



Gestión y Análisis de Políticas Públicas

ISSN: 1134-6035

ISSN: 1989-8991

Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)

Perna, Roberta; Cruz-Martínez, Gibrán; Moreno Fuentes, Francisco Javier
Movilidad de pacientes y descentralización sanitaria:
respuestas y retos en el Sistema Nacional de Salud español
Gestión y Análisis de Políticas Públicas, núm. 30, 2022, pp. 27-44
Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)

DOI: <https://doi.org/10.24965/gapp.11021>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281573431002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Referencia: Perna, R., Cruz-Martínez, G., Moreno Fuentes, F. J. (2022). Movilidad de pacientes y descentralización sanitaria: respuestas y retos en el Sistema Nacional de Salud español. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 30, 27-44.
<https://doi.org/10.24965/gapp.11021>

Movilidad de pacientes y descentralización sanitaria: respuestas y retos en el Sistema Nacional de Salud español

Patient mobility and healthcare decentralization: responses and challenges in the Spanish National Healthcare System

Perna, Roberta

Université de Liège (Bélgica)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6700-1997>

r.perna@uliege.be

NOTA BIOGRÁFICA

Roberta Perna es doctora en Sociología Política por la Universidad de Turín. Su investigación se centra en la relación entre movilidad y Estado de bienestar desde una perspectiva comparada y multinivel, prestando particular atención a las políticas sanitarias. Actualmente, es investigadora postdoctoral Marie Skłodowska-Curie en la Universidad de Lieja. Anteriormente estuvo afiliada al Instituto de Políticas y Bienes Públicos (CSIC).

Cruz-Martínez, Gibrán

Universidad Complutense de Madrid (España)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4583-2914>

gicruz@ucm.es

NOTA BIOGRÁFICA

Gibrán Cruz-Martínez es profesor en el Departamento de Ciencia Política y de la Administración, Universidad Complutense de Madrid. Su investigación se centra en la política social comparada, los regímenes de bienestar, y los determinantes del desarrollo del estado de bienestar. Anteriormente estuvo afiliado al Instituto de Políticas y Bienes Públicos (CSIC), Universidad de Agder y University College London. Es coeditor de *Alternautas*.

Moreno Fuentes, Francisco Javier

Instituto de Políticas y Bienes Públicos, Consejo Superior de Investigaciones Científicas – IPP-CSIC (España)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1393-6225>

javier.moreno@cchs.csic.es

NOTA BIOGRÁFICA

Doctor en Ciencia Política por la UAM y el Instituto Juan March. Científico titular en el Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC). Es miembro del equipo español de la red ESPN de la Comisión Europea. Áreas de interés: análisis de políticas públicas en perspectiva comparada, regímenes de bienestar, inmigración y políticas urbanas.

RESUMEN

La creciente movilidad interregional de pacientes en el sistema de salud español demanda mecanismos de coordinación vertical y horizontal ante la multiplicidad de actores e instituciones involucradas en un

sistema de salud descentralizado. En este artículo analizamos las herramientas desarrolladas en el conjunto del sistema sanitario español para hacer frente a la movilidad de pacientes hacia centros de excelencia (CSUR) y entre áreas limítrofes (acuerdos y convenios bilaterales), así como los mecanismos de compensación financiera desarrollados para hacer frente a la movilidad de pacientes. El estudio combina un análisis descriptivo sobre liquidaciones y asistencias sanitarias en las 17 CC.AA, Ceuta y Melilla, con una revisión de documentos y entrevistas con informantes clave. A lo largo del texto, se pone de manifiesto la existencia de retos institucionales, políticos y, sobre todo, financieros para alcanzar una efectiva coordinación entre los actores públicos del SNS para responder a la movilidad de pacientes.

PALABRAS CLAVE

Gobernanza multinivel; sistema sanitario; movilidad de pacientes; coordinación horizontal; España.

ABSTRACT

Increasing interregional mobility within the Spanish national health system demands vertical and horizontal coordination mechanisms among the multiplicity of stakeholders and institutions providing health care in a decentralized health system. In this article, we analyze the mechanisms introduced in the Spanish health system to handle the mobility of patients to centers of excellence (CSUR) and between bordering regions (bilateral agreements and conventions), as well as the financial tools developed to deal with interregional mobility. This study combines a descriptive analysis of billing and health care in the 17 Autonomous Communities, as well as in Ceuta and Melilla, along with a review of documents and interviews with key informants. Throughout the text, the study highlights the existence of institutional, political and, above all, financial challenges to achieve effective coordination between public actors of the NHS to respond to the mobility of patients.

KEYWORDS

Multilevel governance; health system; patient mobility; horizontal coordination; Spain.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN. 1. LA GOBERNANZA MULTINIVEL DEL SNS. 1.1. MARCO JURÍDICO. 2. METODOLOGÍA. 3. MOVILIDAD DE PACIENTES EN EL SNS ESPAÑOL: DINÁMICAS Y RETOS. 3.1. CSUR: GESTIONAR LA MOVILIDAD DE PACIENTES HACIA CENTROS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN. 3.2. ACUERDOS Y CONVENIOS ENTRE CC.AA: MOVILIDAD DE PACIENTES EN ZONAS LIMÍTROFES. 3.3. FCS Y FOGA: RETOS FINANCIEROS ANTE LA MOVILIDAD DE PACIENTES. CONCLUSIONES. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INTRODUCCIÓN¹

El presente artículo pretende analizar los instrumentos de coordinación vertical y horizontal en materia sanitaria en relación con la movilidad de pacientes en el conjunto del SNS español, así como las inconsistencias que se manifiestan durante la implementación de dichos instrumentos. En particular, el análisis se centra en dos instrumentos puestos en práctica para garantizar el derecho a la atención sanitaria a aquellos pacientes desplazados o derivados a una CC.AA diferente a aquella en la que residen habitualmente: el establecimiento de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) designados para el tratamiento de determinadas patologías, y la firma de acuerdos y convenios bilaterales en materia sanitaria entre CC.AA. Asimismo, el análisis trata de los mecanismos de compensación financiera desarrollados a nivel central para garantizar el principio de equidad en el conjunto del SNS español (FCS y FOGA), cuya relevancia es transversal tanto para los CSUR, como para los acuerdos y convenios bilaterales de cooperación sanitaria.

La movilidad interregional de pacientes constituye un importante reto para los sistemas sanitarios, y en particular para aquellos caracterizados por un alto nivel de descentralización, como es el caso del Sistema

¹ Los autores quisieran agradecer los comentarios de los evaluadores y al equipo editorial de GAPP. La investigación sobre la que se basa este artículo se ha beneficiado de una financiación del Instituto Nacional de Administración Pública en el marco del Ejercicio 2020/2021 (Proyecto 215) y se ha desarrollado durante el período de vigencia del proyecto PID2019-109650RB-I00, del Programa Estatal de Generación de Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico de la I+D+i Orientada a los Retos de la Sociedad. Agradecimientos especiales a los informantes clave que han colaborado generosamente con esta investigación exploratoria y a Giulia di Lisio, Jairo Sánchez García y Gaëtan Menard por su asistencia en la investigación.

Nacional de Salud español (SNS). Para garantizar una atención sanitaria a todos en igualdad de condiciones en el conjunto del territorio nacional, es necesario desarrollar una acción coordinada entre el Gobierno central y los gobiernos autonómicos (coordinación vertical), así como entre los sistemas sanitarios de las CC.AA (coordinación horizontal). A nivel práctico, dicha coordinación implica la definición y puesta en práctica de mecanismos de regulación y provisión de tratamientos sanitarios, así como la articulación y gestión de un sistema de compensación financiera entre servicios sanitarios regionales.

La literatura internacional resalta diversos factores que pueden influir en el desarrollo y aplicación de herramientas para garantizar la cobertura efectiva de la atención sanitaria a toda la población sin tomar en consideración el lugar donde se encuentren en el momento de necesitar dicha asistencia. Analizando el caso italiano, por ejemplo, Balia et al. (2016) resaltan la utilidad de distinguir pacientes desplazados dentro del territorio por tipo de ingreso hospitalario (cirugía, urgencias, etc.), e identifican los incentivos económicos y la especialización de hospitales como determinantes de la movilidad interregional de pacientes. Al mismo tiempo, Tediosi et al. (2009) destacan cómo la descentralización del sistema sanitario italiano amplifica las diferencias interregionales, a pesar de la existencia de un mecanismo de asignación de recursos entre regiones. Mirando a la movilidad internacional, el establecimiento de acuerdos bilaterales destaca como práctica de coordinación entre países para garantizar el acceso a la atención sanitaria a ciudadanos desplazados dentro y fuera de la Unión Europea (Comisión Europea, 2017; Holzmann, 2016), por los cuales la existencia de vínculos económicos e históricos parece ser un factor clave a la hora de explicar el grado de cooperación sanitaria entre países vecinos (Délano, 2014; Konstantinidou, 2019).

En este sentido, el estudio del caso español, caracterizado por un sistema de salud fuertemente descentralizado, la existencia de mecanismos de coordinación entre actores sanitarios a nivel vertical y horizontal, y la existencia de registros que permiten desagregar las asistencias sanitarias a poblaciones desplazadas por tipo de ingresos, resulta de especial interés. En España, el abultado volumen de pacientes tratados en una Comunidad Autónoma distinta de aquella en la que residen incluye tanto a personas que reciben atención sanitaria mientras se encuentran temporalmente fuera de su lugar de residencia (generalmente a través de las urgencias), como a pacientes derivados por los responsables sanitarios de su propia comunidad para recibir tratamientos (generalmente con alto nivel de especialización) en otra comunidad. Solo en 2019, las CC.AA prestaron servicios a pacientes desplazados dentro del territorio español en, al menos, las siguientes formas: 3.592 asistencias hospitalaria, 65.549 procedimientos ambulatorios, 22.325 derivaciones a centros de referencia, y 3.820.378 asistencias a pacientes atendidos sin derivación sanitaria (MSCBS, 2021a, 2021c). Sin embargo, tanto la investigación académica (Urbanos-Garrido, 2016) como los informes del Defensor del Pueblo han señalado la existencia de inconsistencias, barreras y dificultades a la hora de garantizar el acceso de los pacientes desplazados a la cartera de servicios del SNS en determinadas circunstancias en las que se encuentran fuera de su comunidad de residencia.² En diversas ocasiones, de hecho, el Defensor del Pueblo ha conminado al Ministerio de Sanidad y a las autoridades sanitarias autonómicas a resolver los problemas relacionados con la movilidad de pacientes entre Servicios Regionales de Salud (SRS).

El presente artículo tiene el propósito de examinar los diferentes instrumentos de coordinación sanitaria desarrollados en el marco del SNS frente a la movilidad de pacientes, así como las inconsistencias que se manifiestan en su implementación. En particular, se analizan los retos institucionales, políticos y presupuestarios que pueden limitar la coordinación efectiva entre los actores del SNS y, por consecuencia, afectar al objetivo de garantizar la asistencia sanitaria a todos los pacientes en igualdad de condiciones, independientemente de cual sea su lugar de residencia habitual.

La investigación sigue el enfoque propio del análisis de políticas públicas, en un estudio de caso con diseño de investigación de métodos mixtos. Se combina un análisis descriptivo basado en una revisión de documentos y entrevistas a expertos e informantes claves, con un análisis de la serie temporal de liquidaciones y asistencias sanitarias en las 17 CC.AA, así como en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (cuyo sistema sanitario es gestionado por el Gobierno central a través del INGESA). El período temporal del análisis es de 2002 (primer año tras la creación del Fondo de Cohesión Sanitaria) hasta el 2020 (último año con datos disponibles).

El artículo se organiza de la siguiente manera: tras esta introducción se desarrolla el marco conceptual donde se destacan los retos de la gobernanza multinivel en un SNS descentralizado y se contextualiza el marco legal. Posteriormente se procede a detallar la metodología utilizada en el desarrollo de la investiga-

² Defensor del Pueblo (VV.AA). Informe anual del Defensor del Pueblo. https://www.defensordelpueblo.es/informes/resultados-busqueda-informes/?tipo_documento=informe_anual

ción. A continuación, se presentan los resultados, haciendo especial énfasis en los tres siguientes sub-aptados: (1) retos a la movilidad de pacientes hacia centros de referencia, (2) retos a la movilidad de pacientes en zonas limítrofes, (3) retos financieros de la movilidad de pacientes. Finalmente se presentan las conclusiones, las limitaciones del trabajo y las líneas de investigación que quedan abiertas para futuros trabajos.

1. LA GOBERNANZA MULTINIVEL DEL SNS

Desde su fundación, el SNS se ha caracterizado por su creciente grado de descentralización. El Gobierno central es responsable de la elaboración de la legislación básica, la cual es válida en todo el territorio nacional, mientras que desde inicios de los 2000 las CC.AA constituyen los actores políticos centrales en el ámbito de la sanidad (Moreno, 2009). Esto implica que el derecho a la atención sanitaria tiene contenidos distintos en las 17 CC.AA en relación a las diferentes prioridades políticas y a los recursos que cada gobierno autonómico moviliza (Gallego et al., 2018). Asimismo, la compleja articulación de competencias y responsabilidades entre niveles de gobierno implica que las políticas públicas en este ámbito no pueden ser adoptadas de manera unilateral y *top-down* por el Gobierno central, sino que resultan de la combinación (más o menos coherente y convergente) de medidas aplicadas por los distintos actores públicos del SNS (del Pino y Rubio, 2013). Ese elevado grado de descentralización permite abordar de manera más eficiente la diversidad de circunstancias a las que han de responder los sistemas sanitarios de las diferentes CC.AA, ha permitido reducir las desigualdades en el grado de desarrollo de dichos sistemas sanitarios, al tiempo que ha permitido el surgimiento de mecanismos de experimentación y emulación que han mejorado los resultados del conjunto del SNS (Rico et al., 1999). Asegurar la cooperación vertical y horizontal entre la multiplicidad de instituciones y actores implicados en la política sanitaria representa, sin embargo, uno de los aspectos más complejos y conflictivos de la gobernanza multinivel del SNS (Subirats y Gallego, 2011).

Como señala la literatura académica sobre las dinámicas del Estado del bienestar (entre otros: McEwen y Moreno, 2005; Kleider y Lopes, 2021), la descentralización de las responsabilidades sobre este ámbito de política genera un espacio compuesto por una multiplicidad de actores públicos, incrementando así el rango de posibles alianzas y coaliciones, pero también los puntos de veto y obstrucción a la adopción de nuevas medidas. Los gobiernos subnacionales pueden hacer un uso estratégico de los puntos de veto disponibles para evitar adoptar las decisiones que otros niveles de gobierno puedan querer imponer y que no coincidan con su propia agenda política (Jordan, 2011; Del Pino y Ramos, 2018). De igual modo, pueden trasladar la culpa de las decisiones impopulares (reformas, recortes, etc.) a otros niveles gubernamentales en una clara estrategia de «evitación de la culpa» (Pierson, 1995), y esto es más probable que ocurra cuando los diferentes niveles de gobierno están en manos de diferentes partidos (del Pino & Ramos, 2018).

En ese aspecto, los SRS constituyen un elemento esencial de la nueva identidad autonómica, y actúan como elementos movilizados de los votantes, así como instrumentos para consolidar sentimientos de pertenencia regional (Greer, 2010; Mota y García-Albacete, 2016). La tendencia a capitalizar los servicios sanitarios públicos puede llevar a que domine la necesidad de jugar a diferenciarse, convirtiendo a los SRS en espacios propicios para la capitalización partidista. Por consecuencia, los espacios para el debate y la coordinación de la política sanitaria pueden convertirse en ámbitos en los que visibilizar la confrontación entre los actores políticos que operan en los niveles vertical y horizontal del gobierno de la sanidad (Repullo, 2007).

1.1. Marco jurídico

La Ley 14/1986 General de Sanidad definió las bases del SNS, iniciando el proceso de transferencia de la responsabilidad de los servicios de salud a las CC.AA, proceso que alcanzó su punto crítico en 2001, cuando todas las CC.AA obtuvieron plenas competencias en la materia. El gradual desarrollo de una estructura de gobernanza multinivel en el ámbito de la política sanitaria supuso la articulación de diferentes combinaciones de responsabilidades políticas, de gestión y financieras entre distintos niveles de gobierno y actores políticos, posicionando a los Gobiernos autónomos y al Ministerio de Sanidad como los principales actores institucionales en liza en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), órgano que representa la Conferencia Sectorial del ámbito sanitario en el que se adoptan las decisiones que establecen las pautas generales de funcionamiento del conjunto del SNS.

El complejo equilibrio de responsabilidades entre distintos niveles de gobierno constituye en una de las fuentes de vulnerabilidad del sistema, tanto por los problemas de diseño de la gobernanza sanitaria, con fre-

cuencia reflejados en la inconcreción institucional del propio SNS (Freire, 2007), como por las dificultades de coordinación entre las distintas administraciones competentes en este ámbito de política (Rico et al., 1999). Con el objetivo de hacer frente a las posibles desigualdades derivadas de la definición institucional de un SNS descentralizado, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS) 16/2003, trató de avanzar hacia un servicio sanitario descentralizado pero cohesionado (Sánchez Fernández, 2007; Bohigas y de la Puente, 2007; Solozabal Echavarría, 2006). En particular, dicha ley estableció acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias con el objetivo, entre otros, de garantizar la:

«equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio, posibilitando así la libre circulación de todos los ciudadanos y permitiéndoles recibir atención sanitaria independientemente del lugar de su residencia.» (LCCSNS, Exposición de motivos, I).

Para incentivar el desarrollo de prácticas de cooperación entre SRS (Freire, 2007), la LCCSNS reforzó el Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS), creado por la Ley 21/2001, con objeto de transformarlo en un instrumento más eficiente de compensación financiera entre CC.AA por el coste de los tratamientos a pacientes derivados de una CC.AA a otra previa derivación por parte de esta última a través del Sistema de Información del FCS (SIFCO). Con la aprobación del Real Decreto 1207/2006, se establecieron las cuantías específicas que debían ser transferidas a las CC.AA por la atención sanitaria de pacientes residentes en otras áreas geográficas y se atribuía la responsabilidad sobre la gestión y distribución de dicho fondo al Ministerio de Sanidad.

Ese mismo año, el Real Decreto 1302/2006 puso en marcha el sistema de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS con el objetivo de dar respuesta a los retos planteados por determinadas patologías y necesidades de tratamientos farmacológicos especializados que resultarían extremadamente complejos, onerosos y hasta contraproducentes en términos de calidad si se tratasen de abordar en el seno de cada uno de los SRS. En línea con los principios de la LCCSNS, los CSUR deberían dar cobertura a todo el territorio nacional y comprometerse a atender a todos los pacientes, independientemente de su lugar de residencia habitual.

A partir del Real Decreto-ley 16/2012, la función de compensación financiera entre CC.AA por la movilidad de pacientes fue complementada con el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA). A este fondo se le asignó la misión de compensar a las CC.AA por los servicios prestados a pacientes que precisen asistencia médica durante su estancia temporal en otra CC.AA y que no estuvieran cubiertos por el FCS. Al mismo tiempo, el Real Decreto-ley 16/2012 definió ambos fondos como de naturaleza extrapresupuestaria³, por lo que desde entonces no están incluidos en los Presupuestos del Ministerio de Sanidad y su dotación depende de la voluntad explícita del Gobierno central en cada ejercicio presupuestario. En un contexto de consolidación fiscal y fuerte recorte presupuestario como el que definió a los primeros años de la década de los 2010, las cuantías asignadas a esos fondos sufrieron mermas muy significativas. Estas mermas debilitaron la capacidad de los fondos para funcionar como instrumentos de coordinación y facilitación de la movilidad de pacientes entre los distintos SRS (Repullo y Freire, 2016) y, como se verá a continuación, representan un aspecto central en las fricciones entre instituciones implicadas en la gobernanza de la movilidad de pacientes en el seno del SNS.

2. METODOLOGÍA

Para generar y analizar la evidencia empírica sobre la que se apoya este análisis de la movilidad de pacientes en el seno de un sistema sanitario fuertemente descentralizado nos basamos en fuentes primarias y secundarias. Por lo que respecta a las últimas, recopilamos documentos oficiales (textos legislativos nacionales y regionales; textos de los acuerdos, convenios y protocolos en materia de cooperación sanitaria disponibles públicamente, informes publicados por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las CC.AA), así como «literatura gris» elaborada por organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de profesionales sanitarios que tratan el tema analizado.

Ofrecer una imagen clara y precisa del fenómeno de la movilidad de pacientes en base a la documentación oficial no resulta, sin embargo, tarea fácil. En materia de acuerdos y convenios bilaterales, una de las fuentes oficiales es el Boletín Oficial de las Cortes Generales, pero este Boletín da visibilidad tan solo

³ El FOGA nace desde un principio como un fondo de carácter extrapresupuestario.

a una pequeña parte de la actividad de cooperación horizontal, reflejando únicamente aquellos textos que necesitan comunicación al Senado o autorización por parte de las Cortes según lo dispuesto en el artículo 145.2 de la Constitución. Los protocolos entre Presidentes de CC.AA constituyen otra figura recurrente de cooperación inter-autonómica, aunque no están sometidos a los requisitos de transmisión previstos en la Constitución, por lo que resulta complejo detectar la existencia de estas herramientas de cooperación horizontal. Finalmente, los Registros de Convenios disponibles en algunas CC.AA representan otro instrumento para recopilar la actividad de cooperación horizontal en materia sanitaria. Sin embargo, estos Registros están disponibles solo para las CC.AA de Aragón, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Islas Baleares y Navarra.

En lo que respecta a los datos financieros, hemos analizado los datos disponibles sobre el saldo de liquidaciones del FCS y FOGA facilitados por el Ministerio de Sanidad para el periodo 2014-2020. El 2014 es el primer año con datos disponibles del total de saldos de liquidaciones incluyendo tanto FCS como FOGA⁴. El saldo de liquidaciones permite conocer si las CC.AA son emisoras netas (saldos negativos), o receptoras netas (saldos positivos) de liquidaciones. Además, es posible desglosar la liquidación del FCS entre saldos parciales en atención hospitalaria (Anexo 1 del Real Decreto 1207/2006 y modificaciones), procedimientos ambulatorios (Anexo 2) y CSUR (Anexo 3). Asimismo, es posible desglosar la liquidación total de FOGA por atención primaria y farmacia. Sin embargo, los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad para el desarrollo de esta investigación no permiten reconstruir flujos cruzados entre CC.AA.

Además del recurso a fuentes secundarias, el estudio se ha basado en la evidencia empírica cualitativa generada a través de la realización de once entrevistas semi-estructuradas en profundidad a informantes clave (ocho responsables y ex-responsables del SNS, dos responsables de asociaciones de pacientes y un técnico responsable del área sanitaria del Defensor del Pueblo).

3. MOVILIDAD DE PACIENTES EN EL SNS ESPAÑOL: DINÁMICAS Y RETOS

3.1. CSUR: gestionar la movilidad de pacientes hacia centros de alta especialización

El primer ámbito en el que se centra nuestro análisis es el sistema de CSUR, creado por el RD 1302/2006. Según lo establecido por dicho RD, los Centros de Referencia son definidos como aquellos centros que centran su actividad en determinadas patologías cuya prevención, diagnóstico o tratamiento esté incluido en la cartera de servicios comunes del SNS y que cumplan determinadas características⁵. Los Servicios y las Unidades de Referencia, por su parte, atienden tanto los tratamientos para los que son reconocidos como referencia, como otras patologías para las que no han recibido dicho reconocimiento.

La designación de un centro como CSUR es acordada en el CISNS, al igual que ocurre con el número de CSUR que se estiman necesarios y su ubicación estratégica dentro del sistema, con un enfoque de planificación conjunta tal y como establece el RD 1302/2006. Cualquier Servicio o Unidad que se proponga para ser considerado como CSUR debe contar con la autorización sanitaria de funcionamiento y el informe favorable de la comunidad autónoma donde está ubicado⁶. Para designar un centro como CSUR se valora tanto el conocimiento y experiencia de sus profesionales en el manejo de la patología o procedimiento específico para el cual se pretende convertir en referencia, como una serie de requisitos relativos al equipamiento necesario para desarrollar la actividad, la disponibilidad de otros recursos además de los del propio servicio o unidad que pretende ser de referencia para facilitar una adecuada atención del paciente. El aspirante a CSUR debe probar indicadores de procedimiento y resultados adecuados, disponer de un sistema de información que permita el conocimiento de la actividad y la evaluación de la calidad de los servicios prestados y

⁴ Los datos de 2002-2012 nos presentan la distribución de recursos presupuestarios del FCS a las CC.AA. Es a partir de 2014 cuando podemos incluir FOGA y FCS en el análisis de liquidaciones de saldos, ya que el año 2013 incluye todavía solo el saldo del FCS.

⁵ Los criterios que los Centros de referencia deben cumplir son: a) Requerir técnicas, tecnologías y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos de elevado nivel de especialización, para los que es esencial la experiencia en su utilización que sólo es posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad; b) Requerir alta tecnología que atendiendo a su relación coste-efectividad y a los recursos disponibles precise de la concentración de un número mínimo de casos; c) Tratarse de enfermedades raras que, por su baja prevalencia, precisan de una concentración de casos para su adecuada atención.

⁶ El Comité de Designación de los CSUR, dependiente del CISNS, está formado por representantes de todas las CC.AA y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es el encargado de proponer al CISNS las áreas de conocimiento sobre las que actuar y su priorización, las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos (hasta la fecha 66) que deberían ser tratados en unidades de referencia, así como la propuesta de designación de los CSUR que han cumplido los criterios establecidos y han sido acreditados por un periodo de 5 años que debe ser renovado.

debe ser capaz de proporcionar formación a otros profesionales en la actividad designada como de referencia. Al Ministerio de Sanidad le corresponde acreditar aquellos servicios de referencia que sean designados como estratégicos atendiendo a los criterios de calidad que para cada uno de ellos se establezcan, así como proceder a su reevaluación cada cinco años.

Para garantizar la atención sanitaria a todos los pacientes en igualdad de condiciones, y desde un enfoque de planificación conjunta, el RD 1302/2006 establece el protocolo específico por el cual la Comunidad Autónoma donde reside el paciente puede tramitar su derivación a un CSUR situado en otra comunidad para ser tratado por alguna patología incluida en la lista de tratamientos que precisan de este tipo de intervención (Fariñas, 2015). Dicha tramitación se gestiona a través del SIFCO y la financiación de los tratamientos proporcionados en los CSUR a pacientes derivados desde otros SRS se vehicula a través del FCS (Anexo 3, sub-sección 3).

De los 8 CSUR reconocidos en junio de 2008, se ha pasado a más de 279 en 2020, de los cuales el 84 % se concentran en 4 CC.AA: 88 en Cataluña, 84 en la Comunidad de Madrid, 37 en Andalucía y 25 en la Comunidad Valenciana (MSCBS, 2021b), apuntando a la existencia de un patrón de desigualdad territorial en la distribución de estos recursos sanitarios altamente especializados, patrón que refleja la persistencia de desigualdades dotacionales previas a la propia fundación del SNS.

Los procesos de selección y gestión de los CSUR constituyen en sí mismos un «análizador» de la complejidad de las relaciones entre diferentes niveles de gobierno y actores del SNS, ya que en ellos se focaliza el tensionamiento de la voluntad política e intereses dentro de la administración sanitaria. Su desarrollo pone de manifiesto la existencia de diferentes intereses y puntos de veto en los distintos niveles de gobernanza del SNS. Como comenta uno de nuestros informantes claves:

«Los CSUR surgen por presiones de grupos de profesionales que están en la vanguardia en materia de investigación y necesitan más pacientes para tener más experiencia, apoyados muchas veces por asociaciones de pacientes, que son los que de alguna manera han presionado para que nosotros [los políticos] nos activemos en esto. Incluso hemos tenido a veces muchas presiones por profesionales que querían un CSUR pero no había un número suficiente de pacientes. Así que a veces hemos tenido que cortar intereses particulares.» (Entrevista 6).

Junto a los intereses de los *stakeholders*, el componente de estatus derivado de la ubicación de un CSUR en el territorio de una Comunidad Autónoma es positivamente valorado por los responsables políticos autonómicos. Como claramente señala uno de nuestros informantes clave con experiencia en el proceso de selección de CSUR en el seno del CISNS:

«El problema que tienes es que a veces autorizas un CSUR y luego, por lo que sea, cambian las circunstancias, se introducen exigencias mayores, o tiene debilidades el propio centro porque se fue personal o por lo que sea, o dejaron de prestarle atención, y luego ya quitarlo... (Cuando en una ocasión se decidió retirarle el reconocimiento como CSUR a un hospital) el Consejero (de la comunidad autónoma donde se encontraba ese hospital) se revolvió un poco, pero luego regresó a su comunidad y allí exigió responsabilidades. Porque ellos quieren quedar bien. Hay una búsqueda de protagonismo.» (Entrevista 3).

Sin embargo, la conveniencia de articular este tipo de mecanismos colaborativos choca con las dificultades de coordinación de un sistema sanitario prácticamente federal en el que la financiación vinculada a la movilidad de pacientes continúa siendo problemática. La práctica desaparición del FCS destinado a financiar, entre otros, los tratamientos incluidos en el programa de derivación hacia los CSUR, es mencionada por diversas asociaciones de pacientes como uno de los factores clave para explicar la significativa reducción del número de derivaciones bajo el paraguas de este programa. Así, la Federación Española de Enfermedades Raras señalaba que la infrafinanciación del FCS:

«traerá consecuencias negativas directas como la importante disminución del número de derivaciones de pacientes a los CSUR [...], ya que las CC.AA de origen se mostrarán aún más reticentes a la derivación al tener que asumir los gastos de la misma sin tener garantizado el reembolso por parte del Estado.» (Redacción Médica, 2015).

De manera parecida, la Asociación de afectados por el síndrome Rendu Osler Weber de España afirmaba que:

«Aunque cada Comunidad Autónoma dispone de una partida económica para los traslados y derivaciones de pacientes, el número tan alto de pacientes trasladados y derivados hace que la

carga económica sea mayor. Por ello, una vez comenzado el proceso de derivación, éste termina en: rechazo de la atención a pacientes procedentes de otras zonas, remisión al sistema de salud de su región, o solicitud obligatoria de una tarjeta de desplazado.» (Asociación HHT España, 2017).

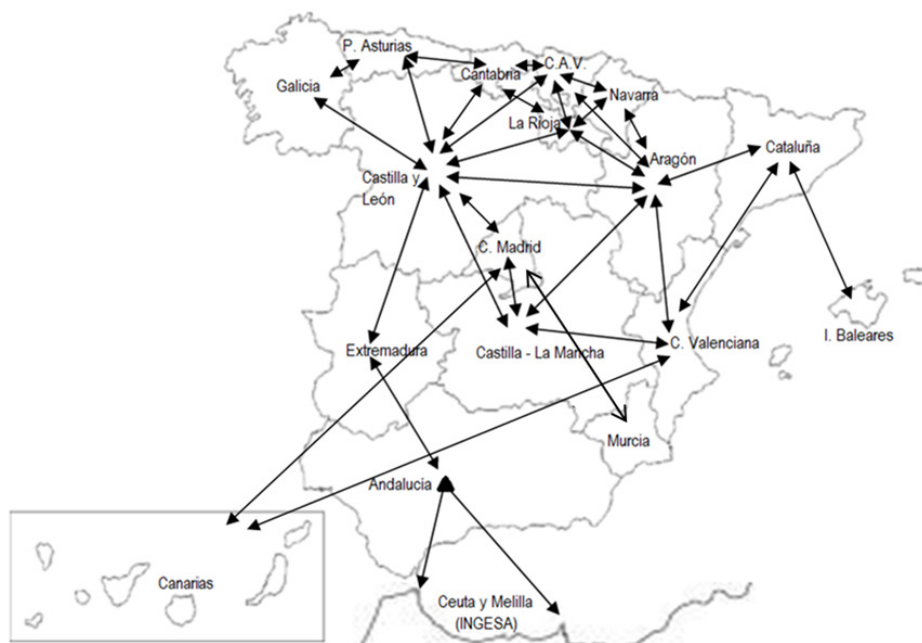
Frente a ese reto financiero, en enero de 2021 la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas del Congreso aprobó una resolución (Cortes Generales, 2020) en la que instaba al Gobierno central a seguir las recomendaciones emitidas por el Tribunal de Cuentas en su Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad del ejercicio 2017 (Tribunal de Cuentas, 2020), y a dotar en los Presupuestos Generales del Estado de 2021 una partida suficiente para compensar las actividades de los CSUR. Además, conminaba al Ministerio de Sanidad a mejorar el conocimiento sobre los costes de los centros que atienden y prestan los servicios sanitarios abonados con el FCS, así como a establecer mecanismos para que tanto los costes como los procesos, patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos que han de ser financiados con cargo al FCS puedan ser actualizados de un modo más ágil.

3.2. Acuerdos y convenios entre CC.AA: movilidad de pacientes en zonas limítrofes

El establecimiento de protocolos, convenios y acuerdos bilaterales de cooperación en materia sanitaria entre CC.AA constituye el segundo eje fundamental en torno al cual se han articulado las respuestas institucionales y políticas a las demandas de salud de la población en el seno del sistema sanitario descentralizado español.

Actualmente podemos reconstruir la existencia de más de 50 protocolos, convenios y acuerdos bilaterales que tratan de la cooperación en materia sanitaria entre CC.AA (Figura 1). Aragón, Castilla y León, La Rioja, la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma Vasca son las Comunidades más activas en términos relativos, ya que han establecido acuerdos y convenios de colaboración con todas las comunidades limítrofes, mientras que Murcia, las Islas Baleares y Canarias y Andalucía parecen prestar escasa atención a esta herramienta de colaboración bilateral.

FIGURA 1. CONVENIOS Y ACUERDOS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE PACIENTES PROCEDENTES DE OTRAS COMUNIDADES



Fuente: Convenios tramitados al Senado y publicados en el BOCG-Senado (2000-2020); Instituto de Derecho Público (2000-2018)⁷. Elaboración propia.

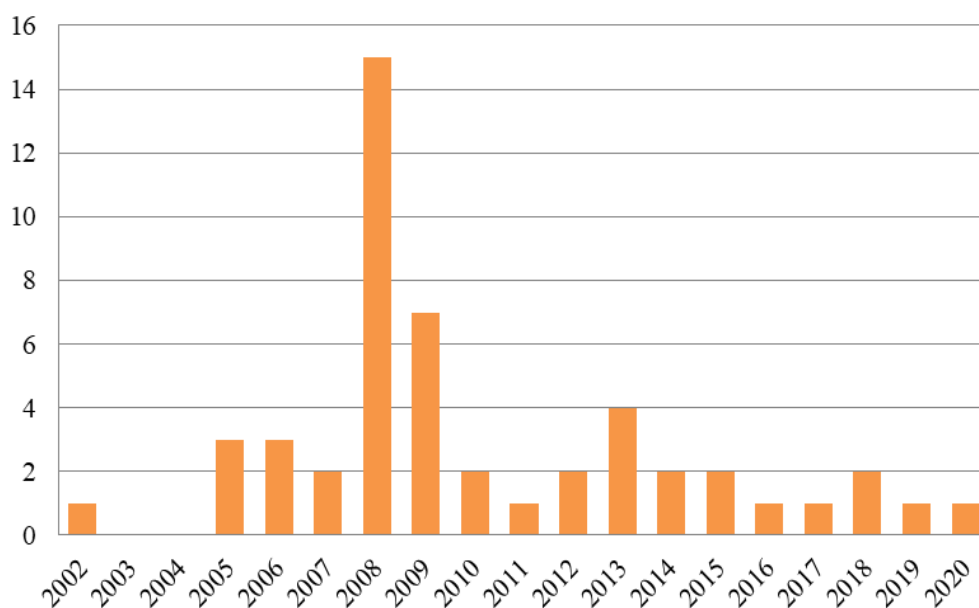
⁷ Informes Comunidades Autónomas. Disponibles en <http://idpbarcelona.net/coleccion-informe-comunidades-autonomas/informe-comunidades-autonomas/> (último acceso: 09-02-2021).

Tal y como sugiere la Figura 1, la posición geográfica de una Comunidad, y por consecuencia la existencia de vínculos históricos, económicos y culturales especiales con territorios limítrofes parece representar un factor relevante, aunque no suficiente, para interpretar el diferente grado de implicación de las CC.AA con estos instrumentos de cooperación. Como explican nuestros entrevistados, los acuerdos «se han hecho en base a la historia» (Entrevista 6), y «se hicieron muchos acuerdos, porque las relaciones han existido siempre» (Entrevista 5).

Sin embargo, son las dinámicas macroeconómicas generales que parecen constituir el factor determinante para interpretar las tendencias generales (Figura 2). Si el momento de auge de la cooperación interautonómica en materia sanitaria se remonta a finales de la década de 2000, en un período de crecimiento económico del país, la crisis económica de principios de los años 2010 redujo enormemente el número de convenios y acuerdos. A partir de 2012, la práctica desaparición del FCS y su transformación en fondo extrapresupuestario ha introducido una incertidumbre estructural para las CC.AA, cuya posibilidad de verse compensadas por la atención prestada a pacientes procedentes de otras comunidades no está garantizada, provocando a su vez actitudes de desconfianza entre gobiernos autónomos.

Además de constituir un factor explicativo clave de las dinámicas generales de cooperación horizontal, el factor financiero parece fundamental a la hora de explicar algunos de los conflictos surgidos entre CC.AA en esta materia (Europa Press, 2011; Oliveras y Trillo, 2014; Sánchez, 2015; Hernández, 2015). Entre otras, merece la pena hacer referencia a la crisis surgida entre La Rioja y el País Vasco en 2011 por la claridad con la que refleja los retos financieros, institucionales y políticos para la cooperación horizontal en materia sanitaria.

FIGURA 2. CONVENIOS Y ACUERDOS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL EN MATERIA SANITARIA, POR AÑO DE FIRMA – 2000/2020



Fuente: Convenios tramitados al Senado y publicados en el BOCG-Senado (2000-2020); Instituto de Derecho Público (2000-2018).
Elaboración propia.

Históricamente, la asistencia sanitaria entre esas dos comunidades limítrofes se gestionaba a través de un acuerdo implícito de colaboración. Sin embargo, en septiembre de 2011 la Comunidad de La Rioja, gobernada por el PP de Pedro Sanz, se negó a seguir atendiendo pacientes del País Vasco en sus hospitales (Redacción Médica, 2013), alegando la existencia de un *welfare magnet* hacia La Rioja y pidiendo una contrapartida financiera al gobierno vasco por los servicios proporcionados a sus ciudadanos.

«El problema que hubo entre La Rioja y País Vasco fue porque había localidades en País Vasco cuya atención primaria derivaba directamente, sin pasar por ningún trámite, a la atención

especializada en Logroño. Y eran los propios médicos de familia los que les daban el parte de asistencia al paciente para que se fuese al hospital, y llegaba ahí y le atendían. Claro, llegó un momento en que esto fue un problema, entre otras cosas porque Logroño se dotó de un hospital muchísimo mejor de lo que tenían anteriormente, y eso tuvo un efecto llamado importantísimo para nuestros vecinos. Y lo que se quiso en aquel momento fue establecer orden.» (Entrevista 5).

Por su parte, el gobierno vasco defendía que la contraprestación debería buscar complementar los servicios sanitarios existentes en cada región y que, en términos generales, el saldo final entre las dos comunidades por los servicios prestados a pacientes de las respectivas áreas limítrofes no era tan desigual como pretendía el Presidente riojano. Sin embargo, lo que era un problema básicamente de gestión, acabó convirtiéndose en un conflicto abiertamente político. Según lo reconstruido por uno de nuestros informantes claves, «ahí empezamos una negociación. Pero obviamente se politizó porque se quiso politizar.» (Entrevista 4).

Por un lado, en plena época preelectoral de las elecciones generales de noviembre de 2011, distintos políticos vascos movilizaron argumentos identitarios para criticar la decisión de La Rioja de interrumpir la prestación de atención sanitaria a los pacientes vascos. Así, el cabeza de lista del PNV por Álava al Congreso declaró que «ya está bien de utilizar a Euskadi y de realizar reflexiones en contra de Euskadi para obtener réditos electorales en comunidades limítrofes» (LaRioja.com, 2011, Noviembre). De manera parecida, el Lehendakari definió la actuación del Presidente riojano en términos de estrategia electoral, declarando que «ha hecho de su particular guerra a lo vasco, de su sentimiento antivasco, su base electoral» (LaRioja.com, 2011, Diciembre).

Por otro lado, los políticos riojanos hicieron hincapié en la naturaleza «cerrada» del Estado de bienestar, sosteniendo que las prestaciones proporcionadas en una Comunidad Autónoma son exclusivas de sus residentes. Así, el Presidente riojano afirmó a lo largo de los meses que al Sistema Riojano de Salud no le compete garantizar la sanidad a los vascos, sino solo a los riojanos (Redacción Médica, 2011).

Junto a la confrontación partidista, ese conflicto bilateral se convirtió en un debate a escala estatal. Dos meses después de su inicio, el Ministerio de Sanidad comentó que la decisión unilateral del Gobierno de La Rioja contradecía el principio de cooperación entre administraciones sanitarias, animando al establecimiento de un convenio bilateral entre las dos partes (Público.es, 2011), y requiriendo a la Consejería de Sanidad riojana a que anulara las instrucciones dadas a sus centros de salud para que dejaran de prestar asistencia sanitaria especializada a pacientes residentes en otra comunidad autónoma (Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, Proposición no de Ley 161/000328). También a raíz de esa intervención el consejero vasco y su homólogo riojano aceleraron la elaboración de un acuerdo provisional que, no sin tensiones, se aprobó en otoño de 2011, y se completó en 2014.

Este episodio de crisis pone de manifiesto la naturaleza problemática (marcadamente económica) de la implementación de herramientas de cooperación horizontal en materia sanitaria (García Morales, 2011). Sin embargo, su análisis también revela la importancia de las *políticas* territoriales del Estado de bienestar (McEwen y Moreno, 2005), en las cuales la cooperación horizontal en materia sanitaria se puede convertir en una arena de competición electoral entre partidos. Como comentan nuestros informantes, «La relación que hay entre comunidades no es mala. Pero, cuando empiezan los intereses políticos, se tensa bastante, porque dejan de ser relaciones técnicas.» (Entrevista 6), y estas «tensiones surgen por circunstancias puramente políticas, porque si son circunstancias económicas o de gestión, se arreglan.» (Entrevista 2).

3.3. FCS y FOGA: Retos financieros ante la movilidad de pacientes

Como evidencian las secciones anteriores, para garantizar la cobertura efectiva a la atención sanitaria de todos los beneficiarios al SNS resulta necesario responder a los retos financieros que surgen de la movilidad de pacientes. Uno de los principales problemas se materializa en 2012, cuando la dotación financiera para compensar a las CC.AA por la asistencia a pacientes derivados desde otras comunidades dejó de estar incluida en los Presupuestos del Ministerio de Sanidad y comenzó a depender de la voluntad explícita del Gobierno central en cada ejercicio presupuestario. Entre 2008 y 2012, el FCS estuvo dotado con un presupuesto anual de entre 80 y 100 millones de euros, cantidad que se redujo a partir de ese momento: 36 millones en 2013, 22 millones en 2014, 2 millones en 2015, 0 en 2016 y unos 3,7 millones desde 2017. En relación al FOGA, si bien la gestión y la elaboración de la normativa corresponde al Ministerio de Sanidad

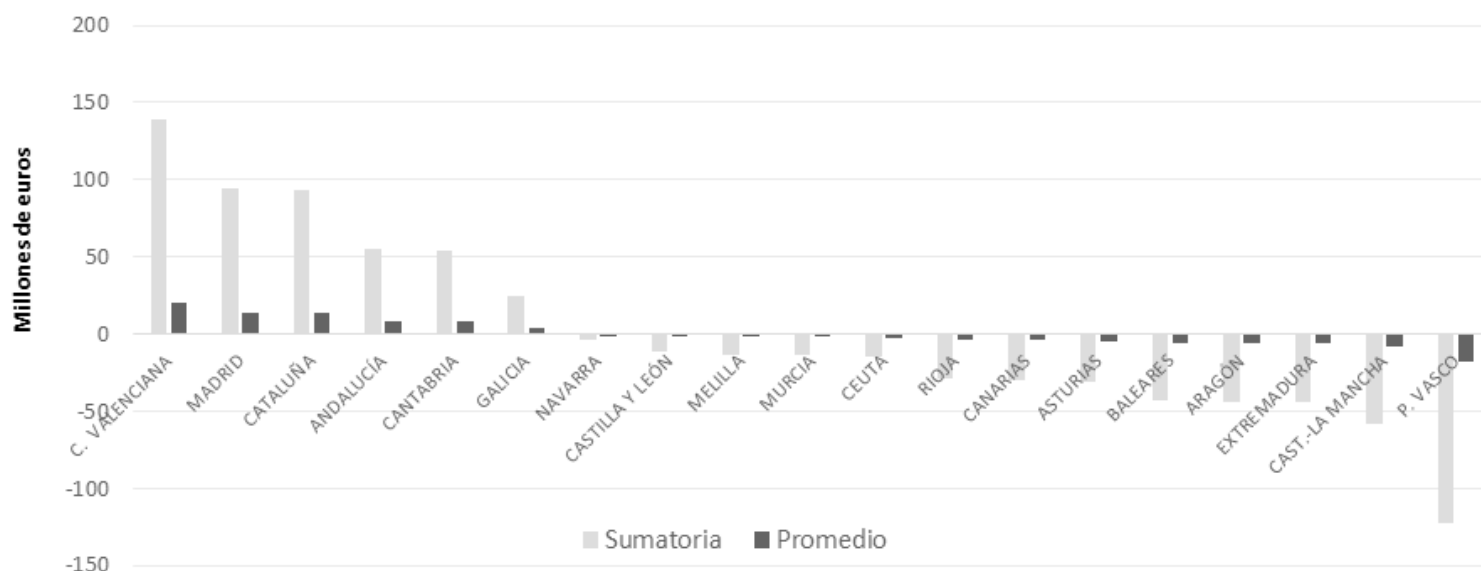
(Tribunal de Cuentas, 2020), son las propias CC.AA las que deben buscar cómo compensarse entre sí los gastos derivados de la atención sanitaria a pacientes cubiertos por ese fondo (disposición adicional 71 de la Ley 17/2012).

Por consecuencia, estos mecanismos de compensación de saldos entre CC.AA han incrementado la incertidumbre respecto al coste de tratamientos y desincentivan la atención sanitaria a pacientes procedentes de otras comunidades. En palabras de un informante, «Hay pacientes desplazados que no se controlan por darse temporalmente de baja en su Comunidad Autónoma [de residencia, lo] que impide su compensación.» (Entrevista 11).

Ante los escasos recursos y la limitada coordinación vertical para compensar a las CC.AA por la prestación sanitaria a pacientes desplazados, resulta de interés evidenciar los casos más afectados por este reto financiero. Para ello es necesario acudir a los saldos de liquidaciones del FCS y del FOGA. Desagregando los resultados por cada uno de los tres anexos del FCS y los dos componentes del FOGA, se puede evidenciar qué tipo de prestaciones son las que más contribuyen a los saldos positivos y negativos. A las CC.AA con saldos negativos se las denomina deudoras y a aquellas con saldos positivos acreedoras de liquidaciones.

La Figura 3 presenta el saldo total (suma de liquidaciones del FCS y FOGA) y el promedio de saldos negativos y positivos de todas las CC.AA, así como de Ceuta y Melilla, en el periodo 2014-2020. El País Vasco presenta un saldo total negativo de 123 millones de euros, seguido por Castilla-La Mancha (58 millones), Extremadura (44 millones), Aragón y Baleares (43,6 millones). Por el contrario, Valencia presenta un saldo total positivo de 138,5 millones, seguido por Madrid (94 millones), Cataluña (93 millones), Andalucía (55 millones) y Cantabria (54 millones). Vale la pena recordar que el primer grupo de CC.AA son deudoras históricas, mientras que las segundas son acreedoras históricas de liquidaciones.

FIGURA 3. SALDO TOTAL Y PROMEDIO DEL FCS Y DEL FOGA – UNA MIRADA HISTÓRICA DEL PERÍODO 2014-2020



Fuente: MSCBS, 2021a, 2021c. Cálculos propios.

Las tendencias de las CC.AA deudoras y acreedoras son estables a través del tiempo, con pocas excepciones. Por ejemplo, Castilla y León fue una de las CC.AA con saldo negativo desde 2014 a 2018, pero en los dos últimos años se ha convertido en acreedora de liquidaciones. Algo similar ocurrió con Navarra, que ha sido tradicionalmente una CC.AA deudora y en el último año presentó un saldo positivo. Por el contrario, Madrid ha sido una CC.AA acreedora de fondos con la excepción de los dos últimos años (2019-2020), donde presentó saldos negativos.

En la Tabla 1 se observan los saldos positivos y negativos en conceptos extrapresupuestarios del FCS y FOGA entre 2014 y 2020. Para 2020, último año disponible, las CC.AA con saldos positivos (acreedoras),

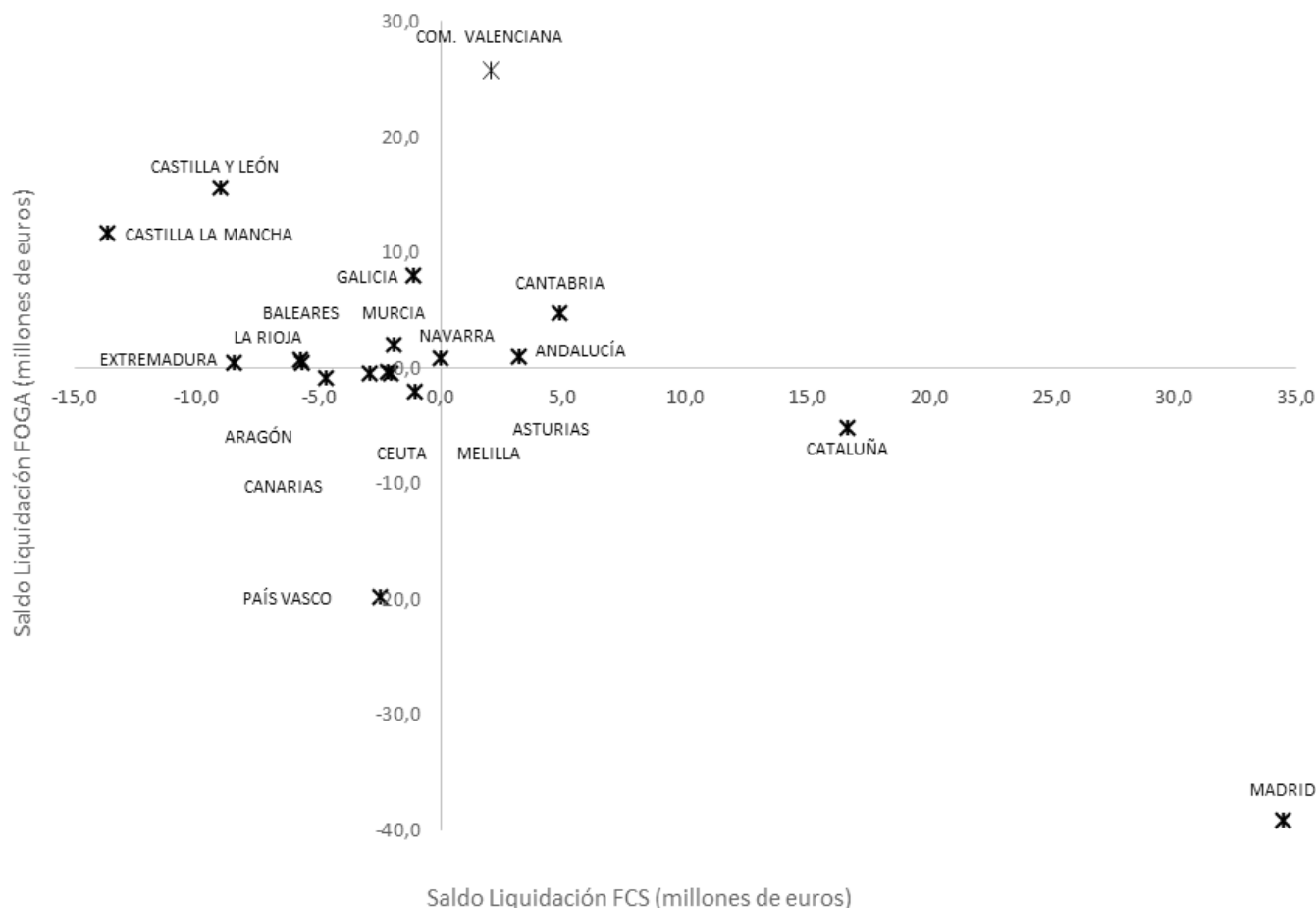
ordenadas de mayor a menor, fueron: Valencia, Cataluña, Cantabria, Galicia, Castilla y León, Andalucía y Navarra. Por otro lado, las CC.AA con saldos negativos (deudoras) ordenados de mayor a menor fueron: País Vasco, Extremadura, Aragón, Rioja, Baleares, Madrid, Canarias, Asturias, Ceuta, Melilla, Castilla-La Mancha, y Murcia.

TABLA 1. SALDOS DEL FCS Y DEL FOGA (2014-2020) (EXTRAPRESUPUESTARIO)

CC.AA	Saldo total (FCS + FOGA)						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Andalucía	3.244.646	13.237.275	11.228.953,17	8.415.255,53	8.477.869,99	6.185.807,53	3.993.121,50
Aragón	-6.118.417	-7.565.972	-7.067.599,56	-5.232.427,95	-5.859.332,64	-6.002.289,31	-5.783.012,47
Asturias	-4.754.836	-5.687.017	-4.455.377,40	-4.469.218,41	-4.042.038,64	-4.081.998,00	-3.299.255,61
Baleares	-5.395.883	-8.184.476	-9.137.169,55	-5.121.747,07	-5.656.087,72	-4.850.177,57	-5.212.276,25
Canarias	-3.849.258	-6.491.414	-5.218.260,07	-4.206.343,25	-4.027.856,91	-2.583.587,64	-3.533.533,32
Cantabria	9.166.149	7.290.346	6.120.674,46	5.479.503,76	7.361.207,37	8.968.573,11	9.382.039,72
Castilla y León	-2.728.091	-6.252.653	-8.285.760,15	-631.473,45	-37.384,10	606.660,30	6.425.903,36
Castilla-La Mancha	-10.006.484	-17.013.301	-6.398.011,85	-8.896.327,26	-9.248.734,53	-4.522.936,93	-2.076.042,02
Cataluña	19.541.314	15.397.237	18.014.437,69	6.566.127,24	10.804.306,75	11.438.920,75	11.339.213,93
C. Valenciana	2.791.931	24.117.499	20.294.160,80	20.103.579,66	20.564.208,13	22.818.779,60	27.827.223,57
Extremadura	-6.618.470	-7.391.477	-5.554.832,64	-6.951.635,26	-4.858.900,05	-4.341.982,69	-8.239.565,86
Galicia	145.629	3.262.728	967.832,49	3.539.861,26	4.453.402,58	5.345.763,11	6.702.466,98
Madrid	27.768.599	26.285.367	19.387.659,68	16.164.363,64	9.668.474,35	-398.753,37	-4.891.018,01
Murcia	-2.446.086	-4.154.879	-4.939.856,35	-1.010.105,98	-623.924,42	-94.837,47	-81.613,73
Navarra	-760.809	-468.972	-962.363,22	-1.046.216,54	-909.116,04	-467.945,68	596.910,10
P. Vasco	-14.397.148	-18.667.582	-16.684.159,41	-15.365.041,85	-16.164.474,56	-19.319.465,16	-22.377.053,11
Rioja	-1.685.069	-3.369.664	-3.825.120,12	-4.355.224,17	-5.593.120,52	-4.246.639,56	-5.346.421,50
Ceuta	-1.914.763	-2.030.744	-1.682.116,13	-1.672.588,66	-2.696.187,23	-2.366.172,71	-2.689.506,75
Melilla	-1.725.813	-2.179.840	-1.713.961,89	-1.229.881,79	-1.549.390,34	-2.046.377,62	-2.682.372,69
INGESA	-257.141	-132.462	-89.129,95	-80.459,45	-62.921,47	-41.340,69	-55.207,84

Fuente: MSCBS, 2021a, 2021c.

Utilizando los saldos del FCS y FOGA es posible crear una tipología que permite identificar las CC.AA deudoras, acreedoras y con resultados mixtos en ambos fondos. En la Figura 4 se utiliza un gráfico de dispersión donde el eje de las X muestra el saldo en FCS y el eje de las Y el saldo en FOGA. En el cuadrante I vemos las CC.AA acreedoras netas, es decir con saldos positivos en ambos fondos (Valencia, Cantabria y Andalucía). En el cuadrante II observamos las CC.AA deudoras en FCS (saldo negativo) pero acreedoras en FOGA (saldo positivo) (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Baleares, La Rioja, Murcia, Navarra y Extremadura). En el cuadrante III encontramos las CC.AA deudoras netas, es decir con saldos negativos en ambos fondos (Aragón, Canarias, Asturias y País Vasco). Ceuta y Melilla también pertenecen a este tercer grupo. Por último, en el cuadrante IV observamos a las demás CC.AA con resultados mixtos, en este caso deudoras en FOGA (saldo negativo) y acreedoras en FCS (saldo positivo) (Cataluña y Madrid).

FIGURA 4. TIPOLOGÍA DE CC.AA DEUDORAS Y EMISORAS DE LIQUIDACIONES

Fuente: MSCBS, 2021a, 2021c. Cálculos propios.

Los datos permiten a su vez conocer de qué partidas provienen esos saldos totales (positivos o negativos). Es decir, es posible desglosar la liquidación del FCS por cada uno de los tres Anexos para conocer los saldos positivos y negativos parciales en atención hospitalaria (Anexo 1), procedimientos ambulatorios (Anexo 2), y CSUR (Anexo 3). Asimismo, es posible desglosar la liquidación total de FOGA por atención primaria y farmacia. La Figura 5 muestra la liquidación definitiva desglosada del FCS y FOGA para 2020 en cada uno de los grupos presentados anteriormente.

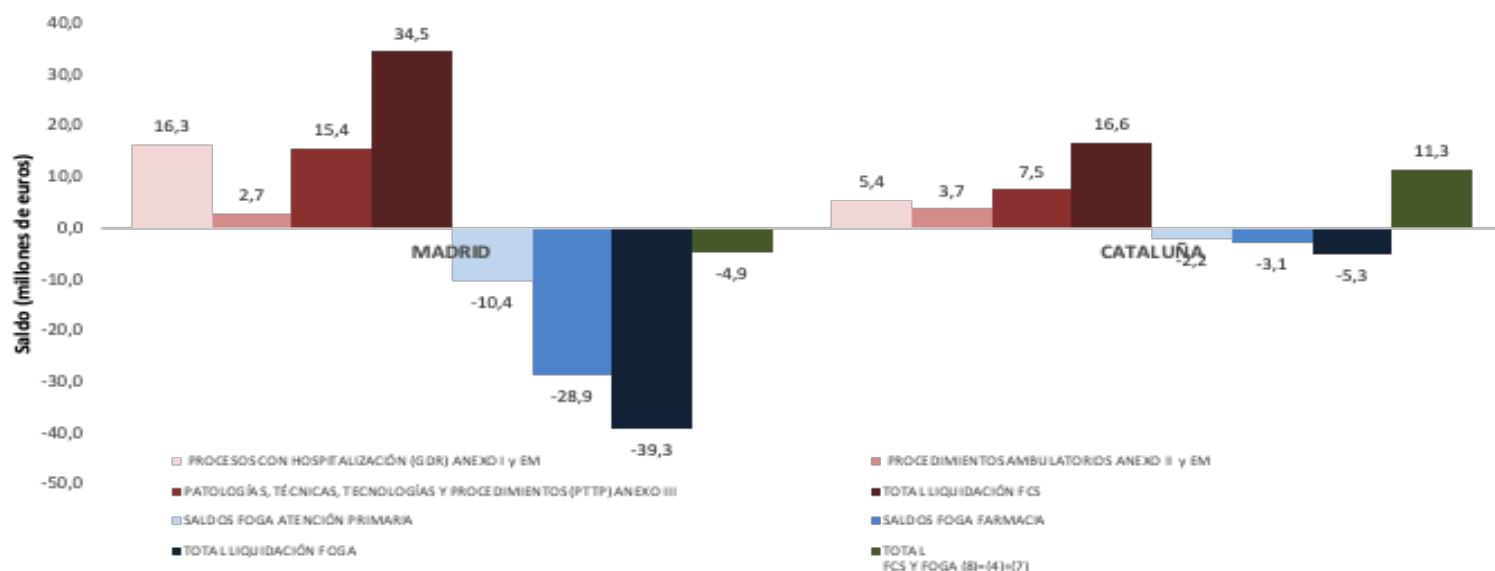
Siete CC.AA presentan saldos positivos al observar el total de FCS y FOGA (Valencia, Cataluña, Cantabria, Galicia, Castilla y León, Andalucía y Navarra). El resto de CC.AA –lideradas por Extremadura, Aragón y La Rioja– junto a Ceuta y Melilla presentan un saldo total negativo.

La Comunidad Valenciana (27,8 millones de euros), Cantabria (11,3 millones de euros) y Andalucía (4 millones de euros) son las únicas tres CC.AA que presentan un saldo positivo en todas las áreas/Anexos del FCS y FOGA. Por el contrario, Ceuta, Melilla, Asturias, Canarias, y Aragón presentan saldos negativos en todas las áreas/Anexos del FCS y FOGA. Es decir, aquí podemos claramente identificar a las CC.AA acreedoras y deudoras en cada una de las áreas de compensación de pacientes desplazados.

Como se desprende de la Figura 5, Madrid y Cataluña tienen los principales saldos positivos en el Anexo 3, lo que se puede explicar porque son las CC.AA donde se concentra la mayoría de CSUR. Al mismo tiempo, observando las cifras del FOGA, estas dos CC.AA presentan saldos negativos por la movilidad de residentes hacia otras CC.AA, sobre todo por motivos de turismo. En este sentido, los expertos entrevistados hacen una diferenciación entre desplazados veraniegos y los del resto del año, que por la naturaleza de los datos no resulta posible captar empíricamente. Los desplazamientos veraniegos suelen ser de población más joven –en mejor estado de salud–, y con estancias de una duración más corta, por lo que suelen ge-

nerar una menor demanda sanitaria y por consecuencia resulta menos onerosa. Los desplazamientos en el resto del año, en particular los de la época invernal, suelen presentar un mayor coste debido a que con frecuencia los desplazados son personas jubiladas. Una mayor edad trae consigo una mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas, con tratamientos farmacéuticos más intensos y costosos. Sin embargo, también es cierto que esa población flotante aumenta las arcas de las CC.AA receptoras, ya que la mitad de los impuestos al valor añadido (IVA) son percibidos por esas CC.AA (Entrevista 3).

FIGURA 5. SALDOS DEL FCS, FOGA Y TOTAL DESAGREGADOS POR ANEXO/ÁREA (2020)



Fuente: MSCBS, 2021a, 2021c. Cálculos propios.

Podemos destacar dos propuestas de reforma ante el reto financiero derivado de la movilidad de pacientes a partir de las entrevistas con informantes clave. Gran parte de las CC.AA han expresado su deseo de volver a disponer de fondos finalistas para responder a gastos de sus pacientes derivados a otras CC.AA. Es decir, se aboga porque ambos fondos vuelvan a tener naturaleza presupuestaria. El retorno al carácter presupuestario de los fondos, reduciría las reticencias de los SRS a prestar servicios sanitarios a pacientes desplazados, ya que se reduciría enormemente la incertidumbre respecto al cobro de dichos tratamientos.

En segundo lugar, se aboga por la transformación del sistema de información del SNS para posibilitar la compensación de gastos. Como señala Rodríguez-Vigil (2012), los sistemas de información y de estadística sanitaria de la mayoría de los SRS han sido construidos como compartimentos prácticamente estancos. A pesar de las importantes mejoras introducidas en el intercambio de informaciones entre Gobierno central y los SRS en los últimos años (entrevistas 2, 4, 5, 6), esa situación no solamente sigue dificultando las comparaciones o el desarrollo de una visión global del sistema, sino que hace imposible reconstruir los flujos de pacientes entre CC.AA y las compensaciones financieras correspondientes. En ese sentido, el sistema de información que facilita los mecanismos de la tarjeta sanitaria interoperable, la receta electrónica y el historial clínico electrónico, podría también permitir facturar y liquidar gastos cruzados entre CC.AA. Esto no solo facilitaría la compensación de gastos, sino que al igual que en la primera propuesta, incentivaría la captación de pacientes al existir mecanismos de garantía de cobro.

CONCLUSIONES

En el presente artículo, hemos analizado el funcionamiento del SNS en relación al fenómeno de la movilidad de pacientes y a las dinámicas de adaptación institucional a la misma, abordando las dificultades existentes en la aplicación de mecanismos de coordinación para la derivación de pacientes entre CC.AA en el marco de un sistema sanitario descentralizado. El estudio se ha centrado tanto en los equilibrios políticos

entre las autoridades sanitarias de los Gobiernos central y autonómicos, como en el plano de la gobernanza horizontal a través de acuerdos bilaterales entre CC.AA, profundizando en el conocimiento sobre los ajustes presupuestarios a la hora de atender a una población crecientemente móvil.

Como hemos reflejado a lo largo de este estudio, una combinación de obstáculos institucionales, presupuestarios y políticos dificultan el acceso efectivo de los pacientes a la cartera de servicios del SNS fuera de su comunidad de residencia, comprometiendo de ese modo el objetivo de garantizar el derecho de acceso a la atención sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del país.

Con relación a la prestación de asistencia sanitaria en centros altamente especializados, el establecimiento de CSUR facilita el que no se tengan que multiplicar por 17 el número de centros de referencia donde se atienden enfermedades y dolencias que requieran una alta especialización médica y técnica. Los CSUR son una pieza fundamental en la búsqueda de mecanismos que garanticen la cobertura efectiva de la atención sanitaria, pero el reto financiero dificulta que pueda cumplir sus objetivos. Para que no dependa de la buena voluntad del Gobierno central, será necesario repensar la manera de revertir el carácter extra-presupuestario de los fondos asignados al CSUR (Anexo 3 del FCS), así como de los otros anexos del FCS, e inclusive el FOGA.

El segundo reto hace referencia a la prestación de asistencia sanitaria en zonas limítrofes entre CC.AA. Si bien la asistencia sanitaria constituye un ámbito central de la colaboración horizontal en el sistema sanitario español, las oportunidades de cooperación horizontal en esa materia no han sido plenamente aprovechadas por las CC.AA. Más bien podemos señalar un deterioro progresivo de esta forma de cooperación horizontal en los últimos diez años debido, de nuevo, a retos de naturaleza esencialmente financiera. Vimos cómo la crisis financiera de 2007-2008 marcó un punto de inflexión en el número de convenios y acuerdos de cooperación horizontal en materia sanitaria. La literatura resalta como además este punto de inflexión aumentó la variabilidad en la calidad de la atención sanitaria a través de las CC.AA (Kölling, 2020). Además, utilizando como ejemplo el conflicto surgido entre La Rioja y el País Vasco en 2011, hemos puesto de relieve como la existencia de deficiencias financieras y de gestión puede convertirse fácilmente en conflictos políticos, que en última instancia afectan al derecho de los pacientes a recibir asistencia sanitaria.

De forma transversal, hemos abordado el reto financiero, que se agrava ante la práctica desaparición de los fondos destinados a financiar la movilidad de pacientes entre SRS. En un ejercicio de racionalidad, la falta de financiación conlleva reticencias por parte de las CC.AA a la hora de atender a residentes de otras CC.AA. Ante esta realidad, evaluamos los saldos de liquidaciones y clasificamos las CC.AA en una de cuatro categorías según su perfil deudor o acreedor en el FCS y el FOGA. Además, evaluamos el saldo total de liquidaciones de FCS y FOGA y encontramos cierta confluencia en CC.AA tanto para el periodo temporal 2014-2020 (promedio), como para el último año disponible (2020). Valencia, Cataluña, Cantabria, Andalucía y Galicia mantienen la categoría de CC.AA acreedoras, tanto en el indicador histórico, como en el último año disponible. Por el contrario, País Vasco, Castilla La Mancha, Extremadura y Aragón lideran la categoría de CC.AA deudoras en ambos indicadores.

Entre las limitaciones del estudio podemos destacar dos relacionadas a la disponibilidad de datos e información. Por un lado, no existe un registro completo de acuerdos y convenios bilaterales ya que no todos los acuerdos de cooperación tienen que pasar por las Cortes Generales, por lo que resulta complejo tener un mapa real de la diversidad de herramientas de cooperación horizontal en materia sanitaria en España. Por otro lado, los datos disponibles de liquidaciones del FCS y FOGA no permiten confirmar el impacto de desplazamientos en distintas épocas del año o por diferentes grupos de edad. Si bien es posible saber cómo las partidas del Anexo 1, 2 y 3 del FCS y la atención primaria y farmacia del FOGA contribuyen al saldo total de liquidaciones, los datos disponibles no permiten conocer cómo cada CC.AA contribuye al saldo positivo o negativo de otra CC.AA. Por ejemplo, el saldo positivo de Cataluña para 2020 en FCS es superior a 16 millones de euros y el saldo negativo del FOGA es superior a los 5 millones de euros. Con la desagregación actual de los datos sabemos que el Anexo 3 es el que más contribuye al saldo positivo del FCS (45,1 %) y que Farmacia contribuye al 58 % del saldo negativo en el FOGA. Lo que no sabemos es cuánto contribuyen los residentes en Cataluña a los saldos negativos de su Comunidad, en qué otra Comunidad fueron atendidos, o de dónde provienen los pacientes desplazados que son atendidos en Cataluña.

A partir de la experiencia de los informantes claves que colaboraron con nuestra investigación planteamos ciertas recomendaciones de políticas que merecerían ser estudiadas con objeto de facilitar el cumplimiento de la cobertura efectiva del sistema sanitario público descentralizado en cualquier lugar del territorio. Así, por ejemplo, la discrecionalidad burocrático-administrativa a la hora de materializar el acceso a un SRS distinto al de donde se tiene fijada su residencia habitual se podría reducir mediante la formación de

los llamados «funcionarios de ventanilla» para que la universalidad del acceso al SNS en base a un criterio de residencia en el país vaya por delante de cualquier otra consideración o criterio de elegibilidad. Dotar de personalidad jurídica e imagen propia al SNS como institución resultante de la agregación de los SRS facilitaría la coordinación y la eficiencia del sistema al otorgarle visibilidad entre profesionales y ciudadanos. Establecer un sistema de imputación automática de gastos incurridos por los pacientes desplazados con cargo al SRS de su comunidad de residencia habitual, compaginándolo con el restablecimiento de los fondos presupuestarios del SNS para financiar (al menos parcialmente) el coste derivado de la atención sanitaria de población desplazada permitiría eliminar los obstáculos financieros a la materialización del derecho de acceso al sistema sanitario en todo el territorio nacional.

En esta investigación hemos contribuido a ampliar el conocimiento acerca de la relación entre movilidad de pacientes y cooperación sanitaria en el conjunto del sistema sanitario español. Asimismo, hemos destacado retos y obstáculos que, al ser atendidos, pueden contribuir a una coordinación horizontal y vertical más eficiente para garantizar el derecho de acceso de todos los ciudadanos a la atención sanitaria, sin importar el lugar donde se encuentren a la hora de requerir asistencia. Además, hemos destacado la necesidad de optimizar la utilización de los recursos destinados a financiar la movilidad sanitaria. Futuras investigaciones deberán abordar en mayor profundidad los determinantes del diferente grado de participación de las CC.AA en dichas herramientas de coordinación y cooperación, así como las posibles relaciones entre –y el peso relativo de– diferentes variables (incluyendo, pero no limitándose, a las variables institucionales-políticas y financieras) a la hora de explicar las respuestas nacionales y autonómicas al reto de la movilidad de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación HHT España (2017, 8 de noviembre). *Las derivaciones a otros hospitales: problemas y vías de solución* [Nota de prensa]. Asociación HHT España. <https://www.asociacionhht.org/2017/11/08/las-derivaciones-a-otros-hospitales-problemas-vias-solucion/>
- Balia, S., Brau, R. y Marrocu, E. (2018) Interregional patient mobility in a decentralized healthcare system. *Regional Studies*, 52(3), 388-402. <https://doi.org/10.1080/00343404.2017.1307954>
- Bohigas Santasusagna, L. y de la Puente Martorell, M. L. (2007). El Sistema Nacional de Salut i els sistemes de salut autonòmics. Evolució i perspectives. En *Política sanitària i Comunitats Autònomes: seminari, Barcelona, 14 de novembre de 2006*. Generalitat de Catalunya y Institut d'Estudis Autonòmics.
- Comisión Europea (2017). *European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice*. EU Publication Office. https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice#:~:text=European%20Cross%2DBorder%20Cooperation%20on%20Health%3A%20Theory%20and%20Practice,-Additional%20tools&text=Cross%2Dborder%20cooperation%20on%20health%20firstly%20aims%20to%20facilitate%20border,of%20patients%20and%20health%20professionals
- Délano, A. (2014). The diffusion of diaspora engagement policies: A Latin American agenda. *Political Geography*, 41, 90-100. <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2013.11.007>
- Del Pino, E. y Ramos, J. (2018). Is Welfare Retrenchment Inevitable? Scope and Drivers of Healthcare Reforms in Five Spanish Regions During the Crisis. *Journal of Social Policy*, 47(4), 701-720. <https://doi.org/10.1017/S0047279418000077>
- Del Pino, E. y Rubio, M. J. (2013). *Los Estados de bienestar en la encrucijada: Políticas sociales en perspectiva comparada*. Tecnos.
- Europa Press (2011, 5 de diciembre). *PNV pide una solución «urgente» al conflicto sanitario entre el País Vasco y La Rioja*. Europa Press. <https://m.europapress.es/nacional/noticia-pnv-pide-solucion-urgente-conflicto-sanitario-pais-vasco-rioja-20111205131354.html>
- Fariñas Álvarez, C. (2015). Impacto de la implementación de sistemas de gestión de la calidad en la mejora de la atención sanitaria. *Revista Médica Valdecilla*, 0(0), 11-15. <http://hdl.handle.net/10902/13784>
- Freire, J. M. (2007). Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España. *Derecho y Salud*, 15(Extraordinario Foro SESPAS-AJS – 2007), 41-59. <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-15-extraordinario-foro-sespas-ajs-2007/los-sistemas>
- Gallego, R., Barbieri, N., de Gispert, C., González, S. y Vilata, M. (2018). Constraints on political autonomy in decentralized Spain? Analysing the impact of territorial financing and governments' ideology on regional policy-making. *Revista de Estudios Políticos*, 180, 131-162. <https://doi.org/10.18042/cepc/rep.180.05>
- García Morales, M. J. (2011). Convenios de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas y entre Comunidades Autónomas. En Tornos Mas, J. (edit.), *Informe Comunidades Autónomas 2010* (pp. 149-166). Disponible en: <http://idpbarcelona.net/coleccion-informe-comunidades-autonomas/autores-del-informe-comunidades-autonomas/garcia-morales-maria-jesus/>

- Greer, S. L. (2010). How Does Decentralization Affect the Welfare State? Territorial Politics and the Welfare State in the UK and the US. *Journal of Social Policy*, 39(2), 181-201. <https://doi.org/10.1017/S0047279409990407>
- Hernández, P. (2015, 2 de Octubre). La Junta justifica la ruptura del acuerdo con Madrid por su alto coste. *ABC*. <https://www.abc.es/comunidad-castillalamancha/20151002/abcp-psoe-podemos-dicen-convenio-20151002.html>
- Holzmann, R. (2016). *Do Bilateral Social Security Agreements Deliver on the Portability of Pensions and Health Care Benefits? A Summary Policy Paper on Four Migration Corridors Between EU and Non-EU Member States*. IZA Institute of Labor Economics [IZA Policy Paper No. 111]. <https://www.iza.org/publications/pp/111/do-bilateral-social-security-agreements-deliver-on-the-portability-of-pensions-and-health-care-benefits-a-summary-policy-paper-on-four-migration-corridors-between-eu-and-non-eu-member-states>
- Holzmann, R., Koettl, J. y Chernetsky, T. (2005). *Portability Regimes of Pension and Health Care Benefits for International Migrants: An Analysis of Issues and Good Practices* [Social Protection Discussion Paper, n.º 0519]. World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/202471468137096565/Portability-regimes-of-pension-and-health-care-benefits-for-international-migrants-an-analysis-of-issues-and-good-practices>
- Jordan, J. (2011). Health Care Politics in the Age of Retrenchment. *Journal of Social Policy*, 40(1), 113-134. <https://doi.org/10.1017/S0047279410000528>
- Kleider, H. y Lopes, L. S. (2021). Social policy in decentralized countries. En L. Lago (ed.), *Handbook on Decentralization, Devolution and the State* (pp. 303-321). Edward Elgar Publishing.
- Kölling, M. (2020). Federalism and the COVID-19 crisis: A perspective from Spain. *Cuadernos Manuel Giménez Abad*, 19, 41-43.
- Konstantinidou, A. (2019). The external dimension of social protection: EU nationals' access to social protection in third countries [Paper presentation]. *ECPR Joint Sessions 2019: Migrants' Access to Welfare in Times of Crisis: Policy Transformations and Migrants' Experiences in the EU*, Mons, 8-12 April 2019. <https://ecpr.eu/Events/Event/PaperDetails/44591>
- LaRioja.com (2011, 16 de noviembre). Olabarria descalifica la actitud «bastarda» del presidente de La Rioja. *LaRioja.com*. https://www.larioja.com/20111116/local/region/ccaa-olabarria-descalifica-actitud-201111161303_amp.html
- LaRioja.com (2011, 2 de diciembre). López acusa a Sanz de intentar que las mujeres no aborten en La Rioja. *LaRioja.com*. <https://www.larioja.com/20111202/local/region/ccaa-lopez-acusa-sanz-201112021246.html>
- Lafleur, J. M. y Vintila, D. (2020). *Migration and Social Protection in Europe and Beyond (Volume 2). Comparing Consular Services and Diaspora Policies* [IMISCOE Research Series]. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-51245-3>
- McEwen, N. y Moreno, L. (eds.) (2005). *The Territorial Politics of Welfare*. Routledge.
- Milone, C. (2012). La cooperación entre Comunidades Autónomas en la Constitución de 1978 [Documento de Trabajo, P2012/02]. Fundación Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía. Disponible en <http://www.centrodeestudiosandaluces.info/PDFS/P201202.pdf>
- Moreno, L. (ed.) (2009). *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Siglo XXI.
- Mota, F. y García-Albacete, G. M. (2016). Evaluación ciudadana de las políticas autonómicas de bienestar educación y sanidad (1998-2010). En R. Gallego Calderón (ed.), *Descentralización y desigualdad en el estado autonómico* (pp. 35-68). Tirant lo Blanch.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – MSCBS (2021a). *Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria y Fondo de Garantía Asistencial* [base de datos].
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – MSCBS (2021b). *Relación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud designados para la atención o realización de las patologías o procedimientos que se indican*. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/ListaCSUR.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – MSCBS (2021c). *Saldos por anexos* [Base de datos].
- Oliveras González, X. y Trillo Santamaría, J. M. (2014). Fronteras en el contexto español. ¿Barreras o puentes para la cooperación sanitaria? *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 60(1), 135-159. <https://doi.org/10.5565/rev/dag.64>
- Pierson, P. (1995). Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance*, 8(4), 449-478. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.1995.tb00223.x>
- Público.es (2011, 15 de noviembre). Sanidad afea a La Rioja que no atienda a los alaveses. *Público.es*. <https://www.publico.es/espana/sanidad-afea-rioja-no-atienda.html>
- Redacción Médica (2011, 29 de noviembre). El conflicto sanitario entre País Vasco y La Rioja, encallado. *RedacciónMédica.com*. <https://www.redaccionmedica.com/noticia/el-conflicto-sanitario-entre-pais-vasco-y-la-rioja-esta-encallado-1007>
- Redacción Médica (2013, 12 de septiembre). País Vasco y La Rioja basan en la «colaboración» su nuevo convenio sanitario. *RedacciónMédica.com*. <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/pais-vasco/pais-vasco-y-la-rioja-basan-en-la-colaboracion-su-nuevo-convenio-sanitario-6742>
- Redacción Médica (2015, 29 de agosto). *El Fondo de Cohesión Sanitaria no ha desaparecido*. *RedacciónMédica.com*. <https://www.redaccionmedica.com/noticia/el-fondo-de-cohesi-n-sanitaria-no-ha-desaparecido--86216>
- Repullo Labrador, J. R. (2007). Los instrumentos extra-competenciales para el gobierno del SNS. *Derecho y Salud*, 15(Extraordinario Foro SESPAS - AJS – 2007), 11-26. <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-15-extraordinario-foro-sespas-ajs-2007/los-instrumentos-extra>

- Repullo, J. M. y Freire, J. M. (2016). Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 30(S1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.016>
- Resolución de 17 de noviembre de 2020, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ejercicio 2017. *Boletín Oficial del Estado*, 25, de 29 de enero de 2021. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-1331
- Rico, A., González, P. y Fraile, M. (1999). La descentralización sanitaria en España: autonomía política y equidad social. En J. M. Maravall Herrero (ed.), *Políticas de bienestar y desempleo. III Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza* (vol. 2). Visor. Fundación Argentaria.
- Rodríguez-Vigil Rubio, J. L. (2012). El reto de la cohesión del sistema nacional de salud español. En J. M. Pemán Gavín y M. Kölling (eds.), *La descentralización sanitaria* (pp. 87-116). Fundación Manuel Giménez Abad.
- Sánchez Fernández, A. (2007). La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: nuevo intento de coordinación. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 5(3), 427-433.
- Solozábal Echavarría, J. J. (2006). *Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico* [Documento de trabajo, 89/2006]. Fundación Alternativas.
- Subirats, J. y Gallego, R. (eds.) (2011). *Autonomies i Desigualtats a Espanya: Percepcions, evolució social i polítiques de benestar*. Institut d'Estudis Autonòmics.
- Tediosi, F., Gabriele, S. y Longo, F. (2009). Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience? *Health Policy*, 90(2-3), 303-312. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.10.012>
- Tribunal de Cuentas (2020). *Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ejercicio 2017*. Disponible en: <https://www.tcu.es/repositorio/d40bc64e-708d-44e0-b10f-d00bd13bcc15/I1364.pdf>
- Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30(S1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>