
Situación y perspectivas de la coordinación del Sistema Nacional de Salud

Francisco Sevilla Pérez

*Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en Francia.
Embajada de España y Representación Permanente ante la OCDE.*

El Sistema Nacional de Salud (SNS), entendido como la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, ha terminado prácticamente su proceso de transferencias, y el nuevo modelo de financiación autonómica, acordado en 2001, ha cambiado sustancialmente las reglas de juego. En consecuencia, las Comunidades Autónomas (CCAA) tienen la responsabilidad de gestionar los servicios sanitarios integrados en sus servicios de salud y plena capacidad para determinar sus políticas de gasto, y la Administración General del Estado (AGE) el ejercicio de aquellas competencias exclusivas, entre ellas la coordinación general.

En este escenario, el SNS ha pasado a ser, para algunos, un “ente virtual” que responde a la regulación vigente en la Ley de Calidad y Cohesión del año 2003. En esta lógica de un SNS “virtual”, su órgano de gobierno concebido como de diálogo e intercambio, tiene todas las papeletas para seguir siendo el escenario

privilegiado en el que se escenifica la confrontación política.

El debate generado por las presentaciones de los tres consejeros que expusieron sus ideas en relación con la coordinación, mostró la rebeldía contra la resignación ante la situación actual en el Consejo Interterritorial (CI) y la necesidad sentida de un órgano que gobierne la sanidad española de forma plenamente coherente con el reparto competencial establecido, y que sea capaz de sumar para mejorar la atención a los ciudadanos.

Hablar de coordinación en el sistema sanitario español significa hablar de coordinación a tres niveles:

1. La coordinación entre CCAA o sus servicios de salud para afrontar problemas que les son comunes.

2. La coordinación entre todas las CCAA y la AGE que contempla la regulación vigente para el SNS.

3. La coordinación de todos los sistemas sanitarios con financiación públi-

ca que planteaba la Ley General de Sanidad que conformarían el SNS.

La mesa no abordó la coordinación de la sanidad pública y privada, y por ello no se va a plantear, incluso desde el convencimiento de que los nuevos escenarios que se están abriendo hacen que su necesidad sea cada vez más perentoria.

La coordinación entre CCAA para la resolución de problemas comunes, especialmente la atención sanitaria en las zonas limítrofes entre dos o más Comunidades, funciona con plena normalidad. Es cierto que hace años algún servicio de salud pudo utilizar esta atención, siempre prestada, como instrumento de presión ante la AGE; sin embargo, hoy se pone de manifiesto en todos los foros que esta relación bilateral funciona, y que cada día va a funcionar mejor, hecho que en el debate se ratificó, y los diferentes intervenientes animaron a profundizar en ella en beneficio de los ciudadanos.

El segundo nivel de coordinación, el desarrollado en el ámbito del SNS, cuyo escaparate sería su CI, es el objeto fundamental de la mesa. Hace unos meses publicaba un artículo en Diario Médico¹ y a él me remito, sin embargo considero importante rescatar algunos de los elementos que allí señalaba por haber sido objeto de debate en la mesa que se relata.

La coordinación puede plantearse bien como un intento voluntarista y bienintencionado de avanzar juntos agentes diferentes que ejercen de forma exclusiva sus competencias, bien como la necesidad de armonizar políticas para generar valor para cada uno y para el conjunto desde el respeto mutuo entre administraciones y sus competencias.

En este contexto parece imprescindible preguntar si el SNS necesita, o no, un órgano de gobierno y, respetando a los discrepantes, mi criterio es claramente favorable. El SNS como sistema social necesita, para aquellos que piensan que la propia existencia del sistema no es posible sin un gobierno claro y diáfano, un órgano de dirección con competencias y responsabilidad en las funciones que se acuerden. En este sentido, los integrantes del CI del SNS, AGE y CCAA deben ponerse de acuerdo en qué funciones deben compartir y cogerse, algo imposible de llevar a cabo desde una aproximación identitaria de las competencias exclusivas que cada uno tiene que ejercer.

En mi criterio, y como ya señalaba en el artículo referido, las funciones a ejercer por el CI deberían ser las siguientes sin voluntad de exhaustividad:

– El análisis de la situación de salud y la propuesta de acciones para su mejora.

- El ejercicio de la autoridad sanitaria, que en la mayoría de las ocasiones debería transmitirse de forma única.
- La responsabilidad de la protección de la salud para todos los riesgos y todos los colectivos.
- La garantía del derecho para todos en un sistema financiado por todos.
- El contenido del derecho.
- Los acuerdos básicos en política de personal y en formación de los profesionales de la salud.
- Los sistemas de información necesarios para la gestión del Sistema, incluyendo aquellos que permitan el análisis comparado entre servicios de salud y centros sanitarios para poder incorporar las mejores prácticas. Actualmente este tipo de información o es inexistente o está fuera del control del SNS.
- La financiación necesaria para desarrollar sus funciones.

Para ser efectivo estas funciones deben ejercerse desde la óptica de la responsabilidad, no desde la voluntad de intentar ponerse de acuerdo, porque en un sistema como el SNS, con competencias exclusivas en la AGE y en las CCAA, el único nexo posible es el de ser correspondientes, tener que rendir cuentas y asumir que algunas cosas irán mucho mejor para los ciudadanos y los profesionales trabajando juntos en lugar de aislados, aunque para ello haya que compartir el ejercicio de ciertas competencias.

La descentralización del SNS en España es política y no administrativa, y como tal debe abordarse teniendo en cuenta, además, la complejidad del sector sanitario y su dinamismo, lo que exige que el gobierno y las áreas donde se ejerza deba estar bien definido. En este escenario debe enfatizarse que para poder ejercer responsabilidad se precisa disponer de instrumentos propios adecuados. De hecho, la mayor parte de los necesarios ya están diseñados, aunque sea de forma incompleta, en la Ley General de Sanidad o en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, y deberían pasar a depender del CI. Mientras los instrumentos necesarios para las funciones compartidas no sean del CI no serán percibidos como propios, y siempre serán objetados como de parte, como es fácil comprobar: por ejemplo con los sistemas de información, que deberían ser útiles para la gestión del SNS. Por último, el CI debería dotarse de una regulación que le permitiese, como órgano colegiado, asumir sus responsabilidades y ejercer sus funciones.

El debate se planteó sobre si esto es posible o no, y parece que hay dos elementos clave para que lo sea: autoridad que precisa voluntad política, capacidad y competencia y liderazgo para ejercerla.

En España las universidades tienen una Ley que regula su autonomía y la competencia ha sido transferida a las CCAA; ello no impide que exista una necesidad de armonización en aspectos básicos, impulsada por directivas europeas, pero también demandada por la propia universidad, y hoy nadie discute que deba hacerse una Ley de Universidades. En España, las competencias de salud pública fueron de las primeras competencias sanitarias transferidas, en algunos casos a los entes preautonómicos, y, sin embargo, la Ley 28/2005 de medidas frente al tabaquismo ha sido acogida como una actuación natural que debía ejercer el Gobierno de la Nación y regularse desde las Cortes Generales. En este contexto, parece razonable que aspectos que afectan a la salud, a los servicios sanitarios y a sus profesionales, como la equidad, la movilidad, la calidad de los servicios, la formación o elementos clave de la política de personal, se ejerzan de común acuerdo e incluso, si es necesario, se desarrollen de manera armónica.

En el debate se planteó, además, la necesidad sentida por los protagonistas de diferentes servicios de salud de una cierta unidad de acción ante problemas similares. No sólo es legítimo considerar una armonización de ciertos criterios básicos en política de personal, sino que

puede ser suicida abordar los problemas aisladamente en un mundo con unidad de mercado y en el que los agentes, los sociales en este caso concreto, pero los económicos en muchos otros, funcionan de forma única o concertada.

Los partidarios de un SNS “virtual” consideran que en el espacio económico europeo la movilidad de los ciudadanos y de los profesionales ya están garantizadas, y que por tanto no es precisa ninguna otra acción. Lógicamente, el debate está servido, pero no debería olvidarse que aquellos más interesados en que nuestro sistema sanitario se base en premisas distintas a las actuales, son aquellos que tienen un mayor interés en la virtualidad del sistema, y al final en su propia “inutilidad” por inoperante.

Este es el escenario en el que podría enmarcarse el tercer nivel de coordinación. La Ley General de Sanidad planteaba la universalidad y la igualdad de todos los ciudadanos en un sistema financiado por todos. Es evidente que 20 años después de aprobada dicha Ley la utilización de los servicios públicos es de facto universal, pero no se ha culminado la universalización, ni en cuanto a los riesgos ni en cuanto a los colectivos de ciudadanos. En un trabajo elaborado recientemente, y pendiente de aparecer, analizo esta problemática y planteo los elementos, en mi cri-

terio, imprescindibles para conseguir una mayor equidad en el sistema sanitario público español² y que deberían incluir:

a) Definir el título competencial de la sanidad con financiación pública para todos los ciudadanos.

b) Precisar los riesgos cubiertos por el SNS.

c) Integrar los diferentes sistemas de aseguramiento con financiación pública para los riesgos definidos en el SNS.

d) Regular, a partir de las actuaciones anteriores, las relaciones que persistan entre Seguridad Social y SNS.

Es obvio que en el año 2006 todos los ciudadanos españoles no tienen iguales oportunidades ni condiciones de acceso a los servicios sanitarios con financiación pública, lo que precisa una armonización y nuevas maneras de afrontar la coordinación. En este sentido, la reflexión de J.R. Repullo³ sobre la utilización de la cartera de servicios como elemento de disenso partidista en el seno del CI partiendo de un objetivo explícitamente definido, como es el de garantizar a todos los ciudadanos condiciones similares en su relación con los servicios sanitarios mientras existe un aparente pleno consenso en ignorar que en todas las CCAA unos ciudadanos pensionistas no abonan nada por su prestación farmacéutica y otros el 30 % del PVP, no puede ser más acertada.

El SNS es en 2006 una realidad muy diferente de la pensada a comienzos de los años ochenta del siglo pasado, cuando se debatía qué hacer con el sistema sanitario para preparar la Ley General de Sanidad. Puede señalarse incluso que es una realidad muy distinta de la existente hasta hace escasamente cinco años. La transferencia del INSALUD a todas las Comunidades Autónomas, unida al actual modelo de financiación autonómica, han modificado de forma sustancial la forma tradicional de entender el sistema, y están entre las causas fundamentales de la crisis de identidad en que está inmerso el SNS que, en mi criterio, la Ley de Cohesión y Calidad no supo entender, y por tanto no abordó. En este sentido parece imprescindible buscar soluciones inteligentes que garanticen:

1. Una buena arquitectura para los sistemas de información.

2. Dotarse de instrumentos eficaces para el mejor gobierno del sistema, en el ámbito del propio SNS, pero también en los servicios de salud y en la gestión clínica.

3. Dotación económica potente para el desarrollo de las funciones propias que se acuerden para el SNS.

Todo ello probablemente sólo sea posible a través de un gran acuerdo social⁴ que cada día parece más urgente, además de necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sevilla F. Gobierno del Sistema Nacional de Salud. *Diario Médico* 15 de Marzo 2005. p. 4.
2. Sevilla F. La universalización de la Atención Sanitaria, Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo, Fundación Alternativas 2005 (en prensa).
3. Repullo JR. ¿Un Sistema Nacional de Salud o... diecisiete? Disponible en: www.diariomedico.com/blogs/sespas/31/01/2006.
4. Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.

