

Presentación

D^a. MARÍA AGELES RIVERO MARÍN

Excmas. e Ilmas. Autoridades, Miembros del Comité Científico y Organizador, Ponentes, Congressistas, Amigos:

Es para mí una satisfacción presentar a Uds. al Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Bienestar Social D. Carlos Fernández Carriedo, quien va a encargarse de impartir la Conferencia Inaugural de este VII Congreso de Economía Regional de Castilla y León.

El Consejero es una persona especialmente cualificada para desempeñar este propósito; por su conocimiento profundo de la evolución y la situación actual de la economía en Castilla y León, y por su rotunda implicación con los problemas de la misma desde múltiples puntos de vista: como persona inquieta, preocupada y siempre comprometida con su entorno, como investigador y analista riguroso y desde luego, como decidido gestor y responsable de la Administración Pública.

La vinculación de Carlos Fernández Carriedo con Castilla y León surge desde el principio, desde su nacimiento. Es en Monzón de Campos, en Palencia, donde ve por primera vez la espléndida luz de Castilla.

Enseguida, su preocupación por las cuestiones económicas le lleva a licenciarse en Economía en la Universidad de Valladolid y posteriormente a acceder al Cuerpo Superior de la Administración de la Comunidad Autónoma en la Escala Económico-Financiera.

La definición de su interés por la economía regional le ha conducido siempre a ser autor y coautor de numerosos estudios, publicaciones, artículos y conferencias sobre la sociedad, la población, y la economía de Castilla y León. Aunque hay que destacar que siempre analizó la economía regional desde la única perspectiva válida para abordar esta cuestión: intentando establecer el contexto de los procesos desarrollados en otros niveles, nacionales, internacionales y, qué duda cabe, el proceso de integración de la Unión Europea.

Cuando se contempla su curriculum, seguramente destaca la sensación de que hay una especial concurrencia en él de dos tipos de elementos. Primero, los que le definen claramente como alguien que siempre ha asumido trascendentes responsabilidades. Por otra parte, notas propias de quien mantiene la convicción de que es necesario establecer las intervenciones sobre fundamentos muy rigurosos.

Ha desempeñado las tareas de Técnico de la Dirección General de Economía y Planificación, Secretario del Comité de Inversiones Públicas de Castilla y León y Vocal del Grupo de Trabajo de Incentivos Económicos Territoriales, Miembro del Consejo Económico y Social de Castilla y León y Vicepresidente de la Comisión de Inversiones e Infraestructuras de este órgano.

Desde 1989 hasta 1995 ha sido Jefe del Servicio de Estudios de la Consejería de Economía y Hacienda, centrándose especialmente sus competencias en el ámbito de la Programación Económica y Social, las Inversiones Públicas, los Estudios Socio-Económicos y la Estadística.

Entre 1995 y 1999 ha sido Director General de Presupuestos y Programación de la Junta de Castilla y León.

Desde julio de 1999 desempeña el cargo de Consejero de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Finalmente, es necesario destacar que ha dirigido la elaboración de los últimos Planes de Desarrollo Regional y de diversos Programas Operativos cofinanciados por la Unión Europea.

Además, de todo esto, Carlos Fernández Carriedo es alguien muy próximo al proyecto de celebración de estos congresos. De hecho, en anteriores ediciones del mismo ha sido uno de sus agentes fundamentales.

Seguro que hay muchas personas aquí que han compartido con él estas y otras tareas. Ellos conocen bien su competencia y su buen hacer, su espíritu de trabajador infatigable, el entusiasmo que siempre contagia cuando está convencido de la obra que quiere realizar, su honestidad y su talante.

El tema que ha elegido para desarrollar en esta Conferencia Inaugural es no solo pertinente, por supuesto, sino especialmente relevante. Si pretendemos establecer las estrategias adecuadas para configurar el mejor futuro para nuestra región, resulta extremadamente significativo intentar garantizar el nivel de bienestar que para todo el mundo significa el acceso a los servicios esenciales, como la Sanidad.

Les dejo ya con él, sin antes reiterar mi satisfacción, que, no puedo por menos de decir, se produce también a nivel personal, ya que hace años venimos desarrollando una buena relación, precisamente basada en compartir horas de preocupación y de debate sobre muchos de los problemas que aquí vamos a tratar en los próximos días.

Introducción

El honor de afrontar la primera ponencia en este Congreso de Economía Regional no ha recaído en quien les habla, estoy seguro, por causa de una trayectoria personal anterior como Vocal, e incluso como Presidente del Comité Organizador, en algunas de sus anteriores ediciones. Tampoco ha de deberse, creo, al desempeño en el pasado por mi parte de responsabilidades de índole económica como Director General de Presupuestos y Programación. Dado que el tiempo, inexorable, me aleja cada vez más del momento en que ejercí tales responsabilidades, mi aportación personal con base en tales experiencias tendría en todo caso, si se me permite la expresión, una utilidad marginal decreciente para los asistentes a un foro económico del prestigio de este Congreso.

La razón de que éste brinde el honor de abrir sus ponencias al actual Consejero de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León ha de ser más bien, con toda probabilidad, el interés que la Sanidad y los Servicios Sociales despiertan -esta vez sí con utilidad marginal creciente- en el ámbito de la ciencia económica.

Un interés en auge no sólo por el enorme atractivo intelectual inherente al estudio económico de la evolución de estos sistemas de protección, cruciales en el Estados del Bienestar, sino también en el escenario castellano y leonés y español del aquí y el ahora, de cara al desarrollo de nuestra sociedad en el horizonte del Siglo XXI.

La abundante producción de literatura científica en el campo de la Economía de la Salud a la que asistimos, constituye un indicador relevante de ese interés cada vez mayor por los aspectos económicos de los Sistemas de Salud y de Acción Social. En realidad, y al margen de alguna aislada manifestación, la aproximación económica a estos ámbitos no se generaliza hasta los años 70, experimentando un auge creciente a partir de la década de los 80, con aportaciones cada vez más interesantes que se extienden hasta nuestros días. El hecho de que una publicación tan prestigiosa como *Papeles de Economía Española*, patrocinada por la Fundación de las Cajas de Ahorros Confederadas, haya dedicado monográficamente alguno de sus números a la Economía de la Salud es, creo, muy significativo.

A este respecto quisiera destaca, en primer lugar, el carácter positivo de la aportación que la ciencia económica viene realizando a la mejora y a la sostenibilidad de los modernos sistemas sociales de protección. Y ello en contraposición a algunas voces que insisten, todavía hoy, en sostener una hipotética "inaplicabilidad moral" de la ciencia económica a cualquier debate que tenga por trasfondo el desarrollo de dichos sistemas.

Hay dos hechos, y subrayo "hechos" en la medida en que son tales, y no apreciaciones subjetivas, que es necesario reconocer en este orden de cosas:

- Por un lado, que el problema fundamental de la Economía -la asignación de recursos escasos a necesidades tendencialmente ilimitadas- es también un problema fundamental de los sistemas de salud y de servicios sociales en todos y cada uno de los países del mundo. Podríamos decir que la salud no tiene precio, pero la Sanidad y los Servicios Sociales tienen un coste. La Economía puede, por tanto, introducir perspectivas útiles e interesantes para aumentar tanto la eficiencia asignativa como la garantía de sostenibilidad de estos sistemas.

- Por otro lado, es un hecho también, y como tal es de justicia admitirlo, el esfuerzo realizado en los últimos tiempos por la ciencia económica a fin de superar cualesquiera limitaciones "éticas" en sus herramientas de análisis. Numerosos estudiosos individuales y equipos de investigación se están centrando en intentar dotar a la Economía de métodos de trabajo y modelos conceptuales capaces de respetar y traducir los valores éticos, sociales y políticos propios de nuestro Estado del Bienestar.

Baste señalar el surgimiento, a partir del análisis coste-beneficio, de técnicas más completas y sofisticadas como el análisis coste-efectividad o el análisis coste-utilidad, dirigidas a superar la mera aproximación monetaria a la evaluación de los programas de salud mediante la incorporación de los valores éticos propios de la sociedad. La mera referencia a "cantidad de vida" es sustituida, así, por indicadores cada vez más ricos y complejos, tales como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), y se prosigue intentando ampliar los modelos teóricos con el fin de no desatender, en los análisis, ninguna de las prioridades que son comúnmente aceptadas en el marco de un Estado Social.

En segundo lugar quisiera destacar que esta aportación de la ciencia económica cada vez es tenida más en cuenta por parte de las máximas autoridades sanitarias a nivel mundial. En este sentido, basta leer el reciente *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, para comprobar cómo las recomendaciones de la OMS para todos los países del mundo están teñidas de apreciaciones y criterios extraídos de la ciencia económica, como queda reflejado en la propia bibliografía incorporada al mencionado Informe, que se centra en aportar orientaciones para "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud".

Por tanto, los estudios económicos dirigidos a aumentar la eficiencia de los sistemas de protección social son intrínsecamente beneficiosos, y así se recoge por la propia Organización Mundial de la Salud, para garantizar la adecuada evolución de dichos sistemas. La aproximación a la Sanidad y a los Servicios Sociales por parte de la ciencia económica en absoluto se reduce a buscar criterios de "eficiencia", sino que tiene mucho que aportar, asimismo, en los terrenos de redistribución, la igualdad y la equidad, valores propios también del análisis científico económico.

Estos factores avisan suficientemente del reduccionismo implícito en esa actitud, todavía frecuente, de rechazar cualquier propuesta dentro de estos ámbitos calificándola, sencillamente, de "economicista". La ciencia de la Economía, y en particular la Economía de la Salud, puede y debe contribuir a una asignación de recursos más eficiente y puede además proporcionar criterios útiles de cara a garantizar la equidad. Afirmar lo contrario únicamente es posible desde postulados muy poco científicos.

En tercer lugar, y por último, me gustaría también resaltar las posibilidades que ofrecen las técnicas de la investigación operativa para mejorar los sistemas de cobertura pública en sus múltiples facetas: elaboración de mapas sanitarios, toma de decisiones sobre la ubicación de servicios, entre otras.

Sin duda, la Economía ofrece cada vez mejores herramientas y resulta de mayor interés en el ámbito de los sistemas de protección social. Pero no es menos cierto que la Sanidad y los Servicios Sociales ejercen también una atracción creciente para la ciencia económica. El interés y el beneficio mutuo por parte de estos dos ámbitos se traduce en una suerte de simbiosis: por una parte, la Economía se impregna de los principios de igualdad, equidad y redistribución. Por otra, la Sanidad y los Servicios Sociales se benefician cada vez más de las herramientas de la ciencia económica en orden a aprovechar con mayor eficacia los medios materiales y humanos que tienen asignados.

Muchos economistas no entenderíamos la ciencia económica si el crecimiento no contribuyera, también, a alcanzar mayores cotas de solidaridad y de cohesión social. De la misma forma, hoy no podrían entenderse la Sanidad y los Servicios Sociales sin el objetivo de que los recursos que la sociedad pone a disposición de sus gestores sean utilizados con el máximo rendimiento y la máxima satisfacción para los ciudadanos. Los impuestos con los que éstos contribuyen al sostenimiento de ambos sistemas es justo que reviertan en la sociedad en forma de mejores servicios y de mayor solidaridad.

Me gustaría dar, a modo de pinceladas, una serie de datos que justifican sobradamente, a mi entender, el interés de la Economía por la Sanidad y los Servicios Sociales, y muy particularmente en el caso de Castilla y León.

- En primer lugar, el peso relativo a la Sanidad y los Servicios Sociales en la economía es mayor en Castilla y León que en el conjunto de España. Y ello tanto si lo medimos en términos de Valor Añadido Bruto, en términos de empleo total o en términos de remuneración de asalariados. En Valor Añadido Bruto, este peso es en Castilla y León del 5,94%, frente al 5,42% que caracteriza al conjunto de España. En empleo total, la Sanidad y los Servicios Sociales contribuyen en Castilla y León en un 6,48%, frente al 5,64% de su contribución en España. Atendiendo, por fin, a la remuneración de asalariados, el peso de estos sectores en nuestra Comunidad es del 9,95%, frente al 7,71% en el conjunto del país, todo ello conforme a datos de la Contabilidad Regional de España referidos a 1997.

- De esta forma, la participación de la Sanidad y los Servicios Sociales en nuestra economía regional es superior a la media de España en todos los ámbitos: un 10 % superior en términos de VAB; un 15% superior en términos de empleo, y un 29% superior, también, en términos de remuneración de asalariados.

- Esta gran relevancia económica de la Sanidad y los Servicios Sociales en Castilla y León se ve respaldada por la amplitud y extensión de las redes y estructuras de que se ha dotado. Por citar algunos ejemplos, quisiera aludir:

1. A nuestra amplísima red de Atención Primaria, con 218 centros de salud y 3.400 consultorios locales distribuidos a lo largo y ancho de nuestro extenso territorio, con más de 200 puntos de atención continuada que prestan atención las 24 horas de los 365 días del año: más del cuádruple que la Comunidad de Madrid, cuya población sin embargo duplica a la de Castilla y León. En recursos humanos de Atención Primaria, tenemos la mejor dotación por habitante de todo el país, con un médico y un enfermero por cada poco más de 1.000 castellanos y leoneses. Todo ello se traduce en una muy buena aceptación por parte de los ciudadanos conforme a la última Encuesta de Satisfacción efectuada.
2. Me gustaría citar, asimismo, algunos de los importantísimos recursos que constituyen nuestro Sistema de Acción Social: 186 Centros de Acción Social con más de 400.000 usuarios totales cada año.- 456 centros residenciales para personas mayores, con una cobertura que supera el 5% recomendado por la OMS frente al 3% de media nacional, y que alcanzará en Castilla y León el 6% cuando finalicen las plazas cuya construcción está ya prevista.- 122 centros de día para personas mayores que cuentan con unos 250.000 socios en nuestra Comunidad.- Y 221 centros de atención a personas con discapacidad, con una oferta global superior a las 9.000 plazas.- En conjunto podemos decir que un millón de personas son usuarios, cada año, del Sistema de Acción Social de Castilla y León.

Si hoy podemos decir que contamos con estas importantísimas redes, y si podemos afirmar que seguiremos trabajando duro ampliarlas y mejorarlas todavía más, es sin duda gracias al esfuerzo de la toda sociedad, ciudadanos, organizaciones e instituciones. Esfuerzo en el que también ha destacado la contribución de la Comunidad Autónoma, cuya asignación de presupuesto a estos sectores sociales es superior a la media de las Comunidades Autónomas de España, situándose Castilla y León entre aquellas regiones que mayores recursos presupuestarios propios dedican a estos dos ámbitos.

Pero la importancia económica de la Sanidad y los Servicios Sociales en Castilla y León no es una magnitud estática, sino dinámica. De ella surgen, al menos, tres consecuencias positivas y beneficiosas para el conjunto de la economía de Castilla y León, que son las siguientes: su contribución a la generación de empleo y por tanto de riqueza, su contribución a la cohesión social y, en definitiva, su contribución a la salud entendida en el sentido amplio utilizado por la Organización Mundial de la Salud, en el que está incluido también el bienestar social y el desarrollo económico.

1. Contribución a la creación de empleo

La Sanidad y los Servicios Sociales suponen en Castilla y León unos 60.000 empleos directos, bien en las Administraciones Públicas, bien en las más de 6.000 empresas existentes en estos sectores.

Se trata, pues, de actividades muy intensivas en empleo, como demuestra el hecho de que su participación en el empleo supere a su peso en el valor añadido bruto regional.

El crecimiento del empleo en estos sectores se pone de relieve por el incremento sostenido en la ocupación a lo largo de los últimos años según datos de la Encuesta de Población Activa y del Movimiento Laboral Registrado. En realidad, la Sanidad y los Servicios Sociales constituyen la segunda actividad del Sector Servicios que mayor capacidad de generar empleo han demostrado en la pasada década, calculándose además que, por cada diez empleos directos en estos sectores, se crean entre 4 y 6 empleos indirectos en el resto de la economía.

A lo anterior cabe añadir algunas características diferenciales, y muy positivas, del empleo generado:

- 1.- Su calidad. Se trata de empleos muy cualificados, lo que en términos económicos se refleja en el sobrepeso de estos sectores en términos de remuneración de asalariados sobre su participación, de por sí importante, en el empleo total. Son puestos de trabajo mejor retribuidos que la media, como consecuencia de la mayor cualificación exigible a quienes los desempeñan.
- 2.- Su extensión al medio rural. Por la propia naturaleza de los servicios prestados, éstos han de llegar a todos los rincones de la geografía regional, lo cual tiene sin duda un efecto impulsor de la economía especialmente en las zonas rurales de nuestra Comunidad.
- 3.- Su relevancia en términos de empleo femenino. Las mujeres son, especialmente, beneficiarias del empleo generado. Esto es así de forma muy notable en el ámbito de los Servicios Sociales, en el cual el 80% de los trabajadores son mujeres. Pero cada vez lo es más, también, en el campo de la sanidad. Estamos viviendo un proceso de incorporación de la mujer a la Sanidad sin precedentes, al cual sin duda no es ajena la masiva incorporación femenina al mundo universitario. Así, el 56,1% de los alumnos matriculados en las Universidades de Castilla y León son mujeres; el 61% de los que finalizan la carrera, son mujeres. Particularmente, en las carreras relacionadas con las Ciencias de la Salud, tenemos ya un 70% de presencia femenina. El doble de mujeres que de hombres estudian hoy la carrera de Medicina en Castilla y León, y esto se nota, y se notará cada vez más, en nuestro personal sanitario.

Es indudable que a Castilla y León le interesa continuar creando empleo en estos sectores. Para ello, y por poner un ejemplo, hemos desarrollado el Plan Estratégico Integral de Servicios Sociales de Castilla y León para el período 2000-2003, con una dotación total de 328.000 millones de pesetas, y que estimamos contribuirá a un crecimiento del 23% en el empleo referido a servicios sociales (y excluida, por tanto, la Sanidad). Sólo las 2.500 nuevas plazas residenciales que pretendemos poner en marcha en esta Legislatura estimamos que inducirán la generación de 1.500 nuevos puestos de trabajo en nuestra Comunidad Autónoma.

Pero también debemos aplicar el Sistema de Acción Social al servicio de aquellas personas con dificultades para el acceso al empleo. De hecho, con unas tasas de paro masculino en nuestra Comunidad por debajo de la media nacional y que, en algunos casos, son ya de pleno empleo técnico, como ocurre con Soria (2,14%), es lógico que nuestro esfuerzo haya de centrarse en el empleo de la mujer (al que ya he hecho referencia) y en el empleo de aquellos colectivos que, por motivos diversos, presentan especiales dificultades de orden laboral, tales como las personas con discapacidad, los drogodependientes, etc.

Por eso, en el último ejercicio cerrado casi 3.300 alumnos han recibido Formación Profesional en alguno de los más de 200 cursos dirigidos a personas con discapacidad promovidos por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León con la cofinanciación del Fondo Social Europeo. En torno a 1.000 personas con discapacidad han obtenido colocación en nuestra Comunidad en los últimos tres años. Además, y también con datos del último ejercicio cerrado, más de la mitad de los drogodependientes atendidos por los Servicios Municipales de Promoción de Empleo accedió a un puesto de trabajo siguiendo un plan individualizado de inserción.

No quisiera cerrar este punto referido a la creación de puestos de trabajo sin hacer una reflexión importante sobre una aparente paradoja. Y es que la reducción del paro a la que estamos asistiendo va acompañada en los últimos años, sin embargo, de un incremento en los gastos sociales. Esto quiere decir que, en dichos gastos, cada vez pesan menos las partidas destinadas al desempleo, porque cada vez hay menos parados, y en cambio cada vez pesa más lo dedicado, por ejemplo, a pensiones, cuya dotación ha crecido por encima del 30% en el último lustro. A pesar de la reducción del desempleo y de la mejora económica, los gastos sociales aumentan.

Este hecho demuestra, sin lugar a dudas, que España y Castilla y León avanzan cada día más en solidaridad, como se pone de manifiesto, asimismo, en la mejora del Ingreso Mínimo de Inserción que hemos llevado a cabo con el acuerdo de las principales centrales sindicales. Una mejora que supondrá, para los beneficiarios de esta prestación, un progresivo incremento de la misma hasta alcanzar, en el año 2003, una cuantía equivalente al 73% del salario mínimo interprofesional.

2. Contribución a la cohesión social

Creo que nadie exigirá demostración, por su evidencia, a la afirmación de que Sanidad y Servicios Sociales constituyen elementos fundamentales de cohesión social, y tienen una enorme importancia en el campo de la redistribución de la renta y la disminución de las desigualdades.

Ya he hecho alguna referencia a este aspecto al hablar del empleo, pero me gustaría citar también algún análisis que aporta datos concretos. Conforme al estudio de CALONGE Y MANRESA, en concreto, un 82,11% de la redistribución total de la renta que se produce en nuestro país tiene su origen en los gastos sociales, correspondiendo un 54,96% a las prestaciones en efectivo y un 27,15% a las prestaciones en especie.

Centrándonos específicamente en la Sanidad, se ha calculado que el efecto redistributivo de la sanidad pública representa más del 30% del gasto sanitario público realizado, y que el 15% de los individuos con menos recursos absorbe el 48% de dicho saldo neto, siendo a su vez el 21% más rico de la población el que financia el 87% del volumen total de las prestaciones sanitarias (CALONGE Y RODRIGUEZ).

Por tanto, podemos decir que tanto el sector sanitario como el de los servicios sociales contribuyen de una manera decisiva a ese avance en solidaridad al que antes aludía, y a la efectiva realización de los principios de igualdad y redistribución de la renta contemplados en nuestra Constitución.

3. Contribución a la salud de la población

El concepto omnicomprendivo de salud acogido por la OMS, como es conocido, va más allá de la "ausencia de enfermedad" para englobar todos los aspectos de bienestar psicofísico y social de los ciudadanos. Es evidente que, en este sentido, no sólo la Sanidad y los Servicios Sociales, sino también las políticas fiscales, las de educación, las de vivienda, las de infraestructuras para el medio rural, las de seguridad en el trabajo, etc, tienen una incidencia muy importante en la consecución de objetivos de salud.

A este respecto cabe destacar, en primer lugar, la excelente calificación del Sistema de Salud español en comparación con el resto de países. Incluso aquellos que no trabajan en este ámbito habrán oído hablar de que el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* de la OMS, que antes mencionábamos, coloca a nuestro Sistema de Salud en el séptimo puesto del mundo, por encima de muchos de los países más desarrollados.

Sólo en este contexto cabe apreciar en toda su importancia el caso de Castilla y León: una Comunidad con indicadores de salud aún mejores que los medios de España que ha tenido en cuenta la OMS para situar a nuestro país en ese séptimo puesto del mundo. Así, nuestra esperanza de vida es superior a la media nacional (79,3 años frente a 77,9 en España). No sólo en términos de "cantidad de vida" Castilla y León supera los valores medios nacionales: también en esperanza de vida con buena salud, la cual es de tres años más en nuestra Comunidad que en el conjunto del país. Del mismo modo cabe citar nuestras menores tasas de mortalidad infantil, siendo Castilla y León la mejor Comunidad española en tasas estandarizadas de mortalidad, y nuestra menor tasa de años de vida perdidos por mil habitantes.

Creo que este Congreso constituye un foro muy adecuado para resaltar algo que no suele destacarse suficientemente en el mundo económico: y es que esta esperanza y calidad de vida superiores en Castilla y León a los valores medios nacionales, y a los de la mayor parte de los países más desarrollados del mundo, pueden y deben constituir factores de peso en cuanto al atractivo de Castilla y León como Comunidad, al lado de nuestras riquezas paisajísticas, de nuestras riquezas patrimoniales y de todo orden.

Todas ellas son razones para que estemos orgullosos del desarrollo alcanzado por nuestros sistemas de cobertura sanitaria y social, pero también para que, apreciando su importancia, trabajemos todavía con mayor ahínco por mejorar la calidad y extensión de dichos sistemas. Y ello en un momento histórico crucial para la evolución y futuro de los mismos. Estamos viviendo, en efecto, una auténtica encrucijada para la Sanidad y los Servicios Sociales, debido a los importantísimos cambios que la sociedad está experimentando con carácter general en todo el mundo, y debido también a la concreta fase en que España se encuentra a este respecto, con la culminación de las transferencias de la Sanidad en un horizonte muy próximo y con la necesaria construcción de nuevos acuerdos de financiación tanto para la Sanidad como para el conjunto de las haciendas autonómicas.

Entre los importantes cambios sociales que se están produciendo, la modificación de los patrones sociodemográficos es de los más conocidos. El aumento de la esperanza de vida, tan relevante en Castilla y León, y que en sí mismo constituye un gran éxito de toda la sociedad, origina a su vez un gran reto debido a la evolución previsible de nuestra pirámide de población, que últimamente han sido objeto de atención por parte de la Comisión No Permanente para la evaluación de los resultados del Pacto de Toledo.

En el ámbito de la Seguridad Social se están realizando esfuerzos muy importantes para preparar nuestro Sistema de cara a esta evolución demográfica. En este sentido, la dotación de un fondo de estabilidad o de reserva constituye una primera garantía para afrontar la sostenibilidad y mejora de las pensiones futuras.

Pero esta evolución de las pirámides de población tiene ya hoy efectos inmediatos. La modificación de los patrones sociodemográficos implica necesariamente modificaciones en los patrones de morbilidad y mortalidad y, por tanto, cambios cuantitativos y cualitati-

vos en la demanda de asistencia sanitaria. Por eso, cobran especial relieve las políticas sociosanitarias, que un vez más demuestran a las claras la estrecha relación existente, y que debe aumentar, entre los sistemas de Acción Social y los sistemas Sanitarios.

La mayor esperanza de vida de la población de Castilla y León produce unas condiciones sociodemográficas que son las que el conjunto de España y de Europa tendrán en los próximos años. Castilla y León está a la vanguardia del mundo en esperanza de vida, y por eso debe hacer un esfuerzo por estar a la vanguardia, también, en la articulación de respuestas sociosanitarias a la problemática de las personas mayores, de las enfermedades crónicas, de las enfermedades mentales y de aquellos procesos tributarios de cuidados paliativos.

Nuestra Comunidad se dotó tempranamente de un Plan de Atención Sociosanitaria cuya vigencia finaliza este año y que pretendemos mejorar y superar el próximo año elaborando una nueva planificación en esta materia, porque sin duda la atención a las situaciones de dependencia constituirá uno de los retos fundamentales del siglo que viene.

Pero este cambio en la estructura de la población se produce al mismo tiempo, además, que un progresivo incremento del nivel de exigencia social acerca de la cantidad y calidad de las actuaciones de los sistemas de Salud.

Cada mejora del sistema va seguida de un aumento en la exigencia social. Ello pone de manifiesto lo relevante que puede ser la ciencia económica de cara a maximizar el beneficio social de nuestros dispositivos, y pone de relieve, también, el esfuerzo inversor que hemos de hacer para lograr esa mayor calidad que los ciudadanos exigen.

Y lo cierto es que ese esfuerzo inversor se está produciendo. En el caso de los programas exclusivamente sanitarios atribuidos a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, desde el inicio de la presente Legislatura, nuestra inversión en sanidad ha crecido un 166,3%. Esta cifra es todavía más significativa si consideramos únicamente las inversiones reales, en cuyo caso el crecimiento acumulado desde el inicio de esta Legislatura es de más del 180%.

Por tanto podemos decir que, todavía con el mismo nivel de competencias, las inversiones en esta materia prácticamente se han triplicado en la presente Legislatura, lo cual sin duda nos va a servir para atender las cada vez mayores expectativas de los ciudadanos hacia el Sistema de Salud.

Pero este esfuerzo, hay que reconocerlo también, no es un esfuerzo aislado. A él hay que añadir el que realizan, en Castilla y León, los Presupuestos del Instituto Nacional de la Salud. Concretamente, los del 2001 prevén inversiones plurianuales en Castilla y León por importe de más de 69.000 millones de pesetas, con un crecimiento de estos proyectos de inversión que alcanza el 25,4% en nuestra Comunidad Autónoma, frente al 5,8% de aumento en el conjunto del territorio INSALUD-Gestión Directa.

Por tanto, el incremento de la inversión en infraestructuras sanitarias por parte de la Administración del Estado en Castilla y León es más de cuatro veces mayor que la media en las Comunidades que integran el territorio INSALUD-Gestión Directa, siendo Castilla y León la primera Comunidad Autónoma de dicho territorio en crecimiento de su Presupuesto de inversiones.

Los cambios en la demanda generan como respuesta, hemos visto, cambios en la oferta. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que una peculiaridad económica bien conocida del sector sanitario es la capacidad de su oferta, también, para inducir demanda.

Este hecho adquiere trascendencia, sobre todo, desde el punto de vista del imparable proceso de innovación tecnológica que estamos viviendo. Las nuevas tecnologías de la información, la informática, la biotecnología, suponen un cambio histórico trascendental. Como destacó la Ministra de Sanidad en su reciente discurso en el Club Siglo XXI, estos cambios nos abren las puertas al desarrollo de la medicina predictiva y a nuevas y más eficaces respuestas con que satisfacer la creciente exigencia de los ciudadanos.

La incorporación de nuevas tecnologías producirá, si sabemos gestionar adecuadamente su implantación, enormes beneficios para nuestros sistemas sanitarios y de Servicios Sociales. Baste pensar en la importancia que puede tener la telemedicina en un territorio con la extensión y dispersión que caracterizan a Castilla y León.

Además, la innovación tecnológica genera también nuevos yacimientos de empleo que debemos saber aprovechar. La innovación puede ser la respuesta a los retos sociales y demográficos a los que se enfrentan la Sanidad y los Servicios Sociales del futuro, y por eso todo lo que hagamos para favorecer la investigación tendrá efectos verdaderamente positivos. La reciente apertura del Centro de Investigación sobre el Cáncer en Salamanca, y el funcionamiento del Instituto de Biología Genética Molecular, en colaboración con las Universidades de Valladolid y Salamanca, constituyen una muestra adecuada de cuáles son los caminos que, cada vez más, deberemos recorrer de ahora en adelante.

Por si esto fuera poco, a los cambios en los patrones sociodemográficos, a los cambios en los niveles sociales de exigencia, y a la revolución de las nuevas tecnologías, se suma, en el caso español, un escenario de transformaciones internas, con la culminación del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas y con la paralela negociación de los escenarios financieros para la Sanidad de los próximos años.

A través de la Ley Orgánica 4/1999, de 8 de enero, Castilla y León reformó su Estatuto de Autonomía con el fin de dotarse de la base jurídica necesaria para asumir la trasferencia. Castilla y León ha sido la primera Comunidad de su grupo en solicitar del Estado el traspaso de la sanidad asistencial. Y lo ha hecho no sólo para alcanzar su techo competencial. Estamos convencidos de que la gestión por parte de nuestra Comunidad Autónoma conducirá a ganancias netas de eficiencia en la provisión de los servicios sa-

nitarios, debido a la unificación de competencias que actualmente se distribuyen entre distintas Administraciones y debido a la mayor proximidad de los gestores a los ciudadanos.

La transferencia del INSALUD supondrá la incorporación a la Administración Autónoma de más de 26.000 trabajadores, 19.000 de ellos en el ámbito de la atención especializada. Supondrá el traspaso, entre otros dispositivos sanitarios, de quince centros hospitalarios que, con toda seguridad, se encuentran entre los centros de trabajo más importantes de cada una de las provincias de Castilla y León. Para hacernos una idea de lo que esto supone podríamos señalar que, en el año 1999 -aún no están disponibles los datos del 2000- el INSALUD ha gestionado en Castilla y León un volumen de recursos que ascendieron a más de 253.000 millones de pesetas, esto es: unos recursos próximos a 5.000 millones de pesetas por semana en dicho ejercicio.

Para que el relevo en la gestión de estos recursos por parte de la Administración autonómica sea lo más beneficioso posible para los ciudadanos de Castilla y León, tenemos que utilizar este período pretransferencial para diseñar nuestro Sistema Sanitario del próximo siglo:

En primer lugar, desarrollando un modelo sanitario propio, un modelo que responda a las peculiaridades de Castilla y León por su mayor esperanza de vida -haciendo hincapié en el desarrollo de la Atención Sociosanitaria- y por su mayor extensión y dispersión de los asentamientos de población -atribuyendo a la mejora de la accesibilidad una posición central en todas y cada una de nuestras actuaciones.

En segundo lugar, impulsando la realización de inversiones en el período pre-transferencial, como así está sucediendo, de modo tal que podamos completar las importantes redes de que ya disponemos.

En tercer lugar, planteando objetivos de autosuficiencia, para que las necesidades de los ciudadanos de Castilla y León puedan ser atendidas con recursos propios de nuestra Comunidad. Esto supone impulsar la creación de nuevos servicios hospitalarios (de oncología, de cirugía pediátrica, de quemados), reducir los tiempos de espera en pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas y aumentar nuestra capacidad en materia de trasplantes.

En cuarto lugar, y por último, afrontando con el máximo rigor posible la elaboración del nuevo sistema de financiación autonómica.

Como es conocido, el modelo aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera para el quinquenio 1997-2001 deberá ser próximamente sustituido por un nuevo sistema, aspecto éste especialmente relevante y que viene a sumarse a los importantes cambios, cualitativos y cuantitativos, que se han producido en la financiación sanitaria en los últimos tiempos.

– En el aspecto cualitativo, se ha producido un cambio sustancial, cual es la separación de fuentes de financiación de la Seguridad Social. Las cotizaciones sociales, que ha-

ce unos años sostenían la mayor parte de las aportaciones al Sistema, han cedido su papel primordial -y único, desde 1999- a los impuestos. Esta separación de fuentes ha hecho que el Estado asuma parcelas de gasto que anteriormente se financiaban, en parte, con cotizaciones sociales.

- En el aspecto cuantitativo se han producido también cambios muy importantes:
 - En 1978, España dedicaba a Sanidad un 5,6% del PIB, frente al 7,6% que hoy dedica.
 - Este importante aumento del gasto sanitario se manifiesta claramente en los sucesivos Presupuestos Generales del Estado que se han aprobado. En los últimos cuatro años, el gobierno de la nación ha destinado a Sanidad partidas que han crecido 13 puntos por encima del incremento medio de dichos Presupuestos Generales. El volumen total de gasto en Sanidad ha ascendido a 16 billones de pesetas: casi cuatro billones más que en el cuatrienio inmediatamente anterior.
 - La relación entre la renta de una nación y su gasto sanitario es conocida desde el estudio de Newhouse a mediados de los años 70. Siendo algo comúnmente admitido que la elasticidad -renta en la demanda de servicios sanitarios es superior a la unidad, nuestro proceso de acercamiento en renta a la media europea parece que, inevitablemente, ha de traducirse en un incremento del gasto sanitario público en términos de porcentaje de PIB.
 - Por otro lado, el proceso de construcción europea está marcado por estrictos criterios de convergencia y contención presupuestaria. Unos criterios que no tienen por qué resultar incompatibles con aumentos adecuados del gasto sanitario y del gasto social en su conjunto, como queda demostrado en los Presupuestos Generales del Estado para el 2001, en los que, con un incremento del gasto sanitario del 6,2% (tres décimas por encima del PIB nominal previsto), se consigue además el objetivo, tan lejano hace tan sólo unos años, del déficit cero.
 - El equilibrio presupuestario conseguido en estos Presupuestos del Estado, y su futura consolidación como norma de política fiscal a través de la Ley General de Estabilidad Presupuestaria, suponen la mejor garantía de estabilidad del sistema y, por tanto, de mantenimiento de cobertura y de la cohesión social.

A todos estos procesos de cambio, que han afectado a las fuentes de financiación y al volumen del gasto sanitario, cabe añadir la próxima negociación del nuevo modelo de financiación sanitaria para las Comunidades Autónomas.

La Sanidad constituye, sin duda, un aspecto esencial desde el punto de vista del conjunto de la financiación autonómica. No en vano, estas partidas suponen, actualmente, en torno al 36% de la aportación total del Estado al presupuesto de las Comunidades Autónomas que ya tienen transferida la sanidad asistencial. Por eso es muy importante que, en España, abordemos el nuevo modelo de financiación sanitaria desde la perspectiva de la universalidad del Sistema, de su equidad y de su suficiencia financiera.

En definitiva, Castilla y León tiene hoy un Sistema Sanitario que es bien valorado por los ciudadanos; que está asociado a niveles de esperanza y calidad de vida superiores a la media nacional, y que garantiza ratios de accesibilidad en infraestructuras y en dotación de recursos humanos de atención primaria por encima de los del conjunto de España.

La Sanidad, junto con los Servicios sociales, constituyen elementos básicos para la cohesión social. En los próximos años debemos mejorar nuestros Sistemas y avanzar en la accesibilidad y calidad de las prestaciones que ofrecen. Y queremos hacerlo contando con los Colegios Profesionales y con las centrales sindicales más representativas del sector.

Estamos ante uno de los desafíos más importantes a los que se enfrentará nuestra Comunidad en los próximos años, y estoy convencido de que también estamos ante una gran oportunidad: la transferencia de la sanidad asistencial a Castilla y León permitirá mejorar la calidad global del Sistema y las bases de solidaridad de esa sociedad en la que todos deseamos vivir en el Siglo XXI.