
Financiación sanitaria y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Francisco Sevilla Pérez

Consejero de Asuntos Sociales en la Representación Permanente de España ante la OCDE

El Sistema Nacional de Salud (SNS) parece instalado desde hace unos años en la autocomplacencia. Los responsables políticos del sector, pero no sólo ellos ya que es frecuente también en la mayoría de los agentes sociales, mantienen un discurso público basado en la excelencia del sistema, que entienden ratificada por informes de organizaciones como el de la Organización Mundial de la Salud del año 2000¹, y han reducido, con frecuencia, el problema de la sostenibilidad del sistema sanitario público a un problema de financiación en sus intervenciones públicas. El SNS para ser el mejor, sólo necesitaría incrementar sus recursos, aumento que suele cifrarse en un crecimiento del gasto de un punto más con relación al Producto Interior Bruto (PIB).

La realidad, sin embargo, es más complicada y también más contradictoria. El SNS es un buen sistema, la utilización de los servicios de facto es universal, los ciudadanos están razonablemente satisfechos con la atención recibida y el gasto

no es alto en relación con nuestra riqueza individual o colectiva como país. Ello no puede llevarnos a ignorar que aún no se ha conseguido la universalización en la cobertura sanitaria, que los tiempos de espera y otros indicadores de calidad son manifiestamente mejorables, que en la mayoría de las Comunidades Autónomas al no haber alternativa no hay posibilidad de comparar, que muchos profesionales no se sienten cómodos en el sistema, incluidos aquellos que más lo defienden, o que los directivos del sistema de los últimos 20 años consideran deseables para el SNS cambios profundos², aunque su pragmatismo político los rechace como algo que vaya a llevarse a la práctica en los próximos años.

La financiación sanitaria es un asunto de la máxima prioridad en todos los países de la OCDE⁽¹⁾ y el crecimiento del gasto sanitario una amenaza para la es-

⁽¹⁾ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico que agrupa a 30 países y sobre la que puede obtenerse la información que se considere en www.oecd.org

tabilidad económica. En países con sistemas sanitarios liberales como es el caso del mayoritario en EE.UU. porque compromete seriamente la competitividad de las empresas y en países como los europeos porque pone en riesgo el equilibrio de las cuentas públicas.

En España, además, la financiación sanitaria se ha convertido en un elemento de la máxima relevancia política como consecuencia del proceso de transferencias que ha convertido a la sanidad en la principal partida de gasto de los presupuestos de todas las Comunidades Autónomas. La sanidad, cuando estaba incluida en los Presupuestos Generales del Estado, representaba menos del 10% del gasto presupuestado y su financiación y control eran un reto importante bien conocido. Ahora, en la mayoría de las Comunidades supone más del 35%; ello explica, entre otras razones, que un modelo de financiación autonómica consensuado y que de forma optimista se había vendido como definitivo en el año 2001 haya tenido una vigencia de apenas tres años antes de ser puesto en cuestión.

La sostenibilidad del sistema sanitario tiene un elemento básico en la financiación, mejor dicho, en la suficiencia y el equilibrio financiero del sistema. Sin embargo, ello con ser importante no es lo único necesario. Difícilmente el SNS será

sostenible si no responde a las expectativas de ciudadanos, usuarios y profesionales, si no es racional en su estructura o si carece de un gobierno adecuado.

La referencia más frecuente en relación con la necesidad de financiación del SNS señala que se precisa un incremento que estaría entre el 0,5 % y el 1 % del PIB, cantidad que nos igualaría a la media de gasto de los países de la OCDE. Ésta es una afirmación que parece haberse convertido en dogma y que traducida en términos monetarios coincide aproximadamente con la deuda acumulada en el sistema y las necesidades planteadas como más inmediatas, por lo que no tiene mucho sentido entrar en su discusión. Sin embargo, sí parece pertinente señalar algunos hechos. La OCDE en sus últimos datos publicados³ muestra cómo en el año 2003 el gasto sanitario per cápita en España fue de 1.835 dólares comparables⁽²⁾, un 79 % de la media que era de 2.394, y muy alejado del gasto de países como el Reino Unido con 2.231, Francia

⁽²⁾ Sería importante conocer si los datos comunicados por las autoridades españolas a la OCDE corresponden al gasto real efectuado en cada año por todas las administraciones sanitarias, las entidades públicas con gasto sanitario y todos los agentes de gasto privado o exclusivamente al "contabilizado" que no incluye, por tanto, las facturas no pagadas. De ser así, que el gasto remitido sea el liquidado y no el real, el gasto sanitario español per cápita estaría muy próximo a la media de la OCDE.

con 2.903 o Alemania con 2.996. La misma organización tiene publicados estudios de correlación entre gasto sanitario per cápita y PIB per cápita, en los que se evidencia que España está exactamente en el sitio que le corresponde por su riqueza; igualmente, muestra cómo, en el período 1997-2003, diferentes países han hecho esfuerzos importantes para controlar su gasto³, así en Alemania el gasto sanitario per cápita en relación con la media de la OCDE ha disminuido un 22 % o en Francia un 10 %, mientras que en España se ha mantenido estable con una reducción de sólo un 1 % en el período señalado.

Los sistemas sanitarios son sistemas sociales y en aquellos mayoritariamente públicos su financiación reposa sobre las aportaciones recolectadas obligatoriamente por los gobiernos bien a través de los sistemas fiscales o bien a través de las cuotas de la Seguridad Social. Junto a ello, hay prestaciones no financiadas públicamente y la capacidad de elegir sistemas privados cuando se considera oportuno. Por último, los ciudadanos cofinancian algunas prestaciones mediante el copago. Es decir, si se pretende plantear un incremento de financiación debe explicitarse si será a través de una mayor presión fiscal, un mayor gasto privado —opción por la que parece haber optado España en la

práctica ya que según los datos de la OCDE³ en el período 1990-2003 el gasto sanitario público con relación al PIB ha perdido 7,5 puntos con relación al total del gasto sanitario—, o una mayor participación del usuario que en el año 2003 era de un 24 % del total del gasto sanitario en España frente a un 10 % en Francia o en Alemania³.

En España, el acuerdo adoptado en relación con la financiación sanitaria en el año 2005, y en tanto en cuanto se diseña un nuevo modelo de financiación autonómica, ha optado por basar el incremento de la financiación en una mayor carga impositiva y, en consecuencia, aumentar el gasto público sanitario. Esta opción permite responder a la demanda de mayor financiación y hacerlo de forma coherente con las bases, especialmente la solidaridad, que sustentan nuestro SNS. Los otros elementos básicos en el modelo de financiación, la corresponsabilidad en la política de ingresos cuando se es plenamente responsable de la política de gasto, Comunidades Autónomas a través de sus Servicios de Salud, la conformación de la cesta de impuestos, o la solidaridad entre comunidades, el fondo de suficiencia, son aspectos que no han sido modificados por el acuerdo de 2005 y por tanto queda plenamente vigente la estructura planteada en el mo-

delo de financiación acordado en el 2001, en tanto en cuanto no se proceda a su revisión como se ha comprometido el Gobierno de España⁽³⁾.

La financiación, sin embargo, no es nada más que el instrumento necesario para hacer cosas, que en sanidad son muchas, y de especial trascendencia para la vida de los ciudadanos y el equilibrio financiero exige que el gasto realizado se ajuste a la financiación disponible, algo que parece obvio pero que en el sector está lejos de ser entendido así. La pregunta pertinente sería si todo lo que se gasta se gasta bien y está justificado. En definitiva, lo importante para garantizar la sostenibilidad es detectar si el esfuerzo financiero que se va a demandar a los ciudadanos, mediante impuestos, gasto privado o cualquier otra fuente, va a redundar en un mejor servicio para todos y no sólo para aquellos que puedan financiárselo. Incluso, cabría demandarse el nivel de esfuerzo que habría que realizar y dónde incidir, si en la financiación o en las reformas estructurales que el sistema precisa. J.R. Repullo y L.A. Oteo⁶, en la presentación de un libro reciente del que son coeditores, señalan que la “crisis de

financiación” del SNS probablemente sea más la manifestación de problemas más profundos que afectan a la racionalidad, la solidaridad y la gobernabilidad, que la necesidad de recursos económicos que sin lugar a dudas el sistema tiene.

Es bien conocido que los sistemas sanitarios en general, y el SNS en particular, tienen un gran margen de mejora en su eficiencia: mejorando su arquitectura y adecuándose estructuralmente para dar respuesta a lo que de ellos se demanda, incrementando su productividad, reduciendo el derroche en la utilización de determinados recursos cuyo coste es muy superior al valor añadido que aportan, o mejorando el coste/efectividad de los cuidados.

El SNS es una parte fundamental del sistema sanitario público en España, pero no es el sistema de todos ni para todos los riesgos⁷. El SNS, veinte años después de la Ley General de Sanidad y tres después de la Ley de Calidad y Cohesión sigue sin ser un sistema cerrado. La universalización de facto en la utilización de los centros públicos hace que la universalización del derecho forme parte de la autocomplacencia con que se abordan las bondades del sistema. La realidad, sin embargo, es que el SNS no está universalizado, que hay ciudadanos que tienen dificultades para acceder a la asistencia pú-

⁽³⁾ En los trabajos de A. Gimeno y P.A. Tamayo⁴ y de J. Ruiz-Huerta y O. Granado⁵ hay excelentes ideas para plantear algunas de las bases de un modelo moderno, útil y coherente con el SNS.

blica, que la atención a la pérdida de salud en el medio laboral está fuera del SNS y que hay ciudadanos cuyo aseguramiento con financiación pública se realiza en condiciones diferentes a la habitual. La importancia de este aspecto clave en la esencia del SNS radica en que la universalidad es la base misma del sistema y el requisito previo para avanzar en equidad y solidaridad. La trascendencia del asunto, además, va mucho más allá de las esencias, y la falta de racionalidad en la arquitectura actual del sistema, 20 años después de aprobarse la Ley General de Sanidad, tiene un coste económico importante para el sistema público, por un lado porque el SNS es el receptor de todos los malos riesgos sanitarios, por otro porque ha impedido, hasta la actualidad, afrontar con pragmatismo y de forma útil para mejorar la protección social de todos, la complejidad de las relaciones de la Seguridad Social con el SNS⁽⁴⁾ en asuntos de tanto calado como la financiación de la prestación farmacéutica, el patrimonio de la Seguridad Social de uso sanitario o la cooperación en la Incapacidad Temporal.

⁽⁴⁾ Un primer reconocimiento de la necesidad de avanzar en este terreno sería que en el acuerdo alcanzado en 2005 en relación con la financiación sanitaria se contempla un fondo de 100 millones de euros por la atención que el SNS presta a la enfermedad profesional y los accidentes laborales.

En relación con la provisión de servicios, habitualmente no se cuestiona y se da por buena, tanto la intensidad en la utilización de los recursos como la calidad técnica, aspectos que, sin embargo, suelen ser abordados con la máxima prudencia y han sido dejados casi exclusivamente a la autorregulación profesional. Sin embargo, hoy en día existen estudios relevantes sobre la variabilidad en la práctica médica y la consistencia del uso con las mejores prácticas, que sugieren que el margen de mejora es muy importante, aunque aumentar la eficiencia en el sector se haya mostrado tradicionalmente difícil. En España, a diferencia de otros países de la OCDE, son excepcionales los estudios publicados sobre variabilidad en la práctica clínica o sobre estrategias para monitorizar y mejorar la calidad técnica de la atención sanitaria, pero existen^{8,9}. A pesar de ello, los esfuerzos realizados por los distintos centros dedicados a la información sanitaria o a definir estrategias de calidad no han sido capaces de dotar de transparencia y poner a disposición pública la realidad, en estos aspectos, de nuestro sistema sanitario. No hay duda alguna de que la práctica clínica que se realiza de manera habitual es técnicamente buena, pero tampoco que para mejorar es preciso tener indicadores de calidad y transparencia en lo que

se hace para que se puedan emular las mejores prácticas. Incluso en aquellos temas de la mayor sensibilidad ciudadana como pueden ser las listas de espera, es imposible disponer de información transparente y comparable⁽⁵⁾ sobre las diferentes estrategias de abordaje, de forma que los responsables pudiesen tener conocimiento de las mejores prácticas y, en su caso, de considerarlas convenientes e incorporarlas.

Una mejor organización y gestión de la provisión de los servicios, para lo cual la identificación de los profesionales con el sistema es esencial, una profundización de la gestión clínica¹⁰, un mejor control de la variabilidad y la disponibilidad de un conjunto coherente de criterios de calidad de referencia, redundaría, sin lugar a dudas, en una mejor atención a los ciudadanos y, además, liberaría recursos importantes para poder hacer más y mejores cosas.

Al abordar la efectividad y eficiencia en la provisión de los servicios siempre

es necesario y positivo señalar que el elemento fundamental es el personal, primero porque para que haya servicio debe haber necesariamente un profesional que lo ejecute, segundo porque la legitimidad del servicio depende directamente de la capacidad y actitud del personal, más aún en sanidad por la característica especial de la relación médico-paciente, y tercero porque una gran parte de los recursos económicos están destinados a remunerar al personal y la mayor parte del resto del gasto sanitario está condicionado por decisiones profesionales.

La problemática del personal en el SNS actual ha sido abordada recientemente^{11,12} por lo que se remite a esos y otros trabajos de mayor interés. En relación con la financiación y la sostenibilidad, objetos de esta reflexión, sin embargo, sí parece necesario hacer referencia a dos aspectos importantes, porque al igual que otros asuntos relacionados con nuestro sistema se han convertido en lugares comunes: el gasto de personal, más en concreto las retribuciones, y la normativa que regula las relaciones profesionales.

La aprobación de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco y la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, en fecha tan reciente como el año 2003,

⁽⁵⁾ Baste como botón de muestra el debate provocado por la Comunidad Autónoma de Madrid en el último trimestre de 2005 sobre cómo contabilizar las listas de espera y fundamentalmente los tiempos de espera. Debate, que por otra parte, ha puesto en segundo plano el estudio del esfuerzo realizado por la mayoría de las Comunidades Autónomas para afrontar el problema, y que tendrá como efecto perverso la dificultad de analizar qué actuaciones son de verdad las más beneficiosas para los ciudadanos.

tuvieron altos grados de consenso. A pesar de ello, un estudio reciente² señala cómo los responsables del sistema apuntan que sería deseable tener una política diferente de la consensuada. En ningún aspecto del estudio referido es más cierta la afirmación que se recoge en su resumen de que “Querer no es Poder”. La contradicción entre lo que se considera deseable y lo que se pronostica que va a ocurrir es tan llamativa que debería llevar a una reflexión colectiva y además urgente. No es posible un buen servicio sanitario sin una buena política de personal, y la que se preconiza públicamente parece que se considera poco apropiada para ello.

En cuanto al elemento retributivo, se ha convertido en un lugar común que nuestros profesionales, especialmente los médicos, están mal pagados y en concreto a la cola de los países que integran la Unión Europea (UE), habiéndose señalado que los ingresos anuales se encuentran en torno a los 40.000 euros, la suma de los componentes básicos y fijos del salario de los médicos publicados en los diarios oficiales. En esto, como en casi todo, las comparaciones son difíciles y el discurso fácil de construir y, sin embargo, sería imprescindible ponerse de acuerdo ya que una de las razones fundamentales que se señalan para justificar el ne-

cesario incremento de financiación es la necesidad de mejorar las retribuciones del personal.

La OCDE ha iniciado un trabajo para analizar las retribuciones del personal y sus primeros resultados han sido recientemente publicados³. Dos aspectos deben reseñarse, primero la necesidad de homogeneizar el dato y para ello la OCDE considera que se refiere, en el caso de los asalariados, al ingreso bruto medio anual que incluye además de las retribuciones periódicas, los pagos a la seguridad social realizados por los trabajadores y todos los pagos formales extraordinarios, como guardias, productividad, actividad extraordinaria, etc. Es decir, los ingresos totales y no aquéllos seleccionados y que no reflejan nada más que un porcentaje del total. Segundo, la OCDE considera que la comparación más correcta de los ingresos percibidos brutos debe hacerse una vez relacionados en cada país con el PIB per cápita de ese país. La metodología parece adecuada, quizás aún sería más afinada si se pudiese incluir la relación con las horas efectivamente trabajadas, y sería deseable que España pudiese aportar los datos para incorporarlos a la base ya disponible. Pero, con independencia de aquello que las comparaciones homologables nos señalasen, parece que en este aspec-

to tan importante para la buena marcha del sistema y del que depende en buena parte la satisfacción de los profesionales, es importante dejar atrás el discurso y abordar la realidad.

En España es posible que los profesionales sanitarios no estén bien retribuidos, pero lo que es seguro es que la política retributiva que se practica, acordada con los agentes sociales, es perversa. Se trata de una política no transparente, en la que se retribuye el estar en nómina y no el esfuerzo realizado, en la que pueden encontrarse diferencias de hasta 5 veces en los ingresos recibidos en el sector público entre profesionales de la misma categoría en el caso de los médicos de los hospitales, en la que no siempre coincide que el que mayor dedicación tiene sea el mejor retribuido, o en donde no existen elementos de incentivación. El problema no es mejorar los sueldos que sin duda en determinados casos deberán elevarse incluso de forma importante, el reto es hacer una nueva política retributiva enmarcada en una nueva política de personal.

Por último, una reflexión necesaria sobre otros dos elementos que se han convertido en paradigmas para la sostenibilidad. El primero es el dicho de “todo gratis para todos”. Es cierto que en España no hay barreras económicas en el ac-

ceso para la mayoría de las prestaciones, pero, dicho esto, sistemas como el francés o el alemán tienen más prestaciones que el español y tienen mayores facilidades de acceso. En estos sistemas sí es más verdad el dicho y probablemente esa sea una de las razones que están impulsando a reformas profundas en ambos países. El debate racional debería tener su punto de partida en la priorización de las prestaciones que van a ser financiadas públicamente y cuáles pueden ser consideradas de escasa utilidad o meramente bienes de consumo aunque tengan relación con la salud⁽⁶⁾. Para ello, en un sistema descentralizado como el SNS la cooperación entre administraciones es absolutamente imprescindible. Probablemente haya un consenso generalizado, en el ámbito técnico, sobre la necesidad de “recortar”, pero no hay ninguna duda de que en muchos otros aspectos es necesario mejorar, especialmente en todo el sector de cuidados. Al mismo tiempo, es esencial alcanzar una convergencia con la sociedad científica y los agentes que innovan, la industria, para garantizar la más

⁽⁶⁾ En la primera mitad de los años 90 del siglo XX se realizó, en este sentido, un ambicioso trabajo tanto para la definición de las prestaciones sanitarias como para poner las bases de la financiación selectiva de medicamentos. Una década después, debería abordarse el necesario salto cualitativo una vez que todos han aceptado la racionalidad del trabajo entonces efectuado.

rápida incorporación de aquella tecnología segura y efectiva, incluyendo los medicamentos, que además aporta valor, no sólo en el margen, sobre lo ya disponible. Una de las causas fundamentales de incremento del gasto sanitario es la intensidad en la utilización tecnológica, pero verosíblemente este crecimiento sería mucho más moderado y más útil socialmente, si dicha utilización estuviese siempre guiada por las mejores prácticas, pero esto es más complejo de implantar que controlar el acceso de nueva tecnología.

El segundo paradigma en relación con la sostenibilidad es achacar a la descentralización el problema del gasto. Así, en un reportaje reciente en *El País*¹³ se decía, recogiendo un sentir generalizado, que la disciplina presupuestaria ha saltado por los aires con las transferencias del 2002. Si entendemos por disciplina presupuestaria ajustarse a los presupuestos y se hace un análisis riguroso, puede decirse que el SNS, como por otra parte la mayoría de los sistemas sanitarios, no ha tenido nunca disciplina presupuestaria⁽⁷⁾ y la prueba más evidente son las sucesivas operaciones de saneamiento

efectuadas en los años 80, en 1993 y en 1997. La sanidad como agente de gasto tiene un comportamiento especialmente difícil y el cambio necesario sería incidir en que cuando se habla de suficiencia en sanidad se quiere decir que el gasto realizado se ajusta a la financiación disponible. Sin embargo, la referencia a la suficiencia se suele hacer, y no sólo desde el año 2002, sobreentendiendo que el gasto realizado está justificado y que obligatoriamente debe financiarse.

La sostenibilidad del SNS precisa garantizar una financiación suficiente para dar una atención de calidad a todos. Para ello, incrementar la disponibilidad de recursos económicos es una condición necesaria pero no suficiente y se precisaría además: primero, garantizar el derecho de todos en todo el territorio en condiciones de igualdad y simultáneamente identificar de forma nítida quién determina aspectos tan importantes para la provisión de los servicios como la política de personal, los niveles retributivos, los procedimientos más eficientes para la incorporación de bienes y servicios o, de forma aún más importante, la combinación de recursos y la intensidad en su utilización más adecuadas en cada caso. Para este segundo conjunto de actuaciones, y dado que no existen ni es previsible que existan determinantes universa-

⁽⁷⁾ Parece importante señalar para matizar lo dicho que el INSALUD en el periodo 1993-2001 ajustó en gran medida su gasto al presupuesto aprobado al igual que algún otro Servicio de Salud.

les para los diferentes parámetros señalados, parece imprescindible que quien tiene las decisiones de gasto, tiene que tener la responsabilidad en los ingresos. Un elemento necesario para avanzar en estas cuestiones es asumir la responsabilidad de dar cuentas, lo que implica sistemas de información eficaces, relevantes, adecuados, útiles, de calidad, validados y transparentes, que deben generalizarse a toda la escala de toma de decisiones en el sector salud.

El SNS en el año 2005 tiene un grave problema de suficiencia tanto como consecuencia de la insuficiencia inicial de la masa monetaria que se tomó como restricción inicial para las transferencias acordadas en el año 2001, como por la insuficiencia dinámica relacionada con el incremento del gasto que ha ocurrido, si bien de forma dispar, en todos los territorios entre otras causas por el cambio demográfico en el que el envejecimiento estaba previsto pero no así el importante crecimiento de la población relacionado con los movimientos migratorios.

La decisión acordada en la Conferencia de Presidentes en septiembre de 2005 y ratificada en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, además de poner elementos de solución a la problemática existente, facilita una tregua temporal en la urgencia del problema para que se

puedan analizar las causas con el sosiego necesario como ha planteado el Gobierno. Algunos de los elementos para el debate ya se han apuntado¹⁴, entre ellos la necesidad de:

1. Acordar el coste capitativo. Como el acuerdo tiene que ser político, lógicamente con la mayor solidez técnica, la experiencia demuestra que a mayor complejidad, la ganancia en “adecuación” es pequeña y las dificultades para el acuerdo mayores. En definitiva, las variables para ponderar el “per cápita” deberían estar muy seleccionadas.

2. Determinar claramente la autoridad responsable de generar los ingresos necesarios para hacer frente a dicho coste medio y garantizar la solidaridad. Una premisa para que ello funcione es la transparencia en el fondo de suficiencia. La disociación entre las políticas de gastos e ingresos en sanidad sólo contribuye a perpetuar el “dejar hacer” de una cultura de la abundancia en la que todo es posible.

3. Dada la dificultad y complejidad para el control del gasto en los sistemas sanitarios y la plena descentralización de la política sanitaria en el SNS, debería valorarse el equilibrio entre el principio de autonomía plena y la utilidad de la colaboración en un mundo con unidad de mercado, tanto para los agentes sociales

como para las empresas suministradores de bienes y servicios. Las grandes transformaciones que requiere el sector tanto en política de personal como en la relación con sus proveedores, incluyendo el sector farmacéutico, es difícil que puedan ser abordadas en toda su complejidad y con la máxima ambición de forma aislada por la mayoría de las diferentes Comunidades Autónomas. La cooperación y el planteamiento de estrategias comunes parecen una necesidad evidente para alcanzar mejor los objetivos del SNS como sistema sanitario de todos para todos.

En resumen, la sostenibilidad del sistema precisa, además de acordar una financiación “suficiente”, vincular financiación y gasto, resaltar la responsabilidad de los agentes que generan el gasto y la cooperación necesaria entre ellos para obtener mejores resultados, disponer de información transparente y útil tanto para la gestión como para su control por parte de los ciudadanos, y trasladar al conjunto del sistema la oportunidad de mejorar su eficiencia. En este sentido, el elemento de mayor preocupación que aporta el estudio Delphy mencionado² es la falta de definición del gobierno del SNS.

En dicho estudio hay asuntos en los que aparentemente la mayoría de los que

tienen o han tenido responsabilidades están de acuerdo en lo que es deseable y en la viabilidad de llevarlo a la práctica. En otros aspectos, como ya se ha señalado con la política de personal, existe una muy preocupante contradicción entre lo que se considera deseable y lo que se ve factible. Sin embargo, el mayor riesgo para el futuro del SNS radica en la ausencia de órganos de gobierno adecuados del sistema y en la indefinición que se detecta sobre cómo éstos se pueden desarrollar. Una organización de la complejidad del SNS no puede ejercer las funciones que las leyes le encomiendan ni responder a las expectativas de los ciudadanos y profesionales si no tiene un órgano de gobierno con sus competencias claramente definidas¹⁵.

La existencia de 17 Servicios de Salud cada uno con sus propias características es la esencia de la descentralización, estrategia de gobierno que pretende acercar el centro de decisiones a los ciudadanos para una mejor respuesta a sus necesidades. Por tanto, no es razonable agitar como algo perverso en sí mismo la “fragmentación del SNS”. Lo perverso es no disponer de información transparente, objetiva y validada externamente para poder evaluar las políticas públicas desarrolladas, para que los ciudadanos conozcan con datos reales cuáles son las

prioridades adoptadas y la efectividad de las acciones emprendidas, y para que los responsables puedan disponer de capacidad de análisis sobre las mejores prácticas y plantear la conveniencia de incorporarlas a sus ámbitos respectivos de decisión. Ello junto a garantizar la equidad territorial e intraterritorial son los grandes retos del Gobierno del SNS.

La importancia de estos asuntos hace imprescindible que en el acuerdo de financiación autonómica previsto, se incorporen las modificaciones legislativas necesarias para garantizar el buen gobierno del sistema y se pongan las bases para el nuevo contrato social que el SNS necesita para ser de verdad el gran sistema que todos deseamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization: The world health report 2000: health systems improving performance. Geneva:WHO; 2001.
2. Fundación Abril Martorell y Fundación Salud Innovación y Sociedad, Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado: análisis prospectivo Delphy, Madrid. En prensa 2005.
3. OECD. Health at a glance: OECD Indicators 2005. París: OECD; 2005.
4. Gimeno Ullastres A, Tamayo Lorenzo PA. La sostenibilidad financiera del sistema público de salud. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 25-48.
5. Ruiz-Huerta J, Granado O. La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica. Madrid: Documentos de Trabajo Fundación Alternativas; 2003.
6. Repullo JR, Oteo LA. El porqué. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 13-4.
7. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria: Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Madrid: Documentos de Trabajo Fundación Alternativas. En prensa 2005.
8. Lázaro P. La investigación en el sistema de salud. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 245-52.
9. Peiró S, Sotoca R, Bernal E. La calidad de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 349-58.
10. Sevilla F. Gestión Clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2000;4:63-83.
11. Sevilla F. Políticas y estrategias de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Sostenibilidad vinculada a agentes sociales. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 183-98.
12. Yáñez J. Sistema Nacional de Salud y vinculación de los agentes profesio-

- nales. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.p. 245-52.
- 13.** Barbería JL. El agitado pulso de la sanidad española (I): la sanidad no aguanta. El País, 21 de noviembre 2005. p. 15-6.
- 14.** Sevilla F. El problema de la financiación sanitaria en España: ¿un pozo sin fondo? Diario Médico, 12 julio 2005. p. 4.
- 15.** Sevilla F. Gobierno del sistema sanitario. Diario Médico, 15 marzo 2005. p. 4.

