de establecer un porcentaje de participación en función del incremento de coste que suponga la dispersión).**

### **7.1.2.3. Desglosar en dos tramos el criterio de envejecimiento para el reparto de la financiación**

Por lo que hace referencia a los estratos de edad de la población, la variable población debería descomponerse al menos en tres tramos (población asistida en general, población entre sesenta y cinco años y setenta y cinco años y mayores de esta última edad), teniendo en cuenta que el criterio de envejecimiento es el que tiene una mayor incidencia en el gasto sanitario y que el tramo de mayores de setenta y cinco años comporta un crecimiento exponencial en tal gasto.

No sería esta la única consideración específica de la población con edad superior a los 75 años, ya que esta singularidad también está recogida en la vigente Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, donde se distingue la reducción por edad y la reducción por asistencia. Así, cuando el contribuyente tenga una edad superior a 75 años reduce, de la base imponible, una cantidad por tener más de 65 años y, adicionalmente, otra, en concepto de asistencia, por superar los 75 años.

**(Necesidad de establecer el porcentaje que se repartiría en función de la población de más de 75 en función del incremento de coste que supone).**

---

#### **7.1.2.4. Aumentar la participación de las CCAA en determinados Impuestos cuya recaudación está parcialmente cedida**

En el ámbito de incremento de la financiación se proponen las siguientes medidas:

En este sentido se consideran como los más apropiados los impuestos sobre el Valor Añadido, sobre Labores del Tabaco, sobre Alcohol y sobre Hidrocarburos, al cumplirse de este modo, además de la función recaudatoria, una finalidad extrafiscal como instrumento de las políticas sanitarias.

En el concierto de la Unión Europea, los tipos de gravamen existentes en la legislación española, presentan todavía un recorrido al alza, por lo que el incremento de financiación podría resultar bien de aumentar los correspondientes tipos impositivos, o bien de mantener éstos, recayendo el efecto sobre las arcas estatales.

Si la medida se vincula al Presupuesto de Ingresos de la Comunidad castellano-leonesa, la traducción cuantitativa de la misma representaría un montante ascendente por cada punto de incremento.

## **7.2. MEDIDAS PARA LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO**

### **7.2.1. En el ámbito del conjunto del Sistema Nacional de Salud**

#### **7.2.1.1. Avanzar en la definición del catálogo de prestaciones, estableciendo criterios explícitos de algunas dimensiones de la prestación del servicio, como la accesibilidad**

En este ámbito se propone definir un catálogo de prestaciones básicas de nuestro sistema sanitario, comunes en criterios de accesibilidad y otras dimensiones de calidad de la prestación del servicio, disponibles en todas las CCAA, cuya financiación (en base al principio de equidad) quede garantizada por el Fondo de Cohesión, en el supuesto de que los recursos de la propia CA no fueran suficientes para garantizarlas.

La definición explícita de este catálogo debe establecer las prioridades en las prestaciones de salud, promoviendo servicios de efectividad probada, y limitando la disponibilidad de algunos servicios mediante el establecimiento de listas positivas y negativas.

Parte del debate sobre priorización tiene que tener lugar a nivel político, con la necesaria serenidad y carencia de demagogia que ello precisa, y en términos de establecer prioridades para el conjunto del Sistema. Las decisiones sobre qué pacientes tratar y con qué orden de prioridad deben ser tomadas por los profesionales, dotándoles para ello de las necesarias garantías de respaldo a sus decisiones, siempre que estén basadas en criterios de “buena práctica clínica”, y por más que en ocasiones puedan resultar impopulares.

En este contexto es preciso alcanzar también un consenso social sobre las inevitables diferencias entre CCAA derivadas de la descentralización de la gestión, y que deberían circunscribirse a prestaciones no catalogadas como básicas (o lo que es lo mismo, las prestaciones complementarias).

### **7.2.1.2. Realizar una regulación eficaz de la introducción de nuevas prestaciones y tecnologías**

Deberá establecerse un procedimiento explícito de evaluación de las tecnologías sanitarias para incorporarlas a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente restrictivo en el caso de prestaciones que pasen a englobar el catálogo de prestaciones básicas garantizadas en todas las CCAA. Dicha evaluación debería ser realizada por una Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias estatal.

La introducción de una nueva prestación y tecnología debe:

- Ser una decisión de los máximos órganos de gestión del Sistema Nacional de Salud, y no una decisión individual de los profesionales sanitarios.
- Ir precedida de un riguroso estudio del impacto económico, con identificación del origen y destino de los fondos necesarios para su implantación.

### **7.2.1.3. Racionalizar la prestación farmacéutica**

En este marco se propone el siguiente conjunto de medidas:

- Promover la mayor presencia en el mercado de Especialidades Farmacéuticas Genéricas, mediante la agilización de su registro y comercialización.
- Aplicar de forma efectiva los criterios de financiación selectiva recogidos en el artículo 94 de la Ley del Medicamento, así como de las condiciones de prescripción y dispensación por los Servicios de Salud, contando para ello con la participación de las CCAA.

---

Para ello se debería realizar una evaluación fármaco-económica de los nuevos principios activos antes de su inclusión en la financiación por parte del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, parece interesante la aportación del grupo de trabajo del CISNS de establecer distintos tipos de precio y financiación dependiendo de la importancia de los nuevos principios activos puestos en el mercado. Todo ello teniendo en cuenta el esfuerzo que las empresas realizan en I+D+i.

- Promover las actividades de investigación que permitan mejorar el conocimiento de los resultados en salud relacionados con la utilización de medicamentos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Modificar el actual sistema de aportación del usuario, introduciendo uno más equitativo, que tenga en cuenta otros factores diferentes a la jubilación, que contribuya a una utilización más racional de los medicamentos por parte de los pacientes.
- Diseñar un sistema específico para mejorar la prestación farmacéutica a pacientes institucionalizados en residencias de mayores o en situación de dependencia.
- Mantener y actualizar el sistema de precios de referencia.
- Establecer un acuerdo marco con la industria farmacéutica para determinar retornos a los propios Servicios de Salud, teniendo en cuenta el volumen de ventas y su incremento anual.
- Adecuar el contenido de los envases de medicamentos a su previsible utilización.
- Establecer criterios para reorientar y adecuar las actividades de promoción y patrocinio de la industria farmacéutica. La formación continua de los profesionales es una responsabilidad propia de la Administración, que debe ser gestionada por ésta. Sin embargo, resulta necesario explorar cualquier posibilidad de captar recursos financieros provenientes de la industria farmacéutica, al dedicarse importantes cuantías en I+D+i. El criterio de cooperación y el de transparencia entre la Administración y la industria debiera plasmarse en la creación de un fondo de formación compartido por todo el Sistema Nacional de Salud.
- Revisar el sistema retributivo de la oficina de farmacia y la distribución, teniendo en cuenta los aspectos empresariales y la actividad profesional.
- Agilizar y actualizar el acceso de las CCAA a las Bases de Datos de Medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo y a la Información Agregada que se genera sobre consumo farmacéutico.

#### **7.2.1.4. Fomentar el uso racional de los servicios sanitarios por parte de los usuarios**

En las relaciones con los ciudadanos, los responsables políticos y de la Administración, deberían abandonar el adjetivo “gratis”, asociado a los servicios sanitarios.

Los servicios sanitarios tienen siempre un coste, por más que en nuestro modelo sanitario este coste no sea sufragado por el usuario en el momento de recibir el servicio, con la única excepción de algunos supuestos en la prestación farmacéutica.

En este marco, se propone la realización de campañas de información de ámbito estatal, destinadas a concienciar a los ciudadanos sobre el uso racional de los servicios sanitarios y el coste de los mismos. Además, aun siendo conscientes de que es un asunto no carente de polémica, al igual que en otros ámbitos los usuarios son conscientes de que la utilización de los servicios públicos conlleva el pago de una tasa, debería intentarse que la misma idea cale con respecto a los servicios sanitarios.

Precisamente, en este contexto hay que poner de manifiesto la cuestión de la elasticidad de la demanda y la valoración que el paciente otorga a un bien cuyo sacrificio de compra le resulta nulo. Una pequeña cantidad dineraria, si se quiere simbólica, procuraría que la elasticidad de la demanda no fuera tendiendo, en términos de límite matemático, al infinito y, además, se adquiere una sensación de utilidad en sentido económico.

El establecimiento de una pequeña tasa para determinados servicios contribuiría a racionalizar la demanda sanitaria, con la idea de poder atender convenientemente a quien realmente lo necesita. Por ello se propone en una primera fase modificar las condiciones en que se realiza la aportación del usuario en la prestación farmacéutica, con el fin de mejorar su corresponsabilidad en el uso racional de los medicamentos, de acuerdo con lo expuesto en el apartado anterior.

#### **7.2.1.5. Alcanzar un consenso sobre elementos clave de la política de recursos humanos**

Con el fin de promover la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión del Sistema Nacional de Salud, la máxima eficiencia y calidad de la prestación de los servicios y evitar los efectos indeseados de la excesiva compartimentalización de las políticas autonómicas de gestión de los RRHH, se proponen las siguientes medidas:

- Establecer criterios comunes a nivel estatal sobre aspectos básicos de condiciones laborales y desarrollo profesional.

---

En este sentido se considera importante resaltar el reconocimiento del papel del profesional sanitario como gestor de los recursos sanitarios, con el elemento diferencial y la responsabilidad que ello conlleva. Esta cuestión es especialmente relevante en los colectivos profesionales con mayor responsabilidad y autonomía de funcionamiento (prescripción, indicación clínica, gestión de recursos y/o de casos, etc.) Por ello, cobraría especial relevancia la implicación del personal médico, que es, al fin, quien determina mayoritariamente la utilización de los recursos.

- Revisar la actual configuración de categorías profesionales, en aras a modernizar la asignación de tareas y fomentar categorías profesionales más polivalentes en el desarrollo del Estatuto Marco.

### **7.2.1.6. Desarrollar el sistema de información del Sistema Nacional de Salud**

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ya prevé esta medida que, no obstante, hasta la fecha no ha sido suficientemente desarrollada.

Es imprescindible para ello un fuerte liderazgo del Ministerio de Sanidad y Consumo y dotar a éste de competencias para tener acceso a los datos necesarios para cumplir su función de garante de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud en todas las CCAA.

La información deberá ser transparente y accesible a ciudadanos, profesionales y a todas las CCAA.

La Tarjeta Sanitaria Individual deberá ser única, compatible y coordinada para todas las CCAA.

El sistema de información debe, inexcusablemente, incluir datos de actividad asistencial, calidad y resultados en salud, así como del coste de los servicios. Con la información obtenida, el Ministerio de Sanidad y Consumo deberá elaborar estadísticas e informes que permitan evaluar los resultados de la gestión de los servicios sanitarios por parte de las CCAA, así como identificar las mejores prácticas en gestión favoreciendo así la mejora del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Es importante lograr una plena transparencia en los datos económicos y financieros de todos los agentes del sistema sanitario de financiación pública. Para ello es necesario facilitar el acceso público a los registros de contratos, convenios y acuerdos de implicación económica, a los balances, a la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, etc.

---

### **7.2.1.7. Desarrollar un sistema específico de atención a la dependencia**

En la actualidad el sistema sanitario está asumiendo gran parte del coste de atención sociosanitaria de las personas mayores, dado que los actuales servicios sociales de atención a la tercera edad no están plenamente desarrollados y no alcanzan a atender a todo el colectivo que lo necesitaría.

El desarrollo de un sistema específico de atención a las personas dependientes en el marco de los servicios sociales y su coordinación con el sistema sanitario, además de otorgar una atención mejor (dirigida a sus necesidades específicas) a las personas en situación de dependencia, descargaría el sistema sanitario, otorgándole una mayor margen para la realización de sus cometidos.

Previamente a la implantación del Sistema Nacional de Dependencia, debieran quedar plenamente explícitos su modelo de financiación y su cartera de servicios, así como concretar su financiación.

## **7.2.2. En el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios**

### **7.2.2.1. Realizar una gestión por objetivos en el marco de un Plan Estratégico que enmarquen en el medio plazo la consecución de los objetivos de salud en el marco de las disponibilidades presupuestarias**

Sustentado en los principios de equidad, calidad, eficiencia y sostenibilidad, el Plan Estratégico del Sistema Sanitario de Castilla y León debe analizar y priorizar los objetivos estratégicos y las medidas necesarias para garantizar la consolidación del sistema sanitario, en el marco de los recursos disponibles.

El modelo de calidad actúa en este contexto como un instrumento facilitador del cambio y de la mejora continua de los servicios, en el marco de los recursos disponibles.

El Plan Estratégico debe definir de forma clara y explícita los objetivos de la organización, las estrategias de comunicación interna y externa, y la creación de una cultura corporativa, marcada por:

- La lealtad entre todos los agentes del sistema.

- 
- La corresponsabilidad.
  - La conciencia de coste de los servicios, frente a la vigente de “gratuidad de los servicios”.
  - La costumbre de “rendir cuentas”, “a los de arriba y a los de abajo” y fundamentalmente a los ciudadanos como propietarios y sostenedores del sistema sanitario.

### **7.2.2.2. Revisar el actual modelo organizativo y de gestión del sistema sanitario**

En este ámbito se propone:

- Definir claramente las responsabilidades de las diversas instancias gestoras del Sistema Sanitario, avanzando en la diferenciación de funciones de financiación, compra y provisión de servicios. En el caso concreto del SACYL, se deberá avanzar en la diferenciación de funciones de los Servicios Centrales (distribución de recursos, asesoramiento y evaluación) y Estructura periférica (gestión de la provisión).
- Revisar la actual configuración de Centros Directivos con vistas a evitar duplicaciones, solapamientos e ineficiencias, garantizando la máxima eficacia de las estructuras directivas.
- Fomentar la descentralización y la autonomía de gestión de los Centros, en el marco de la corresponsabilidad y la asunción de riesgos asociados a la autonomía de gestión.
- Desarrollar y potenciar la gestión clínica, asociada a la transferencia de responsabilidades y riesgos a los profesionales.

### **7.2.2.3. Potenciar los sistemas de información sanitaria y la incorporación de las tecnologías de la información**

El sistema de información sanitario debe garantizar que ciudadanos, profesionales y gestores, puedan disponer de información accesible y fiable sobre: actividad, calidad, resultados de la asistencia y costes del Sistema Sanitario de Castilla y León. En este contexto se propone:

- Incorporar las nuevas tecnologías de la información, como forma de potenciar el mejor conocimiento de la actividad del Sistema Sanitario, mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones, y el uso adecuado y racional de los servicios sanitarios.

- 
- Implantar la receta electrónica como herramienta que facilita la comunicación entre profesionales, la desburocratización de la atención y el control del gasto.
  - Implantar un sistema de benchmarking que ayude a identificar y difundir las mejores prácticas, y a establecer estándares de prestación de los servicios.
  - Implantar sistemas de contabilidad analítica en todos los Centros Directivos que permitan conocer el coste de los servicios, establecer estándares de coste y monitorizar su evolución, con el fin de garantizar la eficiencia en las utilizaciones de los recursos, con los necesarios criterios de homogeneidad, comunes y compartidas para todo el Sistema Nacional de Salud.
  - Avanzar en la definición y medición de indicadores de resultados de la atención sanitaria, como forma de evaluar el impacto de ésta en el nivel de salud de la población.

#### **7.2.2.4. Implantar criterios de asignación de recursos que fomenten la eficiencia, la calidad y la corresponsabilidad**

La asignación de recursos a los Centros Sanitarios debe estar basada en criterios explícitos, y vinculados claramente a los objetivos asistenciales que el Centro debe conseguir y a las disponibilidades presupuestarias. Por ello se propone potenciar la compra de servicios sanitarios entendida como:

- Asignar a los Centros Directivos presupuestos anuales cerrados, sobre cuya ejecución, en términos de actividad y costes, se deberán rendir cuentas periódicas, y al cierre de cada ejercicio.
- Utilizar unidades explícitas de asignación de presupuestos que fomenten el uso adecuado de los recursos, y desincentiven la utilización y la inadecuación, abandonando la distribución del presupuesto en función del gasto efectivo.
- Promover que los Centros ineficientes diseñen e implanten planes de ajuste de sus gastos, con objeto de mejorar sus resultados, tanto en calidad, como en costes.
- Deben eliminarse todas aquellas prácticas que no mejoren la calidad asistencial, los resultados en salud (individual y/o colectiva), o que no añaden valor a la actividad asistencial.
- Financiar la actividad docente e investigadora de manera diferenciada de la actividad asistencial, de forma que se pueda evaluar diferenciadamente los resultados de su gestión.

---

El impacto de los costes de la investigación en los de la actividad asistencial, debiera contemplar indicadores de eficiencia como los índices de impacto de las publicaciones científicas realizadas y otros estándares para medir la actividad investigadora.

### **7.2.2.5. Mejorar la gestión de la asistencia sanitaria**

- Analizar, con vistas a su supresión, la duplicación de actividades y servicios en los dos niveles asistenciales, para garantizar el uso eficiente de los recursos.
- Aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria, estimulando la adecuación en la utilización de recursos, y evaluar sus resultados en términos de grado de resolución y mejora del nivel de salud, abandonando la clásica evaluación de este nivel de atención mediante simples indicadores de estructura y frecuentación.
- Analizar la productividad, calidad y eficiencia de los servicios de Atención Especializada, priorizando los denominados “servicios de referencia”, con vistas a valorar posibles reorganizaciones de éstos, que garanticen la calidad y la eficiencia de sus prestaciones frente a la mera accesibilidad geográfica.
- Implantar la gestión por procesos como forma de garantizar la continuidad del proceso asistencial, evitando la actual compartimentación por niveles asistenciales, y fomentando la calidad y la eficiencia de los recursos.
- Realizar estudios tendentes a identificar la inadecuación en la utilización de los recursos y servicios (pacientes hiperfrecuentadores), con vistas a desarrollar estrategias para fomentar el uso adecuado de los servicios.

### **7.2.2.6. Mejorar la gestión de la prestación farmacéutica**

Para ello se propone el siguiente paquete de medidas:

- Orientar y establecer criterios para que las actividades de investigación en materia de medicamentos (Ensayos Clínicos y Estudios Post Autorización) den respuesta a las necesidades de conocimiento de la comunidad científica y sean compatibles con la organización y objetivos de los Servicios de Salud.
- Potenciar la formación e información independientes sobre farmacoterapia y medicamentos dirigida a los profesionales sanitarios.
- Promover la formación, información y participación de los ciudadanos en actividades de uso racional de los medicamentos.

- 
- Potenciar la prescripción por Principio Activo y la utilización de Especialidades Farmacéuticas Genéricas, determinando las condiciones y los criterios de dispensación.
  - Incentivar la calidad y la eficiencia de la prestación farmacéutica, estableciendo objetivos y estándares para la mejora.
  - Promover la implantación de la receta electrónica y de módulos de ayuda a la prescripción en los programas de gestión de consultas, de forma que permitan al profesional acceder a una mejor información sobre los medicamentos y su uso:
    - Consulta de fichas técnicas.
    - Incorporación de Guías Farmacoterapéuticas y de Práctica Clínica.
    - Identificación de interacciones.
    - Prevención de problemas relacionados con los medicamentos.
    - Valoración de la adecuación indicación-prescripción.
  - Establecer programas específicos de seguimiento de tratamientos crónicos y pacientes polimedicados.
  - Promover la implantación de modelos de Atención Farmacéutica para pacientes en centros residenciales de la Tercera Edad.
  - Coordinar la prestación farmacéutica entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada, con el fin de garantizar la continuidad asistencial y la homogeneidad en los criterios de uso de los medicamentos.
  - Promover una mayor coordinación entre médicos y farmacéuticos, tanto de Atención Primaria como de Oficina de Farmacia a la hora de poder establecer guías farmacoterapéuticas en las distintas áreas y zonas básicas de salud.

### **7.2.2.7. Implantar políticas de RRHH coherentes con las características del sistema sanitario, alejadas del vigente modelo burocratizado**

- Fomentar la identificación de los profesionales con la estrategia corporativa, la eficiencia y la calidad, identificando y reconociendo las mejores prácticas. Esta cuestión, especialmente

---

relevante en la actividad asistencial, debería contemplar, además, aspectos relacionados con la investigación y la docencia en el caso de los hospitales universitarios, o de otras instituciones sanitarias con líneas o proyectos de investigación autorizados.

- Corresponsabilizar e implicar a los profesionales con el uso adecuado de los servicios, a través de la generalización de la gestión clínica y la puesta en marcha de sistemas de incentivos, vinculados a la consecución de objetivos de salud y presupuestarios de su Unidad Asistencial, de su Centro y del conjunto del Sistema Sanitario de Castilla y León, caracterizados por un peso relativo creciente de la retribución variable.
- Implantar un modelo de desarrollo profesional que fomente la mayor implicación con el sistema sanitario público, el reconocimiento vinculado al logro y la dedicación exclusiva al mismo, con el necesario reconocimiento a nivel retributivo.
- Con carácter general, deberían evitarse las medidas coyunturales para incrementar la actividad y, por consiguiente, las retribuciones excepcionales derivadas de éstas, salvo que se ajusten a indicadores de proceso y de resultado que permitan comprobar que el funcionamiento ordinario de los servicios es óptimo, y que los incrementos de actividad se ajustan a tasas de indicación debidamente estandarizadas.
- Seleccionar un conjunto de indicadores de evaluación de la gestión de recursos humanos por parte de los Centros, que permitan su monitorización, identificando y fomentando las mejores prácticas.
- Realizar un estudio de absentismo, con vistas a profundizar en el conocimiento de su incidencia y sus causas, identificar los puestos de trabajo o categorías profesionales a las que más afecta, y, si fuera posible, establecer medidas para su reducción.
- Usar los mecanismos que el ordenamiento jurídico permite para abordar el necesario recambio generacional en las plantillas de los Centros Sanitarios (jubilaciones, etc.)

### **7.2.2.8. Mejorar la práctica clínica**

Las propuestas contenidas en este apartado tienen como meta reducir la variabilidad en la utilización de los recursos. Para ello se propone:

- Elaborar e implantar guías y protocolos de actuación, priorizando los procesos en los que se constata una mayor variabilidad, los más complejos y los de mayor consumo de recursos.
- Identificar las mejores prácticas y potenciar su rápida incorporación y difusión.

---

### **7.2.2.9. Mejorar el proceso de compras y aprovisionamientos**

En este ámbito se propone:

- Establecer un catálogo corporativo de productos.
- Definir el protocolo de incorporación de nuevos productos, en función de criterios de calidad y eficiencia, y previo estudio del impacto económico de su inclusión.
- Establecer sistemas de información de precios de compra que permitan establecer precios de referencia, reducir la variabilidad en precios de compra, y reducir el precio medio de compra en el conjunto de los Centros de SACYL.
- Establecer sistemas de apoyo a la compra descentralizada de productos por parte de los Centros.
- Valorar la pertinencia de abordar la compra centralizada de determinados productos y servicios, con el fin de aprovechar las economías de escala, priorizando los productos y servicios de muy alto coste.

### **7.2.2.10. Mejorar el proceso de contratación de servicios sanitarios con terceros**

- Diseñar modelos de contratación de servicios que fomenten la adecuación en la utilización de los recursos, frente al tradicional pago por acto o servicio.
- Valorar la pertinencia de dar entrada a la iniciativa privada, ante la incorporación de nuevas prestaciones y servicios, mediante la realización de estudios que comparen el coste de la prestación por proveedores públicos frente a privados.

---

## REFERENCIAS

- CABASÉS, J.M. (1998). “La financiación sanitaria autonómica. Bases para una propuesta”, *Papeles de Economía Española* 76, pp. 67-77.
- Calsamiglia, X. (1992). “La equidad territorial: Nuevos puntos de vista a un viejo problema”. En: Seminario sobre la distribución entre las Comunidades Autónomas de los recursos públicos de la Sanidad. *Quaderns de Treball* n. 37. Institut d’Estudis Autonòmics. Generalitat de Catalunya.
- CÍRCULO DE SANIDAD (2004). “El futuro de la sanidad en España”.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2000). “La descentralización sanitaria. Lecciones desde la experiencia española». Documento de Trabajo. Universidad Pompeu Fabra.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2001). “La financiación autonómica y la financiación de la sanidad: Algunas claves”. Documento de Trabajo. Universidad Pompeu Fabra.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2003). “Lo público en lo privado (I): Los nuevos paradigmas en la provisión pública de bienes privados preferentes. El caso de la sanidad». Documento de Trabajo. Universidad Pompeu Fabra.
- MITXELENA, C. (2002). “Financiación del sistema de Bienestar”. Documento de Trabajo 02-16. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC).







[www.sanidad.jcyl.es](http://www.sanidad.jcyl.es)