

¿Cómo citar este artículo?

Apellidos, Nombre (del autor del texto) (2007). "Texto" (del artículo), en Pérez Redondo, R.J. y Martín Cabello, A. (Coords.) *Castilla-La Mancha: 25 años de autonomía*. Toledo: ACMS, pp. (de inicio y final del artículo).

PROXIMIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA: HACER EFECTIVO UN DERECHO

Rafael Díaz-Regañón García-Alcalá
Coordinador de Estudios y Análisis Económico
Consejería de Sanidad/SESCAM

Resumen: Las transferencias desde la AGE a las CC.AA. tienen como finalidad entre otras, acercar los servicios a los ciudadanos y hacer a estos más partícipes de los servicios que se prestan desde las AA.PP. Hacer efectivo un derecho desde la proximidad, parece más acertado que desde la distancia. Conocer la realidad de los grupos sociales, adaptar los recursos a las necesidades que se demandan, y mantener los principios de universalidad y equidad en el acceso y las prestaciones, todo ello financiado desde el ámbito público, deben ser los objetivos que hagan posible mantener la cohesión y calidad de las prestaciones del SNS.

Palabras clave: Derecho, cohesión, equidad, SNS.

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de protección social son una de las mayores conquistas que el mundo desarrollado ha conseguido a lo largo de los siglos. Pero hubo de pasar el desastre de dos grandes guerras para que los Estados empezasen a cuestionarse la necesidad de desarrollar potentes herramientas de redistribución, fundamentadas principalmente en la organización de sistemas de protección social. En este ámbito, podemos señalar la importancia de la asistencia sanitaria, tanto por su significación en lo referente al mantenimiento y recuperación de la salud, como en su vertiente económica.

En la Unión Europea, los sistemas de asistencia de protección social en general, y la asistencia sanitaria en particular, gozan de una situación excepcional a nivel mundial, entre otras causas debido a la generalización de cobertura del riesgo de enfermedad-invalidez; incremento del nivel de renta per cápita; mejora de los modos de vida; o una mejor educación en materia de salud. Eso es lo que ha permitido proteger a los individuos contra las consecuencias financieras de la enfermedad y, al mismo tiempo, desarrollar progresos en las técnicas asistenciales.

El tratado de la Unión Europea, en su Título X, art.129, establece, entre otras premisas, que la "Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección a la salud". De igual forma, el Tratado por el que se establece La Constitución Europea, en el Título IV, art.II-94, se determina que "la Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez...".

Estos preceptos, así como la normativa que afecta a cada ciudadano en cada uno de los países de la Unión, tanto en su vertiente de modelo de Seguridad Social profesional o universal, constituyen la base del Derecho a la Salud para todos los ciudadanos en la Unión Europea.

El 11 de diciembre de 2003 se produjo la conocida como “Declaración de Toledo”, promulgada en la ciudad con el mismo nombre, capital de Castilla-La Mancha, en la que, entre otras cosas, se expresaba que: “Los ciudadanos y ciudadanas de los países miembros de la Unión Europea disfrutan de unos niveles de salud y de bienestar social entre los más altos del mundo desarrollado, resultado de la acción política de los gobiernos, de la intervención del conjunto de los agentes sociales y del desarrollo de los sistemas sanitarios públicos. La salud es un logro social, es un logro de todos/as. Los ciudadanos y ciudadanas otorgan una gran importancia a la salud individual y colectiva, y demandan mayoritariamente que las políticas públicas continúen el esfuerzo por mantener y mejorar los niveles de salud y bienestar actuales, afrontando los retos de futuro”.

En este sentido, los europeos consideran la existencia de una protección social de calidad, contra el riesgo de enfermedad y de dependencia como un logro fundamental, que ha de mantenerse, adaptarse y en lo posible mejorarse de acuerdo a los retos de nuestro tiempo.

La protección social va a verse afectada de forma significativa durante los próximos años como consecuencia del envejecimiento demográfico y la incidencia de la aplicación de nuevas técnicas al mantenimiento y recuperación de la salud. En consecuencia, el Consejo Europeo de Lisboa, en marzo de 2000, recordó la necesidad de reformar los regímenes de protección social, a fin de garantizar una asistencia de calidad. Por otra parte, en junio de 2001, el Consejo de Gotemburgo, determinó la necesidad de elaborar un informe en este mismo sentido.

En este contexto, y teniendo en consideración la positiva evolución de los prestaciones sanitarias, los países de la Unión Europea tienen un importante reto ante sí: Lograr de forma simultánea los objetivos de conseguir el acceso, de forma equitativa, de todos los ciudadanos a la asistencia, mejorar los niveles de calidad en la oferta asistencial y la sostenibilidad financiera y social de los sistemas sanitarios.

A lo largo del siglo XX y en consonancia con el aumento del gasto público y su importancia en el marco de la actividad económica-financiera de los Estados, motivó que la sociedad empezase a ser consciente de la necesidad, que para sí, tenía la existencia de una fuerte actividad económica por parte de las Administraciones Públicas.

Este cambio se debió en gran parte a la transformación habida en el Estado, que pasó desde una concepción de Estado liberal, basado en el *laissez faire* (dejar hacer), al Estado intervencionista, donde el gasto público, además de atender a la cobertura de las necesidades comunes básicas, se convierte en un elemento activo, “no neutral”, al servicio de las autoridades políticas y económicas en el cumplimiento de sus objetivos, cual es el bienestar de sus ciudadanos.

Para el caso español, la Constitución, en su art. 1, determina que “España se constituye en un Estado social y democrático de derecho, que...”. Es decir, la C.E. conceptúa al Estado como agente activo en lo social y no neutro frente a situaciones de desigualdades y desequilibrios económicos.

La existencia del Estado Social, fundamentado en sus actuaciones, a partir del “Contrato Social”, lleva implícito la puesta en marcha de mecanismos tendentes a corregir desequilibrios, que por sí solos, y en función de la oferta y la demanda, difícilmente llegarían al equilibrio económico deseado. La “mano invisible” que decía Adam Smith no actúa en este tipo de mercados, ni con este tipo de bienes. Son bienes que por sus características no son atractivos para ser suministrados por la iniciativa privada, al menos en toda su amplitud. Estos bienes dan lugar a los denominados “bienes públicos” puros, cuando la oferta sólo puede realizarse desde el ámbito público (p.e. justicia, defensa...), y “bienes sociales o preferentes”, cuando la oferta se realiza desde el ámbito público por decisión normativa, pero también podría realizarse desde el ámbito privado (p.e. sanidad, educación...).

Desde los sistemas de Seguridad Social de tipo profesional, a los sistemas de Seguridad Social de carácter universal, los Estados han realizado ingentes esfuerzos para conseguir las mayores cotas de bienestar para sus ciudadanos. En este ámbito, podemos insertar la evolución de nuestro sistema sanitario, hemos pasado de un sistema de S.S. de carácter profesional con un fuerte componente contributivo y muy desmembrado (antiguas mutuas profesionales), a un sistema de S.S. de carácter universal no contributivo y con un alto grado de homogeneidad.

La Constitución establece, en su art. 43, el derecho a la protección de la salud como un derecho de carácter subjetivo, es decir por ser sujeto y ciudadano. En consecuencia, el propio Estado se obligó a legislar al respecto, promulgando la LGS como la herramienta que permitiría la configuración de un SNS de carácter universal, equitativo, público y financiado públicamente vía impuestos.

La Constitución, en su art. 41, establece asimismo que se “mantendrá un régimen público de Seguridad Social que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”, complementado por el mencionado art. 43, donde se establece “el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos”.

De otro lado, el art. 149.17, determina que el Estado tiene competencias exclusivas sobre la “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas”.

Por último, la Ley General de la Seguridad Social, en su art. 38, punto 1. a), define dentro de la “acción protectora del ámbito de la Seguridad Social la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo”.

A partir de estos preceptos, la protección a la salud de todos los ciudadanos se establece como un derecho de carácter subjetivo en el ordenamiento español, y en consecuencia la asistencia sanitaria tiene la consideración de “bien público” no

puro, o mejor “bien social o preferente”, y en su concepción constituye uno de los pilares básicos del Estado de Bienestar, reforzando el principio establecidos en los artículos 1.1 y 9.2 de la Constitución.

Por otra parte, la Constitución también establece otros preceptos que inciden de forma sustancial en la organización de los servicios sanitarios, cuales son los referidos a la estructura administrativa y política del Estado. El Título VIII del texto constitucional, diseñó una nueva organización territorial del Estado, y organiza las atribuciones y competencias del Estado sobre la base de la institucionalización de las Comunidades Autónomas. En este orden, en los últimos años, las Comunidades Autónomas han asumido las competencias efectivas en materia de sanidad, al asumir la gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en su ámbito geográfico, acercando los servicios de salud a las necesidades de los ciudadanos, tal y como el espíritu de nuestro ordenamiento constitucional pretendía hacer realidad en la construcción del Estado de las Autonomías.

La Ley General de Sanidad creó el Sistema Nacional de Salud, fundamentado en los principios de universalidad, equidad, público y financiado con recursos públicos vía impuestos, y lo definió como “el conjunto de los servicios de salud de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las AA.LL., convenientemente coordinados”. Esta características de nuestro sistema sanitario, la descentralización en su gestión, sin ninguna duda ha acercado los servicios a los ciudadanos, haciendo esto compatible con los principios de universalidad, equidad, de coordinación y de cohesión del conjunto del sistema. A partir de las premisas marcadas por la L.G.S., incluida la forma de financiación, la asistencia sanitaria pasa a convertirse en una prestación de la S.S. de carácter no contributivo, que se presta a través de un SNS único y homogéneo, descentralizado en su gestión.

En este punto, sería necesario diferenciar lo que pueda suponer la necesidad de financiación en función de las demandas de salud de los ciudadanos; de los costes que se puedan originar; y del origen de los recursos para financiarlos.

En nuestro caso, hemos decidido que el origen de los recursos sean impuestos de carácter general, y esta circunstancia provoca no pocos debates asociados a la idoneidad de la fórmula, considerando que la equidad tiene múltiples aserciones y que la suficiencia también puede ser puesta en tela de juicio en función de que criterios son los que la determinan. En todo caso, las administraciones públicas están obligadas a que la salud de sus ciudadanos este protegida, de acuerdo a lo establecido en el ya referido art. 43 de la Constitución, y por tanto a que la provisión y la financiación sean públicas (para la producción se establece que sea preferentemente pública).

El sistema asistencial público, independientemente de la Comunidad Autónoma donde se ubique, ha de tener suficiencia financiera adecuada a las necesidades prestacionales que le son inherentes, por la amplitud de los servicios que presta y por la calidad de los profesionales que le atienden. Hemos de conseguir que el Sistema Nacional de Salud siga siendo un referente de excelencia

y calidad, así como de colaboración y solidaridad con las necesidades que puedan surgir en relación a los ciudadanos de cualquier parte del Estado.

Los Sistemas de Salud no solo son la parte asistencial personalizada en profesionales y recursos físicos, sino que de forma directa, y desde el punto de vista económico, constituyen una potente herramienta de carácter redistributivo, configurándose como uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar. Bajo este prisma debemos entender en este momento el debate planteado sobre el modelo de financiación autonómica y de la sanidad.

Desde que se iniciaron los procesos de transferencias de la gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en 1981, hasta el uno de enero del año 2002, muchas han sido las fórmulas que han permitido su financiación. Desde transferencias finalistas desde la TGSS a las CC.AA., de acuerdo al coste efectivo de los servicios, pasando por fórmulas de carácter capitativo en función de la población, introducción de criterios correctores para equilibrar déficit, aplicación de fórmulas para el cálculo de la suficiencia estática, o el cálculo de la suficiencia dinámica en función del crecimiento del PIB (1998-2001), hasta la integración de los recursos dedicados a la asistencia sanitaria como parte integrada del total de financiación de las CC. AA. (2002).

Ni siquiera la aplicación de factores correctores que permitiesen la suficiencia dinámica (incremento de PIB o evolución del ITE), ha evitado la inestabilidad de los diferentes modelos de financiación. Esto originó en su momento a largo del periodo 1977-2001, y hasta la consumación del total de las transferencias al conjunto de las CC.AA., un largo y esclarecedor debate, debate en donde surgió la diversidad de planteamientos entre los defensores que pretendían el mantenimiento de una financiación finalista, frente a los que propugnaban la integración en el conjunto de la financiación de la C.A., y además, aprovechando la finalización de la vigencia del modelo de aquel momento, y el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria de la S.S. a las CC.AA. que no tenían esta competencia, se diseñó un nuevo modelo. Modelo que integro ambas posiciones y trató de ofrecer una respuesta coherente a las necesidades financieras de las CC.AA., y esta respuesta, se intento plasmar a través de lo que se ha denominado “formulas de corresponsabilidad fiscal”, las cuales pretendían desplazar sobre las CC.AA. la responsabilidad de obtener sus propios ingresos, introduciendo así una restricción a sus demandas de recursos, con la idea de conferir estabilidad al sistema.

En una configuración de Estado Autonómico como el establecido en la Constitución Española, con un alto grado de descentralización, es necesario tener definido el modelo de financiación autonómica, para hacer compatible la igualdad de derechos y deberes, que es consustancial con la pertenencia a una misma comunidad política (Estado), con el autogobierno de las realidades territoriales que la integran (CC.AA.).

En definitiva, se trata de hacer compatibles unión y libertad, cohesión y diversidad, integración y pluralismo, autonomía y solidaridad.

En el terreno de la financiación de las CC.AA., se trata de hacer realidad dos objetivos: autonomía e igualdad. “Autonomía”, en el sentido de que en el terreno de la financiación deben tomarse las decisiones de manera que las CC.AA. tengan la máxima capacidad de decisión posible. “Igualdad”, en el sentido de, que puesto que pertenecemos a la misma comunidad política (Estado), no sería aceptable que los ciudadanos de un territorio, por el hecho de que ese territorio tenga menor capacidad de generar riqueza, tuvieran que soportar un mayor esfuerzo fiscal (soportar mayor presión fiscal) para recibir los mismos servicios que otros ciudadanos de otras realidades económicas, o recibir menos servicios, realizando el mismo esfuerzo fiscal. En este diseño, el Estado debe seguir teniendo entre sus competencias, aquellas que permitan hacer efectiva la función de redistribución, dejando en el ámbito de las CC.AA. la función de asignación.

Para el caso de Castilla-La Mancha, y según lo establecido en por el R.D. 1476/2001 de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, de acuerdo al Art. 149.1.17ª que “reserva al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad social”, al Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, aprobado por Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, y reformado por las Leyes Orgánicas 7/1994, de 24 de marzo, y 3/1997, de 3 de julio y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. De igual forma, y en línea con la idea de acercar los servicios a los ciudadanos, he de referirme a la Ley 24/2002, de 5 de diciembre de Asistencia Sanitaria, los sucesivos decretos de garantía de tiempos máximos de respuesta y prestaciones garantizadas, el Decreto 8/2003, de 20 de enero, de Registro de pacientes en lista de espera y el Decreto 180/2005, de 2 de noviembre, del derecho a la segunda opinión médica. Todo este conjunto de normativas han dado como resultado la configuración de un Servicio Regional de salud, el SESCAM, que ha permitido dar a los ciudadanos una asistencia cercana y de calidad.

Un factor esencial para hacer efectivo el “derecho a la protección de la salud” es el referido a los recursos económicos. El actual modelo de financiación autonómica, se rige por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, ley que es de aplicación a las CC.AA. de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Los principios generales que le inspiran: estabilidad, es decir se pretende duradero en el tiempo, con la finalidad de dar continuidad y seguridad a las CC.AA. en sus previsiones de planificación y gasto; generalidad en su aplicación al total de CC.AA. de Régimen Común; suficiencia, autonomía, y solidaridad. Suficiencia como forma de garantizar los recursos suficientes para financiar los servicios transferidos y autonomía en la forma de gastarlos; autonomía suficiente como para que el conjunto de las CC.AA. puedan decidir sus políticas de gasto y, en cierto aspectos, las de ingresos; solidaridad en la prestación de un nivel equivalente de los servicios, al margen de la capacidad de generar recursos fiscales de cada Comunidad Autónoma.

El sistema de financiación plantea un nuevo impulso en la utilización de las fuentes tributarias, para financiar la actividad de los gobiernos regionales, con un marco temporal más estable y con la incorporación de la financiación de las competencias sanitarias y de servicios sociales al sistema general de financiación, aunque de forma diferenciada y con orientación finalista dentro del conjunto del sistema.

A partir de la aplicación de este modelo, la A.G.E., no habilita recursos para la asistencia sanitaria con carácter general y finalista para las CC.AA., en todo caso reconoce una mayor o menor necesidad de financiación que computará en las necesidades totales de financiación de la C.A. correspondiente. La A.G.E., si puede habilitar recursos para planes específicos o políticas concretas relacionadas con la atención sanitaria de forma específica para una C.A. o con carácter general para todas ellas.

En la medida en que se considere prioritario el gasto sanitario desde el punto de vista social o se constate su coste de provisión creciente, la A.G.E. debe garantizar a las administraciones que gestionan estas competencias, a través de los mecanismos más idóneos, una financiación adecuada, incentivando además los elementos de gestión eficiente que permitan alcanzar una cohesión territorial elevada. En cualquier caso, es necesario partir de la base de que el equilibrio en términos dinámicos entre las necesidades de gasto y los recursos financieros asignados a las Comunidades Autónomas constituye la pieza fundamental de un sistema estable.

Se trata de conseguir entre todos la consolidación de un modelo que debe ser más integral, más sostenible y con una mayor capacidad de adaptación a los cambios que se vienen produciendo en nuestro entorno: envejecimiento demográfico, inmigración, nuevas patologías emergentes, profundos cambios sociales y culturales en la población, con unos ciudadanos cada vez más exigentes, informados y responsables, que desean ser copartícipes en el proceso de atención a su enfermedad.

La aparición e incorporación de nuevos avances científicos y tecnológicos que pueden condicionar el sostenimiento económico del sistema, supone también la toma en consideración de una serie de factores externos que podrían valorarse como una amenaza para su continuidad, pero que debieran ser contemplados como oportunidades de mejora, retos para incorporar los cambios necesarios que garanticen el mantenimiento de nuestro sistema sanitario.

Cambios necesarios y profundos en las fórmulas de financiación, gestión y provisión de los servicios sanitarios. Esto a su vez va a exigir acciones audaces, estratégicas e innovadoras por parte de los responsables públicos, y buena voluntad para acompañar el cambio por parte de todos los agentes comprometidos e implicados en la prestación de los servicios sanitarios: ciudadanos y pacientes, técnicos, trabajadores y empleados, profesionales, gestores, organizaciones sociales e industria sanitaria.

Nuestro sistema sanitario público, como bien saben la mayoría de ustedes, encuentra su legitimación a través de un conjunto de valores esenciales: la solidaridad, la equidad, la calidad y la eficiencia. Solidaridad, como sistema público, porque los ingresos proceden de todos; equidad, porque el gasto se orienta hacia quienes más lo necesitan; calidad en todas las vertientes y aspectos del proceso de atención sanitaria; y eficiencia en el sentido de que todas sus actuaciones están dirigidas a optimizar y hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles para conseguir mejoras de rendimiento y resultados.

La descentralización de la asistencia sanitaria nos debe, por tanto, mover a buscar instrumentos que nos permita mejorar la eficacia, la eficiencia, la calidad y la cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud y abordar con garantías los nuevos retos que he comentado anteriormente. La asistencia sanitaria descentralizada permite una mayor agilidad a la hora de adoptar nuevas iniciativas y decisiones para afrontar los retos y cambios que inciden en el futuro de la sanidad no sólo en España, sino en el conjunto de los países desarrollados.

Los ciudadanos, independientemente de la C.A. donde residan, con las transferencias, no solo han mejorado su percepción de la asistencia sanitaria que reciben, sino que también de la sanidad pública como derecho básico de un Estado de Bienestar, que debe prestarse de manera equitativa y solidaria, bajo los principios de calidad, cercanía y confort.

Debemos trabajar para perfilar un nuevo contrato social, desde las administraciones públicas, con los ciudadanos y con los profesionales que siga garantizando a las generaciones futuras el acceso a la asistencia sanitaria como un derecho fundamental y un elemento esencial de la dignidad humana.

Se habla mucho de la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud y, entiendo que es bueno que se hable y que se debata esta cuestión, para garantizar la necesaria suficiencia económica de nuestra sanidad pública, pero al mismo tiempo también es importante avanzar en otras medidas que nos lleve a garantizar, también, la sostenibilidad social de nuestro sistema sanitario.

Una sostenibilidad social que permita en el futuro, que nadie pueda discutir los valores ya clásicos que inspiran nuestras Leyes, en el contexto del derecho a la protección de la salud: universalidad, equidad, financiación Pública, provisión mayoritariamente pública de los servicios, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y atención de calidad ante la pérdida de salud. Valores que debemos acompañar con otros, más generales pero que personalmente también considero básicos: Transparencia en la acción, talante democrático, voluntad de escuchar a todos los agentes y valorar los diferentes puntos de vista, compromiso político con todos los ciudadanos para mejorar constantemente nuestra sanidad pública y responsabilidad a la hora de fijar prioridades, porque queremos que los ciudadanos nos juzguen por lo que hemos hecho y no por inmovilismo.

2. GESTIÓN SANITARIA: ALGUNOS DATOS

Presupuestos en Sanidad (Consejería + Servicios Regionales)					
	2003	2004	2005	2006	2006/03
Andalucía	6.157,61	6.643,72	7.215,37	8.444,34	37,14
Aragón	1.150,04	1.226,96	1.337,95	1.526,08	32,70
Asturias (Principado)	1.026,16	1.111,78	1.223,75	1.314,86	28,13
Baleares (Islas)	682,17	696,45	977,49	1.037,67	52,11
Canarias	1.561,92	1.744,97	2.019,43	2.330,11	49,18
Cantabria	568,74	599,23	639,76	691,85	21,65
Castilla y León	2.230,11	2.424,19	2.612,91	2.848,48	27,73
Castilla-La Mancha	1.635,83	1.767,15	1.954,07	2.188,44	33,78
Cataluña	5.594,18	6.618,15	7.231,32	7.952,78	42,16
Comunidad Valenciana	3.259,48	3.713,23	4.163,97	4.609,28	41,41
Extremadura	1.002,73	1.091,25	1.225,85	1.334,56	33,09
Galicia	2.381,83	2.594,04	2.869,50	3.174,38	33,27
Madrid (Comunidad de)	4.568,07	5.069,68	5.525,04	6.071,42	32,91
Murcia (Región de)	1.043,63	1.131,61	1.286,04	1.418,77	35,95
Navarra (Comunidad Foral de)	600,30	639,49	673,71	731,76	21,90
País Vasco	2.005,00	2.191,63	2.333,81	2.553,64	27,36
Rioja (La)	287,46	325,93	356,59	422,46	46,96

Tabla 1. Presupuestos en Sanidad 2003-2006. Fuente: MSC, Elaboración propia.

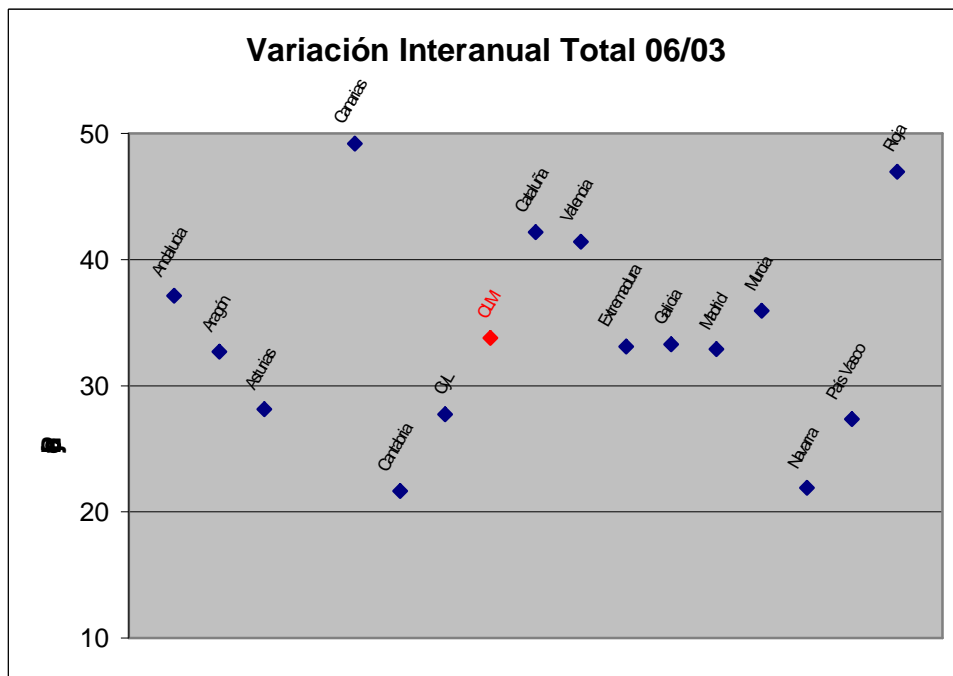


Gráfico 1. Variación Interanual total 2006/03

La evolución lógica del gasto sanitario sitúa la asignación de créditos presupuestarios en un importante crecimiento sostenido, pero si a este fenómeno evolutivo, añadimos la necesidad de reequilibrar la situación de déficit sanitario en que se encontraba el equipamiento sanitario de castilla-la mancha, y teniendo en consideración la prioridad que para los gobiernos de la JCCM ha representado la sanidad en el ámbito de implantación y desarrollo de las políticas públicas, es comprensible que el esfuerzo sostenido de gasto sanitario se sitúe en un 33,78% en el periodo indicado.

En relación al comparativo de gasto con alguna de las CC.AA., podemos observar que sobre el gasto de Castilla-La Mancha, se encuentran las Islas. En ambos casos con condicionantes específicos asociados al transporte sanitario que dispara el gasto en su conjunto, y las C.A. de Cataluña y Valencia, donde las formas de gestión diferenciadas del resto también incrementan de forma significativa los recursos dedicados a sanidad. Ésta misma circunstancia acontece, aunque en menor medida, con Andalucía. El caso de La Rioja es un caso singular en cuanto al incremento que se ha producido.

Si analizamos el esfuerzo de gasto, considerando los incrementos anuales en relación al incremento de crecimiento del PIB en la C.A, el dato es significativo, mientras que la tasa media de crecimiento del PIB en el periodo 2003-2005 fue del 3,45%, el crecimiento medio del presupuesto dedicado a sanidad fue del 9,31%. Si consideramos hasta el 2006, el crecimiento ha sido del 10,20%. En términos de elasticidad, como la relación entre el incremento del presupuesto sanitario en relación al incremento del PIB, en el 2005 tendríamos una elasticidad de 2,69, muy por encima del 1 considerado como óptimo.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	77,48	78,14	78,14	78,18	78,13	78,51
Aragón	78,74	79,51	79,52	79,70	79,67	79,73
Asturias	78,08	78,45	78,93	78,98	78,72	79,22
Baleares	78,07	78,71	79,01	79,34	79,65	79,79
Castilla y León	79,51	79,94	80,20	79,97	80,13	80,55
Canarias	77,28	77,85	78,01	78,53	78,50	78,47
Cantabria	78,75	78,88	79,64	79,40	79,74	79,98
Cataluña	78,56	79,28	79,29	79,49	79,52	79,94
Ceuta y Melilla	76,32	77,74	77,63	77,18	77,26	77,71
Castilla-La Mancha	79,33	79,88	79,60	79,82	79,96	80,22
Extremadura	78,34	78,61	78,82	78,98	78,63	79,24
Galicia	78,66	78,84	79,23	79,31	79,30	79,86
Madrid	79,54	79,77	79,87	80,10	79,97	80,46
Murcia	77,66	78,30	78,58	78,57	78,78	79,06
Navarra	79,53	79,95	80,32	80,07	80,24	80,60
País Vasco	78,92	79,16	79,49	79,51	79,67	80,03
Rioja (La)	78,84	79,96	79,70	79,84	79,86	80,54
Valencia	77,94	78,77	78,70	78,78	78,91	79,38
España	78,36	78,90	79,00	79,11	79,14	79,53

Tabla 2. Esperanza de vida la nacer según Comunidad Autónoma en España. 1999-2004. Fuente: Consejería de Sanidad, JCCM.

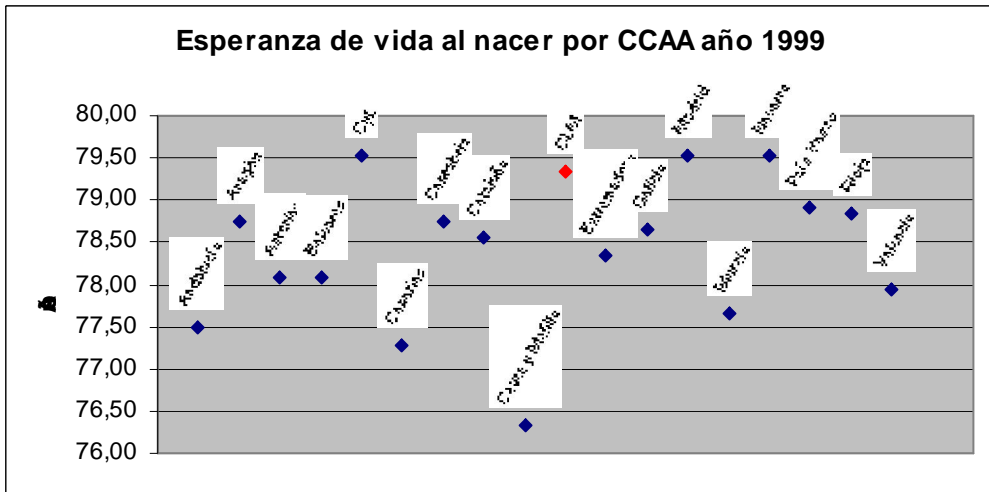


Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer por CC.AA. 1999.

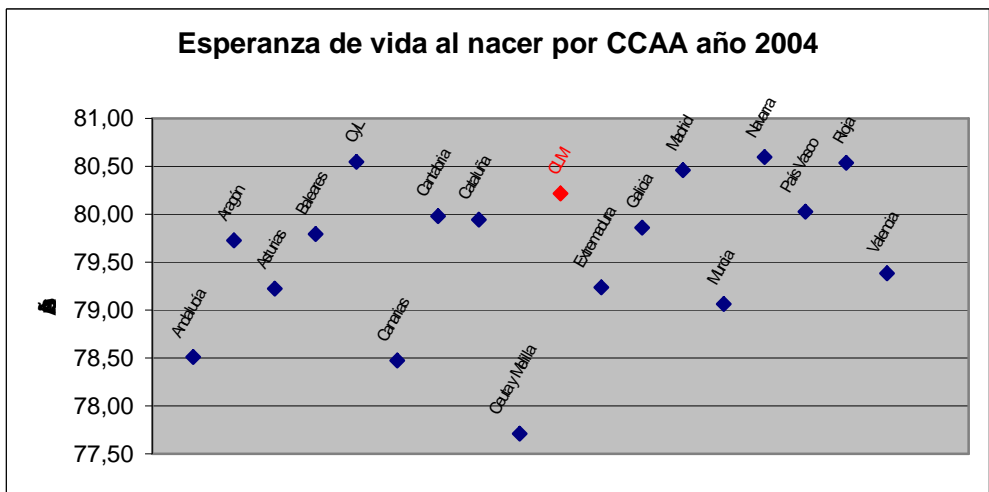


Gráfico 3. Esperanza de vida al nacer por CC.AA. 2004.

Analizar los resultados de salud en tan corto periodo de tiempo, no permite obtener conclusiones determinantes que faciliten la interpretación de los datos de forma más o menos favorable, y menos en un dato como el que nos ocupa. Sin

embargo, si que nos permite interpretar una tendencia positiva en la evolución de la esperanza de vida.

También es cierto que no solo la mejora en la capacidad asistencial incide en alargar la vida, sino que esta se ve complementada por otro tipo de políticas públicas que inciden directamente sobre la salud (medio ambiente, educación- estilos de vida, consumo, etc.).

En conclusión, una parte muy importante para conseguir este alargamiento en la vida, se debe a una mejora en la asistencia sanitaria, por rapidez en el diagnóstico y por la calidad, equipamiento e instalaciones.

CC.AA.	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	5,19	4,96	4,61	4,86	4,41	4,75	4,89
Aragón	5,85	5,95	5,03	4,92	4,55	4,1	4,71
Asturias (Principado de)	3,82	3,42	5,4	4,31	5,49	4,16	4,63
Balears (Illes)	4,29	4,74	5,38	3,93	3,57	4,36	3,4
Canarias	4,9	6,43	5,19	4,21	4,88	6,09	4,46
Cantabria	1,99	2,07	1,87	3,51	3,08	3,56	3,28
Castilla - La Mancha	3,64	4,01	4,05	3,27	2,88	3,35	2,57
Castilla y León	4,04	4,03	2,56	4,92	3,87	3,54	3,61
Cataluña	4,41	3,48	3,27	3,38	2,98	3,24	3,36
Ceuta	10,78	10,04	3,06	10,75	5,91	5,66	6,02
Comunidad Valenciana	3,92	3,51	3,69	3,8	3,59	2,96	3,59
Extremadura	4,57	4,93	4,44	3,27	3,51	3,64	4
Galicia	2,5	4,17	3,62	4,14	3,87	3,15	3,4
Madrid (Comunidad de)	3,67	4,1	3,8	3,64	3,98	3,98	5,34
Melilla	8,69	5,44	7,94	9,53	10,84	2,01	7,05
Murcia (Región de)	7,33	6,83	5,47	6,2	5,96	5,4	4,84
Navarra (Comunidad Foral de)	1,95	3,99	2,98	2,59	2,1	4,45	2,1
País Vasco	4,82	3,06	3,4	3,36	3,22	3,68	2,71
Rioja (La)	6,15	3,84	5,39	5,43	4,53	3,74	4,61

Tabla 3. Tasa Bruta de Mortalidad Infantil por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: MSC, Consejería de Sanidad JCCM.

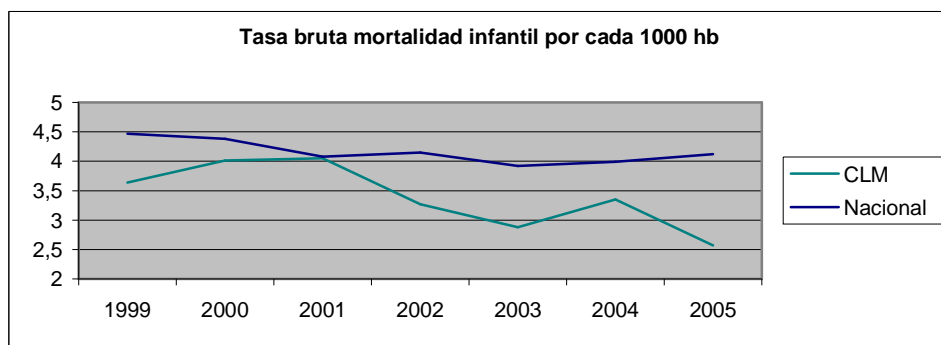


Gráfico 4. Tasa Bruta de Mortalidad Infantil por cada 1.000 habitantes comparada.

Como todo análisis de resultados en salud, la mortalidad infantil, también requiere de largas series para analizar adecuadamente los resultados de las políticas que se implantan.

Si observamos la tabla, ampliada antes de recibir la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria (1999-2004), nuestra CC.AA. tenía una tasa de mortalidad infantil superior a la existente en el Estado en su conjunto. A partir de 2002 (año de las transferencias), nuestra tasa tiende a disminuir, pasando a estar por debajo de la tasa nacional.

En el año 2004 se produce un repunte, pendiente de analizar pues puede ser debido a un importante incremento de la población inmigrante y las connotaciones que ello supone en cuando a la “cultura” de permitir aceptar determinados servicios o políticas asociadas al embarazo y el parto.

En todo caso, la mejora en su conjunto es significativa, y evidencia lo positivo de la vigilancia durante el pre-parto y en el parto, además las atenciones post-parto vienen a confirmar unos resultados favorable y en línea con las previsiones de acuerdo a las políticas establecidas.

Peso Medio Hospitales SESCAM	2001	2002	2003	2004	2005
	PM01	PM02	PM03	PM04	PM05
C. H. de ALBACETE	1,4425	1,5119	1,5282	1,5992	1,6697
H. HELLIN	1,1275	1,0822	1,1268	1,136	1,1611
H. SANTA BARBARA	1,2463	1,2472	1,2722	1,2763	1,3206
H. GUTIERREZ ORTEGA	1,1848	1,2426	1,3066	1,3399	1,3934
C.H. CIUDAD REAL	1,394	1,4325	1,4466	1,4448	1,5392
C. H. MANCHA CENTRO	1,3631	1,3767	1,3668	1,4553	1,5496
H. GRAL. V. DE LA LUZ	1,2163	1,2304	1,1899	1,1796	1,2283
H. GRAL U. GUADALAJARA	1,3192	1,3384	1,346	1,3412	1,4612
H. NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	2,8434	2,386	2,4585	2,4757	2,8526
H. NUESTRA SEÑORA DEL PRADO	1,395	1,407	1,4309	1,4541	1,5199
C. H. TOLEDO	1,4415	1,3768	1,4392	1,4598	1,5493
SESCAM	1,3721	1,3795	1,3984	1,4278	1,5084

Tabla 4. Complejidad Hospitalaria. Fuente: SESCAM.

Peso Medio Hospitales SESCAM	2001	2002	2003	2004	2005
SESCAM	1,3721	1,3795	1,3984	1,4278	1,5084

Tabla 5. Peso medio de hospitales del SESCAM. Fuente: SESCAM.

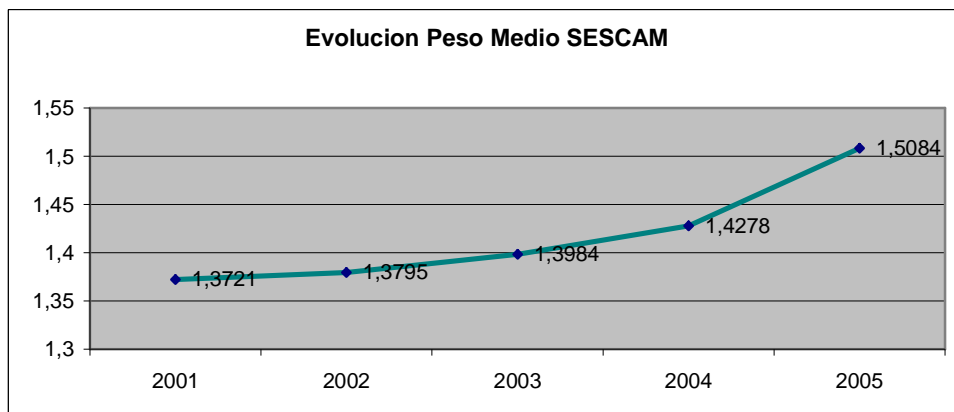


Gráfico 5. Evolución peso medio de Hospitales del SESCAM.

Uno de los aspectos más significativos para analizar los resultados del esfuerzo inversor, en todos los ámbitos, que se ha realizado por parte de la JCCM a través del SESCAM, es el que se puede concluir a partir de la evolución del grado de complejidad hospitalaria, o lo que es lo mismo, la implantación o el incremento de procesos complejos que se realizan en sus hospitales. Este dato es significativo, habiendo pasado de una complejidad de 1,3121 en el año 2001, a 1,5084 en el año 2005.

Pacientes de CLM atendidos en Hosp. Públicos fuera de nuestra comunidad					
	2002	2003	2004	2005	2005-2002
ANDALUCIA	232	203	246	262	30
ARAGON	206	242	209	297	91
ASTURIAS	11	11	22	15	4
BALEARES	35	33	26	50	15
CANARIAS	5	9	6	3	-2
CANTABRIA	14	12	17	8	-6
CYL	100	96	92	76	-24
CATALUÑA	217	229	226	533	316
VALENCIA	1.082	1.120	1.043	1.018	-64
EXTREMADURA	28	41	36	62	34
GALICIA	32	32	31	41	9
MADRID	8.493	6.691	6.785	6.189	-2304
MURCIA	734	762	682	684	-50
NAVARRA	5	9	7	14	9
PAIS VASCO	15	16	16	11	-4
LA RIOJA	3	2	12	6	3
CEUTA	3	4	5	4	1
MELILLA	-	2	1	1	1
Total	11.215	9.514	9.462	9.274	-1941

Tabla 6. Pacientes desplazados con asistencia programada. Fuente: SESCAM.

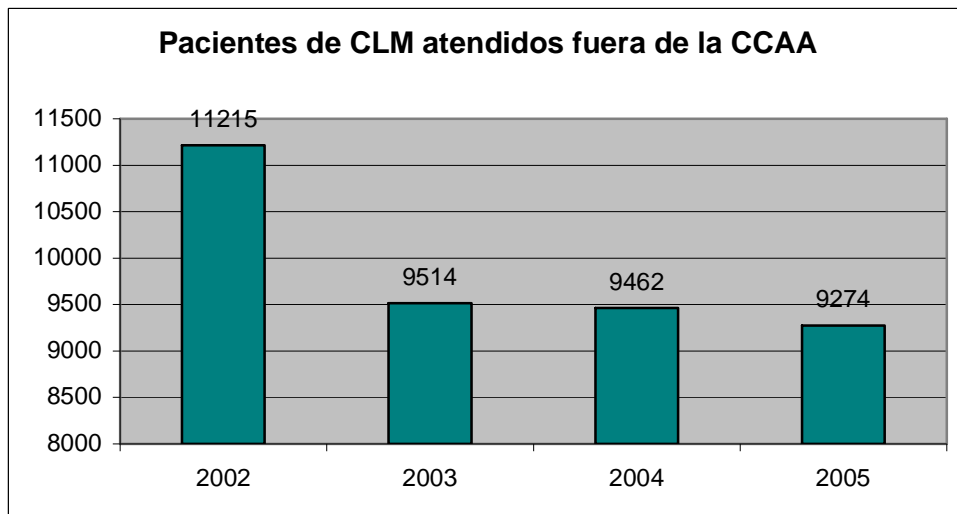


Gráfico 6. Pacientes de C-LM atendidos fuera de la CC.AA.

La evolución de asistencia a desplazados fuera de la C.A. es otro de los datos significativos para entender en que forma se expresa el buen hacer de las inversiones.

Aún en el año 2002, los ciudadanos que se veían obligados a desplazarse para ser tratados de determinadas patologías, superaban los 11.000, en el año 2002, esta cifra se veía reducida a 9.274 en 2005. Es decir un 17% menos de desplazados. Los desplazados eran atendidos mayoritariamente en Madrid y en Valencia.

3. CONCLUSIONES

El análisis de los datos incluidos en este trabajo, y de acuerdo con el objetivo de partida, de analizar la situación de equidad en que se encuentran los ciudadanos de Castilla-La Mancha en relación a la asistencia sanitaria, nos induce a considerar que uno de los objetivos que se pretendían con los procesos transferenciales de acercar las decisiones a las necesidades de los ciudadanos, se han cumplido, al menos en los aspectos analizados en estas páginas.

Hay una menor necesidad de que ciudadanos de Castilla-La Mancha sean tratados fuera de la C.A., entre otras por las siguientes razones: Existen más recursos sanitarios en la C.A.; existe una mejor y mas dotación de alta tecnología; los centros asistenciales tienen una mayor capacidad resolutoria; esta mejora del sistema sanitario y el esfuerzo en acercarle a los ciudadanos, da como resultado una

menor tasa de mortalidad estandarizada, una menor mortalidad infantil y en consecuencia una mas alta esperanza de vida.

El gobierno de la JCCM ha dado prioridad a los servicios sanitarios de forma importante desde que dispone de la responsabilidad en la gestión de la asistencia sanitaria, y ha priorizado para hacer efectivos los principios de universalidad y equidad orientados al conjunto de los ciudadanos de la C.A., dedicando importantes recursos a dotar y acercar los servicios sanitarios a los ciudadanos, y en consecuencia ha dedicado unos recursos que han crecido a una tasa media del 10,20% (2006-03), en tanto que el PIB ha crecido a una tasa media del 3,33% (2005-02) (no disponemos aún del avance del PIB del 2006). Observando los resultados en salud y la mejora en la cercanía de los servicios, podemos concluir que el esfuerzo financiero realizado en el sector público sanitario está en vías de conseguir los objetivos previstos.

