
La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: nuevo intento de coordinación

Ana Sánchez Fernández

Directora Gerente del Hospital de Fuenlabrada. Madrid

Las transferencias sanitarias a las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) culminaron el traspaso de competencias que establece la Constitución en relación a la sanidad.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) nace con el fin de adaptar a éste a una situación que ha cambiado y que va a seguir cambiando.

Hablar de coordinación en un estado en el que la gestión de la sanidad está descentralizada tiene sentido siempre y cuando se establezca de antemano en qué es necesaria dicha coordinación y por qué.

Al plantear la coordinación en el SNS, las posturas de partida ante la elaboración de la Ley de cohesión y calidad eran muy diferentes entre los agentes llamados a coordinarse, desde los que sostenían que la coordinación era innecesaria, pasando por

los que admitiendo que era necesaria manifestaban que ya se coordinarían ellos, hasta los que defendían que la coordinación era clave para el mantenimiento de un SNS que respetase el principio de equidad.

Pero si ya la situación de partida era diferente según a quien se le preguntase sobre la necesidad de coordinación, bastante más dispar era la idea que cada uno tenía sobre el contenido de la coordinación. Estaban desde los que opinaban que la coordinación suponía que prácticamente todo se hiciese de la misma forma, a los que sostenían que coordinarse era tener conciencia de pertenecer al mismo “gremio” y reunirse de vez en cuando a departir.

Tampoco el modelo de financiación constituía un elemento facilitador, dado que la sanidad había dejado ya de tener una financiación finalista y

las decisiones sobre los presupuestos que se destinan a fines sanitarios recaen sobre el gobierno de cada CA. Lo mismo que ocurre respecto a su política de gestión de recursos humanos, infraestructuras, formación, investigación, etc.

En este escenario, la Ley de cohesión y calidad nace con la pretensión de articular la coordinación sanitaria como herramienta de garantía de derechos constitucionales, como el derecho a la protección de la salud en todo el territorio nacional en condiciones de equidad y la libre circulación de personas.

Al concebir el SNS como el conjunto de los servicios de salud de las CCAA, nuestro propósito era hacer una ley que fuese útil a todos y que permitiese la configuración y coordinación de un SNS cohesionado.

El resultado fue la aprobación por unanimidad de una ley que, como reza el contenido de su objeto, establece “el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias, en el 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 en salud”.

Para ello, la Ley define los ámbitos en los que se precisa la colaboración entre el Estado y las CCAA y el núcleo común de actuación del SNS y de los servicios de salud que lo integran, sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con un Estado descentralizado. Se pretende con ello que la atención al ciudadano por parte de los servicios de salud responda a unas garantías básicas comunes. Los ámbitos de colaboración definidos en esta Ley son:

I. Las prestaciones del SNS. Cuya garantía constituye uno de los principales objetivos de la Ley. Se define el “Catálogo de Prestaciones” como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Socio-sanitaria, Atención de Urgencias, farmacia, ortoprotésicas, productos dietéticos y transporte sanitario.

Un aspecto muy novedoso de este catálogo es la inclusión de la Aten-

ción Socio-sanitaria, que comprende en el ámbito sanitario los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Para ello se corresponibiliza a las Administraciones Públicas en la continuidad de cuidados a través de los servicios sanitarios y sociales.

Las prestaciones incluidas en el catálogo se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la “Cartera de Servicios del SNS” que precisa desarrollo en Real Decreto.

Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos que se incorporen después de la aprobación de la Cartera de Servicios del SNS deberán someterse a evaluación previa a su incorporación para su financiación pública.

Pero además del contenido de las prestaciones, la Ley regula las garantías sobre la manera en que deben ofertarse, entendiendo que el reconocimiento de un derecho tiene el valor que le concede su garantía. Garantías sobre accesibilidad, movilidad, tiempo, información, seguridad, calidad y servicios de referencia.

2. La farmacia. La Ley en su capítulo II aborda una reordenación del ejercicio de las competencias que con carácter exclusivo corresponden al Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos y productos sanitarios, incluyendo medidas para garantizar una mayor coordinación. Se crea la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios en cuyo Consejo Rector se da entrada a las CCAA, atendiendo a la legítima aspiración de éstas de participar en alguna medida en el proceso de toma de decisiones que pueden conducir a la inclusión de una especialidad farmacéutica o de un producto sanitario entre los de financiación pública.

3. Los profesionales. La Ley de cohesión y calidad esboza las bases de lo que más tarde se recogerá en el Estatuto Marco y en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en cuanto a la necesidad de introducir una nueva dinámica tanto en la formación de los profesionales sanitarios como en su desarrollo profesional. Los profesionales, constituyendo un elemento esencial para la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto, tie-

nen por delante un reto de innovación para el que la Ley establece sus primeros pasos.

4. La investigación. La Ley pretende ordenar la actividad investigadora en el ámbito sanitario, estableciendo el principio de que la innovación de base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios y para la efectiva protección de la salud. Precisa los cometidos del Instituto de Salud Carlos III en materia de fomento de la investigación en salud, encomendándole funciones de planificación, vertebración de recursos, difusión y transferencia de resultados. Uno de los mecanismos de que se le dota en relación a la vertebración de la investigación en el SNS es la asociación con los centros nacionales y la acreditación de institutos y redes de investigación cooperativa.

5. El sistema de información sanitaria. La Ley le encomienda al Ministerio de Sanidad la responsabilidad sobre el establecimiento de un verdadero sistema de información sanitaria que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre la Administración del Estado y las CCAA. Para ello se crea el Instituto de Información Sanitaria.

Se regula la tarjeta sanitaria individual que incluirá de manera normalizada los datos básicos de identificación del titular, su derecho a las prestaciones y la entidad responsable de la asistencia sanitaria, y sin perjuicio de su gestión en su ámbito territorial por las CCAA deberá garantizarse que los dispositivos de tarjeta permitan la lectura y comprobación de datos en todo el territorio nacional.

6. La calidad. La Ley establece la necesidad de elaboración conjunta de planes integrales o estrategias de salud por parte del Ministerio de Sanidad y los servicios de salud de las CCAA en relación con los problemas de salud más prevalentes. Mediante ellos se determinarán estándares mínimos y modelos básicos de atención, especificando actuaciones de efectividad reconocida, herramientas de evaluación e indicadores de actividad. Se crea la Agencia de Calidad del SNS con unas competencias muy ambiciosas.

7. Actuaciones coordinadas en materia de salud pública. Encuadradas en la necesidad de dar respuesta en situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública y en la ejecución de programas derivados de exigencias normativas procedentes

de la Unión Europea o de convenios internacionales. También contempla la elaboración a través del Consejo Interterritorial de un plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública, dirigido a promover actividades que complementen las realizadas por las distintas administraciones públicas.

8. Participación social. En este capítulo la Ley pretende dar visibilidad a las nuevas expectativas que tanto los ciudadanos como los órganos de participación social quieren tener en la modernización del SNS, estableciendo los cauces a través de los cuales se pueda formalizar la participación.

9. El Consejo Interterritorial del SNS. Llamado a ser el principal protagonista en la vertebración de un SNS, moderno y cohesionado, la Ley lo adapta al escenario de poderes que se produjo con la culminación del proceso de transferencias. Con múltiples funciones que se enumeran a lo largo de la Ley y se recopilan en un capítulo dedicado íntegramente a su composición y cometidos, el Consejo tiene la responsabilidad final en el desarrollo de todas las iniciativas que se acuerden en su seno.

10. La Alta Inspección. Ha sido el punto más controvertido en la

negociación de la Ley, ya que el posicionamiento mayoritario de salida era su desaparición. En cualquier caso su función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y autonómicas ha quedado recogido en la Ley.

La Ley independientemente de su validez inmediata como herramienta de coordinación pone “negro sobre blanco” los elementos imprescindibles para modernizar el SNS. Y en muchos ámbitos esta modernización pasa necesariamente por la articulación de acciones coordinadas.

Transcurridos ya cuatro años desde su aprobación, puede pensarse que no se han obtenido los resultados que se esperaban de ella o, como es mi caso, puede hacerse la valoración de que se ha tomado conciencia y se ha empezado a trabajar de una manera seria sobre múltiples aspectos que en ella se recogen: prestaciones socio-sanitarias, innovación y genéricos, sistemas de desarrollo profesional, institutos de investigación, estrategias de calidad, seguridad de pacientes, desarrollo de tecnologías de la información, etc.

El Consejo Interterritorial, también para bien o para mal, ha tenido un gran protagonismo mediático e

independientemente de la estrategia política que lleve cada gobierno autonómico y su correlativa oposición, la responsabilidad de prestar un servicio público que se valore positivamente por los ciudadanos está en la agenda de todos y eso pasa necesariamente por “construir”.

Que la articulación de medidas para mejorar el sistema sanitario no se haga en estos momentos de una manera “colegiada” no significa que se estén acometiendo actuaciones muy dispares entre unos servicios de salud y otros.

Quizá el mayor problema se presente en aquellos casos en que determinadas decisiones de una CA, siendo legítimas y estando dentro de su ámbito competencial (en el que no olvidemos que está prácticamente todo), puedan ser lesivas para otras CCAA. Ahí es donde la representación del Estado tendría que adoptar un mayor protagonismo, tomando medidas que palien, al menos en parte, las desigualdades que puedan producirse y que van a afectar directamente a los ciudadanos. Pero esto cae fuera del planteamiento, casi cercano a la “solidaridad”, que permite, hoy por hoy, nuestro ordenamiento jurídico.

Por ello, el papel del Ministerio de Sanidad dentro del Consejo Interterritorial tiene que ser el de negociar acuerdos. La negociación todos sabemos lo que implica, “tu renuncia a esto y a cambio te doy esto” o “dame esto que yo te daré lo otro”.

La negociación pasa necesariamente porque el Ministerio tenga capacidad de financiar proyectos y mejoras que son útiles para las CCAA, capacidad normativa que le permita tomar medidas que solventen mediante alternativas los problemas que ahora se les presentan a los servicios de salud.

La capacidad de coordinación significa que estás un escalón por encima de aquellos sobre los que tienes la responsabilidad de coordinar, y para obtener esa posición tienes que disponer de financiación, estar dotado de capacidad normativa y obviamente utilizarla.

Son muchos los desarrollos que precisa la Ley y que el Ministerio tiene que liderar y negociar, apuntaría como uno de los más apremiantes los relacionados con los profesionales, tanto a nivel de su formación pregrado como posgrado, la iniciativa sectorial de investigación biomédica, la Agencia de Calidad y la tar-

jeta sanitaria sin dejar de lado todo lo relacionado con el sistema de información del SNS.

Estoy convencida de que las CCAA seguirán reclamando más financiación y es seguro que el Estado tendrá que actuar en consecuencia. En mi opi-

nión, esa financiación debe ir ligada a la negociación sobre los resultados que se esperan obtener con ella en el conjunto del SNS y en este escenario es donde realmente la coordinación puede dar frutos muy esperanzadores.

