

# El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos

Manuel Martín-García<sup>a</sup>, Marciano Sánchez-Bayle<sup>b</sup> y Luis Palomo<sup>c</sup>

**Objetivos.** Realizar una evaluación de la situación actual de la atención primaria de salud (APS) analizando las diferencias surgidas en ésta en los diferentes servicios de salud autonómicos.

**Diseño.** Estudio ecológico, transversal.

**Emplazamiento.** España.

**Participantes.** Las 17 comunidades autónomas (CCAA) españolas.

**Mediciones.** Indicadores de oferta de servicios, capacidad resolutoria diagnóstica y terapéutica, acceso a pruebas diagnósticas del segundo nivel asistencial, accesibilidad y relación médico-paciente, eficacia y eficiencia, gasto público en atención primaria y calidad percibida por los usuarios.

**Resultados.** En todos los indicadores, las CCAA progresistas han obtenido una mejor puntuación que las conservadoras. Las principales diferencias se observan en el porcentaje de cupos de médicos afectados por la masificación (más de 1.500 habitantes por médico de familia, con un 27,4% de diferencia); en la limitación en el acceso a pruebas diagnósticas desde los servicios de APS (25,3%); en la oferta de servicios de APS (17,1%); en el personal de enfermería por habitante (10,9%); en el incremento del gasto farmacéutico (10,9%); en el gasto per cápita en APS (10,3%), y en el porcentaje de personas que consideran que la APS ha mejorado. Mediante la ponderación por cuartiles, las diferencias de puntuación obtenidas por las CCAA oscilan entre un máximo de 46 (Aragón) y un mínimo de 26 (Canarias), con una media de las CCAA de 39,94.

**Conclusiones.** Seis años después de realizarse las transferencias sanitarias, se constatan diferencias notables en el desarrollo de la APS, con mayores deficiencias en las CCAA conservadoras.

**Palabras clave:** Atención primaria. Comunidades autónomas. Desigualdades.

## THE DEVELOPEMENT OF PRIMARY CARE RELATED TO REGIONAL GOVERNMENTAL POLICIES

**Objectives.** To developed an evaluation of primary care (PC) from the analysis of the new differences in PC among the autonomous communities nowadays.

**Design.** Cross ecological study.

**Setting.** Spain.

**Participants.** The 17 autonomous communities.

**Measurements.** Indicators of service supplies, diagnostic and therapeutic resolution abilities, access to hospital diagnostic, relationship and access doctor-patient, effectiveness and efficiency, public budget in PC and patient noticed quality.

**Results.** In all the indicators, leftist regional Governments have obtained a better punctuation than conservative ones. The main differences are in relation to the percentage of overcrowded doctor quotas (more than 1500 inhabitants per family doctor, with a 27.4% of difference); in limited access to diagnostic proves from PC services (25.3%); in PC services supplies (17.1%) in infirmary staff per habitant (10.9%), in pharmacological waste increase (10.9%); in the PC expending per capita (10.3%) and in the percentage of people who think that PC has improved. By means of quarter weighting, the differences of punctuation obtained by the regions are from a maximum of 46 (Aragón) to a minimum of 26 (Canary Islands), with an average of 39.94%.

**Conclusions.** Six years after finishing the health transferences, there are important differences in the development of the PC, and the conservative autonomous communities have the deepest deficient one.

**Key words:** Primary care. Regional governments. Inequality.

English version available at  
[www.elsevier.es/257.595](http://www.elsevier.es/257.595)

A este artículo sigue  
un comentario editorial  
(pág. 282)

<sup>a</sup>Medicina de Familia. Centro de Salud de Seixo-Marín. Pontevedra. España. Secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). España.

<sup>b</sup>Pediatría. Hospital del Niño Jesús. Madrid. España. Secretario de Organización de la FADSP. Madrid. España.

<sup>c</sup>Unidad de Docencia e Investigación. Área de Salud de Cáceres. Director de «Salud 2000». Cáceres. España.

Correspondencia: Dr. Luis Palomo. Unidad de Docencia e Investigación. Gerencia del Área de Salud. C/ San Pedro de Alcántara, 3. 10001 Cáceres. España. Correo electrónico: [luispalomo@wanadoo.es](mailto:luispalomo@wanadoo.es)

Manuscrito recibido el 25-6-2007. Manuscrito aceptado para su publicación el 12-12-2007.

## Introducción

El Sistema Nacional de Salud en España está diseñado a partir de la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, que lo definió como un modelo descentralizado basado en la atención primaria de salud (APS). Sobre esta base, el Estado transfirió a las comunidades autónomas (CCAA) la responsabilidad de la ordenación, la gestión y la prestación de los servicios. El desarrollo de la APS ha sido lento, irregular y con una importante insuficiencia de recursos, consecuencia de la escasez presupuestaria (en torno al 14% de presupuesto sanitario total), de la masificación de los cupos asignados a cada médico, de las limitaciones en el acceso a los recursos diagnósticos o terapéuticos, de la falta de comunicación con el nivel especializado y de apoyos externos o del retraso en la carrera profesional como incentivo básico o del exceso de trabajo burocrático, de forma que aún estamos lejos de haber alcanzado el objetivos de transformar a la APS en la base que sostiene todo el sistema<sup>1,2</sup>.

Esta situación, además de impedir el normal desarrollo de sus importantes funciones, ha causado problemas en el funcionamiento del resto del sistema asistencial. El segundo nivel ha debido asumir pacientes y enfermedades que podrían ser resueltas en APS, lo que genera problemas de acceso a la asistencia, incrementa las listas de espera, congestiona los servicios de urgencias hospitalarios y deteriora la calidad asistencial y la comodidad de los pacientes.

Aunque se han producido importantes avances y mejoras en la APS, como el trabajo en equipo, el desarrollo de planes y programas de salud, la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, la incorporación de la investigación y la docencia o los planes de calidad en torno al cumplimiento de las carteras de servicios o a las actividades vinculadas al trabajo con la comunidad, este desarrollo no ha sido igual de intenso ni homogéneo en las diferentes CCAA.

El ritmo de asunción de competencias sanitarias ha sido distinto de unas CCAA a otras, con más de 10 años de diferencia entre las primeras (Cataluña y el País Vasco) y las últimas. También ha sido diverso el ritmo de apertura de centros de salud, aunque la estructura de atención por centros de salud y la oferta de una cartera de servicios son las situaciones mayoritarias en todas las CCAA. Desde la finalización de las transferencias en 2001, las CCAA disponen de plena capacidad normativa para planificar, organizar y gestionar sus recursos asistenciales. Las características sociodemográficas, los recursos de partida, la capacidad de financiación o la ideología (liberal, socialdemócrata, etc.) de los diferentes gobiernos autonómicos han determinando un incremento de las diferencias en los distintos servicios de salud de cada CCAA, especialmente en APS<sup>3,4</sup>. Teniendo en cuenta que el nuevo modelo de APS se ha

universalizado, que cubre a casi toda la población española, y que han pasado 6 años desde la culminación del traspaso de competencias sanitarias a todas las CCAA y desde la aprobación del nuevo modelo de financiación, el objetivo de este estudio es realizar una evaluación de la situación actual de la APS, a partir del análisis de las diferencias surgidas en la APS en los diferentes servicios de salud autonómicos.

## Métodos

Se realiza un estudio ecológico transversal, en el que la unidad de análisis es la CCAA. Se analizan las diferencias en algunos de los principales indicadores que caracterizan a los servicios de APS de las diferentes CCAA, atendiendo a la ideología conservadora o progresista de las fuerzas políticas que las gobiernan, con la finalidad de evaluar la influencia de dicha ideología en el desarrollo de la APS. Se han considerado como gobiernos progresistas aquellos en los que como mínimo una de las fuerzas políticas que gobierna ha sido considerada de izquierdas en el año 2005. De acuerdo a este criterio, se han considerado como CCAA progresistas las de Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y el País Vasco. Se han considerado gobiernos conservadores aquellos en los que no forma parte del gobierno ninguna fuerza de izquierdas. Atendiendo a este criterio se han considerado como CCAA conservadoras Baleares, Canarias, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja.

Los indicadores seleccionados han sido los siguientes:

1. Oferta de servicios de este nivel asistencial y recogida en documentos que desarrollan los elementos que las componen (cartera de servicios).
2. Capacidad resolutoria, relacionada directamente con la posibilidad de utilización de pruebas y procedimientos diagnósticos (tests reactivos, ECG, ecografía-Doppler, monitorización-AMPA, espirometrías); con la oferta de procedimientos terapéuticos (administración de fármacos, aspiraciones, cirugía menor, crioterapia, fisioterapia, educación para la salud, resucitación cardiopulmonar, salud bucodental); con el acceso a pruebas diagnósticas del segundo nivel (radiografías simples y con contraste, TC, ecografías, RM, pruebas de laboratorio, anatomía patológica, audiometría, colonoscopia o pruebas de esfuerzo).
3. Accesibilidad y posibilidad de una buena relación médico-paciente (tiempo disponible por consulta), relacionado con el número de personas por médico de familia, pediatra o personal de enfermería.
4. Eficacia y eficiencia, valoradas a partir de las tasas de vacunaciones de adultos, del gasto farmacéutico y del crecimiento de éste.
5. Compromiso de la administración con la APS en gasto destinado esta última.
6. Calidad percibida por los pacientes y los usuarios, a través del porcentaje de personas que eligen la sanidad pública para acudir al médico de familia y al pediatra, que creen que la atención ha sido buena, o que consideran que la atención ha mejorado en los últimos años.

## VARIABLES ANALIZADAS

Las variables construidas para describir los indicadores referidos han sido las siguientes:

1. Oferta de servicios (porcentaje de centros que ofertan cartera de servicios).
2. Oferta de procedimientos diagnósticos (porcentaje de centros con acceso a todos ellos).
3. Oferta de procedimientos terapéuticos (porcentaje de centros que los ofertan).
4. Acceso a pruebas diagnósticas del segundo nivel (porcentaje de centros que tienen acceso a las pruebas enumeradas entre los indicadores).
5. Habitantes mayores de 14 años por médico general.
6. Habitantes menores de 14 años por pediatra.
7. Habitantes por profesional de enfermería.
8. Porcentajes de médicos con más de 1.500 personas asignadas.
9. Gasto en APS por persona protegida (euros por habitante y año).
10. Porcentaje de personas que prefiere acudir a la sanidad pública para ser atendidas por el médico general o el pediatra.
11. Porcentaje de personas que considera que la atención recibida en APS ha sido buena o muy buena.
12. Porcentaje de personas que cree que la atención primaria ha mejorado en los últimos años.
13. Porcentaje de adultos mayores de 65 años vacunados contra la gripe.
14. Gasto farmacéutico per cápita en 2006 (€/habitante).
15. Incremento del gasto farmacéutico en el año 2006 respecto al año 2005 (%).

#### Fuentes de información

Los datos se han extraído del Barómetro Sanitario 2006 publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud 2005<sup>5</sup>.

#### Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo de los indicadores analizados. La variabilidad entre variables se analiza mediante pruebas de correlación. Mediante la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney se comparan los valores medios de las variables, según la ideología conservadora o progresista. También se expresan las diferencias porcentuales entre ellas. Con carácter informativo se clasifican las CCAA puntuando los resultados de cada variable por cuartiles; así, se puntúan de 1 a 4, según estuvieran situadas en los cuartiles 1 a 4, las variables 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12 y 13, y se otorga una puntuación de 1 a 4, según estuvieran situadas en los cuartiles 4 a 1, las variables 5, 6, 7, 8, 14 y 15.

## Resultados

Los datos comparados en este estudio se exponen en la tabla 1. En lo que a centros que ofertan cartera de servicios se refiere, las diferencias oscilan entre el 97 y el 37,2% de los centros (media, 70,58%). El acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los centros de salud en cuanto a pruebas diagnósticas oscila entre el 44,4 y el 97,7% (media, 67,17%); en procedimientos terapéuticos las diferencias oscilan entre el 65,9 y el 100% (media, 80,64%), y en referencia al acceso a pruebas diagnósticas del segundo nivel la diferencia se encuentra comprendida entre el 50,9 y el 98% (media, 86,51%).

Respecto a la dimensión de los cupos asignados a cada profesional de APS, el número de personas mayores de 14 años

por médico general oscila entre 921 y 1.820 (media, 1.461,41 personas); los niños menores de 14 años por pediatra oscilan entre 808 y 1.300 niños (media, 1.054,17 niños), y el total de personas de todas las edades por profesional de enfermería oscila entre 1.237 y 2.050 personas (media, 1.666 personas).

El gasto por habitante dedicado a la APS varía de 102 a 190 € por habitante y año (media, 138,23 €).

La calidad percibida (opinión de los ciudadanos sobre el funcionamiento de la APS) se refleja en el porcentaje de personas que prefiere la sanidad pública para la consulta del médico general o del pediatra, que varía entre el 41,9 y el 76,4% (media, 58,62%), en el porcentaje de personas que opina que la atención recibida en la consulta de medicina general fue buena o muy buena, comprendido entre el 77,1 y el 91,4% (media, 85,36%) y en el porcentaje de personas que cree que la APS mejoró en los últimos años, comprendido entre el 38,7 y el 56,9% (media, 47,45%).

La eficacia y la eficiencia de los centros de salud se expresan en este estudio en el porcentaje de adultos mayores de 65 años a quienes se les ha administrado la vacunación antigripal, que oscila entre el 53 y el 74,9% (media, 63,95%); en el gasto farmacéutico per cápita en 2006, comprendido entre 184,7 y 282,4 €/habitante/año (media, 244,99 €), y en el crecimiento del gasto farmacéutico en 2006 frente a 2005, comprendido entre el 4,58 y el 7,74% (media, 6,09%). Se ha encontrado una correlación negativa entre quienes prefieren acudir al médico general en el sector público con el porcentaje de médicos con más de 1.500 personas asignadas:  $r = -0,557$  ( $p = 0,025$ ), y una correlación positiva entre la puntuación de satisfacción de los usuarios con la sanidad pública con el porcentaje de personas que estima que la atención recibida por el médico general o el pediatra fue buena o muy buena:  $r = 0,622$  ( $p = 0,008$ ).

En todos los indicadores, las CCAA progresistas han obtenido una mejor puntuación que las conservadoras (tabla 2). Las principales diferencias se observan en el porcentaje de cupos de médicos masificados (más de 1.500 habitantes por médicos de familia, con un 27,4% de diferencia, cerca de la significación estadística;  $p = 0,055$ ); en la limitación en el acceso a pruebas diagnósticas desde los servicios de APS (25,3%;  $p = 0,027$ ), y en la oferta de servicios de APS con 17,1%. En un segundo grupo de diferencias menos importantes se encontrarían el personal de enfermería por habitante (10,9%), el incremento del gasto farmacéutico (10,9%;  $p = 0,074$ ), el gasto per cápita en APS (10,3%;  $p = 0,074$ ) y el porcentaje de personas que considera que la APS ha mejorado.

Mediante la ponderación por cuartiles de las variables analizadas, las diferencias de puntuación obtenidas por las CCAA oscilan entre un máximo de 46 (Aragón) y un mínimo de 26 (Canarias), con una media de las CCAA de 39,94 (tabla 3). Con estos criterios, la valoración de las CCAA según su APS sería la siguiente. APS excelente (> percentil 75 = > 43): por encima del percentil 75, que se

**TABLA 1**  
**Variables incluidas en el estudio**

CCAA	O. SER	O. PDIAG	O. PTER	ACPD	H. MED	H. PED	H. ENF	SATIS	AP	ATAP	MEJAP	MED. 1.500	GPERAP	VAG. AG	GFH	ΔGF
Andalucía	85,00	66,60	90,90	85,40	1.416	1.125	1.795	6,07	56,40	85,70	50,60	48,20	141,00	57,6	218,07	4,58
Aragón	83,00	73,30	90,90	91,30	1.243	1.016	1.464	6,72	59,60	91,40	46,70	45,70	155,00	61,3	267,5	6,39
Asturias	79,50	77,70	83,30	89,40	1.553	808	1.592	7,35	66,70	88,80	56,90	63,20	130,00	63,3	280,81	5,96
Baleares	49,00	71,70	84,10	98,00	1.820	1.153	2.050	6,59	47,40	87,70	50,40	88,60	117,00	65,8	186,18	4,88
Canarias	69,80	57,70	77,30	83,40	1.679	1.059	1.773	5,42	41,90	77,10	45,10	78,50	122,00	53	231,74	6,78
Cantabria	91,50	77,70	83,30	86,70	1.327	986	1.594	6,70	60,90	90,40	55,50	40,10	123,00	56,1	236,68	6,30
Castilla-La Mancha	37,20	55,50	75,00	86,00	1.286	1.295	1.426	6,29	66,80	85,90	52,90	47,40	127,00	70,3	261,73	6,55
Castilla y León	72,20	68,80	81,80	86,70	921	1.300	1.247	6,40	76,40	85,50	49,10	28,60	161,00	68,7	247,76	4,85
Cataluña	97,00	97,70	100,00	89,40	1.443	995	1.598	6,18	47,90	80,70	48,30	61,60	157,00	70	237,19	4,60
Comunidad Valenciana	92,70	71,10	70,40	87,40	1.567	933	1.874	6,18	61,20	79,30	48,40	71,30	122,00	57,2	281,81	6,70
Extremadura	45,70	64,40	70,40	94,70	1.192	1.185	1.237	6,15	56,90	84,40	44,30	36,60	190,00	74,9	271,77	5,88
Galicia	75,90	62,20	72,70	89,40	1.429	964	1.888	5,52	64,50	85,10	39,60	50,90	113,00	59,6	282,24	6,28
Madrid	65,00	53,30	75,00	86,00	1.708	980	1.971	6,29	62,40	83,70	50,40	89,70	102,00	64,1	184,7	7,28
Murcia	63,80	57,70	93,20	90,00	1.691	1.210	2.007	6,27	50,40	89,10	41,00	85,60	123,00	65,7	259,93	7,74
Navarra	57,80	64,40	81,80	86,00	1.446	974	1.445	6,59	53,60	82,40	38,70	54,60	181,00	65,8	239,61	6,36
País Vasco	87,90	77,70	75,00	90,00	1.746	930	1.808	6,83	67,20	87,90	46,40	ND	149,00	69,6	238,86	5,75
La Rioja	46,90	44,40	65,90	50,90	1.377	1.008	1.553	6,97	56,50	86,10	42,50	59,00	137,00	64,3	238,36	6,81

O. SER: oferta de servicios; O. PDIAG: oferta de pruebas diagnósticas; O. PTER: oferta de procedimientos terapéuticos; ACPD: acceso a pruebas diagnósticas de segundo nivel asistencial; H. MED: habitantes mayores de 14 años por médico general; H. PED: habitantes menores de 14 años por pediatra; H. ENF: habitantes por profesionales de enfermería; SATIS: índice de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública; AP: porcentaje de personas que elegiría la sanidad pública para acudir al médico general/pediatra; ATAP: porcentaje de personas que considera que fueron atendidas bien o muy bien por su médico general; MEJAP: porcentaje de personas que cree que la atención primaria ha mejorado; MED. 1.500: porcentaje de médicos con más de 1.500 personas asignadas; GPERAP: gasto sanitario per capita en atención primaria; ND: no disponible (en este caso se aplicó el valor medio del resto de comunidades autónomas); VAG. AG: porcentaje de adultos con vacuna antigripal; GFH: gasto farmacéutico por habitante y año (2006); ΔGF: variación del gasto farmacéutico 2006/2005.

corresponde con una puntuación mayor de 43, se encuentran Aragón (46), Cantabria (45), Castilla y León, País Vasco (44) y Asturias (43); APS aceptable (percentiles 50-75 = 39-43): percentil entre 50 y 75 y puntuación entre 39 y 43, donde se encontrarían Cataluña (42), y Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura (39); APS regular (percen-

tiles 25-50 = 30,5-39): percentil entre 25 y 50 y puntuación entre 30,5 y 39, con Navarra (37), Baleares (35), Galicia y Comunidad Valenciana (32), y APS con serias deficiencias (< percentil 25 = < 30,5): percentil por debajo de 25 y puntuación por debajo de 30,5, donde estarían La Rioja (29), Madrid y Murcia (28), y Canarias (26).

**TABLA 2**  
**Diferencia de indicadores según ideología dominante en las CCAA**

	CCAA progresistas	CCAA conservadoras	Diferencia (%)
Cartera de servicios APS	75,5	62,6	17,10
Acceso a procedimientos diagnósticos	73,8	55,1	25,30
Acceso a procedimientos terapéuticos	83,6	78	6,70
Acceso a pruebas de segundo nivel	89,1	84,2	5,50
Media de personas por médico de familia	1.400	1.515	7,60
Media de personas por pediatra	1.042	1.064	2,00
Media de habitantes por personal de enfermería APS	1.564	1.756	10,90
Valoración de la satisfacción por la atención recibida en APS	6,5	6,2	4,62
Porcentaje de personas que elige la sanidad pública	60,3	57,1	5,30
Porcentaje de personas que considera la asistencia buena o muy buena	86,9	84	3,35
Porcentaje de personas que considera que los servicios de APS han mejorado	50,2	45	10,30
Porcentaje de médicos con más de 1.500 personas asignadas	48,9	67,4	27,40
Gasto per cápita en atención primaria (€)	1.465	1.308	10,70
Porcentaje de personas mayores de 65 años vacunadas contra la gripe	63,4	62,7	1,10
Gasto farmacéutico por persona y año (€)	223,6	239,1	6,50
Incremento del gasto farmacéutico 2005-2006	5,7	6,4	10,90

## Discusión

En relación con las carteras de servicios, aunque el nivel medio de servicios ofertados en ellas puede considerarse aceptable (70,58), existen importantes diferencias entre las CCAA que menos servicios incluyen en dichas carteras (Castilla-La Mancha 37,2, La Rioja 46,9, Baleares 49) frente a las que más lo hacen (Cataluña 97, Comunidad Valenciana 92,7, Cantabria 91,5, País Vasco 87,9 o Andalucía 85). En el acceso a pruebas diagnósticas desde este nivel asistencial, se evidencian diferencias muy importantes con CCAA donde existen grandes limitaciones (La

**TABLA 3**  
**Puntuación global ponderada obtenida por cada CCAA**

CCAA	Puntuación
Andalucía	39
Aragón	46
Asturias	43
Baleares	35
Canarias	26
Cantabria	45
Castilla-La Mancha	39
Castilla y León	44
Cataluña	42
Comunidad Valenciana	32
Extremadura	39
Galicia	32
Madrid	28
Murcia	28
Navarra	37
País Vasco	44
La Rioja	29
Media CCAA	36,94 (DE = 6,69)

DE: desviación estándar.

Rioja 44,4, Madrid 53,3 o Castilla-La Mancha con 55,5), frente a otras en las que hay pocas limitaciones (Cataluña 97,7, y País Vasco, Cantabria y Asturias todas con un 77,7). La media global de personas por médico de familia está por debajo de 1.500 (1.461,41 personas) y parece aceptable, ya que no se aleja de las 1.250 recomendadas<sup>6</sup>; no obstante, algunas CCAA se alejan de manera importante de esta media, lo que puede causar problemas de masificación en los cupos médicos (Baleares 1.820, País Vasco 1.746, Madrid 1.708 o Canarias 1.679).

La satisfacción de las personas con la atención recibida en los servicios de APS es alta (la media de personas que consideran buena o muy buena la atención recibida es del 85,36%) y los que prefieren los servicios de APS públicos rondan el aprobado alto (58,62%). Sin embargo, el porcentaje de personas que consideran que la APS mejoró en los últimos años no alcanza el aprobado (47,5% de media), siendo las CCAA donde las valoraciones son más bajas Navarra con un 38,7%, Galicia con un 39,6% y Madrid con un 41%, frente a Asturias con un 56,9% o Cantabria con un 55,5%.

El gasto de APS por persona al año es bajo, con una media de 133,23 € (13,9% del total en 2003), aunque existen importantes diferencias: Madrid 102, Galicia 113, Baleares, 117, Canarias 122 o Murcia 123, frente a Extremadura 190, Navarra 181, Castilla y León 161, Cataluña 157 o Aragón 155 €.

La cobertura de la vacuna antigripal en adultos es relativamente baja, con un 63,95%, sin que existan grandes variaciones entre CCAA.

La capacidad resolutoria de los servicios de APS en las CCAA conservadoras puede ser inferior respecto de las pro-

### Lo conocido sobre el tema

- El grueso del gasto sanitario público es competencia de las comunidades autónomas (CCAA) desde hace 6 años.
- Además de las diferencias de renta y de gasto sanitario público, las decisiones sobre políticas públicas de salud pueden decidir el flujo de recursos que recibe la atención primaria de salud (APS).

### Qué aporta este estudio

- La capacidad resolutoria de los servicios de APS en las CCAA conservadoras puede ser inferior respecto de las progresistas por las limitaciones en la financiación, en la oferta de servicios, en la posibilidad de uso de tecnologías diagnósticas y en una mayor masificación de los cupos.
- En cuanto a la posición relativa de cada CCAA, la mayoría de las consideradas conservadoras obtienen una puntuación muy deficiente o regular en el desarrollo de la APS.

gresistas por las limitaciones en la financiación, en la oferta de servicios, en la posibilidad de uso de tecnologías diagnósticas y en una mayor masificación de los cupos, lo que limita el tiempo de consulta y, como consecuencia, peores resultados en gasto farmacéutico y en la percepción de mejora por parte de los usuarios y la población en general. Parece, por tanto, que sí existe una influencia negativa de la ideología conservadora, hallazgo que concuerda con la mayor riqueza de algunas de ellas, en las cuales se ha constatado mayor gasto hospitalario en detrimento del gasto en APS<sup>4</sup>. En cuanto a la posición relativa de cada CCAA, la mayoría de las consideradas conservadoras obtienen una puntuación muy deficiente o regular en el desarrollo de la APS. La puntuación mínima que puede obtener una CCAA es de 15 (todas las variables con puntuación 1), por lo que la utilización de una escala con más amplitud podría ocasionar diferencias aún mucho más acusadas.

Respecto a las limitaciones de este estudio, los datos se han obtenido de publicaciones oficiales, son sistemáticos, aunque eso no significa que sean los más correctos. Tampoco reflejan tendencias ni analizan series temporales, y no detectan, por tanto, el efecto de los distintos ritmos en la asunción de competencias entre CCAA, o de apertura de centros, o la estabilidad en el gobierno de un mismo partido político. Algunas de las comparaciones ponderadas se basan en variables de intervalo, por lo que no puede interpretarse que una CCAA tenga «el doble mejor APS» que otra, aunque su puntuación casi lo indique (tabla 3). Aunque los criterios de comparación que utilizamos se

han realizado a partir de ponderaciones que pueden considerarse «blandas» desde un punto de vista estadístico, no obstante son útiles para llamar la atención sobre el afloramiento de desigualdades y sobre las insuficiencias financieras y redistributivas entre CCAA, aspectos señalados en otros estudios<sup>7,8</sup>, y para estimular a los investigadores en la búsqueda de otros indicadores sólidos y de otros argumentos de comparación sensibles a los cambios sociales y asistenciales.

## Bibliografía

1. Gérvás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:472-7.
2. Gérvás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/>. Acceso: 08-06-07
3. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo 90/2006. Madrid: Fundación Alternativas, 2006. Accesible en: [www.fundacionalternativas.com/laboratorio](http://www.fundacionalternativas.com/laboratorio)
4. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
5. Sistema de Información Sanitaria del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Información Referida al año 2005. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo: Accesible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInf-SanSNS/home.htm>. Acceso: 08-05-07
6. Rivera B, Currais L. Oferta Sanitaria. En: Informe Anual del SNS 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del SNS. 2004. p. 275-85.
7. Rey-Biel P, Rey del Castillo J. La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de trabajo 100/2006. Madrid: Fundación Alternativas 2006. Accesible en: [www.fundacionalternativas.com/laboratorio](http://www.fundacionalternativas.com/laboratorio)
8. Sánchez-Bayle M, Palomo L. Informe sobre la situación de salud y de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. *Rev Administración Sanitaria*. 2007;5:147-73.