

REGULACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA. EL CASO ESPAÑOL EN PERSPECTIVA COMPARADA

Francisco Javier Moreno Fuentes

Unidad de Políticas Comparadas (CSIC)

javier.moreno@iesam.csic.es

Resumen

A lo largo de los últimos lustros asistimos en Europa Occidental a una multiplicación de nuevas instituciones (agencias, observatorios, etc.) implicadas en el ámbito de la definición, implementación y/o evaluación de políticas sanitarias. Este patrón de crecimiento institucional, caracterizado por el desarrollo de nuevas formas de gobernanza sanitaria (Hassenteufel y Palier, 2005), aparece con frecuencia vinculado también a una creciente territorialización de este ámbito de políticas. Diferentes combinaciones de actores pasan a ocupar un papel predominante en la política sanitaria de estos países.

El caso español refleja dicha tendencia de un modo claro. La asistencia sanitaria en España ha sido tradicionalmente proporcionada por un entramado institucional fragmentado, dependiente de distintos niveles de autoridad (estatal, provincial y municipal). La creación del SNS como un sistema descentralizado supuso una reorganización muy importante de dicho entramado, recomponiendo sustancialmente los equilibrios institucionales, y posicionando a los gobiernos autónomos y al Ministerio de Sanidad como los principales actores institucionales en liza. En el campo sanitario encontramos también a las asociaciones profesionales, las organizaciones sindicales, así como determinadas organizaciones sociales (ONG, asociaciones de pacientes, etc.) que, con mayor o menor éxito, han tratado de influir en la definición de la agenda política sanitaria.

En la ponencia propuesta se pretende analizar la evolución de la red de actores implicados en la "gobernanza sanitaria" en España, marcada por una fuerte tendencia descentralizadora, así como por el desarrollo de nuevas formas de gestión pública con frecuencia marcadas por un reforzamiento del papel regulador del Estado.

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

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

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

El segundo epígrafe de este capítulo se centrará en el estudio de las

desigualdades socio-económicas existentes en el seno de la sociedad española, su evolución reciente, y su traducción directa en el plano de la salud. El incremento de las desigualdades sociales experimentado en la práctica totalidad de los países desarrollados en los últimos años, y en particular en la sociedad española, plantea retos específicos en la evolución de los diferenciales de salud entre distintos grupos de población.

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

Ante este conjunto de retos de naturaleza fundamentalmente social, y con un claro impacto sobre el ámbito de la salud, el SNS ha de reconocer su limitada capacidad de actuación, sin que esto suponga desinhibirse completamente de los mismos y sus efectos. En este sentido, y sin afán de exhaustividad, dado el alto grado de complejidad del tema y la imposibilidad de abordarlo en excesiva profundidad en este capítulo, dedicaremos el cuarto epígrafe a plantear la naturaleza de las nuevas formas de gobernanza sanitaria que apuntan la dirección de las reformas planteadas en el funcionamiento del SNS. El impacto potencial del proceso de descentralización, o la integración de servicios socio-sanitarios, constituyen importantes hitos en la redefinición del marco institucional del sistema sanitario en los que nos detendremos brevemente, planteando algunas conclusiones de carácter comparativo con similares procesos emprendidos en otros países europeos.

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

Transformaciones en el plano social y demográfico.

Los ámbitos de la salud y la sanidad se encuentran íntimamente interrelacionados con la dimensión social. Así podemos afirmar que el "capital de salud" del que dispone un individuo (derivado de su propia evolución biográfica) contribuye, junto al resto de "capitales" (social, cultural, educativo, relacional, y por supuesto económico) a determinar las oportunidades de inserción social de cada persona. Del mismo modo, la inserción socio-económica de un individuo contribuirá a erosionar el "capital de salud" de esta persona a un ritmo más o menos intenso en función de las condiciones de seguridad, estabilidad y salubridad en que se desarrolle dicho trabajo. La relación entre estructura y agencia debe también ser tomada en consideración, y por tanto el ámbito de responsabilidad individual en el mantenimiento de su propio "capital de salud" debe ser también valorado. Así, determinados hábitos de vida (dieta, consumo de tabaco, alcohol o sustancias estupefacientes, la realización de ejercicio físico, o de actividades consideradas de riesgo) han de ser incluidos en la ecuación que determina los retos en salud que una sociedad habrá de afrontar. Las crecientes expectativas sociales sobre la salud y las prestaciones y funcionamiento de la sanidad, la aparición de nuevas formas de familia, o la creciente incorporación de la mujer al mercado trabajo, con su respectivo impacto sobre las expectativas y posibilidades decrecientes de cuidado en la familia, constituyen otros aspectos de ese cambiante entorno social sobre el que se ha de fundamentar el SNS en los próximos años. Como señalábamos anteriormente, dedicaremos los próximos tres epígrafes a los que podemos considerar principales transformaciones sociales con claro impacto sobre la composición de la demanda sanitaria: envejecimiento, incremento de las desigualdades, e inmigración.

Envejecimiento.

Uno de los principales retos al que han de hacer frente las sociedades europeas, y en particular la española, a lo largo de las próximas décadas es el progresivo envejecimiento de sus poblaciones. En el Estado español los mayores de 65 representan actualmente en torno al 19% del total de la población, aunque según el último informe de prospectiva demográfica de Naciones Unidas este grupo de edad llegará a constituir cerca de un 20% a mediados de la próxima década, y podría llegar a representar cerca del 38% de la población española en el año 2050 (UN, 2000). De

acuerdo con dicho informe el crecimiento del porcentaje de octogenarios seguiría una progresión similar. Una perspectiva muy parecida nos plantean los datos publicados por la OCDE (Tabla 1), según los cuales el ratio de dependencia de la población española pasaría a ser el mayor de Europa, junto con el de Italia. De acuerdo con esta proyección, si la proporción entre población activa y mayores de 65 era en el año 2000 de en torno a 4:1, en el año 2050 ese ratio se habría invertido y sería de prácticamente 1:2.

Tabla 1. Evolución demográfica y dependencia en países europeos.

	Ratio dependencia ancianos*		Ratio dependencia muy ancianos**	
	2000	2050	2000	2050
Alemania	26.6	53.2	21.1	37.5
Austria	25.2	58.2	22.7	42.7
Bélgica	28.1	49.5	21.5	39.7
Dinamarca	24.2	40.3	26.8	37.4
España	27.1	65.7	21.8	33.2
Finlandia	25.9	50.6	22.0	35.2
Francia	27.2	50.8	22.2	37.5
Holanda	21.9	44.9	23.3	37.3
Italia	28.8	66.8	21.0	37.1
Irlanda	19.7	45.7	23.1	27.1
Portugal	26.7	50.9	19.1	30.7
Reino Unido	26.6	45.3	25.0	37.3
Suecia	29.4	46.3	28.0	35.7
Media OCDE	23.8	49.9	22.4	35.1

Fuente: Casey et al., 2003.

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

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

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

En el ámbito sanitario, y dada la alta concentración del gasto en el segmento de población de edad más avanzada (en la actualidad más del 75% del gasto farmacéutico, en torno al 40% del gasto en atención primaria y del 50% en hospitalaria va dirigido a los mayores de 65 años) (INSALUD, 1999), las perspectivas apuntan a un incremento de los costes de funcionamiento del sistema directamente ligado a dicha evolución de la población. El impacto del envejecimiento se hará notar paulatinamente también en una modificación en las pautas de uso, demandas y necesidades que dicho sistema sanitario habrá de afrontar, por lo que la propia composición de dicho gasto sanitario habrá de adaptarse a la evolución del perfil demográfico de la sociedad española (Ahn, et al., 2003).

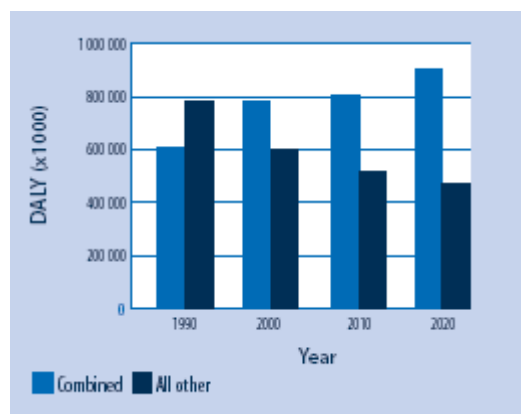
En el plano de las potenciales políticas públicas encaminadas a contrarrestar dicha tendencia podemos destacar la necesidad de combinar políticas a corto plazo con medidas a medio y largo plazo. El desarrollo de una política de inmigración de carácter integral, algo a lo que haremos mayor referencia en el siguiente epígrafe, puede contribuir a contrarrestar a corto plazo dichas tendencias. En cualquier caso, la aportación de estos nuevos residentes difícilmente podrá neutralizar el impacto de las tendencias de largo plazo señaladas anteriormente, ya que a partir de un determinado momento dichos trabajadores se convertirán también en beneficiarios netos de los esquemas de protección social en similar medida que la población autóctona.

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

El impacto de esa tendencia al envejecimiento sobre la evolución de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la dependencia es claro, y el modo en que sean abordados estos fenómenos determinará en buena medida la evolución de los sistemas sanitarios del futuro. Tal y como viene advirtiendo la OMS, los sistemas sanitarios deben adaptarse paulatinamente al creciente predominio de las

enfermedades crónicas y las discapacidades, reduciendo la atención tradicionalmente prestada a las enfermedades agudas. En el Gráfico 1 puede apreciarse la inflexión aparecida en la década de los 1990 en la composición de las enfermedades que limitan la salud de las personas, con un incremento de las enfermedades consideradas crónicas. Las enfermedades agudas se caracterizan básicamente por dar lugar a episodios de enfermedad independientes unos de otros (incluso cuando corresponden al mismo individuo), que a menudo pueden ser resueltos mediante la intervención de un solo nivel de atención. En contraste, la OMS define las enfermedades crónicas como aquellos “problemas de salud que requieren una gestión y atención continuadas durante años o décadas” (OMS, 2003). Los enfermos crónicos serían así usuarios frecuentes de varios niveles de atención simultáneamente para diversos episodios de la misma patología, de manera que el conocimiento de la historia clínica previa resulta en su caso crítico para garantizar la calidad del tratamiento.

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



Fuente: OMS, 2003.

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

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

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

GRUPO DE TRABAJO 18

Las políticas de los Estado del Bienestar en perspectiva comparada

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

Tal y como muestran los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, mientras que el número medio de condiciones crónicas entre los ancianos independientes es de 0,8 esta cifra se eleva hasta 1,5 en los ancianos con problemas de dependencia (Casado, 2001). Según las estimaciones más recientes, actualmente más de 2.300.000 ancianos (un 37% de los mayores de 65 años) precisan algún tipo de ayuda para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana (Casado y López, 2001). Tan solo el 6% de esos ancianos dependientes ha sido ingresado en una residencia especializada en atención geriátrica (pública o privada), mientras que en torno al 15% recibe algún tipo de atención domiciliaria formalizada. De este modo, más de dos terceras partes de los ancianos dependientes españoles dependen de la atención informal, generalmente proporcionada por sus familias, para hacer frente a sus necesidades diarias.

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

La retroalimentación existente entre los procesos de exclusión social vinculada a las crecientes desigualdades sociales y los problemas de salud, a la que hacíamos referencia anteriormente, presenta también un claro reflejo en el caso de aquellas personas pertenecientes a los estratos sociales más desfavorecidos. Así, la evidencia empírica disponible muestra una clara correlación entre variables socio-demográficas de privación relativa y las tasas de discapacidad severa, enfermedades crónicas y morbilidad auto-percibida (Urbanos, 1999; Abad y Carreter, en SESPAS, 2002). De igual modo, en aquellos casos en que el bajo nivel de renta se conjuga con la existencia de algún grado de discapacidad o dependencia, el coste social, personal y económico (asumido de modo prácticamente íntegro por el segmento femenino de las

familias) resulta abrumador. Las consecuencias de dichas situaciones no limitan únicamente las posibilidades vitales de las personas afectadas por dicha dependencia, sino que afectan también de modo directo a las de aquellas personas que dedican buena parte de su actividad diaria (de forma no remunerada) a atender las necesidades de sus familiares dependientes. La desvalorización del trabajo realizado por las familias en el cuidado de los ancianos dependientes va más allá de su no inclusión en las cifras de contabilidad nacional, y se adentra en la falta de reconocimiento de los costes de oportunidad asumidos por la provisión directa de dichos servicios (Durán, 2002). Tal y como muestra el "Barómetro sanitario", elaborados por el MSC en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en 1998 el 12% de la población mayor de 18 años estaban al cargo de un familiar mayor dependiente, el 40% de los cuidadores informales llevaban más de 5 años realizando esta tarea, a la que dedicaba una media de 8,8 horas diarias. Respecto al impacto de dicha responsabilidad sobre su vidas, un tercio de los cuidadores afirmaban haber sufrido problemas de salud, un 40% decía que su vida social se había resentido, el 27% apuntaba el impacto sobre sus responsabilidades laborales, y un 16% señalaba que había afectado a vida emocional (MSC, 1999).

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

Desigualdades sociales y su repercusión sobre la salud.

La relación entre privación relativa en una serie de dimensiones clave (nivel de renta, educación, hábitat, etc) y estado de salud está ampliamente documentada por

un buen número de estudios. Tal y como muestra la evidencia empírica relativa a la existencia de desigualdades en salud, las poblaciones desfavorecidas constituyen grupos particularmente vulnerables con un estado de salud (expresado tanto a través de indicadores de mortalidad, como de morbilidad relativa) sustancialmente peor que el resto de la población.

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

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

los varones, llegando a reducir la esperanza media de vida en más de cinco años en el período 1989-97.

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

En 1993 el Ministerio de Sanidad (en buena medida influido por la publicación del *Black Report* que denunciaba la existencia de importantes desigualdades en salud en el seno de la sociedad británica) nombró una Comisión Científica encargada de estudiar la existencia de desigualdades sociales en salud en España. Dicha Comisión publicó en 1996 los resultados de su trabajo basado en el estudio de las encuestas nacionales de salud de los años 1987 y 1993. El análisis de los indicadores de morbilidad en base a variables de índole socio-económica reflejó la existencia de un marcado gradiente de salud entre los distintos estratos de la sociedad española, de modo que en comparación con los grupos más acomodados, los grupos más desfavorecidos sufren mayor diversidad de enfermedades, éstas son generalmente de mayor gravedad y conducen más frecuentemente a situaciones de cronicidad y/o incapacidad (Navarro y Benach, 1996: 504; Navarro, en Cainés, et al., 1997: 31). Estos y otros estudios posteriores señalaban que dichas desigualdades tienden a aumentar ya que, aunque en general la salud del conjunto de la población española tiende a mejorar, la separación entre los distintos grupos sociales también

crece (Benach et al., en Navarro 2004: 393). Así, la mejora de los principales indicadores de salud de la población española, paralela al aumento del nivel socio-económico agregado no se habría distribuido equitativamente, sino en función de los niveles de renta, por lo que en realidad las desigualdades en salud en el seno de la sociedad española habrían aumentado (Gutiérrez-Fisac, en Regidor, et al., 2002; Benach y Urbanos, en SESPAS 2000).

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

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

basada en la explotación de la encuesta nacional de salud de los años 1987, 93 y 95, las clases sociales más desfavorecidas tendrían un peor estado de salud que las clases más acomodadas, estructurándose dicha desigualdad en forma de gradiente (Urbanos, 1999). Así, mientras el 27% de la población más acomodada (estandarizada por edad y sexo) declaraba en 1995 un nivel de salud deficiente (salud regular, mala, o muy mala), dicho porcentaje se elevaba al 40% entre el grupo de los más desfavorecidos económicamente. De igual modo, una serie de dolencias como los trastornos respiratorios, la hipertensión arterial, o la diabetes, presentarían una incidencia considerablemente superior en las encuestas de morbilidad realizadas a personas pertenecientes a las clases sociales más bajas. El 6% de las 50.000 muertes que se registran anualmente en Cataluña (las de 2.400 hombres y 800 mujeres) podrían evitarse si se corrigiese ese diferencial entre los grupos más desfavorecidos y las personas en mejor posición social (utilizando datos de desigualdad diferentes a la renta: desempleo, nivel educativo, cualificación en el empleo).

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

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

solo un 13% de las clases sociales más desfavorecidas hicieron lo propio (citado por Benach et al., en Navarro 2004: 392).

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

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

porcentaje del presupuesto autonómico destinado por cada gobierno regional a complementar los recursos transferidos por el gobierno central para la financiación del sistema sanitario regional.

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

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

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

Inmigración.

Los países del Sur de Europa, y entre ellos particularmente España, han experimentado en los últimos años una radical transformación en su posición en el sistema internacional de migraciones. Situados en la periferia política y económica europea durante los dos últimos siglos, estos países exportaron mano de obra durante la mayor parte del siglo XX. La emigración desde el Sur de Europa comenzó a remitir tras la crisis del petróleo de 1973, y a partir de este momento estos países se convirtieron gradualmente en receptores de inmigración. En el caso de España esta tendencia, que se inició en los 1980s, se aceleró de modo considerable desde la segunda mitad de los 1990s. Así, durante el año 2004 España fue el segundo país del mundo por volumen de inmigrantes recibidos, justo detrás de EEUU. Los residentes extranjeros representan hoy más del 8% de la población española, porcentaje próximo al de otros países europeos con larga tradición inmigratoria como Alemania, el Reino Unido o los Países Bajos.

Este acelerado proceso de convergencia con Europa obedece en buena medida a factores externos sobre los que la sociedad o las autoridades españolas ejercen escaso control. La relativa estabilidad política y social alcanzada por nuestro país tras la consolidación del régimen democrático y la incorporación a la Comunidad Económica Europea, el desarrollo económico experimentado en las últimas décadas, la demanda de mano de obra poco cualificada (para ser empleada en buena medida en la economía sumergida), así como las crecientes desigualdades en los perfiles demográficos (estructuras de edad o tasas de fecundidad) entre países emisores y receptores constituyen factores clave para explicar la llegada de

inmigrantes a España. La publicación del informe de la división de población de la ONU al que hacíamos referencia anteriormente (UNPD, 2000), en el que se señalaba el acelerado proceso de envejecimiento de la población española y se pronosticaba el inevitable declive de la población, constituyó el punto de partida de un debate público acerca de las consecuencias de tener una de las tasas de fecundidad más bajas del planeta.

Tabla 2. Extranjeros residentes en España.

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

^o Datos a 31 de marzo de 2006.

▪ Incluyen a todos los inscritos en el Padrón municipal, independientemente de su status jurídico.

Fuentes: INE 2006, y MTAS 2004.

La tabla 2 muestra la evolución de la población extranjera asentada en España a lo largo de las dos últimas décadas. En ella resulta fácilmente perceptible la naturaleza claramente dual del contingente de extranjeros residentes en España. Por un lado los ciudadanos de países desarrollados (que pese a haber multiplicado su número por cinco desde mediados de los 1980s, han pasado de representar aproximadamente la mitad a menos de una quinta parte del total de extranjeros residentes en España), instalados fundamentalmente en poblaciones costeras y grandes ciudades; por otro los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo que se han concentrado en las zonas económicamente más dinámicas del territorio español (grandes ciudades, costa mediterránea y archipiélagos). Cada uno de estos colectivos plantea retos específicos para el SNS. Así, los residentes extranjeros procedentes de países desarrollados y afincados generalmente en

poblaciones de la costa, fundamentalmente europeos, plantean en primer lugar una problemática derivada de la necesidad de articular mecanismos de coordinación con los sistemas sanitarios de otros países de la Unión Europea (UE) para la compensación de los gastos sanitarios derivados del asentamiento de estas personas en España y por tanto del uso de las prestaciones sanitarias del SNS que puedan hacer durante su estancia en nuestro país. Más allá de las consideraciones estrictamente financieras de carácter más general, otra serie de cuestiones relativas a la concentración estacional de la demanda en determinadas poblaciones, o a la necesidad de adaptar el funcionamiento de los sistemas sanitarios a los perfiles diferenciales de estas poblaciones con objeto de proporcionar una atención sanitaria adecuada a estos pacientes (servicios de traducción e interpretación, etc.), deberían ser abordadas por las autoridades sanitarias de las regiones particularmente afectadas por estos procesos migratorios.

Dada la propia naturaleza del sistema de protección social español, fuertemente condicionado por su origen y evolución como sistema de aseguramiento social, el acceso de los extranjeros a los sistemas de protección social ha estado tradicionalmente vinculado a la participación en el mercado de trabajo (Rodríguez Cabrero, 2006). La tendencia hacia la universalización en la cobertura de alguno de estos sistemas ha modificado este patrón, definiendo los criterios de accesibilidad de modo creciente en base a la residencia en el territorio, lo cual ha modificado claramente dicha situación. Así, el proceso de extensión de la cobertura sanitaria a las poblaciones de origen inmigrante en España ha sido gradual, reproduciendo en buena medida las pautas marcadas por la expansión de la cobertura sanitaria al conjunto de la población española tras la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. Mientras que los inmigrantes regularizados podían acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) en igualdad de condiciones a los ciudadanos españoles, los inmigrantes indocumentados disponían de un acceso limitado a los servicios de urgencias, así como al tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas, y debían dirigirse a circuitos paralelos integrados por ONGs, servicios sanitarios de la beneficencia (dependientes de CCAA y ayuntamientos), y a profesionales de los distintos niveles de atención del SNS (a título individual y voluntario) para la atención primaria, especialistas, o el tratamiento de enfermedades crónicas (Moreno Fuentes, 2004). Los problemas derivados de esta cobertura parcial y segmentada llevaron a las organizaciones del tercer sector socio-sanitario que trabajaban con poblaciones de origen inmigrante a introducir la cuestión de la igualdad de acceso de estos colectivos

al SNS en la agenda política sanitaria a principios de 2000. La extensión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados fue recogida en la Ley 4/2000, pese a las reticencias generadas por esta medida entre los sectores más conservadores. Más allá del reconocimiento formal del derecho de acceso, continúan existiendo algunos problemas operativos a la hora de hacer efectivo dicho derecho por parte de aquellos colectivos de inmigrantes en situación administrativa más precaria (dificultades para el empadronamiento, la obtención de la tarjeta sanitaria, acceso al co-pago de medicamentos, etc.).

La ausencia de reflexión sobre la equidad en el ámbito sanitario en España, en buena medida explicable por lo reciente de la universalización del acceso al SNS, ha condicionado la toma en consideración de las necesidades y demandas específicas generadas para el sistema sanitario por la presencia de población extranjera en nuestro país. Además, y más allá de la inexistencia de voluntad política para desarrollar dichas líneas de investigación, el propio equilibrio institucional sobre el que se apoya el sistema sanitario en España dificulta la creación de un sistema homogéneo de generación de información sanitaria, imprescindible para abordar la dimensión de la equidad en la provisión de servicios sanitarios.

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

Otra cuestión que requerirá la intervención de las autoridades sanitarias es la sobrecarga de la demanda, particularmente de los servicios de urgencias así como de los Centros de Atención Primaria, en aquellas

zonas en las que, como consecuencia de acentuados procesos de segregación residencial, se produce una fuerte concentración de población de origen inmigrante.

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

Reformas en la gobernanza sanitaria.

En un contexto general marcado por el intento de contención de los costes sanitarios, los retos anteriormente descritos constituyen un escenario de fondo en buena medida compartido por los sistemas sanitarios de los diferentes países europeos. La respuesta de cada uno de esos sistemas a dichos retos ha estado condicionada por sus estructuras e inercias institucionales, en buena

medida heredadas de su propia génesis (componente ideológico, importancia relativa de los diferentes actores sociales -clases, profesionales, burócratas- y sus potenciales alianzas, sistema de valores socialmente compartido, sistema político, estructura económica y mercado de trabajo, etc.). Una serie de características comunes aparecen sin embargo en dichos procesos de reforma: el incremento del papel regulador del Estado (en detrimento fundamentalmente de la provisión directa de servicios, y en mucha menor medida de la financiación de los mismos), la introducción de mecanismos y herramientas procedentes de la llamada "Nueva Gestión Pública" (creación de "cuasi-mercados" en diversas facetas del ámbito sanitario, desarrollo de una cultura de contratación externa -tanto en el mercado, como a agentes del Tercer Sector Social-, creación de nuevos organismos de gestión y control dotados de una mayor autonomía -agencias públicas, fundaciones, etc.-), y particularmente el desarrollo de nuevas formas de gobernanza sanitaria que redefinen las responsabilidades y funciones de los diferentes actores en el ámbito de la política sanitaria. En el presente epígrafe dejaremos en buena medida de lado los dos primeros aspectos, más próximos a los estudios de economía de la salud, y nos centraremos fundamentalmente en el último ámbito de análisis, prestando particular atención a dos tendencias claves en dicho proceso: la redefinición de las responsabilidades en el gobierno sanitario entre diferentes niveles de la administración del Estado, y la articulación de nuevas formas de atención primaria, en particular un mayor grado de vertebración de los servicios socio-sanitarios a nivel local.

Descentralización.

Las lógicas subyacentes tras los procesos de descentralización política pueden obedecer a una gran variedad de motivaciones (dilución de responsabilidades hacia niveles inferiores mediante transferencia de competencias -"blame avoidance"-, reivindicación de mayor grado de autogobierno por parte de algunos territorios, búsqueda de la máxima eficacia/eficiencia en la organización de un sistema, etc.). Así, el desarrollo de estructuras de gobierno sanitario multi-nivel, en buena medida determinadas por las herencias institucionales previamente existentes, puede basarse en lógicas políticas y administrativas muy diferentes, y a partir de esto articularse en distintas combinaciones de responsabilidad financiera, de gestión y política entre diferentes niveles de gobierno y actores del ámbito socio-sanitario. En los últimos años se ha producido una clara tendencia hacia la redefinición de las

responsabilidades sanitarias en los países desarrollados, con una marcada tendencia a establecer equilibrios de gobernanza sanitaria multinivel con un mayor papel atribuido a actores políticos sub-estatales.

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

Frente a estas expectativas positivas respecto a la descentralización, se manejan también en la literatura una serie de potenciales desventajas y efectos negativos derivados de dicho proceso de reasignación de competencias y responsabilidades. Así, en primer lugar podemos señalar el temor a un deterioro de la eficacia en el funcionamiento de los sistemas derivado de una menor coordinación entre diferentes regiones y organismos integrantes de los mismos, al surgimiento de duplicidades administrativas, así como a la pérdida de economías de escala (en la política de compras y suministros por ejemplo). Un segundo eje de análisis de los efectos negativos derivados de la descentralización se

estructura en torno al potencial deterioro de la calidad de la democracia a nivel local (entendida como responsabilidad de los decisores políticos ante las demandas de los ciudadanos) como consecuencia de la menor capacidad de resistencia de estos ante las presiones de profesionales y proveedores. En el ámbito concreto de la política sanitaria se plantea también la posibilidad de que preocupaciones locales de carácter coyuntural interfieran en la eficiente administración de los servicios sanitarios, al tiempo que se señala la dificultad de elaborar una política sanitaria a niveles muy desagregados (regional y/o local) por la necesidad de proporcionar servicios altamente especializados al tiempo que se trata de contener los costes fijos de mantenimiento del sistema. Finalmente, el tercer eje de análisis de las potenciales desventajas de la descentralización gira en torno al riesgo de surgimiento y/o potenciación de desigualdades sanitarias y de salud entre poblaciones residentes en distintas regiones (ruptura de principio de igualdad básico para el adecuado funcionamiento de un sistema nacional de salud).

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

Tabla 3. Principales modalidades de descentralización.

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

Como puede apreciarse en esta tipología, el concepto de descentralización engloba de hecho una serie de equilibrios inter-institucionales muy diversos en los que las responsabilidades son atribuidas/asignadas de forma muy diferente, y cuyas consecuencias serán por tanto también necesariamente diversas. El escenario del análisis de las consecuencias de la descentralización se complica considerablemente si tenemos en cuenta que, en la práctica, podemos asistir a una combinación de dichas tendencias descentralizadoras de manera simultánea en un mismo país. En el caso español, y sin descartar la existencia de importantes procesos de delegación y/o privatización (desarrollados fundamentalmente a nivel de los Servicios Regionales de Salud –SRS- integrados en el SNS y gestionados por los gobiernos autónomos), el proceso más destacado de descentralización ha sido el proceso de devolución de las competencias sanitarias a los gobiernos de las CCAA.

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

La consolidación del SNS como sistema sanitario público compuesto por la agregación de los 17 SRS culminó en 2002 con el traspaso de las competencias

sanitarias a las últimas 10 CCAA que aún no las habían recibido (conocidas hasta ese momento como "territorio INSALUD"). La creación de un SNS verdaderamente descentralizado había sido obstaculizada hasta esa fecha por una serie de obstáculos entre los que destacan las asimetrías institucionales existentes, la confusión respecto a las funciones precisas del Ministerio de Sanidad (por su doble rol de responsable último de la actuación del INSALUD, y regulador del conjunto del SNS) en dicho sistema, los desacuerdos en el reparto de recursos entre las distintas CCAA, así como en la financiación del conjunto del sistema (especialmente en lo relativo a la asunción de los déficit presupuestarios incurridos), la intrusión de las autoridades regionales en responsabilidades propias del gobierno central por la falta de claridad en la delimitación de competencias, así como las dificultades para articular mecanismos de cooperación entre autoridades sanitarias regionales y estatales (complicadas en ocasiones por consideraciones propias a la confrontación política entre partidos).

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

Con este doble objetivo fue aprobado el nuevo marco regulador del SNS bajo el título de "Ley de Cohesión y Calidad del SNS" (16/2003) que viene a actualizar el marco normativo que dio pie a la creación del SNS (la Ley General de Sanidad de 1986). Esta nueva Ley propone la creación de una serie de agencias estatales de nuevo cuño (Agencia de Calidad, Observatorio del SNS, Instituto de Información Sanitaria), así como la dinamización de otras agencias e instituciones ya existentes y a las que hasta la fecha no se les había conferido excesivas responsabilidades (Alta Inspección, Consejo Interterritorial), con objeto de establecer un nuevo marco regulador que introduzca cierta homogeneidad en el funcionamiento del SNS, y que asigne con precisión las responsabilidades de los distintos niveles de autoridad del

sistema sanitario público. A partir de dicha Ley se ha procedido también a actualizar el catálogo de servicios cubiertos por el SNS (Real Decreto 1030/2006), en el que además de las prestaciones de atención sanitaria se hace referencia también a la salud pública y la atención socio-sanitaria, regulando el funcionamiento de la tarjeta sanitaria individualizada que debería garantizar el acceso al conjunto de prestaciones del SNS en todo el país.

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

Transformación de la atención primaria e integración de servicios socio-sanitarios.

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

La reforma del sistema de atención primaria acometida en España entre finales de la década de los 1980s y principios de los 1990s, tenía entre sus objetivos fundamentales la inversión de la lógica reactiva ante la enfermedad (que implicaba una intervención estrictamente paliativa o curativa una vez claramente presentes los signos visibles de la enfermedad, y ante el requerimiento de atención sanitaria por

parte del paciente), y que hasta ese momento había caracterizado la actuación de los médicos de cabecera. Se pretendía abordar el tema de la salud desde una perspectiva holística en la que la prevención y la promoción de la salud desempeñasen un papel mucho más importante en la actuación de las instituciones sanitarias. Pese a los importantes pasos dados en dicha dirección, el proceso no llegó a desarrollarse en toda su amplitud, y la lógica tradicional del médico de cabecera como profesional estrictamente volcado en responder a las demandas de sus pacientes ha continuado guiando en buena medida la actuación de los profesionales médicos de atención primaria.

La importancia de la atención primaria (medicina de familia y comunitaria) para el mejoramiento del estado de salud de la población debe ser reconocida por el SNS, principalmente en la medida en que intente revertir la dinámica demanda/oferta en el plano sanitario, y primar las actuaciones preventivas sobre las curativas. Recientes estudios comparativos del funcionamiento de los sistemas de atención primaria Europa revelan que los profesionales sanitarios españoles de atención primaria han conseguido avances sustantivos en el ámbito de algunos servicios preventivos (control de hipertensión, colesterol, etc.), sin embargo presentan tasas de éxito significativamente inferiores a sus colegas europeos en relación a la atención a mayores, servicios materno-infantiles, algunas tareas de vigilancia y rehabilitación, y significativamente en el control de determinadas enfermedades crónicas como el SIDA o la diabetes (Boerma et al., 1997). Así mismo, la precaria atención a los enfermos crónicos y personas en situación de dependencia en España constituye uno de los principales retos del sistema socio-sanitario español para los próximos años. La insuficiente respuesta proporcionada por los sistemas de atención socio-sanitaria a las necesidades derivadas de la mayor presencia de enfermedades no agudas (aumento de las condiciones crónicas, mayor número de personas mayores dependientes, reducción de la estancia media hospitalaria, preferencia por la atención comunitaria para los enfermos terminales y mentales, etc.) puede apreciarse claramente en la debilidad de las estructuras de atención domiciliaria a este tipo de enfermos (Benítez et al., 2001). Así, y contrariamente a lo que hubiese sido de esperar, el porcentaje de visitas a domicilio respecto al total de intervenciones de los médicos de primaria (relativamente elevados en el pasado) se ha reducido significativamente durante la década de los 90 hasta representar menos del 2% del total de las visitas de atención primaria en prácticamente todas las regiones (El médico, 2001; INSALUD, 1998). De igual modo, el papel del personal de enfermería primaria en el terreno de la atención

domiciliaria ha continuado siendo extremadamente limitado. Por el contrario, los hospitales se han mostrado relativamente más flexibles y eficientes a la hora de desarrollar servicios domiciliarios y unidades de atención de carácter comunitario (Gervas et al., 2001).

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

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

El gobierno laborista británico introdujo en abril de 1999 cambios importantes en la provisión de servicios de atención primaria en Inglaterra mediante la creación de 481 centros de atención primaria integrados ("Primary Care Groups" -PCG-). El objetivo de dicha medida era mantener los aspectos positivos de reformas anteriores en el sistema de atención primaria (introducidas para incrementar la influencia de la atención primaria en la contratación y provisión de servicios

sanitarios adaptados a las necesidades locales, así como para prestar una mayor atención a la calidad en los servicios prestados), tratando al mismo tiempo de reducir algunos aspectos negativos derivados de la introducción de mecanismos de competencia interna (Smith y Barnes, 2000). Estos PCG debían encargarse de la planificación y contratación de los servicios sociales y sanitarios para los habitantes de sus respectivas zonas de actuación, así como de la contratación de servicios hospitalarios con cargo a los presupuestos que ellas mismas debían gestionar. Estas agencias debían estar integradas por médicos de atención primaria (*General Practitioners* –GP–), personal de enfermería, farmacéuticos, gestores, trabajadores sociales y otros profesionales de la atención socio-sanitaria primaria.

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

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

focalizar sus recursos hacia los colectivos vulnerables y sus necesidades específicas (Wilkin, Dowswell, y Leese, 2001).

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones.

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

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

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

descentralizado, incluye entre sus objetivos fundamentales la mejora de la equidad en la provisión de servicios sanitarios.

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

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

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

La articulación de los mecanismos reguladores previstos en la legislación vigente debería garantizar la movilidad del personal sanitario (lo cual a su vez permitirá facilitar la circulación de conocimiento), y la total portabilidad del derecho de cobertura sanitaria en el conjunto del territorio del país. Así mismo, los mecanismos financieros constituirán sin duda una de las herramientas más importantes en el intento de avanzar en la corrección de desigualdades fiscales entre regiones.

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

Referencias.

Ahn, N., Meseguer, J. y Herce, J. (2003). "Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España", Madrid: Fundación BBVA.

Arriba, A., Calzada, I. y Del Pino, E. (2006): *Las actitudes de los españoles hacia el Estado de Bienestar (1985-2005)*. Madrid: CIS.

Baker, B., y Middleton, E. (2004). "Does primary care reduces health inequalities?", NPCRDC Executive Summary No.29, Manchester.

Benach, J. (2002). "Desigualdades Sociales en Salud en España: Balance y Retos". Ponencia presentada en la II Jornada Desigualdades Sociales en Salud. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.

Boerma, WGW., van der Zee, J., y Fleming, DM. (1997). "Service profiles of general practitioners Europe". *British Journal of General Practice*, 47, 481-6.

Casado, D. y López, G. (2001). "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España". Barcelona: Fundación "La Caixa".

Casado D. (2001): "¿Hacia una atención integral de los ancianos vulnerables?". Ponencia presentada en las XXI Jornadas de Economía de la Salud. Oviedo, 6-8 de junio de 2001.

Casey, B., Oxley, H., Whitehouse, E., Antolin, P., Duval, R., y Leibfritz, W. (2003). "Policies for an Ageing Society. Recent Measures and Areas for Further Reform". Paris: OECD Economics Department Working Paper, No. 369.

Díaz Martínez, E. (2002): 'Desigualdades en Salud y Estratificación Social en España: Un Análisis Estadístico de la Encuesta Nacional de Salud de 1995', *Documentación Social*, 127: pp. 125-142.

Durán Heras, M^a A. (2002), "Los costes invisibles de la enfermedad", Madrid: Fundación BBVA.

El Médico (2001), "Anuario de la Atención Primaria 2001", Madrid: El Médico.

Esping-Andersen, G. (1999). "Social foundations of postindustrial economies". Oxford: Oxford University Press.

Freire Campo, J. M. (1993). "Cobertura Sanitaria y Equidad en España". I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Madrid: Fundación Argentaria.

Gérvas, J., Palomo L., Pastor-Sánchez, R., Pérez-Fernández, M. y Rubio, C. (2001). "Problemas acuciantes en atención primaria", en *Atención Primaria*, 28, 7: 472-477

Gillam, S., Abbot, S. y Banks-Smith, J. (2001). "Can primary care groups and trusts improve health?", *BMJ*, Vol. 232, 14.

Glendinning, C., Coleman, A., Shipman, C. y Malbon, G. (2001). "Primary care groups: Progress in partnerships", *BMJ*, Vol. 323.

INE (2006). "Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2006". Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

INSALUD (1998). "Memoria de Actividades", Madrid: INSALUD.

INSALUD (1999). "Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud", enero-julio 1998, Madrid.

Jacobzone, S. (1999). "Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives". OECD: Labour market and Social. Occasional papers nº 38.

Jimeno Serrano, J.F, y Moreno Fuentes, F.J. (2007). "La sostenibilidad económica y social del modelo migratorio español". Colección Foro, nº14. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

Marmot, M. y Bobak, M. (2000). "International Comparators and Poverty and Health in Europe", *British Medical Journal* 321:1124-8.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). "Bases para un modelo de atención sociosanitaria". Madrid: mimeo.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004): *Anuario estadístico de inmigración*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Moreno Fuentes, F.J. (2004). "Análisis comparado de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en el Reino Unido, Francia y España", Colección Documentos. Madrid: Consejo Económico y Social.

Navarro, V. (ed.) (2004): *La situación social en España*. Fundación F. Largo Caballero. Madrid.

Navarro, V., y J. Benach (1996): 'Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica de estudio de las desigualdades sociales de salud en España', *Revista Española de Salud Pública*, 70 (5/6): pp. 505-636.

NHS Confederation (2004). "Making a Difference. How PCT are transforming the NHS", London.

Organización Mundial de la Salud (2003). "Adherence to long-term therapies: evidence for action". Geneva.

Palanca, I. (2002). "Desigualdades en Salud y Exclusión Social". *Gitanos* (15).

Regidor, E., C. Borrell, M. Pasarín, J. Gutiérrez-Fisac, y L. Lostao. (2002). "Desigualdades Sociales en Salud: Situación en España en los Últimos Años del Siglo XX". Alicante: U. de Alicante.

Rico, A., González, P. y Fraile, M. (1999), "La descentralización sanitaria en España: autonomía política y equidad social", en *Políticas de bienestar y desempleo. III*

Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza. Fundación Argentaria, Madrid.

Rico, A., Ramos, X., y Borrell, C. (2001). "Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social". Madrid: Fundación BBVA.

Rico, A., y Moreno Fuentes, F. J. (2006). "La arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa", en "Integración asistencial: fundamentos y aplicaciones", editado por Ibern, P. Barcelona: Ed. Masson,.

- (2004). "Epidemiología, Tecnología y Sociedad: Los retos futuros en salud", en "España 2015: Prospectiva social e investigación científica y tecnológica" editado por Cruz Castro, L. Madrid: Fundación Española de Ciencia y Tecnología (FECYT).

Rodríguez Cabrero, G. (2006). La integración de los inmigrantes no comunitarios en el Estado de Bienestar, en *Sistema*, nº 190-191, pp. 309-326.

SESPAS (2002). "Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe 2002". Madrid.

- (2000). "La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000". Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Singh, D. (2004). "Primary care trusts need to tackle disparities in general practice", *BMJ*, Vol. 328.

Smith, J. y Barnes, M. (2000). "Developing Primary Care Groups in the New NHS: Towards Diversity or Uniformity?", *Public Money and Management*, Jan.-March.

United Nations Organization (2000). "Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations?" Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.

Urbanos, R. (1999). "Análisis y Evaluación de la Equidad Horizontal Interpersonal en la

Prestación Pública de Servicios Sanitarios. Un Estudio del Caso Español para el Período 1987-1995". Madrid: Tesis doctoral. U. Complutense de Madrid.

Wilkin, D., Coleman, A., Dowling, B. y Smith, K. (2002). "The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2001/2002: Taking Responsibility?", NPCRDC, Manchester.

Wilkin, D., Dowswell, T. y Leese, B. (2001). "Modernising primary and community health services", BMJ, Vol. 322.

Wilkin, D., Gillam, S. y Smith, K. (2001). "Tackling organizational change in the new NHS", BMJ, Vol. 322.