
La cohesión del Sistema Nacional de Salud: situación actual y expectativas

Alfonso Jiménez Palacios

Equipo editorial de la Revista de Administración Sanitaria

En los últimos tiempos estamos asistiendo a una gran cantidad de opiniones, reflexiones, propuestas, etc. sobre la “desintegración” de nuestro sistema sanitario, sobre su “sustitución” por 17 sistemas sanitarios prácticamente independientes, sobre el incremento de las desigualdades entre las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), en definitiva sobre la falta de cohesión y de coordinación en el Sistema Nacional de Salud (SNS). El objeto de este breve artículo es hacer una descripción somera de la realidad del sistema sanitario español antes y después de las transferencias sanitarias, realizar una valoración de lo que ha supuesto el proceso de descentralización y apuntar alguna dificultad que el sistema atraviesa actualmente con sus líneas de trabajo para superarlas.

No me voy a remontar a los orígenes de nuestro sistema sanitario,

ya que no es el propósito de este artículo, pero conviene recordar algún hecho para entender mejor el momento actual, sobre todo su financiación y su organización.

El Instituto Nacional de Previsión (INP), nacido en 1908 y desaparecido en 1979, al escindirse en los tres institutos, el de Seguridad Social (INSS), el de Servicios Sociales (INSERSO) y el de Salud (INSALUD), fue un organismo al más puro estilo bismarckiano tanto en su financiación como en su organización. La financiación, a través de las cuotas de seguridad social de trabajadores y empresarios, marcó un desarrollo muy unido a la evolución de la economía y la industria, y a lo que se llamó “Estado Social de Derecho”. Así, la gran expansión de los servicios sanitarios se produce en los años sesenta (Planes de Desarrollo) coincidiendo con el *boom* industrial y la explosión demográfica, así como con

el avance de las reivindicaciones y logros de los trabajadores.

Por otro lado, esos mismos antecedentes hacen que la organización de nuestra sanidad haya sido muy centralizada tanto en la planificación como en la gestión de los recursos, funcionando con un esquema piramidal y fuertemente jerarquizado, de tal manera que hasta las decisiones más pequeñas eran tomadas por los servicios centrales de la organización, actuando la organización periférica como meros efectores de las decisiones tomadas.

Con la aprobación de la Constitución, España se estructura política y administrativamente de una manera bien distinta a la que había primado hasta ese momento, constituyéndose el llamado “Estado de las Autonomías” en el que el peso principal de la gestión y la administración de los servicios e intereses públicos recae en los gobiernos autonómicos, iniciándose una “reestructuración” de los poderes del Estado que, 28 años después, sigue sin cerrarse.

En el campo estrictamente sanitario se inicia un lento “goteo” de transferencias a las CCAA que se inicia en el año 1979 con la transferencia de la salud pública a Cataluña y que con-

cluye a principios de 2002 con las transferencias de los servicios sanitarios a las diez CCAA que todavía no los tenían. Ha sido un proceso lento, farragoso, complicado, que se ha producido en condiciones políticas y económicas muy variadas, pero que, además, ha concluido de manera “brusca” y, aunque parezca un contrasentido después de tantos años, poco planificada. Quiero detenerme un momento en este tema porque considero que es una de las claves de lo que está ocurriendo ahora.

Ciertamente, la descentralización política en España no es un fenómeno nuevo, ya que llevamos casi 30 años conviviendo con ella. En materia sanitaria fue la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 la que consagró la descentralización definiendo el SNS como “el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”. Sin embargo, el hecho de que se haya mantenido un bloque importante de CCAA sin transferir hasta el último momento ha supuesto, por un lado, que el gobierno ha seguido ejerciendo una importante labor directiva para el conjunto del SNS y, por otro, que se haya seguido

manteniendo una idea e imagen de organización “unitaria” del mismo. Además, no hay que olvidar que en el año 2001, y prácticamente simultáneo al proceso de transferencias sanitarias, se produce un hecho que ha marcado una diferencia cualitativa de gran trascendencia en la organización y desarrollo del Estado de las Autonomías. La aprobación de la nueva Ley que regula la financiación de las CCAA (21/2001) introduce, por primera vez, el principio de corresponsabilidad fiscal y, sobre todo, acaba con la financiación sanitaria finalista subsumiéndola en la general de las CCAA. Este hecho, mucho más que las propias transferencias pero, sobre todo, unido a él, hace que el cambio real en las organizaciones sanitarias que componen el SNS se comience a percibir con más nitidez y, consecuentemente, aparezcan en primer plano ciertas “insuficiencias” de coordinación y cohesión que no habían sido suficientemente previstas.

Por eso aparece la necesidad de una nueva ley que dé respuesta a esta nueva situación, definiendo los contenidos básicos de la cohesión en el SNS y marcando las reglas del juego para el mantenimiento de la coordinación en el conjunto del mismo.

Esta ley, la Ley de cohesión y calidad del SNS, fue aprobada por unanimidad en el Parlamento y publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) en mayo de 2003. Sin embargo, la experiencia nos ha ido mostrando que no ha sido el instrumento que todos esperábamos para garantizar la vertebración de nuestro sistema sanitario una vez completado el proceso transferencial de los servicios sanitarios a las CCAA.

La valoración global de la descentralización sanitaria es ampliamente positiva. El acercamiento de los temas sanitarios, de las decisiones sanitarias a las administraciones autonómicas, ha hecho que la sanidad haya pasado a ser uno de los asuntos prioritarios en las agendas políticas de las distintas autonomías, produciéndose mejoras importantes en las infraestructuras y en las organizaciones sanitarias, especialmente en aquellas CCAA que, históricamente, tenían más retraso al respecto. Por ello, no es cierto que se hayan incrementado las diferencias y las desigualdades entre autonomías con motivo de la descentralización. Como botón de muestra basten dos datos: el coeficiente de variabilidad entre las distintas CCAA, en relación a los presupues-

	Euros			Incrementos		
	2003	2004	2005	04/03	05/04	05/03
Andalucía	863,87	921,93	978,70	6,72	6,16	13,29
Aragón	997,94	1.046,17	1.121,26	4,83	7,18	12,36
Asturias (Principado)	987,19	1.070,71	1.174,85	8,46	9,73	19,01
Baleares (Islas)	749,95	759,24	1.033,48	1,24	36,12	37,81
Canarias	866,11	957,13	1.075,79	10,51	12,40	24,21
Cantabria	1.079,65	1.126,37	1.185,38	4,33	5,24	9,79
Castilla y León	962,61	1.043,83	1.116,39	8,44	6,95	15,97
Castilla-La Mancha	950,54	1.007,31	1.084,99	5,97	7,71	14,14
Cataluña	857,61	997,50	1.060,55	16,31	6,32	23,66
Comunidad Valenciana	761,02	852,67	924,00	12,04	8,37	21,42
Extremadura	1.000,06	1.086,75	1.209,97	8,67	11,34	20,99
Galicia	916,46	997,77	1.097,81	8,87	10,03	19,79
Madrid (Comunidad de)	862,60	941,79	994,44	9,18	5,59	15,28
Murcia (Región de)	879,19	933,49	1.024,88	6,18	9,79	16,57
Navarra (Comunidad Foral de)	1.067,91	1.123,88	1.165,33	5,24	3,69	9,12
País Vasco	972,66	1.060,70	1.123,57	9,05	5,93	15,52
Rioja (La)	1.050,49	1.164,73	1.240,44	10,87	6,50	18,08
Total CCAA	885,36	968,66	1.043,76	9,41	7,75	17,89
Desviación estándar	98,11	104,19	86,27			
Promedio	930,93	1.005,41	1.094,81			
Coefficiente de variación	0,11	0,10	0,08			

Fuente: Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras 2004-2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. CCAA: Comunidades Autónomas.

Tabla 1. Presupuestos per cápita e incrementos 2003-2005

tos iniciales per cápita, ha disminuido desde 0,11 en el año 2003 hasta 0,08 en el año 2006 (tabla 1); por otro lado, el número de pacientes derivados entre CCAA para atención sanitaria por falta o insuficiencia de recursos ha disminuido igualmente, pasando de 21.036 en el año 2000 a 14.250 pacientes en el año 2005.

Sin embargo, es verdad que se vislumbran o, por lo menos, se temen ciertas dificultades que conviene tener diagnosticadas para así poder afrontar su tratamiento a tiempo y con las suficientes garantías.

En primer lugar me voy a referir a la equidad, empezando por asegurar que equidad no quiere decir igual-

dad, siendo compatible con cierto grado de diversidad. Dicho esto, también es evidente que nadie entendería que los españoles tuviésemos derecho a distintas prestaciones o servicios sanitarios en función de nuestro lugar de residencia. Por tanto, hay que concluir que la equidad, en el terreno sanitario, se traduce en que todos los ciudadanos debemos tener las mismas posibilidades de acceso a los servicios sanitarios fundamentales ante una necesidad similar. En este caso la expresión “fundamentales” ha de entenderse como “los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada” (RD 1030/2006), por lo que no estamos hablando de “mínimos” sino de algo próximo a “máximos”.

Esta equidad, valor clave de nuestro sistema sanitario, tiene diversos instrumentos que hay que desarrollar y perfeccionar. El primero de ellos, y posiblemente el más importante, es el propio sistema de financiación de los servicios de salud, que tiene que ser no sólo suficiente sino equitativo, esto es, que permita el acceso a estos servicios a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva. En un sistema de financiación basado en la cesión o compartición

de impuestos con las CCAA son absolutamente claves los mecanismos de compensación, de tal manera que los territorios con menos posibilidades de recaudación no se encuentren infrafinanciados. El sistema de financiación vigente contempla diversos mecanismos de compensación (fondo de suficiencia, fondo de garantía, fondo de cohesión sanitaria) que han funcionado razonablemente bien, como demuestra el hecho de que las diferencias en gasto sanitario entre CCAA se hayan acortado. En estos momentos se está comenzando a elaborar un nuevo sistema de financiación de las CCAA que, sin lugar a dudas, respetará y ampliará la capacidad de gestión de las mismas y les hará llegar más recursos, pero es de la máxima trascendencia que no sólo respete, sino que amplíe y perfeccione los mecanismos de compensación entre territorios, sirviendo así de elemento fundamental en la articulación de nuestro SNS y en la cohesión no sólo sanitaria sino del conjunto de la sociedad.

El otro gran pilar de la equidad es el propio “paquete” de prestaciones, la cartera de servicios a los que tienen derecho todos los ciudadanos. Recientemente el gobierno de España,

a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), ha aprobado la Cartera de Servicios Comunes del SNS, recogiendo uno de los paquetes de servicios sanitarios más amplios del mundo. La idea ha sido plasmar en ella todos los servicios, técnicas, tecnologías y procedimientos que actualmente se vienen ofertando en España, con carácter generalizado, y que disponen de la suficiente evidencia científica. Por otro lado, la nueva norma regula el procedimiento para su actualización, y es en este aspecto en el que es preciso profundizar para no dar lugar, a medio plazo a diferencias notables entre CCAA. Es necesario establecer un mecanismo que compatibilice la agilidad con la rigurosidad científica para garantizar la incorporación de las nuevas tecnologías y procedimientos a la cartera de servicios comunes en el más breve tiempo posible, siempre que se haya demostrado suficientemente su efectividad, seguridad y eficiencia. Las CCAA pueden tener sus propias carteras de servicios que, como mínimo, han de contemplar los servicios previstos en la cartera común. Teniendo en cuenta que ésta, como decía antes, es una de las más amplias del mundo, si somos capaces de ir actualizándola con la sufi-

ciente agilidad no hay por qué suponer que se vayan a producir inequidades en el acceso a las prestaciones y servicios sanitarios entre ciudadanos de distintas CCAA.

Otro elemento de gran trascendencia para la equidad sanitaria son los centros, servicios y unidades de referencia del SNS. Es obvio que en todas las CCAA no puede ni debe haber todos los servicios y unidades de alta especialización. Y digo que no debe porque no se trata de un problema de rentabilidad económica, que también, sino, fundamentalmente, de un problema de calidad del servicio y de seguridad de los pacientes. Existen patologías, tecnologías, procedimientos que, para su correcto tratamiento o utilización, precisan una concentración de los casos en unos pocos centros, ya que requieren tecnologías muy sofisticadas y costosas pero, sobre todo, una formación y una experiencia (entrenamiento) que sólo se puede conseguir con un volumen mínimo de casos, para lo que es necesario concentrarlos.

El envío de pacientes de unas CCAA a otras para tratar patologías determinadas o realizar algunas técnicas o procedimientos es una práctica habitual en nuestro SNS. Sin embargo, es

preciso especificar las patologías y las técnicas susceptibles de ser derivadas, ordenar los flujos de pacientes y, sobre todo, designar formalmente los centros, servicios y unidades a los que se pueden derivar los pacientes para determinadas patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos, de tal manera que, mediante su acreditación, se garantice su seguridad y calidad.

Por todo ello el MSC está desarrollando el proyecto de centros, servicios y unidades de referencia del SNS que, una vez aprobada y publicada la norma que los va a regular, se encuentra en fase de elaboración técnica para, en los próximos meses, proceder a su designación formal por parte del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS). La atención sanitaria en estos centros, derivada desde otra CA, va a ser financiada por el Fondo de Cohesión Sanitaria, evitando de esta manera problemas de rechazos o de prioridades por motivos económicos.

Las políticas de cohesión requieren también herramientas económicas. La principal herramienta económica para la cohesión territorial, no sólo la sanitaria, es, como decía antes, el propio sistema de financiación de las CCAA, que con sus mecanismos

de solidaridad debe garantizar que todos los ciudadanos tengan las mismas posibilidades de acceder a los servicios públicos con independencia de su lugar de residencia. Sin embargo, también puede haber otros mecanismos complementarios y sectoriales que, como el Fondo de Cohesión Sanitaria, ayuden al desarrollo de políticas sanitarias comunes en el conjunto del SNS en aquellos temas que, al margen de quién ostente las correspondientes competencias, afectan de manera notable a la ciudadanía y son estratégicos para la sostenibilidad y el fortalecimiento del mismo.

Como elementos claves para la cohesión y la coordinación sanitaria me atrevería a citar también los sistemas de información, las políticas de salud pública, las estrategias de salud, las políticas en materia de recursos humanos y las de investigación, desarrollo e innovación.

Los sistemas de información son esenciales para las organizaciones y los demás sistemas, de tal manera que bien se podría decir que sin un sistema de información estructurado y desarrollado es materialmente imposible planificar, gestionar o evaluar nada, y, por tanto, podríamos concluir que no existe el sistema como tal. En

el SNS, después de completadas las transferencias de los servicios sanitarios del INSALUD a las CCAA, se ha producido un cierto “deterioro” en los sistemas de información que, afortunadamente, está en vías de solución a través del diseño, por parte del CISNS (su subcomisión de sistemas de información), de un nuevo sistema de información del SNS con sus correspondientes subsistemas (tarjeta sanitaria individual (TSI), Atención Primaria, Atención Especializada, indicadores clave, etc.) que están siendo aprobados en las últimas reuniones del Pleno del CISNS. La voluntad de colaborar en el diseño y puesta en marcha de estos sistemas de información es un buen indicativo de la voluntad política por la cohesión del sistema sanitario.

La salud pública, como es bien sabido, fue una de las primeras competencias que se traspasó a las CCAA. Pero, por otro lado, es evidente que es un tema que requiere de políticas comunes, y no sólo nacionales, sino europeas y mundiales. Problemas como la gripe aviaria, el síndrome respiratorio agudo severo o el calendario de vacunaciones, por poner solo algún ejemplo, deben afrontarse con políticas y estrategias comunes, no

sólo coordinadas. En este entendimiento, la Comisión Permanente de Salud Pública del CISNS está desarrollando una labor integradora de las políticas de salud pública en España que es preciso reforzar, ya que últimamente se han producido algunos hechos preocupantes de rotura del necesario consenso en esta materia.

Las pautas estratégicas para afrontar las patologías y las actuaciones sanitarias más relevantes es otro de los elementos esenciales que debe formar parte de la cohesión de nuestro sistema sanitario, especialmente en lo que se refiere a la prevención, tanto primaria como secundaria.

Los profesionales sanitarios son el elemento central de las organizaciones sanitarias y el principal nexo de unión entre las mismas y los ciudadanos. Son, por otra parte, los principales gestores, ya que deciden sobre la utilización de recursos. Por ello las políticas en materia de recursos humanos son de la máxima trascendencia, políticas que no sólo deben incluir aspectos retributivos, profesionales y de condiciones laborales, sino, de manera importante, la participación de los profesionales en los procesos de toma de decisiones de las propias organizaciones sanitarias.

El hecho de que una buena parte de las competencias en esta materia corresponda a las CCAA no debe hacernos olvidar que existe una legislación básica (Estatuto Marco, Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, etc.) que, con sus correspondientes desarrollos, debe marcar las líneas estratégicas de actuación en un tema tan importante para el presente y futuro del SNS.

La investigación y la innovación son piezas claves para el desarrollo y avance de las sociedades. Esto, que es así en todos los sectores, cobra especial relevancia en un sector que, como el sanitario, se alimenta del conocimiento. Nuestro país no ha sobresalido, históricamente, por su inversión y empuje en este campo. Por eso, el esfuerzo a realizar es doble, ya que, para estar a la cabeza hay que “recuperar” el tiempo perdido. Ello ha llevado al gobierno y, en concreto, al MSC a emprender acciones inversoras y organizativas sin precedentes, con incrementos en los presupuestos dedicados a I+D+i (investigación, desarrollo e innovación) próximos al 25% anual. La nueva Ley de Investigación en Biomedicina, actualmente en trámite parlamentario, es una buena oportunidad para dar un nuevo

impulso a la investigación en ciencias de la salud en nuestro país, con unas directrices comunes.

Todos los temas apuntados, y otros muchos, deben formar parte de las políticas comunes del SNS, al margen de la titularidad de las competencias. Y conviene revisar sucintamente los mecanismos que el propio sistema tiene para conformar estas políticas comunes, sus problemas y sus estrategias de mejora.

El órgano al que la normativa vigente (LGS y Ley de cohesión) encarga este objetivo, o sea, la coordinación y la cohesión del SNS, es el CISNS, que está configurado con la participación de los Consejeros de Sanidad de todas las CCAA y presidido por la ministra de Sanidad y Consumo como un órgano que emite “recomendaciones” y que éstas deben ser adoptadas por acuerdos consensuados. A nadie se le escapan las dificultades que una fórmula como ésta conlleva a la hora de articular estrategias comunes, sobre todo si le añadimos un escenario político de crisis y confrontación abierta.

Sin embargo, y a pesar de ello, el CISNS ha desempeñado un papel de la máxima relevancia en estos últimos años abordando, y en la mayoría de

los casos aprobando, temas de gran importancia para el conjunto del sistema en relación a las prestaciones y su calidad, a la salud pública, a la financiación, a la farmacia, a la investigación, etc. El hecho de que, en algunas ocasiones, el “ruido mediático” sobre desavenencias haya prevalecido sobre los aspectos positivos, no debe hacernos pasar por alto el extenso e intenso trabajo que se ha desarrollado en comisiones, ponencias técnicas, subcomisiones y grupos de trabajo por parte de las CCAA y del Ministerio y que, en la gran mayoría de los casos, ha fructificado en consensos técnicos no siempre seguidos del deseado consenso político.

En cualquier caso, para reforzar las políticas de cohesión del SNS parece conveniente profundizar en algunas líneas de actuación que tienen que partir de la idea de la consolidación de la estructura profundamente descentralizada de nuestra sanidad. El replanteamiento de los temas competenciales a favor de la Administración General del Estado (AGE) no parece que tenga cabida ni en el actual marco político ni en el futuro previsible.

Desde un punto de vista político es necesario diferenciar los escena-

rios de cooperación y colaboración de aquellos otros en los que se producen la lógica y deseable confrontación de ideas, programas y proyectos. Las conferencias sectoriales no pueden ni deben ser utilizadas para la confrontación política porque, de ser así, pierden su naturaleza, su razón de ser, no cumpliendo la función para la que fueron creadas. Este planteamiento debe ser compartido y respetado por todas las fuerzas políticas.

La articulación de políticas comunes para el SNS debe asentarse en un gran desarrollo de los elementos técnicos que permitan elaborar grandes consensos entre los principales agentes del sector, desde luego las CCAA, pero también los profesionales y los ciudadanos. Las Comisiones Permanentes del CISNS, junto a sus Subcomisiones y Grupos de Trabajo, han ejercido y lo siguen haciendo un papel de primera magnitud en este terreno, baste el ejemplo de la Comisión Permanente de Salud Pública, que está manteniendo unos niveles de consenso muy altos a pesar de que la salud pública fue la competencia que primero se transfirió.

Sin embargo, podría ser conveniente reforzar los mecanismos de consen-

so técnico que permitan poner en la mesa del Pleno del CISNS propuestas ampliamente consensuadas y basadas en la mejor evidencia científica disponible, facilitando así los acuerdos políticos. Acuerdos que, aunque sean recomendaciones, tienen una gran importancia para el conjunto del sistema sanitario y que, por ello, hay que intentar que sean consensuados. Pero no siempre es posible, por lo que quizás sería aconsejable pensar en alguna fórmula más flexible para la adopción de acuerdos. El CISNS es la única conferencia sectorial que exige el consenso y no sería descabellada la idea de regular de una manera más homogénea las relaciones y los procesos de toma de decisiones entre la AGE y las Administraciones Autonómicas, desarrollando el concepto de coordinación como competencia exclusiva del Estado.

Para finalizar quisiera volver brevemente sobre los temas de financiación. Como decía anteriormente, es el propio sistema de financiación de las CCAA el que debe garantizar,

no sólo la suficiencia para hacer frente a las necesidades y demandas de los ciudadanos en materia sanitaria, sino también la corrección de los desequilibrios y desigualdades que haya o que se puedan producir. Sin embargo, la cohesión, la articulación de políticas comunes, exige también una potente herramienta económica que impulse y modele desarrollos armónicos de las principales políticas de salud. Desde este punto de vista el nuevo sistema de financiación de las CCAA tendría que reconsiderar el papel del Fondo de Cohesión Sanitaria, dotándole de la cuantía y los conceptos necesarios para servir a este objetivo.

En definitiva, estamos ante un SNS con un funcionamiento muy descentralizado, que mantiene un buen nivel de equidad y de coordinación, pero que requiere alguna revisión para garantizar, a medio plazo, que los elementos que han hecho posible los buenos resultados en calidad, en satisfacción y en eficiencia no sólo se mantengan sino que se refuercen.

