

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003



**INFORME ANUAL DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD
2003**

SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD
AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
OBSERVATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

INDICE

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
I. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	24
II. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD	26
III. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	35
IV. COBERTURA, TITULARIDAD DEL DERECHO	37
V. DERECHOS Y PRESTACIONES	39
VI. GARANTÍA DE LAS PRESTACIONES	41
VII. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SNS	51
VIII. ORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN	61
IX. ESTRUCTURA Y REDES DE SERVICIOS	68
X. PROVISIÓN DE SERVICIOS	73
XI. INVESTIGACIÓN	79
ANEXO I: EL GOBIERNO DE LA SANIDAD, DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	83
ANEXO II: COBERTURA, ACCESO Y NUEVOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS: EL DESARROLLO DE LA NORMATIVA AUTONÓMICA	145
ANEXO III: FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO	207
ANEXO III.I: EL GASTO DE LAS FAMILIAS EN SERVICIOS SANITARIOS PRIVADOS	257
ANEXO IV: OFERTA SANITARIA	273
ANEXO V: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA	305
ANEXO VI: PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	363
ANEXO VII: INDICADORES DE SALUD	417
ANEXO VIII: LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 1994 - 2003	535
ANEXO IX: REFORMAS SANITARIAS RECIENTES	561

ANEXOS

ANEXO I. EL GOBIERNO DE LA SANIDAD. DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. Sandra León Alfonso. Centro Estudios Avanzados Ciencias Sociales. Fundación Juan March Center for Basic Research in Social Sciences. Harvard University.

Rafael Barnuevo Hervás, Lourdes de la Infanta Pérez, María Hermida Rodríguez, Covadonga Riesgo Moreno, Pilar Valle García y Ofelia Olivares Mariscal. Subdirección General de Alta Inspección (MSC). Víctor Sánchez Núñez-Arenas (OSNS. MSC)

ANEXO II. COBERTURA, ACCESO Y NUEVOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS: EL DESARROLLO DE LA NORMATIVA AUTONÓMICA. Carlos Asenjo Velasco y Ana Quiralte Paredes (OSNS. MSC)

ANEXO III. FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO. Alfonso Utrilla de la Hoz. Universidad Complutense de Madrid. Rosa María López Rodríguez (OSNS.MSC)

ANEXO III.1. EL GASTO DE LAS FAMILIAS EN SERVICIOS SANITARIOS PRIVADOS. Joan Gil Trasfi. Departamento de Teoría Económica y CAEPS. Universidad de Barcelona

ANEXO IV. OFERTA SANITARIA. Berta Rivera Castiñeira y Luis Currais Nunes. Universidad de A Coruña

ANEXO V. ORGANIZACIÓN Y GESTION DE LA ATENCIÓN SANITARIA. Juan Ventura Victoria. Universidad de Oviedo

ANEXO VI. PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel. Departamento de Métodos Cuantitativos. Universidad de Las Palmas de Gran Canarias

ANEXO VII. INDICADORES DE SALUD. Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell y Gloria Pérez. Agencia de Salud Pública de Barcelona

ANEXO VIII. LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1994-2003. Ana Rico Gómez. Universidad Erasmus, Rotterdam, Holanda

ANEXO IX. REFORMAS SANITARIAS RECIENTES. Laura Cabiedes Miragaya, Universidad de Oviedo

PRESENTACIÓN

Con esta edición se inaugura la publicación del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, correspondiente al año 2003.

El objetivo del informe es ofrecer, tanto a los ciudadanos en general como al sector salud y a los profesionales y expertos interesados, una visión de la situación del sistema sanitario y de su evolución a partir de los datos disponibles durante su elaboración.

El Informe consta de una introducción y once capítulos, y se completa con varios Anexos elaborados por diferentes colaboradores, que ofrecen un análisis más detallado de cada uno de los aspectos tratados en el texto.

En la elaboración de este Informe, ha colaborado con el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, el Instituto de Información Sanitaria, responsable de mantener y desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

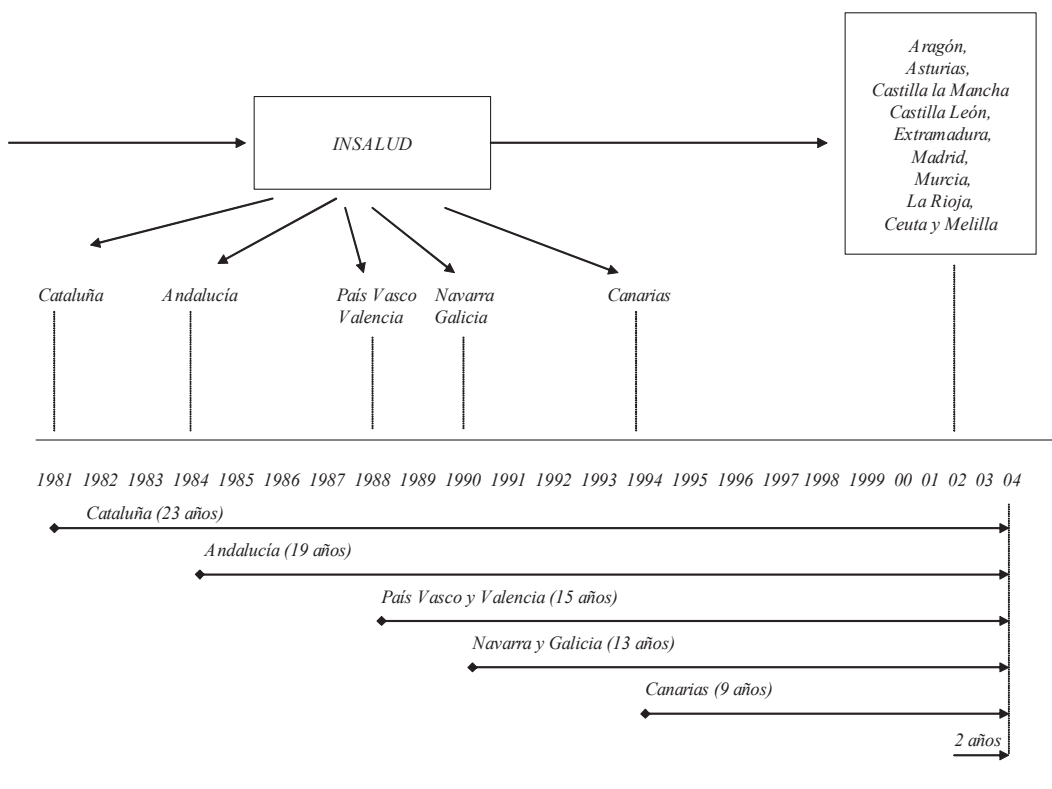
INTRODUCCIÓN

La Constitución de 1978 consagra el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos, e inaugura en España el Estado de bienestar que permite el tránsito desde un sistema sanitario de Seguridad Social, de cobertura restringida y financiado a través de cuotas de trabajadores y empresarios, al Sistema Nacional de Salud de cobertura universal y financiado a través de los Presupuestos Generales del Estado vigente en la actualidad.

La Ley General de Sanidad aprobada el 25 de abril de 1986 (LGS/1986), recogiendo el espíritu constitucional, define el modelo sanitario español de acuerdo con los siguientes rasgos fundamentales: cobertura universal, financiación pública, gestión mayoritariamente pública de los servicios y descentralización de competencias hacia las CCAA. Se crea así el Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA). Este modelo se ajusta a la organización territorial del Estado autonómico que define la Constitución.

El Sistema Nacional de Salud nace pues con vocación autonomista. El proceso de transferencias a las CCAA y la consolidación de los servicios de salud autonómicos ha sido un proceso progresivo que se ha desarrollado a lo largo de veinte años.

Figura 1.-Cronología del proceso de transferencias



Una vez completado el proceso de descentralización de competencias sanitarias en 2002, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, promulgada en mayo de 2003, se configura como el marco legal que ha de garantizar la coordinación y cooperación de los distintos Servicios Regionales.

Un buen Sistema de Salud

El SNS daba servicio en el año 2003, que sirve de referencia para este informe, a 40.498.538 ciudadanos. Si se tiene en cuenta que la población española ascendía a 42.717.064 personas (INE, Padrón Municipal a 1 de enero de 2003), el SNS proporcionaba servicios directamente a más del 94% de la población, porcentaje al que hay que añadir un 5,2% de población cubierta por las Mutualidades del Estado.

Proporcionar servicios sanitarios al país en su conjunto supone que cada año se llevan a cabo 246.000.000 de consultas en atención primaria. Es decir, cada español acude, como media, 5,5 veces al año a su médico de atención primaria. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de España 2001, el 91,9% de las consultas efectuadas en Atención Primaria se realizaron en el sector público, elevándose esta proporción al 93,6% en el caso de los médicos de familia y disminuyendo al 83,3% en el caso de la pediatría, lo que muestra que el primer nivel asistencial es cubierto, fundamentalmente, desde los servicios sanitarios públicos. Estos resultados son coherentes con los obtenidos a través del Barómetro Sanitario 2003, en el que un 89,8% de los encuestados que habían acudido a un médico de atención primaria el año anterior, declaraban haber consultado con un profesional del sector público.

En el ámbito de la atención especializada también se produce una gran actividad a lo largo del año. En el año 2001 se realizaron 53.991.100 consultas de especialistas, lo que indica una frecuentación de 1,35 como media en el Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, en los hospitales del SNS se produjeron 3.311.100 altas, que representaron 28.814.603 estancias, situándose la estancia media en 8,7 días.

Si se relacionan estos datos con la actividad equivalente en hospitales privados, se observa que en este tipo de centros y en el mismo periodo se produjeron 1.537.100 altas, de las cuales más de la tercera parte estaban financiadas con fondos públicos bien por tratarse de servicios concertados para la asistencia por el Sistema Nacional de Salud, bien por estar financiados a través de las Mutualidades del Estado.

Continuando con los hospitales del SNS, en el año 2001 se llevaron a cabo 2.281.287 actos quirúrgicos además de 440.414 intervenciones con cirugía mayor ambulatoria.

La cifra de nacimientos en centros públicos ascendió a 300.200. El 20,9% fue por cesárea.

Por su parte, la cifra anual de urgencias atendidas por los servicios del Sistema Nacional de Salud ascendió en 2001 a 15.916.100, lo que representa el 75% de todas las urgencias atendidas en el país. Como consecuencia de ellas resultaron ingresadas 2.036.794 personas.

Junto a todo ello, en el año 2003 los hospitales públicos realizaron 3.748 trasplantes (de riñón 2.191, de hígado 1.037, de corazón 290, de pulmón 149, pancreático 74, e intestinal 7).

Los 420.000 médicos, enfermeros, sanitarios y otros profesionales no sanitarios incluidos los puestos de dirección y gestión, son los artífices de la actividad del SNS que ofrece servicio a los ciudadanos españoles de las 17 Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla que integran nuestro Estado. Un elemento en relación con las profesiones sanitarias a destacar es la feminización. En la profesión médica, un 40,7% de los efectivos son mujeres, y si se consideran los grupos de edad por debajo de 30 años, las mujeres han superado en número a los hombres. En el caso de los farmacéuticos el porcentaje de mujeres asciende al 68%, los veterinarios cuentan con un 33,7% de mujeres y entre el personal de enfermería las enfermeras ascienden al 81,6%.

A lo largo de las siguientes páginas se describen los datos precedentes con mayor detalle, para subrayar así las magnitudes estructurales y de actividad del SNS.

Por otra parte el informe ofrece también una visión general del estado de salud de la población española y sus condicionantes, indudablemente relacionados, entre otros factores, con la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

Los indicadores de salud más clásicos permiten observar que España, como es sabido, se sitúa a la cabeza de los países desarrollados como se describe en las correspondientes tablas. Cabe destacar que la esperanza de vida al nacer para el año 2002 (según datos de Eurostat) es de 75,7 años en los varones y de 83,1 años en las mujeres. La mortalidad infantil se sitúa en 3,6 por 1000 nacidos vivos según avance del INE del año 2003. La mortalidad prematura está disminuyendo para diferentes grupos de causas.

Todos estos servicios y estos resultados se obtienen con un presupuesto moderado. España está entre los países de la UE de los 15 cuyo gasto sanitario público representa un porcentaje del PIB menor. En 2003 el presupuesto inicial de los agentes que integran el SNS ascendió a 40.107.220.000 € de los cuales el 89% correspondía a las CCAA. En relación con el PIB supone un 5,4%, y en relación con la población protegida 990,3 euros por persona.

Los datos recogidos a lo largo del informe muestran que el SNS es un sistema apreciado, que desarrolla una gran actividad, que ofrece un servicio de calidad teniendo en cuenta la moderación del gasto, y que reúne condiciones y

potencial para situarse entre los mejores del mundo. Sin embargo, también hay datos en los últimos años que apuntan desafíos y tensiones emergentes.

Desafíos y tensiones emergentes

El SNS mantiene una correcta capacidad de respuesta, pero el análisis longitudinal de los datos permite detectar tendencias que se aprecian con nitidez, y que constituyen un verdadero reto para todos los agentes implicados en el objetivo de mantener y mejorar la calidad del servicio. Algunas de las causas que originan estas tendencias se apuntan a continuación.

Aumento de la demanda y de la presión asistencial.

Desde 1998 a 2003 la población española ha aumentado en 2,9 millones de personas. Esto supone un crecimiento relativo muy importante, que se cifra en el 7,71%. Solamente el aumento registrado en el año 2003 respecto a 2002 supone un 2,1%.

Esta evolución se debe principalmente a la inmigración. Es un hecho positivo, sin duda, que traduce el efecto llamado ejercido por las oportunidades de vida y trabajo en España, lo que paralelamente está contribuyendo al bienestar de nuestra sociedad. Según las cifras del INE residen en España 2.664.168 inmigrantes empadronados. De ellos, un total de 1.104.035 no tienen tarjeta de residencia, pero tienen derecho a la asistencia sanitaria completa. En este sentido la legislación española sobre protección de la salud es una de las más avanzadas de Europa. Además todos los inmigrantes sin tarjeta de residencia y no empadronados, cuya cifra es indeterminada, tienen derecho a la atención urgente, y a la asistencia completa si se trata de menores y mujeres embarazadas. Capítulo aparte son los residentes ocasionales y de larga duración procedentes de países europeos que también utilizan los dispositivos sanitarios públicos sin que se hayan actualizado suficientemente los mecanismos de reciprocidad con sus países de origen a efectos contributivos.

Sin duda, otro factor que influye en la demanda es el aumento de la proporción de personas mayores, que requieren mayor atención y cuidado. También este es un hecho muy positivo, que refleja la mejora de las condiciones de vida y la contribución del sector sanitario al bienestar de los ciudadanos.

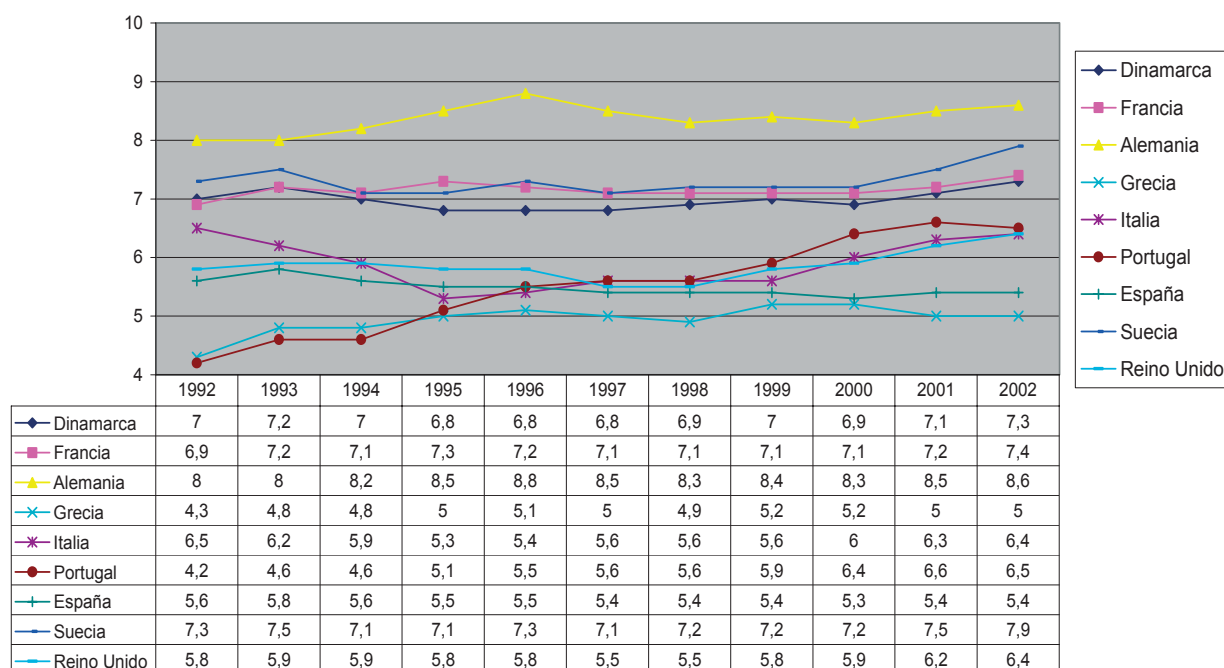
Es preciso abordar estas nuevas situaciones y dar respuesta a estas modificaciones demográficas tan importantes como complejas, cuyo potencial (movilidad de pacientes, atención sanitaria transfronteriza, nuevo escenario europeo en el marco de la UE-25) constituye un desafío para el SNS. No obstante, simultáneamente surgen posibilidades de expansión a tener en cuenta, tanto en relación con la organización de la oferta de servicios de salud como con la capacidad de canalizar recursos adicionales y de generar riqueza. Es ésta una faceta no siempre considerada, pero que también se asocia al desarrollo del sistema de salud.

Estancamiento del Gasto Sanitario Público en un contexto expansivo.

En los últimos cinco años se ha incrementado notablemente la población. Además se consolidan fenómenos y tendencias como el envejecimiento progresivo, la exigencia creciente por parte de los ciudadanos en relación con la calidad del servicio, y las posibilidades que la ciencia y el desarrollo tecnológico en general ponen a disposición del sector salud. Todos estos elementos simplemente apuntados, han ido configurando una demanda más exigente y amplia que no se ha visto acompañada por un aumento de los recursos. Por el contrario, el gasto sanitario público en relación con el PIB está estancado en torno al 5,4% en el periodo 1997-2002.

Mientras los países del entorno de la Unión Europea muestran tendencias de crecimiento moderado durante los últimos años, aprovechando el periodo de crecimiento económico, España no ha mejorado su posición relativa. En efecto, entre 1992 y 2002 el Gasto Sanitario Público en relación con el PIB ha pasado en el Reino Unido del 5,8% al 6,4%; en Alemania del 8% al 8,6%; en Francia del 6,9% al 7,4%; en Dinamarca del 7% al 7,3%; en Grecia del 4,3% al 5%; en Portugal del 4,2% al 6,5%, y en Suecia del 7,3% al 7,9%. Sólo Italia y España mantienen en 2002 un porcentaje similar al registrado diez años atrás, si bien Italia (6,4% en 2002) conserva una diferencia de un punto respecto a España, que pasó del 5,6% en 1992 al 5,4% en 2002.

Gráfico 1
GASTO SANITARIO PUBLICO como % PIB
Países UE*
1992-2002



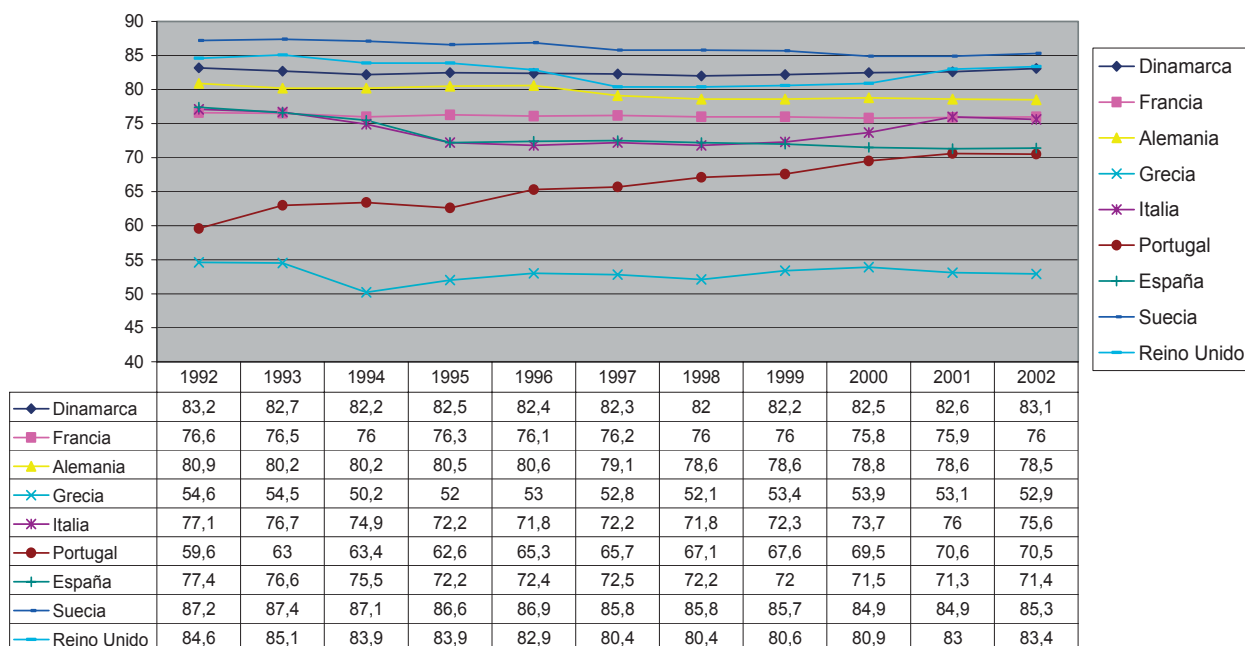
Fuente: ECO-SALUD OCDE (2004)

(*) Para este y sucesivos gráficos se han seleccionado sólo algunos países del entorno UE, con objeto de recoger diferentes tipos de sistemas sanitarios (Sistemas nacionales de salud, Sistemas de seguridad social) y países del entorno mediterráneo.

Al crecer el conjunto de la economía y mantenerse estancado el gasto sanitario público, se ha producido un desplazamiento hacia el aumento del gasto sanitario privado, apoyado por las políticas fiscales (menor presión fiscal directa a rentas altas; desgravaciones de seguros de empresa).

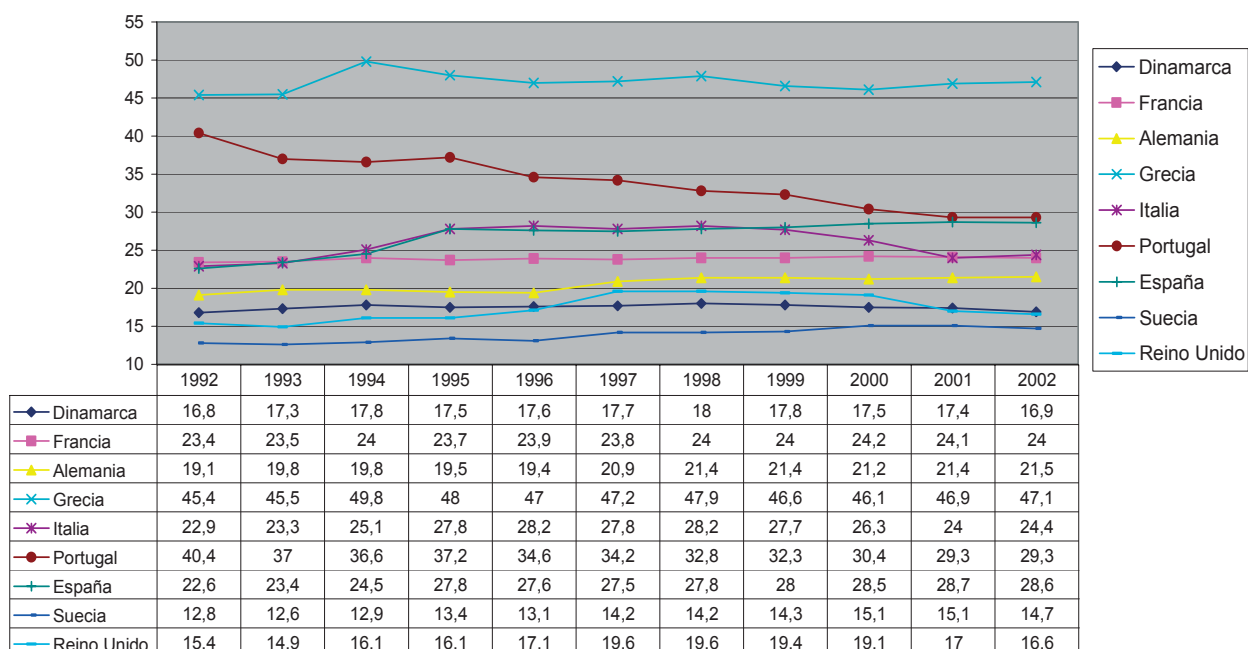
Si se estudia el porcentaje de gasto sanitario público sobre gasto sanitario total, se observa que en España es sensiblemente más bajo que en otros países de la Unión Europea. Únicamente Portugal y, singularmente, Grecia, tienen un mayor porcentaje de gasto sanitario privado sobre el total. Entre 1992 y 2002 se ha producido un fuerte aumento del peso del sector privado, que evoluciona desde el 22,6% sobre el total al 28,6%. Se puede observar cómo en el resto de países de la UE, en el mismo periodo, los pesos relativos de la financiación privada y la financiación pública de la sanidad se mantienen relativamente estables, creciendo ligeramente el peso de la sanidad privada (exceptuando Portugal, donde el porcentaje que representa el gasto privado se reduce 11 puntos).

Gráfico 2
GASTO SANITARIO PÚBLICO como % GASTO SANITARIO TOTAL
Países UE*
1992-2002



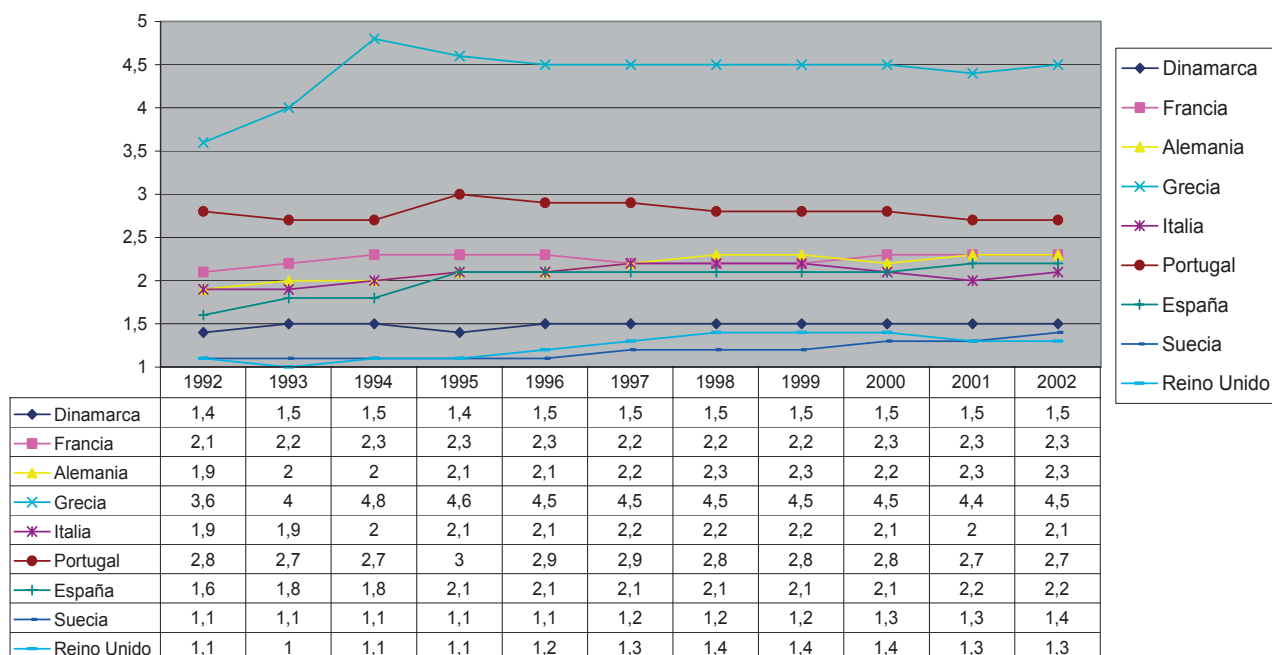
Fuente: ECO-SALUD OCDE (2004)

Gráfico 3
GASTO SANITARIO PRIVADO COMO % DEL GASTO TOTAL EN SALUD
Países UE*
1992-2002



Fuente: ECO-SALUD OCDE (2004)

Gráfico 4
GASTO SANITARIO PRIVADO COMO % PIB
Países UE*
1992-2002



Fuente: ECO-SALUD OCDE (2004)

Aumento del gasto farmacéutico

Conviene señalar también cómo se ha distribuido el gasto público entre los diferentes factores de producción o funciones de gasto para entender alguna de las tensiones añadidas.

Cuando se analizan las funciones de gasto, destaca como hecho más significativo el aumento del gasto en medicamentos, cuyo peso relativo pasa del 16,8% del gasto sanitario total en 1990 al 20,9% en 2001. En 2003 el gasto farmacéutico aumentó un 12,84% respecto al año anterior, lo que representa el mayor incremento de los últimos 10 años. El gasto por receta en dicho periodo muestra una tasa anual acumulada del 6,43%. El aumento del número de recetas, por su parte, muestra una tasa anual acumulada de 2,74%. Con la suma de estas dos variables (precio y cantidad) el aumento de gasto se situó en una tasa anual acumulada del 9,35%, claramente por encima de los crecimientos del presupuesto sanitario y del PIB.

Descapitalización relativa.

El aumento del gasto en farmacia, en un contexto de estancamiento del gasto global, comporta una disminución relativa del gasto en capítulo I (personal) que pasa de representar el 50,81 del gasto consolidado total en 1992 al 43,71 en el 2001, y del capítulo VI (inversiones), que mantiene una tendencia casi estable, de crecimiento muy limitado, oscilando entre el 3,38% del gasto sanitario total en 1992 y el 3,86% en el año 2001.

Gráfico 5
EVOLUCION DEL GASTO SANITARIO PUBLICO (GSP)
en Capítulo I, Inversiones y Farmacia
(% sobre total)
1992-2001



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

Insatisfacción de las expectativas de los profesionales.

Desde el punto de vista profesional puede afirmarse que el SNS cuenta con buenos profesionales, bien formados. Sin embargo, en los últimos años se venían produciendo varios fenómenos generadores de malestar y desmotivación: una congelación salarial hasta el momento de las transferencias de 2002, un aumento de la presión asistencial sin una revisión de las plantillas para dar respuesta al aumento de la demanda, y un alto grado de interinidad acumulado. A esta última situación se quiso dar respuesta, ante la inminencia de las transferencias de 2002, con una compleja Oferta de Consolidación de Empleo (OPE), que incluyó todo tipo de perfiles profesionales, desde facultativos hasta oficios especiales que se desarrollan en centros sanitarios públicos. Este proceso se encuentra actualmente en fase de resolución. Conviene señalar a este respecto que se han recibido más de 250.000 solicitudes de empleo para acceder a 37.286 plazas en los centros sanitarios.

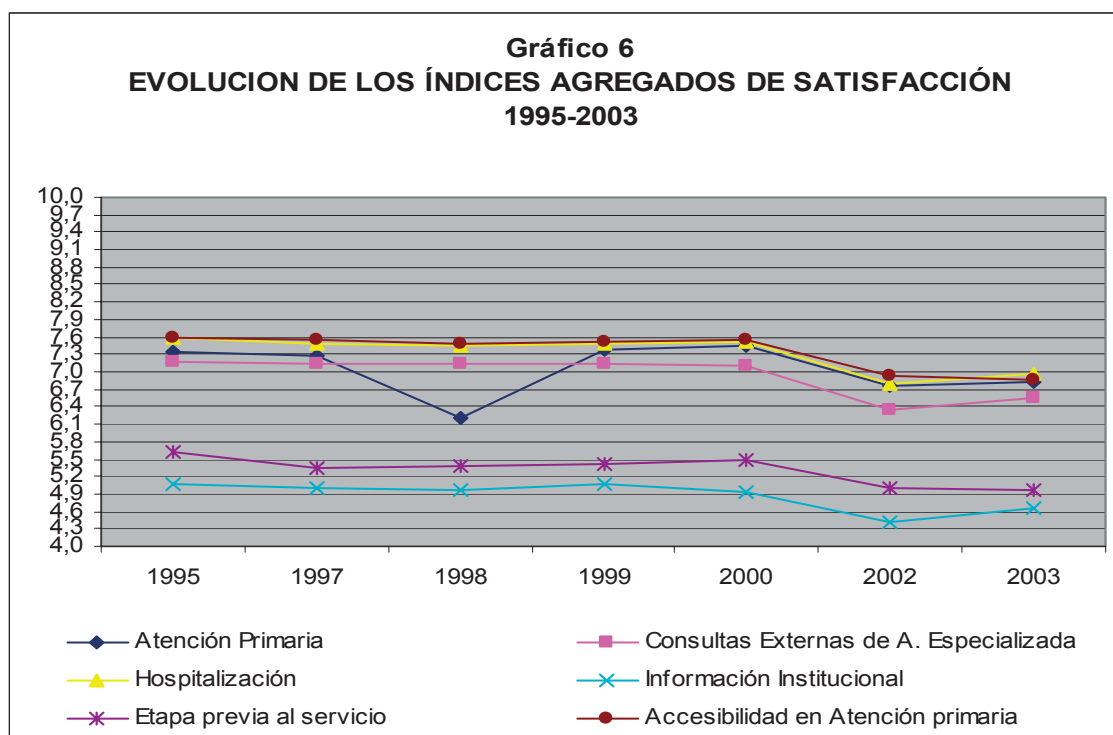
También preocupa la expectativa de un desarrollo profesional estimulante a través de una carrera y otros medios de promoción. Finalmente cabe señalar una cierta carencia de especialistas en algunas especialidades, que es preciso afrontar mediante mecanismos de planificación de las necesidades actuales y futuras.

Deterioro de la percepción social de la calidad de los servicios sanitarios.

La opinión pública percibe estas tensiones que se traducen, por primera vez en los últimos 20 años, en un estancamiento en el proceso de mejora de los servicios. En efecto, en los últimos tres años se ha producido un empeoramiento de la valoración del SNS.

Analizando la percepción de los ciudadanos sobre los diferentes niveles asistenciales a partir del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), se constata un descenso de los índices agregados de satisfacción a partir del año 2000. El descenso afecta a los diferentes niveles asistenciales (atención primaria, consultas externas de especialistas y hospitalización), y en particular está asociado a los tiempos de espera para recibir el servicio.

Comparando las puntuaciones que la población asigna a los diferentes componentes de la atención sanitaria, se constata que los aspectos relacionados con la información son los que registran peores valoraciones. En particular, la información institucional es el aspecto que experimenta un mayor descenso, y más concretamente la información recibida sobre derechos y vías de reclamación, así como sobre las medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias.



Fuente: Barómetro Sanitario (MSC).

Como viene siendo habitual, las listas de espera son la principal causa de insatisfacción con el SNS. En los últimos años se ha observado un cierto retroceso en este índice. Así, entre 2000 y 2003 la percepción sobre las listas de espera ha empeorado: en el año 2000 un 32% de los encuestados pensaba que este problema estaba mejorando, y en 2003 sólo un 27%. Más de un tercio de las reclamaciones que realizan los usuarios del sistema se deben a esta causa.

También empeora la percepción sobre la facilidad para obtener cita y los tiempos de espera para entrar en consulta, tanto en primaria como en especializada.

El impacto del proceso de transferencias

La culminación del proceso de transferencias sanitarias en enero de 2002 ha supuesto un impulso positivo a la mejora de la gestión en muchas Comunidades Autónomas (CCAA), probablemente como consecuencia de las reformas abordadas en relación con la accesibilidad a los servicios y las tecnologías, entre otras. Conviene hacer notar que del total del presupuesto inicial conjunto del SNS un 89% corresponde ya a las CCAA, un 9% a la Administración Central y un 2% a las Corporaciones Locales.

Las Comunidades Autónomas que hasta entonces pertenecían al antiguo INSALUD-Gestión Directa han aprovechado el traspaso de competencias para lanzar planes de inversiones, mejorar los servicios y también las condiciones de trabajo del personal, homologando parcialmente las retribuciones de los profesionales. Así, mientras las CCAA que recibieron las transferencias antes de 2002 incrementaron su presupuesto inicial en 2003 un 6,9%, las recién transferidas lo incrementaron un 13%. Sin embargo, se trata de un proceso cuyo impacto se deberá analizar dentro de dos o tres años.

Este mayor esfuerzo de gasto sanitario puede haber generado tensiones presupuestarias similares a las que han presentado las Comunidades Autónomas que gestionan directamente la sanidad desde hace más tiempo. Es importante recordar que, de media, el presupuesto sanitario representa el 32,54% de los Presupuestos Generales de las CCAA.

Por otra parte, el escenario actual con la mayor parte de las competencias de gestión y de gasto sanitario transferidas, está planteando nuevos retos a la gobernabilidad del Sistema. Garantizar los derechos de acceso a una cartera de servicios en condiciones de igualdad efectiva, evaluar la eficiencia de las intervenciones sanitarias, y aprovechar sinergias necesarias en las políticas de gestión del medicamento, en el diseño coordinado de políticas de recursos humanos (formación de especialistas, carrera profesional), en el uso racional de las tecnologías y en las políticas de prevención y promoción de la salud, se hace necesario para que el SNS sea equitativo, solidario y transparente, en consonancia con el modelo de Estado de bienestar por el que democráticamente ha optado la sociedad española.

Viejos y Nuevos problemas de salud

El Sistema Nacional de Salud debe hacer frente a los problemas de salud prevalentes en las sociedades desarrolladas: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes de tráfico, las enfermedades mentales, las enfermedades neurodegenerativas, la diabetes, la obesidad, etc. Muchos de estos problemas de salud tienen que ver con hábitos de vida (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, demasiada velocidad al volante). Los datos que se ofrecen en las siguientes páginas avalan la oportunidad de una estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades, en la que responsabilidad individual y colectiva sumen fuerzas.

Al mismo tiempo, aparecen nuevos problemas, o se agudizan algunos problemas antiguos. La epidemia de SIDA continúa siendo uno de los principales problemas de salud del mundo. El SIDA, y otros factores, han hecho reaparecer en España el problema de la Tuberculosis. También se observa un aumento de las Enfermedades de Transmisión Sexual. El Síndrome Respiratorio Agudo Severo, o la posible pandemia de Gripe, nos llaman la atención sobre la globalización de las enfermedades en un mundo cada vez más intercomunicado, donde las migraciones, el turismo y el comercio colocan cualquier factor de riesgo transmisible en cualquier lugar del mundo con inusitada rapidez. Los cambios climáticos, con modificaciones más extremas y más sostenidas de algunos parámetros, como la temperatura, condicionan procesos de enfermedad y mortalidad aumentada, como en 2003, donde entre el 1 de junio y el 31 de agosto se produjeron alrededor de 6.500 muertes. Otros factores medioambientales (contaminación de las aguas de baño y consumo, contaminación del aire, etc.), adquieren cada vez más importancia.

Desarrollos legislativos

Entre los acontecimientos que han tenido lugar durante el año 2003 también se ha de destacar la aprobación de varias normas: la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (aprobada con amplio respaldo parlamentario), la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y el Estatuto Marco.

Retos futuros

Esta introducción, que incorpora datos que en las páginas sucesivas se tratan con mayor detalle, perfila un balance de aspectos positivos y negativos que puede servir para reflexionar sobre las oportunidades de mejora del SNS. Algunos elementos a considerar en esa estrategia son:

a) El impulso a las políticas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, con su componente fundamental de educación para el cuidado de la propia salud.

b) La sostenibilidad del SNS, que debe incluir la moderación del crecimiento del gasto farmacéutico y otros gastos, racionalizando el uso de los recursos disponibles.

c) El fomento de la cooperación entre Comunidades Autónomas, garantizando la calidad y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, fortaleciendo los sistemas de información, asegurando la movilidad de los pacientes, mejorando los procesos de toma de decisiones y desarrollando sistemas de mejora de la atención prestada.

d) El desarrollo profesional, que mantenga y mejore la formación, que ofrezca estímulos y motivación, y que mejore las condiciones de trabajo.

e) El fomento de la cooperación internacional con los países más pobres, buscando un desarrollo sostenible y justo.

El Sistema Nacional de Salud tiene ante sí retos importantes que no pueden abordarse solamente desde decisiones y actuaciones políticas. Es preciso que participen activamente los profesionales sanitarios, los ciudadanos, los pacientes y sus familiares, la industria ligada a la sanidad, los medios de comunicación social, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas y los consumidores, agentes todos ellos que comparten el objetivo de garantizar más salud y mayor bienestar.

Articular respuestas a las nuevas realidades requiere en el ámbito político reforzar el compromiso ético con los valores de solidaridad, equidad y universalidad que subyacen en el SNS, asumir la creciente complejidad del sistema y desarrollar la cooperación de todos sus agentes en un clima de confianza. En el ámbito operativo se requiere llevar a cabo multitud de iniciativas, entre las que se incluye avanzar en la consolidación y disponibilidad de información contrastada sobre el sistema y sus resultados. Con esta intención nace el informe anual del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, y con el ánimo de que resulte de utilidad.

I EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Ley 14/1986, General de Sanidad, en su artículo 44, manifiesta en el punto 1: *“Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integran el Sistema Nacional de Salud”*. Y en el punto 2: *“El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.”*

Cada Comunidad Autónoma ha constituido un Servicio de Salud para la gestión de los servicios sanitarios. Este Servicio de Salud depende de una Consejería del Gobierno Autónomo. En el modelo político español cada Comunidad Autónoma elige un Parlamento Regional (elecciones directas cada cuatro años) y éste elige al Presidente por mayoría. El Presidente, a su vez, nombra un Gobierno Autónomo que responde ante su Parlamento Regional.

El SNS se construyó a partir de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, que a lo largo del Siglo XX fueron ampliando su cobertura y sus prestaciones de forma constante. En sus comienzos se trataba de un sistema sanitario centralizado en un marco político centralizado.

Al aprobarse la Constitución de 1978 y configurarse el Estado de las Autonomías, los Constituyentes entendieron que la sanidad se podía gestionar mejor desde la cercanía en el ámbito autonómico. Así, las competencias en salud pública y planificación sanitaria se transfirieron a las Comunidades Autónomas con carácter general entre los años 1979 a 1981. También se transfirieron los servicios de asistencia sanitaria de las redes dependientes de la Administración del Estado: Atención Primaria de Sanidad Nacional (asistencia pública domiciliaria, sanitarios locales), y Administración Institucional de la Sanidad Nacional (antiguos hospitales antituberculosos, red de salud mental, etc.).

En cuanto a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, la red principal de atención sanitaria se comenzó a transferir en 1981, comenzando por Cataluña. El traspaso de competencias ha finalizado el 1 de enero de 2002.

Se construye, por lo tanto, un Sistema Nacional de Salud completamente descentralizado. No hay jerarquía entre el Gobierno Central y los Gobiernos Autonómicos en las materias transferidas. En estas materias el Gobierno Central tiene la responsabilidad de impulsar la coordinación y la cooperación, así como de velar por la garantía de calidad de los servicios y la equidad en el acceso en todo el territorio nacional.

Quedan reservadas a la Administración Central las competencias relativas a Sanidad Exterior, Relaciones Internacionales, Política del Medicamento, Fomento de la Investigación y Alta Inspección.

La Ley General de Sanidad (LGS) diseñó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como órgano de coordinación cuya composición se ha adaptado al finalizar el proceso de transferencias a través de la Ley de

cohesión y calidad. En el CISNS las decisiones se deben adoptar por consenso y tienen la forma de recomendaciones, ya que afectan a materias transferidas. En algunos casos las CCAA y la Administración Central pueden firmar "convenios/acuerdos" que obligan a las partes.

El CISNS, según la definición que recoge el artículo 69 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, es "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado".

El CISNS, desde su constitución en abril de 1987 y hasta la promulgación de la Ley de cohesión y calidad, estuvo compuesto por un total de treinta y cuatro miembros (17 representantes de la Administración General del Estado y 17 de las Comunidades Autónomas). Actualmente forman parte del CISNS la Ministra de Sanidad y Consumo y los Consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas. Desde febrero de 1997 asisten como invitados los representantes de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Desde abril de 1999 se transforma el estatus del representante de Ceuta, que ya se incorpora como miembro.

La experiencia de funcionamiento del SNS como sistema descentralizado desde comienzos de los 80 hasta finales de los 90 ha sido positiva. Se ha mejorado la calidad de los servicios, se ha garantizado la movilidad de los pacientes y su libre circulación, y se ha mantenido una buena coordinación en salud pública.

Hay tensiones, sin embargo, que hacen necesario un esfuerzo constante de diálogo y de respeto institucional. En un modelo descentralizado como el del SNS español, es importante que el Consejo Interterritorial refuerce su papel como organismo de coordinación.

II PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Los problemas de salud de la población española son los de la población de un país desarrollado, con una renta per cápita de más de 17.000€ en 2003, y con las necesidades sanitarias básicas cubiertas.

La pirámide demográfica propia de países desarrollados presenta un predominio progresivo de personas mayores. En España el porcentaje de la población mayor de 65 años en el año 1990 era del 13,79% y el de mayores de 80 del 2,96%. En el año 2000 los mayores de 65 años pasaron a ser el 16,93% de la población y los mayores de 80 el 3,81%. Según las proyecciones del INE la población de 65 o más años prácticamente duplicará su peso relativo sobre el total de la población al pasar al 30,85% en el año 2050, a pesar del fenómeno de la inmigración.

El envejecimiento de la población y el cambio del patrón epidemiológico, con la cronificación de enfermedades agudas y la aparición de la llamada “paradoja médica”, por la cual personas que antiguamente hubieran fallecido por diferentes enfermedades ahora pueden vivir muchos más años durante los que surgen otras enfermedades, son elementos relevantes en el escenario de la salud en nuestro país.

II.1. Un buen estado de salud

La población española goza de una buena salud.

Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2004 de Naciones Unidas, la mortalidad infantil en España presenta la segunda mejor tasa del mundo junto con Noruega, Finlandia, Francia, Alemania y Dinamarca, siendo Suecia el país con la mejor tasa mundial.

Mortalidad Infantil. Los datos provisionales de 2002 sobre mortalidad infantil, proporcionados por el INE, sitúan a España en una media de 3,6 fallecimientos por mil nacidos vivos. Los datos por Comunidad Autónoma presentan un rango entre 1,8 y 4,8 y, en todas ellas, se constata que han mantenido y mantienen una tendencia decreciente entre 1990 y 2002. Considerando, en cualquier caso, que se trata de tasas realmente bajas, las cifras pueden verse influidas por la infradeclaración de las muertes neonatales precoces. Por otro lado, la mortalidad infantil podría ser mayor en aquellas CCAA que están procediendo a realizar una búsqueda activa de los casos no declarados, por lo que resulta difícil una comparación rigurosa entre ellas.

Esperanza de vida al nacer. La media aumenta entre 1990 y 2000 de 73,4 años a 76,1 en varones y de 80,6 a 82,8 años en mujeres. El rango entre Comunidades Autónomas oscila entre 74,3 y 77,4 años en varones, y entre 81,3 y 84,4 años en mujeres.

La esperanza de vida al nacer es superior en mujeres que en hombres, a pesar de que las diferencias entre sexos tienden a reducirse. Durante la última década, la población femenina registró una ganancia en este indicador de 2,3 años, y la población masculina de 2,8 años.

El Informe sobre Desarrollo Humano 2004 sitúa a España en el puesto número 5 en cuanto a la esperanza de vida.

En cuanto a **inmunizaciones**, España está también entre los 5 primeros lugares del mundo en cobertura vacunal. El programa de vacunaciones y la cobertura resultan muy amplios. Las enfermedades prevenibles por vacuna han disminuido de forma espectacular en los últimos 20 años.

La **mortalidad materna**, situada en una tasa de 4 por 100.000 nacidos vivos coloca a España también en la quinta posición del mundo.

España tiene, pues, unos buenos resultados en salud, lo que indica que la inversión en sanidad está rindiendo sus frutos. Pero hay problemas que resolver.

II.2. Desigualdades en salud

La existencia de unos buenos indicadores “medios” oculta, en ocasiones, diferencias importantes: por género, por territorios, por clase social.

A pesar de que las mujeres viven más años de media, tienen una peor percepción de su estado de salud en comparación con los hombres. Esta diferencia entre ambos sexos se mantiene cuando se analizan todos los grupos de edad. En el año 2001, y según indican los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) disponible, el 76,3% de los hombres de 16 años o más y el 67,7% de las mujeres de esa edad declaraba que su salud era buena o muy buena. Por el contrario, un 23,7% de los hombres y un 32,3% de las mujeres declaraban tener mala salud. Se observa, pues, que hay una diferencia entre la percepción de la salud entre mujeres y hombres de casi diez puntos porcentuales.

Las Encuestas Nacionales de Salud de 1993 y 2001 muestran que en la mayor parte de las CCAA ha disminuido la percepción de mala salud por parte de los ciudadanos de ambos sexos.

Los datos de 2001 arrojan desigualdades en la prevalencia de mala salud entre clases sociales, y la razón de prevalencias entre individuos con ocupaciones manuales respecto a individuos con ocupaciones no manuales es de 1,33 en hombres y de 1,27 en mujeres en el total del Estado español. Estas diferencias se producen, con alguna excepción, en todas las CCAA.

Por otro lado, las desigualdades sociales en salud tienden a disminuir en hombres y a aumentar en mujeres.

Entre CCAA existe un patrón de desigualdad Noreste-Suroeste en la esperanza de vida en el caso de las mujeres, si bien en hombres el patrón no es tan claro.

II.3. Trastornos crónicos que aumentan

Entre los años 1993 y 2001 ha aumentado de forma significativa la proporción de personas que declaran padecer una serie de trastornos crónicos importantes. En ese período la prevalencia de hipertensión pasó del 11,3% al 13,5%, la de enfermedad del corazón del 4,1% al 5,1%, la bronquitis crónica pasó de un 4,6% a un 5%, la diabetes del 4,4% al 5,3%, el colesterol elevado del 8,1% al 10,4%, y la alergia del 6,1% al 7,6%. Por su parte, la prevalencia de la úlcera de estómago disminuyó del 4% al 3,2%.

Aunque es posible que el aumento de los trastornos crónicos tenga que ver en parte con la mejora diagnóstica y con la incorporación de los pacientes a programas preventivos, se trata de un problema que requiere de acciones y estrategias concretas.

En el año 2001, en el total del Estado español, la prevalencia declarada de **hipertensión arterial** era del 13,5%. Este porcentaje resultaba ligeramente mayor en los individuos de clase social más baja, con una razón de prevalencias entre clases de 1,04. Estas desigualdades se registraban en la mayoría de CCAA, y han disminuido entre 1993 y 2001.

Las **enfermedades del corazón** declaradas, el **asma o bronquitis** crónica, la **diabetes**, la **úlcera de estómago** y el **colesterol elevado** siguen el mismo patrón social, con una razón de prevalencias entre clases de 1,12, 1,22, 1,25, 1,19 y 1,14, respectivamente. En el primer caso las desigualdades no se observan en todas las CCAA, y entre 1993 y 2001 se mantienen más o menos estables. En relación con el resto de trastornos crónicos, las desigualdades sociales se registran en la mayoría de CCAA, y entre 1993 y 2001 tienden a aumentar ligeramente.

La prevalencia de **alergias** declaradas es, sin embargo, mayor en la población con ocupaciones no manuales en el total del Estado español, con una razón de prevalencias entre ocupaciones de 0,89. Las desigualdades sociales, que tienen en este caso un patrón inverso al mencionado para el resto de enfermedades, también se presentan en la mayoría de CCAA.

Según los datos de la ENSE, la distribución de la hipertensión arterial y el colesterol elevado declarados entre CCAA sigue el patrón de desigualdad Noreste-Suroeste.

II.4. Estilos de vida mejorables

La Encuesta Nacional de Salud de 2001 muestra datos preocupantes en cuanto a tres hábitos de vida que tienen clara relación con la salud: tabaquismo, consumo de alcohol y sedentarismo.

Consumo de tabaco

El patrón de tabaquismo entre las CCAA, según clase social y año, es diferente en hombres y mujeres. En el año 2001, para el conjunto del Estado, el 40,3% de hombres se declaraban fumadores. Entre 1993 y 2001 todas las CCAA han disminuido el consumo de tabaco en hombres.

Existen desigualdades sociales en el consumo de tabaco en hombres, siendo la razón de prevalencias entre individuos con ocupación manual respecto a los individuos con ocupación no manual de 1,26 para el total del Estado español. Estas desigualdades se producen en todas las CCAA y desde 1993 han aumentado de forma generalizada, excepto en dos de ellas.

Entre las mujeres, el consumo de tabaco es menos frecuente que entre los hombres en todas las CCAA. En el conjunto del Estado, un 28,8% de las mujeres se declaraba fumadoras en el año 2001. Entre 1993 y 2001 ha aumentado el consumo de tabaco en mujeres en la gran mayoría de las CCAA.

También en el caso de las mujeres existen desigualdades sociales asociadas al consumo de tabaco, si bien el patrón de desigualdad ha cambiado entre 1993 y 2001. En 1993, todas las CCAA excepto una presentaban mayor prevalencia entre las mujeres de ocupaciones no manuales, siendo la razón de prevalencias de 0,87 para el conjunto del Estado. Estas desigualdades se han invertido en el año 2001, aumentando la razón de prevalencias hasta 1,03. Todas las CCAA han aumentado el porcentaje de mujeres fumadoras entre las ocupaciones manuales, de manera que se reducen las diferencias entre clases sociales. De hecho, en el año 2001, algunas CCAA contaban ya con una mayor proporción de mujeres fumadoras en las clases sociales más bajas.

Comparando ambos sexos, en 2001 las prevalencias más altas de tabaquismo se dan en hombres, aunque en los grupos de edad más jóvenes las mujeres igualan a los hombres en consumo de tabaco. En hombres, el consumo de tabaco sigue el patrón de desigualdad Noreste-Suroeste. En cambio, no existe un patrón claro de desigualdad territorial en las mujeres. En los hombres existen claramente desigualdades en función de la clase social, siendo las más desfavorecidas las que presentan mayor consumo de tabaco, situación que es menos patente en las mujeres aunque empieza a mostrarse similar. El patrón de desigualdad social en las mujeres cambia entre 1993 y el 2001, siguiendo las fases de la epidemia del tabaquismo.

La disminución del consumo de tabaco en hombres ha provocado un aumento en la desigualdad por clase social, debido a que el abandono del tabaco es mayor en las clases sociales más favorecidas.

Esta distribución del consumo del tabaco según género y ocupación laboral parece poner en evidencia que España se encuentra en la fase III de la epidemia del tabaquismo. Los resultados señalan la necesidad de reformular las acciones y programas antitabaco, con el objeto de que lleguen a las mujeres y a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Consumo de alcohol

En el año 2001 el porcentaje de individuos, para el conjunto del Estado, que declaraba haber consumido alcohol en los últimos 15 días era de un 67,2% en hombres y de un 36,4% en mujeres. La prevalencia de consumo de alcohol entre 1993 y 2001 aumentó en ambos sexos y en la mayoría de CCAA.

Entre los hombres no existe un patrón claro de desigualdad social en el consumo de alcohol por CCAA. En cambio, por lo que respecta a las mujeres, la mayoría de CCAA presenta mayor consumo de alcohol entre las clases sociales más favorecidas, siendo la razón de prevalencias de 0,83 en el total del Estado español.

Sedentarismo

En el año 2001 y para el conjunto del Estado, el 40,4% de hombres y el 49,9% de mujeres se declaraba sedentario, mientras un 19,8% de hombres y un 10,5% de mujeres declaraba realizar actividad física regular. El porcentaje de personas que se declaraba sedentaria disminuyó entre 1993 y 2001 en la mayoría de CCAA.

En el año 2001, en general, la prevalencia de sedentarismo es mayor entre las mujeres y, en términos geográficos, sigue el patrón de desigualdad Noreste-Suroeste. También existen desigualdades sociales en este caso, siendo más frecuentes los hábitos sedentarios en las clases sociales más bajas. Estas desigualdades sociales se presentan en casi todas las CCAA.

La prevalencia de sedentarismo ha disminuido en la mayoría de las CCAA tanto en uno como en otro sexo. En las mujeres disminuye sobre todo entre las clases sociales más favorecidas, de manera que las desigualdades sociales aumentan entre 1993 y 2001. En cambio, este patrón no es claro en el caso de los hombres.

Los jóvenes y adolescentes españoles, a pesar de percibir su salud como buena o muy buena (el 90% de los hombres y el 85% de las mujeres), conviven con factores de riesgo importantes, muchos de los cuales parecen no estar totalmente identificados como tales entre este grupo de población. Así, en el Barómetro Sanitario de 2003, los menores de 25 años dan un menor valor al papel de los factores de riesgo más conocidos (tabaco, alcohol, obesidad,

sedentarismo) en la aparición de enfermedades importantes, difiriendo su percepción de forma significativa respecto a los restantes grupos de edad.

En este mismo sentido, el riesgo de embarazo en la adolescencia y juventud temprana, que constituye un importante problema de salud, parece no estar suficientemente valorado por este grupo de población, a la luz de la información disponible sobre interrupción voluntaria del embarazo.

En el periodo 1990-2003 la tasa de interrupciones de embarazo en menores de 20 años se ha triplicado, pasando de 3,1 interrupciones de embarazo por 1000 mujeres de ese grupo de edad en 1990 a 9,9 en el año 2003. Para el grupo de 20 a 24 años en ese mismo periodo la tasa se ha multiplicado 2,5 veces, pasando de 6,2 en 1990 a 15,3 en el año 2003.

II.5. Mortalidad evitable sobre la que se puede actuar

Hay una serie de enfermedades o procesos de pérdida de salud que llevan a una muerte prematura que podía haberse evitado. En España, estas causas de muerte todavía presentan unas tasas elevadas, aunque desde 1990 al 2000 han disminuido.

Enfermedad cerebrovascular e hipertensión entre 35 y 64 años. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes varía entre 8 y 49,7 en hombres y entre 9 y 38 en mujeres. Desde 1990 ha disminuido en todas las CCAA.

En el año 2000, la distribución de la mortalidad por **enfermedad cerebrovascular** entre CCAA sigue el mismo patrón de desigualdad en hombres y mujeres. En ambos sexos se observa una disminución de la mortalidad entre 1990 y 2000, y esta disminución se produce en todas las CCAA.

Cáncer de pulmón entre 5 y 64 años. La tasa por 100.000 habitantes es mucho mayor en varones que en mujeres y oscila entre 20,3 y 46,3 en hombres y entre 0,8 y 7,8 en mujeres. La evolución en varones es desigual, ya que aumenta en 7 CCAA y disminuye en 9. En mujeres se produce un aumento generalizado. Esta evolución refleja el patrón de consumo de tabaco, con el aumento de consumo que se ha producido entre las mujeres en los últimos años.

El patrón de desigualdad entre CCAA en la mortalidad por **cáncer de pulmón** en el año 2000, así como su evolución entre 1990 y 2000, difiere entre hombres y mujeres. Durante esos diez años, la mortalidad en hombres disminuye en algunas CCAA y en otras aumenta, mientras que en las mujeres aumenta en casi todas las CCAA.

Mortalidad por cirrosis entre 15 y 74 años. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes oscila para las distintas CCAA entre 5,3 y 18 en varones y entre 0 y 4,7 en mujeres. En los últimos diez años se registra una disminución de la misma.

El patrón de desigualdad entre CCAA en la mortalidad por **cirrosis** en el año 2000 también es diferente entre hombres y mujeres, si bien la mortalidad disminuye en todas las CCAA, para ambos sexos, entre 1990 y 2000.

Cáncer de mama en mujeres de 50 a 64 años. La tasa de mortalidad por 100.000 mujeres oscila entre 2,4 y 11.

No existe gran variación en la mortalidad por **cáncer de mama** entre las Comunidades Autónomas. La mortalidad por esta causa ha disminuido en todas las CCAA entre 1990 y 2000. Este descenso podría ser debido a la mejora de los programas de cribado para la detección precoz y a la mejora de los métodos de diagnóstico y tratamiento.

Mortalidad por accidentes de tráfico. La tasa autonómica por 100.000 habitantes de la llamada “epidemia silenciosa” varía de 9 a 43 en hombres, encontrándose las tasas autonómicas para mujeres en niveles muy inferiores (máximo 14,8). En la mayoría de las CCAA la mortalidad disminuye, pero hay que tener en cuenta que es la primera causa de muerte en jóvenes.

El patrón de desigualdad entre CCAA en la mortalidad por lesiones por **accidente de tráfico**, en el año 2000, es similar en hombres y mujeres. En la mayoría de CCAA se observa una tendencia de la mortalidad a disminuir entre 1990 y 2000, para ambos sexos.

Conviene recordar que la mortalidad es un indicador parcial de la magnitud del problema, por cuanto a ésta hay que sumar las discapacidades que también se originan por esta causa.

Mortalidad por SIDA entre 15 y 49 años. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes entre las distintas CCAA varía de 2,1 a 11 en varones y de 0 a 3,2 en mujeres. Entre 1990 y 1996, la mortalidad aumentó en todas las Comunidades Autónomas. Desde 1996, la mortalidad ha disminuido.

El patrón de desigualdad entre CCAA en la mortalidad por **SIDA** en el año 2000 es distinto en hombres y mujeres, pero la evolución temporal es la misma: la mortalidad aumenta en todas las CCAA hasta 1996, y a partir de ese año se produce un descenso generalizado.

La disminución de la mortalidad tiene que ver con la utilización del tratamiento anti-retroviral de gran actividad (TARGA). Ahora bien, se detecta un aumento del número de contagios y de portadores del virus VIH que obliga a redoblar los esfuerzos para frenar esta epidemia.

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes varía por CCAA de 67,9 a 178,7 en varones y de 35,3 a 97,4 en mujeres. Globalmente ha disminuido en los últimos diez años, si bien en 7 CCAA se ha producido un aumento.

La distribución de la mortalidad por **enfermedad isquémica del corazón** entre CCAA sigue el mismo patrón de desigualdad en hombres y mujeres. En la mayoría de CCAA la mortalidad tiende a disminuir entre 1990 y 2000. Sin embargo, conviene resaltar que algunos factores de riesgo cardiovascular, como los niveles altos de colesterol, el aumento del tabaquismo en mujeres, el exceso de aporte calórico de la dieta y otros, podría condicionar un aumento de la mortalidad en los próximos años.

II.6. Otros problemas de salud prevalentes

Un 6,3% de las personas adultas encuestadas en la ENSE de 2001 que manifestaba padecer algún tipo de dolencia, declaraba problemas relacionados con la salud mental. Este porcentaje se reducía al 5,40 % en el caso de los varones y se elevaba hasta el 7,01% en el caso de las mujeres.

En el mismo sentido, el 28,8% manifestaba trastornos del aparato músculo-esquelético; proporción que disminuía hasta el 21,9% en el caso de los varones y que alcanzaba un 33,9% en el caso de las mujeres.

Por su parte, los accidentes mortales en el ámbito laboral arrojaban para el mismo año una tasa de 8 por 100.000 trabajadores, situándose las CCAA en un rango entre 4,9 y 13,9.

Tabla I
Accidentes mortales en jornada de trabajo (2001)
Tasa por 100.000 trabajadores

	Tasa por 100.000 trabajadores	Tasa por 100 millones de horas trabajadas
Andalucía	7,5	4,4
Aragón	11,2	6,6
Asturias	7,8	4,5
Baleares	6,6	3,8
Canarias	4,9	2,9
Cantabria	13,9	8,0
Castilla y León	13,4	7,9
Castilla - La Mancha	8,9	5,2
Cataluña	6,7	4,0
Comunidad Valenciana	7,5	4,5
Extremadura	7,0	4,0
Galicia	12,4	7,1
Madrid	6,2	3,7
Murcia	9,5	5,7
Navarra	7,4	4,4
País Vasco	9,7	6,0
La Rioja	10,3	6,1
Total	8,0	4,7

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2001

II.7. Consumo de Medicamentos

En el año 2003, el consumo extrahospitalario de medicamentos financiados por fondos públicos en el Sistema Nacional de Salud supuso un total de 697.625.905 recetas dispensadas a través de oficinas de farmacia. Los 20 subgrupos terapéuticos más prescritos en dichas recetas suponían el 57,44% del total. De ellos, los medicamentos para tratamientos antihipertensivos o relacionados con problemas cardiovasculares supusieron el 10,79%, los tranquilizantes, neurolépticos y antidepresivos el 9,46%, los medicamentos para patologías de tipo respiratorio y alérgico el 8,07%, los analgésicos y antipiréticos no narcóticos el 7,97%, los antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos el 7,76%, los antiagregantes plaquetarios y medicamentos para la hipercolesterolemia el 5,99%, los antidiabéticos orales el 2,13%, los fármacos antiúlceras péptica el 3,87% y los antiinfecciosos macrólidos el 1,39%.

Si el análisis se realiza para los subgrupos terapéuticos por separado, comparando sus posiciones de recetas dispensadas con el importe a PVPiva que suponen sus consumos, se pueden observar ciertas variaciones en la cuota de mercado farmacéutico, pasando a ser los de mayor consumo a PVPiva los medicamentos para la hipercolesterolemia, los antidepresivos y los broncodilatadores y otros antihistamínicos por inhalación, manteniéndose en las mismas posiciones los hipotensores de acción sobre el sistema renina angiotensina y antiúlceras péptica, y apareciendo en sexto lugar el subgrupo de monofármacos antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos.

Por otra parte, el autoconsumo de medicamentos fuera de la prescripción médica o asesoramiento farmacéutico, el incumplimiento terapéutico, el aumento de pacientes polimedicados (mayores de 65 años en general), la insuficiente información de los ciudadanos sobre las posibles interacciones de los medicamentos entre sí o la idiosincrasia de cada individuo ante los efectos adversos e indeseados de los mismos, conduce al aumento del fenómeno de la yatrogenia o producción de efectos nocivos derivados de la mala utilización de los medicamentos. Como consecuencia se produce el correspondiente ingreso en urgencias de los centros hospitalarios sanitarios por errores en el consumo de medicamentos y, como primera causa, por la dosificación incorrecta, llegando a suponer en España el 2,2 por ciento de los ingresos en urgencias. Los problemas relacionados con la medicación producen al cabo del año un elevado porcentaje de incidencias en los servicios médicos y unos efectos secundarios que podrían ser evitados, sobre todo en países que tienen avanzados sistemas sanitarios.

III PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La percepción y el grado de satisfacción de los ciudadanos sobre la calidad de los servicios sanitarios que le son prestados por los diferentes proveedores son un elemento clave en cualquier valoración que se haga del Sistema Nacional de Salud. La medida de la satisfacción constituye pues, en la actualidad, uno de los indicadores de resultado que cualquier organización, y especialmente las prestadoras de servicios, incluyen de manera sistemática en los procedimientos periódicos de evaluación de su actividad y a partir de la cual se establecen muchas de las decisiones estratégicas de mejora continua de la organización de los servicios sanitarios.

Resulta relevante que la sanidad constituya la principal prioridad de la ciudadanía. Así, para un 30% de la población es el área de intervención pública de mayor prioridad, por delante de la educación (20%), la vivienda (18%), la seguridad (14%) y las pensiones (11%).

A la pregunta directa: “¿está Vd. satisfecho con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España?”, se obtiene una puntuación media de 6,05 en una escala 1-10.

III.1. Empeoramiento relativo de la valoración de los servicios

Analizando la percepción de los ciudadanos sobre los diferentes niveles asistenciales, se constata un descenso de los índices agregados de satisfacción a partir del año 2000. La valoración empeora fundamentalmente para los siguientes aspectos: información sobre derechos de los ciudadanos; información de los centros sanitarios sobre los servicios que prestan e información sobre derechos y vías de reclamación.

III.2. Las listas de espera son la principal causa de insatisfacción con el SNS

En los últimos años se ha observado un cierto retroceso en los índices de satisfacción en esta área. Entre 2000 y 2003 la percepción sobre las listas de espera ha empeorado: un 32% de los encuestados en el año 2000 pensaba que la situación estaba mejorando, y en 2003 sólo opinaba así un 27%. Más de un tercio de las reclamaciones que realizan los usuarios del SNS se deben a esta causa.

También empeora la percepción sobre la facilidad para obtener cita y los tiempos de espera para entrar en consulta, tanto en primaria como en especializada.

En cuanto a la atención sanitaria recibida, más de un 80% cree que la atención es buena o muy buena. No obstante, la proporción de encuestados que opina que la asistencia sanitaria ha mejorado en los últimos años es menor ahora que en 1995.

En 2003 se introduce una modificación en el cuestionario para evaluar, ante la necesidad de utilizar un servicio sanitario, la preferencia de los encuestados entre servicios públicos y privados en el supuesto de que pudiesen elegir. En todos los servicios propuestos la opción por el sistema público es mayoritaria.

Tabla II
Utilización de Servicios sanitarios

	Público	Privado	Ambos	N. C.
Atención Primaria (consultas de medicina general y pediatría)	65,10	27,78	6,43	0,7
Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)	53,49	35,94	9,96	0,6
Ingreso en hospital	69,10	24,00	6,10	0,8
Urgencias	71,80	21,00	6,30	0,8

Fuente: Barómetro Sanitario (MSC)

En la Encuesta Social Europea 2002-2003 la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario era de 5,0 para la media de 21 países y de 5,4 en España. En cambio, en los eurobarómetros la posición española es peor, situándose por debajo de la media.

III.3. Informe del Defensor del Pueblo

El Informe realizado por el Defensor del Pueblo (DP) en el año 2003 indica que la accesibilidad a los servicios, la participación de los usuarios y profesionales, junto con el progresivo deslizamiento de las demandas desde los aspectos cuantitativos hacia los cualitativos (es decir, hacia la calidad de la atención), constituyen los aspectos nucleares que subyacen en las quejas recibidas.

IV COBERTURA, TITULARIDAD DEL DERECHO

La cobertura de la población por el SNS español es prácticamente universal (99,1%)¹ y garantiza un paquete bastante comprehensivo de prestaciones a todos los ciudadanos independientemente de su capacidad de pago. Dentro de la población española que sí está cubierta por el sistema obligatorio, pueden diferenciarse dos grupos principales: aproximadamente el 95% cubierto por afiliación obligatoria al sistema de Seguridad Social y a los servicios sanitarios del SNS, y un 5% integrado por funcionarios y sus familiares, que tiene cobertura a través de mutualidades propias (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado -MUFACE-, Mutualidad General Judicial -MUGEJU-, e Instituto Social de las Fuerzas Armadas -ISFAS-), que permiten a sus miembros elegir entre la asistencia sanitaria dentro del SNS y la prestación privada de servicios gestionada por compañías de seguros privadas (aunque financiada públicamente).

Todas las Comunidades Autónomas sin excepción recogen en sus leyes el **principio de universalización** de la atención sanitaria individual y colectiva a todos los ciudadanos, como principio rector de sus respectivos Servicios de Salud. Como titulares de los derechos reconocidos en estas normas, la gran mayoría reproduce lo establecido en la normativa estatal básica (se reconoce a los ciudadanos españoles residentes en la Comunidad Autónoma, además de los transeúntes y no residentes en los términos establecidos en la normativa estatal; mientras los extranjeros comunitarios y los de los países no comunitarios se consideran titulares en función de los tratados y convenios internacionales suscritos por el Estado español).

Cinco CCAA -de las siete que asumieron las transferencias del INSALUD con anterioridad al año 2002- han dictado **normas específicas de universalización** de la asistencia para las personas sin recursos económicos o que no se encuentren cubiertas por un sistema de previsión público. Igualmente, y en el ámbito de la atención sanitaria e integración de los extranjeros en las redes sanitarias públicas, las Comunidades Autónomas difieren notablemente unas de otras. En alguna de ellas se incluye a todos los españoles y extranjeros que sean residentes, sea cual sea su situación legal o administrativa, lo que supone un “plus” respecto a las estipulaciones de la vigente Ley de Extranjería, al no exigirse la concreción de un título jurídico para el nacimiento del derecho.

Todas las CCAA utilizan la Tarjeta Sanitaria como soporte para el reconocimiento del derecho. Aunque no existe un modelo único de tarjeta, se ha desarrollado mediante plataforma tecnológica una Tarjeta Sanitaria compartida por todas las CCAA que forma parte del Sistema de Información del SNS. Esta iniciativa de consenso tiene gran valor para evitar duplicidades al

¹ El 0,9% restante está formado por personas no asalariadas, que no teniendo vinculación al sistema de Seguridad Social, tampoco están incluidas en el concepto de extensión de cobertura del Real Decreto 1088/89, por percibir rentas superiores a las establecidas en dicho Real Decreto.

computar la población potencialmente usuaria (y evitar distorsiones en materia de financiación per capita y en transferencias interterritoriales que se distribuyan en función de desplazados).

Entre 1998 y 2003 la población española ha aumentado en 2,9 millones de personas, lo que supone un incremento relativo muy importante (7,71%). El aumento producido en 2003 respecto a 2002 fue de un 2,1%.

Este incremento se debe principalmente a la inmigración. Es un hecho positivo, sin duda, que se traduce en la mejora de la economía española. Muchos de los inmigrantes realizan trabajos para los que es difícil encontrar mano de obra (agricultura, construcción, hostelería, cuidado de personas mayores, tareas domésticas, etc.), con lo que están contribuyendo al bienestar de la sociedad. Según las cifras del INE, residen en España 2.664.168 inmigrantes. De ellos, un total de 1.104.035 son inmigrantes empadronados pero no regularizados. Estas personas tienen derecho a la atención sanitaria, pero al no estar regularizados no pagan impuestos (salvo los asociados al consumo) ni cotizaciones sociales. Además, hay un número no determinado de inmigrantes irregulares no empadronados que tienen derecho a la atención urgente. Por su parte, los menores y las mujeres embarazadas tienen derecho a la atención completa.

Por otro lado, es importante considerar la movilidad dentro de la Unión Europea, tanto de personas en estancia temporal, como de aquéllas en estancia permanente (singularmente jubilados). Este censo es previsible que aumente, por lo que es preciso mejorar los mecanismos de identificación, facturación y cobro de las prestaciones sanitarias a estas personas. Actualmente se está debatiendo la posibilidad de autorizar la “compra-venta” de servicios sanitarios entre países UE, con mecanismos de compensación adecuados.

Finalmente, y como ya se ha comentado anteriormente, otro factor que influye en la demanda es el aumento de la proporción de personas mayores, que requieren mayor atención y cuidado.

De cara a estimar la evolución de la demanda de servicios sanitarios es necesario tener en cuenta no sólo los cambios demográficos (envejecimiento y movimientos de población: inmigración y “turismo sanitario”), sino también la innovación tecnológica (incremental o sustancial, nuevas técnicas y medicamentos), la intensidad y patrones de uso de las nuevas tecnologías, la modificación de las expectativas ciudadanas y la “medicalización” de los procesos vitales, que aumentan las exigencias de prestaciones en cantidad, calidad y diversidad.

V DERECHOS Y PRESTACIONES

El Sistema Nacional de Salud ofrece un paquete de prestaciones integral, con unos estándares de calidad equivalentes a los de los países de nuestro entorno.

La extensión de las prestaciones, como en otros países europeos, se ha ido produciendo a través de un proceso gradual y espontáneo en respuesta a los avances de la ciencia médica y de la tecnología. Durante los años 90 empieza a plantearse el debate sobre la falta de evaluación suficiente de las nuevas intervenciones y las consecuencias negativas de este hecho sobre la calidad de la asistencia sanitaria y el consiguiente esfuerzo para controlar los costes.

En 1995 se aprueba el Real Decreto de Ordenación de Prestaciones 63/95, que cubre dos objetivos fundamentales: confeccionar una lista explícita de las prestaciones garantizadas por el sistema sanitario público (manteniendo las existentes y haciendo universales las que aún no estaban disponibles para todos los ciudadanos), y regulando la introducción de nuevos servicios y tecnologías aplicando criterios de seguridad, efectividad, calidad y eficiencia. Sin embargo, el texto de 1995 no constreñía a las CCAA, ya que éstas podían incorporar actividades y prestaciones sanitarias con cargo a sus propios recursos según lo dispuesto en sus Estatutos de Autonomía y ulteriores normas de desarrollo. Este hecho favoreció cierta diversidad en los límites de algunas prestaciones o técnicas entre las distintas CCAA, que aún hoy se mantiene.

Por su parte, la Ley de Cohesión y Calidad definió el catálogo de prestaciones básicas del SNS que incorporó, además de las contempladas en 1995 (atención primaria, atención especializada, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, productos dietéticos, transporte sanitario), las de salud pública y las prestaciones socio-sanitarias, haciéndose efectivas a través de un conjunto de técnicas y procedimientos que integran la Cartera de Servicios del SNS, que especificará para cada prestación los servicios que se pueden exigir en la sanidad pública, y que deberá acordarse en el seno del Consejo Interterritorial. Se pone fin así a una imprecisión terminológica que venía arrastrándose a lo largo del tiempo y que impedía clarificar la diferencia entre prestaciones y técnicas o procedimientos con las que se hacían efectivas las mismas. Actualmente, la Cartera de Servicios del SNS está pendiente de aprobación por Real Decreto, manteniéndose mientras tanto la vigencia del Real Decreto de 1995.

Todas estas prestaciones sanitarias son ahora responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas. En todo caso, las CCAA pueden aprobar sus respectivas carteras en el ámbito de sus competencias, que incluirán como mínimo la Cartera de Servicios del SNS. La existencia de un paquete común de prestaciones no debe ser incompatible con el desarrollo de prestaciones diferenciales en las distintas CCAA, que reflejen las distintas preferencias de los ciudadanos de cada región, sin que la diversidad suponga en ningún caso un problema de acceso para los ciudadanos que se desplacen ni una amenaza

al principio de equidad. La posibilidad de que existan diferencias entre las CCAA es una realidad admitida por el ordenamiento jurídico, la doctrina, e incluso por la propia jurisprudencia constitucional. Esta situación se ha visto reflejada en las leyes de las CCAA de las que se derivan desigualdades subjetivas y objetivas, dando contenido real al proceso de asunción de competencias.

VI GARANTÍA DE LAS PRESTACIONES

Un Sistema de Salud no sólo debe definir los derechos y prestaciones. Además, debe lograr que los derechos se cumplan y que las prestaciones sean efectivas, accesibles y seguras, garantizando además que los usuarios tengan acceso a las mismas en un tiempo razonable.

En los últimos años se ha producido una mayor **implicación de los pacientes** en los procesos de toma de decisiones sanitarias que les afectan. Conscientes de sus derechos, exigen una mayor participación en las decisiones sobre su propia salud.

Este cambio de mentalidad del paciente, además de reflejarse en la legislación estatal y autonómica, se ha plasmado en otros documentos, como la *“Declaración de Barcelona de las organizaciones de pacientes”*, un texto elaborado por representantes de más de medio centenar de asociaciones de pacientes de representatividad nacional, reunidos en diferentes grupos de trabajo en mayo de 2003. Las principales conclusiones de este documento pueden resumirse en la necesidad de una información de calidad desde una pluralidad de las fuentes, así como la mejora en la comunicación con el médico, sin olvidar una mayor participación del paciente en las decisiones sobre su propia salud y sobre las prioridades en la asistencia sanitaria, englobado todo ello en un marco jurídico de garantías de sus derechos.

Aunque las normas generales han ido introduciendo estos conceptos, la situación es desigual en las diferentes Comunidades Autónomas.

VI.1. Tiempos de acceso. Listas de espera.

La lista de espera sigue siendo el principal problema del SNS desde el punto de vista de los ciudadanos y así ha sido puesto de manifiesto en las sucesivas ediciones del Barómetro Sanitario. Concretamente, en el correspondiente a 2003, frente a aspectos positivamente valorados como la mejora tecnológica, la amplitud de la oferta de especialidades accesibles o el trato humano recibido en la atención, se destacan negativamente las demoras para ser atendido en ingresos no urgentes y las dificultades para la cita con los especialistas (véase capítulo III).

Esta realidad, junto con las reiteradas recomendaciones del Defensor del Pueblo y de los expertos, entre otros, motivaron la aprobación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo del Real Decreto 605/2003 (BOE de 23 de mayo) de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, por el que se establecen los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre listas de espera en consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas. Los primeros datos homogéneos recogidos del total de los servicios de salud corresponden a diciembre 2003 y

constituyen la primera información global del Sistema Nacional de Salud sobre listas de espera quirúrgicas.

Posteriormente se abordarán con la misma metodología las tareas relativas al sistema de información de listas de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas.

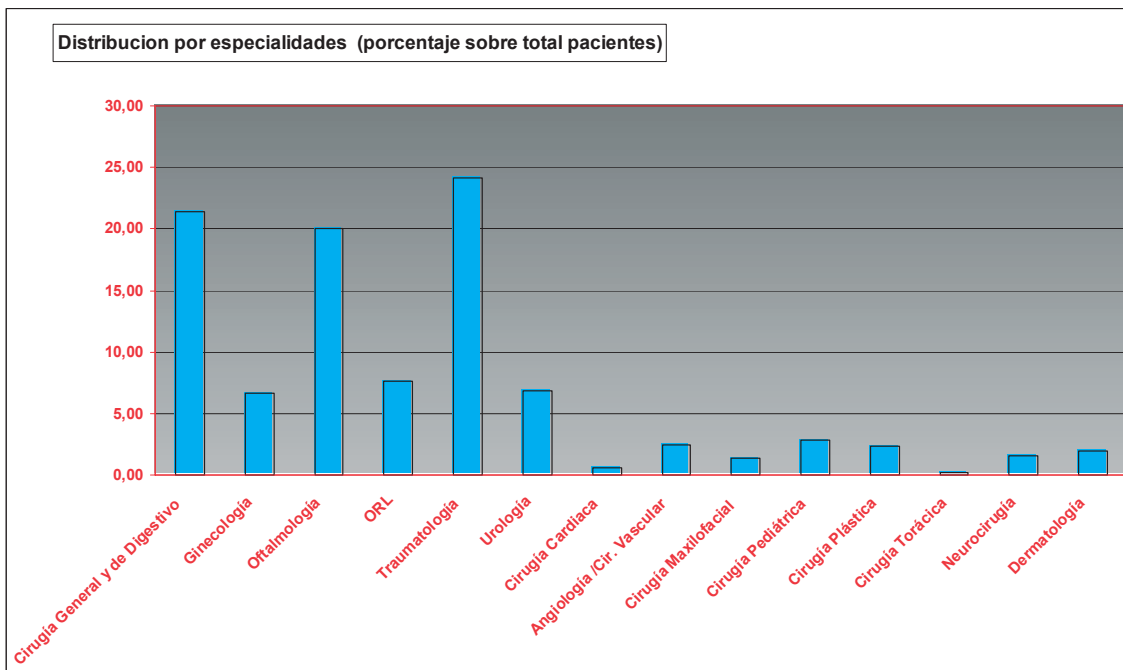
Al analizar los datos sobre listas de espera quirúrgicas es preciso tener en cuenta el tipo de fenómeno al que se refiere la información: las estadísticas de lista de espera aquí reflejadas están referidas a los “procesos con **indicación quirúrgica no urgente** para los cuales el médico tiene previsto el uso de quirófano”. Lógicamente, no se incluyen en estas listas de espera los procesos atendidos de forma urgente en el acto, ni aquéllos que, aún sin ser urgentes, dadas las circunstancias clínicas o personales del paciente no pueden ser demorados en el tiempo y se programan en el mismo momento de su indicación. Los pacientes que integran la lista de espera son personas cuya dolencia permite, desde un punto de vista clínico, esperar un tiempo razonable hasta ser intervenido quirúrgicamente.

Finalmente, se ha de destacar de estos datos que, en las listas de espera, no todos los procesos tienen la misma importancia clínica ni afectan a las personas de forma similar. Por tanto, **los números absolutos del total de pacientes no reflejan la verdadera dimensión de una lista de espera**. Dichos números encierran, con el mismo valor nominal, pacientes de diferente tipología: pacientes que serán operados en unos días, bien por el normal funcionamiento de la programación, bien por haber sido priorizados en razón de alguno de los criterios establecidos, y otros pacientes que tendrán que esperar un mayor plazo de tiempo. Asimismo, las listas de espera incluyen individuos con patologías diferentes que producen efectos distintos sobre su salud.

Hechas estas salvedades en relación con los datos que reflejan los siguientes gráficos, cabe subrayar que en todo caso la decisión de las Comunidades Autónomas de participar en el desarrollo del sistema de información sobre listas de espera constituye un ejercicio de transparencia que permite la mejora de los sistemas de información, la mayor disponibilidad de datos y, como consecuencia, el avance en la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de los ciudadanos.

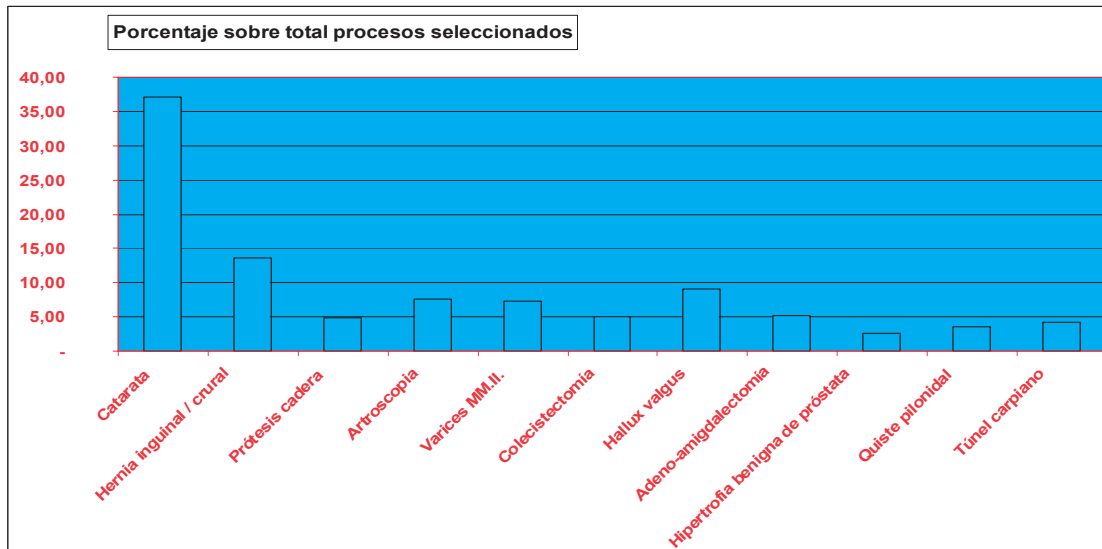
Por último hay que señalar que, en la actualidad, cada Comunidad Autónoma ofrece por diferentes medios información sobre listas de espera, referida a los centros cuya gestión son de su competencia. Como marco de referencia - y sin perjuicio de la información que cada Servicio de Salud autonómico seguirá ofreciendo a sus pacientes- el Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con lo aprobado en Consejo Interterritorial, seguirá proporcionando periódicamente los datos globales para el conjunto del Estado, logrando, con ello, que España sea uno de los pocos países que hace públicos datos sobre las listas de espera.

Gráfico 7
Distribución de pacientes en lista de espera por especialidades



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS (RD 605/2003)

Gráfico 8
Distribución de pacientes en lista de espera por procesos

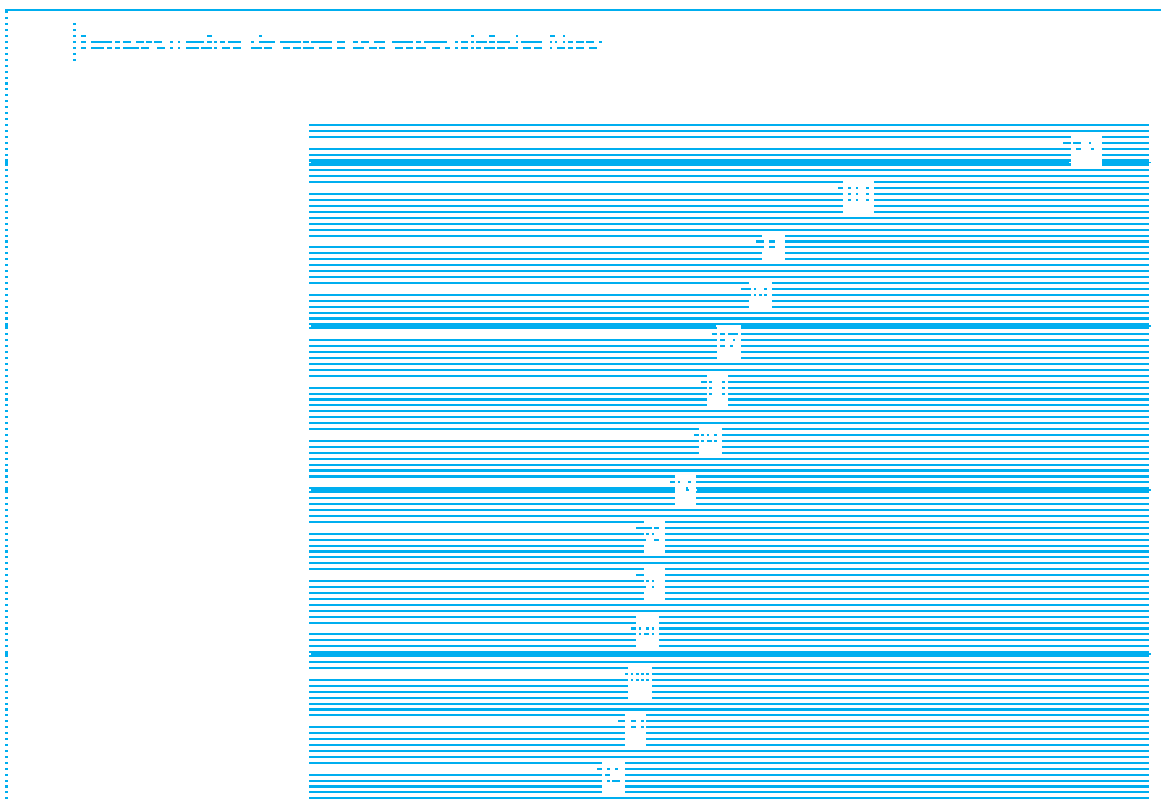


Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS (RD 605/2003)

Gráfico 9

Situación de la Lista de espera Quirúrgica en el SNS

Tiempos medios de espera



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS (RD 605/2003)

Algo más de 400.000 personas se encontraban incluidas en las listas de espera para una intervención quirúrgica a 31 de diciembre de 2003. El tiempo medio que llevaban esperando era de 77 días. La variabilidad es alta, superando en muchos casos los 200 días y, en ocasiones, más de un año.

VI.2. Posibilidad de elección de médico.

Algunas Comunidades Autónomas han desarrollado este derecho en normas “ad hoc”, en detalle y de forma separada para el ámbito de la atención primaria y de la especializada. Otras han dictado normas afines para el caso de atención primaria, mientras que algunas sólo se limitan a citar este derecho en sus Leyes de Salud o de Ordenación Sanitaria. Evidentemente, el desarrollo normativo autonómico está claramente condicionado por la fecha de asunción de las competencias sanitarias de cada Comunidad Autónoma. En cualquier caso, la posible elección de especialista y hospital está relativamente menos desarrollada, estando más extendida la posibilidad de opción en el ámbito de la atención primaria.

VI.3. Seguridad y Calidad.

En ocasiones se producen incidentes adversos en el proceso de tratamiento. Muchos son inevitables, ya que toda intervención médica tiene un riesgo, y lo que se busca es un efecto positivo sobre el riesgo mayor que se deriva de la evolución del proceso patológico. Pero a veces esa actuación médica incurre en riesgos que podían haberse prevenido. La gestión de riesgos es cada vez más importante en un sistema sanitario. En España no está generalizada una metodología y una estructura de gestión de riesgos que garantice a los ciudadanos que no se incurre en riesgos innecesarios. Tampoco hay un Sistema de Notificación de incidentes adversos, con lo que no es posible evaluar la evolución de este problema.

VI.4. Instrucciones previas.

La Ley básica 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, al igual que las del resto de CCAA en la materia, han encontrado su modelo en la Ley catalana 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, en la que una de las cuestiones más novedosas es el documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas. La Ley catalana, en vigor desde enero de 2001, fue la primera norma autonómica que reguló las instrucciones previas de modo específico; posteriormente, a lo largo del mismo año y durante 2002 y 2003, otras CCAA han publicado sus leyes a este respecto, aunque algunas de las CCAA recién transferidas optaron por recoger este derecho en sus Leyes de Salud publicadas en los últimos tres años. Hasta el momento no se ha localizado ninguna actividad normativa al respecto en cuatro CCAA (véase anexo legislativo al Anexo II del Informe). Si bien la gran mayoría de Comunidades prevé la incorporación del documento a la historia clínica del paciente, también se está generalizando la creación de registros autonómicos que, obviamente, habrán de coordinarse con el Registro Nacional previsto, con el fin de asegurar su eficacia en todo el territorio nacional.

VI.5. Consentimiento Informado.

Tal como recoge la Ley 41/2002 en sus principios básicos, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

Dicha norma define el Consentimiento Informado como: “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

El consentimiento informado, tal como se regula en la Ley 41/2002, introduce como novedad respecto a la Ley General de Sanidad de 1986, la aceptación, como regla general, del consentimiento verbal, al margen de algunas excepciones tasadas (intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y/o que supongan riesgos o inconvenientes notorios y previsibles). Esta circunstancia, aparte de la exigencia de consentimiento escrito para cada una de las actuaciones en las que se pueda exigir, habrá de reflejarse en la legislación autonómica que se dicte al efecto. Las últimas normas publicadas por las CCAA ya han recogido esta novedad (véase Anexo II del Informe).

VI.6. Información asistencial y epidemiológica.

Constituye este aspecto una referencia novedosa en nuestro ordenamiento jurídico. Además, la Ley 41/2002 se diferencia de la LGS en que, teniendo en cuenta lo establecido en el Convenio de Oviedo, determina que la persona deberá recibir una “información adecuada”, recogiendo con esta acepción una de las propuestas de la doctrina científica. La información deberá proporcionarse en términos comprensibles para el paciente o para terceras personas, se hará verbalmente pero dejando constancia de la misma en la historia clínica y además, se reconoce expresamente el derecho a no saber (derecho ya consagrado anteriormente en algunas Leyes autonómicas). Todas las Leyes de Salud o de Ordenación Sanitaria de las Comunidades Autónomas recogen la garantía de ejercicio del derecho a la información asistencial - excepto una Comunidad, que remite a la LGS-. Las normas legales autonómicas más recientes desarrollan extensamente todos los aspectos recogidos en la Ley básica 41/2002, que incluyen la información epidemiológica.

Se entiende por derecho a la información epidemiológica el derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para la salud individual, lo que exigirá de las autoridades sanitarias la elaboración del marco normativo adecuado para llevarlo a efecto.

Cuatro Comunidades Autónomas dedican al derecho de información una Ley específica (véase Anexo II del Informe).

VI.7. Cartas de Derechos y Deberes.

La Ley básica 41/2002 también regula de forma más precisa el derecho a la información en el Sistema Nacional de Salud. La información aquí referida no es estrictamente sanitaria, sino de carácter administrativo (relativa a servicios, unidades asistenciales disponibles y requisitos de acceso a ellos), y posibilita a los usuarios la puesta en práctica de otros derechos, como la libertad de elección de médico y centro, el conocimiento de las listas de espera, la segunda opinión, etc.-, por lo que, en consecuencia, insta a las Comunidades Autónomas a establecer un sistema organizativo adecuado para el ejercicio de estos derechos.

Una forma de garantizar a los ciudadanos el ejercicio de sus derechos, en relación con la información y la respuesta asistencial, consiste en la obligación implícita de todos los Servicios de Salud de las CCAA de disponer en todos los centros de una guía o carta de servicios en la que se indiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales de cada centro o servicio y el procedimiento para emitir sugerencias o reclamaciones. A este respecto, un número muy limitado de Comunidades Autónomas ha publicado hasta el momento estas cartas de derechos y deberes mediante una norma de carácter legal o reglamentario,

mientras que la gran mayoría ha optado por editarlas para conocimiento interno y ponerlas a disposición de los profesionales en los centros y servicios sanitarios de la Comunidad. Algunas, como Cataluña, ofrecen esta información a través de Internet.

VI.8. Historia clínica y documentación clínica.

La insuficiencia normativa de la LGS en lo relativo a la historia clínica provocó una proliferación de normas autonómicas que dieron lugar a sistemas de información y documentación clínica heterogéneos. Con la Ley básica 41/2002, además de disponer de un concepto básico y de un contenido mínimo que habrá de ser respetado y desarrollado por las CCAA, se impone la coordinación de las historias clínicas mediante la implantación de un sistema de compatibilidad en todo el territorio nacional, de modo tal que se evite someter a un paciente atendido en diversos centros a exploraciones y procedimientos ya realizados. Hasta al momento cuatro Comunidades Autónomas han regulado específicamente esta cuestión mediante una Ley la temática relativa a la historia clínica y otra documentación clínica. Con anterioridad a la aprobación de la Ley básica 41/2002, sólo una Comunidad – País Vasco, en 1986- había aprobado un Decreto para regular el uso de la historia clínica. Recientemente esta Comunidad ha puesto en marcha, mediante la creación de una Comisión de Documentación Clínica, el establecimiento de líneas estratégicas futuras en esta materia. Otras CCAA recogen en sus Leyes de Salud esta cuestión con distinto grado de desarrollo.

VI.9. Movilidad.

La garantía de atención sanitaria a los ciudadanos en sus desplazamientos en el SNS, si bien es uno de los principios normativos básicos, no cuenta con herramientas suficientes que faciliten su aplicación operativa.

La Tarjeta Sanitaria es un instrumento útil para la acreditación del derecho a la atención sanitaria, a través de su validez legal en todo el Sistema Nacional de Salud, para el acceso a los centros y servicios sanitarios del mismo en los términos previstos por la legislación vigente. La asignación de un código único y unívoco a cada ciudadano para su identificación y referencia en todo el SNS, posibilita avanzar en el acceso telemático a la información clínica ubicada en cualquier punto del sistema. Sin embargo, la base común de Tarjeta Sanitaria que permite el intercambio de datos a todas las Comunidades Autónomas y la asignación de dicho código no está terminada de construir.

Por otro lado, si bien las Comunidades Autónomas están avanzando decididamente en la informatización de la historia clínica, no se ha pensado en la necesidad de alinear los diferentes modelos existentes o de elaborar, con

criterios clínicos normalizados y de cara a un futuro inmediato, un resumen normalizado de la misma que pueda ser consultado desde cualquier dispositivo asistencial cuando el paciente lo precise. No hay tampoco un sistema de receta electrónica común que permita moverse a los ciudadanos sin la necesidad de conseguir una prescripción en el punto de destino; no es posible conocer ni valorar las prescripciones y dispensaciones de medicamentos a pacientes fuera del ámbito geográfico al que pertenecen. Pero, además, la falta de información compartida dificulta mejorar conjuntamente en el SNS la gestión de esta prestación.

Se cuenta, eso sí, con un sistema de información sobre ingresos hospitalarios, el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), que está funcionando razonablemente bien, pero que debe evolucionar para que se pueda conocer con precisión la asistencia ambulatoria, tanto la más tradicional (consultas, pruebas) como la cada vez más importante ambulatorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos clásicamente hospitalarios.

Por su parte, el sistema de facturación para extranjeros es muy débil por cuanto conlleva unos costes transaccionales apenas compensables, a excepción de los procesos de hospitalización. La gestión de la facturación a desplazados de países de la UE, o sujetos a convenios, depende del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

VI.10. Garantía efectiva de estos derechos.

Se puede afirmar que lo que realmente determina la efectividad de los derechos de los pacientes y usuarios en el Sistema Sanitario Público es la posibilidad de ejercerlos y, en su caso, reclamarlos ante una instancia u organismo que responda por ello.

En el ámbito de la normativa sanitaria, la presentación de reclamaciones y sugerencias se integra ya en los primeros diseños de cartas de derechos y deberes, que sirvieron a su vez de precedente directo del artículo 10.12 de la LGS. Este artículo concibe la posibilidad de reclamar como un derecho autónomo del ciudadano y, además, como garantía de protección de los que le son reconocidos.

La regulación de este derecho puede encontrarse en la legislación general de la Seguridad Social y en las normas dirigidas a determinar el funcionamiento interno de los centros de atención primaria y hospitales. Por su parte, en los distintos Servicios de Salud se han ido creando unidades especializadas a distintos niveles organizativos -ligadas a la creación de los Servicios de Atención al Paciente (SAP) o Unidades de Atención al Usuario (UAU)-, dirigidas a velar por la adecuada garantía del derecho y a canalizar la información que de su ejercicio se pueda derivar.

Sin embargo, el cambio operado en la sociedad en general como consecuencia de la evolución económica, jurídica y tecnológica de los últimos años, unido al

establecimiento de nuevos derechos de los pacientes y usuarios del sistema sanitario, ha ido teniendo su inmediato reflejo en la generalización de procedimientos en la legislación autonómica que atienden a la garantía de la efectividad de esos derechos, no concibiéndose únicamente como un imperativo legal, sino como una oportunidad de mejora en la prestación de servicios, incorporando diversos sistemas de conexión entre los procedimientos de tramitación de reclamaciones y sugerencias y los procesos de mejora de la calidad de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En los últimos años se está generalizando en los distintos Servicios de Salud la incorporación de una figura que, con distinta denominación, se erige en defensora del paciente y que, si bien asume un amplio abanico de competencias dentro de la organización sanitaria autonómica, actúa de manera independiente de ésta.

VII FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SNS

VII.1. Presupuesto del Sistema Nacional de Salud.

El presupuesto sanitario público global (inicial) del SNS se cifró en 40.107 millones de euros en 2003. En relación con el PIB previsto, de 743.046 millones de euros, supone el 5,4%, lo que todavía está lejos de las cifras de los países que constituyen la referencia habitual en el seno de la Unión Europea (Alemania -8,6%-; Francia -7,4%-; Reino Unido -6,4%-).

El gasto sanitario público por persona protegida previsto, según los datos disponibles para 2003, ascendía a 990 euros.

Tabla III
Evolución del gasto sanitario en España en el periodo 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PIB p.m.(precios corrientes)	527.975,0	565.419,0	609.734,0	653.289,0	696.208,0	743.046,0
G SANIT PÚBL (GSP)	28.615,9	30.680,8	32.670,8	35.131,3	38.171,0	40.107,2
G SANIT PRIV (gspriv)	10.978,0	11.869,0	12.942,0	14.062,0	15.158,0	
GASTO TOTAL (GT)	39.593,9	42.549,8	45.612,8	49.193,3	53.329,0	40.107,2
POBLACIÓN PROTEGIDA (PP)	37.621.820,0	38.142.599,0	38.280.779,0	38.897.848,0	39.770.057,0	40.498.538,0
POBLACIÓN TOTAL (PT)	39.852.651,0	40.202.160,0	40.499.791,0	41.116.842,0	41.837.894,0	42.717.064,0
% GSP/PIB	5,4	5,4	5,4	5,4	5,5	5,4
% gspriv/PIB	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	
% GSP/PP	760,6	804,4	853,5	903,2	959,8	990,3
% GSP/PT	718,0	763,2	806,7	854,4	912,4	938,9
% GT/PP	1.052,4	1.115,5	1.191,5	1.264,7	1.340,9	990,3
% GT/PT	993,5	1.058,4	1.126,2	1.196,4	1.274,7	938,9
PIB/PT	13.248,2	14.064,4	15.055,2	15.888,6	16.640,6	17.394,6

(Millones de euros corrientes)

Fuente: MSC

VII.2.El gasto sanitario

Para analizar el comportamiento del Gasto Sanitario debe hacerse referencia a las liquidaciones hasta el año 1999 y a las estimaciones de los años 2000 y 2001.

El análisis de las magnitudes presupuestarias – en sus tres aspectos (orgánico, económico y funcional)- permite contemplar la evolución de las cifras desde una perspectiva mucho más detallada y especializada.

En primer lugar, y desde una **perspectiva orgánica e institucional**, de los más de 35.131 millones de euros de gasto sanitario público en 2001, cerca del 55% ha sido administrado por las Comunidades Autónomas que contaban ya en ese año con la gestión transferida. Por su parte, el sistema de Seguridad Social representaba el 33,75% del gasto público total en sanidad en 2001, gestionándose a través del Instituto Nacional de la Salud el 30,36% de dicho importe. Igualmente, el 4,15% del gasto sanitario de ese año correspondía a las Comunidades Autónomas de gestión todavía no transferida. Cifras ya de menor entidad de gasto sanitario se canalizaban bien a través de las Mutualidades de Funcionarios -que representaban el 3,73%, con un peso más significativo del gasto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles (2,42%) y del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (1,18%)-, bien por medio de las Corporaciones Locales -que con un peso decreciente en el gasto total representaban en 2001 tan sólo el 1,88%-, bien a través de la Administración Central a la que correspondía el 1,51% a través de distintos Ministerios -con mayor importancia del gasto de los Ministerios de Defensa y Sanidad y Consumo-.

Tabla IV				
GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO.				
APORTACIÓN DE LOS SUBSECTORES AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO				
	% sobre total			
	1998	1999	2000*	2001*(A)
AD. CENTRAL	1,62	1,91	1,57	1,51
Mº Ad. Públicas	0,03	0,02	0,02	0,02
Mº Defensa	0,89	0,84	0,75	0,66
Mº Educacion y Ciencia	0,03	0,03	0,02	0,02
Mº Interior	0,18	0,2	0,22	0,17
Mº Sanidad y Consumo	0,5	0,83	0,56	0,63
SEGURIDAD SOCIAL	33,23	33,33	33,66	33,75
INSALUD	30,4	30,33	30,56	30,36
ISM	0,11	0,11	0,1	0,1
Mutuas Acc.Trabajo	2,44	2,59	2,68	2,93
Fundaciones Públicas Sanitarias	0,28	0,3	0,32	0,36
MUTUALIDADES FUNCIONARIOS	3,91	3,89	3,79	3,73
ISFAS	1,2	1,21	1,2	1,18
MUFACE	2,58	2,55	2,46	2,42
MUGEJU	0,13	0,14	0,13	0,13
Mutualidad de Previsión de la Admon. Local	-	-	-	-
CC. AA. DE GESTION TRANSFERIDA	54,77	54,59	55,17	54,97
Andalucía	15,72	15,48	15,46	15,23
Canarias	3,65	3,48	4,13	4,02
Cataluña	13,84	13,96	14,06	14,32
Galicia	6,22	6,21	6,2	6,22
Navarra	1,49	1,49	1,5	1,47
Comunidad Valenciana	8,44	8,59	8,49	8,39
País Vasco	5,41	5,38	5,34	5,31
CC. AA. DE GESTION NO TRANSFERIDA	3,77	3,74	3,82	4,15
Aragón	0,22	0,23	0,23	0,33
Asturias	0,16	0,16	0,15	0,14
Islas Baleares	0,19	0,19	0,2	0,22
Cantabria	0,11	0,11	0,11	0,14
Castilla y León	0,55	0,53	0,6	0,59
Castilla-La Mancha	0,25	0,25	0,25	0,25
Extremadura	0,18	0,17	0,19	0,18
La Rioja	0,09	0,09	0,09	0,08
Madrid	1,71	1,69	1,65	1,87
Murcia	0,3	0,29	0,33	0,34
Ceuta	0,01	0,01	0,01	0,01
Melilla	0,02	0,02	0,02	0,02
CORPORACIONES LOCALES	2,70	2,54	1,99	1,88
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD	100	100	100	100

(*) Cifras provisionales.

(A) Avance. -Datos estimados para Corporaciones Locales.

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario. Mº Sanidad y Consumo

En otro orden de cosas, la **clasificación económico-presupuestaria** del gasto sanitario público consolidado para el período 1998-2001 pone de manifiesto la importancia relativa del gasto dedicado a la remuneración del personal que, a pesar de su menor incremento interanual en los últimos años, constituye la principal partida de gasto en 2001 (43,7%). Le sigue en importancia la partida de transferencias corrientes que, con un crecimiento superior a la media en el último cuatrienio, eleva su participación en el total de gasto consolidado hasta el 22,7%. El consumo intermedio, con un 17,2% del gasto total, constituye la tercera componente principal de gasto sanitario, con una fuerte dinámica de crecimiento a pesar de su comportamiento más moderado en 2001. El gasto canalizado a través de conciertos sanitarios representa el 12,2% del gasto total, con una evolución más irregular. Finalmente, el resto de gasto sanitario se materializa en operaciones de capital (3,9%) y consumo de capital fijo (0,2%), partidas que se han incrementado muy por encima de la media en estos últimos años.

Tabla V GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. CLASIFICACIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA									
Miles de euros corrientes	1998	%98/97	1999	%99/98	2000*	%00/99	2001*(A)	%01/00	%/2001
Remuneración del personal	13.068.540	4,0%	13.665.229	4,6%	14.507.971	6,2%	15.355.455	5,8%	43,7%
Consumo intermedio	4.832.730	8,4%	5.237.960	8,4%	5.638.666	7,7%	6.047.341	7,2%	17,2%
Consumo de capital fijo	58.674	173,0%	66.351	13,1%	71.526	7,8%	77.169	7,9%	0,2%
Conciertos	3.459.037	6,3%	3.806.064	10,0%	3.925.871	3,1%	4.292.340	9,3%	12,2%
Transferencias corrientes	6.244.397	7,6%	6.865.135	9,9%	7.410.870	7,9%	7.987.923	7,8%	22,7%
Gasto de capital	952.552	23,3%	1.040.023	9,2%	1.115.877	7,3%	1.371.107	22,9%	3,9%
Total	28.615.931	6,5%	30.680.762	7,0%	32.670.782	6,5%	35.131.335	7,5%	100,0%

(*) Cifras provisionales.

(A) Avance.-Datos estimados para Corporaciones Locales.

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo

En lo relativo al estudio de la **perspectiva funcional**, resulta evidente que los gastos sanitarios se han dirigido fundamentalmente a aquellas partidas destinadas a servicios hospitalarios y especializados, que ya en el ejercicio de 2001 absorbían el 52,6% del total consolidado, si bien vale la pena destacar su moderada evolución en el último cuatrienio. También debe resaltarse el hecho de que el gasto en farmacia representa la segunda partida en importancia en este contexto, con un significativo crecimiento en los últimos años que ha elevado su participación en el gasto total hasta situarlo en el 22% del gasto total consolidado de 2002.

Por otro lado, el gasto de los servicios primarios de salud supone el 15,7% del total, con un crecimiento interanual más ajustado respecto al incremento medio del gasto sanitario.

En último lugar, el resto de las funciones de gasto sanitario representan un porcentaje menor del gasto total (9,8%), dentro del cual, además de los ya anteriormente mencionados gastos de capital, destacan los gastos de los servicios colectivos de salud (2,7%), que han experimentado un mayor crecimiento en los últimos años. Por su parte, los gastos en traslados, prótesis y aparatos terapéuticos ascienden al 1,6%, coincidiendo con los correspondientes a los servicios de salud pública. Ambas partidas experimentan un crecimiento mucho más moderado en 2001 que contrasta con los fuertes incrementos presupuestarios de años anteriores.

Tabla VI GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL									
Miles de euros corrientes	1998	%98/97	1999	%99/98	2000*	%00/99	2001*(A)	%01/00	%/2001
Servicios hospitalarios y especializados	15.529.091	5,4%	16.439.702	5,9%	17.363.703	5,6%	18.488.305	6,5%	52,6%
Servicios primarios de salud	4.533.732	5,1%	4.865.457	7,3%	5.129.117	5,4%	5.517.888	7,6%	15,7%
Servicios de salud pública	346.638	13,8%	408.577	17,9%	517.142	26,6%	545.516	5,5%	1,6%
Servicios colectivos de salud	788.172	5,8%	832.056	5,6%	897.201	7,8%	964.746	7,5%	2,7%
Farmacia	5.998.607	7,4%	6.600.108	10,0%	7.109.907	7,7%	7.679.896	8,0%	21,9%
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	467.139	10,3%	494.84	5,9%	537.835	8,7%	563.877	4,8%	1,6%
Gasto de capital.	952.552	23,3%	1.040.023	9,2%	1.115.877	7,3%	1.371.107	22,9%	3,9%
Total	28.615.931	6,5%	30.680.762	7,2%	32.670.782	6,5%	35.131.335	7,5%	100,0%

(*) Cifras provisionales.

(A) Avance.-Datos estimados para Corporaciones Locales.

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo

El **gasto per capita** en 2001 presentaba diferencias importantes entre CCAA, oscilando entre un 18% superior a la media nacional y un 15% inferior a la media. En los presupuestos iniciales de los años 2003 y 2004 se mantienen diferencias regionales similares por Comunidades Autónomas tras el traspaso de competencias. Así, en el ejercicio 2003, con presupuestos aprobados en todas las regiones, los mayores gastos relativos se concentran en algunas CCAA con una diferencia de un 20% respecto al gasto medio, mientras otras se sitúan en un gasto medio inferior entre un 12% y un 13%. Sin embargo, cambian las posiciones relativas de las Comunidades Autónomas respecto a la situación pretransferencial, mejorando más las recién transferidas.

Tabla VII GASTO SANITARIO AUTONÓMICO POR HABITANTE*				
€/habitante en 2001	Gasto per cápita capitativo	Índice	Ponderado+65	Índice
Andalucía	775	95	602	99
Aragón	909	112	634	105
Asturias	874	107	615	101
Baleares	688	85	528	87
Canarias	825	101	665	110
Cantabria	932	114	678	112
C. y León	850	104	590	97
C La Mancha	785	96	566	93
Cataluña	814	100	601	99
C. Valenciana	748	92	565	93
Extremadura	837	103	613	101
Galicia	851	105	607	100
Madrid	799	98	609	100
Murcia	819	101	596	98
Navarra	961	118	704	116
País Vasco	911	112	673	111
La Rioja	847	104	611	101
Ceuta	923	113	738	122
Melilla	923	113	738	122
TOTAL CCAA	814	100	606	100

(*) El gasto por habitante se refiere a la población protegida

Fuente: Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud

Datos y cifras 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo

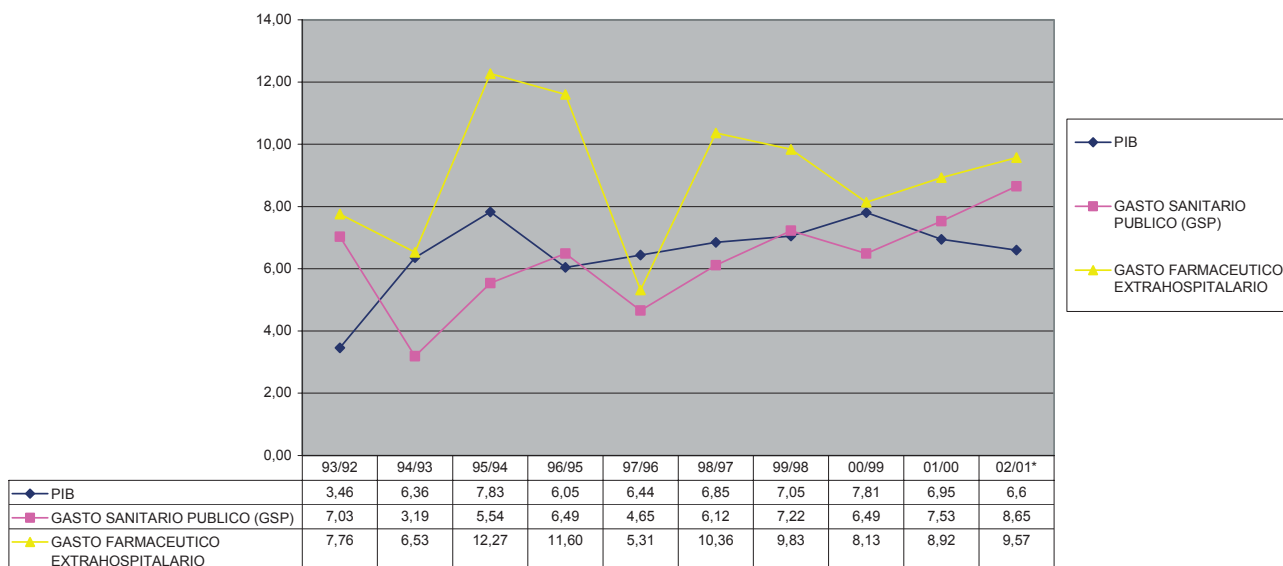
VII.3. Evolución del gasto sanitario en los países UE-15

A la hora de comparar España con otros países de su entorno económico y social, se observa que en el período 1992-2002 otros Estados miembros de la Unión Europea con una mayor proporción de gasto sanitario sobre el PIB han realizado incluso un esfuerzo superior al de España. De este modo se ha incrementado aún más la brecha que separa a España del comportamiento medio de los sistemas avanzados, que han aumentado su gasto para hacer frente a una demanda creciente de sus respectivas poblaciones tanto en cantidad como en calidad.

VII.4. Gasto farmacéutico

Las tasas de crecimiento interanual del gasto farmacéutico extrahospitalario se sitúan a lo largo del período 1992-2002 por encima de los niveles de crecimiento del PIB y del gasto sanitario público. El crecimiento medio es de 3 puntos por encima del PIB en los últimos 8 años. En el año 2002 el gasto farmacéutico ha supuesto el 22% del gasto sanitario público.

Gráfico 10
EVOLUCION CRECIMIENTO INTERANUAL(%)
PIB, GASTO SANITARIO PUBLICO (GSP)
Y
GASTO FARMACEUTICO EXTRAHOSPITALARIO



(*) Los incrementos 02/01 de GSP se han calculado sobre datos de avance provisionales
Fuente: MSC

El gasto sanitario público en medicamentos ascendió en 2003 a 9.079,45 millones de euros, correspondientes a un total de 697,63 millones de recetas, y experimentado un crecimiento del 12,84% anual respecto al año 2002. El gasto medio por receta se situó en 13,01€, lo que ha supuesto un 5,86% de crecimiento respecto a 2002.

Los factores que han influido en esta evolución del gasto farmacéutico extrahospitalario del SNS de 1992 a 2003, corresponden al aumento del volumen de recetas prescritas a través de oficinas de farmacia (tasa anual acumulada –t.a.a.- 2,74%) y al crecimiento del gasto medio por receta (t.a.a. 6,43%).

Tabla VIII
GASTO FARMACÉUTICO Y FACTORES DETERMINANTES.
TASAS DE CRECIMIENTO INTERANUAL Y ACUMULADA. PERIODO 1992-2003

INCREMENTOS	RECETAS	ENVASES	IMPORTE	APORTACION	GASTO	GASTO/RECETA
93/92	-2,49	-2,48	7,33	3,46	7,76	10,50
94/93	-2,37	-2,70	6,06	1,62	6,53	9,11
95/94	6,29	6,06	11,88	8,11	12,27	5,63
96/95	5,19	4,86	11,18	6,89	11,60	6,10
97/96	1,82	1,55	4,98	1,37	5,31	3,43
98/97	-0,17	-0,41	9,77	3,09	10,36	10,55
99/98	1,36	1,05	9,40	4,26	9,83	8,36
00/99	4,67	4,24	7,86	4,41	8,13	3,31
01/00	4,02	3,39	8,81	7,25	8,92	4,71
02/01	5,82	5,44	9,51	8,80	9,57	3,54
03/02	6,59	6,32	12,70	10,85	12,84	5,86
2003/1992	34,67	30,29	158,57	78,79	167,35	98,52
t.a.a.2003/1992	2,74	2,43	9,02	5,42	9,35	6,43

Fuente: MSC

El crecimiento del gasto medio por receta se ha debido fundamentalmente, a su vez, a dos factores:

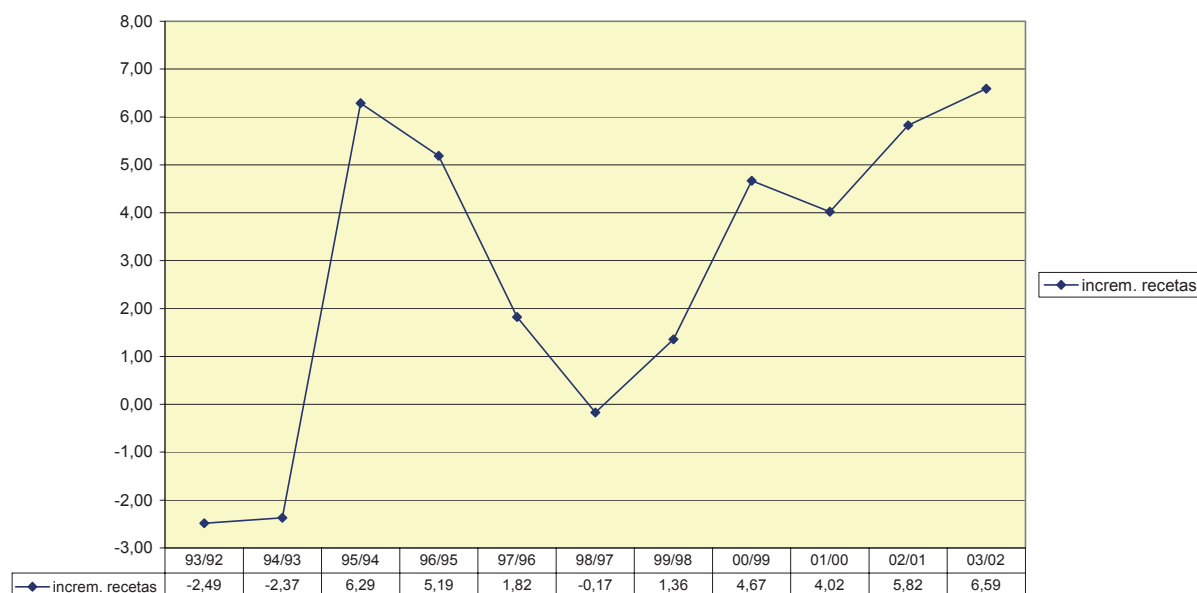
- El incremento de recetas de pensionistas, que ha ascendido al 42,21% (t.a.a. 3,58%) hasta 2002.
- El incremento de recetas de productos de aportación reducida, que entre 1992 y 2002, presentan una clara tendencia creciente (t.a.a. 7,8%), tanto en el colectivo de pensionistas (t.a.a. 8,47%) como en el grupo de activos (t.a.a. 6,09%).

Como consecuencia de estos dos factores, la aportación total del beneficiario ha pasado de suponer el 11,01% del gasto farmacéutico extrahospitalario en 1992 al 7,36% en el año 2003, con una clara tendencia decreciente.

En los últimos años el aumento del número de recetas y el gasto medio por receta han constituido una tendencia consolidada, especialmente en algunas Comunidades Autónomas.

Gráfico 11

INCREMENTOS INTERANUALES EN NUMERO DE RECETAS.
GASTO FARMACEUTICO EXTRAHOSPITALARIO SNS
1992-2003



Fuente: MSC

VII.5. Gasto sanitario privado

Según datos obtenidos de la Encuesta de Presupuestos Familiares-ECPF (Base 1997) para los años 2000 y 2001 elaborada por el INE, que recoge exclusivamente el gasto efectivo incurrido por las familias (los seguros de salud obligatorios como MUFACE quedan fuera de los datos que se presentan a continuación), se puede observar que el gasto familiar medio anual en servicios sanitarios privados creció de 515€ en el año 2000 a 539€ en el año 2001, registrando un aumento nominal del 4,7%.

Tabla IX
Clasificación del gasto en consumo final de los hogares por finalidad (coicop)

	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000(P)	%	2001(P)	%	2002(A)	%
6.1 Medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico	2.770	30,59	2.962	30,92	3.141	31	3.452	32	3.747	31	3.958	31	4.264	31
6.2 Servicios médicos y paramédicos extrahospitalarios	4.982	55,01	5.245	54,76	5.464	54	5.794	54	6.270	54	6.831	54	7.457	54
6.3 Servicios hospitalarios	1.304	14,40	1.372	14,32	1.430	14	1.516	14	1.666	14	1.812	14	1.975	14
TOTAL SALUD	9.056		9.579		10.035		10.762		11.683		12.601		13.696		14.651	
6. SALUD	9.056	3,50	9.579	3,50	10.035	3	10.762	3	11.683	4	12.601	4	13.696	4	14.651	3,66
GASTO EN CONSUMO FINAL DE LOS HOGARES	258.647		273.561		289.675		308.922		331.016		354.989		377.051		400.404	

Fuente: INE

En total, en 2001 se registraron 5,48 millones de asegurados, de los cuales 2,26 correspondían a seguros para Administraciones Públicas y 3,22 a seguros particulares.

VIII ORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN

VIII.1. Organigramas y Naturaleza Jurídica.

El Ministerio de Sanidad y Consumo es responsable de la gestión de la política sanitaria y de las competencias exclusivas del Estado. Por su parte, las CCAA son competentes en lo que se refiere a la organización y gestión de la asistencia sanitaria. En 2003 se celebraron elecciones autonómicas en 13 Comunidades. Como consecuencia, se modificaron los **organigramas** de todas las Consejerías de Sanidad. Las CCAA tienen separadas sus competencias en materia sanitaria entre la **Consejería** (autoridad sanitaria) y el **Servicio de Salud** (gestión y provisión de servicios). Por otro lado, las Consejerías, en líneas generales, se estructuran en dos niveles: en un primer nivel figura una Viceconsejería o una Secretaría Autonómica, y en un segundo nivel se encuentran las Direcciones Generales. Todas las CCAA disponen de una Dirección General de Salud (pública u otra denominación), diez de ellas cuentan con Direcciones Generales de Planificación (con éste u otro nombre), y cuatro CCAA tienen una Dirección General de Farmacia. La mayoría de las Consejerías de Sanidad han abandonado las competencias relacionadas con asuntos sociales y consumo, quedando adscritas dichas competencias a otra Consejería. Las Consejerías de Sanidad que aún las mantienen en su denominación habilitan una Dirección General independiente para asumir estas competencias.

En cuanto a la **naturaleza jurídica de los Servicios de Salud**, once de ellos adoptan la forma de organismo autónomo de carácter administrativo, con adscripción a la respectiva Consejería de Sanidad. Otros cinco adoptaron la forma de entes públicos, a los que hay que añadir otro que optó por el modelo de empresa pública regional. En pocas palabras, se puede afirmar que no existe un modelo organizativo definitivo para los Servicios Regionales de Salud en España.

VIII.2. Planes de Salud.

Por otra parte, todas las CCAA disponen de **Planes de Salud (PS)**, que se definen como el instrumento principal para orientar las actuaciones y planificar los recursos hacia objetivos de salud previamente definidos. Existe gran variabilidad en relación con el diseño y contenidos de los diferentes PS autonómicos, en todo caso comparten la intención de proporcionar estrategias en relación con la actuación y los fines de los sistemas de salud en respuesta a las necesidades en materia de salud. Su regulación se dispuso en la Ley General de Sanidad de 1986 y en las Leyes de Ordenación Sanitaria o de Salud de las CCAA. Todos los PS elaborados por las Comunidades desde finales de los 80 han inspirado sus contenidos en la filosofía recogida en la Estrategia 'Salud 21' de la Organización Mundial de la Salud. Lo mismo ocurrió con el Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo publicado en 1995.

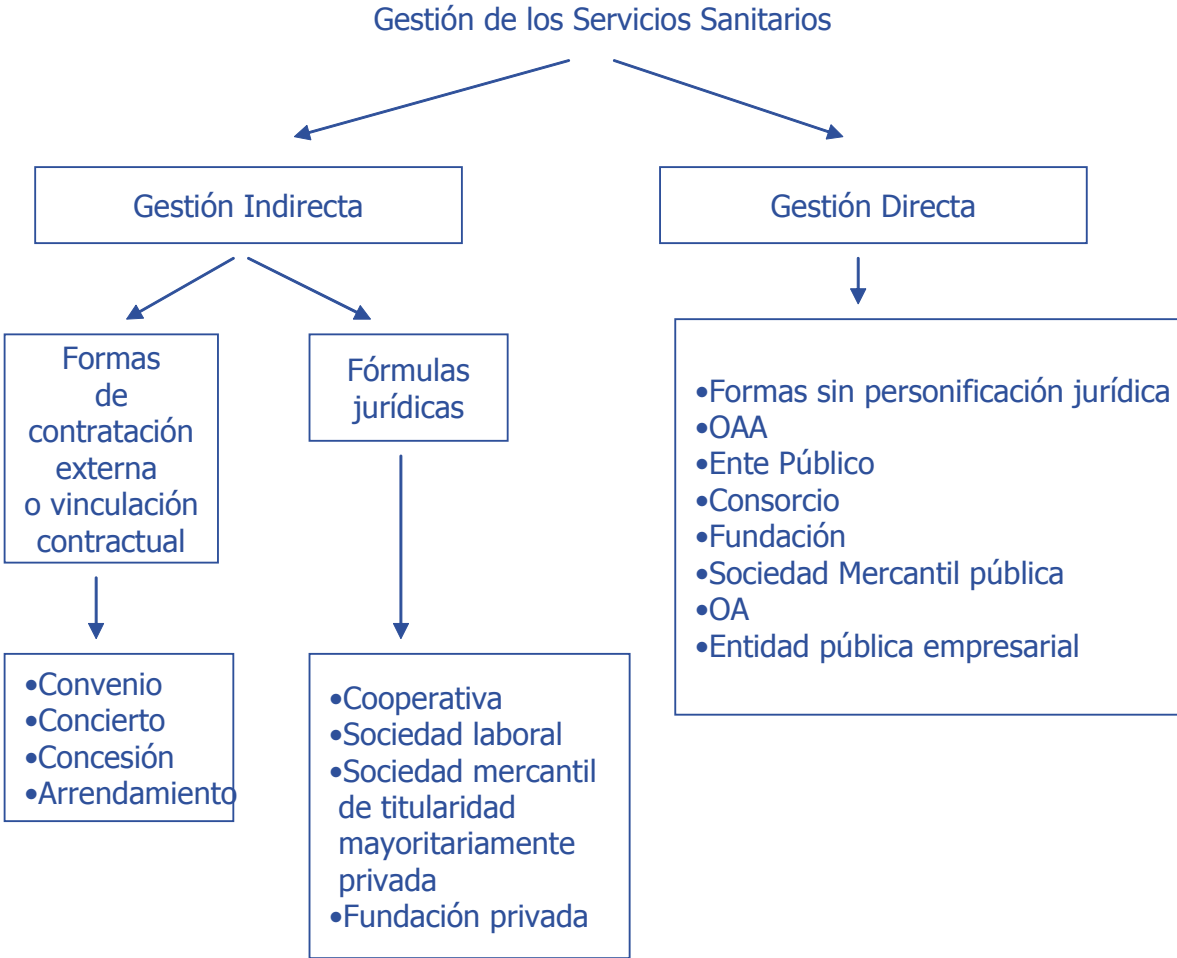
Hoy en día todas las CCAA han publicado al menos un Plan de Salud, y algunas han editado una segunda, tercera o incluso cuarta edición. No obstante, a pesar de la proliferación de PS, no se puede determinar aún su grado de eficacia en la consecución de los objetivos que se proponen, ni puede establecerse en qué medida han servido para modular la política de salud en España. Sin embargo, sí se observa que en los PS publicados en los últimos años, denominados por la literatura científica de 'segunda generación', ya se plantean objetivos realistas, tanto en su número como en su alcance, junto con indicadores y sistemas de evaluación más evolucionados. Evidentemente, esto se conforma como una pieza clave en el sistema puesto que la evaluación constante de los resultados y, sobre todo, su publicidad, dará la medida del progreso de los PS como instrumentos operativos de planificación sanitaria. En cualquier caso, se observa una sostenida tendencia a incluir mecanismos que actúan de correa de transmisión de los objetivos propuestos hacia los centros sanitarios y profesionales encargados de implementar las acciones necesarias para conseguirlos. Así, los Planes estratégicos, la cartera de servicios, los contratos de gestión con unidades clínicas, los contratos con proveedores, las acreditaciones y la vinculación de incentivos a objetivos son los mecanismos que ya se están utilizando. En opinión de los expertos, es necesario avanzar en la corresponsabilización de gestores y profesionales en la implantación real de los objetivos definidos en los PS, tanto a la hora de establecer mecanismos de toma de decisiones como a la hora de evaluar resultados.

VIII.3. Modelos de Gestión.

El "tempo" seguido por el proceso de descentralización en España permite hablar de un modelo de organización y gestión común para las Comunidades que configuraban el extinto INSALUD. Por otra parte, el resto de CCAA, dentro de los grados de libertad que permite la legalidad vigente, ha emprendido reformas organizativas de diferente calado, aunque manteniendo, en lo fundamental, un modelo de gestión directa e integrada.

Las fórmulas de gestión presentes en el SNS pueden clasificarse en dos grandes bloques: gestión directa e indirecta, cuyos rasgos característicos y grado de implantación se resumen a continuación:

Figura 2
FÓRMULAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS



Gestión Directa sin Personalidad Jurídica Propia, o gestión tradicional.

De la revisión efectuada sobre las diferentes formas de organizar y gestionar la sanidad, cabe afirmar la persistencia del **modelo** de gestión directa tradicional, de corte **burocrático**, caracterizado por el dominio de las formas de gestión directa con centros públicos sin personalidad jurídica propia, personal estatutario y sistemas de asignación de recursos segregados, es decir, con presupuestos separados para la Atención Primaria y la Atención Especializada.

Dicho modelo se ha desarrollado desde 1992 sobre la base del **Contrato Programa**, como medio de intentar separar las funciones entre compradores y proveedores. El contrato programa sigue un modelo de dirección por objetivos (DPO) mediante el cual se pactan los objetivos y los recursos disponibles. Los contratos programas han evolucionado de forma notable en la técnica de medición del producto sanitario, pero adolecen de problemas (falta de consecuencias en su incumplimiento; o sometimiento al control de legalidad del gasto, lo que restringe la capacidad de gestión efectiva de los directivos de los centros).

En cualquier caso, existe evidencia que confirma una mejora significativa de la eficiencia media tras la introducción de los contratos programa. Asimismo, se ha demostrado la existencia de un efecto trinquete en la negociación sucesiva de los contratos programa, de manera que los hospitales que presentaban mejores datos de cumplimiento recibían condiciones más exigentes en los contratos siguientes.

En la medida en que se ha ido mejorando el contenido de los contratos programa o de gestión, se ha ido evidenciando la necesidad de mejorar la coordinación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, problema endémico de la actual organización de nuestro sistema sanitario. Para ello los contratos han ido incorporando diferentes cláusulas destinadas a este fin, si bien puede afirmarse que con escaso impacto sobre los hábitos y formas de trabajo de cada ámbito organizativo. Sigue persistiendo un profundo desconocimiento, cuando no desconfianza, entre la Atención Primaria y la Especializada. Parece necesario estudiar y analizar el impacto de estos cambios en los sistemas de asignación de recursos y en el diseño de la arquitectura organizativa (rediseño de funciones, incentivos y derechos de decisión).

En el último decenio se ha ido produciendo un conjunto de **innovaciones organizativas** encaminadas a asegurar la calidad asistencial y a involucrar a los profesionales mediante un proceso de descentralización en la toma de decisiones. Con ello se pretende ceder derechos de decisión a los profesionales sobre la base del consenso sobre los medios y los objetivos a alcanzar. A tal fin se han ido creando diferentes **Institutos Clínicos** (que agrupan diferentes servicios con necesidad de coordinación interna) y **Unidades Clínicas**, lo que permite disponer de un amplio catálogo de

experiencias sobre diferentes formas y grados de ceder autonomía y responsabilidad a los equipos clínicos.

La preocupación por la calidad y la **Medicina Basada en la Evidencia** ha propiciado numerosos cambios e iniciativas encaminadas a reducir la variabilidad de la práctica médica y a generar consenso basado en la mejor evidencia científica. Estos esfuerzos han conducido al desarrollo de protocolos clínicos, guías clínicas, guías integrales, etc., que pueden ser entendidos como una normalización de procesos a seguir ante determinadas enfermedades. Esta normalización, en algunas Comunidades, ha tenido el respaldo institucional de las autoridades sanitarias a fin de impulsar su aplicación por el sistema sanitario. Además, las guías integrales abordan procesos asistenciales desde una perspectiva longitudinal de la enfermedad, definiendo las actuaciones a seguir en cada nivel asistencial. En consecuencia, este camino puede ayudar a lograr un mayor grado de coordinación entre la Atención Primaria y la Especializada.

NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN

Mecanismos de gestión directa

De forma marginal se ha experimentado con **nuevas formas de gestión**. Una primera clasificación de estas nuevas formas de gestión respecto al modelo burocrático atañe a la naturaleza jurídica de los proveedores y su relación con los financiadores – compradores. En este sentido el modelo burocrático se modifica para otorgar personalidad jurídica propia a la entidad proveedora pero dentro del ámbito de la Administración Pública.

Al amparo de la Ley 30/1994 se han constituido diferentes Fundaciones Públicas entre las que cabe destacar las **Fundaciones Públicas Hospitalarias**. Dichas fundaciones se caracterizan por ser entidades con personalidad jurídica propia, regidas por un patronato controlado por las autoridades públicas sanitarias, quienes a su vez determinan sus ingresos mediante la contratación de sus servicios. Su personal se rige por el derecho laboral.

Esta modalidad se ha adoptado para centros de nueva creación, que responden a nuevos criterios de planificación, lo que dificulta la comparación con los hospitales gestionados mediante el modelo burocrático. Además, se constata la falta de estudios rigurosos realizados por entidades independientes acerca de las ventajas e inconvenientes de cada modalidad. Con independencia de otras consideraciones, una de las cuestiones a dilucidar es el margen de eficacia ganado con la autonomía y la contratación laboral, frente a los problemas de control efectivo por parte de las autoridades sanitarias cuando se introducen más niveles jerárquicos en la estructura organizativa.

Otra modalidad de gestión directa alternativa al modelo burocrático es la creación de **Empresas Públicas Sanitarias**. Andalucía es la Comunidad que más ha utilizado esta modalidad junto a Cataluña.

Los **Consortios Sanitarios** como fórmula orgánica de colaboración entre diferentes administraciones han sido ampliamente utilizados en Cataluña debido a la existencia de numerosos centros dependientes de diferentes administraciones, permitiendo una solución satisfactoria a la necesidad de coordinar diferentes instituciones que comparten un mismo fin.

Mecanismos de gestión indirecta

La gestión indirecta se caracteriza por la producción del servicio público mediante la contratación con entidades generalmente privadas con o sin ánimo de lucro. En consecuencia, estas reformas profundizan en la separación de funciones y en las relaciones contractuales entre las partes. Se pueden diferenciar tres modalidades de gestión indirecta: las Entidades de Base Asociativa, la Concesión Administrativa, y el Concierto con proveedores privados en sus diferentes modalidades (la más común de todas ellas).

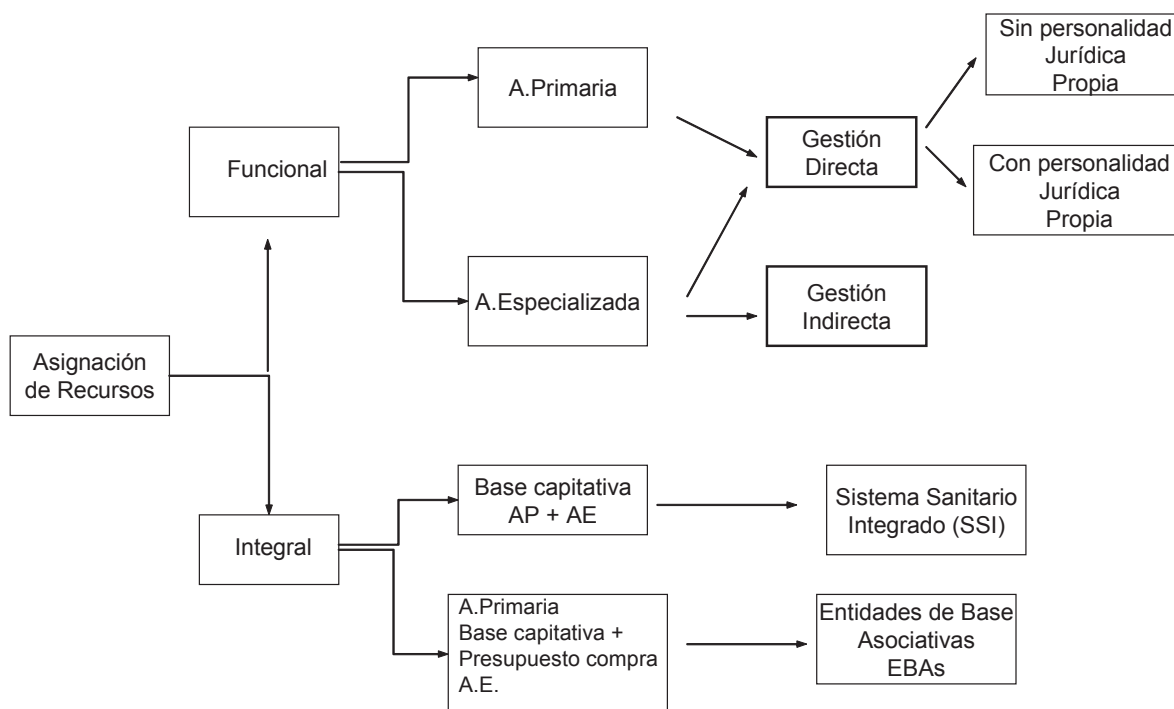
Las **Entidades de Base Asociativa** se han implantado de forma experimental en Cataluña y se caracterizan por disponer de personalidad jurídica propia y estar controladas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios al objeto de prestar servicios sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria. Las relaciones con el financiador son de tipo contractual y pueden disponer de un presupuesto dedicado a la compra de productos intermedios y consultas externas, con mecanismos de corresponsabilidad en el gasto.

La modalidad de **Concesión Administrativa** para prestar atención sanitaria en una comarca es una de las experiencias innovadoras más radicales y por tanto más sujeta a controversia de las desarrolladas por las CCAA. La implantación de esta modalidad se ha efectuado en la Comunidad Valenciana para prestar atención sanitaria hospitalaria, siendo posteriormente reformulada la concesión para gestionar conjuntamente la Atención Primaria y la Especializada para los habitantes de la Comarca de la Ribera. La concesión se otorga a una Unión Temporal de Empresas liderada por Adeslas, durante un período temporal, con el compromiso de construir el hospital, y a cambio se recibe un pago capitativo.

La gestión indirecta también puede llevarse a cabo mediante **conciertos con proveedores privados** (con o sin ánimo de lucro). En este caso sí existe una clara separación de funciones y el proveedor se rige por contratos legales en toda regla. Este ha sido el modo básico de utilización complementaria de servicios privados por el antiguo INSALUD y por la mayor parte de los actuales servicios de salud. Cataluña ha sido pionera en el desarrollo de esta modalidad dado el fuerte peso de los centros privados integrados en la red de utilización pública. La gestión indirecta mediante conciertos puede tener un carácter subsidiario o por el contrario tener vocación de continuidad, en cuyo caso se requiere diseñar contratos capaces de introducir eficiencia en el proveedor, al mismo tiempo que aseguren su viabilidad financiera y su capacidad de invertir para adecuar su oferta tecnológica a las necesidades del comprador.

Otra clasificación que permite abordar desde otra perspectiva los sistemas sanitarios consiste en diferenciarlos en sistemas funcionales o integrales, según la forma en que asignan los recursos. En los **sistemas funcionales** los recursos se asignan sobre la base de las diferentes funciones a realizar; y en los **sistemas integrales** en función de las necesidades de atención sanitaria, tomando como base criterios capitativos. El sistema claramente dominante en todas las Comunidades, a excepción de Cataluña, es la combinación de una **asignación de recursos funcional y la gestión directa** (centros sin personalidad jurídica propia y relaciones sustentadas en contrato programa). En Cataluña, en cambio, coexisten la asignación de recursos funcional y la gestión directa (Instituto Català de la Salut) e indirecta (instituciones no directamente dependientes del sistema público con relaciones basadas en conciertos).

Figura 3
FORMAS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y MODALIDADES DE GESTIÓN



De cara al futuro se requiere diseñar sistemas adecuados de gestión del conocimiento que faciliten el aprendizaje organizativo entre CCAA. Para que esto sea posible se deberá facilitar el aprendizaje sustantivo, basado en el consenso sobre la evidencia disponible. Es una tarea difícil de alcanzar, pero de gran relevancia si se quieren evitar los riesgos de efectuar inversiones innecesarias en actividades susceptibles de utilización común, dado su carácter de bien público.

IX ESTRUCTURA Y REDES DE SERVICIOS

La Ley 14/ 1986 de 25 de abril, General de Sanidad establece, entre otras, la responsabilidad de las CCAA dentro de su territorio, de delimitar y constituir las correspondientes demarcaciones y estructuras fundamentales del Sistema Sanitario. Como tal se prevén las Áreas y Zonas Básicas de Salud. La gran mayoría de las Comunidades emplean la misma terminología utilizada en la Ley General de Sanidad. No obstante, en algunas CCAA se han configurado nuevas estructuras a nivel intermedio entre el Área y la Zona Básica de Salud (comarca, distrito, sector sanitario, área especial, área de gestión, zona sanitaria de atención integrada) y otras estructuras elementales de atención primaria (unidades básicas o zonas especiales).

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 2.889 centros de salud y 319 hospitales de titularidad pública, y emplea directamente a alrededor de 420.000 personas, que se sitúan en un 80% en atención especializada. El número total de hospitales existentes en España es de 783, que suman 158.500 camas, lo que supone una ratio de 3,86 camas por 1000 habitantes.

Los médicos colegiados por cada 1000 habitantes se sitúan en 4,6 (datos referidos al año 2002). De ellos casi un 40% son mujeres, lo que ha supuesto un incremento de 8 puntos porcentuales respecto a 2001. En el caso de los odontólogos y estomatólogos (0,47 por 1000 habitantes) también el 40% son mujeres. Los farmacéuticos (1,34 por 1000 habitantes) elevan la proporción de mujeres hasta el 67,4 % y los veterinarios (0,59 por 1000 habitantes) al 32%. Los diplomados en enfermería arrojan una tasa de 5,26 por 1000 habitantes y en este colectivo el 80,4% son mujeres.

CCAA	Tabla X Distribución de Recursos Humanos (%) por ámbito asistencial		
	Total	Atención Primaria	Atención Especializada
Andalucía	78.213	22%	78%
Aragón	16.086	19%	81%
Asturias	11.999	20%	80%
Baleares	7.803	22%	78%
Canarias	18.116	19%	81%
Cantabria	6.314	18%	82%
Castilla y León	28.092	24%	76%
Castilla - La Mancha	17.069	22%	78%
Cataluña (*)	44.018		
Comunidad Valenciana	41.994	24%	76%
Extremadura	11.999	22%	78%
Galicia	28.607	22%	78%
Madrid	60.261	18%	82%
Murcia	12.271	21%	79%
Navarra (**)	8.061	25%	71%
País Vasco	26.321		
La Rioja	2.959	23%	77%
Ceuta y Melilla	1.988	16%	84%
Total	422.171	20%	80%

(*) Sólo recursos humanos de la Red hospitalaria de Utilización Pública

(**) En el total están incluidos los Servicios Centrales

Fuente: Instituto de Información Sanitaria a partir de Memorias de Gestión y de los Servicios de Salud de Comunidades Autónomas de diferentes años, Insalud 2001 y Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del año 2000.

Los médicos son el colectivo de profesionales sanitarios en el que hay menos desigualdades entre Comunidades. Si se considera el resto de profesionales, la oferta de odontólogos y estomatólogos presenta el mayor grado de desigualdad entre CCAA, aunque en este caso hay que tener en cuenta los modelos organizativos adoptados por las diferentes Comunidades para la prestación de estos servicios. Por lo que respecta a los diplomados en enfermería, alguna Comunidad destaca con una mayor oferta por habitante, superando en más de dos puntos a la media nacional.

IX.1. Atención Primaria.

El Sistema Nacional de Salud es el instrumento creado por la Ley General de Sanidad para garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud brindando un amplio repertorio de servicios financiados públicamente, con una organización altamente descentralizada en las comunidades autónomas.

La prestación efectiva de los servicios que el Sistema Nacional de Salud proporciona se articula a través de dos niveles asistenciales, atención primaria y atención especializada.

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos al relacionarse activamente con el nivel especializado y con otros sectores.

Dentro de sus prestaciones se incluyen actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social

Los servicios de atención primaria están dotados de los recursos necesarios para la atención, diagnóstico y tratamiento de todos aquellos procesos más frecuentes que no necesitan para su prestación técnicas sofisticadas. En su ámbito de actuación se incluyen la atención a la mujer, la atención a la infancia, la atención al adulto y anciano, la atención de urgencias, la atención a la salud mental, la atención la salud buco dental.

La atención, con carácter integral – promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación - no sólo se proporciona en los centros asistenciales sino también el en domicilio de los pacientes. El acceso a las consultas se hace mediante cita previa no existiendo lista de espera. En aquellas situaciones en que el estado de salud del usuario le impida desplazarse hasta el centro los profesionales acuden a su domicilio, previa concertación de la visita.

La reforma de la Atención Primaria se inició en España en 1984, siguiendo algunas de las recomendaciones de la Conferencia de Alma Ata, aportando

una serie de cambios en la organización y prestación de los servicios, en la actualidad completamente consolidados, entre los que destacan la dedicación completa por parte de los profesionales, el uso habitual de la historia clínica, el trabajo en equipo, la integración de actividades curativas y preventivas y la ordenación territorial organizada en Zonas Básicas de Salud

Los servicios se proveen por Equipos de Atención Primaria (EAP) compuestos por una serie de profesionales, con un núcleo fijo común (médicos de familia, pediatras, enfermeros, personal auxiliar y, en casi todas las Comunidades Autónomas, también trabajadores sociales) al que se adscriben otra serie de profesionales, que en algunas Comunidades están incorporados al EAP y en otras constituyen estructuras de apoyo del mismo; éste es el caso de los odontólogos, fisioterapeutas, matronas, veterinarios y farmacéuticos.

La cobertura poblacional de los Equipos de Atención Primaria se sitúa en 2001 en torno al 90%, presentando un rango entre Comunidades Autónomas que oscila entre el 83 y el 100%.

El promedio de habitantes asignados a cada médico de familia era de 1.900 en el año 2001, el correspondiente a pediatras 1.080 y el relativo a personal de enfermería de 1.750.

En Atención Primaria hay más médicos que enfermeros. La ratio personal médico entre personal de enfermería es superior a uno para todas las CCAA y varía entre 1 y 1,3.

Si bien se ha incrementado en los últimos años la dotación de recursos humanos en este primer nivel asistencial, el fuerte incremento que ha experimentado la población no ha permitido mejorar de forma significativa la tasa de habitantes por médico que, o bien se mantiene, o incluso en algún caso se ha deteriorado ligeramente.

En cuanto a las prestaciones disponibles, existe una notable dispersión entre las Comunidades analizadas, sobre todo en lo que respecta a prestaciones de apoyo a la atención primaria y principalmente en cuanto a las unidades de atención a la mujer, lo que es consecuencia en gran medida de las diferencias organizativas entre CCAA en el ámbito de las prestaciones específicas.

IX.2. Atención Especializada.

En el segundo nivel de atención sanitaria, las mayores diferencias respecto a la distribución de recursos por CCAA se aprecian en la dotación de equipos de alta tecnología y en servicios que requieren **un alto grado de especialización**.

En relación con los equipos de alta tecnología disponibles, las tasas por millón de habitantes se sitúan en las siguientes cifras:

Tabla XI
Equipos de alta tecnología
(tasas por millón de habitantes)

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA	RESONANCIA MAGNETICA	GAMMAGRAFIA	SALAS DE HEMODINAMICA	ANGIOGRAFIA POR SUSTRACCION DIGITAL	LITOTRIZIA EXTRACORPOREA	BOMBA DE COBALTO	ACELERADOR DE PARTICULAS
12,67	6,12	5,02	3,94	3,61	1,74	1,29	2,32

Fuente: Catalogo Nacional de Hospitales 2002

Dado que la fuente disponible es el Catálogo Nacional de Hospitales, es importante aclarar que las tasas poblacionales corresponden a tecnologías instaladas en centros dependientes de hospitales (públicos o privados), no quedando incluidas o reflejadas aquellas tecnologías instaladas en centros que no tengan la consideración de hospital, aunque su inclusión no variaría de forma significativa el valor de estas tasas. El Registro Nacional de Centros y Servicios constituirá, en un futuro próximo, una fuente de información más completa tanto en número de equipos (mamógrafos, hemodiálisis...) como en su lugar de ubicación.

Los datos disponibles parecen reflejar la existencia de diferencias regionales significativas en cuanto a la oferta pública de algunos servicios sanitarios (véase anexo IV). No existe un patrón común respecto a las dotaciones de recursos en los distintos tipos de atención sanitaria. En este sentido, Comunidades que presentan una mejor relación en cuanto a los recursos ofertados en un determinado tipo de atención no siempre mantienen esa posición en los restantes, presentando, en ocasiones, importantes variaciones. Estas desigualdades se explican en gran medida porque la ubicación de algunos recursos tiene que concentrarse en ámbitos territoriales superiores a la Comunidad Autónoma, principalmente por razones de eficacia y calidad, aunque también de eficiencia: es el caso de la alta tecnología o de los centros donde se realizan transplantes de órganos.

Sería necesario realizar un análisis específico para poder evaluar las implicaciones de las desigualdades en la oferta de recursos sobre el acceso y la calidad de la atención recibida. Si se mantienen los mecanismos oportunos de cohesión, la diversidad interterritorial existente no tiene por qué repercutir negativamente sobre el acceso y la calidad de las prestaciones. No obstante, algunos estudios indican que las diferencias en los dispositivos de oferta pueden estar correlacionadas con la variabilidad en la práctica clínica, dando lugar a desigualdades indeseables.

Sin embargo, la falta de uniformidad en las fuentes de información básicas dificulta la realización de análisis que permita generar conocimiento para contribuir a la toma de decisiones de política sanitaria. En este sentido, es especialmente importante la falta de una estadística común de atención primaria. Por lo que respecta a las Memorias de las Comunidades Autónomas también sería deseable una presentación común de indicadores básicos, que incluso podría ser complementaria a la actualmente presentada. Esto permitiría un mayor grado de homogeneidad entre la información que se ofrece, y posibilitaría análisis temporales más inmediatos que los proporcionados por las estadísticas generales. En ocasiones, la información, aun siendo amplia, no permite extraer todas las conclusiones deseadas dadas las diferencias de presentación de los datos disponibles.

X PROVISIÓN DE SERVICIOS

De nuevo en este apartado se constata que los **sistemas de información** de las distintas CCAA son muy **heterogéneos**. Las memorias de actividad de los Servicios Regionales de Salud recogen diferentes indicadores, y cuando coinciden están expresados de diferente forma. De ahí la importancia de seguir insistiendo en la construcción del Sistema de Información Sanitaria del SNS.

X.1. Atención Primaria

La **frecuentación en atención primaria**, según los últimos datos disponibles (2001), muestra una media de 5,5 consultas por habitante y año al médico de familia y de 5 consultas por niño y año al pediatra, con un rango que oscila en el caso de la medicina de familia entre 3,7 y 8,5 consultas según las CCAA

En cuanto a la **presión asistencial**, el número de consultas por profesional y día en Atención Primaria para el total del país es de 25,4 para el médico de familia, 15,94 para el médico pediatra, y 28 consultas por trabajador y día para el personal de enfermería (incluyendo en este último caso actividades tales como curas, inyectables, etc.). Esta presión asistencial no es extremadamente distinta entre las CCAA, aunque hay diferencias importantes. En general, las CCAA con mayor presión asistencial la soportan tanto para el médico de familia como para el pediatra. La variabilidad de las tasas en pediatría entre CCAA es similar a la del médico de familia, con un coeficiente de variación del 0,18.

Respecto a la **Atención domiciliaria**, prácticamente todas las CCAA han desarrollado programas que incluyen visitas domiciliarias. No todas ellas se enfocan a los mismos problemas de salud o grupos de pacientes. Así, por ejemplo, Andalucía denomina “personas con problemas específicos” a aquéllas que necesitan visitas a domicilio por parte de los profesionales de Atención Primaria, incluyendo los recién llegados a su casa de un alta hospitalaria, los pacientes terminales, los ancianos con problemas de pluripatología e inmovilidad y otros. Las memorias de los Servicios Regionales de Salud de algunas CCAA no diferencian entre consultas a domicilio y consultas en el centro sanitario.

Puede destacarse que la frecuentación varía mucho de una región a otra, de tal forma que en alguna Comunidad las cifras triplican a las que se registran en otras Comunidades. Comparando las visitas realizadas a médicos de familia y a enfermeros/as, los datos sugieren que el papel de la enfermería no es el mismo en todas las CCAA, y tampoco la distribución del trabajo entre los dos colectivos profesionales. En la reforma de la Atención Primaria algunas CCAA otorgaron el liderazgo de la atención domiciliaria al personal de enfermería, que cambió la manera de enfocar este tipo de cuidados. Por otra parte, se desconoce si los datos de las memorias de los diferentes Servicios Regionales de Salud son comparables, ya que en algunos casos se refieren a “visitas” a domicilio y en otros a “consultas”.

X.2. Atención Especializada.

La actividad de hospitalización en el año 2000 para el total del SNS fue de 120 altas por 1000 habitantes, con una estancia media de 9 días. Se aprecia un discreto incremento de la actividad quirúrgica total (10,5%) cuando se comparan los años 1997 y 2000. En los últimos años los hospitales se han ambulatorizado parcialmente, de manera que el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria sobre el total de actos quirúrgicos pasó del 10,4% correspondiente a 1997 al 16,4% del año 2000. El número de ingresos ha aumentado, pero mucho más lo han hecho las consultas externas (de 917,2 por 1000 habitantes en 1993, pasó a 1589 por 1.000 habitantes en 2000). Determinadas intervenciones quirúrgicas, como los cateterismos cardíacos y la colocación de stent coronarios, han experimentado incrementos espectaculares en pocos años. Las CCAA presentaban divergencias importantes en la **frecuentación hospitalaria** y en las **tasas de intervenciones** en determinados procedimientos, y sigue habiendo diferencias. No obstante, algunos datos hacen dudar de la fiabilidad de los registros, como ocurre con el hecho de que las tasas de apendectomía tengan ratios en torno a 2 entre la Comunidad que más interviene y la que menos. Todas las fuentes disponibles, ya sea la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, el CMBD o la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) apuntan hacia la existencia de notables divergencias entre CCAA. No obstante, la variabilidad interregional de procedimientos quirúrgicos, salvo excepciones, está disminuyendo.

Tabla XII

Diagnósticos más frecuentes en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, por grupo de edad. Año 2002

MENOR DE 1 AÑO			
DIAGNÓSTICO	LITERAL	CASOS	ESTANCIA MEDIA
V29.0	OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE ENFERMEDAD INFECCIOSA	8.653	2,9
466.11	BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	7.560	6,1
466.19	BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS INFECCIOSOS	6.971	5,4
765.18	OTROS NIÑOS NACIDOS ANTES DE TÉRMINO/2000-2499 GRS.	6.088	10,9
774.6	ICTERICIA FETAL/NEONATAL SIN ESPECIFICAR	4.982	3,1
EDAD DE 1 A 14 AÑOS			
558.9	OTRAS GASTROENTERITIS/COLITIS NO INFECC. NO ESPECIFICADAS	7.668	3,0
540.9	APENDICITIS AGUDA SIN MENCIÓN DE PERITONITIS	7.659	4,2
474.12	ADENOIDES SOLO	6.127	1,4
486	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	5.954	5,8
474.10	AMÍGDALAS CON ADENOIDES	5.338	1,7
EDAD DE 15 A 44 AÑOS			
650	PARTO EN UN CASO TOTALMENTE NORMAL	65.532	2,7
658.11	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS-PARIDA C/S PATOLOG.	33.770	3,3
645.11	EMBARAZO POSTÉRMINO. PARTO, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTE	29.764	3,1
632	ABORTO FALLIDO	24.116	1,7
540.9	APENDICITIS AGUDA SIN MENCIÓN DE PERITONITIS	17.206	3,6
EDAD DE 45 A 65 AÑOS			
V58.1	QUIMIOTERAPIA DE MANTENIMIENTO	13.363	4,6
550.90	HERNIA INGUINAL SIN OBSTR. O GANGRENA-UNILATER. O NEOM	11.946	2,2
414.01	ATEROSCLEROSIS CORONARIA. ARTERIA CORONARIA NATIVA	11.504	7,3
491.21	BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA CON EXACERBACIÓN AGUDA	9.741	9,2
454.9	VENAS VARICOSAS EXTR. INF. SIN MENCIÓN ÚLCERA O INFLAMAC.	8.622	1,6
EDAD DE 65 A 74 AÑOS			
491.21	BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA CON EXACERB. AGUDA	22.047	9,7
414.01	ATEROSCLEROSIS CORONARIA. ARTERIA CORONARIA NATIVA	11.378	9,1
366.9	CATARATA NO ESPECIFICADA	10.798	1,1
71536	OSTEOARTROSIS LOCALIZADA EN PIERNA NO ESP. SI PRIMARIA O SEC.	10.635	10,4
486	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	10.222	10,4
EDAD MÁS DE 74 AÑOS			
491.21	BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA CON EXACERB. AGUDA	32.519	9,4
428.0	INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	25.404	9,8
486	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	21.103	10,3
366.9	CATARATA NO ESPECIFICADA	14.912	1,0
820.20	FRACTURA DEL CUELLO DEL FÉMUR. PERTROCANTÉREA CERRADA	12.330	14,6

CMBD DEL AÑO 2002: 3.447.404 ALTAS

Fuente: CMBD (2002)

X.3. La atención a la salud mental.

Las CCAA difieren en sus formas de abordar la atención psiquiátrica. Los sistemas de información de salud mental son muy variados, están en su mayor parte en fase de construcción y no se prestan a comparaciones interregionales.

Analizando las memorias disponibles de los Servicios de Salud para el año 2002, se observa que las tasas de frecuentación varían considerablemente entre regiones. En algunas CCAA las frecuentaciones son más altas, llegando en el caso de los adultos a más del triple que en otras. Las consultas psiquiátricas se diferencian de otras especialidades en que tienen una ratio sucesivas/primeras más elevado. Los problemas de salud mental son procesos crónicos cuya resolución lleva largo tiempo y múltiples consultas. No existen estándares que definan el valor óptimo de la ratio. Resultaría interesante para los sistemas de información de salud mental distinguir entre pacientes nuevos y pacientes que vuelven a una primera consulta por un nuevo brote.

Es de destacar el esfuerzo de las redes de salud mental por atender la demanda creciente con los recursos disponibles, pero no parece que los aumentos de demanda puedan afrontarse con las redes existentes.

X.4. Programa de Trasplantes.

El programa de **trasplantes** es un caso ejemplar de coordinación interregional. Sus logros son reconocidos internacionalmente. España puede considerarse hoy en día el país con mayores y mejores probabilidades para el trasplante de órganos. La actividad de trasplantes ha crecido en número de procedimientos y se ha diversificado. Las tasas de donación se han incrementado progresivamente, siendo la tasa interanual más del doble de las tasas medias de los países de la Unión Europea y superando en más de 10 puntos las tasas de Estados Unidos en el año 2002. En 2003 la tasa de donación por millón de habitantes se situaba en 33,8.

Tabla XIII
TASAS DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MILLÓN DE HABITANTES.
AÑO 2003

Riñón	51.3
Hígado	24.3
Corazón	6.8
Pulmón	3.5
Pancreático	1.7
Intestinal	Se han realizado 7 trasplantes en el total del Estado

Fuente: ONT

X.5. Urgencias.

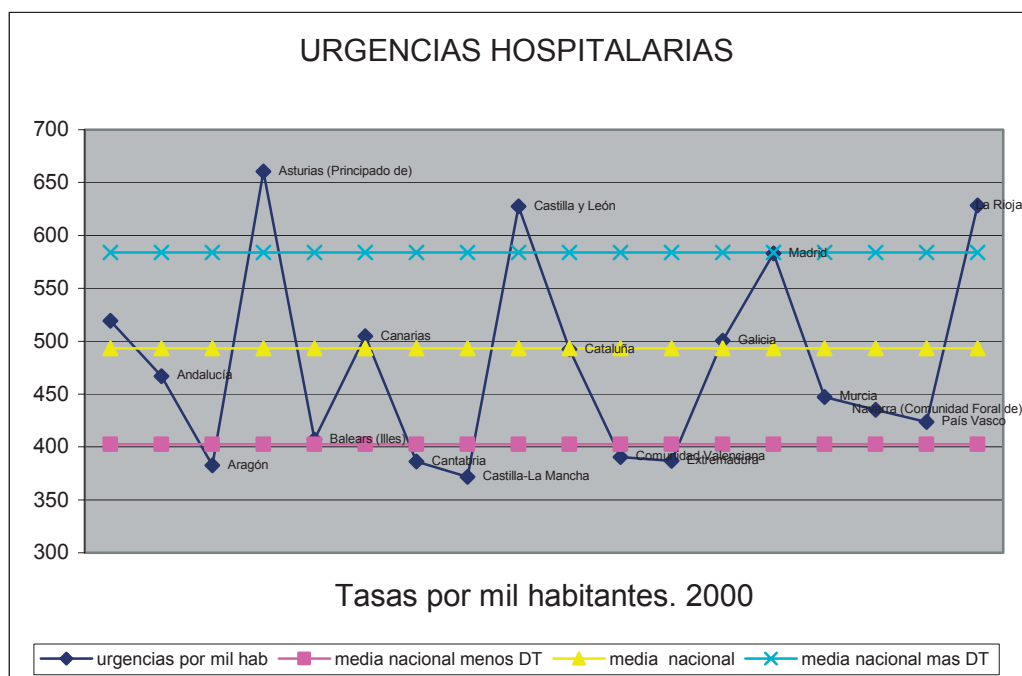
Respecto a cuánto y por qué se utilizan los servicios de **urgencias**, se dispone de la información recogida en el Barómetro Sanitario, en el que se pregunta por la utilización de todo tipo de urgencias, hospitalarias y no hospitalarias, públicas y privadas, y sobre los motivos por los que se opta por cada tipo de servicio.

El 42,58% de las familias españolas recibió en 2003 asistencia sanitaria urgente en un centro sanitario, público o privado. Estas familias acudieron un promedio de 2,42 veces por familia y año a un servicio público, mientras que las que acudieron a un servicio privado lo hicieron una media de 2,55 veces. Existe una correlación significativa (0,6) entre el número de consultas que se realizan en las CCAA en Atención Especializada y en Atención Urgente, pero no ocurre lo mismo entre Atención Primaria y Urgencias.

De los tres niveles de consultas considerados, Primaria, Especializada y Urgencias, es en este último tipo de atención sanitaria donde el número de consultas por familia y año es más divergente entre las Comunidades Autónomas, con una ratio entre las regiones extremas de 2,6 y un coeficiente de variación de 0,25.

El indicador global de utilización de los servicios de urgencias ratifica la gran variabilidad entre CCAA.

Gráfico 12



(*) DT= Desviación Típica

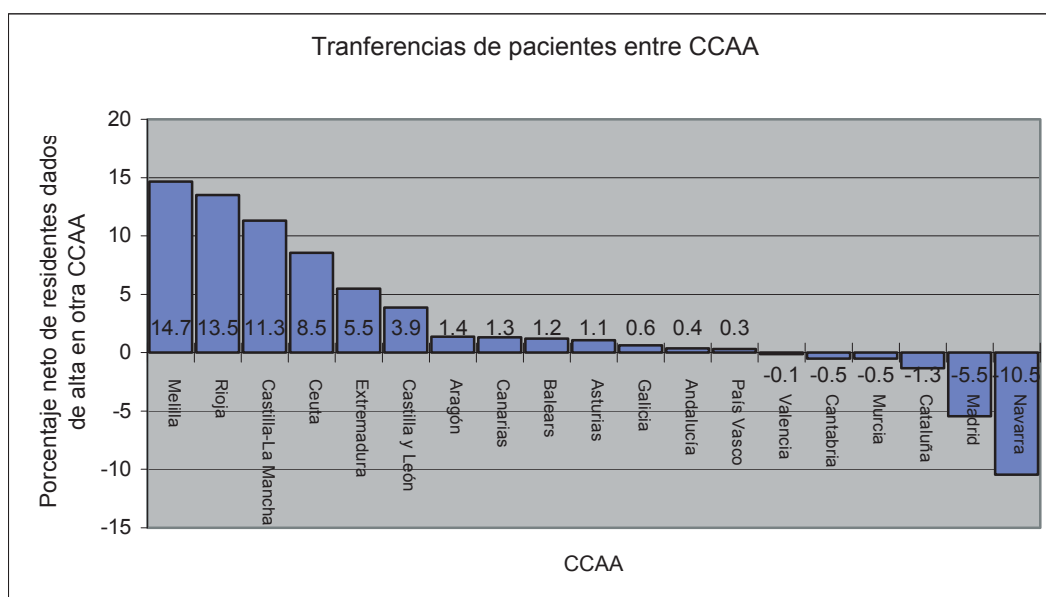
Fuente: EESCRI 2000 (datos provisionales)

X.6. Desplazamientos entre Comunidades Autónomas.

El Sistema Nacional de Salud es la estructura que crea la Ley para garantizar la protección de la salud de todos los españoles. Cualquier ciudadano tiene derecho a la atención sanitaria adecuada independientemente de donde resida. Los Servicios de Salud se deben organizar para facilitar la movilidad de los pacientes, cuando sea preciso, en función de la proximidad, los desplazamientos ocasionales (trabajo, estudio, turismo, etc.), o la necesidad de utilizar determinados servicios. Los pacientes residentes en las Comunidades Autónomas con menor dotación de servicios, singularmente las más próximas a Madrid (Castilla-La Mancha, Extremadura, Castilla y León), así como los residentes en La Rioja, Ceuta y Melilla, son los que tradicionalmente han requerido mayor número de desplazamientos para ser atendidos en los centros sanitarios de otra Comunidad Autónoma.

Por el contrario, Navarra (10,5%), Madrid (5%) y Cataluña (1,4%) son, aunque con grandes diferencias entre ellas, las tres CCAA que más altas registran de pacientes que residen habitualmente en otra Comunidad.

Gráfico 13



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (2001)

XI.- INVESTIGACIÓN

La investigación biomédica se constituye como elemento fundamental en cualquier Sistema Sanitario, pues se convierte en instrumento básico para la mejora de la salud de los ciudadanos y su calidad de vida. Además, es un elemento necesario para la mejora de la competitividad y la eficiencia.

El Instituto de Salud Carlos III es un órgano de apoyo científico-técnico al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las Comunidades Autónomas, cuyo fin es fomentar la investigación en ciencias de la salud.

El Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I) para el período 2004-2007, en el área de biomedicina, proporciona un marco común de referencia para los organismos públicos con funciones de investigación y prevé diversas modalidades de participación de tales organismos, en los que podrán intervenir las universidades, organismos públicos de investigación, hospitales y otros centros de investigación y, en su caso, con la vinculación de las empresas privadas del sector, para contribuir como elementos estratégicos a la articulación del Sistema Español de Ciencia-Tecnología-Empresa en el entorno del Sistema Nacional de Salud.

España, como uno de los miembros de la Unión Europea, debe adaptar su política científica en biomedicina al VI Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico (2002-2006), en el que se contemplan y potencian las denominadas redes científicas de excelencia. Por lo tanto, debe participar de forma activa en estas redes, de forma que es absolutamente pertinente y prioritario ejercer acciones internas específicas que faciliten un protagonismo máximo de los mejores y más activos grupos y centros de investigación del Sistema Nacional de Salud.

El principal objetivo es desarrollar una estrategia global que incida positivamente en dos aspectos fundamentales para la investigación biomédica de calidad: en primer lugar, la aproximación de la investigación básica y clínica y, en segundo lugar, la potenciación del concepto de hospital como centro de investigación.

Las **Redes Temáticas de Investigación Cooperativa** (RTICs) son estructuras organizativas formadas por la asociación al Instituto de Salud Carlos III de un conjunto variable de centros y grupos de investigación en biomedicina, de carácter multidisciplinar, dependientes de las diferentes Administraciones públicas o del sector privado y pertenecientes a un mínimo de cuatro Comunidades Autónomas, que tienen como objetivo la realización de proyectos de investigación cooperativa de interés general. Responden a las prioridades del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (2000-2003) en el ámbito sanitario e integran los distintos tipos de investigación como estrategia para acortar el intervalo entre la producción de un nuevo conocimiento y su transferencia y aplicabilidad real en la práctica médica.

Existen dos tipos de RTIC, las *Redes de centros* y las *Redes de grupos*, cuyas principales características se reflejan en el siguiente cuadro:

Tabla XIV

Redes Temáticas de Investigación. Redes de Centros y Redes de Grupos. Características principales

	Redes de centros	Redes de grupos
Número de Redes	13	56
Temática específica	Amplio alcance	Alcance más concreto
Número mínimo de CCAA	4	4
Número mínimo de centros	5	5
Número mínimo de grupos por centro	3	1

Las redes de investigación constituidas al amparo de la Orden SCO/ 709/2002, de 22 de marzo, por la que se convoca la concesión de ayudas para el desarrollo de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, serán acreditadas por el Instituto de Salud Carlos III como Redes Temáticas de Investigación Sanitaria Cooperativa. Por su parte, aquellos Institutos de Investigación Sanitaria y Redes de Investigación Sanitaria que resulten acreditados, podrán ser declarados según las actividades que desarrollen como Centros Asociados al Instituto de Salud Carlos III mediante convenio.

Tabla XV

CLASIFICACIÓN TEMÁTICA DE LAS REDES DE INVESTIGACIÓN EN ESPAÑA

Bioquímica, Biología Celular y Molecular	Aparato Digestivo
Aparato Respiratorio	Traumatología y Cirugía Ortopédica
Area Tecnológica	Cardiovascular
Cirugía	Reumatología
Geriatría	Hematología
Enfermedades Infecciosas y Microbiología	Metabolismo y Nutrición
Nefrología	Neurología
Oftalmología	Oncología
Reproducción, Obstetricia y Ginecología	Salud Pública, Medioambiental y Ocupacional
Transplantes	Enfermería
Farmacología y Terapéutica	Odontología
Enfermedades Raras	Otorrinolaringología
Psiquiatría y Trastornos Adictivos	Servicios de Salud

Paralelamente a la generación de todas estas novedades en la gestión de la Investigación Sanitaria, AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) ha desarrollado un Certificado de Proyectos de I+D+I con el objetivo de fomentar las actividades de I+D+I de las organizaciones y la reducción de la incertidumbre actual con respecto a su contenido.

Aunque diversos indicadores de bienestar socioeconómico y sanitario señalan una notable mejoría en el área biomédica, persisten grandes grupos de

enfermedades (cardiovasculares, neoplásicas, neurodegenerativas, infecciosas, entre otras) con altas cifras de morbilidad, mortalidad y pérdida potencial de calidad de vida y de años productivos.

En lo referente a estos grupos de enfermedades, la masa crítica de investigadores en nuestro país es reducida, con grupos pequeños y fragmentados. Además, el nexo de unión entre investigadores básicos, clínicos y estructuras de investigación de las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud, universidades y organismos públicos de investigación es aún débil. Esta situación obliga a incrementar la convergencia de los objetivos y a la suma de recursos humanos, estructurales y financieros. En este sentido resulta imprescindible organizar y concentrar esfuerzos y recursos interdisciplinarios y multiinstitucionales para el abordaje de las enfermedades más prevalentes (o también en el caso de otro tipo de patologías de interés social, como las enfermedades raras o poco frecuentes, y para la investigación en salud pública y en tecnologías sanitarias en sentido amplio), en torno a redes de conocimiento conformadas por centros y grupos de investigación dependientes de distintas administraciones e instituciones sanitarias.

Los organismos responsables de los Programas de I+D+I en el entorno del Sistema Nacional de Salud se enfrentan a los siguientes desafíos: aceleración en la competencia tecnológica y en la captación de recursos, intensificación en los mecanismos de cooperación entre empresas, universidades y organismos de investigación, creciente globalización en el diseño de programas y proyectos de I+D, desarrollo de líneas de investigación de carácter multidisciplinar con alta densidad en recursos humanos, materiales y financieros, y la aparición de nuevos escenarios de gestión de los programas de I+D.

Para responder a estos desafíos se hace necesario fomentar en el entorno del Sistema Nacional de Salud el establecimiento de núcleos de conocimiento con experiencias y habilidades multidisciplinarios en determinadas áreas científicas, que permitan alcanzar ventajas competitivas. Asimismo debe promoverse la complementariedad de actuaciones, compartiendo objetivos y optimizando los recursos como forma de repartir costes para mejorar la eficiencia en la obtención de los resultados y para conseguir una mejor y más rápida aplicabilidad y transferencia de los mismos, de modo que repercutan lo antes posible en la salud de los ciudadanos, aumentando su calidad de vida y el bienestar social.

