

El Sistema Nacional de Salud 20 años después

Alfonso Jiménez Palacios

Director General de Cohesión del SNS y Alta Inspección. Ministerio de Sanidad y Consumo

El objeto de esta conferencia no es hacer historia ni abrumarles con datos que, sin lugar a dudas, todos ustedes conocen y dominan. Y, aunque será inevitable hacer alguna referencia histórica y aportar algún dato pasado y presente para ilustrar brevemente ciertas afirmaciones, lo que humildemente pretendo es compartir con ustedes una serie de reflexiones sobre la historia pero, sobre todo, sobre el momento actual del Sistema Nacional de Salud (SNS), que nos permitan apuntar algunas ideas de futuro que den alternativas a ciertas dificultades de articulación que se están presentando en nuestro Sistema Sanitario.

Por lo tanto, mis reflexiones, mis ideas, mis argumentos, mis propuestas, deben entenderse como lo que son: un intento personal de aportar mi pequeño grano de arena en esta jornada que reúne a una buena parte de los mejores expertos que tiene nuestro SNS.

Antecedentes del Sistema Nacional de Salud

Comenzaré diciendo una obviedad: el Sistema Sanitario público, en nuestro país, no comienza con la Ley General de Sanidad, ni siquiera con la Constitución. Sus antecedentes, como todos conocen, se remontan al siglo XIX. En efecto, en 1883 se crea la Comisión de Reformas Sociales para estudiar la situación de la clase obrera en relación con su bienestar social, cuyos trabajos culminarían en 1903 con la creación del Instituto de Reformas Sociales, con acontecimientos, en medio, como la promulgación de la Ley de Accidentes de Trabajo en 1900 que afirma que el empresario debe hacerse cargo de los efectos económicos de los accidentes de trabajo.

En el año 1908, bajo el gobierno de Eduardo Dato, se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) que perdurará hasta 1978. El INP nace con el fin de in-

culcar la previsión popular y estimular la práctica de pensiones, e impulsará la aparición y desarrollo de distintos seguros que, como el Obrero Obligatorio, contribuirán de manera notable a mejorar la protección de la clase trabajadora ante diversas situaciones (desempleo, maternidad, accidente, invalidez, etc.).

En 1932 se comienza a redactar el proyecto de Seguro Obligatorio Unificado, que no se presentará a las Cortes hasta 1936 y, cuyo proceso de aprobación se vería truncado por la sublevación militar contra la República. Sin embargo, este proyecto se “retomará” en 1942 con la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad que estableció un modelo de asistencia sanitaria pública dirigido solamente a los trabajadores dependientes de la industria y los servicios con bajos niveles salariales. La financiación corría a cargo de empresarios y trabajadores, con una aportación testimonial del Estado. En un primer momento cubría la medicina general, la farmacia y las prestaciones económicas por enfermedad, introduciéndose posteriormente especialidades y la hospitalización quirúrgica. El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) supuso un paso sustancial en nuestro sistema sanitario ya que, por primera vez, aparece el concepto de “derecho” a la asistencia sanitaria, bien es verdad que de una ma-

nera limitada y dejando fuera a amplios sectores de población.

En el año 1963 se produce otro gran hito en nuestro Sistema Sanitario: la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social, que unificó los seguros sociales existentes hasta el momento. Desde un punto de vista estrictamente sanitario, cabe destacar la supresión del petitorio y catálogo de especialidades farmacéuticas, la introducción de la compra directa de medicamentos para uso en las instituciones del seguro, la introducción del ticket moderador en la farmacia, y la inclusión de la hospitalización médica en las prestaciones del SOE.

Los tres planes de desarrollo que se sucederán entre 1964 y 1975 dejarán su huella en el sistema sanitario en forma, fundamentalmente, de infraestructuras. Son los años de construcción y puesta en funcionamiento de los grandes hospitales de la Seguridad Social que, lógicamente, se acompañan de importantes incrementos en el número de profesionales sanitarios y, también, de notables crecimientos de la cobertura sanitaria, que alcanzará al 81,4% de la población en 1975, y del gasto sanitario público, que pasará del 1,2% del PIB en 1960, al 3,6% en 1975.

La transición democrática, uno de los períodos más interesantes y convulsos de nuestra historia reciente, no aportó

ninguna novedad sustancial en lo que al sistema sanitario y su articulación se refiere. Se siguió incrementando la cobertura y el gasto sanitario, produciéndose la creación del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1977 y la desaparición del INP en 1978, dando lugar al nacimiento de los tres Institutos Nacionales: el de la Salud (INSALUD), el de la Seguridad Social (INSS) y el de Servicios Sociales (INSERSO). El Instituto Nacional de la Salud se hará cargo de la gestión sanitaria y perdurará, como todos ustedes saben, hasta que las competencias, en materia de asistencia sanitaria, sean transferidas a las Comunidades Autónomas (CCAA), entidades *non natas* en ese momento histórico.

El derecho a la salud

En 1979 se aprueba la Constitución Española. Entre otros muchos derechos universales, nuestra Carta Magna reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

Sin embargo, tan importante acontecimiento para la sociedad española, que su-

pone un cambio muy relevante en el concepto de nuestro sistema sanitario y que posibilita el desarrollo posterior del Sistema Nacional de Salud, no fue acompañado, en los años inmediatamente siguientes, de ninguna medida, ni legislativa ni organizativa, que produjera cambios notables en la prestación de servicios sanitarios en nuestro país.

Con la llegada al Gobierno del PSOE en 1982, comienza un profundo debate social y político sobre la reforma sanitaria, cuyo primer resultado será el Decreto de Estructuras Básicas de Salud que transformará, radicalmente, el primer nivel asistencial y que se pondrá en marcha de manera inmediata aunque, 22 años después, esta reforma sigue sin concluirse. La incorporación de los recientemente creados Médicos de Familia y Enfermeras, la creación de los Equipos de Atención Primaria con su nueva filosofía de trabajo en equipo multidisciplinar, la dedicación a tiempo completo de los profesionales sanitarios, el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, el desarrollo de programas comunitarios, y la construcción y puesta en funcionamiento de nuevas infraestructuras (se puso en marcha una importante red de Centros de Salud, en pocos años) revolucionó la Atención Primaria poniéndola a la cabeza

de la reforma del sistema sanitario y posibilitando un desarrollo espectacular que la ha colocado entre las mejores del mundo.

El Sistema Nacional de Salud

En 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad que viene a dar contenido y a desarrollar el derecho constitucional de protección de la salud. La LGS crea el Sistema Nacional de Salud definiéndolo como “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”, bajo los principios de universalidad, financiación pública, equidad en el acceso (superando los desequilibrios territoriales y sociales), integralidad del sistema, y descentralización (se crean los Servicios Regionales de Salud de las CCAA). Es de destacar la utilización de la palabra “sistema” en lugar de “servicio” al estilo británico (el *National Health System* era, en principio, el ejemplo a seguir). Con ello se quiere resaltar la estructura profundamente descentralizada de nuestro sistema, en el que se pretende que prime la coordinación entre organizaciones diferenciadas, sobre una idea de organización única con planificación y dirección comunes.

En los siguientes años, el SNS vive una gran expansión: la cobertura alcanzará al 99 % de la población en 1990; la financiación la irá asumiendo, de una manera progresiva el Estado a través de sus Presupuestos Generales; el gasto sanitario público irá creciendo hasta alcanzar el 5,6 % del PIB en 1995; las prestaciones se van ampliando, recogiendo el catálogo de las mismas en el Decreto de 1995; la Atención Primaria se sigue desarrollando, ocupando un papel cada vez más relevante en el conjunto del sistema; y, sobre todo, los resultados en salud (esperanza de vida, mortalidad infantil, etc.) y en satisfacción de usuarios (con puntuaciones de 7 sobre 10), hacen que, nuestro sistema sanitario, se empiece a considerar como uno de los mejores del mundo.

En la segunda mitad de los años noventa se produce un estancamiento en el desarrollo del sistema sanitario público. La participación del gasto sanitario público en el PIB, incluso desciende hasta el 5,4 %, incrementándose, sin embargo, de manera notable el gasto farmacéutico, a la vez que crece la participación privada en el conjunto del gasto. Podríamos decir que se produce un cierto nivel de deterioro reflejado tanto en la satisfacción de los usuarios (los niveles de satisfacción caen ligeramente), como en la de los profesionales.

La financiación y las transferencias

En el año 2001 se alcanza un acuerdo sobre financiación autonómica. La financiación sanitaria queda subsumida en la general autonómica. Esta, se efectuará, a partir de ese momento, a través de la cesión de impuestos e impuestos compartidos, apareciendo así el principio de corresponsabilidad fiscal. Es un modelo que nace con voluntad de perdurabilidad y que, en el proceso de negociación, se une a la transferencia sanitaria, de tal manera que, en la práctica, la “condición” para poder asumir las competencias en materia de asistencia sanitaria (por parte de las 10 CCAA que aún no las tenían) es aceptar el nuevo modelo de financiación.

El 1 de enero de 2002 entra en vigor el Decreto por el que se transfieren las competencias en materia de servicios sanitarios a las últimas 10 CCAA, completándose así el proceso de descentralización iniciado en el año 1979 con Cataluña. El proceso ha sido muy largo en el tiempo, con lo que los elementos condicionantes de las mismas han ido cambiando, produciéndose de una manera muy heterogénea. Sin embargo, las 10 CCAA que se transfieren en 2002, lo hacen en un proceso precipitado, que se cierra en negociaciones bilaterales de contenido fundamentalmente económico, sin valorar

suficientemente ni planificar las repercusiones en el conjunto del SNS.

Aunque parezca un contrasentido después de tantos años, lo cierto es que el “nuevo” modelo sanitario descentralizado nos coge “desprevenidos”, preguntándonos cómo y con qué herramientas se garantiza la cohesión y la coordinación del conjunto. Por eso, se inicia, inmediatamente, el proceso para consensuar una nueva ley que responda a estas preguntas. La Ley de Cohesión y Calidad del SNS que se aprueba por unanimidad en mayo de 2003, pretende exactamente eso: garantizar la cohesión y la coordinación del SNS, una vez concluido el proceso transferencial. El resultado es, cuando menos, dudoso: no aporta ninguna novedad relevante en relación con la Ley General de Sanidad, 17 años después; modifica la composición y algunas funciones del Consejo Interterritorial del SNS, que no han facilitado las labores de coordinación; en general, se puede decir que, en la práctica, no ha supuesto grandes avances para nuestro sistema sanitario y no ha sido la herramienta que se pensaba para garantizar la cohesión sanitaria.

Las Conferencias de Presidentes

Con la llegada a la Presidencia del Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero y el comienzo de una nueva legislatura, se

ponen de manifiesto importantes desajustes en la financiación de la sanidad, para ser más exactos, se pone encima de la mesa el “déficit” sanitario, no reconocido en las contabilidades presupuestarias. Por primera vez, en la historia reciente de nuestro país, la sanidad pasa a la cabeza de la agenda política del Gobierno, y su Presidente convoca la primera Conferencia de Presidentes Autonómicos en octubre de 2004 para tratar sobre la situación financiera del SNS. Entre sus acuerdos más relevantes destaca la creación de una comisión para estudiar el gasto sanitario, que “destapa” una deuda acumulada de más de seis mil millones de euros.

El 10 de septiembre de 2005 se reúne la II Conferencia de Presidentes y el día 13 del mismo mes, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, para dar forma a los acuerdos adoptados en la Conferencia. Se decide una aportación de la Administración General del Estado a la financiación de la sanidad superior a tres mil millones de euros de los que 1.677 son aportación neta: 500 millones en función de la población a 2004, otros 500 para el fondo de garantía sanitaria, 227 por el incremento de los impuestos de alcohol y tabaco, 55 para compensar el hecho insular, 200 para compensar la atención sanitaria prestada a residentes extranjeros, 100 más para la atención a accidentes de tra-

bajo y enfermedades profesionales no cubiertos por las mutuas, 50 destinados al Plan de Calidad del SNS gestionados directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo y, por último, 45 millones de euros destinados a incrementar el Fondo de Cohesión Sanitaria. Además de estas aportaciones directas, la II Conferencia de Presidentes y el CPFyF aprueban el incremento de la capacidad recaudatoria de las CCAA en determinados impuestos (hidrocarburos, matriculación de vehículos y electricidad) que, de aplicarse, podrían suponer unos ingresos añadidos de 1.141 millones de euros.

Además de las decisiones financieras, la Conferencia de Presidentes aprueba una serie de estrategias destinadas a racionalizar el gasto sanitario:

1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras, en particular, la centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial.

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos (extensión de guías farmacológicas, programas de “protocolización” de la prescripción, regulación y control de la visita médica, sistemas de información independiente y objetiva para los médicos, desarrollo de programas de formación continuada, promoción de los medicamentos genéricos).

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios, eviten la utilización inadecuada y estimulen estilos de vida saludable.

4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CCAA.

6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.

7. Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la Atención Primaria.

8. Desarrollar el Sistema de Información del SNS.

Es innegable que se ha hecho un importante esfuerzo económico y político para dar un impulso al Sistema Sanitario Público y por sentar las bases para su sostenibilidad futura. Quizás haya que completar este esfuerzo con un reforzamiento de las políticas de cohesión y coordinación.

Algunas reflexiones sobre la situación actual y posibilidades de futuro

Estamos viviendo una situación política de cambio que, sin lugar a dudas, va a

condicionar el futuro de nuestro Sistema Sanitario.

Con los procesos de renovación de los Estatutos de Autonomía de Valencia, Cataluña y Andalucía, se abre un período en el que, con toda probabilidad, se van a reformar todos los estatutos, incorporando más competencias, más autonomía y más capacidad de autogobierno y financiera. En este escenario cualquier “veleidad centralista” está llamada al más absoluto de los fracasos.

En este contexto, se plantea una revisión del modelo de financiación autonómico que, sin lugar a dudas, va a englobar la financiación sanitaria. Por mucho que algunos nostálgicos sigan reclamando financiación finalista para la sanidad, éste es un tema zanjado que, en el próximo modelo, va a incrementar, seguramente, la capacidad recaudatoria y de gestión tributaria por parte de las CCAA, aumentando la corresponsabilidad fiscal y disminuyendo más la intervención del Gobierno Central en la financiación de la sanidad.

Este es el marco en el que se tiene que articular la coordinación y la cohesión del SNS y, no sólo es posible y deseable, sino que es necesario reforzarla sin que ello resulte incompatible con el citado marco. Es indudable que la primera premisa necesaria es una clara voluntad política al respecto, voluntad de par-

tidos y de territorios que, aunque hay que suponerla como el valor en la antigua “mili”, no siempre ha presidido las actuaciones de todos. Tiene cierta lógica que se produzcan actitudes diferenciadoras en este período postransferencial, pero tengo la seguridad de que acabará imponiéndose la lógica social y política que marcó la Ley General de Sanidad y que ha demostrado un extraordinario poder para desarrollar nuestro Sistema Sanitario.

Pero la voluntad política, siendo imprescindible, no es suficiente. Necesitamos definir los contenidos de la cohesión y dotarnos de poderosas herramientas para desarrollarla. Cuando hablo del contenido de la cohesión, me refiero a aquellos elementos del sistema sanitario que, al margen de quién ostente las competencias sobre los mismos, su enfoque general debe responder a una voluntad única y pactada entre los distintos agentes políticos, sociales y, sobre todo, territoriales. Estos elementos deben comprender, cuando menos, el paquete de prestaciones básico (la cartera de servicios), el sistema de información, las políticas y estrategias de salud, la salud pública, la política de recursos humanos, la política farmacéutica y la política de I + D + I:

1. La cartera de servicios básicos y comunes es una pieza clave e indispensa-

ble en la cohesión del sistema. Los servicios de salud a los que tienen derecho los ciudadanos deben ser “básicamente” los mismos en todos los territorios. La palabra básicos no es sinónimo de mínimos sino, más bien, de todo lo contrario, son los que sientan las bases de la igualdad efectiva de todos los españoles. Por lo tanto, las diferencias en el paquete prestacional entre CCAA, deben ser mínimas (en este caso sí) y en aspectos no esenciales para la salud de las personas.

2. El sistema de información es el esqueleto que sostiene cualquier organización o sistema. El SNS sería una total entelequia sin un potente sistema de información que permita conocer, en todo momento, el estado y desarrollo de los diferentes componentes del sistema, que permita una evaluación continuada de la seguridad, efectividad y eficiencia del mismo, y que permita desarrollar adecuados procesos de toma de decisiones para el conjunto.

3. Las políticas y estrategias tendentes a reducir la morbimortalidad causada por las enfermedades más prevalentes son la principal razón de ser de las organizaciones sanitarias. Por ello, la lucha contra el cáncer, contra la enfermedad cardiovascular, etc., deben responder a estrategias de sistema, de estado e, incluso, internacionales.

4. La salud pública es, probablemente, el elemento del sistema sanitario en el que más acuerdo hay sobre la necesidad de coordinación entre territorios. Ejemplos como “las vacas locas”, el síndrome respiratorio agudo severo, las dioxinas o, más recientemente, la gripe aviar, son más que suficientes para que nadie abrigue dudas sobre la imperiosa necesidad no ya de coordinación de políticas, sino de una política común en materia de salud pública.

5. Los profesionales son el elemento central y más importante de las organizaciones sanitarias ya que son los efectores de la mayoría de las políticas relacionadas con la salud de las personas y, por lo tanto, el nexo de unión entre las organizaciones y los ciudadanos. Cualquier política sanitaria está llamada al fracaso si no cuenta con el apoyo o, cuando menos, con la aquiescencia o no beligerancia de los profesionales. Por todo ello, las líneas estratégicas de las políticas en materia de recursos humanos, dentro del SNS, deben ser comunes para garantizar así una armonización básica en los aspectos clave (formación, competencias, movilidad, carrera profesional, etc.).

6. Los medicamentos y los productos farmacéuticos son la herramienta más importante para tratar los problemas de salud, pero es que, además, representan casi

una cuarta parte del gasto sanitario público, e implican a importantes sectores socioeconómicos como son las farmacias y la industria farmacéutica. Está fuera de toda duda que, un tema de esta trascendencia debe responder a una política de Estado, en la que tengan cabida los intereses de todos los sectores afectados.

7. La investigación constituye uno de los pilares fundamentales en los que se apoya el desarrollo y el progreso de la sociedad. En el sector sanitario, esta afirmación es más rotunda, si cabe. No se puede concebir un Sistema Sanitario que no esté a la cabeza de la investigación, del desarrollo tecnológico, que no incorpore las innovaciones precisas para garantizar el mayor grado de efectividad en sus actuaciones. Por otro lado, la investigación es, cada vez más, una actividad más compleja, más interrelacionada, más global siendo, a su vez, una importante herramienta de poder e influencia política. Es fácil concluir que la política en I + D + I, dentro del sector sanitario, no puede estar fragmentada, debiendo responder a los intereses del conjunto del SNS y de la sociedad española.

Estos contenidos básicos que definirían lo que es la cohesión del SNS, precisan de algunas herramientas para un desarrollo adecuado, herramientas políticas, pero también técnicas y económicas.

Entre las funciones que tiene encomendadas el Gobierno Central, quiero destacar la de dirección de la política interior del Estado (también la sanitaria), la de regulación de las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio de los derechos constitucionales, y la coordinación general de la sanidad. Esta última competencia es exclusiva del Estado y no se trata de un acto voluntario entre partes que deseen coordinarse, sino que conlleva, por parte de quien la ejerce, un cierto poder de dirección sobre el conjunto, como reconocía la sentencia del Tribunal Constitucional 109/1988.

La herramienta política fundamental para la coordinación sanitaria es el Consejo Interterritorial del SNS, que creó la Ley General de Sanidad, y que fue modificado por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Las funciones, que esta Ley le atribuye al Consejo, son de 4 tipos: funciones esenciales en la configuración del SNS; funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS; funciones de coordinación del SNS y funciones de cooperación entre el Estado y las CCAA. Esta configuración de funciones es, en su definición, bastante ambiciosa que, sin embargo, contrasta con la consideración de “recomendaciones” que se da a los acuerdos del Consejo, y con el hecho de exigir el consenso para la adopción de

los mismos. Estas características han favorecido que, el Consejo Interterritorial del SNS, no haya desplegado todos sus potenciales, circunstancia que se ha mostrado especialmente desde el año 2002, en el que se completan las transferencias a las 10 CCAA que todavía no tenían estas competencias. Parece aconsejable que, en este contexto, se produzca una profunda reflexión sobre el papel del Consejo, su personalidad, su composición, su metodología de funcionamiento y de adopción de acuerdos, la vinculación de los mismos, etc.

La coordinación política, las directrices fundamentales para el conjunto del sistema, deben sustentarse en potentes dispositivos científico-técnicos que informen, asesoren, analicen, evalúen y, en definitiva, den cobertura técnica y social a las principales decisiones que se deban tomar y que afecten a toda la ciudadanía. Este papel, lo viene desempeñando, con bastante acierto, el entramado de comisiones, ponencias y grupos de trabajo del Consejo Interterritorial, compuestos por cargos y técnicos de las CCAA y de la Administración Central. Es necesario avanzar en este sentido incorporando los elementos científicos, técnicos, sociales y estructurales suficientes para garantizar unos procesos de toma de decisiones equilibrados y ajustados a las ne-

cesidades y a las demandas de nuestra sociedad. El grado de calidad científico-técnica y de aceptabilidad y prestigio profesional y social que han alcanzado algunas instituciones en otros países, como el NICE británico, pueden orientarnos en este camino.

La herramienta económica más importante para la cohesión sanitaria es el propio sistema de financiación que incluye mecanismos de solidaridad notables, como son el fondo de garantía y el fondo de suficiencia. Pero, también, se necesita un potente fondo de cohesión sanitaria que, además de garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva, alinee y armonice las principales políticas de salud de las distintas Administraciones Públicas. En este sentido hay que resaltar el gran incremento (superior al 83 %) que este año ha tenido el Fondo de Cohesión Sanitaria, como consecuencia de los acuerdos de la Conferencia de Presidentes.

No quisiera acabar esta conferencia sin hacer una referencia a la participación social en el SNS. Hoy día, no hay documento sanitario que no haga referencia al ciudadano como elemento central del Sistema, pero, casi siempre, se le considera el “objeto” de las organizaciones, y no el “sujeto” o actor. La participación del

ciudadano en el Sistema Sanitario se debe producir como paciente, de una manera individual; pero también es necesario que se produzca como tal ciudadano, de una manera colectiva. Es necesario buscar nuevas formas de participación que impliquen, de una manera más directa, al conjunto de la sociedad en las decisiones que afectan al Sistema Sanitario y a sus organizaciones. Este, es uno de los grandes “agujeros” y, por lo tanto, de los grandes retos que tiene el SNS.

En definitiva, nuestro Sistema Sanitario, ampliamente descentralizado, funciona bien, ha demostrado que es integrador, solidario y equitativo. Las tensiones que ahora pueden adivinarse son fruto, por un lado, del “reajuste” político del estado de las autonomías, y por otro, de las tensiones generadas por un incremento de la presión sobre el Sistema, no prevista con la suficiente antelación. Son tensiones que pueden y deben ser adecuadamente resueltas y de las que, el SNS debe salir fortalecido.

No es cierto que la descentralización y el autogobierno generen desigualdades. De hecho, desde las últimas transferencias se han reducido las diferencias de gasto sanitario per capita entre CCAA. Por otro lado, la oferta de servicios a los ciudadanos ha mejorado nota-

blemente en las Comunidades más deficitarias disminuyendo, también de esta forma, las diferencias entre territorios. Una prueba evidente de ello es la disminución, en los últimos años, del número de pacientes remitidos desde las CCAA con menos servicios y tecnologías, a las más equipadas.

Es bueno para la salud de los españoles y para el funcionamiento del Sistema Sanitario y de las CCAA el reforzamiento de los mecanismos de cohesión y de coordinación. No son objetivos incompatibles ni, mucho menos, contradictorios. Este reforzamiento es complementario y, yo diría, cada vez más necesario,

según se va ampliando el nivel de descentralización y autogobierno de los territorios autónomos.

Este proceso de consolidación de la cohesión y la coordinación del conjunto del Sistema Sanitario debe ser liderado por el Gobierno de la Nación y, en concreto, por el Ministerio de Sanidad y Consumo, de manera consensuada pero cumpliendo sus funciones y competencias.

No sé si es el mejor momento para hacer este tipo de planteamientos. A mí, de lo que no me cabe ninguna duda, es de que es necesario y factible aunque, posiblemente, no es fácil.

