
Situación y perspectivas de la coordinación del Sistema Nacional de Salud (Castilla y León)

César Antón Beltrán
Consejero de Sanidad de Castilla y León

Marco jurídico

El pasado 1 de enero de 2002 se hacía realidad la transferencia de la totalidad de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas, quedando configurado el mapa del actual sistema sanitario español. La Junta de Castilla y León asumía plenamente las competencias en materia sanitaria, tal y como se recogía en nuestro Estatuto de Autonomía, marco legal de nuestras ambiciones de autogobierno.

La Constitución Española de 1978 recoge en sus artículos 43 y 49 la protección del derecho a la salud por parte de los poderes públicos. Y en el Título VIII, que contempla el desarrollo autonómico, se abría la puerta a un nuevo modelo sanitario que culminó su etapa básica de diseño con la aprobación y entrada en vigor de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Nace el Siste-

ma Nacional de Salud (SNS), conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas con su adecuada coordinación.

La integración de efectivos que supone la creación del sistema de salud de cada Comunidad Autónoma es fundamental para lograr la eficacia en la gestión sanitaria. Y para asegurar, que efectivamente, se cumple el mandato constitucional de garantizar que todos los ciudadanos tengan cubierto el derecho a la salud, más allá de particularidades organizativas y diferentes condiciones de vida. Pero es preciso tener en cuenta que desde la especificidad de los diferentes sistemas sanitarios de cada Comunidad Autónoma, la coordinación consiste en lograr un sistema global, homogéneo, con información compartida y capaz de dar respuesta ágil cuando de llevar a cabo acciones conjuntas por parte de las autoridades sanitarias se trate.

Bajo la coordinación del Estado, y como responsabilidad directa de las Comunidades Autónomas, se van creando unos servicios sanitarios propios y cercanos a los ciudadanos. En Castilla y León la Ley 1/1993 de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario, puso en marcha el sistema de salud de Castilla y León.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León tiene derecho a aumentar sus cuotas de autogobierno y sus competencias, en colaboración con el gobierno de España, desde la máxima lealtad constitucional. Un derecho y también una necesidad, porque sólo desde una gestión más cercana al ciudadano se pueden detectar las necesidades sanitarias y sociales, analizar sus causas y poner en marcha las soluciones más adecuadas en cada caso. Esta aspiración se materializó en el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, que traspasaba a la Comunidad de Castilla y León las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. En este momento, Castilla y León, al igual que el resto de Comunidades Autónomas, iba a completar el diseño de su propio sistema sanitario, integrado en el SNS.

Era necesario, por tanto, llevar a cabo acciones de coordinación y cooperación entre las diferentes Administraciones públicas sanitarias. La Ley 16/2003, de

28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, manifiesta en su artículo primero que:

“Todas las Comunidades Autónomas tienen pleno derecho a ejercer sus respectivas competencias, pero de tal modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.”

Porque es preciso que éste, el SNS, mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta el Estado de las Autonomías.

La Coordinación tiene en el Consejo Interterritorial del SNS su máximo órgano. Creado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y configurado definitivamente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS como instrumento básico de cohesión, supone, para la organización sanitaria un punto de inflexión. El Estado y las Comunidades Autónomas tienen, a partir de ahora, según el artículo 69 de la citada Ley de Cohesión y Calidad:

“Un órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a

través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.”

Sus funciones se recogen en el artículo 71 de la citada Ley 16/2003:

1. El desarrollo de la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del SNS, así como su actualización y el establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones básicas del SNS por parte de las Comunidades Autónomas.

2. Los criterios marco que permitan garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS.

3. Los criterios, sistemas y medios de relación que permitan la información recíproca en el SNS, así como los criterios de seguridad y accesibilidad del sistema de información.

4. El establecimiento de criterios y mecanismos en orden a garantizar en todo momento la suficiencia financiera del sistema y el carácter equitativo y de superación de las desigualdades que lo definen, sin perjuicio de las competencias del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas.

5. En relación con funciones de coordinación del SNS coordinar, en general, aquellos aspectos relacionados con acciones sanitarias del SNS que dispongan las leyes o que, de acuerdo con su natu-

raleza, precisen de una actuación coordinada de las Administraciones sanitarias públicas.

6. Por lo que se refiere a las funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas son competencia suya los acuerdos entre las distintas administraciones sanitarias para conseguir objetivos de común interés de todos los servicios de salud.

7. Y por último, todos aquellos asuntos que los miembros del Consejo Interterritorial del SNS consideren de interés general para el conocimiento y la colaboración en el seno del Consejo.

El Consejo Interterritorial debe ser el instrumento que permita la fluida comunicación entre el gobierno de la nación y las diferentes Comunidades Autónomas. Es el órgano básico para la coordinación y la cohesión, y estas funciones se ponen especialmente de manifiesto en tres materias que engloban toda la gestión sanitaria y en las que la actuación del Consejo debe potenciarse: la información, la cartera de servicios, la política de recursos humanos y la financiación.

Información sanitaria

La información, elemento básico en cualquier organización, es aún más im-

portante en un sistema sanitario, donde puede considerarse un recurso estratégico, y de creciente protagonismo gracias a las nuevas tecnologías.

El sistema sanitario necesita tener un conocimiento preciso sobre sus características y su funcionamiento, imprescindible para la toma de decisiones, para desarrollar una gestión eficaz y para permitir afrontar los retos del futuro. Es un aspecto de vital importancia tanto para el SNS, como para los Servicios Sanitarios de todas las Comunidades Autónomas. Si el objetivo alcanza el rango de englobar a la totalidad del SNS, la información es un recurso estratégico para la toma de decisiones interterritoriales e intersectoriales. En nuestro contexto, pues, la coordinación de la información generada por los distintos sistemas de salud debe ser prioritaria.

Así lo reconoce la propia Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, que señala en su exposición de motivos:

“...Otro de los elementos esenciales para el funcionamiento cohesionado y con garantías de calidad del Sistema Nacional de Salud, que es la existencia de un verdadero sistema de información sanitaria.”

Con esta finalidad señala en su artículo 53 que el Ministerio de Sanidad y

Consumo establecerá un sistema de información sanitaria que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre la Administración sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas. Debe contener los datos básicos sobre las prestaciones y la cartera de servicios en la atención sanitaria pública y privada, la población protegida, recursos humanos y materiales y financiación. Será en el seno del Consejo Interterritorial del SNS donde se acuerden los objetivos y contenidos de la información.

Este sistema de información debe dar respuesta, por mandato legal, a las necesidades de diferentes colectivos: las autoridades, los profesionales, los ciudadanos, las organizaciones de pacientes y familiares. Debe contener información sobre “las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, e incorporará, como datos básicos, los relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de los ciudadanos, todo ello desde un enfoque de atención integral a la salud”. (Artículo 53, ya citado.)

Los conceptos utilizados por cada Comunidad Autónoma, así como los criterios esgrimidos deben ser homogé-

neos. Es decir, la información debe estructurarse dentro de unos parámetros comunes. Esto permitirá superar los diversos orígenes de la información y convertirla en un sistema integrado que permita su aplicación a la política sanitaria nacional, la toma de decisiones interterritoriales y la evaluación del propio SNS. Proporcionará, por otra parte, a los responsables políticos el exacto conocimiento del ámbito que gestionan, facilitando la toma de decisiones.

Las diferentes Comunidades Autónomas han ido desarrollando, de modo independiente, y con diferentes ritmos de trabajo, diversas aplicaciones, en ocasiones no compatibles entre sí. Es loable el esfuerzo que se está llevando a cabo para lograr la homogenización de estos avances, en beneficio de la coordinación del sistema de salud. Sin embargo queda todavía mucho por hacer. Es necesario dar cumplimiento al mandato legal y contar con la voluntad política y el convenimiento claro de la importancia de vertebrar un buen sistema de información como eje de nuestro SNS.

En el informe elaborado por el Grupo de Trabajo de Financiación Sanitaria del Consejo Regional de Salud de Castilla y León, se declara a este respecto:

“Es importante lograr una plena transparencia en los datos económicos y fi-

nancieros de todos los agentes del sistema sanitario de financiación pública. Para ello es necesario facilitar el acceso público a los registros y contratos, convenios, acuerdo de implicación económica, a los balances, a la estadística de establecimientos con régimen de internado, etc.”

Cartera de servicios

La cartera de servicios se recogió por vez primera en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, en cuyo artículo 8 se indica:

“Las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”.

Se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. Comprende el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de salud pública, Atención Primaria, Atención Especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéti-

cos y de transporte sanitario de las que puedan beneficiarse los ciudadanos españoles independientemente de su lugar de residencia.

El objetivo de la cartera de servicios es garantizar, en todo momento, las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en condiciones de equidad en todo el territorio nacional. Garantiza a los ciudadanos que una prestación no disponible en su Comunidad les será dispensada en otra.

No es una materia fácil. Parece que es aquí en donde se materializan de modo más claro algunos principios que, en otros ámbitos, parecen quedar más difusos: la equidad, la solidaridad, la igualdad, la cohesión. Al hablar de equidad, la Ley 16/2003 dice textualmente en su exposición de motivos:

“Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.”

La cartera de servicios debe reflejar la realidad de las prestaciones de acuerdo con la calidad y grado de especialización que alcanzan. Debe reflejar la dedicación de los profesionales, el equipamiento

tecnológico y gasto farmacéutico que llevan, porque todo ello repercute en los costes, no sólo financieros sino también sociales.

No puede presentarse como algo cerrado, sino que es probablemente uno de los temas más abiertos del debate sanitario, por cuanto las demandas de la población siguen creciendo. Estamos ante un debate asistencial, pero también político, porque es clave para la pervivencia del Sistema Sanitario Público. Es preciso conocer no sólo lo que se tiene, sino lo que se necesita, sin perder de vista la sostenibilidad del Sistema. La cartera de servicios debe ser equivalente en todas las Comunidades Autónomas para que no haya diferencias en las prestaciones, para que haga iguales a los ciudadanos ante la sanidad pública. Es tan importante, que todos los acuerdos a los que se pueda llegar en materia de financiación no significan nada si no somos capaces de concretar qué servicios se les ofrecen a los ciudadanos y qué cuestan. Es preciso diseñar un catálogo de prestaciones del que partir para valorar lo que cuesta su implantación en cada territorio, de acuerdo con las circunstancias sociales o con criterios de dispersión.

En resumen, quiero reiterar que la idea que debe ser fundamental es que la cartera de servicios debe garantizar la

igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias con independencia del territorio. Tiene que caracterizarse por ser actual, igualitaria, recogiendo el conjunto de prestaciones, que permita su evaluación y su diseño futuro.

Financiación

La Cartera de Servicios está íntimamente relacionada con la financiación, como ha quedado de manifiesto. Ésta debe ser un instrumento que contribuya a potenciar la equidad, entendida como lealtad y cooperación institucional. En el trabajo antes citado del Grupo de Financiación del Consejo de Salud de Castilla y León se señala que:

“Se debe definir un catálogo de prestaciones básicas de nuestro sistema sanitario, comunes en criterios de accesibilidad y otras dimensiones de calidad en la prestación del servicio, disponibles en todas las Comunidades Autónomas, cuya financiación, en base al principio de equidad, quede garantizada por el Fondo de Cohesión, en el supuesto de que los recursos de la propia Comunidad Autónoma no fueran suficientes para garantizarlas.”

La financiación sanitaria es el instrumento más importante para lograr un sistema de salud cohesionado. El modelo

actual de financiación sanitaria es fruto de la negociación y fue aceptado por todas las Comunidades Autónomas. Las reformas que se pudieran hacer deben contar con la participación, igualmente, de todas las Comunidades Autónomas. Ahora más que en ningún otro momento, dado que, tras las transferencias sanitarias de 2002, las Comunidades Autónomas son las que más tienen qué decir al respecto, ya que tienen las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia sanitaria. Por tanto, todos deben aceptar la reforma y esta discusión debe hacerse en el foro adecuado. De otro modo se hurta el debate a sus auténticos protagonistas. Y este foro no es otro que el Consejo Interterritorial, dado que según el ya citado artículo 71 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, una de sus funciones es el:

“Establecimiento de criterios y mecanismos en orden a garantizar en todo momento la suficiencia financiera del sistema y el carácter equitativo y de superación de las desigualdades que lo definen.”

El modelo actual, con su correspondiente financiación no está agotado, pero es preciso desarrollarlo en todos los extremos y ajustarlo a la nueva realidad sociodemográfica. Es preciso un pacto de Estado para la sanidad, como ha quedado

claro en el Informe del Grupo de Trabajo de Financiación Sanitaria del Consejo Regional de Salud de Castilla y León.

Si las modificaciones pasan por el incremento de los recursos es preciso que todos seamos conscientes de que hablar de Financiación no es sólo hablar de dinero: como ha quedado claro en el informe del Grupo de Trabajo de Financiación Sanitaria del Consejo Regional de Salud de Castilla y León, para abordar este tema lo primero es hablar de a qué se pretende destinar estos ingresos, quiénes son los beneficiarios, qué prestaciones reciben, en qué condiciones las reciben y cómo se gestionan los servicios sanitarios.

Es preciso, así mismo, tener en cuenta siempre dos ideas, que a menudo pueden ser excluyentes:

1. Efectividad: la fragmentación de servicios encarece las actividades y limita la experiencia de los profesionales, lo que puede conducir a menos calidad y a falta de rentabilidad.

2. Equidad: todos tienen derecho a todo. Cualquier medida debe ir acompañada de medidas de racionalización de la gestión. De lo contrario, el problema de insuficiencia en la financiación sanitaria será recurrente en el futuro. Dado que los recursos son limitados es preciso aumentar la eficacia, manteniendo los prin-

cipios de autonomía financiera, equidad y generalidad, es decir, se contempla la financiación de todos los servicios prestados.

Es precisa una mejora de la financiación, primero mediante el desarrollo del modelo actual:

– Pleno funcionamiento de los fondos específicos para financiar a todos los desplazados, incluyendo los extranjeros, y financiar programas que garanticen la equidad del sistema financiero.

– El Fondo de Cohesión debe cumplir lo previsto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, en su disposición adicional quinta: “Garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca”. Debe financiar, además, programas de política sanitaria, consensuados con las Comunidades Autónomas, que garanticen la prestación del servicio en términos de equidad y eficiencia en el conjunto del territorio.

– Repartir la financiación entre las Comunidades Autónomas teniendo en cuenta la evolución de la población.

– Regular los ingresos por servicios prestados a terceros obligados al pago.

Es necesario hacer además una serie de ajustes al actual modelo. Es preciso seguir con el principio de generalidad por el que se asigna un carácter integrador al actual sistema de financiación de las Comunidades Autónomas. Destacan, por un lado el principio de autonomía financiera de éstas y el principio de equidad, al vincular estrechamente la financiación asignada con el coste de prestación de los servicios. Además, es particularmente importante tener en cuenta, y más aún en la Comunidad de la que procedo, los siguientes criterios a la hora de modificar el reparto de fondos:

a) La dispersión geográfica como un criterio para el reparto de la financiación.

b) Desglosar en dos tramos el criterio de envejecimiento para el reparto de financiación: Población de entre 65 a 75 años y población de más de 75 años.

c) Aumentar la participación de las Comunidades Autónomas en determinados impuestos cuya recaudación está parcialmente cedida.

Pero los recursos no son infinitos. Cualquier medida de mejora de la financiación debe, forzosamente, pasar por la racionalización del gasto, que en el ámbito del Sistema Nacional de Salud pasa por:

– Avanzar en la definición del catálogo de prestaciones, estableciendo criterios

como la accesibilidad, porque no todo cuesta lo mismo en todas partes.

– Regulación eficaz de la introducción de nuevas prestaciones y tecnologías.

– Racionalizar la prestación farmacéutica.

– Fomentar el uso racional de los servicios sanitarios por parte de los usuarios.

– Desarrollo del sistema de información del SNS.

Recursos humanos

Al hablar del SNS no podemos dejar de mencionar a los que no sólo son parte integrante del mismo, sino que gracias a su buen hacer y profesionalidad son los responsables, en buena parte, de que nuestro sistema sanitario tenga el alto grado de calidad que tiene.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad contempla, en su artículo 35 la comisión de recursos humanos del SNS, cuyas funciones son: “desarrollar actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y definirá los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas”.

Esta comisión, marco adecuado para el debate entre las Comunidades Autónomas, debe contemplar un aspecto básico en la modernización y coordinación del SNS: el desarrollo profesional contemplado como la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de competencias.

La anteriormente citada Ley 16/2003 contempla la carrera profesional como “el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios”.

Castilla y León, con sus más de 32.000 profesionales, tiene entre sus objetivos el impulso de políticas de personal que contribuyan a la motivación y compromiso de los profesionales. Pero no es suficiente hacer políticas en este sentido desde cada Comunidad Autónoma. Es necesario establecer criterios generales.

La carrera profesional debe perfilarse, mediante el consenso entre todas las Administraciones, desde un nuevo enfoque: la nueva carrera profesional es un instrumento de gestión que facilita el cumplimiento de objetivos, que se basa en el compromiso de los profesionales con la

organización, ligada al reconocimiento de competencias y al reconocimiento individual.

El sistema sanitario español es ya uno de los mejores del mundo. Debemos, sin embargo, trabajar todos por su afianzamiento y mejora, por su adaptación a la realidad cambiante del país. Será más importante que nunca el desarrollo firme de un modelo cohesionado. Es imprescindible para ello que se tenga voluntad política para consensuar los temas que son eje de la coordinación sanitaria: “la fijación de medios y de sistemas de relación que permitan la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario”. Estas no son palabras mías, son del propio Ministerio de Sanidad y Consumo. Es preciso que dejen de ser meras palabras y se tenga ganas y capacidad para llevarlas a la práctica. Cada uno en su papel. El Ministerio, tomando el papel de líder que la Ley le otorga y las Comunidades Autónomas manteniendo su voluntad política para dialogar, debatir y consensuar posturas. El beneficiario será el SNS, es decir, todos.