

Desigualdades territoriales en materia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud español: entre la diversidad deseable y las desigualdades evitables*

Laura Cabiedes Miragaya, Nantes, Noviembre de 2010

Memoria del Proyecto de Investigación desarrollado con el apoyo del Subprograma de Estancias de Movilidad de Profesores e Investigadores en Centros Extranjeros de Enseñanza Superior e Investigación, modalidad “Salvador de Madariaga” (referencia PR 2009-0370) y de la *Maison des Sciences de l’ Homme Ange-Guépin*, Nantes.

* Si bien cualquier posible error en este trabajo es de mi total responsabilidad, expreso mi agradecimiento por su apoyo intelectual a Denis Bouget (*Maison des Sciences de l’ Homme Ange-Guépin*, Nantes); Anne-Chantal Hardy (*Maison des Sciences de l’ Homme Ange-Guépin*, Nantes); François Tuffraut (Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire) y Vicente Ortún (Universidad Pompeu Fabra).

First Draft; please, do not quote without author’s permission

ÍNDICE

1. Introducción	p. 3
2. Antecedentes en la literatura acerca de las desigualdades relacionadas con la salud, con especial referencia a la dimensión regional	p. 9
3. Método	p. 18
4. Principales resultados empíricos y discusión	p. 29
4.1. Estructura - Dotación de recursos.....	p. 29
4.2. Actividad	p. 50
4.3. Resultados relacionados con la salud	p. 57
5. Conclusiones	p. 103
6. Referencias bibliográficas	p. 109

1. Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de las disparidades territoriales en materia sanitaria, en el marco del sistema sanitario público español. Se pretende valorar en qué medida y en qué sentido el proceso de descentralización territorial de la gestión sanitaria (iniciado en 1981 y plenamente culminado en 2002) ha influido en el funcionamiento de la sanidad española, entendido en sentido amplio y no sólo en relación a la salud de la población. Con este fin, se utilizarán y/o diseñarán indicadores relacionados lo más directamente posible con el funcionamiento del sistema sanitario: entre otros, mortalidad evitable; calidad de vida y estado autopercibido de salud; satisfacción de la ciudadanía con el funcionamiento del sistema sanitario público; calidad/seguridad del sistema; realización de actividades sanitarias altamente efectivas y, por tanto, deseables y, por último, aspectos estructurales asociados a la dotación de algunos recursos.

El proceso de descentralización territorial de la gestión de la atención sanitaria en España comienza antes de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad (1986), ley de la que resulta un cambio de gran calado en el sistema sanitario público español, en la medida en la que el sistema de Seguridad Social pasa a regirse como un Sistema Nacional de Salud (SNS), de carácter universal. El proceso de descentralización territorial en materia de gestión sanitaria se inicia en 1981 en Cataluña, con apoyo en la Constitución española de 1978. Desde entonces, y hasta 1994, otras seis Comunidades Autónomas (CCAA) gozarán de autonomía en la gestión del gasto sanitario, que no de los ingresos, ya que todos los recursos procedían de un fondo central. Se trata de Andalucía, País Vasco, la Comunidad Valenciana, Navarra, Galicia y las Islas Canarias.

En 2002, todas las CCAA que carecían de autonomía en la gestión de la atención sanitaria recibieron las competencias, a partir de un proceso llevado a cabo en una agenda muy apretada que duró alrededor de un año. Seguramente la garantía del *statu quo* en cuanto a los recursos de los que venían disfrutando agilizó el proceso, que se convirtió, de hecho, en un “juego de suma positiva”, articulado en torno a negociaciones bilaterales. En paralelo, se reformó la Ley de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), una Ley Orgánica; la norma de mayor rango

en el marco jurídico español, tras la Constitución. La plena descentralización de la gestión sanitaria se condicionó a la introducción de un mínimo de co-responsabilidad fiscal en la obtención de ingresos, inexistente hasta entonces en materia de financiación sanitaria. Paralelamente, la sanidad quedó incluida, junto con la educación y los servicios sociales, en el modelo general de la LOFCA, del que hasta entonces había quedado excluida. La evolución del gasto sanitario en cada territorio quedó establecida en términos de un mínimo, si bien sólo por un período de tres años, de modo que, desde 2005, cada Comunidad Autónoma (CA) puede decidir la cuantía de recursos que destina a la sanidad. En este sentido, se considera que la sanidad quedó “desafectada”. En resumen, la sanidad pública española pasó de regirse por un modelo en el que “uno recauda, algunos gestionan y todos gastan”, a otro en el que “todos recaudan, todos gestionan y todos gastan”.

Con vistas a mantener la cohesión del SNS español, ya plenamente descentralizado, en mayo de 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, incomprensiblemente después del propio proceso de descentralización. Por su parte, en 2006 se estableció la cartera de servicios comunes que han de ser provistos en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio español (RD 1030/2006), respondiendo a la necesaria actualización de las prestaciones comunes, que hasta entonces venían recogidas en términos muy generales en una norma que databa ya de 1995.

El papel en el ámbito estrictamente sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo (hoy Ministerio de Sanidad y Política Social) quedó muy reducido desde entonces. Incluso el Instituto de Salud Carlos III, donde se venía centrando la investigación en materia sanitaria, fue transferido recientemente al Ministerio de Ciencia e Innovación. En estos últimos años se está reclamando un papel más activo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), órgano permanente, constituido en 1987, de coordinación, comunicación e información de los servicios de salud (autonómicos) que configuran el SNS español.

A su vez, conviene hacer referencia al cambio estructural de modelo, que condujo a la creación del SNS español en 1986, a través de la Ley General de Sanidad. Aunque la cobertura de la población alcanzaba ya entonces el 96 %, la

construcción del SNS trajo consigo, entre otros, importantes cambios de tipo cualitativo. Desde los años 70 se venían discutiendo propuestas de reforma del modelo, pero diversos factores retrasaron la aprobación de la ley hasta 1986, año en el que gobernaba el Partido Socialista Obrero Español (PSOE). Entre los obstáculos, cabe destacar que, hasta finales de los años 70, el sistema fiscal heredado del franquismo se caracterizaba por una presión fiscal muy baja y por un carácter marcadamente regresivo. Asimismo, se desconocía de qué recursos disponía realmente el sistema. Por último, la falta de consenso y la crisis económica contribuyeron a retrasar la reforma.

Cabe destacar que, tal y como documentó Ernest Lluch (Ministro de Sanidad y Consumo durante el período 1982-1986), hubo un intento de bloqueo del proceso de reforma, conocido con el nombre de “operación primavera”. El movimiento partió de algún sector relacionado con la Confederación Española de Empresarios (CEOE), fundada en 1977. En realidad, se trató de dos operaciones. Lluch llegó a disponer de documentación sobre la primera de ellas, cuyo escrito básico llevaba por título “Notas de una campaña destinada a la sensibilización de la opinión pública y de la Administración en torno al tema de la sanidad” (enero de 1984), en contra de la universalización de la sanidad pública. Su objetivo consistía en introducir modificaciones de gran calado en la Ley General de Sanidad. Se trataba de hacer primero una campaña subterránea que pareciera “producto de un esfuerzo colectivo”, negociando “... con auténtico sigilo con los grupos parlamentarios de la oposición”, para pasar después de las sensibilizaciones a una “agitación permanente”. Según Ernest Lluch, el fracaso de la “operación primavera” se debió a múltiples factores, siendo la primera causa “... que el intento de politización de la sanidad les pareció a muchos excesiva”. Curiosamente, fueron los sindicatos médicos y el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos quienes realmente impidieron el bloqueo (Cabiedes, 2003, p. 26). Cabría argumentar el fracaso del boicot, en la línea de M. Olson, en términos de cómo un cambio tan profundo como la transición a una democracia generó una transformación tal de las reglas del juego, que los sectores vinculados a la recientemente creada CEOE que pretendieron boicotear la reforma carecían entonces de la experiencia suficiente -en el marco de una democracia joven- para ejercer su presión como *lobby*, fracasando en su intento.

En suma, en poco menos de tres décadas, y a pesar de los obstáculos que la construcción del SNS sufrió en sus inicios, el sistema sanitario español ha venido experimentando cambios trascendentales que, en términos generales, han permitido situarlo, a nivel internacional, entre los sistemas sanitarios con prestaciones universales más amplias y mejores resultados en salud. Y todo esto, en el marco de un estado del bienestar, construido con una vocación abiertamente descentralizadora, en la medida en la que los pilares básicos se sitúan en el ámbito de las competencias autonómicas. En consecuencia, transcurridos casi 10 años desde la culminación del proceso de descentralización territorial en materia sanitaria y partiendo del juicio normativo de que un proceso de descentralización no constituye un fin en sí mismo, cobra interés particular valorar en qué medida y en qué sentido ha influido en el funcionamiento de la sanidad pública española.

Entre los argumentos a favor de los procesos de descentralización sanitaria, cabe distinguir los de carácter económico, político e histórico. En el primer ámbito, la literatura recoge la posibilidad, gracias a la disponibilidad de información más nítida y precisa, de proveer unos servicios “a medida”, adaptados a las condiciones, necesidades y preferencias de la ciudadanía y, en definitiva, la posibilidad de mejorar la efectividad de los servicios provistos. Cabe añadir que el gobierno a nivel local facilita el ensayo de fórmulas, pudiendo contribuir a la mejora de la calidad global del sistema, si las fórmulas que arrojan resultados positivos son tomadas como referencia de “mejor práctica”, en un proceso de emulación entre territorios. En el plano político, la descentralización, junto con la proximidad que conlleva, puede desencadenar, si se dan las condiciones adecuadas, una responsabilidad más personalizada sobre los resultados y un incentivo a un mejor gobierno y a una más eficiente gestión de los recursos. Por último, algunos aspectos históricos pueden explicar parte o la totalidad de un proceso de descentralización, como ocurre en el caso español con el sistema foral y el régimen fiscal diferenciado que acarrea o con la descentralización “a dos velocidades” que caracterizó durante tanto tiempo el proceso español.¹

¹ Análisis adaptado a partir de Mosca (2006).

Del mismo modo, en el lado de los argumentos en contra de los procesos de descentralización sanitaria, cabe mencionar la posibilidad de que generen, frente a cierta diversidad implícitamente deseable en este tipo de procesos, disparidades indeseables, en la medida en la que afecten directa o indirectamente a aspectos clave para la salud y la calidad de vida de las personas, sobremanera si tienen lugar en sistemas con vocación de universalidad y cohesión. En este terreno, cabría hablar de problemas de equidad geográfica. Asimismo, en función del sistema de financiación que acompañe al proceso de descentralización, es decir, del mecanismo empleado en la asignación territorial de los recursos, pueden surgir problemas tanto de equidad geográfica (debido a una asignación de los recursos opaca y apenas relacionada con las necesidades de la población) como de eficiencia (entre otras posibles causas, por la ausencia de una efectiva transferencia de riesgo y, por tanto, de incentivos a gestionar eficientemente los recursos). Por último, cabe mencionar que otros posibles frentes de pérdida de eficiencia se relacionan con el tamaño de la unidad territorial descentralizada, cuando no alcanza la dimensión necesaria para explotar economías de escala y de gama (tal y como indican López-Casnovas y Rico, 2003, pp. 322), o cuando conlleva, frente a la situación previa, una notable pérdida de poder de negociación, por ejemplo, de algunos suministros.

Es en el ámbito de la evolución de posibles disparidades indeseables (y, en principio, evitables) que afectan directa o indirectamente a aspectos clave para la salud y la calidad de vida de las personas, en el que se centra este estudio. Dado que se pretende analizar en qué medida y en qué sentido el proceso de descentralización territorial ha podido influir en la evolución de las disparidades, se seleccionaron o diseñaron indicadores a nivel autonómico, lo más directamente relacionados posible con el funcionamiento del sistema sanitario español, es decir, asociados a variables relevantes sobre las que el sistema sanitario tiene, en principio, posibilidades de influir.

El orden de exposición es el que sigue: en primer lugar, se presenta una revisión sintética de la literatura acerca de las desigualdades relacionadas con la salud. A continuación se presenta el método seguido en este estudio, en particular, el enfoque seguido y el porqué de los indicadores seleccionados. En el siguiente

apartado se recogen y discuten los principales resultados empíricos obtenidos. El trabajo se cierra con un apartado de conclusiones.

2. Antecedentes en la literatura acerca de las desigualdades relacionadas con la salud, con especial referencia a la dimensión regional.

El estudio de las desigualdades en salud goza de una larga tradición que se remonta al siglo XIX. La corriente de estudio más antigua se refiere a las diferencias en los niveles de salud entre distintas zonas geográficas, en particular, las constatadas en Francia, donde cabe mencionar el trabajo de L. R. Villermé sobre la mortalidad en diversos barrios de París (1830),² y en Gran Bretaña. El interés desencadenado, no sólo por la descripción de las desigualdades en salud de las personas en función del área geográfica de residencia, sino también por las teorías que pretendían explicar tales variaciones, facilitó la adopción de nuevas políticas sanitarias públicas, como fue el caso a partir de la prueba de John Snow de que el cólera era causado por la impureza del agua en Broad Street Pump en 1849 (Townsend, 1987, p. 38).

Más adelante, se inicia una corriente de investigación que centra la atención en la comparación entre grupos de individuos definidos por unas características socioeconómicas compartidas (como renta, categoría profesional, nivel educativo, etnia y, más recientemente, género) (Leon, 2001, p. 58) y que, por tanto, se desentiende de la dimensión geográfica como categoría de clasificación. Entre los primeros antecedentes cabe mencionar el empleo de los esquemas de clases sociales ocupacionales en Inglaterra y Gales para estudiar la mortalidad, a partir del Censo de 1921, no exentos de problemas a la hora de efectuar comparaciones, tanto en el tiempo como entre países (Leon y Walt, 2001, p. 8).

Dentro de la segunda corriente de investigación es obligado hacer referencia al conocido *Black Report* (1980), donde se analiza y compara la evolución de la salud entre clases ocupacionales en el Reino Unido. Entre los resultados obtenidos destaca el aumento de las desigualdades entre las clases más bajas y las más altas, para ambos sexos y para todas las edades, de las tasas de mortalidad, entre los años 50 y los años 70. Asimismo, se constatan diferencias en la utilización de

² Se trata de la obra *De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris*, citada por Guépin y Bonamy (1835, p. 454). Cinco años más tarde, Guépin y Bonamy aplicarán el análisis de Villermé a la ciudad de Nantes.

servicios, sobre todo de carácter preventivo (Black Report, 1980, p. 206). Tras aludir a las complejas relaciones de multicausalidad asociadas a la salud, se señala el entorno socioeconómico como uno de los posibles factores explicativos, incluidos los servicios sanitarios, en particular los de carácter preventivo (Black Report, 1980, p. 207). Entre las numerosas recomendaciones apuntadas, figura la referida a la deseabilidad de asignar los recursos en función de la necesidad. Aun reconociendo que las tasas de mortalidad ajustadas por edad pudieran ser útiles como base de partida del reparto regional de recursos, se apunta la necesidad, a nivel más local, de complementarlas con otros indicadores. Por último, se hace hincapié en la necesidad de mejorar la calidad y la cobertura geográfica de la medicina general, sobre todo en las zonas de peor salud y peores condiciones sociales (Black Report, 1980, p. 210).

También en Francia existe una amplia y larga tradición en el análisis socioeconómico de desigualdades en salud.³ Al mismo tiempo, "... desde la perspectiva geográfica, el espacio nacional francés es considerado como uno de los más heterogéneos de Europa, tanto por sus rasgos físicos, humanos y sociales como culturales" (Tuffreau et al. 2007, p. 36). En consecuencia, las variaciones espaciales (por ejemplo, en términos de sobre o sub-mortalidad en torno a la mortalidad nacional media) no se deben únicamente a las disparidades en la estructura social, sino que "... traducen igualmente comportamientos específicos frente a la salud, tanto en materia de hábitos alimentarios, como en conductas de riesgo o de acceso a los cuidados" (Tuffreau et al. 2007, p. 36).

En este contexto cabe resaltar un interesante estudio en el que se pretende captar la componente regional en Francia, por ejemplo, "... cómo dos ciudades de una misma región, cualesquiera que sean sus tamaños, funciones o emplazamientos, muestran niveles de mortalidad más próximos que los correspondientes a dos ciudades de tamaño y funciones equivalentes, sólo que pertenecientes a regiones distintas" (Rican et al, 2003, p. 142). Para ello, se aplican simultáneamente dos enfoques diferentes. Por una parte, se comparan zonas

³ Puede encontrarse una reciente síntesis en el número monográfico *Les inégalités sociales de santé en France en 2006: éléments de l'état des lieux*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, InVS (Institut de Veille Sanitaire), n° 2-3 (VVAA, 2007). Por su parte, una de las obras con más impacto en la última década fue Leclerc et al. (dirs.) (2000).

geográficas delimitadas, no en sentido administrativo, sino con apoyo en diversos indicadores socioeconómicos, de modo que cada uno de los siete grupos de zonas obtenidos se considera socialmente homogéneo (estudio ecológico longitudinal) y, por otra, se comprueba si la situación socio-profesional de cada individuo conlleva las mismas tasas de mortalidad, con independencia del territorio (estudio transversal). Se concluye que existe una fuerte componente regional, en la medida en la que las disparidades de mortalidad son notables para una condición socioeconómica equivalente (estudio ecológico), al tiempo que en el estudio transversal se comprueba que, controlando por los factores socioprofesionales, las disparidades regionales persisten. En suma, cabe concluir que la componente regional constituye un factor preponderante de las diferencias de mortalidad constatadas en Francia (Rican et al., 2003, pp. 142 y 144).

Posiblemente sea la corriente centrada en las desigualdades socioeconómicas (tanto de mortalidad como de mala salud) la más seguida en la literatura actual, si bien han comenzado a cobrar relevancia y protagonismo los denominados “estudios de áreas pequeñas”. El análisis en áreas pequeñas recupera el anclaje en el territorio, de modo que la variable que guía la categorización de los grupos a comparar es, de nuevo, la localización de las personas en el espacio, con la virtualidad de permitir un nivel de análisis intermedio, más próximo al nivel individual (micro), cuanto más pequeña sea el área de estudio y más homogénea sea su población. Algunos de los primeros estudios aplicados a áreas pequeñas (a principios del siglo XX) se orientan a investigar la posible relación entre salud y riqueza, a partir de la comparación de las tasas de mortalidad en diferentes zonas de una misma ciudad (Leon, 2001, p. 58), lo que muestra la estrecha relación entre las dos corrientes de investigación mencionadas. La información socioeconómica referida a áreas pequeñas generalmente se obtiene de los censos. Frente a la categorización por grupos socioeconómicos, el supuesto de homogeneidad dentro de pequeños territorios, implícito en el nuevo enfoque, parece más sostenible que el supuesto de homogeneidad dentro de los grupos sociales. Entre otras razones, la variable de categorización, la localidad, abarca muchas más categorías que cualquier variable social, lo que permite detectar mayores variaciones en salud que las observadas en los estudios de diferencias entre grupos sociales (Murray et al., 2001, pp. 198-199). Por otra parte, en estos últimos, la variable socioeconómica

empleada para efectuar la categorización es, implícitamente y por definición, la única variable explicativa de las posibles variaciones detectadas.

La primera recopilación de indicadores de mortalidad en áreas pequeñas en España se editó en 2001. Se trata de la obra *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)* (Benach et al., 2001). En Domínguez-Berjon et al. (2004) se elaboran indicadores socioeconómicos de área pequeña con el fin de detectar desigualdades sociales en salud. Recientemente se ha analizado para toda España la distribución geográfica de la mortalidad evitable⁴ en áreas pequeñas según el sexo (período 1990-2001), observándose áreas de mayor riesgo de mortalidad en el sur y en el noroeste de España (Vergara et al., 2009).

Por último, cabe mencionar el nivel de análisis individual, que mide la distribución de salud entre los individuos de una población, en un intento de superar algunos de los inconvenientes del análisis apoyado en grupos sociales, aunque tampoco exento de problemas. Desde esta perspectiva, se procede en primer lugar a la selección de indicadores vinculables a los individuos como, por ejemplo, la esperanza de vida o la edad de la muerte (Illsley y Le Grand, 1987, pp. 19-20). La distribución de salud entre los individuos se analiza a través de instrumentos como el coeficiente de Gini o las curvas de concentración.

Más allá de las desigualdades en los niveles de salud, ya en el siglo XX, cabe hablar de la “geografía de la práctica médica”. Básicamente, las variaciones en la práctica médica (VPM), son “... la constatación empírica de que los médicos actúan de forma muy diferente ante situaciones similares, frente a la creencia tradicional de que los profesionales sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado ante cada problema de salud” (Peiró et al., p. 50). Lamentablemente, “La abundante literatura sobre desigualdades en salud no suele mirarse en el espejo de la también cuantiosa bibliografía sobre variabilidad en la práctica médica” (Meneu y Peiró, 2008, p. 167).

⁴ Los “casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos” (Gispert et al., 2006a, p. 186).

Quizás uno de los antecedentes de “geografía de la práctica médica” más citados en la literatura sea el estudio de J. A. Glover sobre variaciones en la extirpación de amígdalas en los niños, publicado en los años 30 (Glover, 1938). Tras una revisión y constatación de amplias diferencias en Estados Unidos, acaba concluyendo que las variaciones entre los niños de distintos distritos escolares en Inglaterra y Gales son notables y que sólo pueden deberse a variaciones en la opinión médica acerca de la indicación de la intervención, al mismo tiempo que constata cómo la reducción en el número de intervenciones llevadas a cabo en ciertas áreas no había dado lugar a resultados insatisfactorios (Glover, 1938, p. 18).⁵

Será en los años 70 en Estados Unidos cuando esta corriente de investigación cobre verdadera relevancia y ejerza una gran influencia a nivel internacional, a partir de los estudios llevados a cabo por Wennberg y colaboradores, primero acerca de las disparidades en las tasas poblacionales de dotación de diversos recursos hospitalarios, más adelante acerca de la posible relación directa entre la oferta de recursos (y, en algunos casos, las preferencias de los médicos) y la utilización de los servicios hospitalarios, concluyendo que “... la geografía determina el destino: los servicios que se reciben dependerán en gran medida de la oferta de servicios disponible en el lugar donde uno vive y del estilo de práctica de los médicos locales” (Sarría y Rodríguez, 1998, p. 515).

El citado equipo ha desarrollado recientemente una clasificación de las intervenciones sanitarias, generalmente con implicaciones en términos de VPM, diferenciando entre “atención efectiva” (tecnologías que cuentan con evidencia científica sólida sobre su eficacia); “atención discrecional” o “sensible a las preferencias de los pacientes” (conocimiento no concluyente) y “atención sensible a la oferta” (intervenciones que apenas cuentan con evidencia sobre su valor) (Peiró, 2005). La literatura, incluida la española, constata que, generalmente, a mayor grado de incertidumbre, mayor presencia de VPM, de modo que cabría esperar que, ante la incertidumbre sobre la indicación de algunas intervenciones, la variabilidad respondiese en esos casos a la disponibilidad de recursos. No obstante, es preciso

⁵ Continúa existiendo incertidumbre sobre una actividad tan corriente como ésta: Gittelsohn y Wennberg han estimado que, a principios de los años 70, la probabilidad de que un niño de Vermont llegara a conservar sus amígdalas a la edad de 20 años oscilaba entre un 40% y un 90 %, en función del lugar de residencia (Roos y Roos, 1996, p. 240).

insistir en que, en los tres casos, las VPM normalmente van asociadas a problemas de calidad asistencial. Así, con apoyo en el marco conceptual expuesto, cabe apuntar dónde se sitúan "... los problemas que los análisis de las VPM ponen de manifiesto: infrautilización de atención efectiva, sobreutilización de atención sensible a la oferta y mala-utilización de atención discrecional" (Peiró et al., 2005, pp. 47 y 50).

En este contexto, se puede encontrar, asimismo, una amplia literatura que cuestiona "si más es siempre mejor", es decir que pone en tela de juicio que un mayor gasto en un territorio conduzca a mejores resultados sobre la salud. Así, frente al artículo de Cutler y McClellan (2001), donde se describe una tendencia paralela de aumento del gasto y caída de la mortalidad por infarto agudo de miocardio entre beneficiarios de Medicare en Estados Unidos⁶ (período 1986-1998), Skinner, Staiger y Fisher (2006), para la misma población y para el período 1986-2002, demuestran que la caída de la mortalidad tras infarto agudo de miocardio se vio frenada, mientras que los gastos continuaron aumentando. Además, en un análisis de corte transversal comprobaron que las regiones que habían experimentado mayor caída de la mortalidad no eran las que habían gastado más, sino aquéllas que habían invertido a tiempo en cuidados altamente efectivos y relativamente poco costosos, como los betabloqueantes.

El Dartmouth Atlas Project⁷ constituye un referente internacional de estudios de VPM que, apoyándose en datos de Medicare, viene documentando variaciones en la dotación y uso de recursos en Estados Unidos desde hace más de dos décadas. Liderado por investigadores como J. E. Wennberg, J. S. Skinner y E. S. Fisher, ha tenido un fuerte impacto en España, donde se ha creado el "Proyecto Atlas VPM", que agrupa a más de 50 profesionales de 16 CCAA, con el objetivo de "... conocer los beneficios o riesgos de la exposición a los servicios por el hecho de vivir en un determinado lugar, es decir, por la diferente exposición de las poblaciones a los cuidados de salud", a través de estudios aplicados a áreas clínicas concretas.⁸

⁶ Básica, aunque no exclusivamente, Medicare se ocupa de la atención sanitaria pública dirigida a los ancianos en Estados Unidos.

⁷ Se puede acceder a la pagina principal en <http://www.dartmouthatlas.org/>

⁸ <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

El primer número de su publicación *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud* se publicó en 2005.

En los países desarrollados existe un gran escepticismo acerca de la potencial contribución de los servicios sanitarios a la salud de la población y, en consecuencia, a las desigualdades en salud. Este escepticismo podría estar sobredimensionado. Por ejemplo, un acceso equitativo a servicios neonatales de buena calidad explica la ausencia de diferencias socioeconómicas en la mortalidad neonatal en Suecia (Leo y Walt, 2001, p. 12). Entre los factores explicativos de este escepticismo, cabe citar que en numerosos países occidentales el acceso a los servicios sanitarios es relativamente universal y, en principio, no muy dependiente de la geografía o de las circunstancias socioeconómicas. A su vez, está fuertemente arraigada una tradición (probablemente de la mano de pensadores como T. McKeown) que considera que el sector sanitario y los avances médicos han jugado un papel muy limitado en la mejora de la salud de las poblaciones en el largo plazo (Leon y Walt, 2001, p. 7).⁹

Una explicación muy plausible del escepticismo predominante acerca del potencial impacto de los sistemas sanitarios sobre la salud, se relaciona con la idea defendida por Lalonde en los años 70 en Canadá (y rápidamente extendida a otros países) de que si se dedica la debida atención, entre otros, a los estilos de vida, el entorno laboral y físico, la biología humana y la herencia genética, se podría mejorar la salud más allá de lo que se había ya conseguido a partir de una amplia extensión de los cuidados médicos. La idea fue rápidamente adoptada por los promotores de la salud, individualizando al mismo tiempo las raíces y la mayoría de las soluciones del problema, lo que resultó muy cómodo en términos políticos, ya que "... procediendo de tal modo, evitaron poner en cuestión el modo habitual del trabajo, la distribución de los ingresos ... e incluso la organización tradicional del sistema de cuidados", eludiendo mencionar el hecho de que los comportamientos individuales se inscriben y modelan en un contexto social y económico y, en consecuencia, cualquier responsabilidad de la colectividad en la modificación del contexto (Marmor

⁹ Acerca de la influencia del "sistema dominante de creencias" a lo largo del siglo XX sobre la evolución del mayor o menor escepticismo acerca del papel de los cuidados médicos sobre la salud y, en consecuencia, sobre las políticas sanitarias, véase Marmor et al. (1996).

et al., 1996, pp. 229 y 230). Así, “La combinación de una incitación individual y de una regulación colectiva a favor de un cambio de comportamientos ha evitado ... poner en cuestión las estructuras tradicionales de poder ... Era menos costoso (en el plano fiscal y político) regular los comportamientos individuales que tratar de modificar las circunstancias favoreciéndolos” (Marmor et al., 1996, pp. 230 y 231). Finalmente, “... la prevención no ha reemplazado a los cuidados curativos, sino que, muy al contrario, se ha constituido en punto de apoyo de la expansión de los servicios sanitarios” (Marmor et al., 1996, p 232).

En España no hay muchos estudios que centren el análisis de las desigualdades relacionadas con la salud en la dimensión geográfica referida a las CCAA. No obstante, cabe citar al menos cuatro: Gispert et al. (2006b); Pérez et al. (2006); González y Barber (2006) y Del Llano (2009). Los cuatro consisten en análisis ecológicos descriptivos. En el primero se efectúa una aproximación a la efectividad del sistema sanitario español, a través de indicadores básicos de mortalidad general, prematura y evitable, así como indicadores de actividad hospitalaria. El período estudiado abarca desde mediados de los años 90 hasta 2001 o 2002, si bien para algunos indicadores de salud se aborda un período más largo. Entre los resultados obtenidos cabe mencionar una mejoría sostenida en el tiempo de los indicadores de salud (atribuible en parte a las intervenciones sanitarias, Gispert et al., 2006b, p. 123), así como de los indicadores de actividad y rendimiento hospitalarios en todas las CCAA. No obstante, la mejoría no se ha distribuido homogéneamente en el territorio, de modo que las CCAA que más mejoran no son siempre las que partían de peor situación (Gispert et al., 2006b, pp. 117). Por último, y como cabía esperar, no se observó una correlación entre la actividad hospitalaria y los indicadores de mortalidad (Gispert et al., 2006b, pp. 120).

El segundo estudio, de carácter longitudinal, analiza las desigualdades de mortalidad, diferenciando por sexo, en el trienio 2000-2002, así como las tendencias correspondientes al período 1981-2002. Entre los principales resultados obtenidos, cabe mencionar que se constata que la mortalidad evitable en el período 1981-2002 desciende en todas las CCAA y en ambos sexos. En el trienio 2000-2002, la mortalidad evitable alcanza tasas más elevadas en los hombres que en las mujeres, situándose en cabeza Asturias, Ceuta, Melilla y las Islas Canarias y, en el otro

extremo, la Comunidad de Madrid, Cantabria y Castilla-La Mancha. En el caso de las mujeres, las mayores tasas corresponden a la Comunidad Valenciana, Murcia, Ceuta, Melilla y las Islas Canarias y las menores, a la Comunidad de Madrid, Cantabria y La Rioja (Pérez et al., 2006, p. 18).

En el tercer estudio se revisan, aparte de la salud, aspectos como las desigualdades en el gasto, la utilización, el acceso y la visión subjetiva de la salud. Generalmente, la información cuantitativa manejada se limita a un año. Entre las principales conclusiones se señala cómo “Las desigualdades en la oferta y en el acceso a los servicios sanitarios son más evidentes que las desigualdades de salud... a pesar de la precariedad del sistema de información” (González y Barber, 2006, p. 28). A su vez, respecto a la justificación de las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios se indica que parece existir consenso en cuanto a que no responden a las características de los pacientes, sino más bien a la oferta disponible de recursos (González y Barber, 2006, p. 27). Asimismo, se constata que las mayores disparidades en gasto sanitario y en acceso tienen lugar entre las CCAA de régimen foral (Navarra y País Vasco) y las de régimen común (González y Barber, 2006, p. 6). Al final del estudio se realiza un análisis crítico desde el punto de vista institucional, de gran interés para el SNS español.

Por último, en el estudio más reciente (Del Llano, 2009), el ejercicio comparativo gira en torno a cuatro bloques temáticos: caracterización epidemiológica de la población por CCAA; aspectos asociados a la coordinación del SNS con los servicios regionales de salud, entre otros, comparación de niveles de gasto y desigualdades en la dotación de recursos estructurales y humanos; utilización de los servicios, analizando el perfil de frecuentación, el uso de los servicios de urgencias y la accesibilidad, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003 y de 2006 y, finalmente, la satisfacción de los ciudadanos de las CCAA con el sistema sanitario, a partir de las encuestas del Barómetro Sanitario, ediciones 2003 y 2007. En el resto de los casos, los dos años empleados como referencia temporal de comparación son 2002 y 2005. La mayoría de los datos se presenta en forma de mapas muy ilustrativos, en los que las CCAA figuran agrupadas como resultado de la aplicación de la técnica *cluster* de agrupación de sujetos en grupos.

3. Método

De forma muy simplificada, las diferencias en salud entre los individuos pueden atribuirse a cuatro factores: el azar, los genes, el entorno en sentido amplio (incluyendo factores tanto físicos como sociales) y la interacción entre los genes y el entorno. Si todas las diferencias se debieran exclusivamente al azar, entonces el grado de desigualdad observado entre países debería ser el mismo, algo muy lejano a la realidad (Murray et al., 2001, p. 202). La filosofía que inspira este trabajo se apoya en el principio de que las desigualdades relacionadas con la salud "... no son fenómenos estáticos o inevitables, sino que se caracterizan por una dinámica guiada por el interfaz de la biología, la organización social y los sistemas sanitarios" (Leon y Walt, 2001, p. 14). En consecuencia, aparte de los determinantes individuales (entre otros muchos, nivel de renta y/o riqueza, conocimiento y comportamiento, incluida la utilización de los servicios sanitarios) es necesario contemplar las variables contextuales (entorno físico y social). En este estudio se pretende aproximar la influencia de la variable contextual expresada por el sistema sanitario público a nivel autonómico sobre la evolución de las desigualdades relacionadas con la salud de las personas.

El enfoque seguido en este estudio consiste en un análisis ecológico (es decir, de datos agregados o, en términos económicos, a nivel "macro"), longitudinal, de carácter comprensivo en cuanto a las variables contempladas, es decir, no limitadas al ámbito del estado de salud de la población y, en esta etapa de la investigación, orientado a obtener varias medidas básicas de dispersión, como son el coeficiente de variación ponderado (desviación típica dividida entre la media), el factor de variación (medida relativa) o la diferencia entre los valores extremos (medida absoluta). En este marco, es preciso evitar el riesgo de caer en la llamada "falacia ecológica", esto es, "... dar por sentado que los resultados encontrados en las poblaciones (agregados) se aplican o reproducen por igual en los individuos" (Schneider et al., 2004, p. 12).

Si bien el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud ofrece una lista de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud,¹⁰ con claro interés para la valoración de las desigualdades territoriales en España, la mayoría no está aun disponible o lo está sólo a nivel nacional y, en ese caso, únicamente para el año 2007. En suma, la disponibilidad de este tipo de indicadores clave para el análisis del SNS español constituye, de momento, más un *desiderátum* que una realidad. El enfoque a seguir exige seleccionar o diseñar indicadores relacionados lo más directamente posible con el funcionamiento del sistema sanitario, a partir de la información disponible. En suma, en parte resultado de lo que se sabe (por ejemplo, acerca de la efectividad de algunas intervenciones),¹¹ en parte de lo que se puede conocer (no toda la información relevante está disponible), el Cuadro 1 recoge los indicadores seleccionados o diseñados, clasificados según el ya clásico esquema de Donabedian; en los tres ámbitos de estructura, actividad y resultados.

Aparte de las observaciones recogidas en el Cuadro 1, en algunos casos es necesario puntualizar un poco más. Así, en el ámbito de los recursos, conviene recordar que no existe evidencia alguna de que mayor gasto implique mejores resultados en salud (incluso, dejar de realizar ciertas intervenciones inefectivas permitiría ahorrar recursos y, al mismo tiempo, mejorar la salud, en la medida en la que se evitarían posibles problemas de iatrogenia). La inclusión de este indicador responde al interés de conocer si, después de la plena descentralización de la gestión sanitaria en 2002, se ha producido o no una mayor dispersión del gasto sanitario capítativo. Dado que, desde entonces, la financiación de la sanidad pierde su carácter finalista y cada CA puede decidir cuánto gasta en este concepto (con la excepción de un nivel mínimo, fijado para el período 2002-2004), el análisis territorial de la evolución del gasto per capita tiene interés en la medida en la que permite identificar la mayor o menor prioridad otorgada por cada CA a la sanidad, al menos en términos presupuestarios. En cambio, la elección del indicador referido a TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia responde a que, en varios estudios aplicados al caso español, se ha encontrado una relación significativamente positiva entre el número de médicos generales y la salud de la población (véanse, a

¹⁰ Disponible en <http://www.msps.es>

¹¹ Puede consultarse una buena revisión del “estado del arte” en Ortún (2006).

modo de ejemplo, Ruiz et al., 1990 y Rico et al., 2002). De ahí que se haya tenido en cuenta este recurso, frente a otros muchos para los se dispone de información cuantitativa (generalmente series mucho más largas), si bien no considerada de tanto interés desde la perspectiva de este estudio. En consecuencia, parece deseable una distribución lo más uniforme posible de médicos de familia entre las CCAA, aunque nada impide que tras una baja tasa de TSI por médico de familia en una CA se oculte una elevada dispersión interna en torno a la media. Asimismo, convendría combinar este indicador con una variable cualitativa referida tanto a la cartera de prestaciones como a la calidad del servicio.¹²

Cuadro 1
Indicadores utilizados para el análisis de las desigualdades territoriales en el SNS español

Ámbito	Indicador	Período	Descripción/ Observaciones	Fuente
Estructura-Dotación de Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Gasto sanitario público autonómico por persona protegida y CCAA (individualmente y reagrupadas según la etapa del proceso de descentralización) 	1999-2007	<p>Criterio de devengo (gasto liquidado + gasto desplazado; más próximo al gasto real que el gasto liquidado)</p> <p>Población protegida por el SNS (excepto los funcionarios que hayan optado por una entidad de seguro sanitario privado), calculada a partir del padrón municipal del INE</p>	MSyPS (2007). Años 2006 y 2007: elaboración propia con apoyo en Estadística de Gasto Sanitario Público (MSyPS)
	<ul style="list-style-type: none"> Gasto sanitario público autonómico por persona protegida equivalente y CCAA (individualmente y reagrupadas según la etapa del proceso de descentralización) 	1999-2005	Población protegida equivalente: ponderada por necesidad, aproximada en función de la estructura de edades (corrección con apoyo en un coeficiente de gasto relativo para siete grupos de edad)	
	<ul style="list-style-type: none"> Presupuestos autonómicos iniciales para la sanidad por persona protegida y CCAA (individualmente y reagrupadas según la etapa del proceso de descentralización) 	2007-2010		Elaboración propia con apoyo en Recursos Económicos del SNS (MSyPS) (excluidas Ceuta y Melilla)
	<ul style="list-style-type: none"> TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia 	2004-2008		MSyPS, Sistema de Información de Atención Primaria, SIAP

¹² Sobre la complejidad del análisis de la distribución espacial de médicos de familia, véase Mohan, 1987, pp. 83 y 94.

	<ul style="list-style-type: none"> • Camas de larga estancia (excluidas las camas de psiquiatría) por 100.000 habitantes • Camas de larga estancia (excluidas las camas de psiquiatría) por 100.000 personas de 65 o más años 	1993-2007		Elaboración propia a partir de Eurostat-Regional Health Statistics (excluidas Ceuta y Melilla). El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado se ha efectuado a partir de INE (Evolución de la población de España entre los censos de 1991 y 2001-estimaciones intercensales- y de 2002 en adelante: estimaciones de la población actual de España a partir del censo de 2001. Población tomada a fecha 1 de enero)
	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos tecnológicos asociados a la actividad diagnóstica/preventiva, por 1.000.000 habitantes: <ul style="list-style-type: none"> - TAC (Tomografías Axiales Computerizadas) - RM (Resonancia Nuclear Magnética) - Angiógrafos - Equipos de gammacámara - Salas de hemodinámica* - Aceleradores lineales* 	1997-2007	<p>Se aplica el criterio de pertenencia y se realiza el análisis para la dotación en hospitales públicos, privados y el total</p> <p>* Las salas de hemodinámica y los aceleradores lineales son considerados actualmente equipos de alta tecnología</p>	<p>MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)</p> <p>Las tasas correspondientes a equipos de gammacámara y aceleradores lineales fueron calculadas a partir de datos de la población disponibles en ESCRI</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Mamógrafos por 1.000.000 habitantes 	2009	Esta fuente de información abarca simultáneamente hospitales públicos y privados	Catálogo Nacional de Hospitales 2009. Estimación de la tasa poblacional y del coeficiente de variación ponderado a partir de INE (véase más arriba)
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura Vacunaciones: <ul style="list-style-type: none"> - DTP (Difteria/Tétanos/Tos ferina) < 12 meses - DTP (Difteria/Tétanos/Tos ferina) 1-2 años - DTP (Difteria/Tétanos/Tos ferina) 4-6 años* - TD (Tétanos/Difteria) 14-16 años* - Poliomieltis < 12 meses - Poliomieltis 1-2 años - Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B) < 12 meses - Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B) 1-2 años 	2001-2008	<p>Se trata de una actividad efectiva, con una población diana claramente establecida y, en consecuencia, deseable.</p> <p>La población considerada por el MSyPS en el cálculo de las tasas de cobertura infantil se refiere a los niños susceptibles de vacunación, de ahí que sea posible la obtención de tasas superiores al 100% (inclusión en el numerador de niños vacunados que no están considerados en la población objeto)</p>	<p>Años 2001-2007: Indicadores de Salud 2009, Información y Estadísticas Sanitarias 2010, MSyPS</p> <p>Año 2008: Estadísticas de Vacunación (disponibles en http://www.msps.es)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatitis B < 12 meses** - Hepatitis B en adolescentes* - Meningitis Meningocócica C < 12 meses - Triple vírica o SRP (Sarampión/Rubéola/Parotiditis) 1-2 años - Triple vírica o SRP (Sarampión/Rubéola/Parotiditis) 3-6 años* - Antigripal personas de 65 o más años de edad* <p>* Sólo año 2008 ** 2003-2008</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> • Índice sintético de cobertura de las series básicas de vacunaciones (DTP, Polio, Hib, Hepatitis B y Meningitis C, < 12 meses) 	2008	La población considerada por el MSyPS en el cálculo de las tasas de cobertura infantil se refiere a los niños susceptibles de vacunación, de ahí que sea posible la obtención de tasas superiores al 100% (inclusión en el numerador de niños vacunados que no están considerados en la población objeto)	El índice sintético de la serie básica de vacunaciones ha sido elaborado con apoyo en Estadísticas de Vacunación (disponibles en http://www.msps.es (información no disponible para Ceuta)
	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de cesáreas 	1997-2007	Se aplica el criterio de pertenencia y se realiza el análisis para la tasa de cesáreas en hospitales públicos, privados y el total. Alcanzado un límite, se entiende que "más no es mejor", es decir, se considera indeseable superar cierta tasa de cesáreas (la OMS considera excesivo superar el 15%)	Elaboración propia a partir de MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)
	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad diagnóstica, por 1.000 habitantes: - Estudios de TAC - RM - Angiografías digitales - Gammagrafías - Estudios de hemodinámica 	1997-2007	Se aplica el criterio de pertenencia y se realiza el análisis para la actividad en hospitales públicos, privados y el total	MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)
Resultados-Mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador sintético de mortalidad evitable: muertes por enfermedades sensibles a cuidados médicos, Tasas por 10.000 defunciones (H/M) 	1997-2001 vs. 2002-2006	Como indicadores de calidad asistencial, las principales causas de muerte seleccionadas son: enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores.	INE, Indicadores Sociales 2008
	<ul style="list-style-type: none"> • TMA (tasa de mortalidad ajustada por edad) por 100.000 habitantes: - Cardiopatía isquémica del corazón (H/M) 	1981-2007	Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª y 10ª revisiones (CIE-9 y CIE-10): CIE-9: 410-414 CIE-10: I20-I25	MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades cerebrovasculares (H/M) - Diabetes <i>Mellitus</i> (H/M) - Tuberculosis (H/M) - Cáncer de mama femenino - Enfermedades del apéndice - Hernia abdominal - Colelitiasis - Enfermedad de Hodgkin - Mortalidad materna - Mortalidad perinatal (por 100.000 nacidos + muertes fetales tardías) 		<p>CIE-9: 430-438 CIE-10: I60-I69</p> <p>CIE-9: 250 CIE-10: E10-E14</p> <p>CIE-9: 010-018 CIE-10: A15-A19</p> <p>CIE-9: 174 CIE-10: C50</p> <p>CIE-9: 540-543 CIE-10: K35-K38</p> <p>CIE-9: 550-553 CIE-10: K40-K46</p> <p>CIE-9: 574 CIE-10: K80</p> <p>CIE-9: 201 CIE-10: C81</p> <p>CIE-9: 630-677 CIE-10: O00-O99</p> <p>Criterio de asignación territorial: el lugar de residencia de la madre.</p>	<p>INE. La ponderación del coeficiente de variación se realiza con apoyo en datos también del INE.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad infantil (neonatal y posneonatal) por 100.000 nacidos 	1975-2008	Criterio de asignación territorial: el lugar de residencia de la madre.	INE. La ponderación del coeficiente de variación se realiza con apoyo en datos también del INE.
Resultados-Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • EVLD (esperanza de vida libre de discapacidad) (H/M) • EVLEC (esperanza de vida libre de enfermedad crónica) (H/M) • EVBS (esperanza de vida en buena salud) (H/M) • Estado autopercebido de salud (H/M) 	<p>2000 2008</p> <p>2008</p> <p>1991 2002 2008</p> <p>1993 2003 2006</p>	<p>La esperanza de vida se pondera por la percepción subjetiva del estado de salud</p> <p>Se estima el % de encuestados que responde que su estado de salud es bueno o muy bueno.</p>	<p>2000: MSyPS (2005) 2008: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE.</p> <p>1991 y 2002: MSyPS (2005); 2008: INE</p> <p>Elaboración propia a partir de ENS (Encuesta Nacional de Salud, INE/MSyPS, varios años). La ENS de 1997 no proporciona información desagregada por CCAA.</p>
Resultados-Seguridad/calidad servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos adversos de los medicamentos (TMA por 100.000 habitantes) • Frecuentación de urgencias por 1.000 habitantes 	<p>1981-2007</p> <p>1997-2007</p>	<p>CIE-9: 930-949 CIE-10: Y40-Y59</p> <p>Se aplica el criterio de pertenencia y se realiza el análisis para la frecuentación en hospitales públicos, privados y el total.</p> <p>Una elevada frecuentación agregada admite diversas</p>	<p>MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte</p> <p>MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones nosocomiales: <ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia de infecciones - Prevalencia de infectados • Muertes asociadas a procedimientos quirúrgicos y médicos (TMA por 100.000 habit.) 	<p>1997 2008</p> <p>1981-2007</p>	<p>lecturas de signo negativo: precaria continuidad de los cuidados; problemas de accesibilidad (como largas listas de espera para consulta con el especialista) y, obviamente, la actitud de los pacientes ante los problemas de salud.</p> <p>Prevalencia de infecciones: Infecciones sobre el n° total de enfermos estudiado, en %. Prevalencia de infectados: % de enfermos con infección respecto al total de enfermos estudiado</p> <p>CIE-9: E878-E879 CIE-10: Y83-Y84</p>	<p>1997: Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE (1998) 2008: EPINE (2008)</p> <p>MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte</p>
Resultados-Satisfacción con el sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público • Valoración de la atención recibida en la sanidad pública como buena o muy buena (%): <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de medicina general - Consultas del especialista - Estancia en el hospital 	<p>2002-2008</p> <p>2003-2008</p>	<p>Escala de 1 a 10 (de peor a mejor)</p>	<p>Barómetro Sanitario, MSyPS (elaborado por el CIS)</p>
Resultados-Percepción del proceso de descentralización	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado • Porcentaje que cree que las CCAA deben ponerse de acuerdo a la hora de ofrecer nuevos servicios 	<p>2003-2008</p> <p>2003-2008</p>		<p>Barómetro Sanitario, MSyPS (elaborado por el CIS)</p>
Resultados-Percepción del grado de equidad del sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje que cree que existe equidad, independientemente de: <ul style="list-style-type: none"> - la CA de residencia - la residencia en el medio rural o urbano - que se sea joven o anciano - que se tenga un nivel social alto o bajo - que se sea hombre o mujer - que se sea español o extranjero - que se resida legalmente o no 	<p>2002-2008</p> <p>2002-2008</p> <p>2002-2008</p> <p>2002-2008</p> <p>2006-2008</p> <p>2006-2008</p> <p>2006-2008</p>		<p>Barómetro Sanitario, MSyPS (elaborado por el CIS)</p>
Resultados-Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje que contesta haber esperado más de 6 meses para obtener una consulta con el especialista en la sanidad pública • Listas de espera • Salud bucodental 	<p>2005-2008</p>	<p>Espera estimada desde la petición de cita hasta el día de la consulta</p> <p>Análisis cualitativo</p> <p>Análisis cualitativo</p>	<p>Barómetro Sanitario, MSyPS (elaborado por el CIS)</p>

MSyPS: Ministerio de Sanidad y Política Social, INE: Instituto Nacional de Estadística y CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas. H/M: hombres vs. mujeres.

Se puede considerar que el número de camas hospitalarias de larga estancia es una buena *proxy* de la coordinación del sistema sanitario y del sector sociosanitario, de gran relevancia en un territorio de población envejecida como es el español, con una presencia cada vez mayor de enfermedades crónicas. En este contexto, en Urbanos y González (2005, p. 168-169) se detectaron desigualdades territoriales en 1999 mucho mayores que las correspondientes a otras dotaciones hospitalarias (como quirófanos y camas de agudos). Con el fin de aproximar en qué medida una mayor o menor dotación de camas de larga estancia responde a una mayor o menor necesidad, es decir al grado de envejecimiento de la población, se calculó la dotación, no sólo por 100.000 habitantes, sino también por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad.

Respecto a los equipos tecnológicos asociados a la actividad diagnóstica/preventiva, así como respecto a la actividad diagnóstica *per sé*, si bien es cierto que “más no tiene porqué ser mejor”, en muchos casos, un diagnóstico precoz es clave a efectos de esperanza o calidad de vida. Por otra parte, en una futura ampliación de este proyecto de investigación se pretende probar la hipótesis de que la actividad diagnóstica guarda una relación directa con los recursos tecnológicos disponibles a nivel autonómico. En todo caso, cabe reafirmar la elección de la mayoría de las tecnologías analizadas con apoyo en Espallargues et al. (2008). Se trata de un estudio sobre las tecnologías médicas más relevantes en los últimos 25 años, según la opinión de los médicos “generalistas” (médicos de familia e internistas de hospital, con práctica tanto en el sector público como en el privado), adaptado al caso español, a partir del cuestionario DSIT (Dartmouth-Stanford de Innovaciones Tecnológicas). Entre las 10 tecnologías con mayores efectos positivos sobre la salud figuran la angioplastia (en segundo lugar); la resonancia magnética y la tomografía computerizada (en cuarto lugar) y la mamografía (en el octavo puesto). En términos generales, las tecnologías más valoradas fueron las de diagnóstico por la imagen o instrumentales (como la angioplastia), quedando la mayoría de los grupos farmacológicos relegados a los últimos puestos. Si bien este estudio no deja de ser una aproximación subjetiva al impacto de las tecnologías sobre la salud, que podría estar mediatizada por las preferencias y percepciones de los profesionales, así como por el “efecto fascinación” asociado a algunas tecnologías por la imagen, estos resultados pueden

considerarse bastante representativos, en la medida en la que los médicos “generalistas” atienden a pacientes suficientemente heterogéneos como para poder valorar y comparar distintas alternativas de intervención (Espallargues et al., 2008).

En el ámbito de la actividad, tal y como queda recogido en el Cuadro 1, se ha realizado un análisis bastante exhaustivo de la cobertura de vacunaciones consideradas altamente efectivas. Dada la deseabilidad de alcanzar, para una determinada población diana, coberturas próximas al 100 %, las desviaciones a la baja pueden considerarse indeseables, del mismo modo que, en el caso de las cesáreas, se considera indeseable superar cierto límite, establecido en el 15 % por la OMS.

En el ámbito de los resultados, que es al fin y al cabo el que debería justificar tanto los recursos como la actividad desarrollada en un sistema sanitario, se recogen cuatro dimensiones: mortalidad evitable; calidad de vida (de enorme relevancia en territorios con población envejecida) y estado autopercebido de salud; seguridad/calidad de los servicios asistenciales (en algún caso vinculable a potenciales problemas de iatrogenia) y, por último, la valoración que los ciudadanos hacen del sistema sanitario público desde distintos puntos de vista, valoración que debería orientar mínimamente la política sanitaria, a efectos de la legitimación del sistema.

Respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, es preciso señalar que “... goza de un extraordinario prestigio como medida de salud general de la población,... seguramente fundamentado en las altas correlaciones encontradas entre esta medida y ciertos índices y perfiles de salud de contrastada validez, o en el fuerte carácter predictivo que tiene sobre el uso de servicios y la mortalidad” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005, p. 219). Entre las diversas interpretaciones de la salud percibida como indicador de los problemas de salud, cabe resaltar dos: la “hipótesis de la esponja”, que considera el estado autopercebido de salud como un indicador más completo, por su sensibilidad para captar información que otros no pueden identificar y la “hipótesis de la trayectoria”, que resalta la capacidad predictiva que la percepción negativa de la salud tiene del deterioro inminente de la salud (AETS, 2001, p. 14).

Tal y como quedó dicho previamente, la mortalidad evitable se refiere a los “casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos” (Gispert et al., 2006a, p. 186). Por esta razón, se ha analizado la mortalidad correspondiente a algunas de estas causas.¹³ Es obligado hacer aquí una breve alusión a la labor desarrollada por D. Rutstein y colaboradores, en los años 70, en torno a la construcción de este concepto, diseñado para valorar la calidad de la atención sanitaria en Estados Unidos y más adelante adaptado al ámbito europeo. El hecho de identificar y consensuar causas de muerte innecesariamente prematuras, para las que existen, bien medidas preventivas, bien tratamientos sanitarios efectivos, no deja de contrarrestar el escepticismo en los países desarrollados acerca de la potencial contribución de los servicios sanitarios a la salud de la población.

De modo similar a nuestro entorno socioeconómico, las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y el cáncer constituyen las principales causas de muerte en España. Entre las primeras, la cardiopatía isquémica del corazón constituye la primera causa de muerte entre los hombres y las enfermedades cerebrovasculares, la primera entre las mujeres. A su vez, el cáncer de mama continúa siendo el más letal en el caso de las mujeres.¹⁴ De ahí que se haya realizado un análisis un poco más detenido de las tasas de mortalidad correspondientes a estos tres problemas de salud. El indicador utilizado, la TMA (tasa de mortalidad ajustada por edad) es la que se observaría en el territorio estudiado si tuviese la misma estructura de edad que la población de referencia. El hecho de eliminar los efectos asociados a la distribución de la población por grupos de edad facilita tanto la comparación de territorios, como el seguimiento de un mismo territorio en el tiempo (Tuffreau y Le Guével, 2007, p. 450). La población de referencia utilizada en el cálculo de las TMA analizadas (período 1981-2007) es la población tipo europea de la OMS. Si bien en la mayoría de los países desarrollados y para la mayoría de las causas de muerte evitable se viene produciendo en las

¹³ En una futura ampliación de este proyecto de investigación, se pretende abordar la práctica totalidad de las causas recogidas en la lista de consenso para España (Gispert et al., 2006a).

¹⁴ Información elaborada, a partir de INE, por el MSyPS, Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causas de muerte, disponible en la página principal del Ministerio de Sanidad y Política Social, <http://www.msps.es> (Sistema Nacional de Salud 2010).

últimas décadas una caída de la TMA, la cuestión es analizar hasta qué punto se produce o no de forma uniforme en el territorio.

La mortalidad como indicador, aun refiriéndose a causas evitables, adolece de que refleja sólo una faceta de la morbilidad, si bien la más significativa (Cullis y West, 1984, p. 235). Así, en los países desarrollados, con poblaciones cada vez más envejecidas, comienza a primar el concepto de “esperanza de salud”, frente al de “esperanza de vida”. De ahí que se hayan abordado otras dimensiones asociadas a la salud, en particular, la calidad de vida. Con todo, el principal inconveniente de utilizar las TMA como indicador en este estudio se sitúa en el corto período de tiempo transcurrido desde la plena descentralización territorial, ya que la mortalidad (y esto dicho en términos excesivamente generales) precisa como mínimo una década para reflejar el impacto de las políticas sanitarias o de cambios en el marco institucional. En consecuencia, con el análisis de la evolución de las TMA (que, en todo caso, se inicia en 1981, año en el que Cataluña se erige como la primera CA con autonomía de gestión) se pretende captar la tendencia en el período contemplado (1981-2007), más que hacer una lectura literal de “un antes y un después” y ver si la tendencia apunta hacia la convergencia o hacia la divergencia de los resultados autonómicos en términos de salud.

Por último, se recogen dos aspectos relacionados con problemas de accesibilidad, que operan sin duda en perjuicio de las clases más desfavorecidas: las listas de espera (quirúrgicas, de especialistas y de pruebas diagnósticas) y la salud bucodental. Lamentable e incomprensiblemente, respecto a las listas de espera sólo existe información cuantitativa a nivel agregado en España. En cuanto a la salud bucodental, los servicios comunes en todo el territorio nacional no cubren realmente las necesidades de la población, constituyendo una actividad tradicionalmente desarrollada (y financiada) en el ámbito privado. Algunas CCAA han ampliado las prestaciones correspondientes por encima de las prestaciones mínimas establecidas. Asimismo, recientemente el resto de las CCAA tiene la posibilidad de acogerse a convenios cofinanciados con fondos centrales para seguir esta política. Para ambas cuestiones, listas de espera y salud bucodental, se prevé ampliar este estudio, realizando un análisis de tipo cualitativo.

4. Principales resultados empíricos y discusión

4.1. Estructura - Dotación de recursos

En España, el 91 % del gasto sanitario público es ejecutado a nivel descentralizado por las CCAA y las Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2007, p. 215). A este nivel, tal y como se recoge en el Cuadro 2, el gasto medio por persona protegida aumenta durante todo el período, pasando de 721 € en 1999 a 1266 € en 2007. En cuanto a las disparidades territoriales, tanto el coeficiente de variación como la diferencia entre los valores extremos aumentan en el período estudiado (en particular, de 2002 en adelante), mientras que el factor de variación tiende a descender, si bien desde 2002 se estabiliza, con tendencia a aumentar. Es preciso dejar indicado que mayor dispersión en este terreno no tiene porqué tener una lectura negativa, en la medida en la que cabe suponer que las necesidades varían según los territorios.

A diferencia de la situación descrita para la década de los años 90 (véase, por ejemplo, González y Barber, 2006, p. 6), y dejando aparte las Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla), las CCAA de régimen foral (País Vasco y Navarra) van perdiendo posiciones relativas en gasto per cápita frente a las CCAA de régimen común, en concreto, frente a las que comienzan a gozar de plena autonomía desde 2002. Así, País Vasco, que ocupaba el segundo puesto en 1999 y en 2000, deja de estar entre los tres primeros puestos a partir de 2001. Por su parte, Navarra, la CA con mayor gasto por persona protegida en 1999-2001, pasa a la segunda posición en 2002-2003, a la tercera en 2004, dejando finalmente de figurar entre los tres primeros puestos desde 2005. El relevo será tomado por Aragón, Cantabria, Extremadura y La Rioja. En particular, por su nivel de gasto per cápita, actualmente destacan Cantabria que, obviando las Ciudades Autónomas, es la CA con mayor gasto por persona protegida en 2002-2005 y La Rioja, que toma el relevo a partir de 2006. La expresión gráfica de este proceso queda reflejada en los Gráficos 1 a 3.

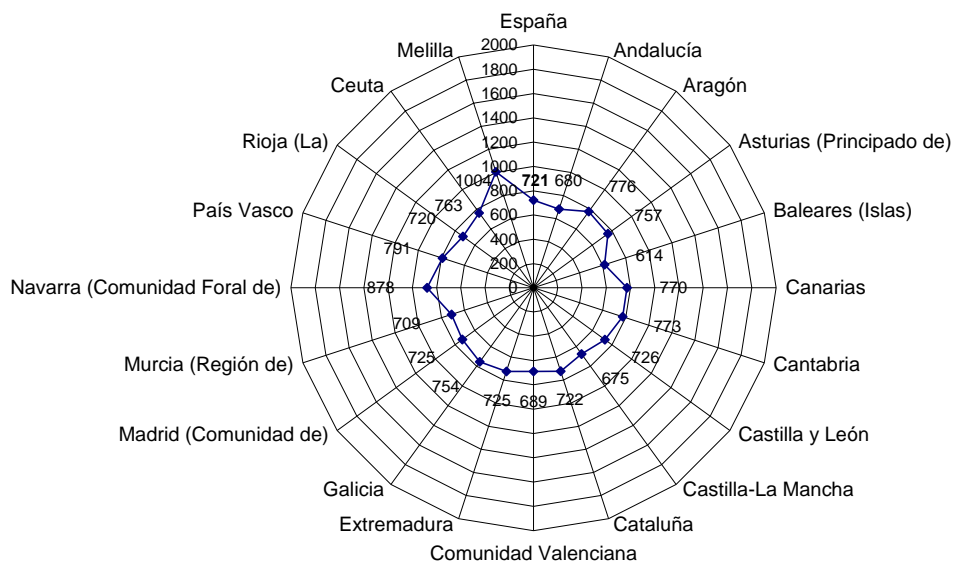
Cuadro 2

Gasto sanitario por persona protegida en € y dispersión, por CCAA, 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
España	721	776	818	876	956	1023	1091	1183	1266
Andalucía	680	766	791	837	903	973	1020	1108	1164
Aragón	776	824	899	955	1069	1168	1209	1319	1419
Asturias (Principado de)	757	810	872	946	1061	1136	1205	1283	1365
Baleares	614	635	679	786	877	950	1121	1115	1214
Canarias	770	820	840	910	999	1046	1147	1214	1292
Cantabria	773	833	921	1014	1163	1243	1331	1403	1496
Castilla y León	726	787	840	898	1029	1093	1177	1339	1295
Castilla-La Mancha	675	721	774	879	936	923	1157	1277	1283
Cataluña	722	777	817	869	958	998	1058	1158	1272
C. Valenciana	689	750	790	846	934	989	1029	1106	1187
Extremadura	725	786	826	969	1060	1122	1199	1323	1491
Galicia	754	797	864	902	980	1088	1122	1229	1309
Madrid (Comunidad de)	725	752	788	830	870	980	1026	1089	1184
Murcia (Región de)	709	768	806	861	951	1037	1114	1211	1326
Navarra (Comunidad foral de)	878	933	961	1014	1089	1167	1204	1281	1395
País Vasco	791	836	894	957	1028	1095	1195	1293	1437
La Rioja	720	791	834	910	994	1112	1228	1553	1877
Ceuta	763	800	839	909	1019	1124	1182	1247	1310
Melilla	1004	956	1011	1049	1131	1278	1465	1497	1594
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Media ponderada	721	776	818	876	956	1023	1091	1183	1266
Coefficiente de variación p. (%)	5,85	5,07	5,56	5,58	6,72	6,58	6,87	7,83	8,26
Máximo	1004	956	1011	1049	1163	1278	1465	1553	1877
Mínimo	614	635	679	786	870	923	1020	1089	1164
Factor de variación (máx/mín)	1,64	1,50	1,49	1,33	1,34	1,39	1,44	1,43	1,61
Máxima diferencia (máx-mín)	390	320	332	263	293	355	445	464	713

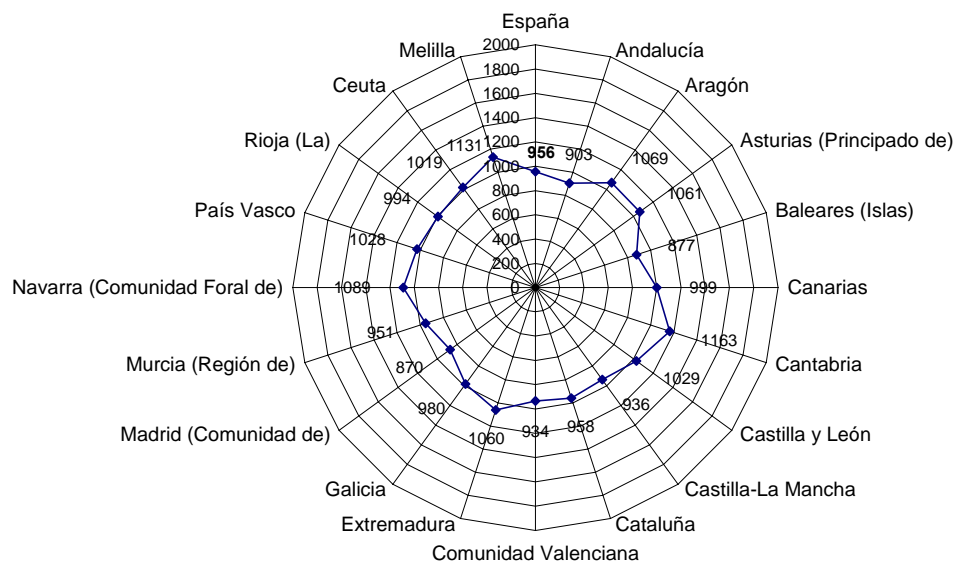
Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social).

Gráfico 1
Gasto sanitario autonómico en € por persona protegida, 1999



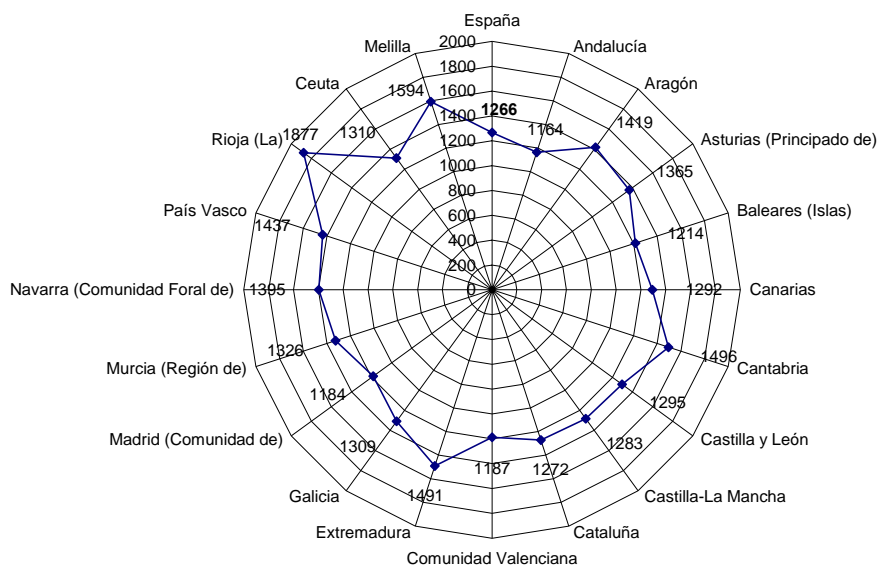
Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Gráfico 2
Gasto sanitario autonómico en € por persona protegida, 2003



Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Gráfico 3
Gasto sanitario autonómico en € por persona protegida, 2007



Fuente: Elaborado con apoyo en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social).

Para el período 1999-2005, se dispone de información sobre el gasto por persona protegida equivalente, que constituye lo más próximo a un ajuste por necesidad, ya que la población se corrige por la estructura de edades en cada territorio (Cuadro 3). Desde esta perspectiva, se podrá considerar indeseable una elevada dispersión del gasto per cápita, con más fundamento cuanto mejor y más comprensivo sea su ajuste según necesidad. En el nuevo modelo de financiación en vigor desde 2002, y a efectos de estimar las necesidades correspondientes al bloque competencial de la sanidad, el fondo global se reparte según las siguientes ponderaciones aplicadas a cada Comunidad Autónoma: el 75% en virtud de la población protegida; el 24,5% en función de la población mayor de 65 años y el 0,5% restante por el criterio de insularidad (artículo 4 de la Ley 21/2001 de 27 de diciembre). Es decir, se abandona el criterio de capitación pura, claramente dominante en la etapa anterior. El hecho de que el coeficiente de variación del gasto por persona protegida equivalente, con tendencia descendente, se sitúe por debajo del correspondiente al gasto por persona protegida desde 2003 podría deberse en parte al nuevo modelo de financiación. A pesar de la tendencia a la baja del factor de variación, es preciso destacar que su valor se sitúa durante todo el período por

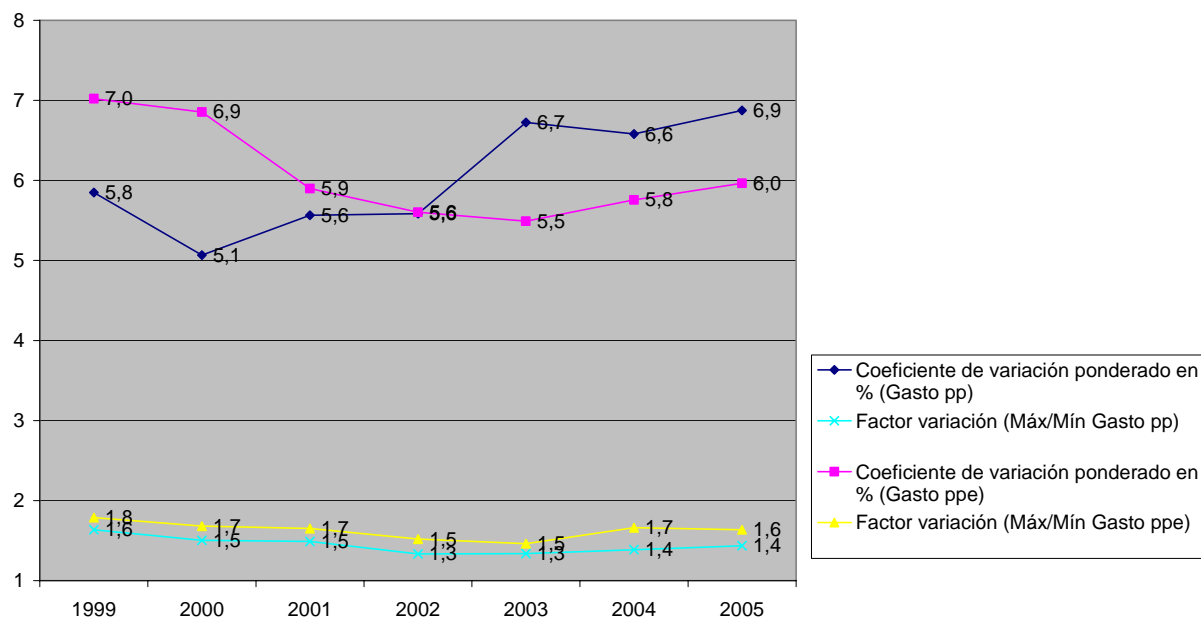
encima del correspondiente al gasto per capita sin ajustar por la estructura de edades en cada territorio (Gráfico 4).

Cuadro 3
Gasto sanitario por persona protegida equivalente en € y dispersión, por CCAA, 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
España	727	781	818	875	954	1021	1089
Andalucía	729	821	838	884	952	1022	1071
Aragón	711	753	818	871	977	1070	1112
Asturias (Principado de)	702	746	796	856	955	1017	1074
Baleares	643	668	716	833	931	1010	1191
Canarias	876	931	946	1022	1117	1166	1273
Cantabria	750	804	884	970	1109	1181	1263
Castilla y León	662	712	753	801	916	969	1043
Castilla-La Mancha	644	691	736	838	894	884	1115
Cataluña	716	769	806	858	949	989	1053
C. Valenciana	699	759	794	851	939	997	1038
Extremadura	712	768	801	936	1021	1078	1150
Galicia	711	746	801	830	898	990	1017
Madrid (Comunidad de)	766	792	830	875	920	1034	1081
Murcia (Región de)	757	819	863	923	1022	1112	1197
Navarra (Comunidad foral de)	856	907	934	988	1061	1136	1173
País Vasco	790	828	877	931	992	1050	1141
La Rioja	685	751	783	860	942	1056	1173
Ceuta	892	936	974	1052	1171	1284	1342
Melilla	1149	1122	1182	1217	1306	1467	1663
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Media ponderada	727	781	818	875	954	1021	1089
Coefficiente de variación p. (%)	7,02	6,85	5,90	5,60	5,49	5,76	5,96
Máximo	1149	1122	1182	1217	1306	1467	1663
Mínimo	643	668	716	801	894	884	1017
Factor de variación (máx/mín)	1,79	1,68	1,65	1,52	1,46	1,66	1,63
Máxima diferencia (máx-mín)	506	454	466	416	411	583	646

Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Gráfico 4
Dispersión del gasto sanitario autonómico por persona protegida
y por persona protegida equivalente, período 1999-2005



Fuente: Elaboración propia con apoyo en Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).

En el proceso de negociación del nuevo sistema de financiación en vigor desde 2002 se pactó que, con independencia del monto resultante de la estimación del gasto efectivo correspondiente a cada CA, ninguna recibiría una dotación inferior al nivel de gasto alcanzado previamente. A su vez, quedó establecida la tasa de crecimiento del gasto autonómico en los tres primeros años (2002-2004). En definitiva, quedó fijado un nivel mínimo de gasto para ese período. No obstante, el gasto sanitario quedó totalmente desafectado tras ese período transitorio: cada CA puede gastar en sanidad lo que estime pertinente (aplicable al período transitorio, siempre y cuando se respetase el mínimo). De lo expuesto, cabe concluir que es más relevante analizar el gasto sanitario autonómico en años más recientes. De ahí que se haya procedido a estimar la dotación presupuestaria inicial por persona protegida en el período 2007-2010, con vistas a corroborar la tendencia detectada en el gasto, así como para captar la prioridad otorgada a la sanidad, en principio, en los presupuestos autonómicos (Cuadro 4). Respecto a la dispersión territorial, la información recogida en el Cuadro 4, permite afirmar que continúa la tendencia alcista en el coeficiente de variación, detectada para el gasto por persona

Cuadro 4

**Presupuesto inicial para sanidad por persona protegida en € y dispersión,
por CCAA, 2007-2010 (excluidas Ceuta y Melilla)**

	2007	2008	2009	2010
España	1215	1285	1320	1332
Andalucía	1146	1231	1249	1241
Aragón	1335	1391	1474	1484
Asturias (Principado de)	1284	1306	1480	1563
Baleares	1091	1153	1185	1098
Canarias	1299	1407	1449	1399
Cantabria	1308	1344	1396	1394
Castilla y León	1285	1388	1415	1460
Castilla-La Mancha	1273	1346	1430	1438
Cataluña	1232	1273	1290	1355
C. Valenciana	1081	1123	1151	1150
Extremadura	1426	1549	1655	1601
Galicia	1285	1373	1414	1401
Madrid (Comunidad de)	1136	1173	1179	1172
Murcia (Región de)	1187	1306	1348	1425
Navarra (Comunidad foral de)	1363	1438	1469	1587
País Vasco	1393	1544	1662	1705
La Rioja	1577	1617	1464	1328
	2007	2008	2009	2010
Media ponderada	1215	1285	1320	1332
Coefficiente de variación ponderado (%)	8,04	9,11	10,63	11,45
Máximo	1577	1617	1662	1705
Mínimo	1081	1123	1151	1098
Factor de variación (máx/mín)	1,46	1,44	1,44	1,55
Máxima diferencia (máx-mín)	496	494	512	607

Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social, Recursos Económicos del SNS.

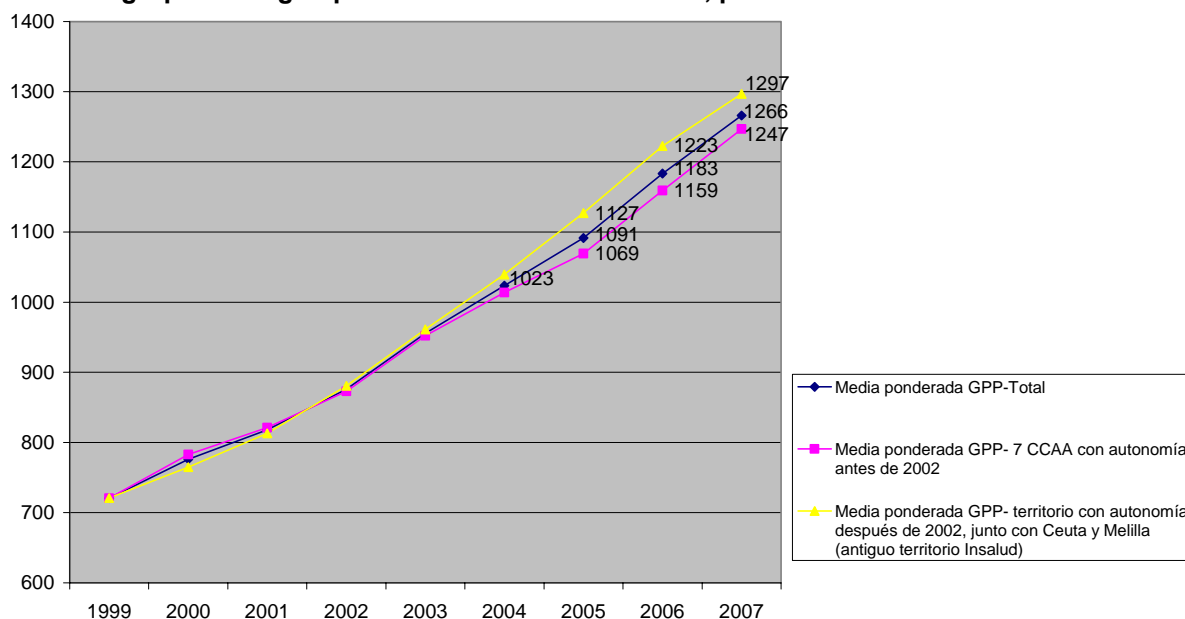
protegida. Así, partiendo de un nivel muy similar en el primer año de la serie (8,04 correspondiente al presupuesto inicial por persona protegida y 8,26 a gasto por persona protegida, en 2007), el coeficiente de variación, apoyándonos en los presupuestos autonómicos iniciales, alcanza un valor de 11,45 en 2010. Por su

parte, el factor de variación aumenta ligeramente en el período 2007-2010, si bien se sitúa en niveles más similares a los obtenidos en el análisis del gasto por persona protegida (período 1999-2007).

Para culminar el análisis del gasto autonómico per cápita, se ha reproducido el análisis previo, sólo que reagrupando las CCAA y las Ciudades Autónomas en virtud del momento en que cada territorio comienza a disfrutar de plena autonomía en materia de gestión sanitaria. De este modo, se agrupan, por una parte, las 7 CCAA que gozaban de plena autonomía antes de 2002 y, por otra, las 10 restantes, que adquirieron la autonomía después de esa fecha, junto con Ceuta y Melilla, que continúan siendo gestionadas a nivel central (conocido en su conjunto como “antiguo territorio Insalud”). Como se puede observar en el Gráfico 5, desde 2002, el gasto medio por persona protegida en las CCAA que adquieren plena autonomía en materia sanitaria por “la vía lenta”, junto con Ceuta y Melilla, comienza a superar el gasto medio correspondiente a las CCAA que gozaban ya de autonomía. Asimismo, el gasto medio por persona protegida equivalente de estas últimas, ligeramente superior al correspondiente al resto del territorio durante casi todo el período, comienza a situarse por debajo desde 2004. El análisis de la dotación inicial presupuestaria para la sanidad por persona protegida confirma esta tendencia: durante todo el período analizado (2007-2010), la dotación per cápita en el “antiguo territorio Insalud” supera a la correspondiente al resto del territorio español: en particular, en 2007, la dotación asciende a 1230 €, vs. 1206 € y, en 2010, a 1343 € vs. 1325 €, respectivamente.

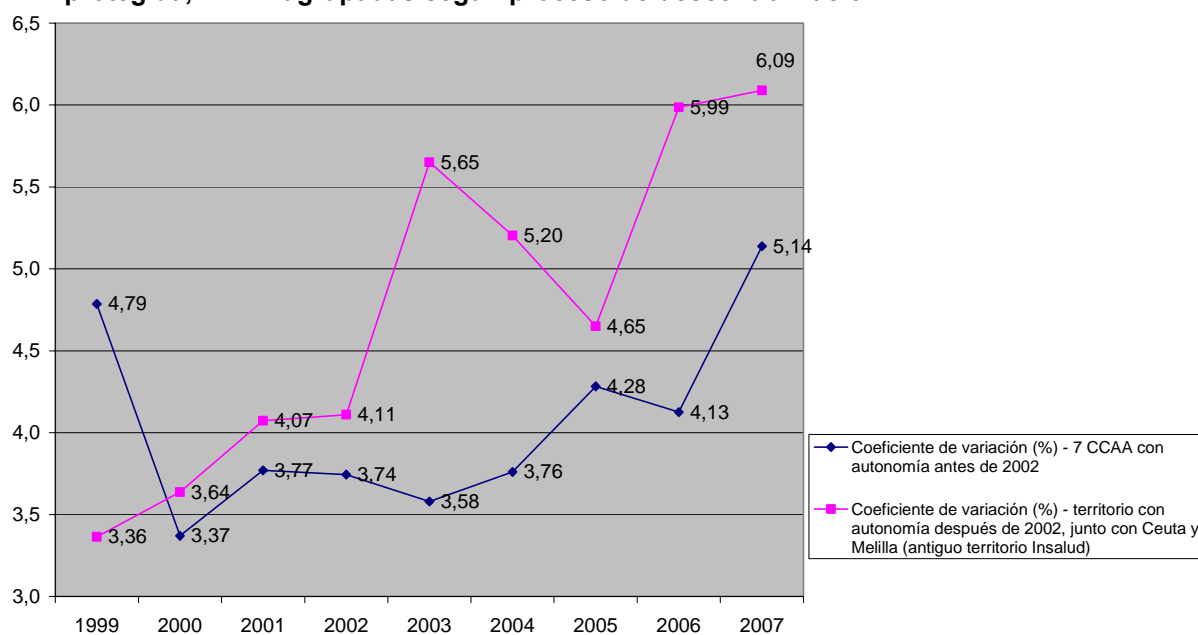
Por último, las disparidades del gasto por persona protegida entre las CCAA que adquirieron la autonomía en gestión sanitaria por “la vía lenta” son superiores a las existentes entre las CCAA del resto del territorio (Gráficos 6 a 8). Desde 2000, este patrón, referido a la ratio y a la diferencia entre los valores extremos, se mantiene, aun prescindiendo de Ceuta y Melilla en el análisis (Gráficos 7 y 8). Es preciso indicar que esta situación es previa al año 2002, por lo que no se puede afirmar que venga determinada por el proceso de plena descentralización en materia sanitaria. Asimismo, las disparidades en todos los casos contemplados, expresadas a través del factor de variación y de la diferencia entre los valores extremos, aumentaron bruscamente entre 2006 y 2007 (Gráficos 7 y 8).

Gráfico 5
Evolución del gasto sanitario autonómico en € por persona protegida,
CCAA agrupadas según proceso de descentralización, período 1999-2007



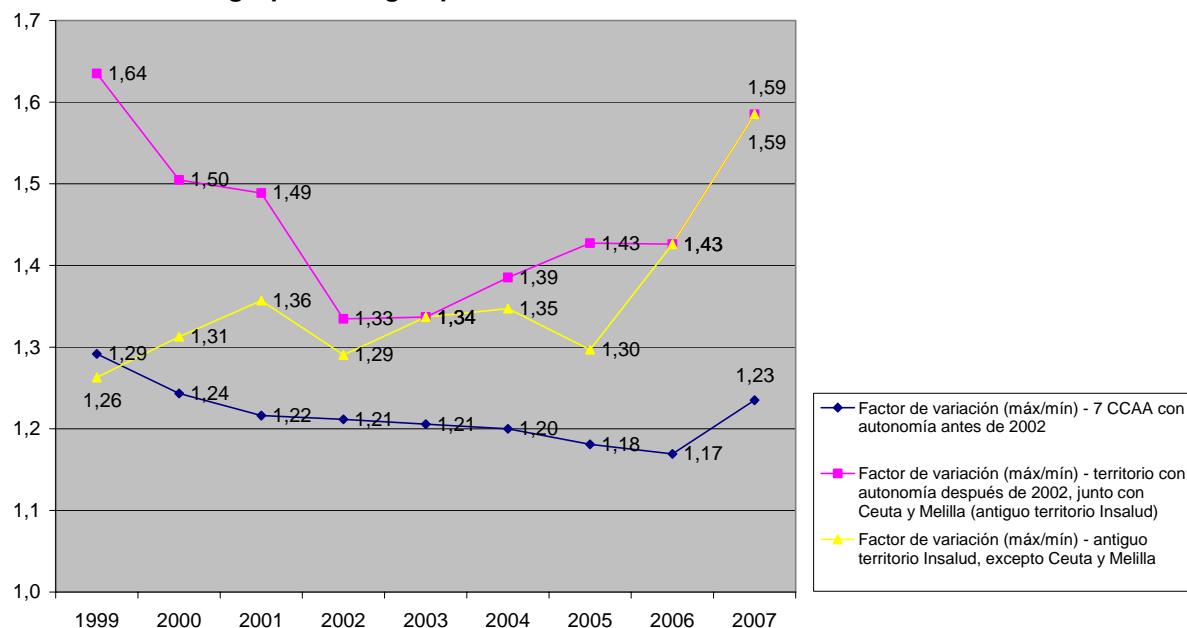
Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social).

Gráfico 6
Coefficiente de variación del gasto sanitario autonómico por persona
protegida, CCAA agrupadas según proceso de descentralización



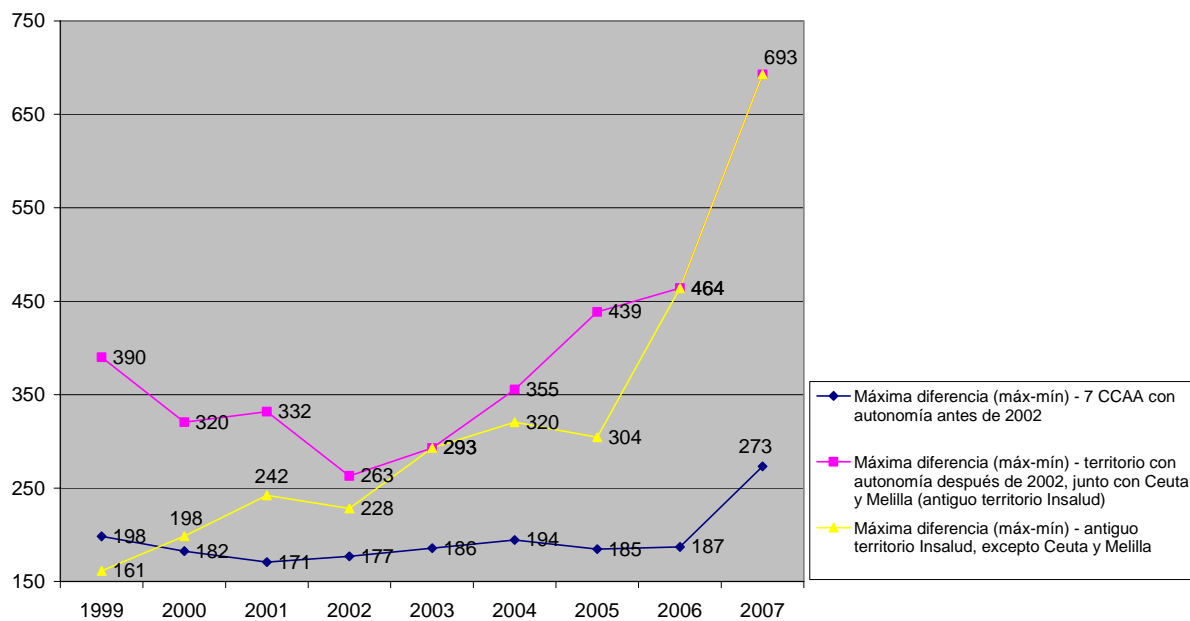
Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social).

Gráfico 7
Factor de variación del gasto sanitario autonómico por persona protegida,
CCAA agrupadas según proceso de descentralización



Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social).

Gráfico 8
Diferencia entre los valores extremos del gasto sanitario por persona
protegida, CCAA agrupadas según proceso de descentralización



Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social).

La ratio de TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia, tal y como se argumentó en el apartado anterior, es considerado un indicador muy relevante para este estudio, siendo deseable una distribución uniforme en el territorio. En el Cuadro 5 se muestran los resultados obtenidos en el análisis de su evolución. Al mismo tiempo que cae la media a lo largo del período estudiado (pasando de 1484 TSI por médico de familia en 2004 a 1410 en 2008), disminuyen las disparidades medidas a través del factor de variación y de la diferencia entre los valores extremos: la ratio entre éstos, superior a 2 en 2004, se sitúa por debajo de 1,8 en 2008. Por su parte, la diferencia entre los valores extremos disminuye, pasando de 936 a 746 TSI por médico de familia, entre 2004 y 2008. Los gráficos 9 y 10, realizados a la misma escala, permiten visualizar la caída del número medio de TSI por médico de familia en un período tan corto como el que se ha podido analizar aquí. Estos resultados son muy relevantes en el marco del SNS español, donde el médico de familia generalmente actúa como “portero del sistema”, es decir, representa la primera toma de contacto del paciente con el sistema sanitario. Un sistema de atención primaria de calidad puede evitar numerosos ingresos hospitalarios, con lo que esto representa tanto sobre la salud de las personas como sobre “la salud de las arcas públicas”.

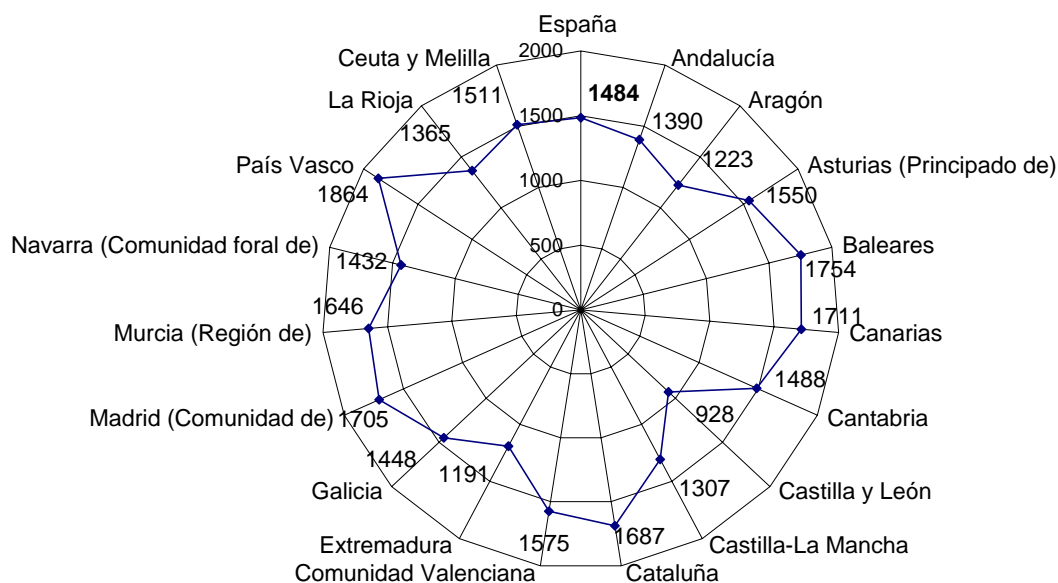
Si bien es posible hacer una valoración muy positiva, en términos generales, de la evolución tanto de la dotación como de la distribución de médicos generales en España, es preciso resaltar que no todas las CCAA contribuyeron a la caída de la ratio de TSI por médico de familia: ésta aumentó en Andalucía, Ceuta, Melilla y, aunque muy ligeramente, también en Aragón, Extremadura y Castilla y León, si bien la última representa la CA con menor tasa en todo el período, incluido el año 2008 (Gráficos 9 y 10). En realidad, analizando su evolución respecto a la media, los casos preocupantes son los tres primeros: Andalucía partía de una ratio de TSI por médico de familia sensiblemente menor a la media, situándose a un nivel sensiblemente superior al final del período. Por su parte, Ceuta y Melilla, que ya partían de un nivel superior a la media se alejan aun más, distanciándose considerablemente.

Cuadro 5
TSI (Tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia y desigualdades,
por CCAA, 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
España	1484	1486	1466	1426	1410
Andalucía	1390	1414	1430	1415	1442
Aragón	1223	1243	1235	1219	1229
Asturias (Principado de)	1550	1553	1541	1487	1481
Baleares	1754	1820	1859	1867	1685
Canarias	1711	1679	1604	1568	1519
Cantabria	1488	1372	1371	1370	1361
Castilla y León	928	921	920	948	939
Castilla-La Mancha	1307	1286	1266	1328	1276
Cataluña	1687	1726	1610	1433	1474
Comunidad Valenciana	1575	1567	1597	1594	1555
Extremadura	1191	1192	1214	1218	1199
Galicia	1448	1429	1395	1358	1347
Madrid (Comunidad de)	1705	1708	1648	1571	1541
Murcia (Región de)	1646	1702	1696	1610	1470
Navarra (Comunidad foral de)	1432	1446	1433	1382	1418
País Vasco	1864	1746	1756	1724	1563
La Rioja	1365	1377	1343	1370	1251
Ceuta y Melilla	1511	1518	1543	1539	1550
	2004	2005	2006	2007	2008
Media ponderada	1484	1486	1466	1426	1410
Máximo	1864	1820	1859	1867	1685
Mínimo	928	921	920	948	939
Factor de variación (máx/mín)	2,01	1,98	2,02	1,97	1,79
Máxima diferencia (máx-mín)	936	899	939	919	746

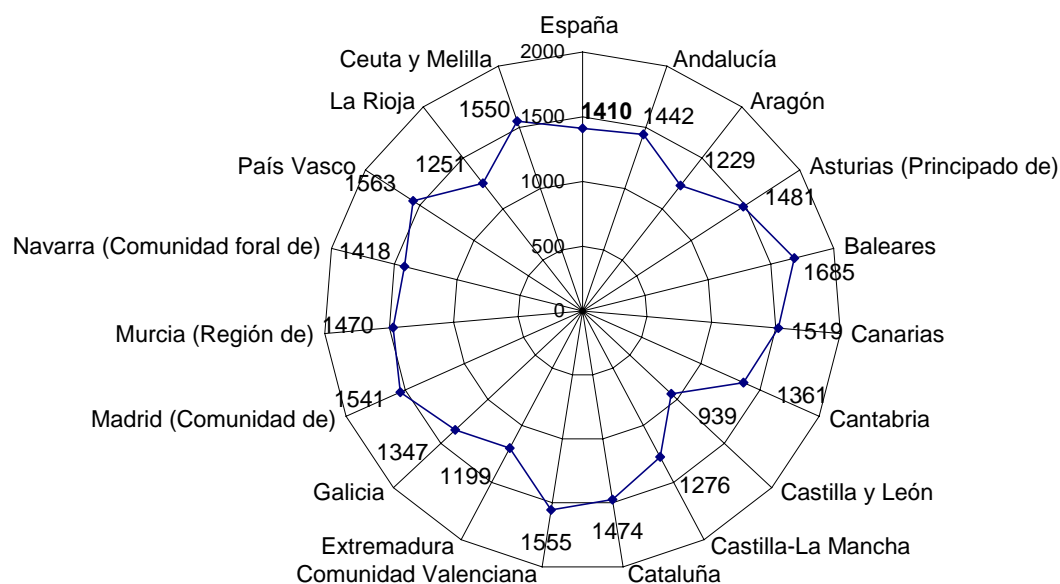
Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Gráfico 9
TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia, por CCAA, 2004



Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Gráfico 10
TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia, por CCAA, 2008

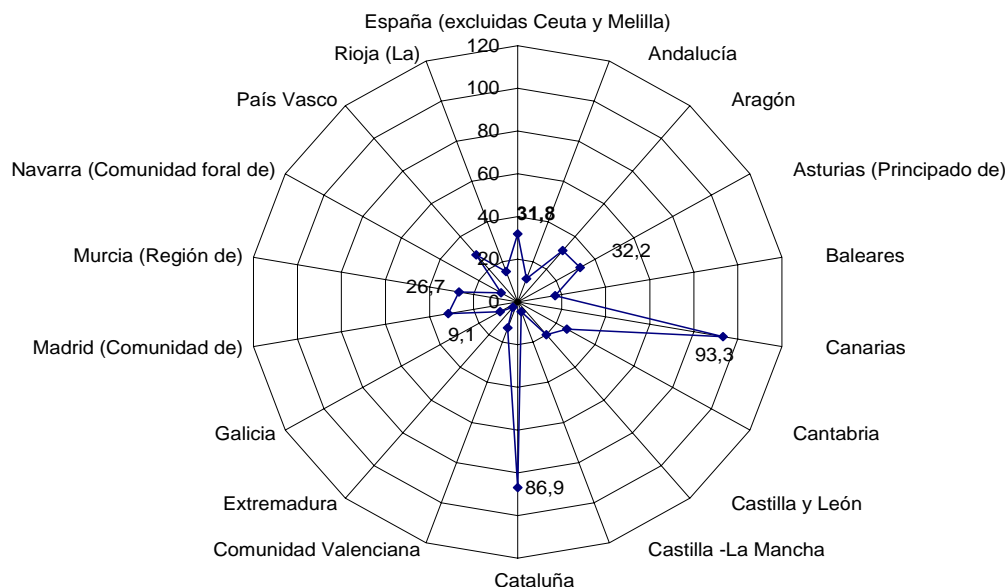


Fuente: Elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

En los Gráficos 11 y 12 se muestra la dotación de camas de larga estancia (excluidas las de psiquiatría), por 100.000 habitantes, en 1993 y 2007, respectivamente. La representación grafica admite una lectura casi inmediata de la infradotación, en la mayoría de los casos, de un recurso tan sensible a los problemas sociosanitarios característicos de los países desarrollados. Con vistas a asociar, en la medida de lo posible, este recurso a “necesidad” se han estimado las ratio por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad, tal y como se refleja en los Gráficos 13 y 14. Las CCAA con mejor dotación de este recurso en 1993, tanto respecto a la población total como respecto a la población de 65 o más años de edad, son Canarias y Cataluña. Al final del período estudiado, tomando como referencia la población total, la mayor dotación corresponde a Cataluña y a Murcia, seguida muy de cerca por Cantabria, CA a la que toma el relevo en el tercer puesto Canarias, cuando la ratio se estima respecto a la población de 65 o más años de edad.

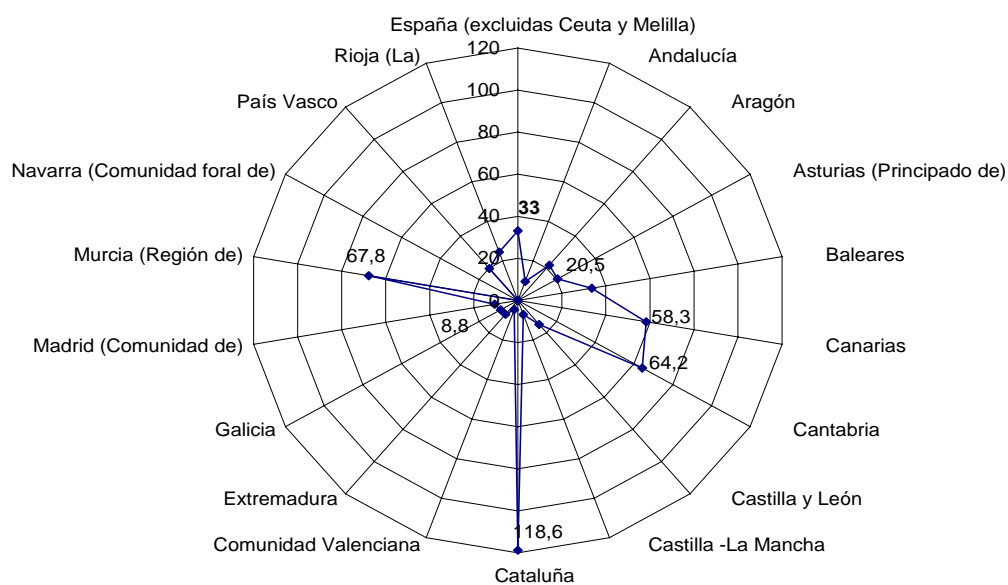
Cabe resaltar la pérdida de posiciones relativas de CCAA con un fuerte envejecimiento de la población, cuando se adopta la óptica de la dotación por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad. Éste es el caso de Asturias que, con 32,2 camas por 100.000 habitantes, superaba ligeramente la media nacional en 1993. En 2007, con 21 camas por 100.000 habitantes apenas supera el 62 % de la media (33 camas), mientras que con 94 camas por 100.000 personas de 65 o más años de edad no llega a alcanzar el 50 % de la dotación media en el territorio español (198 camas). Más extremo aun resulta el caso de Galicia que, con 9 camas por 100.000 habitantes en 2007, alcanza casi el 27 % de la media nacional; mientras que, desde la perspectiva de la población de 65 o más años de edad, apenas llega al 21 %. No obstante, esta CA se situaba ya muy lejos de la media al principio del período estudiado, aun en términos de la población en general. El caso contrario se produce en la Región de Murcia, cuya dotación en 2007 multiplica por 2 la media nacional, en términos de la población general y por casi 2,5 la dotación media de camas de larga estancia, en términos de la población de 65 o más años de edad.

Gráfico 11
Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes, año 1993



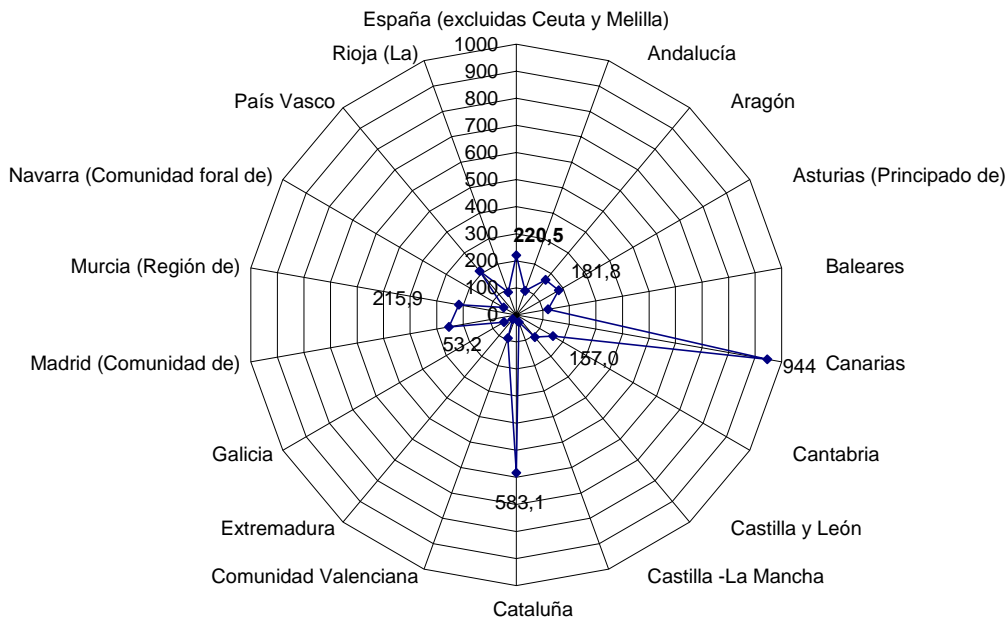
Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat-*Regional Health Statistics* (excluidas Ceuta y Melilla). El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado, se ha efectuado a partir de INE (Evolución de la población de España entre los censos de 1991 y 2001; estimaciones intercensales. Población tomada a fecha 1 de enero).

Gráfico 12
Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes, año 2007



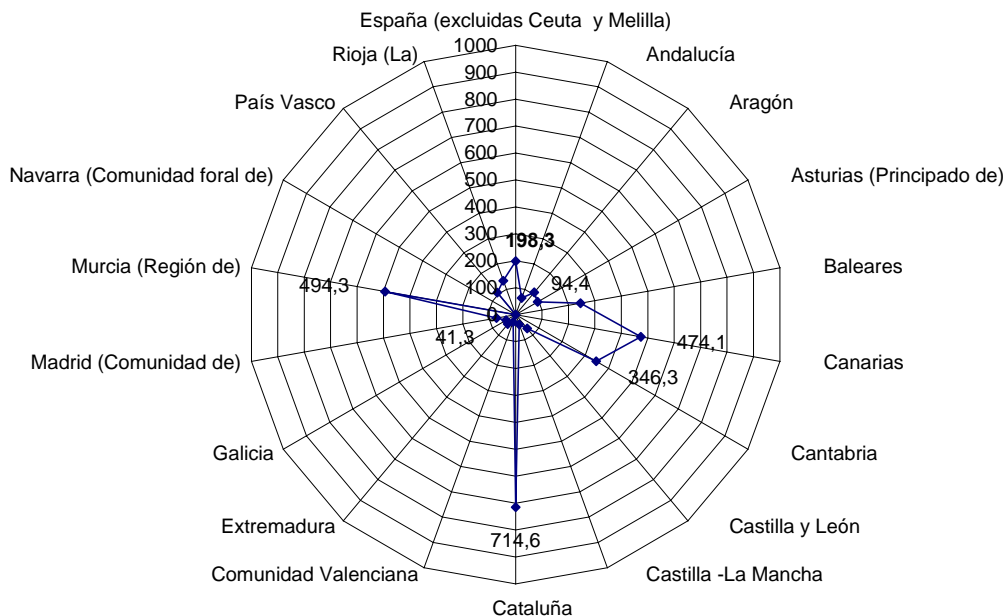
Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat-*Regional Health Statistics* (excluidas Ceuta y Melilla). El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado, se ha efectuado a partir de INE (Estimaciones de la población actual de España a partir del censo de 2001. Población tomada a fecha 1 de enero).

Gráfico 13
Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad, año 1993



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat-Regional Health Statistics (excluidas Ceuta y Melilla). El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado, se ha efectuado a partir de INE (Evolución de la población de España entre los censos de 1991 y 2001; estimaciones intercensales. Población tomada a fecha 1 de enero).

Gráfico 14
Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad, año 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat-Regional Health Statistics (excluidas Ceuta y Melilla). El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado, se ha efectuado a partir de INE (Estimaciones de la población actual de España a partir del censo de 2001. Población tomada a fecha 1 de enero).

Por otra parte, y en línea con los resultados obtenidos para el año 1999 por Urbanos y González (2005, p. 169), cabe destacar las enormes disparidades que para este recurso existen en el territorio español. No sólo el coeficiente de variación se sitúa a un nivel extraordinariamente alto, sino que aumenta a lo largo de todo el período, tanto desde la óptica de la población general como desde la perspectiva de la población de 65 o más años de edad. Asimismo, el coeficiente de variación y el factor de variación (para los años que es posible su cálculo) referidos a esta última, se sitúan por encima de los correspondientes a la población total durante todo el período, si bien con tendencia a converger. Por su parte, la diferencia entre los valores extremos aumenta respecto a la población total y disminuye respecto a la población de 65 o más años de edad, aunque parece que más debido a la caída en la dotación de las CCAA que contribuyen a la disminución de la media que a otra razón (Véase el Cuadro 6).

Cuadro 6

Camas de larga estancia por 100.000 habitantes y por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad y disparidades territoriales, 1993-2007

Camas de larga estancia por 100.000 habitantes															
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Media	32	29	30	31	32	33	32	33	32	33	34	34	33	33	33
CVP	91	98	100	101	100	101	107	109	116	120	117	123	124	123	122
Max	93	100	93	94	96	100	103	106	104	113	113	118	116	120	119
Min	3	5	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FV	28	22	18	15											
MD	90	95	88	87	96	100	103	106	104	113	113	118	116	120	119
Camas de larga estancia por 100.000 personas de 65 o más años de edad															
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Media	221	199	201	201	201	202	195	195	188	193	200	199	197	197	198
CVP	98	107	107	108	106	107	113	115	122	125	122	128	129	126	125
Max	944	988	902	865	838	815	800	809	792	784	782	731	781	719	715
Min	21	26	31	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FV	46	39	30	24											
MD	924	962	872	829	838	815	800	809	792	784	782	731	781	719	715

CVP: Coeficiente de variación ponderado (en %)

FV: factor de variación (máx/mín)

MD: máxima diferencia o diferencia entre los valores extremos (máx-mín)

Fuente: ídem Gráficos 11 a 14.

En el Cuadro 7 se recogen sintéticamente los resultados obtenidos en relación a la dotación y distribución de equipos tecnológicos médicos en España. Si bien en el caso de los equipos de reciente implantación cabe esperar un elevado nivel de dispersión, no ocurre lo mismo con las tecnologías que llevan ya suficiente tiempo como para ser susceptibles de una distribución mucho más uniforme en el territorio que la detectada, por ejemplo, en el caso de las TAC y de los equipos de resonancia magnética nuclear en el caso español. En concreto, destaca el elevado coeficiente de variación ponderado obtenido para los equipos de resonancia magnética nuclear, superior a 40 %, tanto en los hospitales públicos como en los privados, constituyendo, en el ámbito público, la tecnología con mayor dispersión de todas las analizadas. En los Gráficos 15 y 16 se muestra la distribución de ambas tecnologías por CCAA, para el año 2007. A pesar de la tendencia decreciente de la dispersión a lo largo del período, para todas las tecnologías estudiadas en ambos sectores hospitalarios, es preciso incidir en que la dispersión, aun al final del período, es elevadísima.

Como puede verse en el Cuadro 7, en 2007, casi dos tercios de la dotación total de equipos tecnológicos están representados por la dotación pública, salvo en el caso de la resonancia magnética nuclear, cuya proporción, partiendo del 32 % en 1997, alcanza el 44 % en 2007.

Sólo ha sido posible calcular el factor de variación para el caso de las TAC, debido a la presencia de valores nulos en el resto de equipamientos. El valor en 2007 en los hospitales públicos se sitúa en 1,92, es decir, la media de TAC de la CA con dotación pública más alta prácticamente duplica la media correspondiente a la CA con dotación pública más baja.

Cuadro 7

**Dotación de equipos tecnológicos en hospitales públicos y privados por
1.000.000 habitantes: media, tendencia y dispersión, 1997-2007**

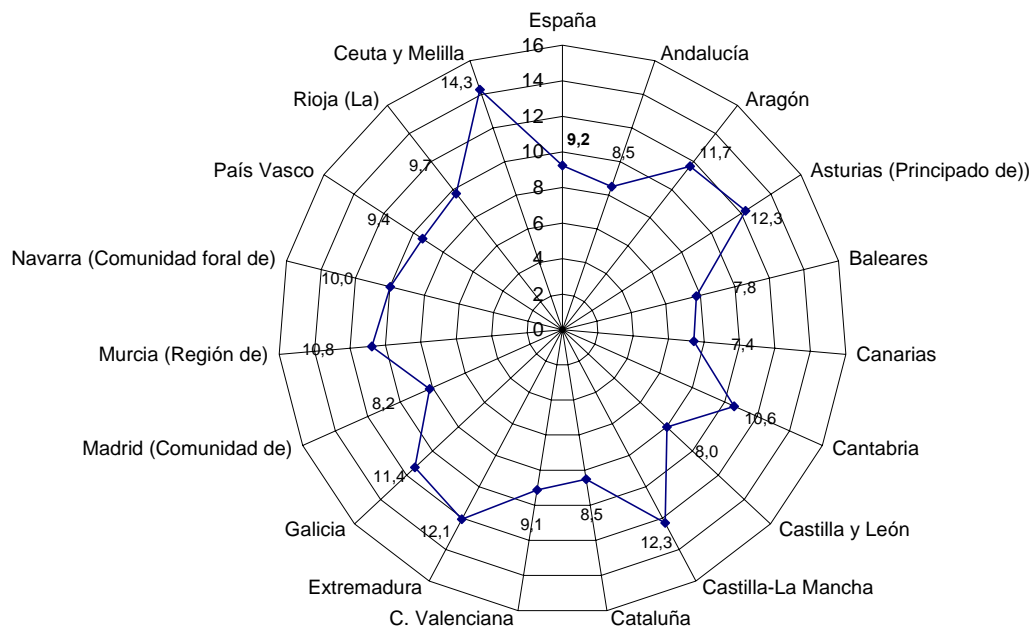
	H Púb Media: TP Valor 2007	H Priv Media: TP Valor 2007	H Tot Media: TP Valor 2007	Proporc. Púb/Tot 1997	Proporc. Púb/Tot 2007	H Púb CVP: TP Valor 2007	H Priv CVP: TP Valor 2007	H Tot CVP: TP Valor 2007
TAC (tomografías axiales computerizadas)	↑ 9,23	↑ 4,55	↑ 13,77	64 %	67 %	↓ 15,53	↓ 41,52	↓ 14,77
Resonancia Nuclear Magnética	↑ 3,57	↑ 4,50	↑ 8,07	32 %	44 %	↓ 41,53	↓ 56,19	↓ 40,17
Angiógrafos Digitales	↑ 2,81	↑ 1,18	↑ 3,99	74 %	70 %	↓ 34,66	↓ 65,69	↓ 34,57
Equipos de Gammacámara	↑ 3,74	↑ 1,18	↑ 4,92	79 %	76 %	↓ 36,63	↓ 67,29	↓ 33,35
Salas de Hemodinámica	↑ 3,14	↑ 1,72	↑ 4,86	70 %	65 %	↓ 27,21	↓ 57,74	↓ 28,67
Aceleradores Lineales	↑ 2,61	↑ 0,76	↑ 3,37	74 %	77%	↓ 28,55	↓ 120,29	↓ 36,25

TP: tendencia en el período

CVP: Coeficiente de variación ponderado (en %)

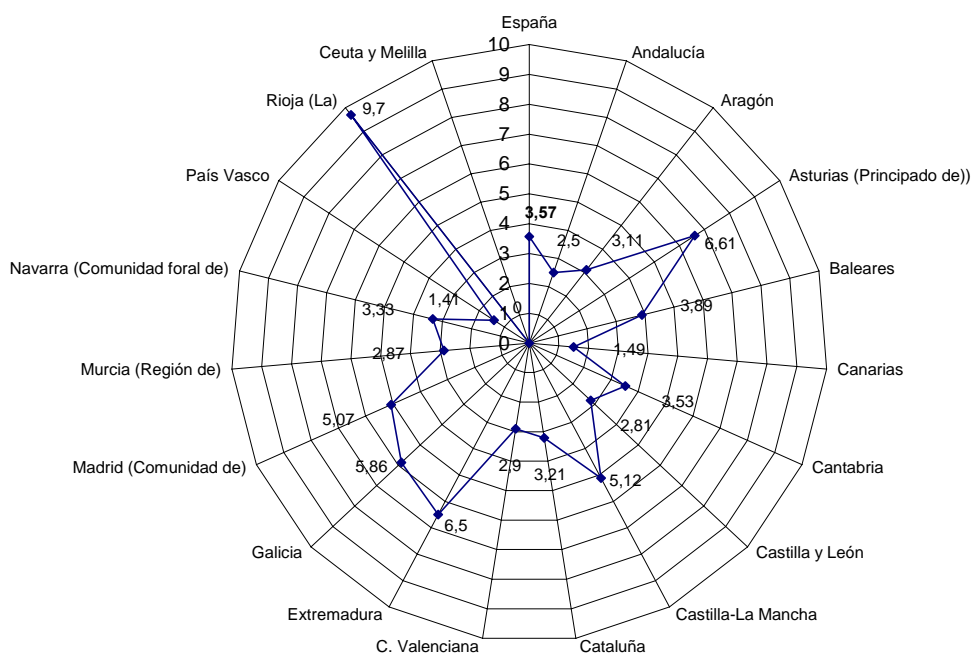
Fuente: Elaboración propia, con apoyo en MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

Gráfico 15
Equipos de TAC por 1.000.000 habitantes, en h. públicos, por CCAA, año 2007



Fuente: MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

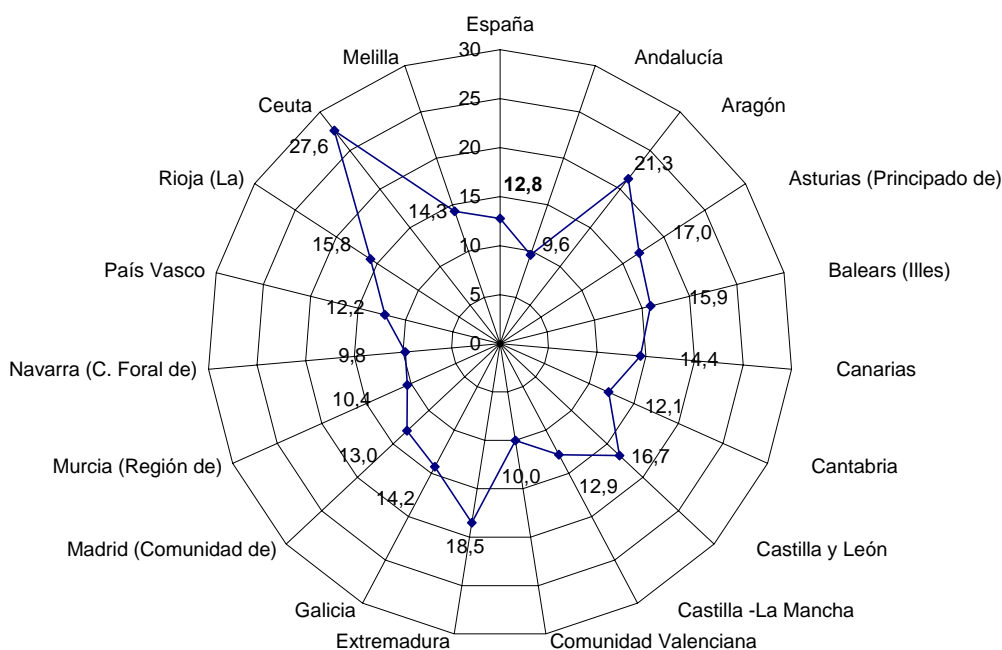
Gráfico 16
Equipos de RM por 1.000.000 habitantes, en h. públicos, por CCAA, año 2007



Fuente: MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

Paradójicamente, siendo el cáncer de mama el más letal en mujeres, y el *screening* de cáncer de mama en mujeres de más de 50 años una actividad altamente efectiva, no se dispone de información sistemática y para todas las CCAA sobre la participación en los programas de detección precoz o de estadísticas de las mamografías realizadas en el SNS español. A modo de variable *proxy*, en el Gráfico 17 se muestra la dotación total de mamógrafos (hospitales públicos y privados) por CCAA, para el año 2009. Tal y como se puede apreciar a simple vista, la dispersión en el territorio español es muy elevada, habiéndose obtenido un coeficiente de variación ponderado del 24,18 % y un factor de variación superior a 2,88.

Gráfico 17
Dotación de mamógrafos por 1.000.000 habitantes, año 2009



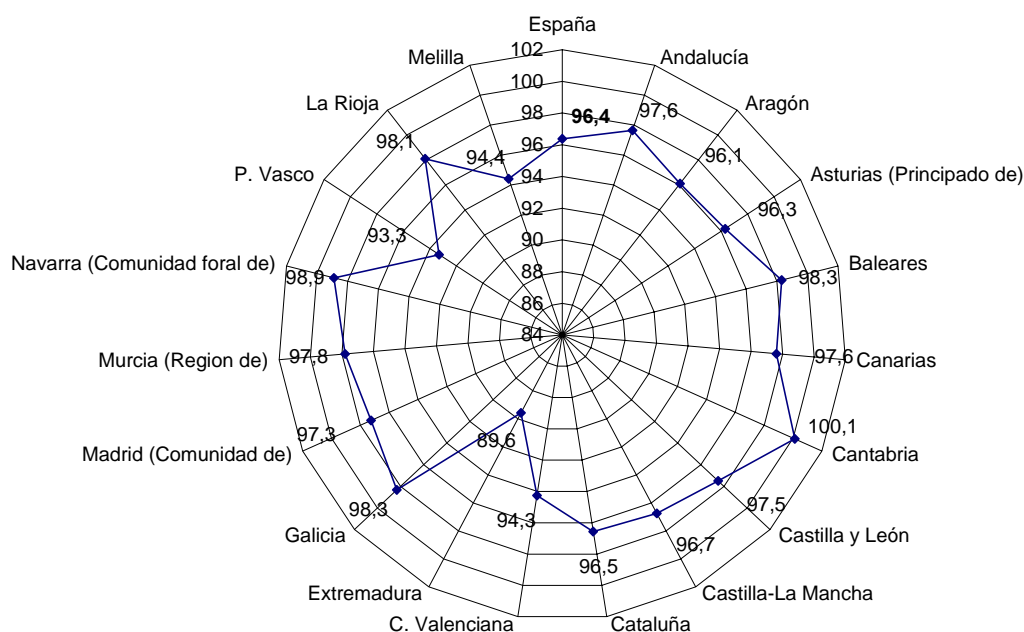
Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales, 2009 (no se dispone de datos para Cataluña).

4. 2. Actividad

Respecto a las vacunaciones, el resultado más relevante se refiere al índice sintético de la cobertura de las series básicas de vacunaciones de niños menores de un año de edad. El Gráfico 18 da cuenta de los valores obtenidos por CCAA para el año 2008. Con una media superior al 96 %, se puede considerar que existe una buena cobertura de vacunaciones básicas en España, a lo que cabe añadir que, además, se consigue con una dispersión relativamente baja, dado que el coeficiente de variación ponderado obtenido ascendió al 2,26 % y el factor de variación, a 1,12. Ninguna CA, con la excepción de Extremadura, alcanzó una cobertura inferior al 93 %.

Gráfico 18

Índice sintético de la cobertura de las series básicas de vacunaciones de niños menores de 1 año de edad, 2008*



* Poliomeilitis; Difteria-Tétanos-Tos Ferina; *Haemophilus influenzae* tipo B; Hepatitis B y Meningitis Meningocócica C. Los datos correspondientes a Ceuta no están disponibles. La población considerada por el MSyPS en el cálculo de las tasas de cobertura infantil se refiere a los niños susceptibles de vacunación, de ahí que sea posible la obtención de tasas superiores al 100% (inclusión en el numerador de niños vacunados que no están considerados en la población objeto), como ocurre en el caso de Cantabria, la CA con mayor tasa de cobertura en 2008.

Fuente: Elaboración propia, con apoyo en Estadísticas de Vacunación (disponibles en <http://www.msps.es>. Información no disponible para Ceuta).

En el Cuadro 8 se recogen sintéticamente los resultados obtenidos en el análisis de la cobertura de vacunaciones en general. La media alcanzada en 2008 supera en todos los casos a la media correspondiente a 2001, con la excepción de la vacunación de hepatitis B de niños menores de un año, caso en el que el dato de partida se refiere a 2003 y no a 2001. Por su parte, el factor de variación en 2008 es menor o prácticamente igual que el correspondiente al año de partida, en todos los casos. Por último, no se ha detectado una dispersión alta entre las CCAA, con la excepción de la vacunación de tétanos-difteria en adolescentes y la vacunación antigripal de personas de 65 o más años de edad.

Cuadro 8
Media y dispersión de la cobertura de vacunaciones, 2001 y 2008

	Media 2001 (%)	Factor de variación 2001	Media 2008 (%)	Factor de variación 2008	Coefficiente de variación p. 2008 (%)
DTP < 1 año	96,3	1,12	96,70	1,07	1,56
DTP 1-2 años	94,2	1,30	94,86	1,24	3,45
DTP 4-6 años	-	-	92,30	1,16	4,68
TD 14-16 años	-	-	82,70	1,49	11,55
Polio < 1 año	96,2	1,11	96,70	1,07	1,57
Polio 1-2 años	94,6	1,30	94,85	1,24	3,44
Hib < 1 año	96,0	1,12	96,70	1,07	1,51
Hib 1-2 años	71,7	1,31	94,78	1,24	3,40
Hep. B < 1 año	97,6*	1,08*	96,50	1,09	1,43
Hep B ad.**	-	-	83,70	1,70	-
Mening. C < 1	86,7	2,95	97,20	1,08	1,40
SRP 1-2 años	96,5	1,18	97,6	1,18	2,12
SRP 3-6 años	-	-	94,4	1,09	3,05
Antig. 65 o >***	-	-	65,4	1,61	10,45

DTP: Difteria-Tétanos-Tos ferina. TD: Tétanos-Difteria. Hib: *Haemophilus influenzae* tipo B y SRP o triple vírica: Sarampión-Rubéola-Parotiditis

* 2003

** Adolescentes, curso escolar 2008-2009. Andalucía, Aragón, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Navarra, La Rioja y Ceuta no se incluyen en la estimación porque la cohorte vacunada en la infancia ha llegado ya a la adolescencia.

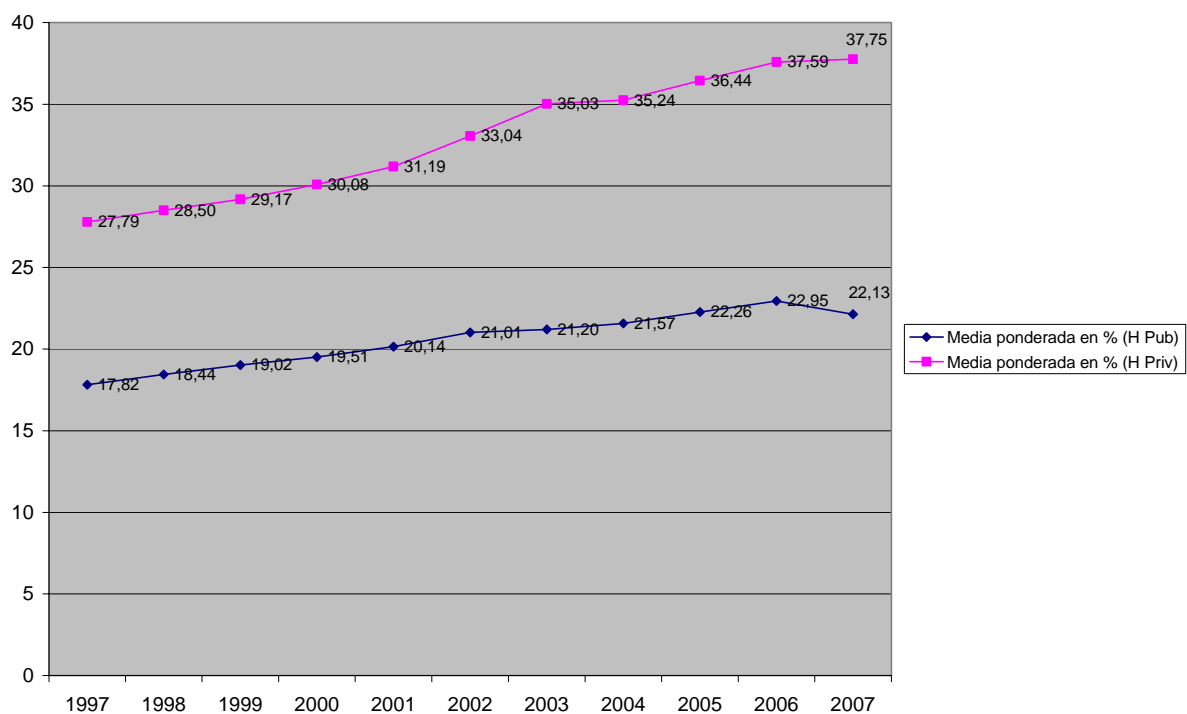
*** Vacunación antigripal de personas de 65 o más años de edad, temporada 2008-2009.

Fuente: Elaborado a partir de MSyPS; años 2001-2007: Indicadores de Salud 2009, Información y Estadísticas Sanitarias 2010 y año 2008: Estadísticas de Vacunación (disponibles en <http://www.msps.es>).

En 2007, la tasa media de cesáreas realizadas en los hospitales públicos españoles se sitúa en el 22,1 % del total de partos, es decir, siete puntos por encima del nivel establecido por la OMS como límite aceptable. Como ocurre en numerosos países, la tasa correspondiente a los hospitales privados es aun mayor, alcanzando casi el 38 % (Véase el Gráfico 19). El nivel relativamente más alto en el ámbito privado en parte podría responder a incentivos financieros y en parte ser reflejo de una medicina claramente “defensiva”.

Gráfico 19

Tasa media de cesáreas (% sobre total de partos) en hospitales públicos y privados, 1997-2007



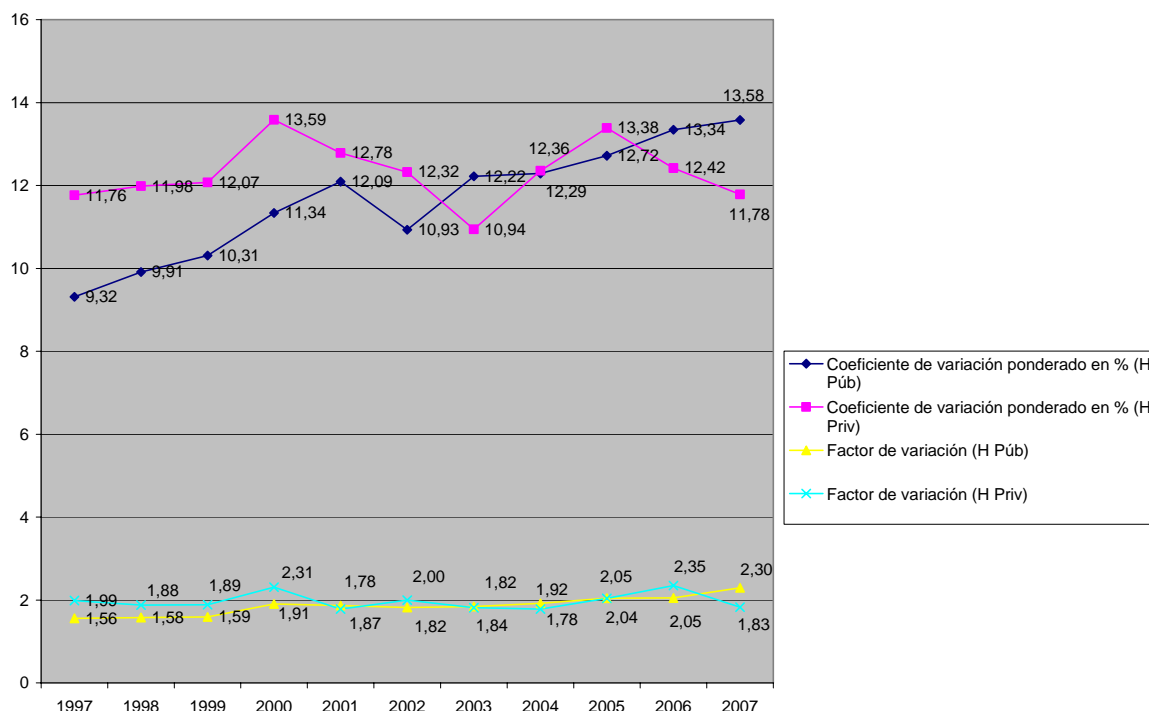
Fuente: Elaboración propia a partir de MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

No sólo la tasa de cesáreas en España es indeseablemente elevada, sino que, como puede apreciarse en el Gráfico 20, la dispersión entre CCAA también resulta injustificadamente alta. El coeficiente de variación ponderado, con clara tendencia ascendente en los hospitales públicos, se sitúa en este ámbito en el 9,32

% al principio del período estudiado y en el 13,58 % en 2007, año en el que supera el nivel de dispersión alcanzado en el ámbito privado. Asimismo, en el sector hospitalario público, la tasa de cesáreas en la CA con el nivel más alto en todo el territorio español en 2007 es 2,3 veces superior a la correspondiente a la CA con el nivel más bajo, frente a 1,83 veces cuando se trata del sector hospitalario privado. Estos resultados están en línea con los obtenidos en un estudio de VPM (Bernal et al., 2009) aplicado a la incidencia de cesárea en los hospitales públicos del SNS, a partir del conjunto de altas en el período 2003-2005. El mencionado estudio concluye que, si bien la probabilidad de recibir una cesárea está relacionada con la edad de la madre (aumentando entre un 4 % y un 6 % por cada año de vida), "... este factor individual controlado explica como máximo un 57 % de la variación", no habiéndose encontrado "... correlación entre la incidencia de cesárea y la incidencia de partos de riesgo ... la variabilidad podría deberse más a estilos de práctica o formas de organización locales que a la necesidad de las pacientes" (Bernal et al., 2009, pp. 115 y 117).

Gráfico 20

Dispersión de la tasa de cesáreas entre CCAA, en hospitales públicos y privados, 1997-2007

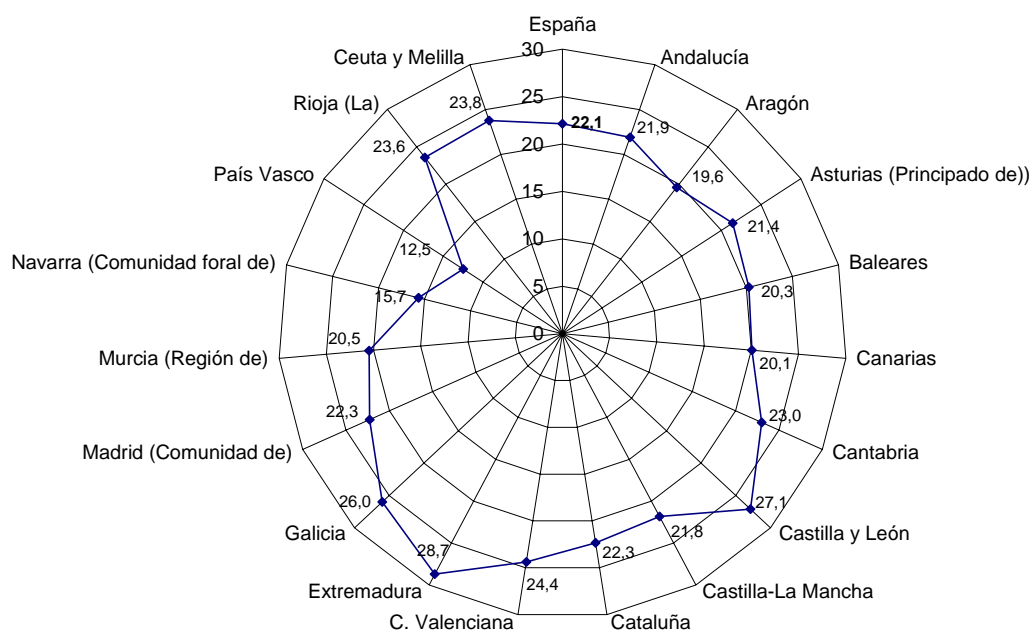


Fuente: Elaboración propia a partir de MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

En el Gráfico 21 se presenta la incidencia de cesárea en los hospitales públicos españoles, por CCAA, en el año 2007. Las CCAA con mayor y menor tasa respectivamente son Extremadura y País Vasco, CA donde desde 2004 se viene desarrollando un plan de recuperación de técnicas para reducir el número de cesáreas, a juzgar por las cifras, con éxito, constituyendo la única CA que no supera el límite admisible de cesáreas en 2007.

Gráfico 21

Incidencia de cesárea en los hospitales públicos, por CCAA, año 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

En el Cuadro 9 se recogen los resultados obtenidos en relación a la actividad diagnóstica desarrollada en España, tanto en hospitales públicos como privados. La media crece en ambos sectores a lo largo del período 1997-2007, en los cinco casos estudiados; estudios de TAC, resonancias magnéticas, angiografías digitales, gammagrafías y estudios de hemodinámica. Respecto a la dispersión entre las CCAA, medida a través del coeficiente de variación ponderado, la tendencia en el

período estudiado en el ámbito público es descendente, con la única excepción de las angiografías digitales. En el sector hospitalario privado, la tendencia es creciente en la actividad diagnóstica referida a las angiografías y a los estudios de hemodinámica. En todos los casos, el valor del coeficiente de variación en el sector privado se sitúa ostensiblemente por encima del correspondiente al sector público en 2007. En este último ámbito destaca el elevado valor obtenido en el caso de las gammagrafías, superior al 55,5 % al final del período estudiado. Con todo, de forma similar a los resultados obtenidos en relación a los equipamientos *per se*, llama la atención el elevado coeficiente de variación ponderado obtenido para las resonancias magnéticas, superior al 36 %. La proporción que las pruebas diagnósticas realizadas en los hospitales públicos españoles representa en 2007 sobre el total de las pruebas realizadas es superior al 77 %, con la excepción de las resonancias magnéticas, cuya proporción no llega a alcanzar el 50 % (véase el Cuadro 9). Sólo ha sido posible calcular el factor de variación para los estudios de TAC, debido a la presencia de valores nulos en el resto de actividades diagnósticas. El valor obtenido en 2007 nos indica que la media de pruebas de TAC en la CA con mayor actividad diagnóstica en el ámbito hospitalario público es más de 3,5 veces superior a la media correspondiente a la CA con menor actividad.

Cuadro 9

Actividad diagnóstica realizada en hospitales públicos y privados, por 1.000 habitantes: media, tendencia y dispersión, 1997-2007

	H Púb Media: TP Valor 2007	H Priv Media: TP Valor 2007	H Tot Media: TP Valor 2007	Proporc. Púb/Tot 1997	Proporc. Púb/Tot 2007	H Púb CVP: TP Valor 2007	H Priv CVP: TP Valor 2007	H Tot CVP: TP Valor 2007
Estudios de TAC (tomografías axiales computerizadas)	↑ 60,30	↑ 12,88	↑ 73,19	83,87 %	82,39 %	↓ 14,86	↓ 61,16	↓ 17,72
Resonancias Magnéticas	↑ 17,55	↑ 17,87	↑ 35,42	39,45 %	49,55 %	↓ 36,15	↓ 70,57	↓ 45,52
Angiografías Digitales	↑ 2,11	~ 0,29	↑ 2,41	88,70 %	87,55 %	↑ 48,26	↑ 150,26	↑ 46,87
Gammagrafías	↑ 11,60	↑ 2,48	↑ 14,07	84,78 %	82,44 %	↓ 55,51	↓ 79,43	↓ 48,20
Estudios de Hemodinámica	↑ 3,38	↑ 1,00	↑ 4,38	82,08 %	77,17 %	↓ 26,72	↑ 162,66	↓ 43,28

TP: tendencia en el período

CVP: Coeficiente de variación ponderado

Fuente: Elaboración propia, con apoyo en MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

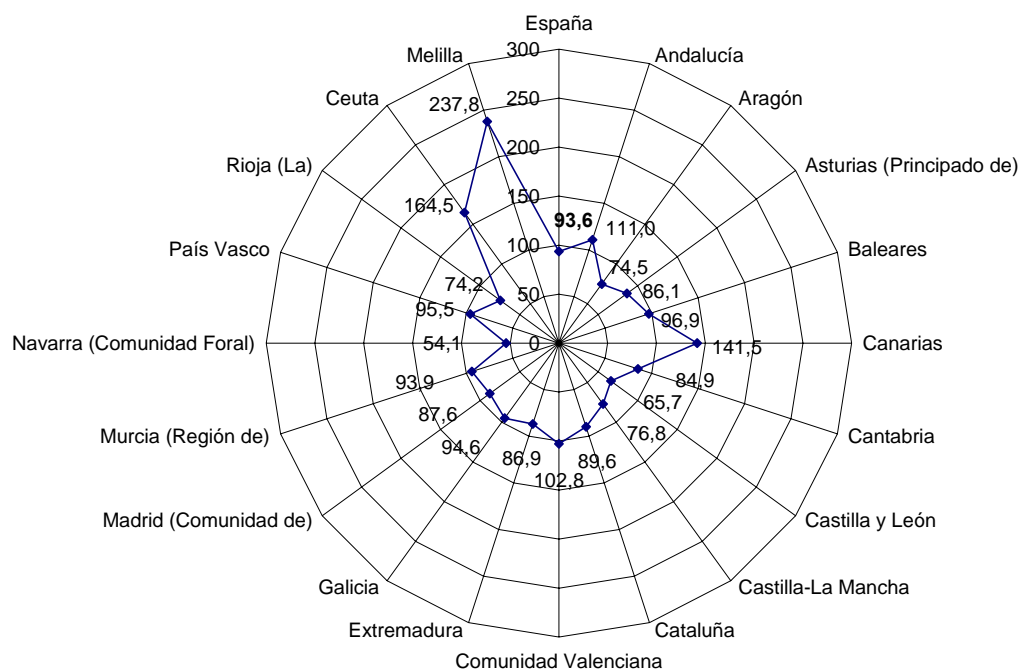
4. 3. Resultados relacionados con la salud

A modo de indicador de calidad asistencial, en los Gráficos 22 y 23 se muestra la mortalidad evitable (expresada en tasas por 10.000 defunciones) por enfermedades sensibles a los cuidados médicos: en particular, enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores. Entre 1997-2001 y 2002-2006 la mortalidad cae en todas las CCAA, incluidas las Ciudades Autónomas, excepto en Baleares. A pesar de que Melilla representa, junto con Ceuta, el territorio con mayor mortalidad en 2002-2006, es preciso remarcar la notable disminución (a casi la mitad) de la mortalidad experimentada en un período tan corto de tiempo.

Los Gráficos 24 y 25 recogen la mortalidad evitable en hombres y mujeres separadamente, en 1997-2001 y los Gráficos 26 y 27, la misma información, sólo que referida al período 2002-2006. Cabe destacar que la caída de la mortalidad descrita para la población total tiene también lugar cuando se analiza sólo para los hombres, con la salvedad de Baleares, donde la mortalidad entre los hombres en el segundo período es también menor al nivel de partida, siendo por tanto la mortalidad evitable entre las mujeres la que explica que la media haya aumentado en Baleares. La mortalidad evitable entre las mujeres aumenta asimismo entre 1997-2001 y 2002-2006 en Navarra, La Rioja y Ceuta. No obstante, en estos casos, la evolución conjuntamente con la mortalidad evitable entre los varones arroja como resultado neto una caída de la mortalidad evitable total.

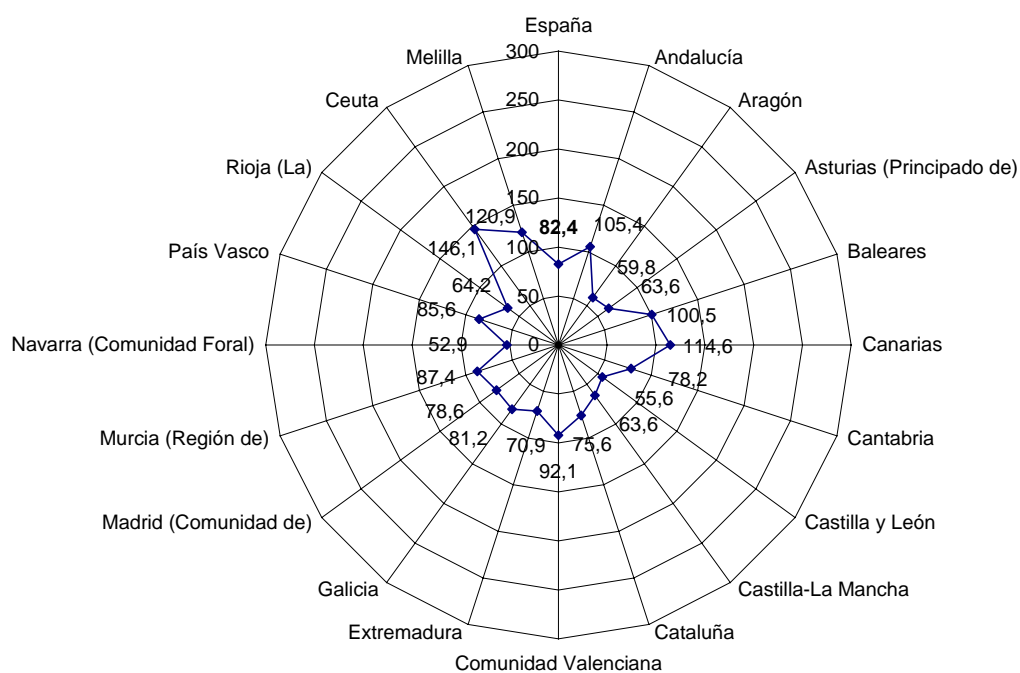
Respecto a las disparidades, entre ambos períodos, el coeficiente de variación ponderado aumenta, mientras que el factor de variación y la diferencia entre los valores extremos experimentan una caída, tanto para los hombres como para las mujeres (Cuadro 10). Cabe destacar que la variabilidad, con cualquiera de las tres medidas empleadas, es mayor entre las mujeres que entre los hombres, si bien las distancias se han acortado notablemente en 2002-2006.

Gráfico 22
Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones),* 1997-2001



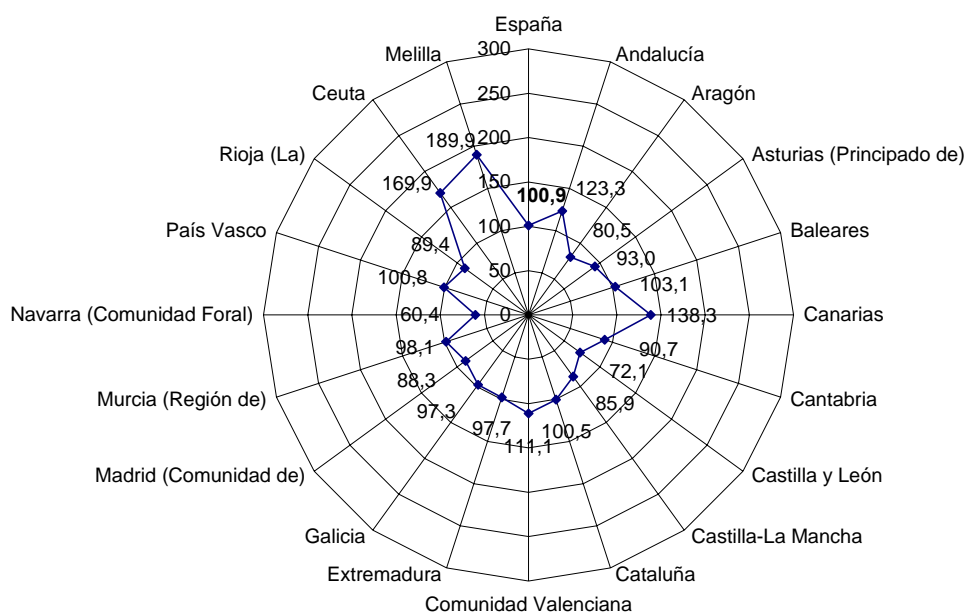
Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008. *Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores.

Gráfico 23
Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones),* 2002-2006



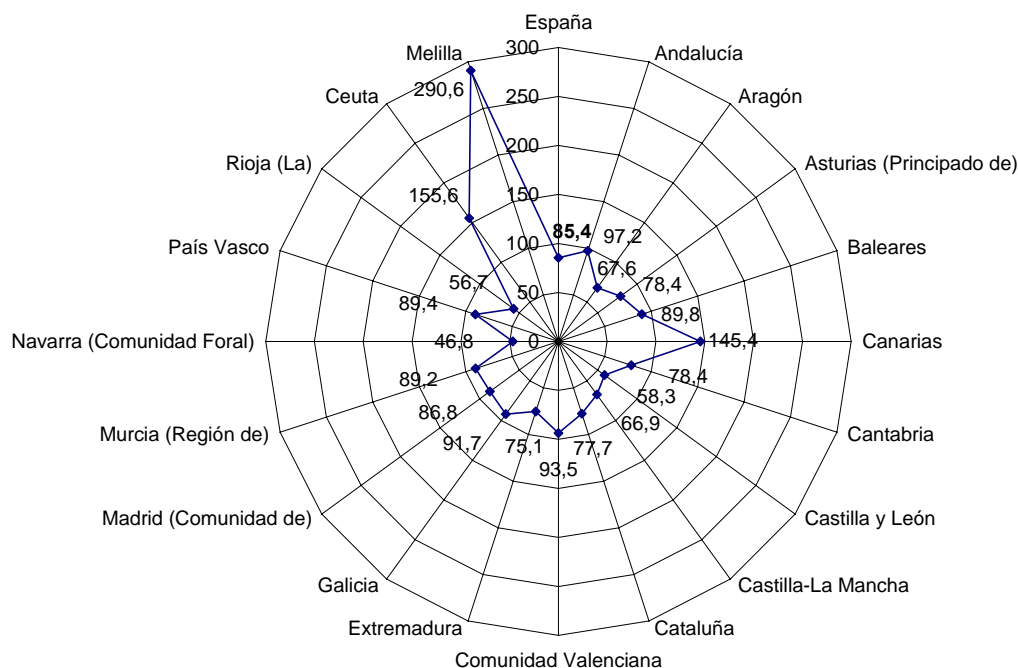
Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008. *Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores).

Gráfico 24
Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones),* 1997-2001, Hombres



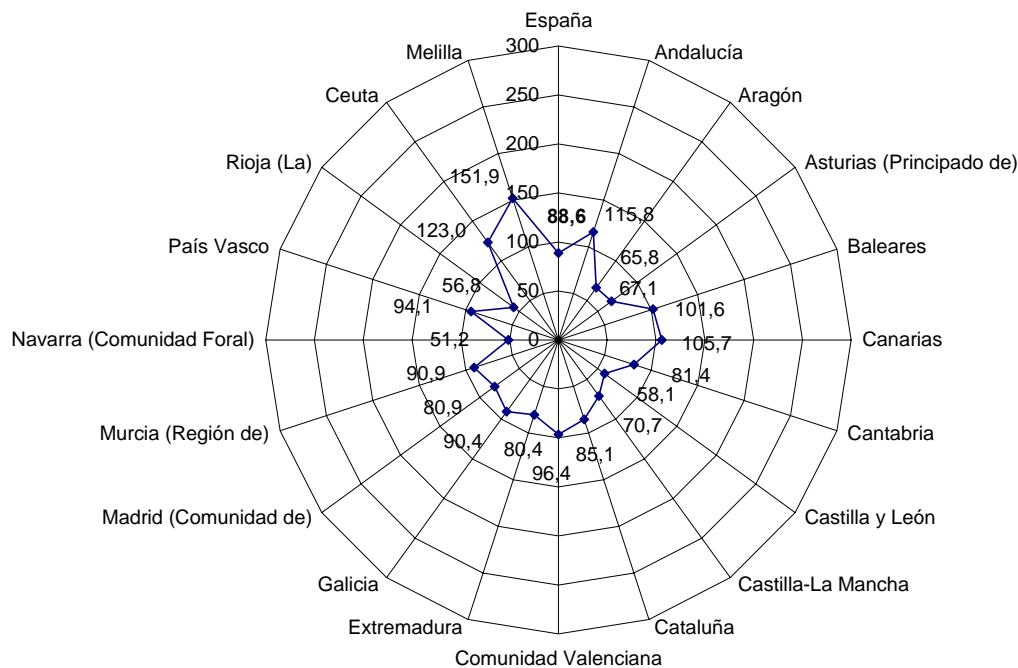
Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008. *Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores.

Gráfico 25
Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones),* 1997-2001, Mujeres



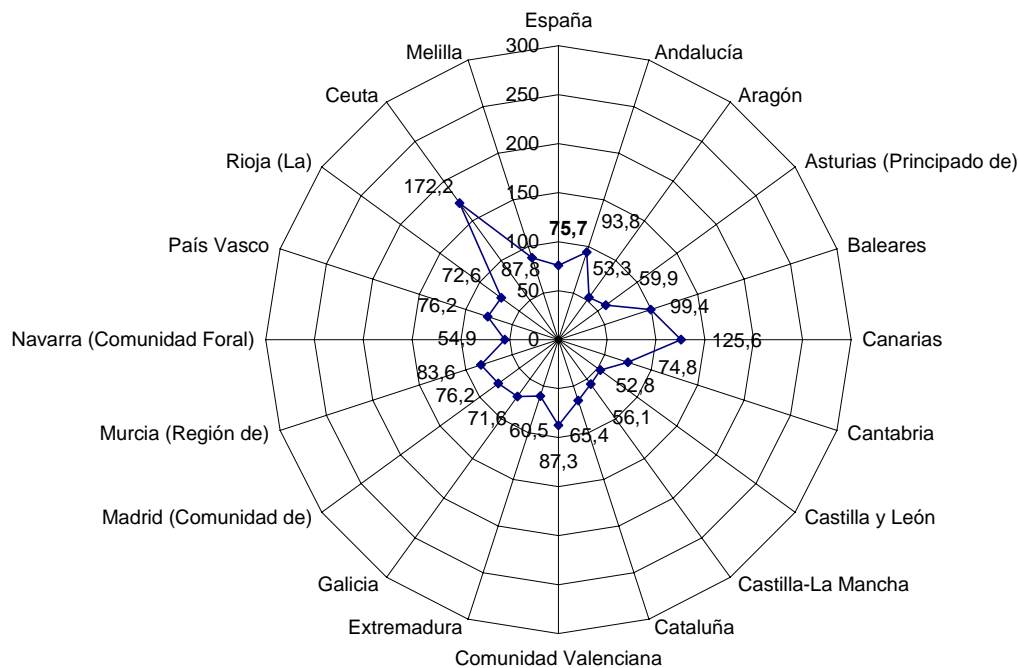
Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008. *Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores.

Gráfico 26
Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones),* 2002-2006, Hombres



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008. *Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores.

Gráfico 27
Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones),* 2002-2006, Mujeres



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008. *Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores.

Cuadro 10

Disparidades en mortalidad evitable,* según sexo, 1997-2001 vs. 2002-2006

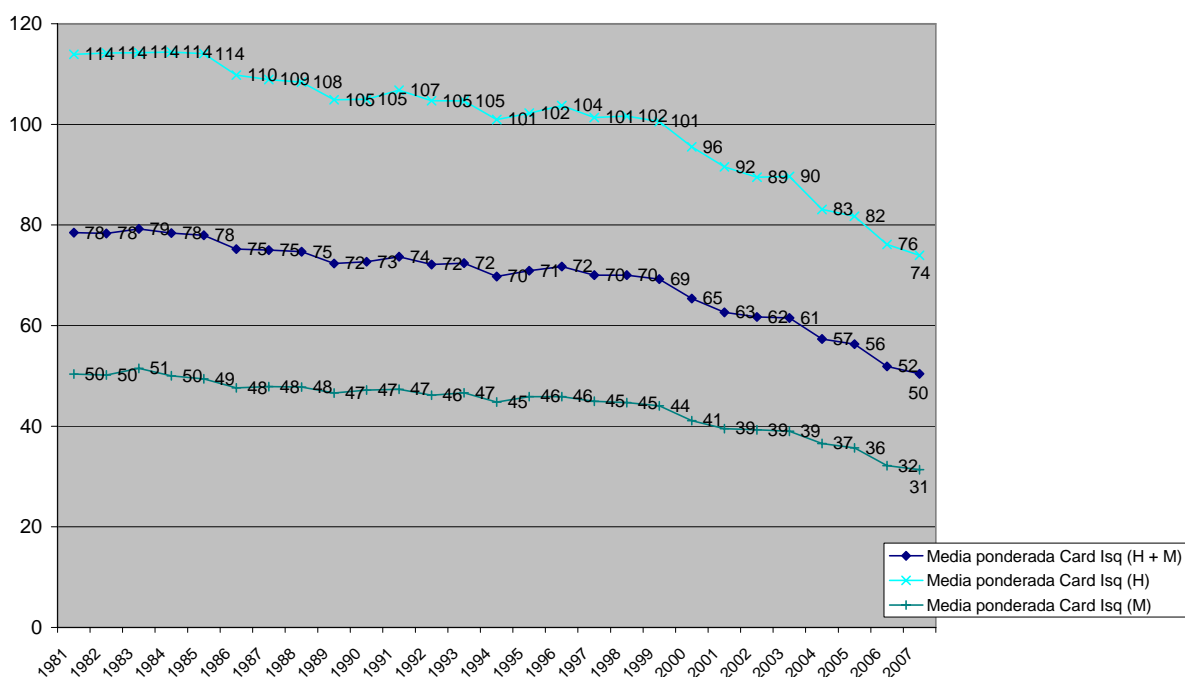
Población total	1997-2001	2002-2006
Coeficiente variación p. (%)	18,00	20,06
Factor de variación	4,40	2,76
Máxima diferencia	183,70	93,16
CCAA con > mortalidad (en orden descendente)	Melilla Ceuta Canarias	Ceuta Melilla Canarias
CCAA con < mortalidad (en orden ascendente)	Navarra Castilla y León La Rioja	Navarra Castilla y León Aragón
Hombres		
Coeficiente variación p. (%)	16,93	19,80
Factor de variación	3,15	2,97
Máxima diferencia	129,56	100,66
CCAA con > mortalidad (en orden descendente)	Melilla Ceuta Canarias	Melilla Ceuta Andalucía
CCAA con < mortalidad (en orden ascendente)	Navarra Castilla y León Aragón	Navarra La Rioja Castilla y León
Mujeres		
Coeficiente variación p. (%)	20,92	22,21
Factor de variación	6,21	3,26
Máxima diferencia	243,82	119,36
CCAA con > mortalidad (en orden descendente)	Melilla Ceuta Canarias	Ceuta Canarias Baleares
CCAA con < mortalidad (en orden ascendente)	Navarra La Rioja Castilla y León	Castilla y León Aragón Navarra

Fuente: Elaborado con apoyo en INE, Indicadores Sociales 2008. *Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores.

Centrando ahora la atención en causas específicas de muerte evitable, en el Gráfico 28 se recoge la TMA (tasa de mortalidad ajustada por edad) asociada a problemas de cardiopatía isquémica del corazón (la primera causa de muerte entre los hombres españoles), según sexo. A lo largo del período 1981-2007, la TMA cae tanto en hombres como en mujeres. Si bien la TMA correspondiente a los hombres se sitúa durante todo el período por encima de la correspondiente a las mujeres, cabe destacar que la distancia entre ambos tiende a acortarse.

Gráfico 28

Mortalidad evitable: cardiopatía isquémica del corazón, TMA por 100.000 habitantes, según sexo, 1981-2007



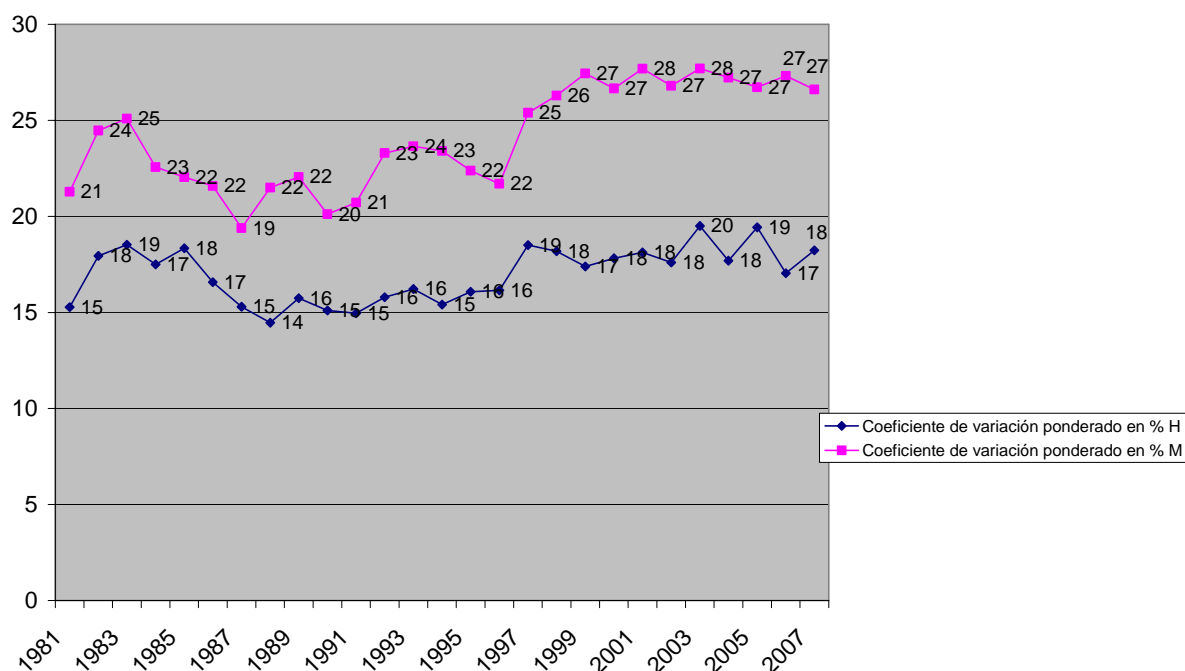
Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

Al mismo tiempo que la TMA por cardiopatía isquémica del corazón cae a lo largo del período, aumenta el coeficiente de variación ponderado, tanto entre los hombres como entre las mujeres. No obstante, el valor correspondiente a las mujeres se sitúa durante todo el período por encima del correspondiente a los hombres, con tendencia a divergir (Gráfico 29). Del mismo modo, el factor de variación muestra una tendencia decreciente en el caso de los hombres y creciente en el de las mujeres. Desde 1991 la ratio correspondiente a las mujeres se sitúa sistemáticamente por encima de la correspondiente a los varones, alcanzando un máximo superior a 4 en el año 2000. Entre los extremos del período, el valor correspondiente a los hombres desciende desde una ratio de 2,29 en 1981, hasta 1,73 en 2007. En cambio, en las mujeres apenas se produce caída entre el principio y el final del período estudiado, con valores de 2,47 y 2,44, respectivamente. Entre las posibles hipótesis explicativas de la mayor variabilidad de la TMA por cardiopatía isquémica del corazón entre las mujeres, aparte de las diferencias biológicas en la etiología de la enfermedad, cabe dejar apuntada la relacionada con un posible

“sesgo de género”, particularmente relevante en este caso: no sólo debido a la no inclusión de mujeres en los ensayos clínicos, sino también, tal y como se detectó en el estudio IBERICA, sobre más de 8.000 casos de infarto agudo de miocardio, porque “... las mujeres tienen menor frecuencia de síntomas típicos [y] mayor demora ... entre el inicio de los síntomas y la monitorización...”, situación tras la que subyace el papel de cuidadora de las mujeres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004, pp. 120 y 122).

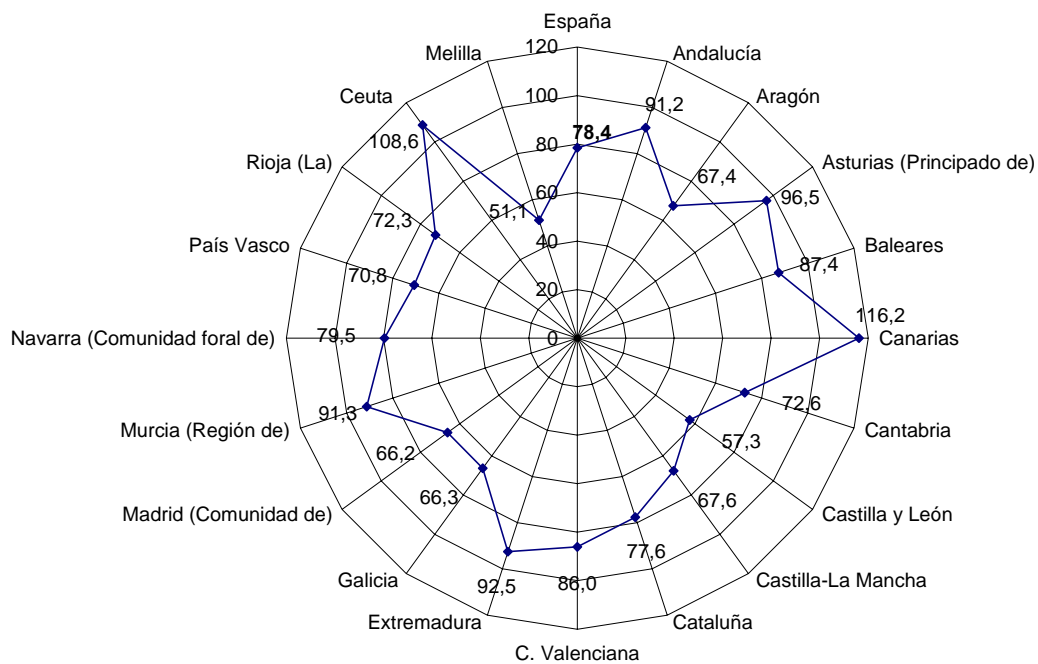
Gráfico 29

Coeficiente de variación de la TMA por cardiopatía isquémica del corazón, según sexo, 1981-2007

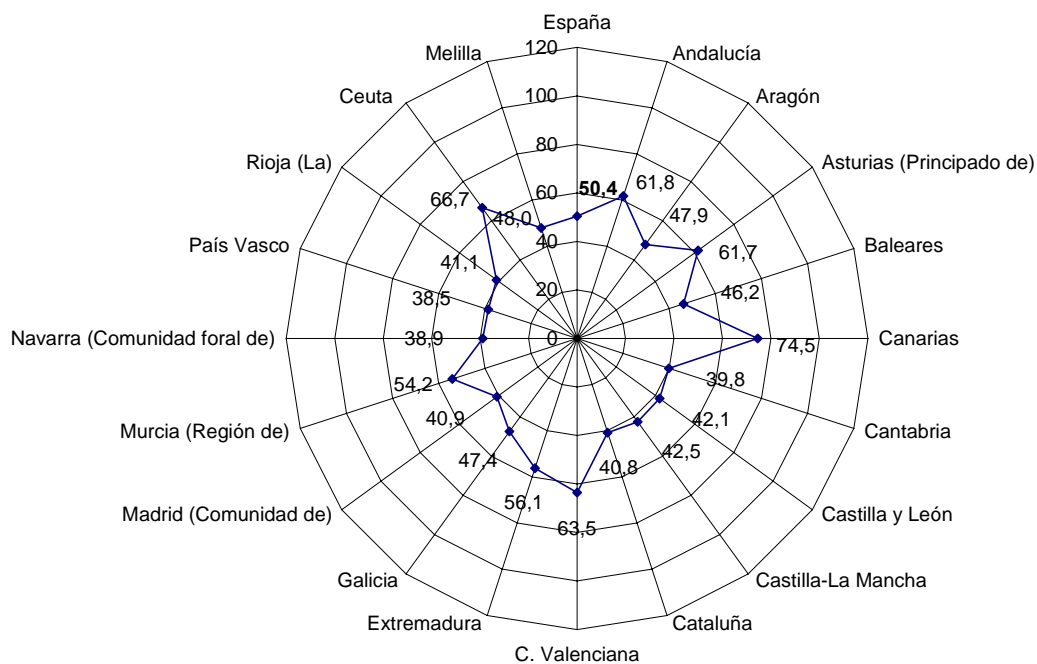


Fuente: Elaboración propia a partir de MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

Por último, los Gráficos 30 y 31, realizados a la misma escala, reflejan la TMA por cardiopatía isquémica del corazón, por CCAA, en 1981 y 2007, respectivamente.

Gráfico 30**TMA por cardiopatía isquémica del corazón, por 100.000 habitantes, 1981**

Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

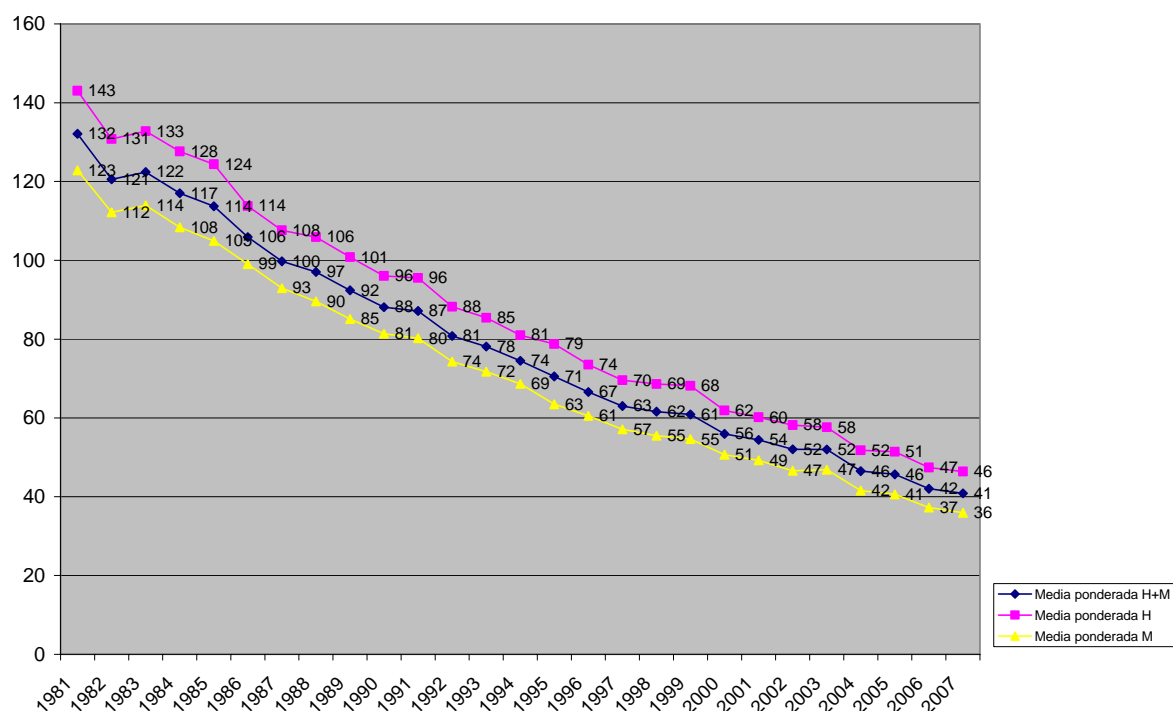
Gráfico 31**TMA por cardiopatía isquémica del corazón, por 100.000 habitantes, 2007**

Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

Tal y como se indicó previamente, las enfermedades cerebrovasculares constituyen la primera causa de muerte entre las mujeres. El Gráfico 32 da cuenta de la evolución de la TMA por esta causa, según sexo, mostrando cómo la TMA cae a lo largo del período, tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Gráfico 32

Mortalidad evitable: enfermedades cerebrovasculares, TMA por 100.000 habitantes, según sexo, 1981-2007



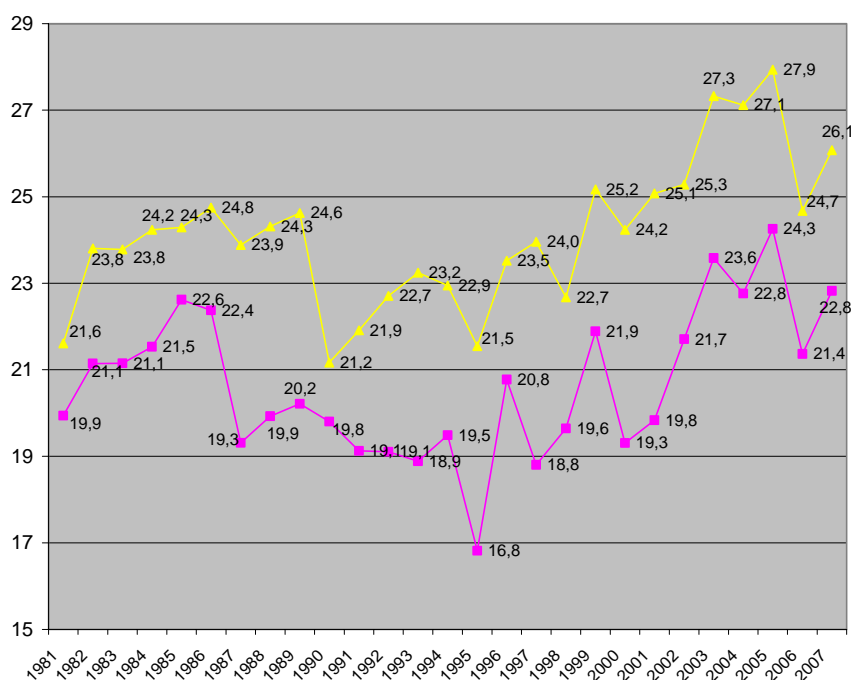
Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

La dispersión en el territorio según sexo queda reflejada en el Gráfico 33, que permite diferenciar dos subperíodos: entre 1981 y mediados de los años 90, caracterizado por una tendencia descendente y desde entonces hasta 2007, con un repunte del coeficiente de variación tal que, en términos netos, la tendencia para el conjunto del período ha sido hacia una dispersión creciente. De nuevo, la variabilidad es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Por su parte, la tendencia del factor de variación y de la diferencia entre los valores extremos es descendente en ambos casos, con los siguientes matices: en 2007, la TMA asociada

a enfermedades cerebrovasculares de las mujeres en la CCAA con mayor mortalidad es 2,15 veces superior a la TMA correspondiente a las mujeres en la CCAA con menor mortalidad, por encima del valor en el año de inicio del período (1,92). Por su parte, entre los hombres, el valor en el inicio del período es superior al de las mujeres (1,98). En cambio, al final del período el factor de variación es ligeramente inferior, alcanzando un valor de 2,08. En la mayoría de los años del período contemplado, la ratio de las mujeres supera la correspondiente a los hombres.

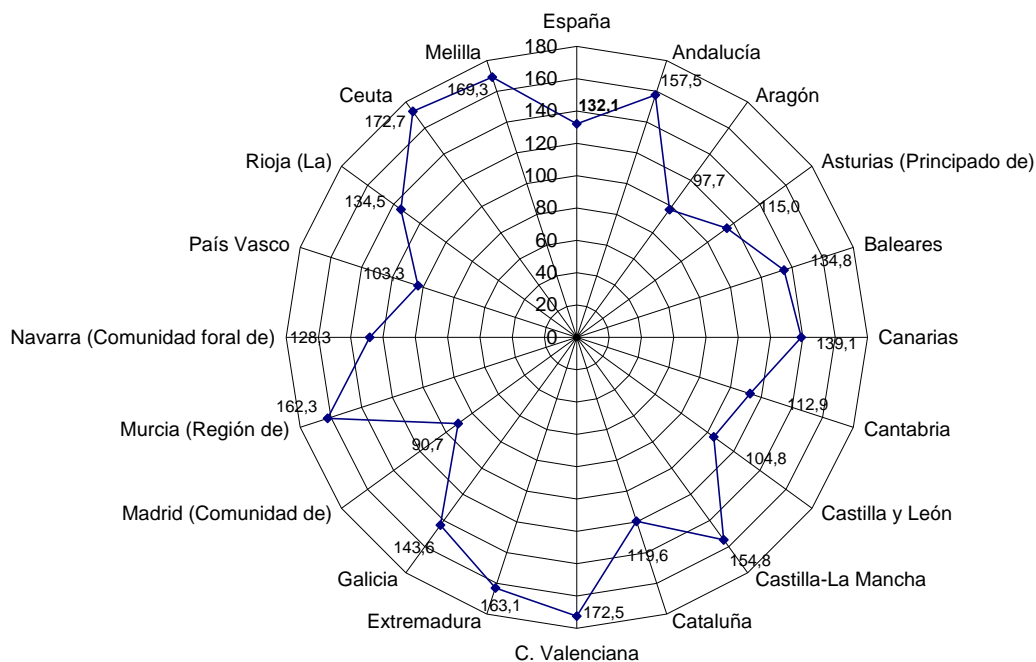
Gráfico 33

Coefficiente de variación de la TMA por enfermedades cerebrovasculares, según sexo, 1981-2007

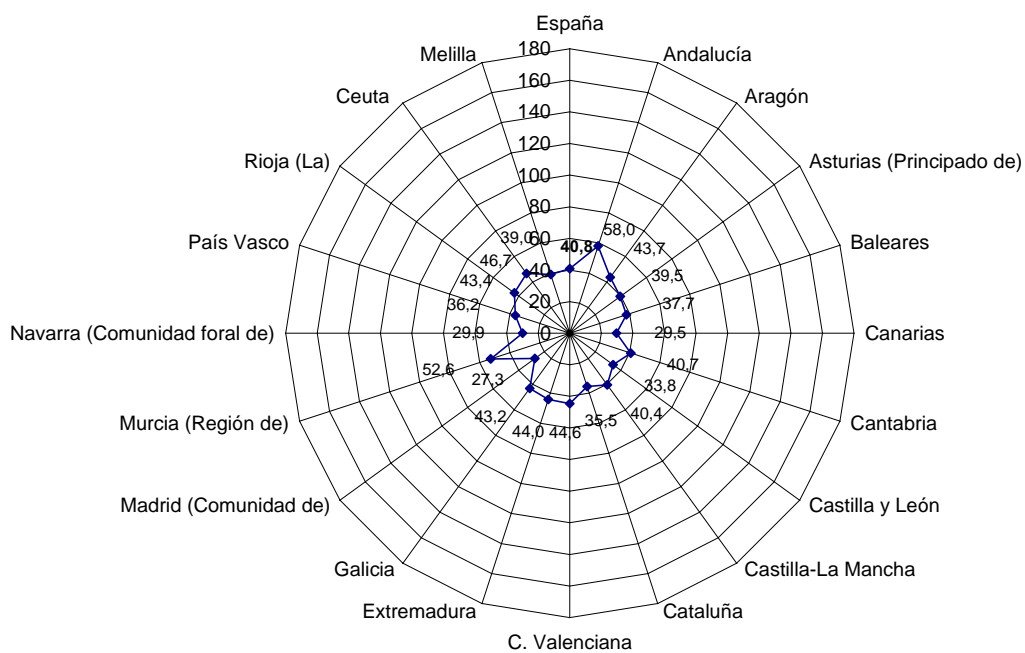


Fuente: Elaboración propia a partir de MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

Finalmente, los Gráficos 34 y 35 permiten valorar la evolución de la TMA por enfermedades cerebrovasculares, entre los extremos del período estudiado, por CCAA.

Gráfico 34**TMA por enfermedades cerebrovasculares, por 100.000 habitantes, 1981**

Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

Gráfico 35**TMA por enfermedades cerebrovasculares, por 100.000 habitantes, 2007**

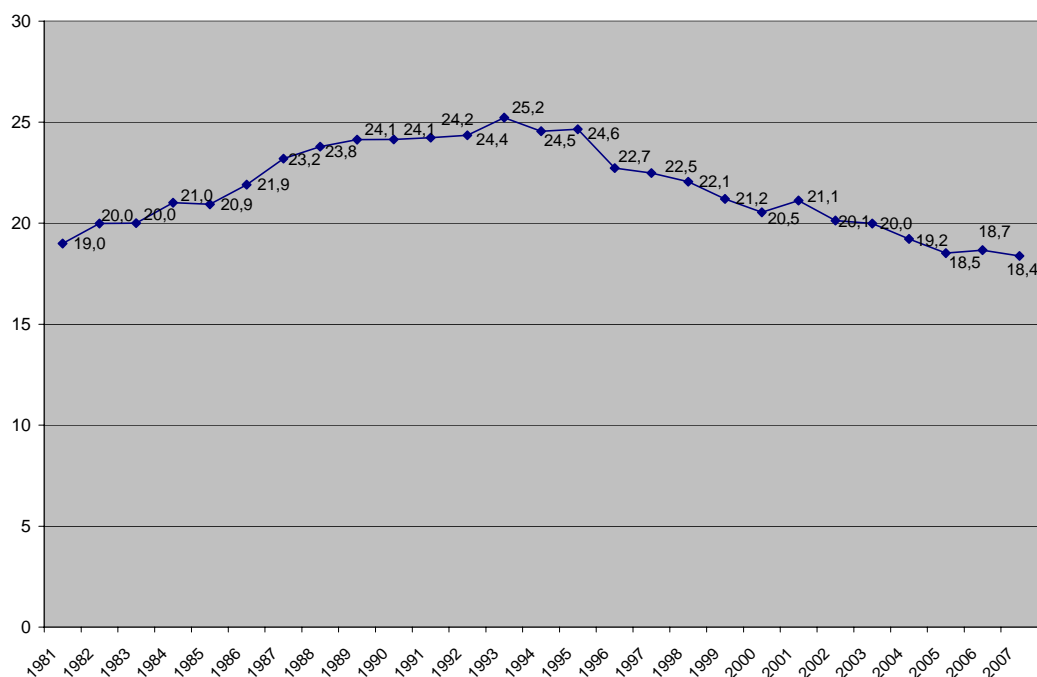
Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

El cáncer de mama constituye la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres. En el Gráfico 36 se muestra la evolución de la TMA por cáncer de mama femenino, en el período 1981-2007. La TMA crece hasta mediados de los años 90 y desciende desde entonces, situándose en 2007 en 18,4 muertes por 100.000 mujeres, a un nivel ligeramente inferior al primer año del período contemplado. Entre 1990 y 1999, todas las CCAA incorporaron programas de detección precoz de cáncer de mama en su territorio (AETS, 2002), lo que podría relacionarse con la caída de la TMA en el segundo subperíodo.

El Gráfico 37 muestra la variabilidad de la TMA entre CCAA, con tendencia descendente, tanto si las disparidades se miden a través del coeficiente de variación como si se miden a través del factor de variación. Por último los Gráficos 38 y 39 muestran la TMA en los extremos del período, por CCAA.

Gráfico 36

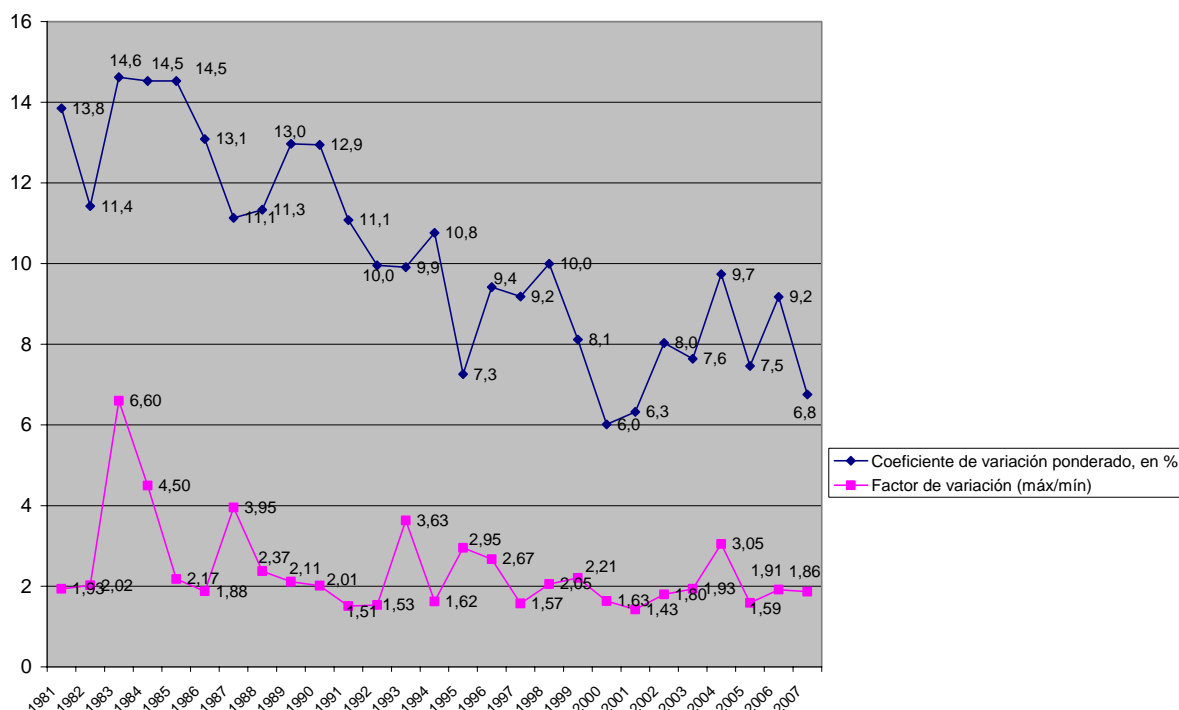
**Mortalidad evitable: cáncer de mama femenino,
TMA por 100.000 mujeres, 1981-2007**



Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

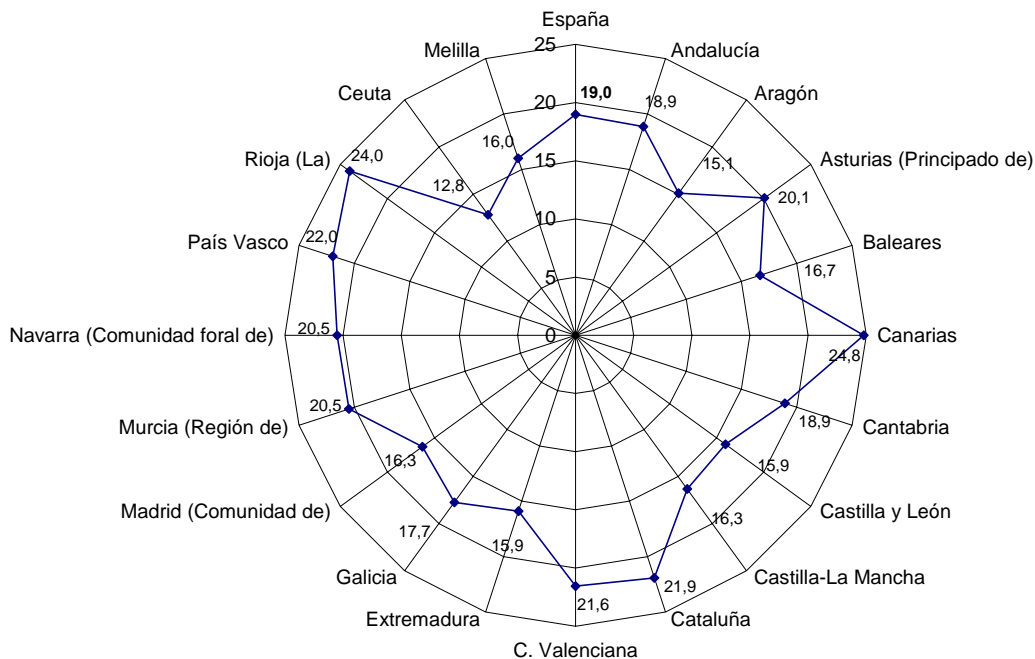
Gráfico 37

Coeficiente y factor de variación de la TMA por cáncer de mama femenino, 1981-2007

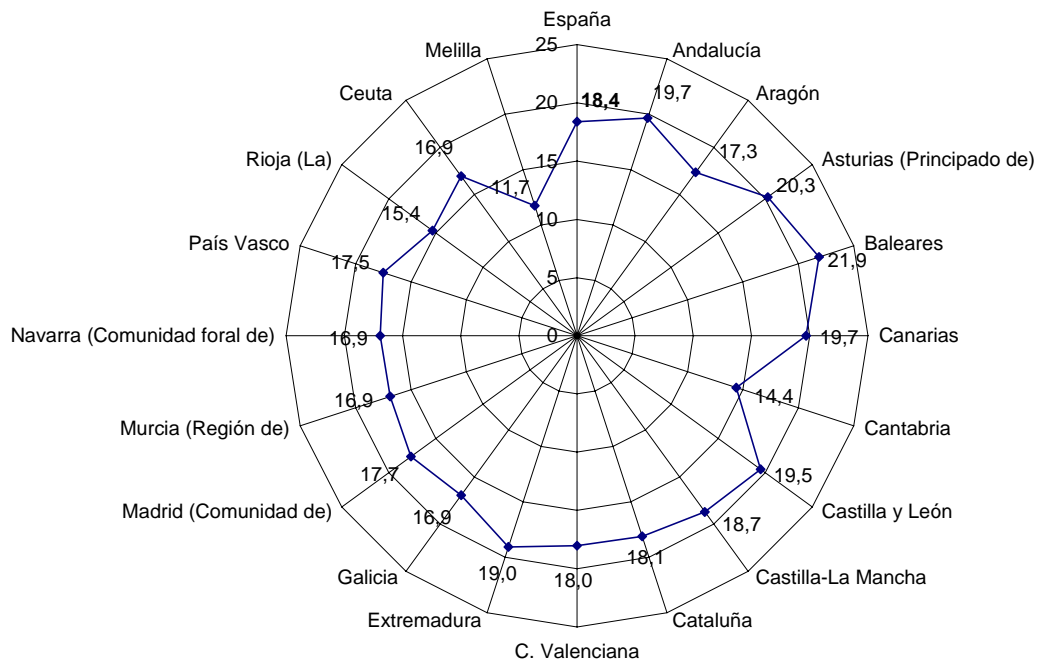


Fuente: Elaboración propia a partir de MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

La disminución en la TMA por cáncer de mama femenino en numerosos países europeos, aun en aquéllos donde no existen programas de cribado, ha conducido a algunos autores a afirmar que "...los determinantes de la tendencia de mortalidad pueden incluir tanto la detección temprana como la mejora en las terapias asociadas" (Pérez et al., 2006, p. 52). Aunque sólo sea como hipótesis, a lo sugerido más arriba acerca del potencial impacto positivo de los programas de cribado desde mediados de los años 90, en el caso español, cabe apuntar que el hecho de que las disparidades entre CCAA hayan disminuido en el período analizado, junto al hecho de que las tres CCAA con mayor TMA (en orden descendente, Baleares, Asturias y Canarias) se encuentren entre las últimas en introducir programas de detección precoz (en concreto, en 1997, 1998 y 1999, respectivamente; AETS, 2002, pp. 23 y 24) sugieren que los programas de prevención de cáncer de mama comienzan a mostrar su efectividad, particularmente en las CCAA que llevan tiempo desarrollándolos.

Gráfico 38**TMA por cáncer de mama femenino, por 100.000 mujeres, 1981**

Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

Gráfico 39**TMA por cáncer de mama femenino, por 100.000 mujeres, 2007**

Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

En el Cuadro 11 se recogen sintéticamente los resultados obtenidos en el análisis de la TMA debida a las siguientes enfermedades, asociadas a mortalidad evitable: diabetes *mellitus*; tuberculosis; enfermedades del apéndice; hernia abdominal; colelitiasis; enfermedad de Hodgkin y mortalidad materna.

Cuadro 11
TMA por 100.000 habitantes de enfermedades asociadas a mortalidad evitable: media, tendencia y dispersión, 1981-2007

	Media: TP		CVP: TP		FV: TP		MD: TP	
	V 1981	V 2007	V 1981	V 2007	V 1981	V 2007	V 1981	V 2007
Diabetes <i>mellitus</i>	↓		↑		↑		↓	
	19,14	12,69	30,79	48,67	4,17	6,11	32,90	31,92
Tuberculosis	↓		↑		↑		↓	
	4,32	0,48	31,19	37,52	6,94	24,14*	9,73	2,99
Enfermedades del apéndice	↓		↑		-		↑	
	0,33	0,10	41,13	66,19	-	-	0,74	0,35
Hernia abdominal	↓		↓		-		↓	
	1,37	0,59	27,28	35,07	4,06	-	1,76	1,11
Colelitiasis	↓		↓		-		↓	
	0,51	0,41	59,92	39,82	103,59	7,54	5,69	1,07
Enfermedad de Hodgkin	↓		↑		-		↓	
	0,88	0,38	30,01	28,92	-	-	1,38	0,67
Mortalidad materna (por 100.00 mujeres)	↓		↑**		-		↓	
	0,29	0,05	85,67	82,04	-	-	1,31	0,16

TP: tendencia en el período 1981-2007

V: Valor

CVP: Coeficiente de variación ponderado (en %)

FV: Factor de variación (máx/mín)

MD: diferencia entre los valores extremos (máx-mín)

* 2006

** Comienza a caer desde 1995, año en el que alcanza el valor máximo del período.

Fuente: Elaboración propia, con apoyo en MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

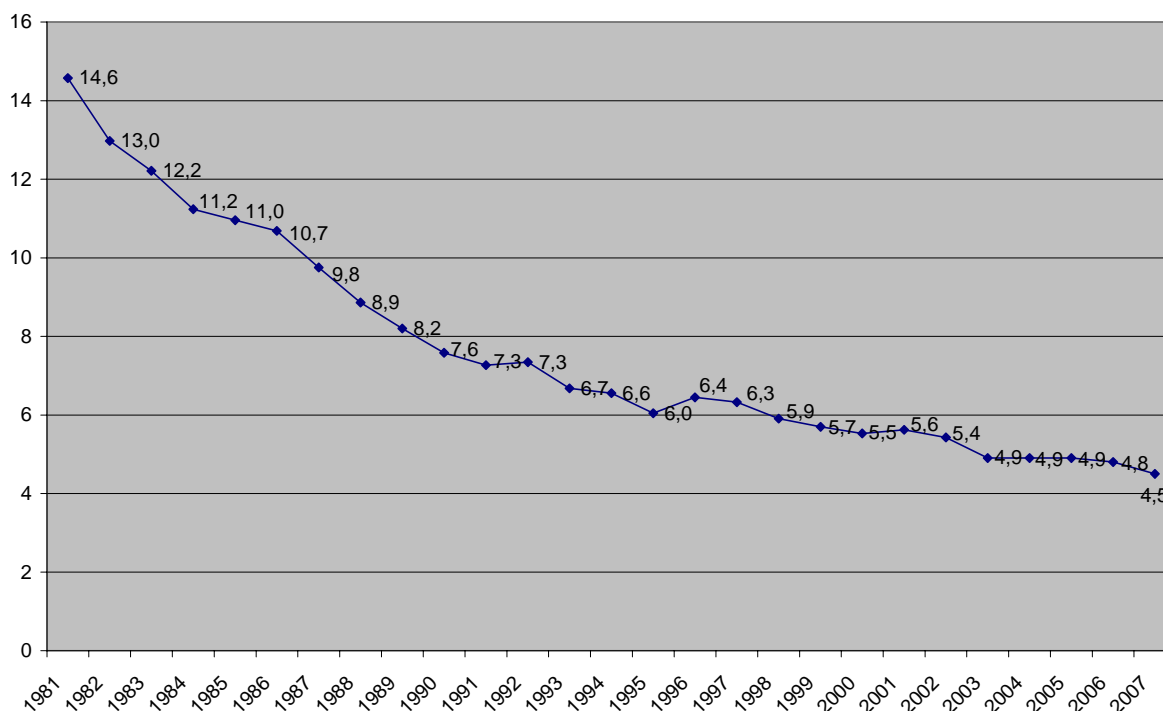
Tal y como refleja la caída de la TMA en todas las causas de mortalidad evitable analizadas, continúa la tendencia descendente detectada para el período 1981-2002 en Pérez et al. (2006). En cuanto a la dispersión entre CCAA, salvo en los casos de hernia abdominal y colestiasis, aumenta el coeficiente de variación ponderado a lo largo del período. Por su parte, conviene recordar que, cuando se manejan tasas muy bajas, el factor de variación puede ofrecer una imagen distorsionada (al alza) de las disparidades (siempre que sea posible su cálculo) y que, en esos casos, cobra mayor interés observar la evolución de la diferencia entre los valores extremos. Desde esta perspectiva, cabe destacar las enfermedades del apéndice, la única causa de muerte evitable de las recogidas en el Cuadro 11 cuya diferencia entre los valores extremos muestra una tendencia creciente a lo largo del período.

Diferenciando la mortalidad entre hombres y entre mujeres, cabe destacar que la TMA asociada a diabetes *mellitus* cae tanto entre hombres como entre mujeres, aunque mucho más en este último caso. En consecuencia, la mortalidad de las mujeres por esta causa, situada por encima de la correspondiente a los hombres al inicio del período, converge prácticamente en 1997, situándose a partir de 1998 por debajo de la de los varones. Esta notable caída va acompañada de un importante aumento del coeficiente de variación ponderado. De este modo, si bien la dispersión aumenta en ambos casos, es resaltable el notable aumento experimentado entre las mujeres desde 2003, superando en 2007 el 50%, tras situarse prácticamente durante todo el período por encima del correspondiente a los hombres. El factor de variación entre las mujeres muestra una tendencia creciente que contrarresta, en términos netos, el descenso entre los hombres (véase el Cuadro 11). Por su parte, la diferencia entre los valores extremos cae en ambos casos.

La TMA asociada a tuberculosis entre los hombres se sitúa por encima de la correspondiente a las mujeres durante todo el período, si bien con una tendencia marcadamente descendente que apunta hacia la convergencia. El coeficiente de variación aumenta en ambos casos, aunque generalmente el valor asociado a la dispersión entre las mujeres es más alto. La diferencia entre los extremos disminuye a lo largo del período tanto para los hombres como para las mujeres.

Por último, entre las causas de mortalidad evitable se ha analizado la evolución de la mortalidad perinatal (niños fallecidos en la primera semana de vida y muertes fetales tardías por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales tardías). En el Gráfico 40 se muestra la evolución de la media, que pasa del 14,6 en 1981 al 4,5 en 2007. Esta tendencia decreciente se ha conseguido, además, con una disminución del coeficiente de variación ponderado y de la diferencia entre los valores extremos (véase el Gráfico 41). En cambio, el factor de variación tiende a crecer, sobre todo al final del período.

Gráfico 40
Evolución de la tasa de mortalidad perinatal
(por 1.000 nacidos vivos + muertes fetales tardías)

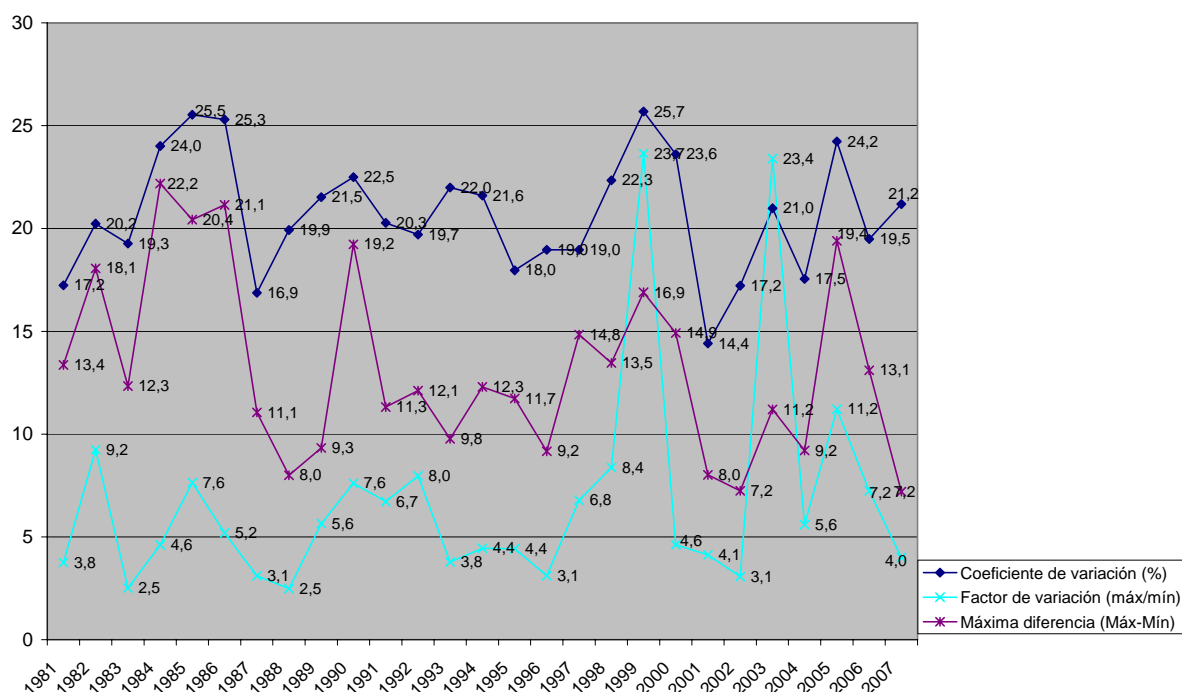


Fuente: MSyPS, Indicadores de Salud.

Los Gráficos 42 y 43 permiten captar simultáneamente la extraordinaria caída de la mortalidad perinatal entre los extremos del período estudiado, así como las diferencias entre las CCAA.

Gráfico 41

Disparidades de la tasa de mortalidad perinatal entre CCAA (por 1.000 nacidos vivos + muertes fetales tardías)

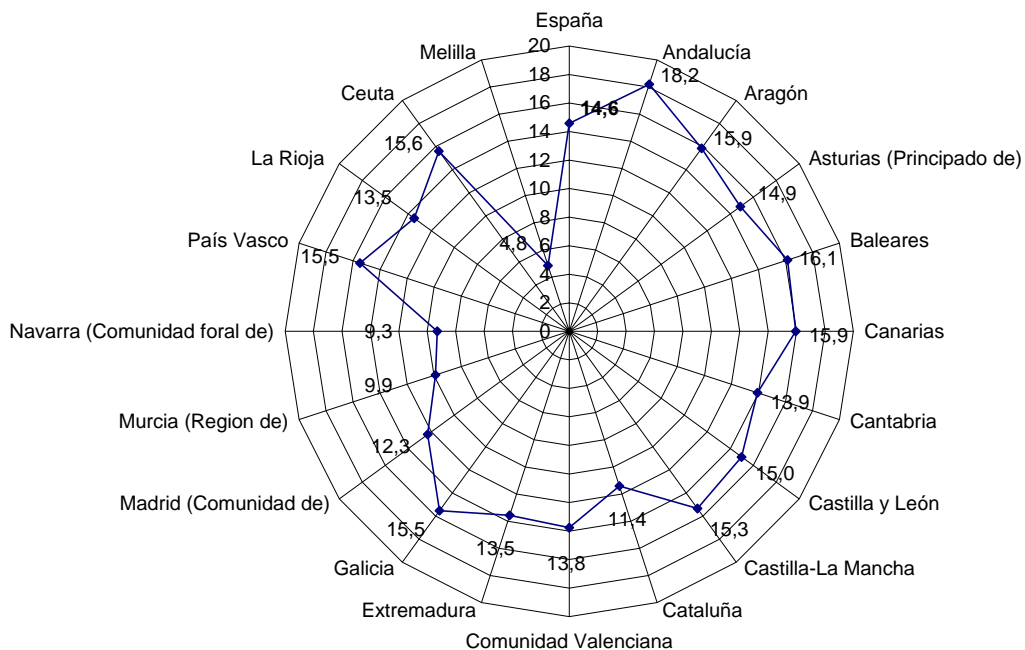


Fuente: Elaboración propia, con apoyo en MSyPS (Indicadores de Salud) e INE (datos de nacimientos y muertes fetales tardías utilizados para la ponderación del coeficiente de variación).

De los dos componentes de la mortalidad infantil; mortalidad neonatal (niños menores de 28 días de vida) y posneonatal (niños de 28 días hasta menos de un año de vida), es la mortalidad neonatal la que tiene mayor interés para este estudio, en la medida en la que se relaciona con la atención sanitaria a la mujer gestante y a los neonatos, más que con las circunstancias socioeconómicas de los padres, asociadas en mayor medida a la mortalidad posneonatal (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005, p. 235). La evolución de la mortalidad infantil, en sus dos vertientes, se presenta en el Gráfico 44, donde se puede apreciar la caída de los dos componentes de la mortalidad infantil, a lo largo del período estudiado, en particular de la mortalidad neonatal. El Gráfico 45 recoge las disparidades entre CCAA referidas únicamente a la mortalidad neonatal, si bien cabe decir que, para la mortalidad posneonatal también se ha detectado un aumento del coeficiente de variación y del factor de variación, al mismo tiempo que una caída de la diferencia entre los valores extremos, durante el período 1981-2007. Por último, en los Gráficos 46 y 47 se da cuenta de la evolución de la mortalidad neonatal en los extremos del período estudiado, por CCAA.

Gráfico 42

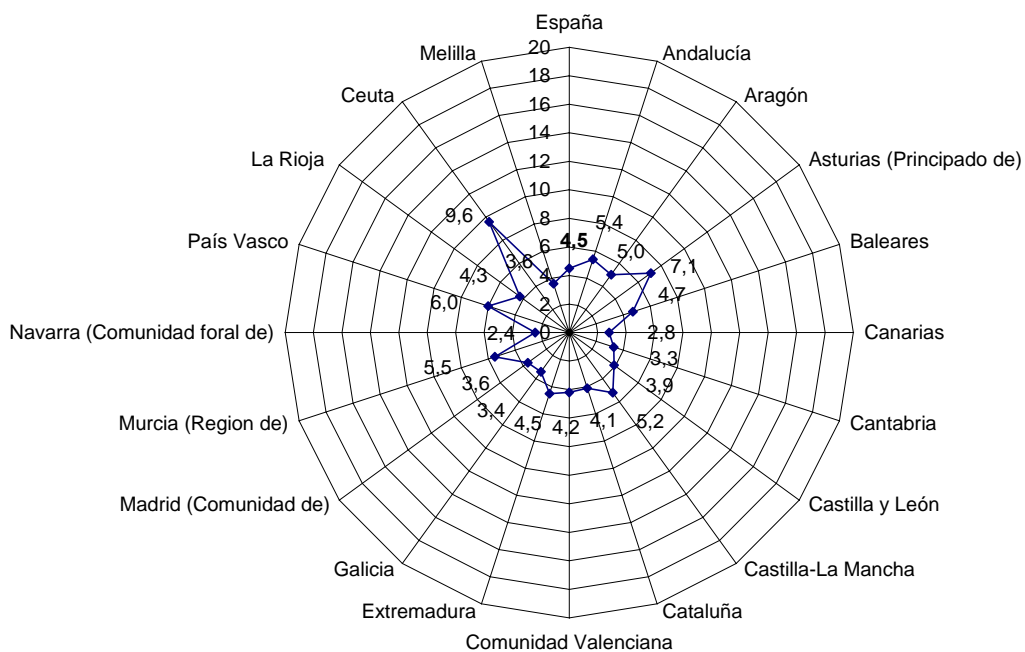
TM Perinatal (por 1.000 nacidos vivos + muertes fetales tardías), 1981



Fuente: MSyPS, Indicadores de Salud.

Gráfico 43

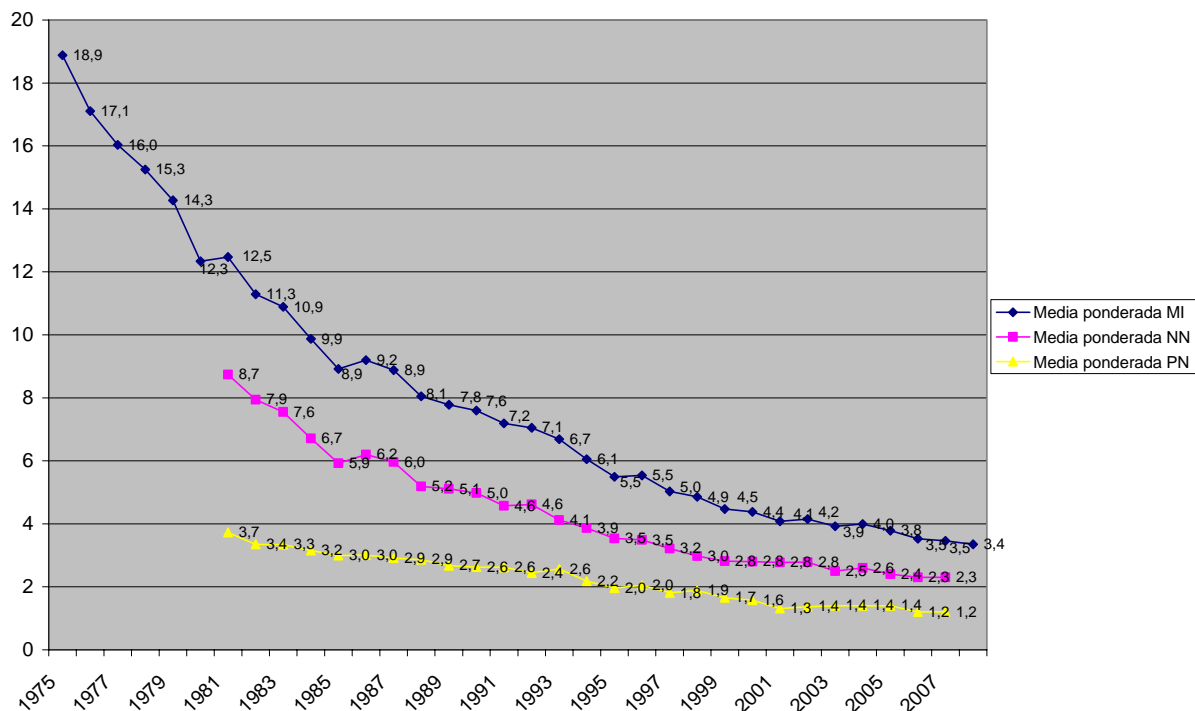
TM Perinatal (por 1.000 nacidos vivos + muertes fetales tardías), 2007



Fuente: MSyPS, Indicadores de Salud.

Gráfico 44

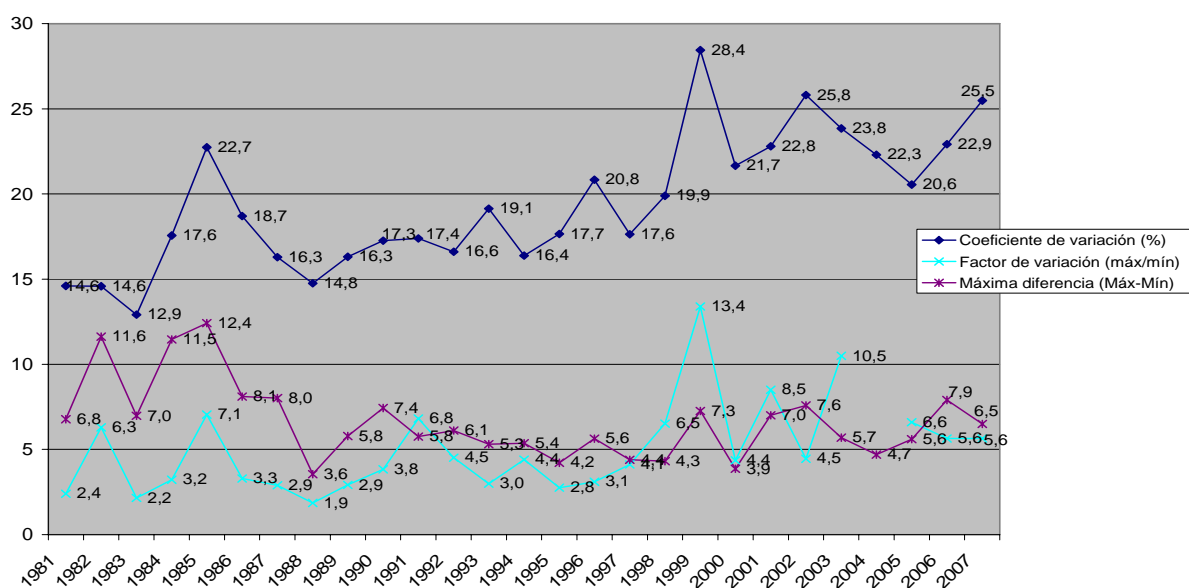
Mortalidad infantil, neonatal y posneonatal (por 1.000 nacidos)



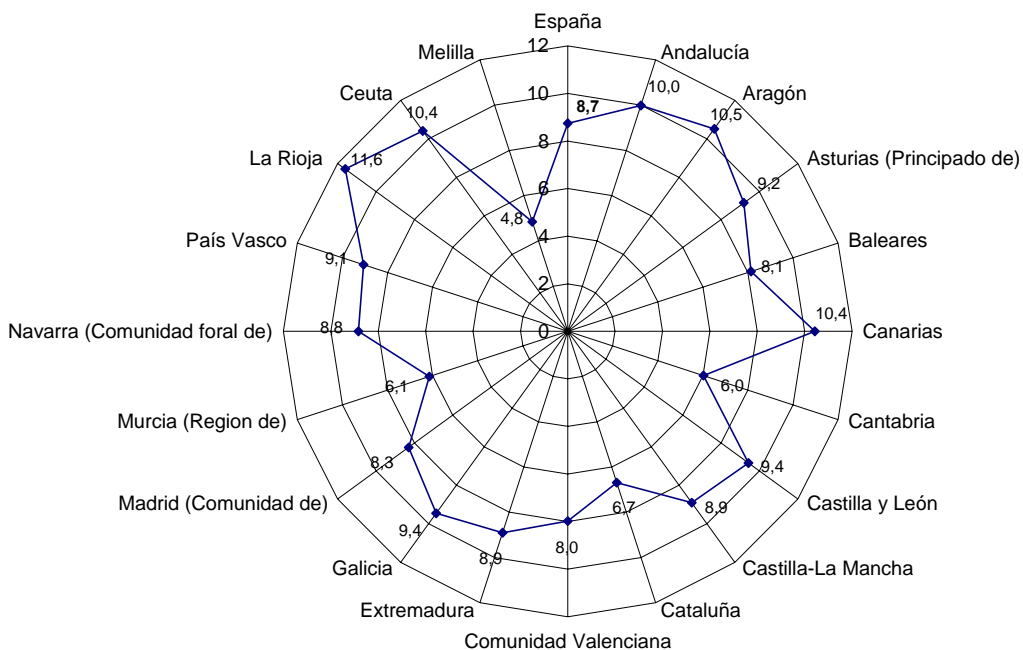
Fuente: Mortalidad infantil: INE, Análisis y Estudios Demográficos. Indicadores Demográficos Básicos. Los datos de mortalidad neonatal y posneonatal se han tomado de MSyPS, Indicadores de Salud (a su vez, tomados del INE).

Gráfico 45

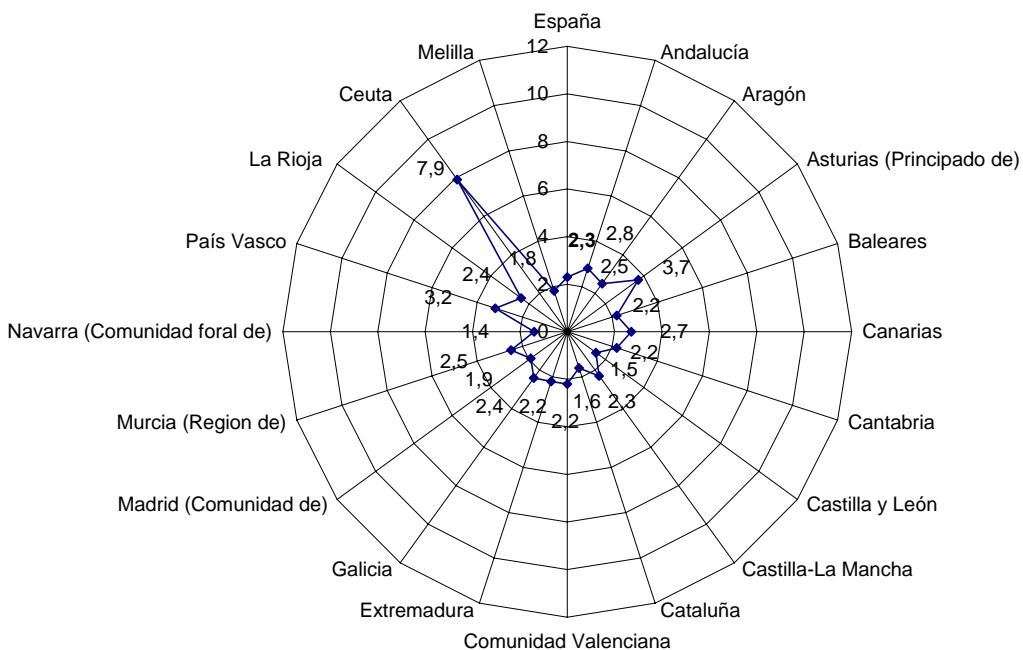
Disparidades entre CCAA en la tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos)



Fuente: Véase el Gráfico 44.

Gráfico 46**Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos), por CCAA, 1981**

Fuente: MSyPS, Indicadores de Salud (a su vez, tomados del INE).

Gráfico 47**Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos), por CCAA, 2007**

Fuente: MSyPS, Indicadores de Salud (a su vez, tomados del INE).

Con vistas a considerar no sólo la esperanza de vida, sino también la esperanza de salud, en el Cuadro 12 se recoge la EVLD (esperanza de vida libre de discapacidad) (años 2000 y 2008). Nótese que las posiciones relativas entre las CCAA pueden diferir notablemente desde ambas perspectivas. Por ejemplo, en el año 2000 la CA con mayor esperanza de vida, Castilla y León, se sitúa en la media desde la perspectiva de la EVLD y Canarias, la CA con menor esperanza de vida ese año, pasa a situarse ligeramente por debajo de la media en términos de EVLD y, por tanto, muy cerca de Castilla y León.

Cuadro 12
**Esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad (al nacer),
2000 y 2008**

	EV H+M 2000	EVLI H+M 2000	EV H+M 2008	EVLD H+M 2008
España	79,4	70,7	80,94	72,49
Andalucía	78,3	67,9	79,67	70,51
Aragón	80,1	72,8	81,42	73,67
Asturias (Principado de)	79,2	71,1	80,22	72,39
Baleares	78,7	71,3	81,39	73,95
Canarias	77,7	70,4	80,14	72,32
Cantabria	79,8	71,1	80,91	74,69
Castilla y León	80,8	70,7	81,81	72,96
Castilla-La Mancha	80,1	71,0	81,36	72,27
Cataluña	79,1	70,7	81,39	74,11
C. Valenciana	78,8	70,9	80,40	70,94
Extremadura	79,0	70,0	80,44	71,05
Galicia	79,5	70,6	80,78	71,81
Madrid (Comunidad de)	80,4	73,1	82,20	73,87
Murcia (Región de)	78,6	67,7	80,33	70,18
Navarra (Comunidad foral de)	80,7	72,8	82,27	74,85
País Vasco	79,9	72,8	81,36	73,68
La Rioja	80,5	75,1	81,45	75,66
Ceuta y Melilla	78,0	68,0		
Ceuta			78,49	67,4
Melilla			80,07	67,35
	EV H+M 2000	EVLI H+M 2000	EV H+M 2008	EVLD H+M 2008
Factor de variación	1,04	1,11	1,05	1,12
Máxima diferencia	3,10	7,40	3,78	8,31

EVLI: Esperanza de vida libre de incapacidad
EVLD: Esperanza de vida libre de discapacidad

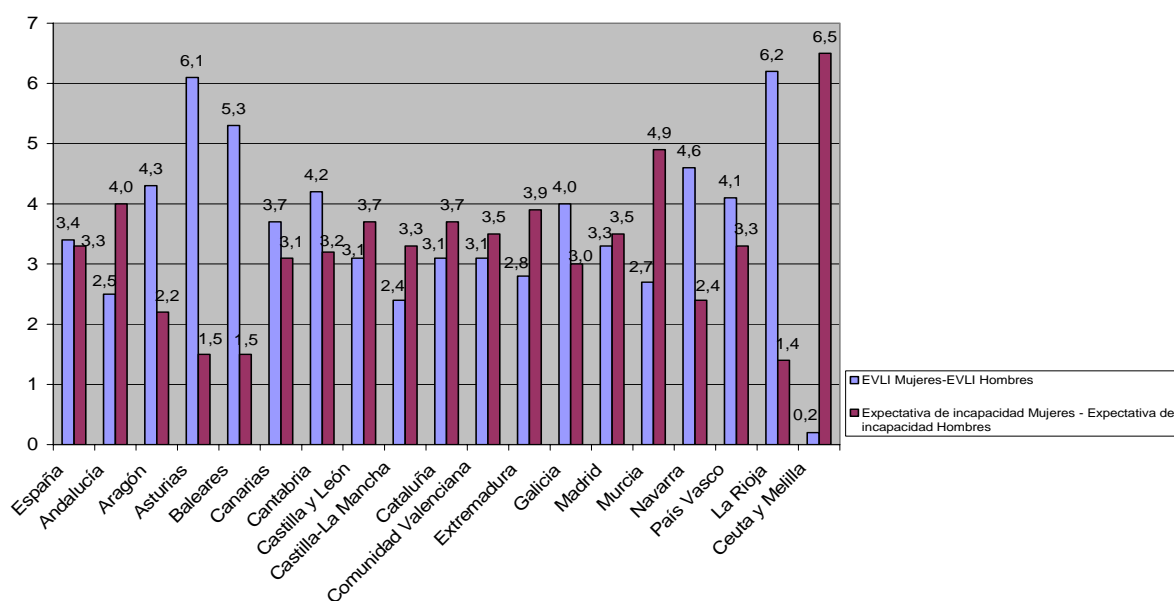
Fuente: 2000: MSyPS (2005) y 2008: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE.

En 2008, la diferencia entre la CA con esperanza de vida más alta (Navarra) y la CA con la más baja (Ceuta) asciende a 3,78 años. Si la dimensión adoptada es EVLD, La Rioja representa la CA con mayor EVLD, frente a Melilla, con 8,31 años de separación.

En este ámbito cobra particular relevancia analizar las diferencias en función del sexo. El Gráfico 48 recoge la diferencia neta entre mujeres y hombres en EVLI (esperanza de vida libre de incapacidad) y en expectativa de incapacidad en el año 2000. Las mujeres gozan de mayor esperanza de vida y de mayor esperanza de vida libre de incapacidad en todas las CCAA, incluidas las Ciudades Autónomas. No obstante, la mayor esperanza de vida conduce a una mayor expectativa de incapacidad (viven más años, pero también más años de incapacidad), cuya diferencia neta positiva respecto a los hombres se sitúa en 3,3 años en el conjunto del territorio nacional, alcanzando los valores más elevados en Ceuta y Melilla (6,5 años de diferencia neta), Murcia (4,9 años), Andalucía (4,0 años) y Extremadura (3,9 años).

Gráfico 48

Esperanza de vida libre de incapacidad y expectativa de incapacidad (al nacer): diferencia neta entre mujeres y hombres, 2000

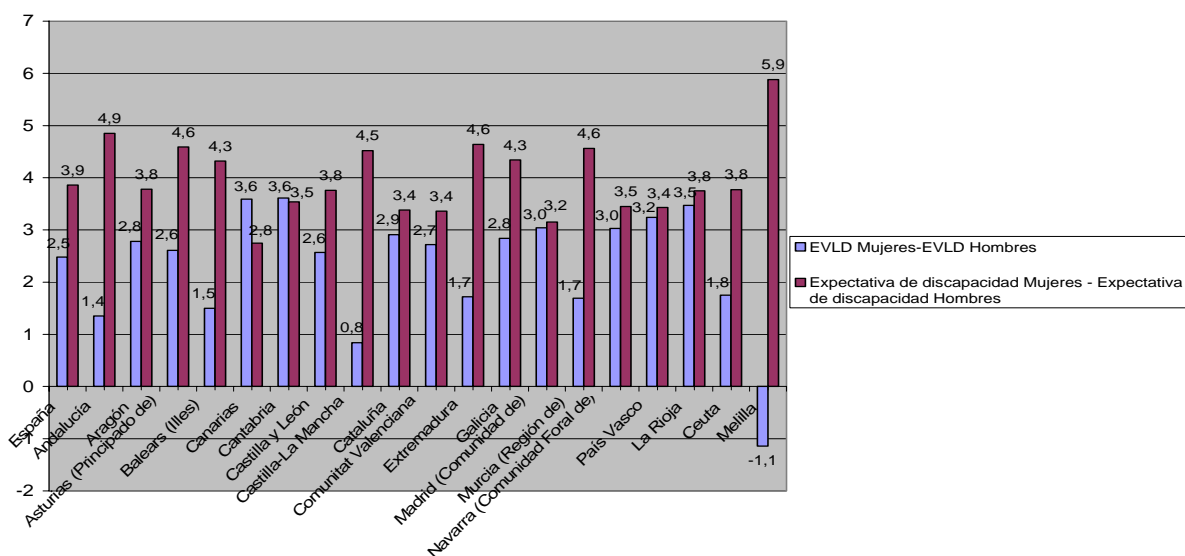


Fuente: Elaboración propia, con apoyo en MSyPS (2005).

Apoyándonos en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 (INE), se obtienen los resultados presentados en el Gráfico 49. De nuevo, la mayor esperanza de vida entre las mujeres se refleja en una mayor EVLD (excepto en Melilla) y una mayor expectativa de discapacidad que supera, por término medio, en 3,9 años la expectativa de discapacidad de los hombres. La diferencia neta es notablemente mayor a la media en los casos de Melilla (5,9 años); Andalucía (4,9 años) y Extremadura, Asturias y Murcia (con 4,6 años).

Gráfico 49

Esperanza de vida libre de discapacidad y expectativa de discapacidad (al nacer): diferencia neta entre mujeres y hombres, 2008



Fuente: Elaboración propia, con apoyo en Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE.

Otra vertiente de la calidad de vida se refiere a la EVLEC (esperanza de vida libre de enfermedad crónica). Como se puede ver en el Cuadro 13, de nuevo, las CCAA con mayores y menores valores de esperanza de vida no coinciden con las correspondientes a mayores y menores valores de EVLEC. En 2008, la EVLEC en la CA con mayor nivel entre los hombres (La Rioja) casi duplica la EVLEC en la CA con

el nivel más bajo (Asturias). En el caso de las mujeres, la proporción entre los valores extremos (correspondientes a La Rioja y a Melilla, respectivamente) es aun más alta, situándose en 2,37.

Cuadro 13

Esperanza de vida libre de enfermedad crónica (al nacer), según sexo, 2008

	EV H+M	EVLEC H+M	EV H	EVLEC H	EV M	EVLEC M
España	80,94	28,81	77,77	31,34	84,11	26,16
Andalucía	79,67	28,27	76,58	31,42	82,78	24,61
Aragón	81,42	31,41	78,20	32,38	84,76	30,42
Asturias (Principado de)	80,22	22,42	76,59	23,12	83,79	21,52
Baleares	81,39	27,82	78,50	32,19	84,32	23,19
Canarias	80,14	29,08	77,03	33,35	83,37	24,92
Cantabria	80,91	32,87	77,35	35,31	84,50	29,80
Castilla y León	81,81	32,47	78,69	35,36	85,02	29,17
Castilla-La Mancha	81,36	30,07	78,72	31,80	84,08	28,24
Cataluña	81,39	31,19	78,22	32,85	84,51	29,39
C. Valenciana	80,40	26,90	77,37	28,89	83,45	24,67
Extremadura	80,44	27,24	77,33	27,27	83,69	26,64
Galicia	80,78	22,82	77,17	25,20	84,35	20,52
Madrid (Comunidad de)	82,20	29,78	78,95	33,03	85,14	26,52
Murcia (Región de)	80,33	29,37	77,24	33,17	83,49	25,21
Navarra (Comunidad foral de)	82,27	28,92	79,03	30,07	85,51	27,88
País Vasco	81,36	26,26	77,99	27,70	84,66	24,47
La Rioja	81,45	43,45	77,97	44,75	85,19	41,77
Ceuta	78,49	36,24	75,75	40,17	81,27	32,82
Melilla	80,07	22,46	77,62	26,75	82,36	17,65
	EV H+M	EVLEC H+M	EV H	EVLEC H	EV M	EVLEC M
Factor de variación	1,05	1,94	1,04	1,94	1,05	2,37
Máxima diferencia	3,78	21,03	3,28	21,63	4,24	24,12

EVLI: Esperanza de vida libre de incapacidad

EVLEC: Esperanza de vida libre de enfermedad crónica

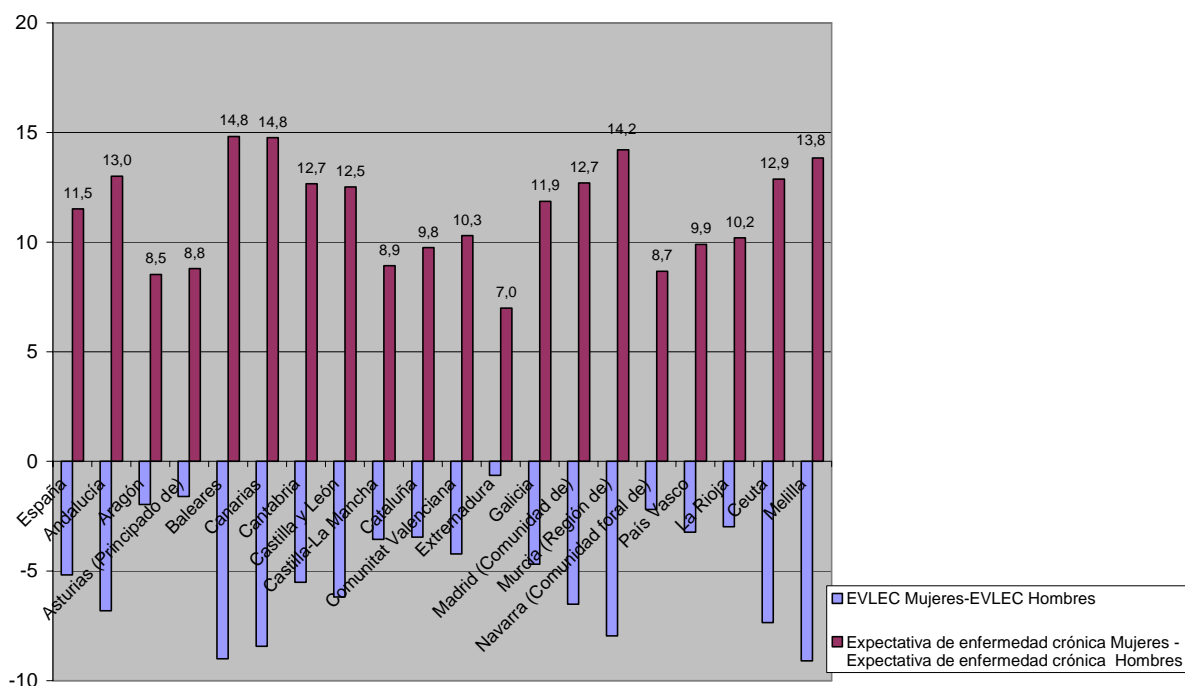
Fuente: Elaborado con apoyo en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE.

El Gráfico 50 muestra la diferencia neta entre mujeres y hombres en EVLEC y en expectativa de enfermedad crónica. En función de esta información, en tres CCAA cabe esperar que las mujeres vivan más de 14 años de enfermedad crónica

por encima de los hombres; se trata de Baleares, Canarias y Murcia. A su vez, en ninguna CA la EVLEC de las mujeres supera a la de los varones.

Gráfico 50

Esperanza de vida libre de enfermedad crónica y expectativa de enfermedad crónica (al nacer): diferencia neta entre mujeres y hombres, 2008



Fuente: Elaboración propia, con apoyo en Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE.

Por último, en el Cuadro 14 se recoge la dimensión de EVBS (esperanza de vida en buena salud) al nacer, en los años 1991, 2002 y 2008, obtenida a partir de la ponderación de la esperanza de vida por la percepción subjetiva del estado de salud. En términos agregados, la tendencia ha sido positiva, en la medida en la que la EVBS ha aumentado desde menos de 54 años en 1991, pasando por 55,1 años en 2002, hasta 55,3 años en 2008. Al mismo tiempo, han aumentado las disparidades entre CCAA; muy ligeramente el factor de variación y más de un año y medio la diferencia entre los valores extremos.

El Gráfico 51 recoge la diferencia neta entre mujeres y hombres en EVBS y expectativa de mala salud (al nacer), en el año 2008. Excepto en Castilla y León, Navarra y La Rioja, la EVBS de las mujeres es inferior a la de los hombres. En relación directa con su mayor esperanza de vida, la expectativa de mala salud de las mujeres es mayor que la de los hombres, en todas las CCAA, incluidas Ceuta y Melilla. La EVBS de las mujeres es muy inferior a la de los hombres en los casos de Murcia y Melilla. Combinada esta información con la esperanza de vida, la expectativa de mala salud de las mujeres supera en más de 13 años a la de los varones en Murcia (14,07 años), Galicia (13,55 años) y Asturias (13,37 años).

Cuadro 14

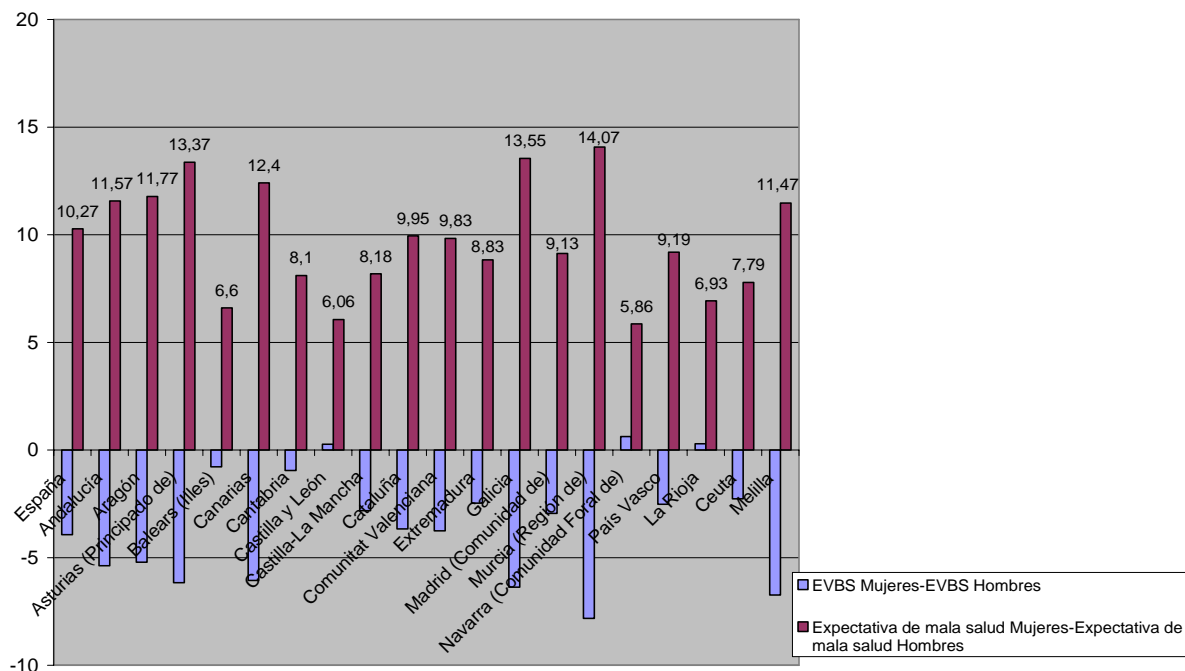
Esperanza de vida en buena salud (al nacer), años 1991, 2002 y 2008

	EVBS H+M 1991	EVBS H+M 2002	EVBS H+M 2008
España	53,9	55,1	55,33
Andalucía	50,4	51,2	54,82
Aragón	55,7	60,3	59,02
Asturias (Principado de)	51,7	50,9	53,69
Baleares	53,9	51,4	57,68
Canarias	49,0	47,5	54,47
Cantabria	57,3	54,7	59,53
Castilla y León	54,7	59,5	61,21
Castilla-La Mancha	56,1	51,3	55,09
Cataluña	57,9	56,0	55,18
C. Valenciana	54,6	59,3	52,43
Extremadura	52,1	52,9	52,75
Galicia	50,6	48,6	47,77
Madrid (Comunidad de)	53,5	57,7	58,43
Murcia (Región de)	54,2	54,0	50,66
Navarra (Comunidad foral de)	60,2	60,2	57,52
País Vasco	55,6	59,5	59,92
La Rioja	56,9	62,3	62,71
Ceuta y Melilla	46,9		
Ceuta		51,2	55,73
Melilla		51,2	49,89
	EVBS H+M 1991	EVBS H+M 2002	EVBS H+M 2008
Factor de variación	1,28	1,31	1,31
Máxima diferencia	13,30	14,80	14,94

Fuente: Años 1991 y 2002: MSyPS (2005) y año 2008: INE.

Gráfico 51

Esperanza de vida en buena salud y expectativa de mala salud (al nacer): diferencia neta entre mujeres y hombres, 2008



Fuente: Elaboración propia, con apoyo en datos del INE.

A modo de balance, y englobando las tres dimensiones de calidad de vida revisadas previamente, se puede afirmar que la situación de las mujeres es particularmente desfavorable, respecto a los hombres, en Andalucía, Asturias, Melilla y Murcia.

Por último, se ha efectuado la comparación del estado autopercebido de salud por CCAA, entre 2003 y 2006, a partir de la Encuesta Nacional de Salud, arrojando los resultados presentados en el Cuadro 15. Agregadamente, y en un período tan breve de tiempo, la salud percibida como buena o muy buena disminuye algo más de un punto entre 2003 y 2006. Asimismo, las disparidades territoriales entre los extremos aumentan, tanto en términos absolutos como relativos. Las CCAA en las que se sitúan los valores extremos (La Rioja y Galicia, en orden descendente) son las mismas ambos años, luego lo que estas medidas nos indican es, sencillamente,

que se amplió aun más la brecha que ya existía en la percepción del estado de salud entre ambas.

Cuadro 15
Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno, 2003 y 2006

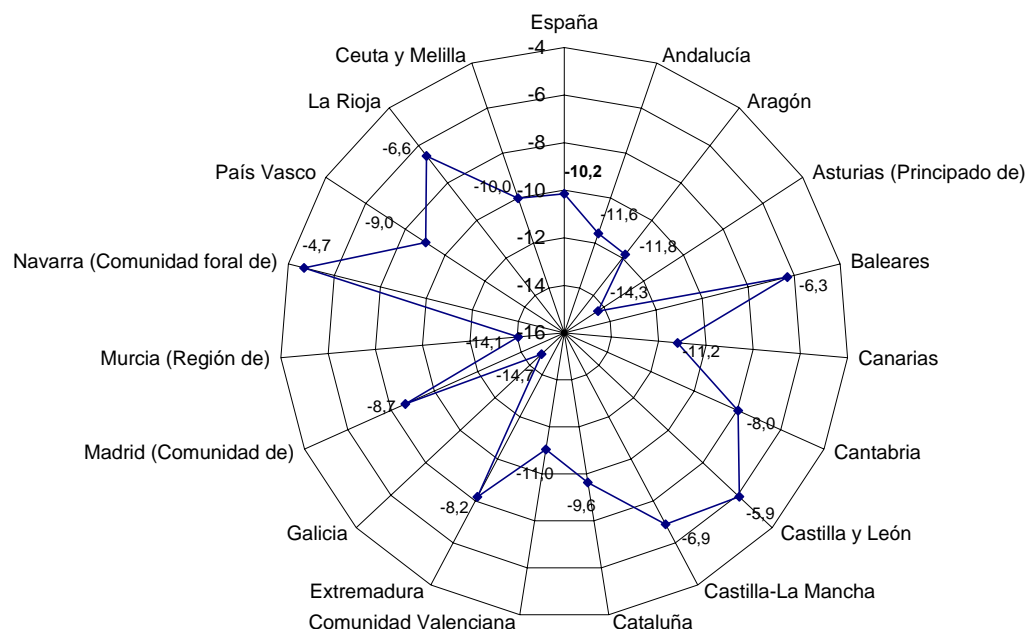
	Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno (%), 2003	Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno (%), 2006
España	71,31	69,99
Andalucía	70,12	71,30
Aragón	76,17	72,99
Asturias (Principado de)	63,52	65,25
Baleares	68,60	74,33
Canarias	64,52	71,08
Cantabria	69,04	74,32
Castilla y León	73,27	74,05
Castilla-La Mancha	65,84	69,94
Cataluña	72,19	69,55
C. Valenciana	77,24	66,90
Extremadura	67,36	66,49
Galicia	61,17	58,15
Madrid (Comunidad de)	74,52	72,97
Murcia (Región de)	72,97	67,02
Navarra (Comunidad foral de)	76,09	71,84
País Vasco	74,87	73,51
La Rioja	78,36	78,71
Ceuta y Melilla	72,05	72,14
	Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno (%), 2003	Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno (%), 2006
Factor de variación	1,28	1,35
Máxima diferencia	17,19	20,56

Fuente: Elaboración propia, a partir de la ENS 2003 y 2006 (INE y MSyPS).

Como cabía esperar, el estado autopercebido de salud de las mujeres es peor que el de los hombres, situándose el porcentaje que contesta que su estado de salud es bueno o muy bueno 10 puntos por debajo del correspondiente a los varones, en términos agregados (ENS 2006, véase el Gráfico 52). Si bien en todas y cada una de las CCAA las mujeres valoran peor que los hombres su estado de salud, en algún caso la brecha es particularmente amplia, como en Galicia, Asturias y Murcia, donde supera los 14 puntos.

Gráfico 52

Autovaloración del estado de salud mujeres vs. hombres: porcentaje de mujeres que responde que su estado de salud es bueno o muy bueno menos el porcentaje correspondiente a los hombres, 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS de 2006 (MSyPS).

A modo de aproximación a la seguridad/calidad de los servicios sanitarios, se ha analizado la evolución de la mortalidad debida a efectos adversos de los medicamentos y a incidentes asociados a técnicas quirúrgicas y médicas; la prevalencia de infecciones nosocomiales y la frecuentación de urgencias hospitalarias. El Cuadro 16 resume los resultados obtenidos en los dos primeros ámbitos. En parte por las bajas tasas y en parte por la propia naturaleza de la causa de muerte estudiada, se pueden dar comportamientos erráticos, de modo que no se considera oportuno incidir demasiado en las disparidades territoriales. Si bien es preocupante la tendencia alcista de la mortalidad debida a los efectos adversos de los medicamentos, a lo largo del período 1981-2007, tras alcanzar el valor máximo en 2003, la TMA comienza a descender en 2004. En 2007, el número de defunciones por esta causa ascendió a 147.¹⁵ Al mismo tiempo, las disparidades

¹⁵ Véase Indicadores de Salud 2009 (p. 46), en <http://www.msps.es>.

territoriales van en aumento. Respecto a los incidentes mortales asociados a procedimientos quirúrgicos y médicos, en cambio, tanto la TMA como la diferencia entre los valores extremos han experimentado una disminución a lo largo del período.

Cuadro 16

TMA por 100.000 habitantes - Efectos adversos de los medicamentos e incidentes asociados a técnicas quirúrgicas y médicas, 1981-2007

	Media: TP		CVP: TP		MD: TP	
	V 1981	V 2007	V 1981	V 2007	V 1981	V 2007
TMA – Efectos adversos de los medicamentos	0,17	0,19	71,50	67,72	0,70	0,54
TMA – Incidentes asociados a técnicas quirúrgicas y médicas	0,40	0,29	37,33	59,69	2,20	1,49

TP: tendencia en el período 1981-2007

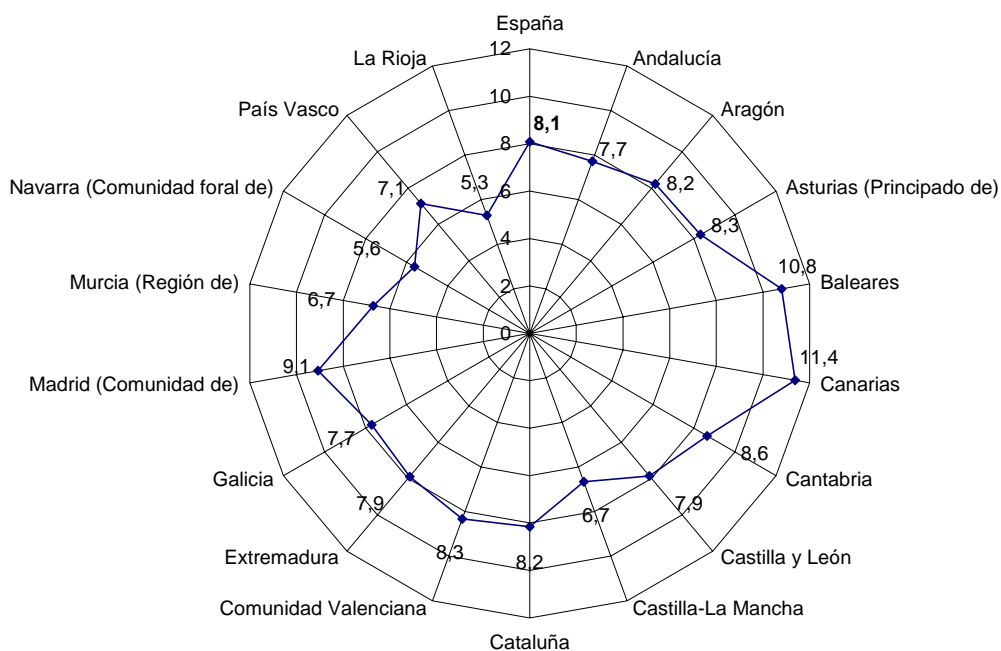
V: Valor

CVP: Coeficiente de variación ponderado (en %)

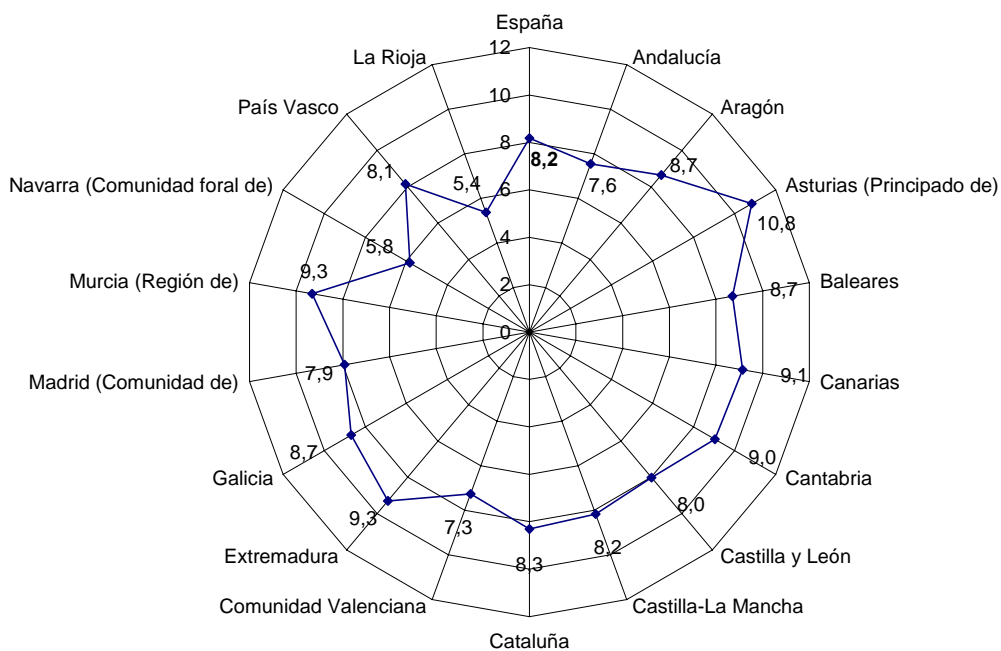
MD: diferencia entre los valores extremos (máx-mín)

Fuente: Elaboración propia a partir de MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte.

La prevalencia de infecciones nosocomiales viene siendo objeto de estudio por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (Estudio EPINE) desde 1990, a través de una encuesta anual de prevalencia realizada en hospitales médico-quirúrgicos de enfermos agudos de 100 o más camas. En los Gráficos 53 y 54 se muestra el porcentaje de infecciones sobre el total de enfermos estudiado (51.674 pacientes, en un total de 214 hospitales, en 1997 y 62.468 pacientes y 276 hospitales, en 2008) (Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE, 1998, y EPINE 2008). Los Gráficos 55 y 56 dan cuenta de la prevalencia de las infecciones nosocomiales desde la perspectiva de los pacientes infectados.

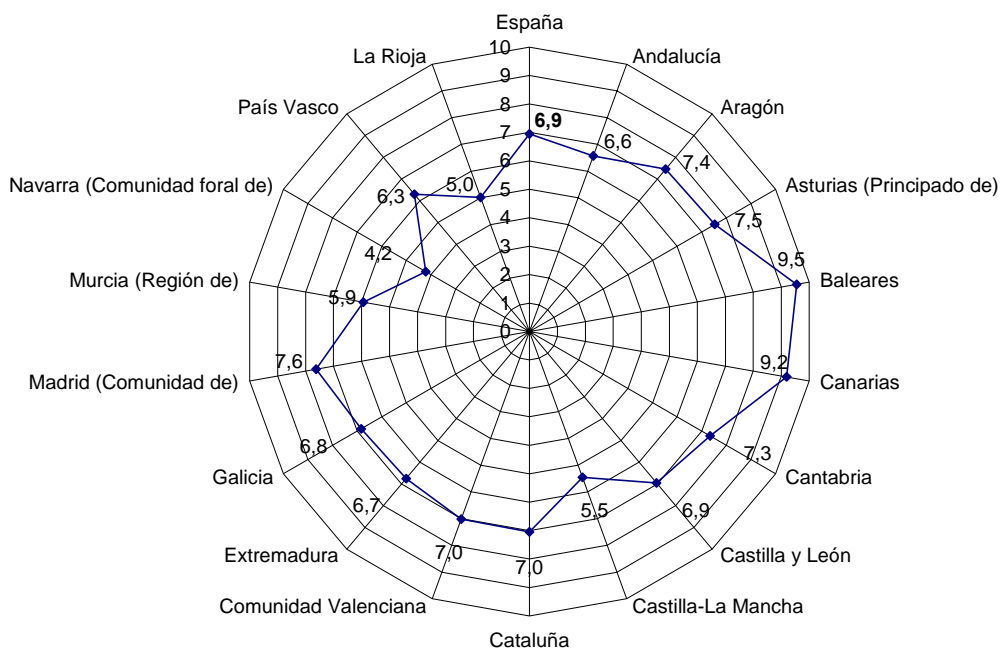
Gráfico 53**Prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales de agudos, 1997**

Fuente: Vaqué J. y Grupo de Trabajo EPINE (1998).

Gráfico 54**Prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales de agudos, 2008**

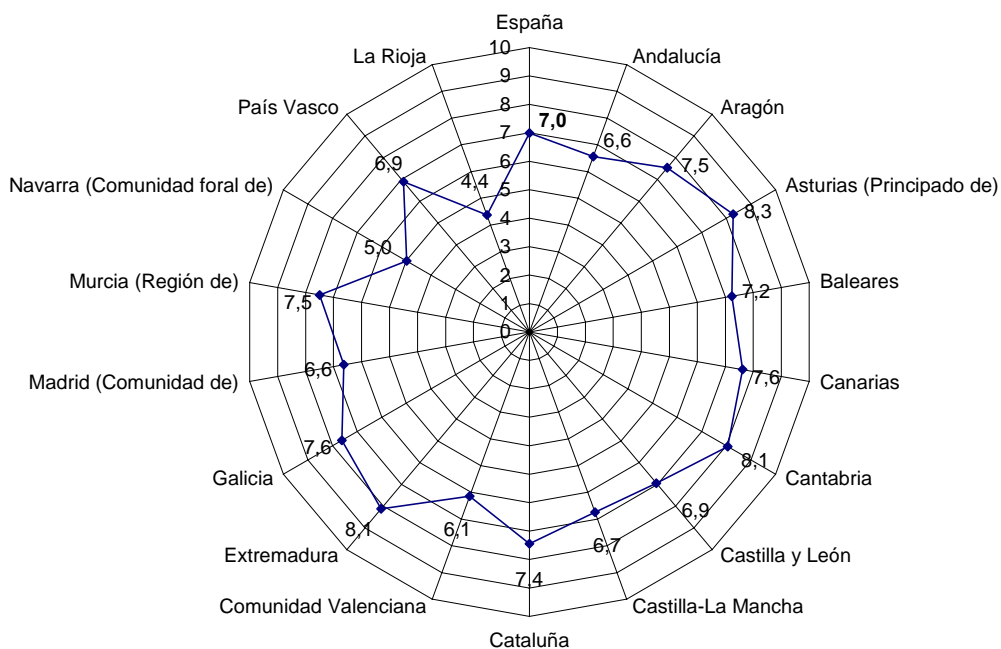
Fuente: EPINE (2008).

Gráfico 55
Infecciones nosocomiales - Prevalencia de infectados, 1997



Fuente: Vaqué J. y Grupo de Trabajo EPINE (1998).

Gráfico 56
Infecciones nosocomiales - Prevalencia de infectados, 2008



Fuente: EPINE (2008).

Entre 1997 y 2008 ha aumentado muy ligeramente la prevalencia de infecciones nosocomiales en España, tanto desde la perspectiva del porcentaje de infecciones como desde la óptica de la proporción de pacientes infectados. Partiendo en 1990 del 8,5 % de pacientes con infección, la prevalencia más baja se alcanzó en 2004, año en el que ascendió al 6,5 % (Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE, 1998, y EPINE, 2008).

Por su parte, las disparidades entre CCAA disminuyeron entre 1997 y 2008, tanto desde la perspectiva de la prevalencia de infecciones como de infectados (véase el Cuadro 17).

Cuadro 17
Disparidades entre CCAA de las infecciones nosocomiales,
1997 vs. 2008

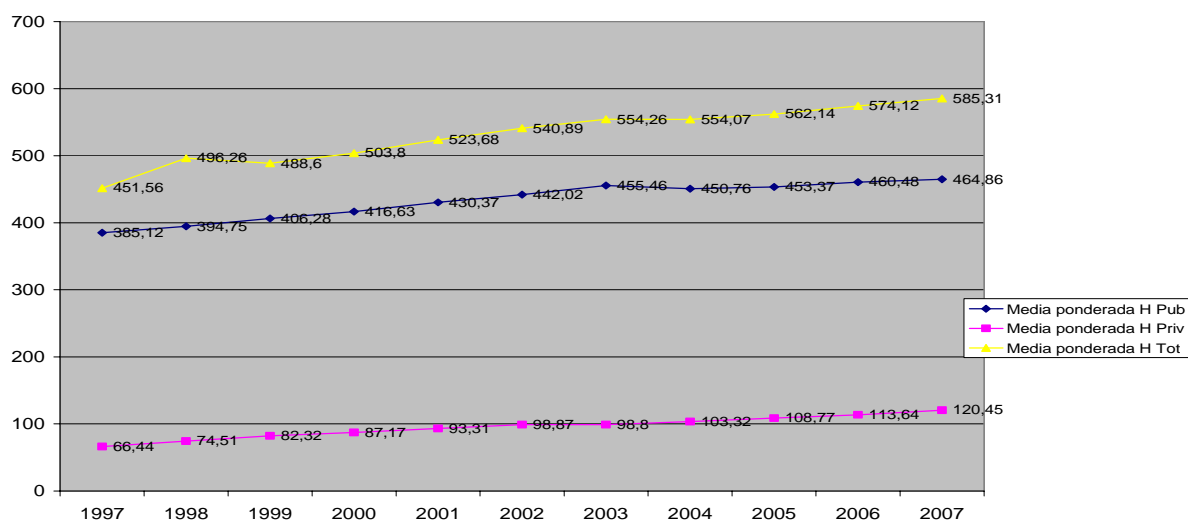
	Prevalencia de infecciones 1997	Prevalencia de infecciones 2008	Prevalencia de infectados 1997	Prevalencia de infectados 2008
Media ponderada	8,08	8,18	6,94	6,99
Coefficiente de variación ponderado (%)	12,52	10,71	12,06	9,72
Factor de variación (máx/mín)	2,15	2,02	2,27	1,89
Diferencia entre los valores extremos (máx-mín)	6,09	5,47	5,33	3,90

Fuente: Elaboración propia con apoyo en Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE (1998) y EPINE (2008).

La frecuentación de urgencias hospitalarias, tanto en hospitales públicos como privados, ha mostrado una tendencia creciente entre 1997 y 2007 (Gráfico 57). Si embargo, las disparidades entre CCAA, medidas a través del coeficiente de variación ponderado, han disminuido a lo largo del período, en ambos sectores hospitalarios (Gráfico 58). No obstante, en 1997, la frecuentación de urgencias en hospitales públicos en la CA con el valor más alto fue 2,2 veces mayor que la correspondiente a la CA con menor frecuentación y, en 2007, la proporción aumentó hasta casi 2,6. Los Gráficos 59 y 60, referidos a la frecuentación de urgencias en el conjunto hospitalario español en 1997 y 2007, permiten visualizar tanto el aumento de la frecuentación de urgencias como las grandes diferencias entre CCAA.

Gráfico 57

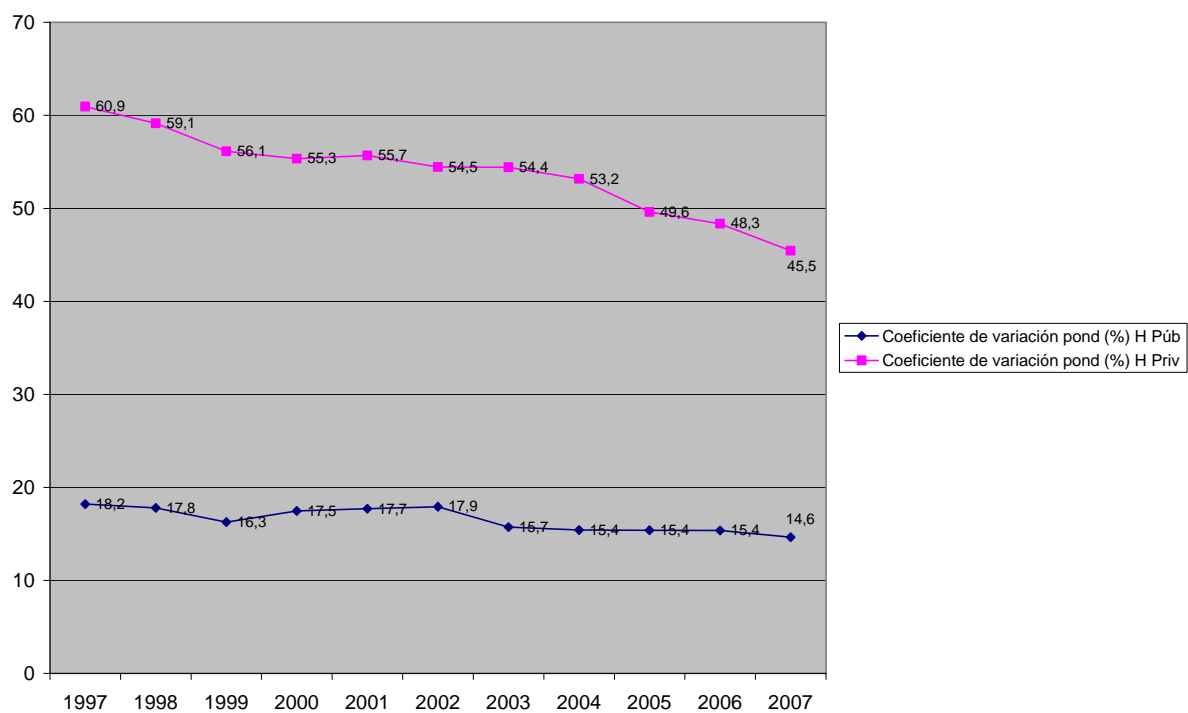
Frecuentación de urgencias por 1.000 habitantes, 1997-2007



Fuente: MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

Gráfico 58

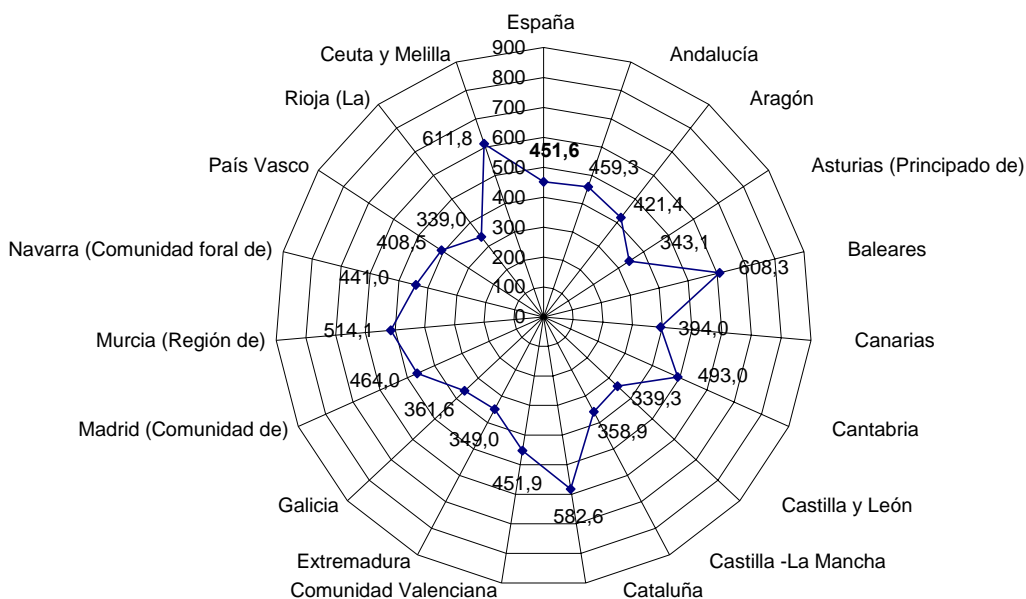
Coeficiente de variación ponderado de la frecuentación de urgencias por 1.000 habitantes, 1997-2007



Fuente: Elaboración propia con apoyo en MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

Gráfico 59

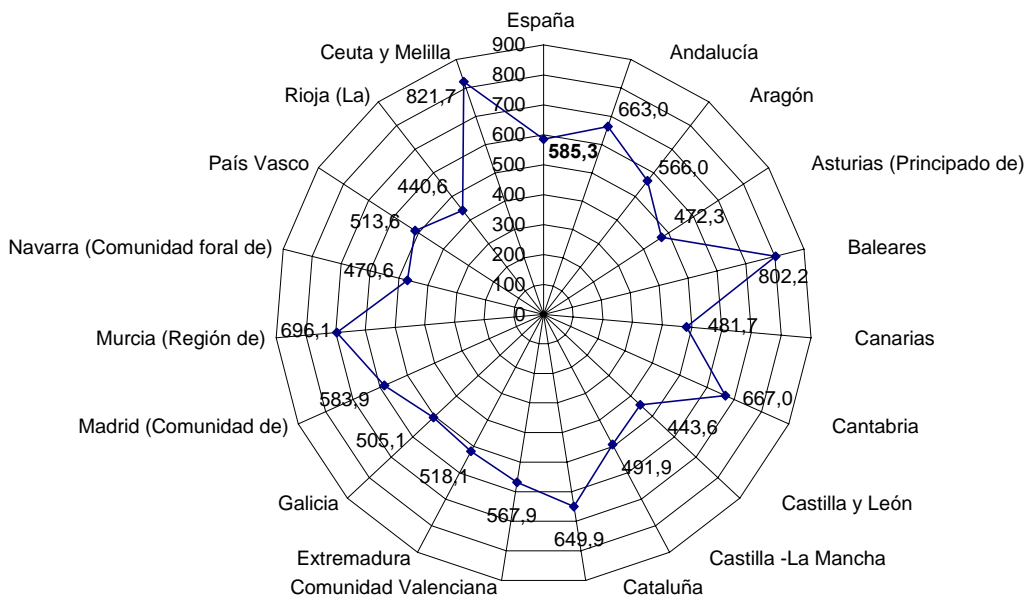
Frecuentación de urgencias por 1.000 habitantes, 1997



Fuente: MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

Gráfico 60

Frecuentación de urgencias por 1.000 habitantes, 2007



Fuente: MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).

En el Cuadro 18 se resumen los resultados obtenidos en las encuestas del Barómetro Sanitario, en relación a la satisfacción de los encuestados con el funcionamiento del sistema sanitario público español, en general y con los distintos niveles de atención recibida.

Cuadro 18

Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público español

	Media: TP 2002-2008		FV: TP 2002-2008		MD: TP 2002-2008		Valores extremos en el período
	V 2002	V 2008	V 2002	V 2008	V 2002	V 2008	
Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público, escala de 1 a 10 (de peor a mejor)	5,94	6,29	1,35	1,30	1,88	1,64	Máximo: Asturias y Navarra Mínimo: Canarias y Galicia
	Media: TP 2003-2008		FV: TP 2003-2008		MD: TP 2003-2008		Valores extremos en el período
	V 2003	V 2008	V 2003	V 2008	V 2003	V 2008	
Valoración de la atención recibida en consultas de medicina general como Buena o Muy Buena (%)	82,57	84,92	1,32	1,18	22,65	14,29	Máximo: Asturias, Aragón, Cantabria y Castilla y León Mínimo: Canarias
Valoración de la atención recibida en consultas del especialista como Buena o Muy Buena (%)	80,27	81,75	1,29	1,26	20,94	18,99	Máximo: Navarra, Asturias, Cantabria, Extremadura y La Rioja Mínimo: Canarias, Galicia y Melilla
Valoración de la atención recibida en el hospital como Buena o Muy Buena (%)	81,87	85,60	1,56	1,32	34,06	24,13	Máximo: Cantabria (3 años, el 100 %), Navarra (2 años, el 100 %), Aragón, Asturias (2003), Castilla-La Mancha y Murcia Mínimo: Canarias, Asturias (2004), Extremadura y La Rioja

TP: tendencia en el período

V: Valor

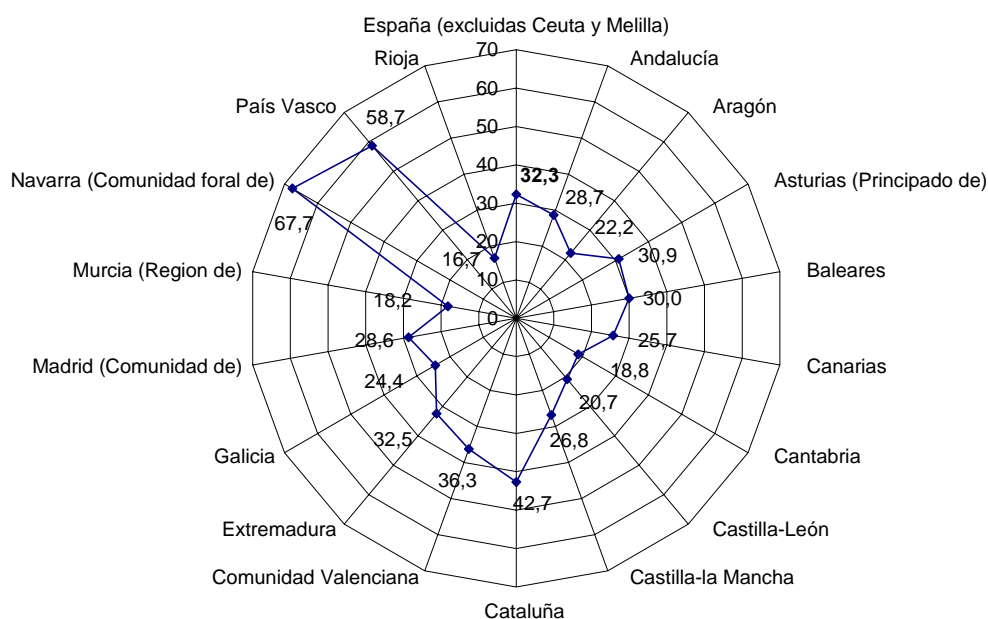
FV: Factor de variación (máx/mín)

MD: diferencia entre los valores extremos (máx-mín)

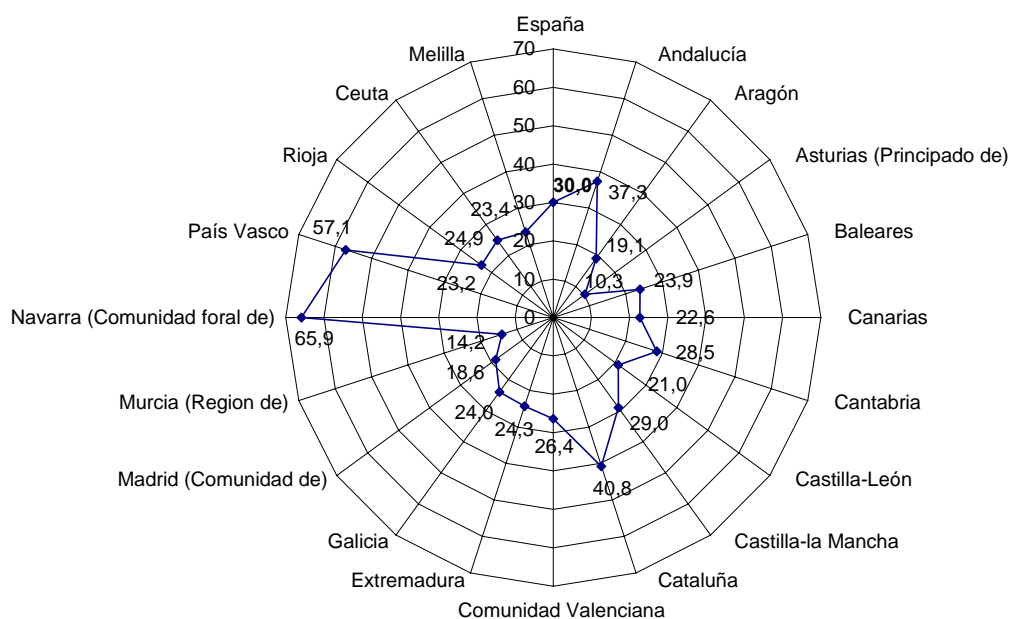
Fuente: Elaboración propia con apoyo en Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), varios años.

Extrapolando los resultados de las encuestas llevadas a cabo por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), se puede afirmar que la satisfacción de la población española con el sistema sanitario público en general, así como con la atención recibida en los distintos niveles de atención, ha mejorado en los últimos años. No sólo la valoración otorgada en 2008 es en todos los casos superior a la valoración concedida al principio del período estudiado, sino que resulta de una tendencia creciente y sostenida a lo largo del tiempo. Respecto a las disparidades territoriales, con la excepción de la satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en general, tanto la ratio como la diferencia entre los valores extremos tienden a caer a lo largo del período estudiado, siendo el valor correspondiente a 2008 siempre inferior al correspondiente al primer año del período estudiado en cada caso (Cuadro 18). En cuanto a la valoración de los distintos niveles de atención sanitaria, cabe destacar que, si bien en 2003 la valoración más alta corresponde a la atención recibida en las consultas de medicina general, desde 2004 toma el relevo la atención hospitalaria, que llega a obtener en algunas CCAA valoraciones del 100%. En 2008 la atención hospitalaria es la más valorada, con un 85,6 % de los encuestados considerándola como buena o muy buena.

En los Gráficos 61 y 62 se muestra el porcentaje de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado o, dicho de otra forma, que el ciudadano recibe mejores servicios cuando éstos son gestionados a nivel autonómico, en los extremos del período contemplado (2003 y 2008). El análisis de estos resultados se torna muy complejo, no sólo porque el proceso de descentralización plena de la gestión sanitaria no tuvo lugar al mismo tiempo en el territorio español, sino porque es muy probable que cuestiones históricas y político-culturales condicionen considerablemente las valoraciones, tal y como cabe deducir de los elevados valores obtenidos en las CCAA de régimen foral. Sería deseable, en consecuencia, analizar un período mucho más amplio que el aquí contemplando, pero ésta es una cuestión que se incluye por primera vez en la encuesta en 2003. El Cuadro 19, permite tener una visión un poco más amplia al respecto. La media de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado cae ligeramente a lo largo del período. A primera vista, la tendencia temporal del porcentaje de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado no parece depender del hecho de que la gestión en su CA haya sido objeto de

Gráfico 61**% de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado, 2003**

Fuente: Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), 2003.

Gráfico 62**% de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado, 2008**

Fuente: Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), 2008.

descentralización por la “vía rápida” o por la “vía lenta”, si bien la caída se da con mayor frecuencia en las que vienen gozando de plena autonomía antes de 2002. Por su parte, apenas se aprecia variación en las disparidades territoriales, si acaso una ligera caída.

Cuadro 19

Porcentaje de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado: media y disparidades, 2003-2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Tendencia
España	32,28	28,7	29,9	33,31	30,77	30,04	↓*
CCAA con autonomía en materia de gestión sanitaria antes de 2002							
Andalucía	28,66	22,21	29,0	31,05	27,54	37,30	↑
Canarias	25,71	24,59	24,0	25,64	26,9	22,64	↓
Cataluña	42,66	42,65	39,7	45,62	37,26	40,75	↓
Comunidad Valenciana	36,25	30,24	25,8	31,63	35,69	26,37	↓
Galicia	24,44	19,64	25,6	30,64	26,00	23,97	↑
Navarra (Comunidad foral de)	67,65	63,87	54,3	65,26	65,42	65,89	↑**
País Vasco	58,66	66,58	58,9	57,65	56,17	57,10	↓
CCAA con autonomía en materia de gestión sanitaria después de 2002							
Aragón	22,18	19,37	17,0	22,66	19,85	19,06	↓
Asturias (Principado de)	30,94	6,38	9,8	6,17	15,23	10,28	↓
Baleares	30,00	20,33	31,2	35,23	30,02	23,85	↑**
Cantabria	18,75	23,08	25,4	27,52	27,55	28,49	↑
Castilla-León	20,69	17,19	17,4	22,69	14,72	21,01	~
Castilla-la Mancha	26,81	25,07	29,0	34,43	29,43	29,02	↑
Extremadura	32,47	26,43	26,9	19,21	25,10	24,32	↓
Madrid (Comunidad de)	28,60	25,84	29,6	32,19	29,66	18,63	↓
Murcia (Región de)	18,16	13,98	19,3	18,61	22,77	14,16	↑
La Rioja	16,67	10,52	29,6	29,98	32,69	23,21	↑
Ciudades Autónomas, gestionadas centralizadamente (Ingresa)							
Ceuta						24,90	
Melilla						23,40	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Media ponderada	32,28	28,70	29,90	33,31	30,77	30,04	↓*
Máximo	67,65	66,58	58,90	65,26	65,42	65,89	
Mínimo	16,67	6,38	9,80	6,17	14,72	10,28	
Factor de variación (máx/mín)	4,06	10,44	6,01	10,58	4,44	6,41	↓*
Máxima diferencia	50,98	60,20	49,10	59,09	50,70	55,61	~

* Ligeramente

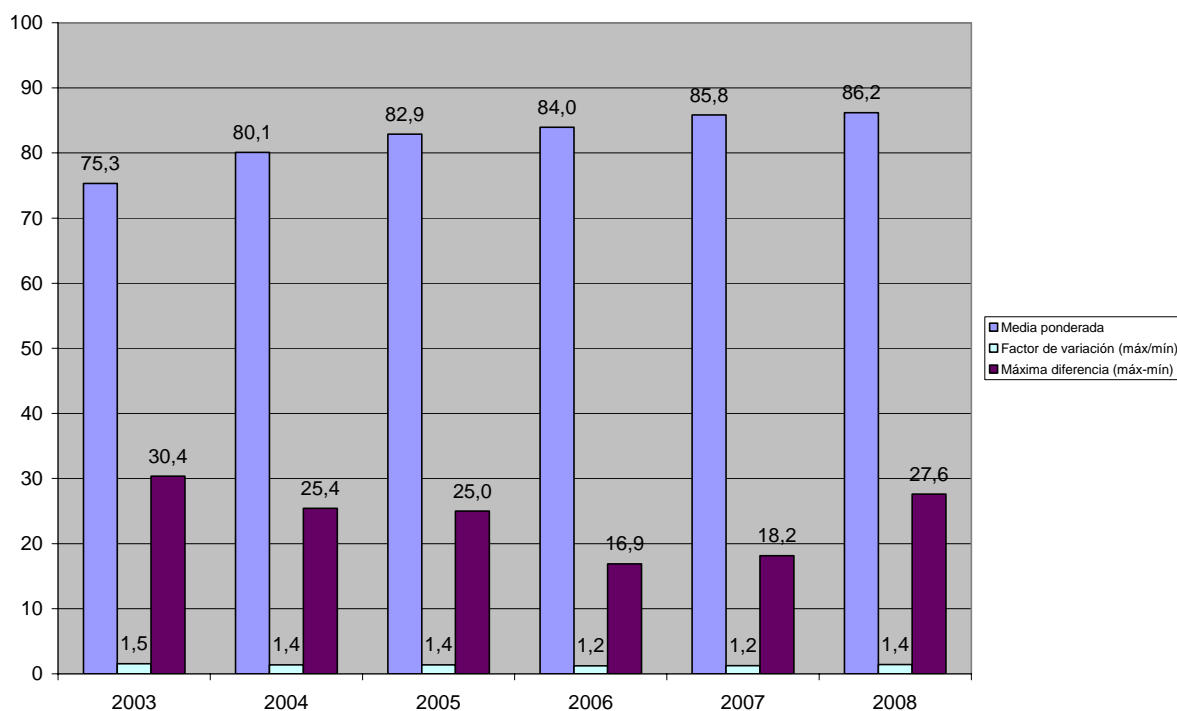
** Muy ligeramente

Fuente: Elaborado con apoyo en Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), varios años.

A la pregunta referida a si las CCAA deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos, la gran mayoría de los encuestados contesta afirmativamente, detectándose una tendencia claramente creciente de la media, junto con una disminución de la ratio y de la diferencia entre los valores extremos de las respuestas obtenidas por CCAA, a lo largo del período 2003-2008 (Gráfico 63). Tal y como se indicó previamente, todas las CCAA han de garantizar unos servicios comunes que han de ser provistos en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio español (RD 1030/2006). Más allá de las prestaciones comunes, cada territorio puede ofrecer nuevos servicios no incluidos en la cartera de servicios comunes, con cargo a sus presupuestos. Si las autoridades competentes son sensibles a la respuesta dada a esta cuestión y a la relevancia que se traduce que le conceden, cabría esperar un “efecto emulación” de servicios al alza, con el fin de no quedarse atrás respecto a otros territorios en la introducción de nuevas prestaciones.

Gráfico 63

Porcentaje de encuestados que cree que las CCAA deberían ponerse de acuerdo a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos



Fuente: Elaborado con apoyo en Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), varios años.

Desde 2002 el Barómetro Sanitario trata una cuestión de particular relevancia en este estudio, referida al porcentaje de encuestados que cree que en la sanidad pública se prestan los mismos servicios a todos los ciudadanos -o que existe equidad-, independientemente de las siguientes variables: la CA de residencia; la residencia en el medio rural o urbano; edad; nivel social; sexo; nacionalidad española y, por último, que se resida legalmente o no en España (las tres últimas se incorporan en 2006). La tendencia de la media apunta hacia una mejora de la equidad en todos los ámbitos, excepto en las condiciones de ser o no español y de residir o no legalmente en España. Las variables que afectan negativamente a la equidad del sistema en menor medida, según la percepción de los encuestados, son el sexo y la edad, con un 88,55 % y un 73,29 % de encuestados considerando que los servicios recibidos son los mismos con independencia de que se sea hombre o mujer y de que sea joven o anciano, respectivamente, en 2008 (Cuadro 20). A pesar de la tendencia positiva en el tiempo, hay que resaltar que la geografía es la dimensión que en mayor medida parece determinar negativamente el grado de equidad del sistema, con una media de poco más del 43,3 % de los encuestados considerando que los servicios prestados en la sanidad pública son los mismos con independencia de la CA de residencia.

En general, las disparidades de respuesta entre CCA aumentan a lo largo del período, con la excepción de la valoración de la equidad en relación a la CA de residencia (con caída del factor de variación y de la diferencia entre los valores extremos) y al nivel social (con caída de la ratio de los valores extremos) (véase el Cuadro 20). Por último, cabe mencionar que Ceuta y Melilla comienzan a ser incluidas en el análisis en el año 2008. Su exclusión del análisis cambiaría los valores del coeficiente de variación y de la diferencia entre los valores extremos en algunos casos; pero no la tendencia, con la única excepción de la valoración en relación a la edad que, sin Ceuta y Melilla, mostraría una tendencia de la ratio y de la diferencia entre los valores extremos descendente y no creciente.

Cuadro 20

Porcentaje de encuestados que cree que en la sanidad pública se prestan los mismos servicios a todos los ciudadanos -o que existe equidad-, con independencia de diversas variables

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Tendencia período
CA de residencia								
Media	39,47	43,41	49,60	44,50	46,65	45,29	43,33	↑
FV	2,21	2,09	2,07	2,55	2,17	1,83	2,06	↓
MD	33,68	32,95	33,42	35,10	38,49	26,45	28,96	↓
Residencia en el medio rural o urbano								
Media	35,92	39,82	46,40	41,70	42,32	43,52	43,37	↑
FV	2,53	2,61	1,89	1,77	2,84	2,34	3,44	↑
MD	34,93	42,89	29,59	24,30	49,52	40,32	48,54	↑
Que se sea joven o anciano								
Media	60,06	64,26	70,50	66,20	71,25	71,21	73,29	↑
FV	1,66	1,42	1,36	1,44	1,39	1,43	1,65	↑*
MD	31,21	21,13	22,14	24,00	24,61	26,78	35,16	↑
Que se tenga un nivel social alto o bajo								
Media	57,66	60,77	68,60	61,10	67,88	68,83	70,63	↑
FV	1,82	1,51	1,51	1,56	1,56	1,53	1,58	↓
MD	34,43	23,90	28,10	27,50	31,29	31,51	29,51	↑
Que se sea hombre o mujer								
Media	-	-	-	-	87,85	87,52	88,55	↑
FV	-	-	-	-	1,21	1,21	1,24	↑
MD	-	-	-	-	16,90	16,46	18,81	↑
Que se sea español o extranjero								
Media	-	-	-	-	65,92	64,86	65,18	↓
FV	-	-	-	-	1,33	1,42	1,66	↑
MD	-	-	-	-	17,75	23,23	30,57	↑
Que se resida legalmente o no								
Media	-	-	-	-	54,97	54,50	54,73	↓
FV	-	-	-	-	1,86	1,85	2,62	↑
MD	-	-	-	-	30,30	30,01	42,22	↑

FV: Factor de variación (máx/mín)

MD: Diferencia entre los valores extremos (máx-mín)

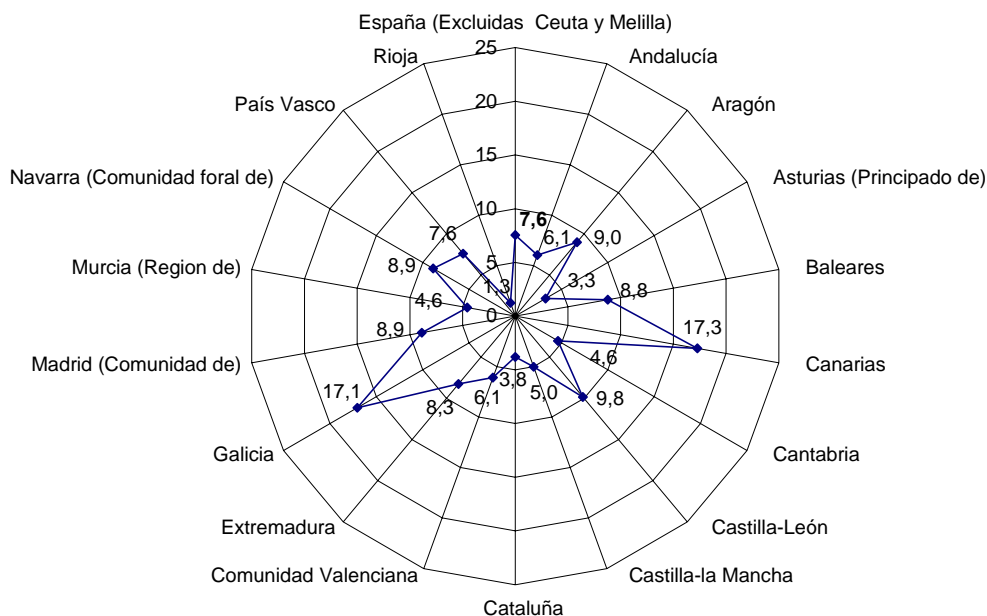
* Ligeramente

Fuente: Elaborado con apoyo en Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), varios años.

En los Gráficos 64 y 65, se muestra el porcentaje de encuestados en el Barómetro Sanitario que responde haber esperado más de seis meses para obtener consulta con el especialista, en 2005 y 2008, respectivamente. En 2008, el tiempo de espera más elevado se sitúa en Galicia y el más bajo en La Rioja, donde ningún encuestado responde haber esperado más de seis meses para obtener cita con el especialista (Gráfico 65). A lo largo del período, los valores más altos se localizan, aparte de en Galicia, en Canarias, CCAA en las que, extrapolando los resultados a toda la población, cabría concluir que ésta padece graves problemas de accesibilidad a este nivel de atención sanitaria. La media a lo largo del período 2005 a 2008 tiende a caer en el conjunto del territorio español, desde el 7,55 % de los encuestados que responde haber esperado más de seis meses, en 2005, hasta el 7,13 %, en 2008. No obstante, las disparidades territoriales aumentan: en concreto, la ratio entre los valores extremos oscila entre 13,18 en 2005 y 19,91 en 2007 y la brecha entre los valores extremos asciende a 15,95 puntos en 2005 y a 21,51 puntos en 2008.

Gráfico 64

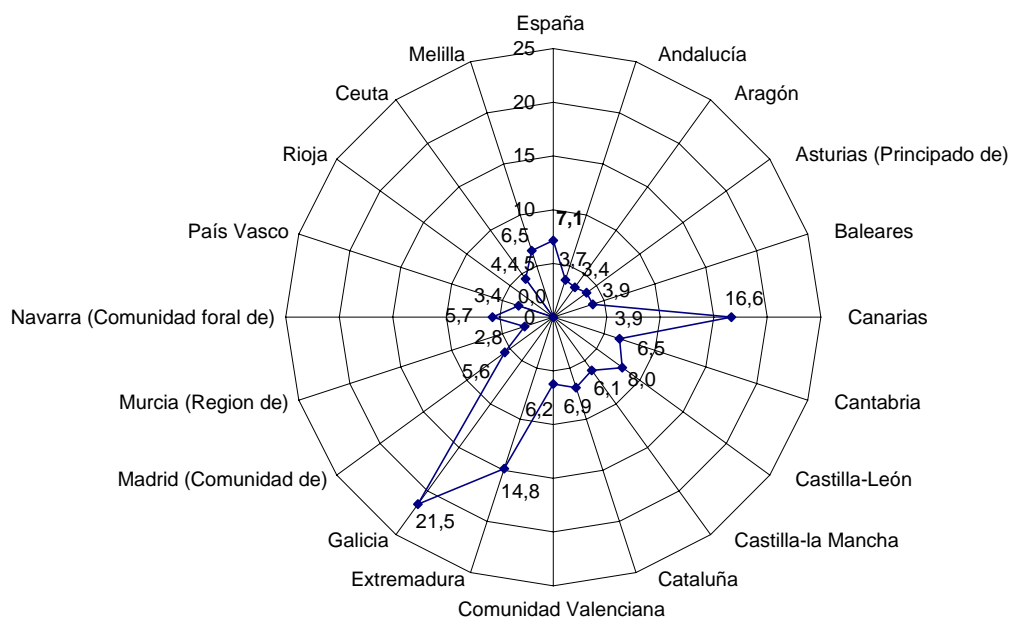
Porcentaje de encuestados que contesta haber esperado más de seis meses para obtener consulta con el especialista, 2005



Fuente: Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas).

Gráfico 65

Porcentaje de encuestados que contesta haber esperado más de seis meses para obtener consulta con el especialista, 2008



Fuente: Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas).

5. Conclusiones

En líneas generales, en los últimos años, la evolución de los indicadores de salud -en términos de mortalidad evitable y de calidad de vida- en España ha sido muy positiva. Asimismo, la satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del SNS y con la atención recibida en los distintos niveles de atención ha mejorado. La evolución de la percepción del grado de equidad del sistema ha sido favorable, excepto en relación a la condición de ser o no español y de residir o no legalmente en España, condiciones que parecen afectar cada vez más negativamente a la percepción que los ciudadanos tienen de la equidad del sistema. No obstante, en función de la información disponible para el período 2002-2008, es la CA de residencia la condición que en mayor medida afecta negativamente al grado de equidad percibido, dado que la mayoría cree que la geografía es la clave de que los servicios prestados en la sanidad pública no sean los mismos.

En el ámbito de la estructura del sistema, las disparidades del gasto sanitario per cápita entre las CCAA no son elevadas. Desde 2002, el gasto medio por persona protegida en las CCAA que adquieren plena autonomía en materia sanitaria por “la vía lenta”, junto con las Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla), comienza a superar el gasto medio correspondiente a las CCAA que gozaban ya de autonomía. A diferencia de la situación predominante en la década de los años 90 y, dejando aparte las Ciudades Autónomas, las CCAA de régimen foral (País Vasco y Navarra) van perdiendo posiciones relativas en gasto per cápita frente a las CCAA que comienzan a gozar de plena autonomía desde 2002. La dispersión del gasto sanitario per cápita viene aumentando desde entonces, evolución que no tiene por qué tener una lectura negativa. En cambio, sí sería indeseable una mayor dispersión del gasto por persona protegida equivalente. En este sentido, la variabilidad medida a través del coeficiente de variación ponderado del gasto por persona protegida equivalente ha mostrado una tendencia decreciente, a lo largo del período 1999-2005, comenzando a situarse desde 2003 por debajo del correspondiente al gasto per cápita sin ajustar por necesidad. Con todo, otros indicadores y resultados ponen de manifiesto que la distribución geográfica de los recursos sanitarios en España aun está lejos de responder a las necesidades de cada territorio.

Cabe hacer una valoración muy positiva de la evolución reciente de la dotación y distribución de médicos de familia en España, recurso clave en el SNS, que se relaciona directamente con la salud de la población. Llama la atención la evolución en Ceuta y Melilla, territorios que, con un gasto sanitario capitativo superior a la media (en algún caso alcanzando valores máximos), sin embargo, vienen experimentando un aumento de TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia, aun partiendo de niveles superiores a la media.

A partir del indicador referido a las camas de larga estancia por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad, se han detectado problemas de coordinación entre el sistema sanitario y el sector sociosanitario, con infradotación de recursos en numerosas CCAA y grandes disparidades entre ellas, por otro lado, en ascenso.

Tanto en el sector hospitalario público como en el privado, la dotación de equipos tecnológicos muestra una tendencia creciente y una dispersión territorial en descenso, si bien es preciso resaltar que las disparidades de partida son notables. Frente a las tecnologías de reciente implantación, cabría esperar una distribución más uniforme en el territorio que la encontrada en los casos de TAC y de los equipos de resonancia magnética. De este modo, en el sector hospitalario público, la dotación de TAC en la CA mejor dotada prácticamente duplica la dotación correspondiente a la CA con menor dotación, en 2007. En relación directa con esta situación, los resultados obtenidos respecto a la variabilidad territorial de la actividad diagnóstica asociada a estos equipamientos parecen reflejo de la (dispar) dotación, siendo, en todo caso, injustificables. En consecuencia, es plausible la hipótesis de la existencia de problemas de VPM (variaciones en la práctica médica); de sobreutilización de atención sensible a la oferta en unos casos y asociados a la posible infradotación de la oferta en otros.

La tasa de cesáreas en los hospitales públicos españoles supera en 2007 en siete puntos el límite considerado aceptable por la OMS, con el agravante de que la dispersión resulta injustificadamente elevada y con tendencia al alza. En ese año, la incidencia de cesárea en la CA con el nivel más alto del sector hospitalario público es 2,3 veces superior a la correspondiente a la CA con el nivel más bajo (la única

que no rebasa el límite de cesáreas admisible). Por su parte, la tasa de cesáreas en los hospitales privados es muy superior a la correspondiente al sector público. Estos resultados, junto con el análisis aportado en un estudio del Grupo ATLAS VPM, permiten dejar apuntada la hipótesis de la existencia de un problema de VPM en este ámbito en España.

Frente a la variabilidad encontrada en el resto de intervenciones sanitarias analizadas, cabe hacer una valoración muy positiva de la cobertura de las vacunaciones básicas (superior al 96 % en 2008 y, salvo en una CA, en ningún caso inferior al 93 %), caracterizada, además, por una dispersión territorial relativamente baja.

En el ámbito de los resultados en salud, la mortalidad evitable cae en general (según el indicador mortalidad por enfermedades sensibles a los cuidados médicos por 10.000 defunciones, entre los subperíodos 1997-2001 y 2002-2006) y para todas y cada una de las enfermedades estudiadas específicamente (TMA, 1981-2007). No obstante, no se puede afirmar que haya sido así en todas las CCAA y menos aun que las mejoras, en su caso, se hayan distribuido uniformemente en el territorio. A su vez, la disminución de la mortalidad evitable se distribuye menos homogéneamente en el territorio entre las mujeres que entre los hombres. En particular, la mayor variabilidad de la TMA por cardiopatía isquémica del corazón entre las mujeres podría asociarse, aparte de a diferencias etiológicas de la enfermedad, a un “sesgo de género”. En el caso de las enfermedades cerebrovasculares, si bien la caída de la TMA va acompañada de una caída de la variabilidad medida a través de la ratio y la diferencia entre los valores extremos, tanto en hombres como en mujeres, no cabe decir lo mismo del coeficiente de variación ponderado, caracterizado por una tendencia ascendente, en particular desde mediados de los años 90. No sólo el valor correspondiente a las mujeres se sitúa sistemáticamente por encima del correspondiente al colectivo de los varones, sino que el valor *per sé* es preocupantemente elevado: en 2007 la desviación típica supera el 26 % de la media entre las mujeres.

En cuanto al cáncer de mama femenino se ha dejado apuntada la hipótesis del potencial impacto positivo de los programas de cribado, con efecto diferido en el

tiempo, desde mediados de los años 90, no sólo con apoyo en la caída desde entonces de la TMA por esta causa, sino también por la disminución de las disparidades geográficas y por el hecho de que las tres CCAA con mayor TMA se encuentren precisamente entre las últimas en introducir programas de detección precoz de cáncer de mama.

La mortalidad perinatal ha arrojado una evolución muy positiva, en la medida en la que la tasa (por mil nacidos vivos más muertes fetales tardías) ha pasado del 14,6 por mil en 1981, al 4,5 por mil en 2007. Además, esta disminución ha tenido lugar en paralelo a una disminución del coeficiente de variación ponderado y de la diferencia entre los valores extremos. Aunque la ratio entre éstos tiende a crecer al final del período, no puede dejar de considerarse un éxito que, por ejemplo, una CA como Canarias, con un bajo nivel socioeconómico y que generalmente figura entre las CCAA con peores resultados en salud, haya conseguido situarse en 2007, junto con Navarra, entre las dos CCAA con menor tasa de mortalidad perinatal, cuando en 1981 se situaba entre las cuatro CCAA con mayor tasa. Por su parte, también la mortalidad infantil, en sus dos componentes, ha disminuido considerablemente desde 1981 pero, en ambos casos, la caída se ha visto acompañada de un aumento de la dispersión y del factor de variación.

Asociando los resultados en salud con la calidad de vida, es preciso destacar que las disparidades geográficas aumentan sistemáticamente cuando en lugar de comparar la esperanza de vida se compara la esperanza de salud. Los mejores resultados en salud de las mujeres españolas (léase menores tasas de mortalidad evitable en general y mayor esperanza de vida) están peor distribuidos geográficamente que entre los hombres. Paralelamente, la mayor esperanza de vida de las mujeres acarrea mayores expectativas de discapacidad, de enfermedad crónica y de mala salud autopercebida. Es decir, las mujeres viven más años, pero también más años con menor calidad de vida. En este contexto, las peores expectativas frente a los hombres, ya de por sí relevantes en términos agregados, varían considerablemente en función del territorio. Frente a esta situación, desde el sistema sanitario se podrían tratar de prever y de satisfacer las necesidades locales y, sobre todo, sería deseable una mejor y mayor coordinación con el sistema sociosanitario, cuestión que, a juzgar por los resultados obtenidos en el ámbito de la

estructura del sistema, parece una de las principales asignaturas pendientes del SNS español. Como cabía esperar, el estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno de las mujeres arroja peores resultados que en los hombres, siendo mayor la variabilidad geográfica entre las mujeres que entre los varones. En algunos casos, la brecha frente a éstos es particularmente amplia, como es el caso en Galicia, Asturias y Murcia, donde la valoración que las mujeres hacen de su estado de salud como bueno o muy bueno, en 2006, se sitúa más de 14 puntos por debajo de la valoración que le otorgan los hombres.

En cuanto a la calidad/seguridad de los servicios sanitarios, en el ámbito de las infecciones nosocomiales, la prevalencia se sitúa a un nivel aceptable en comparación a otros países de nuestro entorno y las disparidades geográficas en 2008 son menores que las existentes una década atrás. En cambio, es preocupante el aumento de la TMA por efectos adversos de los medicamentos, acompañado de mayor dispersión territorial, a lo largo del período 1981-2007. En el ámbito de los medicamentos, es preciso llamar la atención sobre la práctica ausencia de información relevante para valorar la adecuación de la prescripción farmacéutica, más allá de que se trate de un capítulo que representa más de la quinta parte del gasto sanitario público, por su potencial impacto en la salud.

El análisis de la opinión de los españoles acerca de si las CCAA gestionan mejor que el Estado o, dicho de otra forma, si el ciudadano recibe mejores servicios cuando éstos son gestionados a nivel autonómico se torna muy complejo, no sólo porque el proceso de descentralización plena de la gestión sanitaria no haya tenido lugar al mismo tiempo en el territorio español, sino porque es muy probable que cuestiones históricas y político-culturales condicionen considerablemente las valoraciones, tal y como cabe deducir de los elevados valores obtenidos en las CCAA de régimen foral y en Cataluña. La media de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado cae ligeramente a lo largo del período 2003-2008. A primera vista, la tendencia temporal del porcentaje de encuestados que cree que las CCAA gestionan mejor que el Estado no parece depender del hecho de que la gestión en su CA haya sido objeto de descentralización por la “vía rápida” o por la “vía lenta”, si bien la caída se da con mayor frecuencia relativa en las

que vienen gozando de plena autonomía antes de 2002. Por su parte, apenas se aprecia variación en las disparidades territoriales, si acaso una ligera caída.

Por último cabe mencionar dos aspectos relacionados con problemas de accesibilidad, que operan sin duda en perjuicio de las clases más desfavorecidas: las listas de espera (quirúrgicas, de especialistas y de pruebas diagnósticas) y la salud bucodental. Lamentable e incomprensiblemente, respecto a las listas de espera sólo existe información cuantitativa a nivel agregado en España. En cuanto a la salud bucodental, los servicios comunes en todo el territorio nacional no cubren realmente las necesidades de la población, constituyendo una actividad tradicionalmente desarrollada (y financiada) en el ámbito privado. Algunas CCAA han ampliado las prestaciones correspondientes por encima de las prestaciones mínimas establecidas. Asimismo, recientemente el resto de las CCAA tiene la posibilidad de acogerse a convenios cofinanciados con fondos centrales para seguir esta política. Para ambas cuestiones, listas de espera y salud bucodental, se prevé ampliar este estudio, realizando un análisis de tipo cualitativo.

6. Referencias bibliográficas

AETS (2001): *Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997*. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias nº 29. Madrid: AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) - Instituto de Salud Carlos III.

AETS (2002): *Uso de la mamografía y de la citología de papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España*. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias nº 34. Madrid: AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) - Instituto de Salud Carlos III.

Benach, J., Yasui, Y., Borrell, C., Rosa, E., Pasarín, M. I., Benach, N., Español, E., Martínez, J. M. y Daponte, A. (2001): *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra y MSD.

Bernal, E. et al. (Grupo ATLAS VPM) (2009): *Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del SNS*. Documento de Trabajo 04-2009, Atlas de Variaciones en la Práctica Médica.

Black Report (1980): *Inequalities in Health*. Londres: DHSS (edición manejada: Penguin Books, con una introducción de P. Townsend y N. Davidson, el primero de ellos miembro, junto con J. N. Morris y C. Smith, del Grupo de Trabajo sobre Desigualdades en Salud presidido por D. Black, de quien toma su nombre el informe).

Cabiedes, L. (2003): *Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España*. Oviedo: Documento de Trabajo 260/03 de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Oviedo.

Cullis, J. G. y West, P. A. (1984): *Introducción a la Economía de la Salud*. Biblioteca de Economía Desclée de Brouwer.

Cutler, D. M. y McClellan, M. (2001): "Is Technological Change in Medicine Worth It?", *Health Affairs*, 20 (5), pp. 11-29.

Del Llano, J. (2009): *Sanidades autonómicas: solución o problema?*. Madrid: Círculo de la Sanidad.

Domínguez-Berjón, M. F., Borrell, C. y Pastor, V. (2004): "Indicadores socioeconómicos de área pequeña en el estudio de las desigualdades en salud", *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), pp. 92-100.

EPINE (2008): *Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, 2008*. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 19º estudio.

Espallargues, M., Solà-Morales de, O., Moharra, M., Tebé, C. y Pons, J. M. V. (2008): "Las tecnologías más relevantes de los últimos 25 años según la opinión de los médicos generalistas", *Gaceta Sanitaria*, 22 (1), pp. 20-28.

Evans, R. G., Barer, M. L. y Marmor, T. R. (dirs.) (1996): *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris: Les Presses de L' Université de Montréal. Editado en Nueva York: Aldine de Gruyter, en 1994, bajo el título *Why are some people healthy and others not?*.

Gispert, R., Barés, M. A., Puigdefàbregas, A. y el Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable (2006a): "La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España", *Gaceta Sanitaria*, 20 (3), pp. 184-193.

Gispert, R., Torné, M. del M. y Barés, M. A (2006b): "La efectividad del sistema sanitario en España", *Gaceta Sanitaria*, 20 (suplemento 1), pp. 117-126.

Glover, J. A. (1938): "The Incidence of Tonsillectomy in School children", *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, mayo, pp. 1219-1236. Reimpreso en 2008 en *International Journal of Epidemiology*, 37 (1), pp. 9-19.

González, B. y Barber, P. (2006): *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*. Documento de Trabajo 90/2006, Fundación Alternativas.

Guépin, A. y Bonamy, E. (1835): *Nantes au XIX e. Siècle; Statistique Topographique, industrielle et morale*. Nantes: Prosper Sebire, Libraire-Éditeur.

Illsley, R. y Le Grand, J. (1987): "The Measurement of Inequality in Health", en Williams, A. (ed.): *Health and Economics* [Proceedings of Section F (Economics) of the British Association for the Advancement of Science, Bristol, 1986]. The British Association for the Advancement of Science, pp. 12-36.

Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M. y Lang, T. (dirs.) (2000): *Les inégalités sociales de santé*. Paris: La Découverte-Inserm.

Leon, D. A. (2001): "Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries", en Leon, D. A. y Walt, G. (eds.) (2001): *Poverty, Inequality, and Health. An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 58-87.

Leon, D. A. y Walt, G. (2001): "Poverty, inequality, and health in international perspective: a divided world?", en Leon, D. A. y Walt, G. (eds.) (2001): *Poverty, Inequality, and Health. An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 1-16.

López-Casasnovas, G. y Rico, A. (2003): "La descentralización, parte del problema sanitario o de su solución?", *Gaceta Sanitaria*, 17 (4), pp. 319-326.

Marmor, T., Barer, M. L. y Evans, R. G. (1996): "Les déterminants de la santé de la population: comment améliorer l' état de santé dans les pays démocratiques? ", en Evans, R. G., Barer, M. L. y Marmor, T. R. (dirs.): *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris: Les Presses de L' Université de Montréal, pp. 223-236.

Meneu, R. y Peiró, S. (2008): "Disparidades en la efectividad y utilización de los servicios sanitarios e implicaciones de equidad", en Rodríguez, M. y Urbanos, R. (coords.): *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Barcelona: Elsevier España, pp. 167-187.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2005): *La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Mohan, J. (1987): "Transforming the Geography of Health Care: Spatial Inequality and Health Care in Contemporary England", en Williams, A. (ed.): *Health and Economics* [Proceedings of Section F (Economics) of the British Association for the Advancement of Science, Bristol, 1986]. The British Association for the Advancement of Science, pp. 82-105.

Mosca, I. (2006): "Is decentralisation the real solution? A three country study", *Health Policy*, 77, pp. 113-120.

Murray, C. J. L., Frenk, J. y Gakidou, E. E. (2001): "Measuring health inequality: challenges and new directions", en Leon, D. A. y Walt, G. (eds.) (2001): *Poverty, Inequality, and Health. An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 194-216.

Ortún, V. (2006): "Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España", *Revista Asturiana de Economía*, nº 35, enero-abril, pp. 23-43.

Peiró, S. (2005): "Variaciones en la práctica médica y utilización inadecuada de tecnologías", en González, B. (coord.): *Gestión de la innovación y difusión de tecnología en sanidad*. Barcelona: Masson, pp. 101-134.

Peiró, S., Meneu, R. y Bernal, E. (2005): “Tres tristes tópicos sobre las variaciones en la práctica médica”, *Gestión Clínica y Sanitaria*, 7 (2), pp. 47-51.

Pérez, G., Cirera, E., Rodríguez, M. y Borrell, C. (2006): *Desigualdades de mortalidad en las Comunidades Autónomas entre 1981 y 2002*. Informe elaborado para el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Política Social (disponible en <http://www.msc.es>).

Rican, S., Jouglu, E. y Salem, G. (2003): “Inégalités socio-spatiales de mortalité en France”, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS (Institut de Veille Sanitaire), n° 30-31, pp. 142-145.

Rico, A., Ramos, X. y Borrell, C. (2002): “Distribución de la renta, pobreza y esperanza de vida en España”, en Cabasés, J. M., Villalbí, J. R. y Aibar, C. (coords.): *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Quinta edición del Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), Volumen I. Valencia: Generalitat Valenciana, pp. 67-72.

Roos, N. P. y Roos, L. L. (1996): “Les variations géographiques de l’ utilisation, le style de pratique et la qualité de soins”, en Evans, R. G., Barer, M. L. y Marmor, T. R. (dirs.): *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris: Les Presses de L’ Université de Montréal, pp. 237-256.

Ruiz, J. L., García, M. y Negro, M. (1990): “La equidad en el reparto de los recursos sanitarios: el caso español”, en Montserrat, J. y Murillo, C. (coords): *Salud y Equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (compilación de ponencias y comunicaciones presentadas en las VIII Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en las Palmas de Gran Canaria en 1988), pp. 171-179.

Ruiz-Cantero, M. T. y Verdú-Delgado, M. (2004): “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 18 (suplemento 1), pp. 118-125.

Sarría, A. y Rodríguez, P. (1998): "Variabilidad en la práctica clínica", en Llano, J. del, Ortún, V., Martín, J. M., Millán, J. y Gené, J. (coords.): *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, pp. 513-527.

Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M. y Roca, A. (2004): "Métodos de medición de las desigualdades de salud (Parte I)", *Boletín Epidemiológico/OPS* (Organización Panamericana de la Salud), 25 (4), pp. 12-14.

Skinner, J. S., Staiger, D. O. y Fisher, E. S. (2006): "Is Technological Change in Medicine Always Worth It? The Case of Acute Myocardial Infarction", *Health Affairs* web exclusive, 7 de Febrero, w34-w47.

Townsend, P. (1987): "The Geography of Poverty and Ill-Health", en Williams, A. (ed.) *Health and Economics* [Proceedings of Section F (Economics) of the British Association for the Advancement of Science, Bristol, 1986]. The British Association for the Advancement of Science, pp. 37-67.

Tuffreau, F. et al. (2007): *La santé observée dans les Pays de La Loire. Tableau de bord régional sur la santé*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports y Conseil Régional des Pays de La Loire.

Tuffreau, F. y Le Guével, A. (2007): *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale*. Rennes: Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.

Urbanos, R. M. y González, B. (2005): "La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad", en Ruiz-Huerta, J. (coord.): *Políticas públicas y distribución de la renta*. Bilbao: Fundación BBVA, pp. 147-212.

Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE (1998): *Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

Vergara, M., Benach, J., Martínez, J. M., Buxo, M. y Yasui, Y. (2009): “La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001)”, *Gaceta Sanitaria* 23 (1), pp. 16-22.

VVAA (2007): *Les inégalités sociales de santé en France en 2006: éléments de l'état des lieux*, n° monográfico del *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS (Institut de Veille Sanitaire), n° 2-3.