

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2010
JULIO
10

El desarrollo legislativo de
las Comunidades Autónomas
en materia sanitaria

JOAN CANALLS



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo (www.1mayo.ccoo.es):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL
Carmen Sánchez

EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA. Joan Canalls

La descentralización sanitaria y la capacidad normativa de las distintas CCAA han impulsado diferencias territoriales en temas como derechos de los ciudadanos, prestaciones sanitarias, garantías de acceso, y uso de recursos y procedimientos. Los sistemas de información también se han dispersado y no permiten comparar fácilmente las realidades de los distintos territorios. Es imprescindible conciliar la capacidad de los territorios descentralizados para priorizar sus intervenciones con la solidaridad, la cohesión y la equidad necesarias en un sistema público de salud como el nuestro.

Descentralización sanitaria en España

La Constitución Española (CE) define un nuevo modelo de estructura institucional al crear un nivel administrativo regional llamado "comunidad autónoma", sobre cuyos gobiernos recaerá el peso principal de la gestión y la administración de los servicios e intereses públicos. En el campo estrictamente sanitario se produce un lento "goteo" de transferencias a las Comunidades Autónomas (CCAA) que se inicia en el año 1979 con la transferencia de la salud pública a Cataluña y que concluye a principios de 2002 (ver Tabla 1) con las transferencias de los servicios sanitarios a las diez CCAA que todavía no los tenían.

TABLA 1. Calendario del traspaso de competencias a las CCAA.

AÑO	CCAA
1981	✓ Cataluña
1984	✓ Andalucía
1987	✓ País Vasco ✓ Comunidad Valenciana
1990	✓ Galicia ✓ Navarra
1994	✓ Canarias
2002	✓ Resto de CCAA: • Aragón • Asturias • Baleares • Cantabria • Castilla-La Mancha • Castilla y León • Extremadura • Madrid • Murcia • La Rioja ✓ Se constituye INGESA (Ceuta y Melilla).

Fuente: Elaboración propia.

Ha sido un proceso lento, complicado, que se ha producido en condiciones políticas y económicas muy variadas y, aunque parezca un contrasentido después de tantos años, poco planificada. Al realizarse el proceso de descentralización sanitaria simultáneamente al de creación y desarrollo del estado de las Autonomías, hizo necesario que la implantación del Sistema Nacional de Salud (SNS) se realizara de forma progresiva. Mientras tanto la gestión de la asistencia sanitaria continuaba estando a cargo de la Seguridad Social (SS) a través del INSALUD.

Es precisamente esta implantación progresiva, y la convivencia transitoria de ambos modelos sanitarios (el de SS y el de SNS), lo que dio lugar a que en la década de los 90 se ofrecieran diversas propuestas sobre la estructura, organización y funcionamiento del SNS, entre ellas el conocido como "Informe Abril" de 1991 y el "Informe de la Subcomisión parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud" de 1997. Ambos informes se reafirman, entre otras muchas consideraciones, en la necesidad de culminar el proceso de descentralización sanitaria, en reforzar el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y en ordenar "mediante ley" las prestaciones sanitarias.

Finalmente dos reflexiones. La primera hace referencia a que sería importante recordar que no enferman los territorios sino las personas (los territorios no son más que los sustratos físicos donde éstas asientan), y que la fuente de variabilidad mayor siempre se encuentra entre los individuos. Además, las desigualdades intrarregionales en nuestro SNS son notablemente mayores que las que podemos identificar entre CCAA.

Algunos análisis han señalado que en el proceso de descentralización ha disminuido el componente intrarregional de la desigualdad sanitaria (técnicamente más importante), aunque habría aumentado el interregional (políticamente más llamativo). La segunda reflexión va en el sentido de que en el campo de la evaluación de estructura y de proceso la cartera de servicios permite, como veremos, la diferenciación autonómica en ámbitos cada vez más diversos, y que en el desarrollo de servicios se está produciendo un auge de experiencias en parte como respuesta a los problemas específicos de cada territorio, pero también como pulsión de "venta" de innovaciones para marketing político e institucional.

Situación actual

Una vez culminado el proceso de las transferencias sanitarias se aprueba en mayo de 2003, con el objetivo de lograr la equidad, calidad y participación social en un sistema sanitario armónico, solidario y cohesionado, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCCSNS) con un amplísimo apoyo del Parlamento español. Incluso las CCAA presentan poca objeción al texto, ya que desde el punto de vista puramente normativo encierra un modelo más retórico que regulatorio, y no puede decirse que atente contra las competencias que tienen.

Uno de los mayores riesgos de la descentralización sanitaria es el de atentar contra la "equidad" incurriendo en desigualdades intolerables. Equidad no

quiere decir igualdad, siendo compatible con cierto grado de diversidad. Dicho esto, es evidente que nadie entendería que los españoles tuviésemos derecho a distintas prestaciones o servicios sanitarios en función de nuestro lugar de residencia. Por tanto, hay que concluir que equidad, en el terreno sanitario, se traduce en que todos los ciudadanos tengamos las mismas posibilidades de acceso a los servicios sanitarios "fundamentales" ante necesidades iguales. En este caso la expresión "fundamentales" ha de entenderse como "los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada" (RD 1030/2006), por lo que no estamos hablando de "mínimos" sino de algo próximo a "máximos".

En este contexto es necesario definir previamente hasta donde llegan las desigualdades legítimas, fruto de las distintas necesidades de salud de las regiones, y donde empiezan las que podríamos calificar de injustas. Siguiendo a Beatriz González López-Valcárcel habría que preguntarse por el tamaño de la ventana por la que miramos, ¿es la CCAA o es España? El "tamaño de la ventana por la que miramos" se está reduciendo al hilo de la descentralización sanitaria.

Esta ventana ya no es el país, sino la comunidad autónoma. A título de ejemplo, en algunas CCAA se reconoce el derecho del paciente a la libre elección de hospital, pero es probable que pocos españoles defendieran el derecho a elegir hospital en todo el territorio nacional. Ni descentralización es sinónimo de heterogeneidad, ni centralización lo es de homogeneidad. Dentro del grupo INSALUD Gestión Directa había una gran heterogeneidad de gasto. En 1997 había un diferencial del 25% entre Baleares (menor nivel de gasto sanitario) y Aragón (mayor). Por tanto centralización no implica necesariamente homogeneidad.

Según un estudio acerca de las consecuencias de la descentralización sanitaria en España, hacia el año 2000 los resultados de salud no eran mejores en las CCAA con transferencias sanitarias que en las del INSALUD Gestión Directa. La mortalidad evitable mostraba una pauta Norte-Sur que se correlacionaba con el gasto sanitario "per cápita". Hasta qué punto las diferencias geográficas en salud se deben a las actuaciones (o a su falta) del sistema sanitario, o se deben a otros factores, como los estilos de vida, es una cuestión abierta.

Pese a ello ciertos tipos de desigualdad en salud entre CCAA tienen una causa tangible, que se puede atribuir a las políticas. Por ejemplo, los programas públicos de salud bucodental infantil iniciados hace quince años en Navarra y en el País Vasco son la causa atribuible de las diferencias significativas en la evolución de las caries infantiles entre esas CCAA y las del resto del país, pero otras desigualdades territoriales en salud no pueden atribuirse al sistema sanitario, por ejemplo, la muerte en accidentes de tráfico.

Tras la descentralización territorial, tenemos organizaciones casi clónicas, con matices de idiosincrasia. Así como los países se observan, y copian, unos a otros, también las CCAA españolas experimentan con las mismas direcciones de reforma. De momento no parece que las transferencias hayan repercutido en grandes reformas organizativas o de gestión. Las

desigualdades de acceso y las diferencias de cobertura entre CCAA ya existían antes de 2002. En cuanto al alcance de las prestaciones cubiertas, existen diferencias bastante importantes.

El ritmo de reforma de la Atención Primaria ha impuesto diferencias significativas en la cobertura de programas de prevención, programas de salud materno-infantil o salud bucodental en niños, programas de cribado poblacional de cáncer de mama, etc. Un ejemplo representativo es al que aludíamos antes de la cobertura de salud bucodental infantil, que en el País Vasco y Navarra es total, y en otras comunidades es virtualmente inexistente.

Diferencias importantes aparecen también en las "listas de espera". Algunas comunidades han reglamentado un tiempo máximo, pasado el cual, el ciudadano puede acudir a cualquier clínica privada de España o del extranjero a intervenir, y que le reintegren los gastos. Quizás estas diferencias en la consideración y gestión de las listas de espera sean las que actualmente tienen una mayor trascendencia fáctica en España, agravado por la opacidad de las mismas lo que dificulta las comparaciones.

Están suficientemente documentadas las importantes desigualdades en el dispositivo asistencial, en las dotaciones de infraestructuras, y de recursos humanos y en la utilización de ciertos tipos de servicios. A título ilustrativo, pueden comentarse las diferencias en dotaciones de alta tecnología médica y en las tasas de indicaciones de trasplantes según la disponibilidad o no de la oferta de cada CCAA.

Por otra parte, los ciudadanos perciben mejoras tras las transferencias, pero con diferencias significativas entre CCAA. (En la Tabla 2 Se muestra los datos del barómetro sanitario 2008).

TABLA 2. Opinión de los ciudadanos sobre la asistencia sanitaria de las CCAA tras las transferencias sanitarias.

CCAA	Mejor	Igual	Peor	NS	NC	(N)
Andalucía	37,3	29,3	6,5	26,7	0,2	(1246)
Aragón	19,1	44,4	11,8	24,3	0,4	(211)
Asturias	10,3	55,9	7,0	26,9	0,0	(184)
Baleares	23,8	55,0	6,1	14,5	0,4	(126)
Canarias	22,6	41,1	13,6	22,7	0,0	(264)
Cantabria	28,5	33,3	8,7	29,5	0,0	(94)
Castilla-La Mancha	29,0	41,4	10,0	18,4	1,2	(307)
Castilla y León	21,0	37,8	15,4	24,7	1,2	(422)
Cataluña	40,8	41,2	4,2	13,5	0,4	(1155)
Comunidad Valenciana	26,4	46,1	7,5	19,7	0,3	(774)
Extremadura	24,3	43,1	8,6	23,9	0,0	(173)
Galicia	24,0	44,6	6,5	24,4	0,5	(464)
Madrid	18,6	28,3	27,4	20,7	4,9	(969)
Murcia	14,2	29,1	2,6	54,1	0,0	(212)
Navarra	65,9	11,1	1,4	20,7	1,0	(97)
País Vasco	57,1	19,9	0,5	21,9	0,5	(355)
La Rioja	23,2	43,4	3,5	29,8	0,0	(50)
Ceuta	24,9	27,3	13,9	28,9	4,9	(11)
Melilla	23,4	33,8	17,4	24,4	1,0	(10)
TOTAL	<i>30,0</i>	<i>36,7</i>	<i>9,8</i>	<i>22,4</i>	<i>1,0</i>	<i>(7125)</i>

Fuente: Barómetro sanitario 2008. MSC

Desarrollo legislativo

El desarrollo de la normativa sanitaria de las CCAA comenzó mucho antes de la finalización de las transferencias, porque la CE daba determinadas competencias en éste ámbito a las CCAA, a lo que hay que sumar las contempladas en sus correspondientes estatutos. Partiendo de la normativa estatal básica, fundamentalmente la CE, la LGS y la LCCSNS, junto a otras de desarrollo específico, como las referentes a derechos de los pacientes o al personal sanitario, las diversas CCAA han ido desarrollando, mediante sus correspondientes normas autonómicas, el marco legislativo sanitario del SNS.

En el siguiente capítulo analizamos el desarrollo normativo autonómico usando como base principal el período 2004-2007 y el informe anual del SNS 2007 (último disponible oficialmente en el momento de redactar éste documento).

Derechos y garantías de la ciudadanía

Los derechos y garantías de la ciudadanía en el conjunto del SNS fueron reconocidos por la LCCSNS y posteriormente se han ido desarrollando en cada una de las CCAA, las cuales han llevado a cabo un desarrollo propio a distintas velocidades y con diferente alcance.

La definición más amplia se realizó en Baleares donde se introdujeron derechos para los usuarios de los centros asistenciales con relación al nacimiento, a la intimidad y confidencialidad, a la información asistencial, autonomía del paciente, documentación clínica, derechos de pacientes pertenecientes a colectivos que merecen una protección especial, como enfermos mentales, y voluntades anticipadas. Las principales normas legales en materia de derechos y garantías de la ciudadanía del año 2007, por CCAA, se muestran en la Tabla 3.

TABLA 3. Normas legales fundamentales en materia de derechos y garantías de la ciudadanía, por comunidad autónoma y fecha, 2007

CCAA	Fecha	Denominación
Andalucía	29/03/07 14/05/07	Orden de 29 de marzo de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en aplicación de medidas del Plan Andaluz de Alzheimer previstas en el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas y se convocan las correspondientes para el año 2007. Orden de 14 de mayo de 2007, por la que se actualizan los procedimientos quirúrgicos recogidos en el Anexo I del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se establecen sus correspondientes cuantías.
Aragón	17/04/07 08/05/07	Decreto 57/2007, de 17 de abril, por el que se regula el procedimiento para la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Aragón. Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.
Asturias	04/05/07	Resolución de 4 de mayo de 2007, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se aprueba la instrucción que establece el procedimiento para la prestación de la asistencia farmacoterapéutica a pacientes externos en la red hospitalaria pública del Principado de Asturias.
Baleares	27/04/07	Decreto 58/2007, de 27 de abril, de desarrollo de la Ley de voluntades anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares.
Castilla y León	22/03/07 20/12/07	Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas de Castilla y León. Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema de Salud de Castilla y León.
Castilla-La Mancha	30/01/07 08/05/07	Decreto 6/07, de 30 de enero, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento. Decreto 55/07, de 8 de mayo, de modificación del Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas.
Cataluña	05/06/07	Decreto 125/2007, de 5 de junio, por el que se regula el ejercicio del derecho a obtener una segunda opinión.
Galicia	27/09/07 28/11/07 29/11/07	Decreto 205/2007, de 27 de septiembre, que regula el derecho a la segunda opinión médica en el sistema sanitario público gallego. Orden de 28 de noviembre de 2007, que regula el procedimiento para la incorporación de técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera de servicios del sistema sanitario público de Galicia. Orden de 29 de noviembre de 2007, que abre el plazo de presentación de solicitudes para el pago de las ayudas sociales previstas en el apartado 1.a) de la disposición adicional 11.ª de la Ley 14/2006, de 28 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2007, para personas con hemofilia o coagulopatías congénitas afectadas por el VHC.

Madrid	19/04/07	Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración.
Murcia	11/05/07	Decreto 71/2007, de 11 de mayo, por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en la red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia.
País Vasco	29/03/07 18/09/07	Orden de 29 de marzo de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se aprueban el catálogo general de material ortoprotésico y el baremo de las condiciones socioeconómicas que dan lugar al abono directo de la prestación ortoprotésica. Decreto 149/2007, de 18 de septiembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica.

Fuente: Informe anual del SNS, 2007. MSC

- **Prestaciones adicionales:**

El RD por el cual se establece la cartera de servicios básicos y comunes del SNS especifica la "cartera básica". También se refiere a los servicios "complementarios" sufragados por las CCAA. La ampliación del catálogo por parte de las CCAA no ha sido homogénea, con algunas que han añadido importantes mejoras, y otras muy pocas. Ya desde principios de los noventa, el País Vasco y Navarra se diferencian de forma positiva de las CCAA de régimen común, al cubrir la atención dental infantil con un programa específico. Navarra también ha realizado un gran esfuerzo en prestaciones complementarias de tocoginecología, planificación familiar, financiación de medicamentos excluidos del SNS y, prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar.

Entre las CCAA de régimen común, Andalucía ha sido pionera en la ampliación del catálogo de prestaciones básicas. Mediante el Decreto 159/1998, posibilita la financiación de la prestación de medicamentos excluidos en el RD 1663/1998, cuando hayan sido recetados por facultativos adscritos al sistema sanitario público de Andalucía, y mediante el mismo decreto regula la prestación ortoprotésica que establece la exención de aportación por parte del usuario cuando se cumplen ciertos requisitos. Otras son la regulación de la prestación de asistencia dental a los niños de 6 a 15 años, la atención con anestesia epidural y la dispensación gratuita de la "píldora del día después" en los servicios de urgencias y centros de atención primaria. Pero quizás la prestación añadida menos común al resto de las otras comunidades ha sido la aprobación de la inclusión de las operaciones de cambio de sexo.

En general, a nivel de todas las CCAA, hasta el año 2006 se produce una intensa actividad de inclusión de nuevas prestaciones y actualización de las ya existentes, para a partir de éste año producirse una mayor tendencia a la contención e inclusión selectiva de prestaciones dirigidas a atender problemas concretos.

En ésta línea Cataluña incorpora, entre otras, prestaciones como tratamiento de la degeneración macular senil, programa de atención médica a

los trastornos de identidad de género (también Andalucía), asistencia podológica a diabéticos o cobertura de determinados programas de salud mental. Algunas comunidades complementan prestaciones de su cartera de servicios con ayudas a gastos derivados de ciertas enfermedades. Son ejemplos las ayudas para familiares de enfermos de Alzheimer (Andalucía, 2004), para gastos de desplazamiento para atención sanitaria (Cantabria, 2007), o para personas con hemofilia o coagulopatías afectadas por el VHC tras procesos de tratamiento en los servicios de salud (País Vasco y Galicia).

- **Derecho a la atención en un tiempo determinado (“listas de espera”):**

Las listas de espera sanitaria son un elemento común a la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados y su existencia no es por sí mismo un indicador de ineficiencia. Tiempos de demora aceptables en ciertos servicios sanitarios pueden ser la consecuencia lógica de los ajustes del mercado e incluso pueden ser convenientes y necesarios para una gestión óptima de recursos escasos.

Pero pocos argumentos pueden justificar la situación a la que se ha llegado en nuestro país. Según el informe sobre listas de espera elaborado por el Defensor del Pueblo en 2003 alrededor de 160.000 personas se encontraban ese año pendientes de una intervención quirúrgica en los centros sanitarios públicos, y un total de 421.716 pacientes estaban incluidos en lista de espera quirúrgica para someterse a una intervención programada en el SNS.

Al problema se añade el histórico desconocimiento de la situación real sobre las listas de espera sanitaria. Errores en su gestión, carencias de los sistemas de información, falta de homogeneidad y regulación, y otras tantas deficiencias han dado lugar a una situación socialmente inaceptable. En nuestro país no ha sido hasta el año 2003, con la LCCSNS, que se ha abordado, desde una perspectiva global y con mecanismos explícitos, este importante problema socio-sanitario estableciéndose las garantías de espera. Casi al mismo tiempo se aprueba el RD 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen las medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS.

Si analizamos las principales aportaciones de las CCAA a los tiempos de garantía, podemos concluir que las diferencias, al menos legislativas, no son sustanciales. Para el paciente, el proceso administrativo de obtención de garantías es bastante complejo en la mayoría de las CCAA. En todas ellas se garantiza la atención en el sector privado si se sobrepasan los plazos de garantía.

Existe también bastante homogeneidad en los procedimientos garantizados y en la cobertura de enfermos y acompañantes. El plan más novedoso es el de Castilla-La Mancha, donde se ha hecho un gran esfuerzo por perfeccionar la coordinación entre la atención primaria y la especializada, mejorando la capacidad terapéutica de la primera y estableciendo una red de información centralizada. Estas medidas han ido acompañadas de un plan integral de

inversiones para evitar que su cumplimiento se convierta en una desviación de actividad al sector privado.

Pero la realidad, disposiciones legislativas al margen, es que las listas de espera siguen siendo una de las principales asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario, con discrepancias importantes entre CCAA en referencia a aspectos claves como los "criterios de priorización", los "tipos de listas de espera", las llamadas "agendas cerradas" (pacientes con indicación que no tienen cita asignada para ser atendidos y que no figuran en la lista de espera correspondiente), "periodo de espera técnica" y algunos otros factores que siguen contribuyendo a que la información disponible aún no sea homogénea y fiable.

- **Derecho a la autonomía del paciente:**

La autonomía del paciente constituye el núcleo fundamental de los modernos derechos de los usuarios. La Ley 21/2000 de Cataluña, da el primer paso importante en la regulación del derecho a la información de los pacientes, reconociéndoles el derecho a acceder a todos los documentos que figuran en el historial clínico. Esta Ley en su artículo 8, ya regulaba otro de los derechos abanderados por las legislaciones más avanzadas, el de las instrucciones previas, conocido como "testamento vital".

Referente al derecho a la intimidad de los pacientes las diferentes CCAA han ido desarrollando progresivamente el marco normativo (Andalucía y Castilla-La Mancha, 2005 y Cantabria, La Rioja y Catalunya, 2006). También se han regulado diversos aspectos relativos al consentimiento informado.

- **Derecho a la libre elección de médico:**

Reconocido en el Artículo 5.1 d) de la LOPS, Andalucía fue la primera. Navarra, en 1994 regula la libre elección de médico general y pediatra, y en 1998 la de médico especialista. En 1990 el País Vasco reconoció la elección (con restricciones) de hospital y servicio especializado; y en 1998 reguló la libre elección del paciente en AP. Hasta 2003 Catalunya no regula la libre elección de médico general y pediatra en todo su territorio.

Los servicios autonómicos que aún no lo habían dispuesto antes, lo terminaron de desarrollar en 2006, y a partir de 2007 se aprecia una tendencia hacia el reconocimiento expreso del derecho a la elección ya no sólo en el ámbito de la AP sino también en el de la especializada.

- **Derecho a la segunda opinión médica**

Los decretos de su desarrollo se han ido prolongando desde que Navarra y Andalucía aprobaran los primeros reglamentos al respecto, hasta su generalización en casi todas las CCAA.

- **Titulares del derecho**

La mayoría de leyes señalan como titulares a los residentes, ciudadanos españoles y de otros países de acuerdo con las leyes y tratados vigentes. Algunas remarcan el derecho de todas las personas a la "atención urgente"

(Baleares) en "urgencias y emergencias" (Aragón y Extremadura) y, la más amplia, a las "situaciones de urgencias y emergencias, con especial incidencia en menores, mujeres gestantes y personas que padezcan enfermedades crónicas" (Castilla-La Mancha).

Ninguna resuelve un problema tan grave e importante como es la atención a los inmigrantes sin regularizar y, además, se evidencian diferencias notables en la cobertura sanitaria de la población inmigrante (algunas no exigen el empadronamiento como condición de acceso).

Organización sanitaria

- **Organización de cada comunidad autónoma para la política en materia de salud**

Los servicios de salud dependen de las correspondientes consejerías y su estructura suele modificarse tras las elecciones autonómicas para adaptarse a los planteamientos en política sanitaria de cada nuevo gobierno.

Se han sucedido las reestructuraciones de la organización territorial de los servicios autonómicos de salud mediante la modificación de los mapas sanitarios (Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha y Cataluña) o mediante medidas específicas dirigidas a la organización de la AP (Aragón, Galicia y Andalucía), especializada (Aragón) o salud mental (Extremadura, Navarra y País Vasco). Por lo demás destaca la apertura en Andalucía de los denominados "centros hospitalarios de alta resolución".

Dentro de la evolución de la organización del sistema sanitario, entre las novedades puede identificarse el desarrollo de una "segunda descentralización" en el ámbito de la Administración local, y así en Cataluña (2006) se desarrollan los gobiernos territoriales de salud con el objetivo de lograr un mayor grado de colaboración entre la Administración de la Generalitat de Catalunya y las Administraciones locales.

- **Ordenación farmacéutica:**

Ha experimentado diversas modificaciones consecuencia de la aprobación de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos. Así, se han aprobado nuevas leyes de farmacia autonómicas (como es el caso de Canarias y Castilla-La Mancha en 2005, Extremadura en 2006 y Andalucía, Asturias y La Rioja en 2007) y se han aprobado normas específicas sobre medicamentos veterinarios (Comunidad Valenciana en 2007).

- **Formas de gestión:**

Un punto crucial es la relación entre el sistema sanitario público y el sector privado. La LGS señala al privado como "complementario", pero es obvio que desde entonces las cosas han cambiado y en la actualidad en muchas CCAA se propugna la utilización de recursos privados en concurrencia con los públicos y financiados por presupuestos públicos.

Cataluña fue la pionera en estos planteamientos introduciendo dos criterios básicos: la separación de la financiación y provisión y la creación de la XHUP

(red de hospitales de utilización pública), en la que los centros privados, tras una acreditación, pueden ser utilizados y financiados por la red pública en igualdad de condiciones.

El Decreto Ley de habilitación de nuevas formas de gestión del SNS (1997), permite la utilización de "cualquier forma jurídica admitida en derecho" para los centros sanitarios públicos, legalizando la formación y proliferación de fundaciones, empresas públicas, etc. Sólo Castilla-La Mancha y Extremadura apuestan de manera inequívoca por reforzar la provisión pública dentro del sistema sanitario.

Se crean las denominadas "agencias sanitarias" (Madrid), entidades que, en teoría, pretendían ser un mecanismo para distribuir los pacientes entre los distintos recursos, públicos y privados, y que en la realidad se han utilizado para la derivación sistemática de pacientes hacia el sector privado.

Es posible apreciar tendencias tan diversas como la de Galicia (durante el gobierno de coalición entre socialistas y nacionalistas) donde se planteó la extinción de las fundaciones públicas sanitarias de gestión de los hospitales y su integración en el SNS (está por ver como el "regreso" del PP al gobierno puede modificar ésta tendencia) o la de la Comunidad de Madrid en donde, bajo el mandato de Esperanza Aguirre, conviven a día de hoy, 1 fundación sanitaria, 1 empresa pública, 1 hospital modelo iniciativa de financiación privada (PFI) con gestión tradicional en la parte pública, 6 hospitales PFI con empresas públicas diferenciadas para cada uno de ellos, 1 empresa pública de radiología, 1 concesión administrativa y 1 empresa privada que gestiona un área sanitaria.

En cualquier caso, el uso intensivo de fórmulas de gestión indirecta cada vez en más ámbitos de la gestión sanitaria mediante convenios, conciertos y contratos, ha provocado la necesidad de racionalizar toda esta actividad. Aragón aprobó una normativa específica reguladora y en Cataluña se ha aprobado la creación de un registro de convenios y contratos.

- **Tecnologías de la información:**

Incluye normativa referente a la introducción de la tarjeta sanitaria individual a partir del Real Decreto 1.084/2004 (Cataluña en 2001 y Canarias en 2007), la receta médica electrónica (Andalucía y Cataluña en 2007) y otros procedimientos realizados por vía electrónica (procedimiento de facturación en Andalucía).

- **Ordenación de recursos humanos**

La aprobación de normativa estatal básica (principalmente la LOPS y el Estatuto Marco) es el punto a partir del cual las CCAA van a desarrollar su actividad de ordenación del personal sanitario.

Tras las numerosas medidas de carácter general adoptadas a partir de 2003 y hasta principios de 2007 en cuanto a desarrollo del estatuto del personal sanitario a nivel autonómico, se puede apreciar una paulatina transición a cuestiones más concretas, como la integración y reestructuración del

personal sanitario (Baleares en 2006, Asturias, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y Murcia en 2007), la configuración de su carrera profesional (Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana en 2007, aunque por ejemplo Cataluña ya la había iniciado en 2002) o diversas medidas tendentes a la formación o incentivación del personal sanitario (retribución variable asociada al logro de objetivos), entre otras.

Prevención, control y seguimiento de enfermedades y promoción de la salud

Se han desarrollado diversas medidas, de carácter esencialmente organizativo, para la prevención, control y seguimiento de enfermedades. Estas respuestas a determinadas enfermedades o problemas de salud se derivan, en la mayoría de los casos, de actuaciones dispuestas a nivel nacional que posteriormente desarrollan las CCAA, si bien éstas también adoptan medidas propias en las cuales se ponen de manifiesto sus problemáticas particulares y las prioridades en sus respectivas políticas sanitarias.

También se desarrollan instrumentos específicos en la vigilancia epidemiológica (en 2007 se lleva a cabo la revisión de la Red de Vigilancia de Castilla y León y se actualiza el sistema de enfermedades de declaración obligatoria). Otros ámbitos que han sido objeto de intervención por parte de las CCAA son oncología (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Extremadura), salud mental (Aragón, Baleares, Cataluña y País Vasco), drogodependencia (Asturias, Madrid, Aragón, Extremadura, Galicia, Baleares, Murcia y País Vasco), VIH/SIDA (País Vasco, Galicia y Madrid), asma (Madrid), trastornos del desarrollo (Andalucía) y cuidados paliativos (Madrid y Navarra).

En cuanto a la prevención de enfermedades destacan las medidas adoptadas respecto al tabaquismo. Cantabria crea en diciembre de 2005 la Unidad de Deshabituación Tabáquica y Asturias (2005) y Andalucía (2007) regulan normativamente su venta, consumo y publicidad.

Con relación a problemas de nutrición y trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, Madrid ha creado en 2007 el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios y en Navarra se ha constituido un grupo de trabajo. Las medidas adoptadas a nivel autonómico también se han centrado en la promoción de la salud con el desarrollo por parte de las comunidades autónomas (en particular, Catalunya en 2006 y Aragón y Asturias en 2007) de una creciente actividad para la subvención de proyectos dirigidos a la promoción de la salud en general, hábitos de vida saludables, actividad física, alimentación equilibrada, y educación sanitaria.

Ordenación de actividades sanitarias y con incidencia en la salud

El incremento en el desarrollo de medidas adoptadas por las CCAA sobre actividades privadas relacionadas con la salud pública pone de manifiesto la

mayor responsabilización de éstas en materia de salud y la creciente relevancia de los sujetos privados en este ámbito.

Las CCAA han aprobado sus propias normas relativas a la autorización de centros y servicios sanitarios (Asturias 2006 y Aragón en 2007), centros de cirugía (Castilla-La Mancha en 2007), laboratorios de análisis clínicos (Extremadura, Castilla-León en 2007) y acreditación de centros de atención hospitalaria aguda (Cataluña en 2006).

Se intensifica la intervención en establecimientos que, aunque no gozan de carácter sanitario en sentido estricto, desarrollan actividades directamente vinculadas, como los centros de audioprótesis (País Vasco y Extremadura), establecimientos de óptica (Asturias). Incluso, se regula la actividad privada informal de carácter sanitario, como es el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no sanitario (País Vasco, Aragón, Comunidad Valenciana y Madrid en 2007 y Castilla y León con anterioridad a este período).

Este tipo de medidas de salud pública se han extendido a otras actividades privadas que pueden afectar la salud, como es el caso de los centros de bronceado (Aragón y Madrid en 2007) o tatuaje y otras técnicas de arte corporal (Cataluña en 2005 y Cantabria en 2007), centros de hidrología (Castilla-La Mancha en 2007), terapias naturales (Cataluña en 2007), instalaciones con riesgo de transmisión de legionelosis (Andalucía) y establecimientos y servicios biocidas (Andalucía y La Rioja en 2007).

Finalmente y en relación a todo lo expuesto, destacar el Informe del Defensor del Pueblo de 2008 que señala problemas de inequidad territorial relativos al acceso a la píldora del día después, anestesia epidural en el parto, ausencia de atención pediátrica, de psiquiatría infantil, nuevas terapias y medicamentos, calendario de vacunaciones, salud mental, enfermedades raras, diagnóstico genético preimplantatorio y consejo genético, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, atención bucodental, cirugía de reasignación de sexo, atención podológica a pacientes diabéticos, terapias contra el tabaco y ayudas económicas a personas celiacas.

No obstante no es menos cierto que las iniciativas e innovaciones, organizativas y de gestión, de las CCAA pioneras se "transmiten" (en realidad se copian) por otras. Es por ello que la tendencia a la homogeneidad entre CCAA en sanidad es mucho mayor de lo que a primera vista se podría valorar.

Un comentario final sobre el desarrollo normativo autonómico tiene que ver con la disparidad que hay entre las redacciones de las distintas leyes y su aplicación práctica, de manera que los gobiernos autonómicos pueden cambiar totalmente de orientación política y sanitaria y seguir utilizando la ley que aprobaron sus antecesores por el mecanismo de no desarrollar los aspectos que no ven positivos, y/o hacerlo de manera que éstos queden vacíos de contenido.

Ideas básicas

1.- Unificar los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas en relación con las prestaciones sanitarias es una dimensión básica cuando se discute de cohesión y coordinación del sistema. La heterogeneidad es admisible sólo a partir de cierta cota, por debajo de la cual debe imperar la uniformidad para que la ciudadanía sanitaria sea única y homogénea, e incluso las prestaciones financiadas con cargo a fondos propios de las CCAA deben tener la consideración de prestaciones del SNS. Es imprescindible el garantizar un conjunto de prestaciones homogéneas para todos los ciudadanos con independencia del lugar de residencia, así como la movilidad de los ciudadanos con su cobertura en todo el territorio. Esta posición es una clara garantía para los ciudadanos del SNS, luego las distintas Administraciones Públicas deberán articular los mecanismos adecuados de compensación y flujos financieros.

2.- La información sanitaria debe de estar disponible para todos los ciudadanos y es un elemento clave en la transparencia y responsabilidad de las administraciones públicas. La falta de un sistema de información integrado del SNS español es, probablemente, el principal obstáculo para avanzar hacia mejoras de salud, reducción de desigualdades y de ineficiencias. La descentralización sanitaria ha supuesto una gran pérdida de información para el sistema. No parece que pueda tolerarse, ni que existan motivos que lo justifiquen, que la información sobre una actividad que sufragamos todos los ciudadanos con nuestros impuestos permanezca secuestrada para la opinión pública. No hay cohesión posible sin información comparable sobre salud, recursos, acceso, utilización y costes.

3.- Una de las desigualdades que la sociedad percibe como más grave son los tiempos de acceso en términos de lista de espera. Este problema ha alcanzado en nuestro país niveles socialmente inaceptables, con diferencias importantes entre CCAA siendo, en la actualidad, una de las principales asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario.

4.- La valoración global de la descentralización sanitaria ha de ser positiva pese a las inequidades existentes, muchas de ellas ya presentes antes de la finalización del proceso de las transferencias sanitarias, que, obviamente, se deben corregir para garantizar la equidad y credibilidad del sistema. El acercamiento de los temas y de las decisiones sanitarias a las administraciones autonómicas, ha hecho que la sanidad haya pasado a ser uno de los asuntos prioritarios en las agendas políticas de las distintas autonomías, produciéndose mejoras importantes en las infraestructuras y en las organizaciones sanitarias, especialmente en aquellas CCAA que, históricamente, tenían más retraso al respecto, lo que ha disminuido el componente intrarregional de la desigualdad sanitaria.

Recomendaciones

1.- Urge articular un sistema de información integrado del SNS que lo dote de los sistemas de información y los órganos técnicos adecuados para permitir un proceso de toma de decisiones basado en el conocimiento y las

mejores prácticas, superando las habituales e inefectivas prácticas de "marketing", en un sistema que por su descentralización permite el desempeño de prácticas diferentes. Es preciso definir estándares, plazos y contenidos del sistema de información y habría que exigir que todas las CCAA de manera periódica facilitasen los indicadores, que por cierto ya se aprobaron para todo el conjunto del SNS. También habría que poner en funcionamiento un "Observatorio sobre Desigualdades sociales y salud" y otro sobre "nuevos modelos de gestión". Mención aparte merecen los sistemas de información sobre listas de espera. Es imprescindible terminar con el ocultismo actual que existe acerca de la situación real de éste importante problema social y sanitario, y para ello habría de exigir a las CCAA que sus sistemas de información se dotaran de la suficiente transparencia.

2.- La mejor terapia para prevenir desigualdades relacionadas con el acceso y uso de las nuevas tecnologías es la protocolización de la atención sanitaria (guías clínicas de carácter nacional). Para ello sería útil la creación de una Agencia Nacional de Calidad Clínica y Evaluación de Tecnologías (al estilo del NICE inglés).

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez-Bayle M, Palomo L., "Informe sobre la situación de salud y de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas" Rev Adm Sanit. 2007; 5(1):147-73.
- Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007 (Disponible en www.msc.es)
- Repullo J.R., "La construcción de un sistema universal de salud en la perspectiva del federalismo en salud". Salud Pública Méx, 2007; 49:341-44.
- González López-Valcárcel B, y Barber P, "Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España". Fundación Alternativas (2006) Madrid.
- Beltrán Aguirre J.L, "La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: Fundamentos del Sistema Nacional de Salud". Der. y Sal. ; Vol. 10, Nº 2 (2002) pág 125-56.
- Álvarez González E.M, "El Sistema Nacional de Salud como sistema: realidad y carencias" Der. y Salud, 2007;15:1-28.
- González López-Valcárcel B., "Descentralización y reformas sanitarias en España" (2004). Guión de la presentación en el Seminario del Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.2004. (Disponible en: www.ief.es/investigacion/Recursos/Seminarios/EconomiaPublica/2004_07octubre.pdf)
- Sánchez Bayle M., "Comparecencia del portavoz de la FADSP en la subcomisión para el Pacto de Estado en Sanidad: La cohesión en el Sistema Nacional de Salud". (Disponible en www.ribas-salud.org).
- Julios Reyes M.M, Sariego García R, Antón Beltrán C.," Desequilibrios territoriales derivados del proceso de transferencias en el sistema sanitario: reflexiones". En "La sanidad pública en España: Reflexiones". Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2006.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/11/2002).
- Sevilla F, "La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social" Documento de trabajo 86/2006. Fundación Alternativas. Madrid. 2006.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Informe 2006. (Disponible en www.sespas.es)
- Lopez-Casanovas G, Costa-Font J, Planas I, (2005), "Diversity and regional inequalities: assessing the outcomes of the Spanish 'system of health care services'", Health Economics 14: S221-S235.

- Barómetro sanitario 2008. MSC. (Disponible en www.msc.es).
- Sevilla Pérez F., "Situación y perspectivas de la coordinación del sistema nacional de salud" Rev. Adm. Sanit. 2006; 4(1): 95-100.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su utilización (BOE 16/09/2006).
- Fundación Alternativas "Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos". Seminarios y jornadas 54/2008. Madrid. 2008.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. (BOE 23/05/2003).

- Informe anual 2008. El defensor del Pueblo. (Disponible en www.defensordelpueblo.es)

- Informe sobre listas de espera en el SNS (2002). El Defensor del Pueblo. (Disponible en www.defensordelpueblo.es).

- Abásolo Alessón I, Pinilla Domínguez J, Negrín Hernández M.A., "Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autónomas en España: un análisis multinivel" Hac. Públ. Esp. /Rev. Econ. Públ. 2008; 187 (4):87-108.
- Asociación de Economía de la Salud. "Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad". Barcelona. 2008. (Disponible en www.saludinnova.com/communities/economia/docs/download/Sintesis%20AES%20Pacto%20por%20la%20Sanidad.pdf).
- Jiménez Palacios A., "La cohesión del Sistema Nacional de Salud: situación actual y expectativas" Rev. Adm. Sanit. 2007; 5(3):439-49.

- López-Casanovas G, Rico A., "La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?" Gac Sanit 2003; 17(4):319-26.

- Repullo J.R, Freire J.M., "Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización" Informe SESPAS 2008 Gac Sanit. 2008; 22(supl 1):118-25.

- Salcedo Mata J.A., "Reorientación de la Actividad Sanitaria". En, "Los profesionales de salud en España". Madrid. Fundación Sindical de Estudios. Ediciones GPS. 2008.