
De la coordinación a la cohesión del Sistema Nacional de Salud

Lluís Bohigas Santasusagna

Ex-Director General de la Agencia de Calidad del SNS

La Ley 16/2003 del 28 de mayo de Cohesión y Calidad tiene el propósito de facilitar la cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) nacido en la Ley General de Sanidad de 1986. En este artículo se analizan las aportaciones de esta norma a la coordinación del Sistema Nacional de Salud.

La elaboración de la Ley de Cohesión y Calidad viene precedida por un cambio de escenario fundamental en el desarrollo del SNS que se produce durante la séptima legislatura. Este cambio se gesta durante el año 2001 y es efectivo el uno de enero de 2002. Se trata de la transferencia del INSALUD a 10 Comunidades Autónomas (CC.AA.), las regidas por el artículo 143 de la Constitución y del nuevo modelo de financiación autonómica.

Los cambios en el entorno

Siendo Ministra de Sanidad y Consumo Celia Villalobos, se produjo la transferencia final del INSALUD el 1 de enero

de 2002, la más importante de la historia de la democracia. Las transferencias del INSALUD a las Comunidades Autónomas se habían producido hasta entonces de una en una. La primera fue a Catalunya durante el Gobierno de la UCD en 1981. Las siguientes se produjeron entre 1984 y 1994 bajo gobiernos del PSOE. Las 10 que negoció el Partido Popular se hicieron en paralelo como un solo proceso de transferencia. Las 10 negociaciones se produjeron durante el año 2001 y se materializaron en 10 decretos aprobados a finales de 2001 con vigencia a 1 de enero de 2002. En conjunto se transfirieron 140.000 profesionales, 80 hospitales, más de 1.000 Centros de Salud y un presupuesto superior a los 1,7 billones de pesetas.

El Nuevo Modelo de financiación autonómica se negoció durante el verano de 2001 y se materializó en la Ley de presupuestos de 2002. El Modelo se basa en la corresponsabilidad fiscal. Las CC.AA. dejan de recibir subvenciones del Gobier-

no Central y pasan a percibir un porcentaje fijo de determinados presupuestos. Para compensar a las CC.AA. con menor capacidad fiscal se crean unos fondos de suficiencia y de cohesión. La Sanidad se incorpora al Modelo general y deja de financiarse como una subvención finalista. El gasto sanitario español deja de ser una decisión de las Cortes Generales y pasa a ser la suma de las decisiones de 17 Parla-mentos Autonómicos.

De la coordinación a la cohesión

En este contexto, el Gobierno elabora un Proyecto de Ley de Cohesión y Calidad aprobado por el Consejo de Ministros del 5 de diciembre de 2002, que acaba siendo una Ley publicada en el BOE del 29 de mayo de 2003, tras su aprobación unánime por las Cortes.

La Constitución otorga al Estado la competencia de coordinación general en temas de asistencia sanitaria. La definición de qué constituye objeto de la coordinación y de qué forma se hace efectiva es materia de debate desde la primera transferencia. En paralelo a la gestión de la transferencia en 2001 se elaboraron algunos borradores de Ley de Coordinación. El propósito era establecer y concretar las competencias de coordinación del Estado. La llegada de

una nueva Ministra de Sanidad, Ana Pastor, en julio de 2002, propició un cambio conceptual y de denominación: de la coordinación se pasó a la cohesión.

El Modelo de coordinación de la Ley General de Sanidad

Los intentos anteriores de Ley de Coordinación se basaban en el desarrollo de la Ley General de Sanidad. Ésta enfocaba la Coordinación a partir de tres pilares: a) la enumeración de las funciones del Estado en los artículos 38 a 40; b) la elaboración de los planes de salud a partir de criterios generales de coordinación aprobados por el Estado, artículos 70 a 77, y c) la creación del Consejo Interterritorial (CI) en el artículo 47.

Las funciones del Estado eran la concreción de la competencia de coordinación de la Constitución y, por lo tanto, la Ley General determinaba que las que no fueran explícitamente designadas como funciones del Estado, lo eran de las Comunidades Autónomas. Este enfoque había propiciado varias discusiones en el CI. En esta séptima legislatura se organizó un debate alrededor de la competencia de acreditación de la formación continuada. Este debate concluyó con el abandono del Consejo por parte de los consejeros socialistas.

El título del Capítulo 4 del Título III es el de la Coordinación General Sanitaria y el articulado se refiere a la planificación sanitaria. Los planes de salud eran el eje de la coordinación según la Ley General de Sanidad. Para ejecutar la coordinación, el Estado debía elaborar unos criterios que debía enviar a las CC.AA. para que los tuvieran en cuenta al elaborar sus planes. El Plan Integrado de Salud era el instrumento básico de la Coordinación y recogía los planes estatales y los autonómicos. El Gobierno debía elaborar antes de 18 meses, los criterios generales de coordinación según reza la disposición adicional novena. El Plan Integrado de Salud no se elaboró nunca.

El CI del SNS se crea en el artículo 47 de la Ley General, de forma paritaria, es decir con el mismo número de miembros de la Administración del Estado que de Consejeros. La Ley lo crea como un órgano permanente de comunicación entre Estado y CC.AA. y le atribuye funciones muy operativas: homogeneizar criterios de compra de productos y de contratación de personal.

El Modelo de Coordinación de la Ley de Cohesión y Calidad

El Modelo de Coordinación adoptado por la Ley de Cohesión y Calidad va-

ría significativamente del definido en la Ley General de Sanidad. En primer lugar evita hacer una relación de competencias del Estado y lo sustituye por un “cuerpo básico” de coordinación, en segundo lugar se sustituye el Plan Integrado por Planes Integrales y Planes de Salud pública, finalmente se constituye el CI como una conferencia sectorial y se le otorga un listado importante de funciones.

En el artículo uno de la Ley de Cohesión se establece su objetivo, que es precisamente el “establecer un marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones sanitarias en ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades de salud”. Se evita una discusión sobre competencias y se pone el acento en los objetivos comunes de las administraciones: la equidad, la calidad y la participación social. Para lograr estos objetivos se focaliza la ley en una serie de temas fundamentales, que se refieren en el artículo 5, y que son: las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, los sistemas de información y la calidad. En síntesis el Modelo de Coordinación de la Ley de

Cohesión y Calidad parte de los objetivos del SNS, define las acciones básicas y determina las actuaciones que las diferentes administraciones deben realizar. Estas acciones no son competencia del Estado solo o de las CC.AA. solas, sino que en cada ámbito hay actuaciones que dependen del Estado y otras de las CC.AA. La Coordinación exige una actuación conjunta de ambas.

El segundo elemento del Modelo de la Ley de Cohesión es la planificación conjunta entre administraciones sanitarias. A este tema se le dedican los capítulos 7 y 8: Planes integrales y Salud pública. Los Planes integrales establecen criterios de organización y estándares mínimos en los servicios para la atención integral de determinadas patologías. Las Comunidades, una vez establecidos los criterios, organizarán sus servicios según el modelo más adecuado. En Salud pública se establecen actuaciones coordinadas entre administraciones y se define un Plan de cooperación y armonización. Estos modelos de planificación son más cooperativos y específicos que el Plan Integrado de la Ley General.

El tercer elemento del Modelo es el nuevo papel del CI. Al Consejo se le dedica todo el capítulo 10. El Consejo se define siguiendo la Ley General como de comunicación entre Estado y Comunida-

des y se le añaden otras tres funciones: coordinación, cooperación e información. Todo ello para lograr la finalidad última que es promover la cohesión en el SNS. Su composición varía fundamentalmente respecto a la Ley General, y desaparece su carácter paritario. El nuevo Consejo lo forman el Ministro y los Consejeros. Las funciones del Consejo se extienden y amplían respecto a la Ley, y se clasifican en: a) funciones esenciales de la configuración del SNS; b) funciones de asesoramiento, planificación y evaluación; c) funciones de coordinación, y d) funciones de cooperación.

La aportación de la calidad

La Ley de Cohesión tiene un segundo apellido la Calidad. El legislador aprovechó la elaboración de la ley para dar un impulso a la modernización del SNS a través de la mejora de la calidad. La Ley crea la Agencia de Calidad y el Observatorio del SNS como dos agencias para fomentar la mejora de la calidad en el sistema. La Calidad se convierte en la Ley en un medio para la Cohesión del SNS. Asumir estándares de calidad homogéneos para el SNS, comparar indicadores, compartir guías clínicas, permite cohesionar los servicios de salud. Desde el punto de vista del ciudadano, la cohesión

se encuentra en lo que recibe del sistema: prestaciones, garantías y calidad de la atención. Si las autoridades sanitarias comparten esta filosofía de mejora y los

instrumentos son comunes, el ciudadano percibirá que está recibiendo un nivel parecido de atención con independencia del lugar donde habite.

