

The background of the entire page is a blue-tinted photograph. It shows a pair of dark-rimmed glasses with a thin wire bridge. A 1 Euro coin is placed on the surface in front of the glasses, partially under the right lens. The coin is clearly visible, showing the number '1' and the word 'EURO'.

Jornadas La sanidad pública en España: reflexiones

Ponencias e intervenciones

Promueve y edita: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias
Plaza de la Paz 9, 1º Izda. 33006 - Oviedo
Teléfono: 98 527 07 15 - Fax: 98 523 78 13
<http://www.cesasturias.es>
e-mail: correo@cesasturias.es

Depósito Legal: AS.3.271/06
Patrocina: Cajastur
Imprime: Gráficas Summa, S.A. (Polígono industrial de Silvota LLanera- Asturias)
Imagen: apunto comunicación [www.apunto-c.com] I Juan hernaz
Diseño y maquetación: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias



> PRESENTACIÓN

> D. Nicolás Álvarez Álvarez

*Presidente del Consejo Económico y
Social del Principado de Asturias*



Por segundo año tengo el honor de presentar la publicación de las Jornadas organizadas por el Consejo Económico y Social de Asturias bajo el título *La Sanidad Pública en España: reflexiones*, que se celebraron los días 15 y 16 de marzo. Unas Jornadas de las que me siento orgulloso, tanto por el interés de los temas tratados y la calidad de los ponentes como por la concurrencia y el seguimiento que tuvieron.

Quiero agradecer, en primer lugar, la colaboración de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y del Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como a sus representantes: D. Rafael Sariego García y D. Juan Cañas Sancho. También me gustaría agradecer su entrega en las labores de coordinación a D. José Ángel Rodríguez Getino, Profesor Titular de Medicina Legal y Forense en la Universidad de Oviedo.

En las Jornadas contamos con expertos en materia de sanidad, representantes institucionales de la Administración Sanitaria, reconocidos profesionales e investigadores de la gestión sanitaria, así como representantes de los agentes económicos, sociales y políticos más representativos a nivel nacional. A todos ellos quiero expresar mi sincero agradecimiento por su participación y felicitarles por sus brillantes intervenciones.

Asimismo, agradezco a Cajastur que, una vez más, colabora con el CES financiando esta publicación; especialmente a su Presidente, D. Manuel Menéndez Menéndez, pues con la Presentación del libro contribuye a su enriquecimiento. Agradecimiento que hago extensivo a la Ministra de Sanidad y Consumo, Dña. Elena Salgado Méndez, por el excelente Prólogo que precede las intervenciones.

Por último, un agradecimiento muy especial a Dña. Carmen Alcobendas Paco, por su entrega en la organización cuidando meticulosamente todos y cada uno de los detalles para la buena marcha y desarrollo de las Jornadas, y a Dña. Ana López-Contreras Martínez quien, con acierto, planificó el programa a desarrollar, así como al resto del equipo del CES que bien, directa o indirectamente, contribuyeron al éxito de las Jornadas.

Con satisfacción creo poder afirmar que hemos cumplido nuestro objetivo, creando un foro de debate sobre el derecho constitucional a la protección de la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos.

Oviedo, mayo de 2006



> PRÓLOGO

> Dña. Elena Salgado Méndez

Ministra de Sanidad y Consumo



El Sistema Nacional de Salud ha experimentado importantes avances desde que, hace veinte años, viera la luz gracias a la promulgación de la Ley General de Sanidad. El proceso de modernización que se ha registrado durante estas dos últimas décadas ha situado a la sanidad pública española entre los sistemas sanitarios con mayor nivel de efectividad, eficiencia y calidad, que se traducen en unos excelentes indicadores de salud y en un elevado grado de satisfacción por parte de los ciudadanos.

Este proceso de modernización debe, no obstante, continuar. Y debe hacerlo en un contexto en el que diversos factores impulsan al alza de manera muy rápida las tasas de crecimiento del gasto sanitario: el envejecimiento demográfico, que tiene un fuerte impacto en las pautas de enfermedad y de consumo de los servicios sanitarios, la aparición de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento que se difunden cada vez más rápidamente, y las mayores expectativas de los ciudadanos con respecto a la sanidad pública, entre otros.

La necesaria compatibilidad entre la mejora de la sanidad pública y su sostenibilidad financiera ha sido uno de los temas que han centrado el debate político en los dos últimos años, y al que se ha concedido una singular importancia, como demuestra el hecho de que las dos Conferencias de Presidentes que se han celebrado hasta el momento hayan pivotado sobre este asunto. La mejora del Sistema Nacional de Salud y su consolidación como uno de los pilares básicos de la política de protección social se configuran, pues, como elementos prioritarios de la política del Gobierno.

Ofrecer nuevas vías de avance para la sanidad pública exige, como paso previo, una labor de análisis que permita detectar y caracterizar los puntos débiles del sistema. Esta labor de análisis ha de ir seguida de un proceso de reflexión sobre las posibles soluciones a adoptar, de manera que desde las Administraciones competentes puedan perfilarse aquellas políticas que permitan gestionar de forma óptima las instituciones sanitarias y el conjunto de los recursos, humanos, materiales y económicos, que absorbe el Sistema Nacional de Salud. Por ello resulta útil propiciar foros de discusión y debate como el auspiciado en marzo de 2006 por el Consejo Económico y Social del Principado de Asturias.

La reflexión y el debate resultan aún más útiles cuando son protagonizados por personas con un profundo conocimiento del sector sanitario, especialmente cuando, por proceder de distintos ámbitos (académico, político o de gestión) son capaces de ofrecer visiones complementarias sobre la situación del Sistema Nacional de Salud, los retos a los que se enfrenta y su futuro posible, tal y como se refleja en este libro.

El diálogo entre todos los agentes implicados en el sector, ya sea como profesionales sanitarios, gestores, investigadores, políticos o como expertos observadores favorece, además, el consenso y la cooperación necesarios para lograr unos objetivos que son comunes a todos: la consolidación y el fortalecimiento de un sistema sanitario público equitativo, que garantice la cohesión territorial, que resulte efectivo y eficiente y alcance, asimismo, altas cotas de calidad.



> ÍNDICE

- 013/ Presentación de las Jornadas. D. José Ángel Rodríguez Getino
- 019/ Presentación de la publicación. D. Manuel Menéndez Menéndez
- 025/ Inauguración de las Jornadas. D. Rafael Sariego García
- 031/ Ponencia: Los sistemas sanitarios públicos europeos y el sistema sanitario público español. Dña. Ana Marta Guillén Rodríguez
- 049/ Mesa Redonda: Desequilibrios territoriales derivados del proceso de transferencias en el sistema sanitario. Reflexiones
- 051 • D. Rafael Sariego García
- 053 • Dña. María del Mar Julios Reyes
- 057 • D. César Antón Beltrán
- 065/ Mesa Redonda: Sistema sanitario público español. Retos para el futuro
- 067 • D. Francisco Sevilla Pérez
- 081 • D. Óscar Moracho del Río
- 095 • D. José Luis Monteagudo Peña
- 101 • D. Antonio Iñesta García
- 117/ Ponencia: Gasto público sanitario. Racionalización. D. Jaime Rabanal García
- 129/ Ponencia: Modelos de gestión pública. Gestión de la sanidad pública en la España de las autonomías. D. Julián García Vargas
- 143/ Mesa Redonda: Sanidad pública en España: presente y futuro
- 145 • D. Juan Cañas Sancho
- 151 • D. Miguel Usó Villanueva
- 155 • Dña. Mª José Alende Maceira
- 163 • Dña. Pilar Iglesias Valcarce
- 173/ Mesa Redonda: Sostenibilidad del sistema sanitario público en el marco del Estado de Bienestar
- 175 • Dña. Imma Riera i Reñé
- 181 • Dña. Mª Luisa Carcedo Rocas
- 189 • Dña. Mercedes Roldós Caballero
- 193 • D. José Alfredo de Juan Urien
- 201/ Clausura de las Jornadas: La sanidad pública asturiana, una visión desde dentro. D. Rafael Sariego García



> PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS

> D. José Ángel Rodríguez Getino

*Profesor Titular de Medicina Legal y Forense
en la Universidad de Oviedo*



La Salud es difícil de definir porque conlleva muchos elementos subjetivos ya que, para determinar su repercusión en la persona, cada individuo lo lleva a cabo de diferente forma. Además de esa subjetividad hay también un aspecto objetivo en el concepto por lo que, de manera general, puede afirmarse que dentro de un estado de salud se incluye una sensación de bienestar valorado de forma individual, además de un componente objetivo que se manifiesta por medio de obtener la posibilidad de desarrollar las propias facultades, todo ello dentro de un medio ambiente al que, previamente, el individuo ha logrado adaptarse.

La Salud Pública es a la vez una ciencia y un arte que pretende, entre otras cosas, prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud de la colectividad. Ante objetivos como los anteriormente planteados, la Salud Pública precisa de medios o recursos, tanto materiales como humanos que, actuando sobre las personas y sobre el ambiente que las rodea, hagan posible el logro de las metas planteadas.

La práctica de estas actuaciones encaminadas a conseguir la Salud precisa de órganos o sistemas de gestión dedicados a ello, así como de la pertinente financiación.

La pérdida de la salud tiene, entre otras, dos grandes repercusiones: por un lado, las limitaciones funcionales derivadas del nuevo estado y, por otro, la sensación de indefensión que genera la enfermedad a la persona.

Desde siempre, no solamente la enfermedad, sino también el miedo a enfermar ha condicionado la vida del hombre, de forma que durante mucho tiempo el ser humano sano ha vivido pensando en qué podría ocurrirle si cuando enfermara sus recursos materiales no llegaran a ser suficientes para poder paliar la pérdida de ganancia que conlleva la enfermedad y, más tarde, para poder conseguir los remedios precisos para el restablecimiento de la salud perdida.

Fue en la primera mitad del siglo XX cuando comenzó a hablarse del concepto de seguridad social como aquel conjunto de medidas que debían adoptar los estados para intentar proteger a los ciudadanos ante aquellas situaciones que nunca dejarán de existir aunque mejoren notablemente los recursos económicos de los pueblos, tales como la enfermedad, la orfandad, etc.

En el transcurso del tiempo, la intervención de los estados, cada uno en mayor o menor medida, ha pasado de centrarse únicamente en la realización de actuaciones tendentes a procurar remedios a los ciudadanos en situaciones difíciles, a incrementar la actuación para intentar mejorar su estado de bienestar por medio del desarrollo de actuaciones encaminadas a la protección de esa situación de bienestar que es la salud. Es decir, que sin dejar de prestar el apoyo preciso para el restablecimiento de la salud perdida, en la actualidad se pretende, dentro de una perspectiva positivista, el logro de una situación saludable que subjetivamente se percibe como bienestar y que objetivamente se traduce en la plena capacidad de la persona para poder desarrollar sus propias cualidades.

De este modo se llega al concepto de Salud Pública que incluye un esfuerzo de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restablecer su salud cuando ésta se pierde, llegando, cuando así se precise, a rehabilitar y reinserir al enfermo por medio de una nueva integración en su medio social, laboral y cultural.

La materialización de este planteamiento se lleva a cabo por medio de la puesta en marcha de actuaciones para la protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y restauración de la salud.

Las acciones de protección de la salud están encaminadas al control del medio ambiente y se basan en la aplicación de conocimientos científicos aportados por Ciencias afines a la Medicina. Así mismo, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud incluyen actividades que actúan de modo individual o colectivo, desarrolladas por personal sanitario o no sanitario.

Estas acciones, de tanta trascendencia para el ser humano, precisan de la dotación de recursos materiales que deben contar con una tecnología actualizada y acorde con los tiempos en que vivimos, además de otros recursos, en este caso humanos, que deben ser capaces de responder a las demandas de la sociedad por medio de una cualificación y cuantificación adecuadas.

El mantenimiento de los recursos, tanto humanos como materiales, supone un gasto que precisa de una eficiente gestión que garantice su optimización.

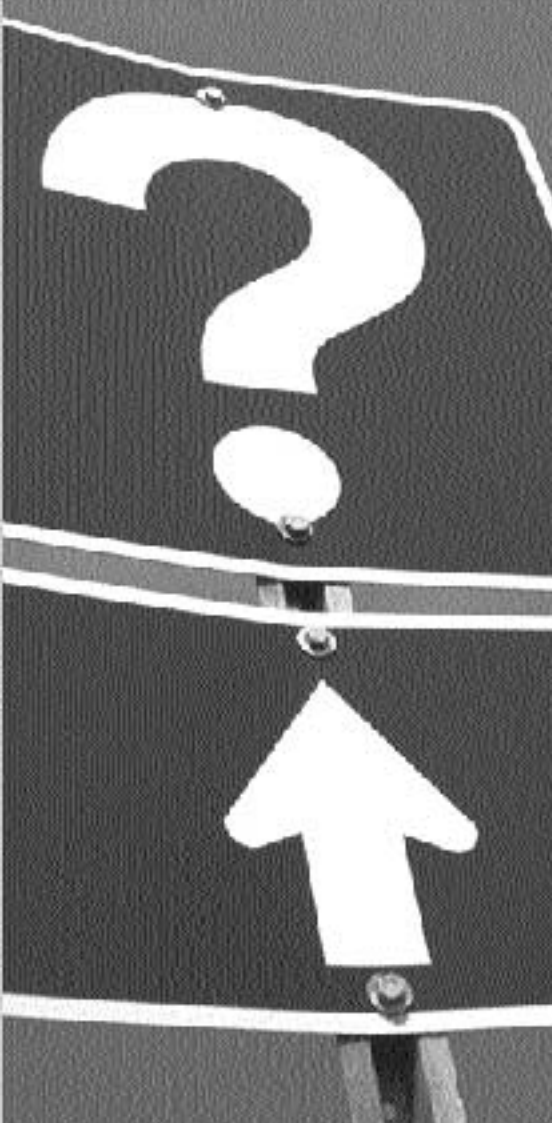
La gestión del gasto generado en España por el Sistema Nacional de Salud se ejecuta a nivel central y en cada una de las distintas comunidades autónomas. Se trata de un proceso que, entre otras cosas, debe poseer el dinamismo suficiente para adaptarse tanto a las características de la población a la que van dirigidas las acciones a desarrollar, como a las variaciones con trascendencia social que se producen a lo largo del tiempo.

El análisis y estudio de los sistemas sanitarios europeos, y más concretamente, del sistema sanitario español, junto con las características propias de las distintas modalidades de gestión ejecutadas por parte de las comunidades autónomas y del gasto que todo ello supone, constituyen, fundamentalmente, los objetivos que el Consejo Económico y Social del Principado de Asturias se ha propuesto al organizar estas Jornadas, las cuales tengo el honor de coordinar gracias a la deferencia que ha tenido conmigo D. Nicolás Álvarez Álvarez, Presidente del CES.

> **PRESENTACIÓN DE LA PUBLICACIÓN:**
Sanidad pública, una reflexión compartida

> D. Manuel Menéndez Menéndez

Presidente de Cajastur





El Consejo Económico y Social de Asturias (CES) ha afianzado y profundizado su reciente, aunque ya tradicional, esfuerzo por promover y encauzar el estudio y análisis de aquellos temas que tienen mayor importancia para el bienestar social. Si en anteriores jornadas el CES atrajo a los mejores expertos para debatir y disertar sobre elementos tan trascendentales como el Diálogo Social o la contratación laboral, en esta ocasión, además, ha conseguido concitar el interés de toda la sociedad, porque si hay algo que comparten todos los colectivos sociales y todos los grupos, sean del tipo que sean, es el interés y la preocupación por la salud y, en consecuencia, por el sistema sanitario.

La segunda edición de las Jornadas del CES se dedicó a la Sanidad Pública en España, realizando una profunda mirada al pasado, al presente y al futuro de la misma. Entre otras conclusiones que pueden obtenerse de los trabajos expuestos por los ponentes y de las mesas redondas celebradas, es que en estos momentos, después de las importantes reformas enfocadas a la universalización de los servicios sanitarios y de las medidas de racionalización del gasto y del funcionamiento del sistema de salud, las sociedades occidentales y, por supuesto la española, se enfrentan a la preocupación de diseñar y mantener sistemas sanitarios públicos que sean sostenibles en el futuro.

El análisis y debate sobre el sistema sanitario y su futuro resulta no sólo de una gran trascendencia para el conjunto de la sociedad, sino también de una significativa preocupación para cada uno de los ciudadanos y de las familias, ya que la salud y todo lo que tiene un impacto directo sobre la misma es uno de los principales motivos de interés del ser humano. Preservar la salud, prevenir la enfermedad, combatir el dolor... son conceptos de singular sensibilidad para todos.

Por ello, aún cuando pueda resultar reiterativo, es necesario nuevamente felicitar al CES por su capacidad para abordar aquellos temas que tienen mayor relevancia para los ciudadanos, lo que demuestra no sólo que esta institución está cumpliendo con creces su objetivo de ser un foro de debate y conocimiento social, sino que también, tiene la capacidad de atender a la sociedad y dar satisfacción al interés público y a la sensibilidad social.

El gasto farmacéutico, los desequilibrios territoriales derivados del proceso de transferencias en el sistema sanitario, el futuro del Sistema Nacional de Salud y la sostenibilidad del mismo en el marco del Estado del Bienestar son algunos de los temas que los principales expertos actuales abordaron en las jornadas convocadas por el CES y cuyo mero enunciado permite darse cuenta de la trascendencia de los mismos y de su importancia.

En las siguientes páginas se muestran los datos y reflexiones sobre los importantes retos para el sistema sanitario, tanto el nacional, como el asturiano, que tiene algunos rasgos singulares por su estructura demográfica, esencialmente por el envejecimiento de la población.

Como en anteriores ediciones, el CES ha logrado ser algo más que organizador y anfitrión. Ha sido impulsor en la sociedad asturiana de este nuevo y esencial debate socioeconómico sobre el presente y el futuro propiciando un clima de serena y enriquecedora pluralidad de análisis independiente y posiciones políticas.

La lectura conjunta de las conferencias y de los debates permite disponer, en un único documento, de la recopilación más actual sobre la sanidad y sus retos de futuro, de tal forma que este libro pone a disposición de la sociedad un profundo y sólido conocimiento.

Junio 2006



> Inauguración de las Jornadas

> D. Rafael Sariego García

*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios
del Principado de Asturias*



Muy buenos días a todos y, ante todo, muchas gracias por brindarme la oportunidad de abrir estas Jornadas de análisis y reflexión sobre la sanidad pública.

Me gustaría, en primer lugar, ofrecer la más cálida bienvenida en nombre del Gobierno del Principado de Asturias a todos los que han llegado desde otros puntos de España. Estamos encantados de acogerles y esperamos que puedan disfrutar de la variada oferta de ocio, cultura y gastronomía de Asturias siempre que el trabajo se lo permita.

El Consejo Económico y Social del Principado de Asturias nos convoca hoy aquí para debatir sobre la sanidad pública en España, un tema de máxima actualidad e indiscutible trascendencia, en el que han tenido amplia repercusión dos acontecimientos sucedidos en los últimos años. De un lado, la asunción de las competencias sanitarias por parte de las comunidades autónomas y, de otro, las modificaciones que ha experimentado el modelo de financiación autonómica.

Estas dos circunstancias han dibujado un contexto diferente para los servicios sanitarios y nos invitan a una profunda reflexión sobre su gestión y su futuro. Nos encontramos, por tanto, ante un debate que afecta a todas las autonomías por igual y que es imprescindible para buscar respuestas ante la nueva situación que afrontamos.

En Asturias, la atención sanitaria acapara el 35% del presupuesto anual de la comunidad, porque en esta región estamos absolutamente comprometidos con ese pilar básico del Estado de Bienestar que es la Sanidad. El Gobierno del Principado no ha escatimado recursos durante los últimos años para ofrecer a los usuarios del sistema público de salud la atención de calidad que se merecen, en condiciones de equidad e igualdad.

Con este propósito, desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios estamos invirtiendo en equipamientos distribuidos por todo el territorio de la Comunidad Autónoma, en modernos sistemas informáticos que nos permitirán avanzar en el tratamiento de datos y en la atención al paciente y, al mismo tiempo, estamos potenciando distintos planes de calidad que redundarán también en beneficio de nuestros usuarios. En definitiva, estamos invirtiendo en salud para los ciudadanos y ciudadanas de Asturias.

Creo que el esfuerzo que estamos realizando queda reflejado en la percepción que los asturianos tienen de su sanidad pública y que les lleva a mostrarse satisfechos con su sistema sanitario, al que conceden un notable.

Nuestra perspectiva y nuestros objetivos están perfectamente definidos, pero no nos mantenemos indiferentes a los retos que nos plantea el futuro, por eso estamos siempre abiertos a un debate serio, sereno e inteligente sobre el porvenir del Sistema Nacional de Salud.

Una revisión de estas características es la que plantea el CES con la convocatoria de estas Jornadas que ahora inauguramos. El Consejo Económico y Social ha logrado reunir en Oviedo a un notable grupo de expertos, profesionales e investigadores de la gestión sanitaria que expondrán en este marco sus puntos de vista y su experiencia. Lo harán ante una nutrida representación de los agentes económicos, sociales y políticos más relevantes de nuestra sociedad actual, con quienes tendrán la oportunidad de compartir reflexiones.

El CES reclama argumentos y razones que sirvan para garantizar en el futuro un modelo sanitario participativo, solidario, eficaz y eficiente. Yo comparto plenamente esa solicitud, ya que las conclusiones que

ob tengamos en este foro serán de la máxima utilidad para la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y, por extensión, para el Gobierno del Principado de Asturias.

El CES cumple con la organización de estas Jornadas una de sus funciones principales, la de servir de cauce de participación y diálogo a los interlocutores sociales de esta comunidad autónoma. De esta iniciativa únicamente pueden surgir resultados positivos.

Este recinto se convertirá en los dos próximos días en marco para el análisis de asuntos tan complejos como la situación de los sistemas sanitarios en Europa, el proceso de transferencias a las comunidades autónomas o la evolución del gasto público sanitario.

Tenemos por delante dos días cargados de trabajo y ustedes estarán deseando comenzar cuanto antes. Declaro inauguradas estas Jornadas sobre La Sanidad Pública en España. Muchas gracias por su atención.



> Los sistemas sanitarios públicos europeos y el sistema sanitario público español

Ponencia

> Dña. Ana Marta Guillén Rodríguez

Profesora Titular de Sociología en la Universidad de Oviedo, donde enseña Política Social Comparada y Globalización y Políticas Públicas en la Unión Europea, entre otras materias

Ha escrito múltiples trabajos sobre desarrollo comparado de los Estados de Bienestar europeos y políticas sanitarias, publicados en diferentes idiomas

Autora del libro titulado La construcción política del sistema sanitario español

En 1998 fue investigadora del Instituto Universitario Europeo de Florencia

Realiza informes de experto para la Comisión Europea, la Organización Internacional del Trabajo, y otros organismos nacionales y regionales



Resumen

En este estudio se exploran las características básicas del sistema sanitario público español en perspectiva comparada con otros países de la Unión, prestando una especial atención a la evolución de los sistemas sanitarios de otros países del Sur de Europa, tales como Italia, Portugal y Grecia. Todos los sistemas públicos de atención sanitaria europeos se han visto sometidos a fuertes tensiones durante las últimas dos décadas. Pero hay que señalar que, quizás con la excepción de los diez nuevos miembros de la UE, son los sistemas sanitarios del Sur de la Unión Europea los que han tenido que enfrentarse a retos más intensos. En España, Portugal y Grecia, la reforma de los sistemas sanitarios tuvo que iniciarse en una situación de profunda crisis económica y coincidiendo con procesos de transición de un régimen autoritario a uno democrático. Fue en este contexto de rápido e intenso cambio político, económico y social cuando sus sistemas sanitarios fueron universalizados. La etapa de austeridad impuesta por el Tratado de Maastricht llegó cuando el proceso de universalización de los servicios sanitarios ya había comenzado a ponerse en práctica pero distaba aún de haberse consolidado.

Introducción

Durante la década que se extiende entre mediados de los años setenta y mediados de los ochenta, todos los países del Sur de Europa aprobaron leyes de reforma con la intención de transformar sus sistemas de aseguramiento público sanitario en servicios nacionales de salud. Mientras que los sistemas tradicionales estaban basados en el aseguramiento del riesgo de enfermedad para los trabajadores y sus dependientes, los nuevos servicios nacionales de salud están dirigidos a todos los ciudadanos.

Los países del Sur de Europa adoptaron un modelo de servicio nacional de salud relativamente tarde en términos comparativos: Italia, en 1978; Portugal, en 1979; Grecia, en 1983; y, finalmente, España, en 1986. Gran Bretaña creó su *National Health Service* en 1946 y Suecia hizo lo propio poco después. Noruega, Finlandia y Dinamarca reformaron sus sistemas sanitarios en la misma dirección durante las décadas siguientes. Hasta el momento, sólo Gran Bretaña, Irlanda, los países escandinavos, y los países mediterráneos cuentan con servicios nacionales de salud, de forma que el resto de los países de la Unión Europea (UE) han mantenido sus sistemas sanitarios de aseguramiento público de carácter profesional.

La ambición de todos los países del Sur de Europa a partir de la década de los setenta consistió en conseguir el establecimiento de servicios nacionales de salud, dirigidos a todos los ciudadanos y financiados a través de impuestos. Sin embargo, el grado de puesta en práctica de las reformas ha variado mucho entre ellos. Mientras que dicho grado de puesta en práctica ha sido muy alto en Italia y España, Portugal y sobre todo Grecia tan sólo han conseguido hacer efectivas algunas de las medidas legales aprobadas.

El estudio está dividido en tres partes. En la primera se realiza un examen de las características generales de organización de los sistemas sanitarios de los países de la UE-15, así como de los rasgos comunes y diferenciales. La segunda parte analiza la estructura macroinstitucional de los sistemas sanitarios del Sur de Europa. En concreto, se consideran la evolución del gasto, de las fuentes de financiación, la extensión de la cobertura, y los servicios prestados en comparación con el resto de los miembros de la UE-15, con el objetivo de evaluar el grado de conversión en servicios nacionales de salud. La tercera parte está dedicada al análisis del proceso de reforma que se inició a principios de la

década de los noventa en España, Italia, Grecia y Portugal y que pretendía lograr una racionalización de los sistemas existentes. Esta segunda oleada de reformas está en clara relación con las presiones externas sufridas por los sistemas sanitarios que provinieron (y provienen) del proceso de integración europea y de globalización de la economía, aunque el camino seguido por cada país difiere en consonancia con los avatares políticos, económicos y sociales internos, así como con los logros y deficiencias derivados de las reformas universalizadoras anteriores.

1. Principales características de los sistemas sanitarios públicos de la UE: similitudes y diferencias

En primer lugar, los sistemas sanitarios públicos de la UE muestran una serie de rasgos comunes. En todos ellos, el gasto público es predominante sobre el privado. Están dirigidos a atender las necesidades de la práctica totalidad de la población y ofrecen un paquete de servicios sanitarios muy amplio. Se trata de sistemas de grandes proporciones, administrados por grandes burocracias y que muestran rigidez organizacional en muchos aspectos. Comparten, además, una serie de objetivos, tales como la equidad y la adecuación en el acceso de la población a los servicios, la eficiencia tanto a nivel macro como micro y la existencia de un cierto grado de libertad de elección para los usuarios y de autonomía para los proveedores.

En segundo lugar, cabe dividir a los sistemas sanitarios públicos de la UE en dos grandes modelos, a saber, el modelo de aseguramiento sanitario público y el modelo de servicio nacional de salud. El modelo de aseguramiento sanitario público está dirigido a cubrir el riesgo de enfermedad de los trabajadores y, a través de ellos, a sus dependientes. Se financia de forma mayoritaria a través de cotizaciones sociales. El sistema está organi-

zado en cajas de enfermedad por ramas profesionales, gestionadas por representantes del gobierno y los agentes sociales, entre las que suelen existir ciertas diferencias en la provisión de servicios y condiciones de acceso. Los parados y los trabajadores de la economía sumergida que no dependan de un trabajador formal están cubiertos por servicios públicos de tipo asistencial. Las cajas de enfermedad contratan los servicios sanitarios con proveedores públicos y privados con y sin ánimo de lucro. Finalmente, el personal sanitario, sobre todo los médicos, tienden a ser pagados por acto médico. Este modelo suele proporcionar mayores niveles de satisfacción entre los usuarios, debido a que cuentan con mayores posibilidades de elección de facultativo y centro sanitario. Asimismo, el problema de las listas de espera suele ser significativamente menor que en los servicios nacionales de salud.

Los servicios nacionales de salud, por su parte, ofrecen cobertura universal como derecho individual de ciudadanía. Se financian principalmente con impuestos sobre la renta y ofrecen un amplio abanico de servicios igual para todos los usuarios. Los hospitales y los centros de atención sanitaria suelen ser propiedad directa del Estado. Los médicos y profesionales sanitarios son trabajadores públicos asalariados. Las ventajas de los servicios nacionales de salud frente a los sistemas de aseguramiento sanitario público consisten en un mayor grado de equidad y un impacto redistributivo más acentuado (siempre y cuando la financiación se base en impuestos progresivos). Además, los servicios nacionales de salud tienden a ser menos caros en términos de gasto sobre el PIB y presentan menos dificultades de gobierno y gestión. Es precisamente el salto desde un sistema de aseguramiento sanitario público a un servicio nacional de salud en el que se han embarcado los países del Sur de Europa hace ahora un par de décadas. ¿Hasta qué punto lo han conseguido?

En tercer y último lugar, no hay que olvidar que en los años noventa, al objetivo de equidad se le añade el objetivo de eficiencia en todos los sistemas sanitarios públicos europeos. Este reto consiste en la necesidad de introducir medidas conducentes a la racionalización y el control de costes desde el lado de la oferta (presupuestos prospectivos, modificación de la forma de reembolso de los servicios hospitalarios, introducción de protocolos clínicos...) y/o de la demanda (co-pagos, tickets moderadores, establecimiento de prioridades, racionamiento, incentivos de mercado a la demanda individual...). Todos los sistemas sanitarios europeos comparten la preocupación de construir sistemas sanitarios públicos sostenibles para el futuro. Entre los motivos del crecimiento del gasto cabe señalar el rápido crecimiento de la innovación tecnológica, el envejecimiento de las poblaciones, el surgimiento de nuevos patrones de mortalidad y morbilidad y los constantes cambios en las actitudes frente a la salud, que cada vez se equipara más a belleza y juventud. En el caso de los países del sur de Europa, la cercanía temporal de las dos oleadas de reforma, una expansiva y otra racionalizadora, ha añadido y aún añade tensiones y conflictos a los retos que presenta el futuro próximo. Pasemos ahora a analizar las características de los sistemas sanitarios del sur en perspectiva comparada.

2. Universalización y equidad: la estructura de los sistemas de atención sanitaria del sur de Europa en perspectiva comparada

En consonancia con la introducción gradual de servicios nacionales de salud (SNS) en los países del sur de Europa, la cobertura es hoy formalmente universal en todos ellos. De hecho, las cuatro Constituciones hacen referencia explícita a la atención sanitaria como responsabilidad básica de los poderes públicos y/o como derecho de ciudadanía. La mayor parte de los países de la Unión Europea han establecido la cober-

tura universal, independientemente de que se trate de modelos de aseguramiento profesional o de servicios nacionales de salud. Las únicas excepciones las constituyen Alemania (92,2% de la población) y Holanda (71,8%), donde las personas/familias con rentas más altas deben/pueden optar por el aseguramiento privado (OECD Health Data 2000). En el resto de los países la cobertura es superior al 98 por ciento de la población.

Por lo que se refiere a la homogeneidad de la cobertura poblacional, la persistencia de algunos de los rasgos de los sistemas profesionales anteriores se da en todos los países del sur, aunque en grados diferentes. En 1978, Italia suprimió todas las cajas de enfermedad existentes e incluyó a toda la población residente en el servicio nacional de salud. En España, la cobertura alcanza el 99,7% de la población. Sin embargo, existen aún dos rasgos peculiares. Por una parte, unas 200.000 personas con elevadas rentas permanecen fuera del sistema público (Freire Campo 1993: 79). Por otra parte, los funcionarios públicos pueden elegir entre la provisión pública o privada, en ambos casos financiada con fondos públicos (Guillén y Cabiedes 1997). Y, lo que es más importante, el derecho individual a la atención sanitaria en concepto de ciudadanía no ha sido aún reconocido legalmente en España (Freire Campo 1998).

La situación de Portugal y Grecia es todavía más heterogénea. Portugal inició la transformación del sistema de aseguramiento profesional hacia un servicio nacional de salud en 1979. Sin embargo, las cajas de enfermedad no fueron suprimidas, de forma que su servicio nacional de salud sigue constituyendo una estructura compleja de aseguramiento en el presente. Además, las cajas de enfermedad de los empleados públicos se privatizaron en los años ochenta paralelamente a la privatización de muchas empresas públicas. Los funcio-

narios públicos y el ejército permanecieron, sin embargo, dentro del sistema de aseguramiento público (Pinto 1997: 142).

El sistema griego es el más distante de un servicio nacional de salud por lo que se refiere a la cobertura. De hecho, el aseguramiento depende básicamente de grandes cajas de enfermedad y de servicios de beneficencia para aquellos que no tienen o han tenido relación con el mercado de trabajo (o bien no son dependientes de un trabajador). El acceso al aseguramiento público permanece dividido en dos grandes subsistemas, IKA para las áreas urbanas y OGA para las rurales, con claras ventajas en el acceso y la calidad de los servicios para las zonas urbanas. Además, existen otras muchas cajas de enfermedad de pequeña entidad. Todas las cajas existentes ofrecen distintos conjuntos de servicios y las contribuciones sociales varían de una a otra. Tan sólo la atención hospitalaria fue universalizada gracias a la reforma de 1983, mientras que la atención primaria y especializada ha permanecido en gran medida en manos privadas.

Por lo que respecta a los servicios prestados por los sistemas sanitarios del Sur de Europa, y a pesar de la existencia de algunas diferencias, éstos son muy parecidos a los que ofrecen otros países europeos (European Commission 1995; MISSOC 2003). España constituye una excepción dentro de la Unión, pues, en 1995, se aprobó un Decreto detallando aquéllos servicios financiados por el sistema público, así como los que no lo son. Muchos países europeos han aprobado listas negativas de servicios, pero en ningún caso han establecido listas tanto negativas como positivas. Aún así, en España no se produjo ningún recorte de los servicios del servicio nacional de salud, sino más bien una ligera ampliación, como, por ejemplo, la atención buco-dental para los niños menores de catorce años y las mujeres embarazadas y la atención psi-

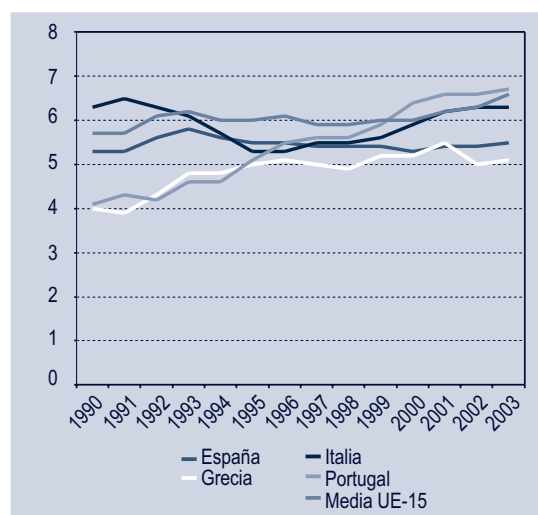
quiátrica. Sin embargo, tanto la atención pública buco-dental como la psiquiátrica siguen dejando mucho que desear en España (Guillén y Cabiedes 1997). En Italia, se han establecido listas de tratamientos y medicamentos que pueden ser financiados por el sistema público y, también, la publicación de Listas de Servicios se ha tornado obligatoria (European Commission 1998).

En Portugal, a pesar de la vocación universalista del sistema, la provisión privada es muy amplia. El servicio nacional de salud proporciona la mayor parte de las estancias hospitalarias, así como servicios de atención primaria y materno-infantil. Pero la atención buco-dental, las pruebas de laboratorio y radiológicas dependen fundamentalmente del sector privado. Estos últimos servicios son reembolsados habitualmente a los pacientes (Pinto 1997, 143; Pereira et al. 1997, 4). El sector privado es también muy amplio en Grecia, no sólo en lo que se refiere a pruebas diagnósticas, sino también a la atención primaria.

Otra de las características relevantes de los sistemas sanitarios del Sur de Europa se refiere a las relaciones entre los sectores público y privado. Tal como indica Ferrera (1996, 24), mientras que los servicios nacionales de salud tradicionales han incluido la mayor parte de los recursos sanitarios en el sistema público, los países del sur no han fortalecido lo suficiente sus redes de atención pública como para poder prescindir del sector privado. Y, lo que es más, han surgido relaciones peculiares entre ambos sectores, de forma que los servicios públicos contratan una parte de su provisión con el sector privado. Las proporciones de gasto público dedicado a conciertos con instituciones privadas alcanzaban casi el 40% en Portugal en 1987 y el 37,5% en Italia en 1989. En España, la proporción es más baja, de forma que los conciertos suponen alrededor del 11% del gasto público sanitario.

El aumento de la cobertura de servicios sanitarios se ha visto acompañado en todos los países del sur de Europa de un crecimiento del gasto público superior al de la media de la Unión Europea. El crecimiento del gasto fue muy intenso durante la segunda mitad de los ochenta en Italia y España. En Italia, el gasto descendió durante la primera mitad de los noventa, para luego ir recuperando los niveles de 1990 en la actualidad. En España, tras el aumento de la segunda mitad de los ochenta, la proporción del gasto sobre el PIB se ha mantenido en niveles bastante similares desde 1990 hasta hoy, de forma que la diferencia con la media para la UE-15 se ha ido ahondando (véase gráfico 1). Por el contrario, en Portugal y Grecia se han producido incrementos sustanciales desde principios de los noventa, sobre todo en Portugal. El gasto en servicios sanitarios como porcentaje del PIB era, en 2003, del 6,3% en Italia; 5,5% en España; 6,7% en Portugal; y 5,1% en Grecia, frente a un promedio para la Unión Europea del 6,6% (OECD Health Data 2005).

Gráfico 1: Gasto público en salud sobre el PIB



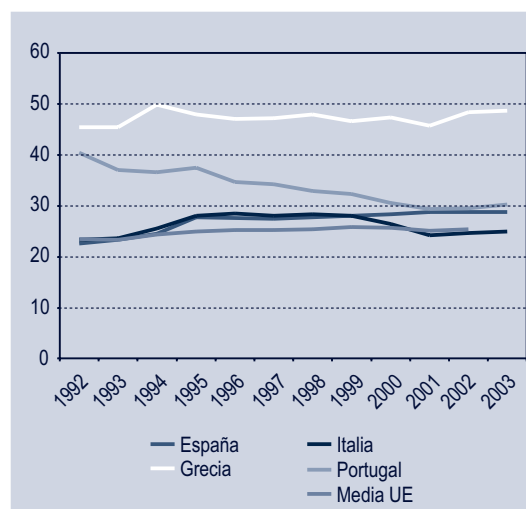
Unidad: porcentaje

Fuente: OECD, Health Data 2005

La proporción de gasto público sobre el gasto sanitario total muestra diferencias significativas entre los países

del sur de Europa. En 2003, el 70% del gasto sanitario total era público en Portugal, mientras que en Italia alcanzaba el 75% y en España el 71%. En Grecia, la proporción era mucho más baja, del 51%. Los servicios nacionales de salud tradicionales mostraban proporciones más altas para el mismo año: 83% en el Reino Unido; 85% en Suecia; 83% en Dinamarca, 76% en Finlandia; y 75% en Irlanda (OECD Health Data 2005). El gráfico 2 muestra como el gasto privado sobre el gasto total en atención sanitaria se ha mantenido muy alto en Grecia en la década 1992-2003 y ha crecido de forma significativa en España. Por el contrario, el gasto privado se ha reducido considerablemente en Portugal.

Gráfico 2: Gasto privado en salud sobre porcentaje del gasto total en salud



Unidad: porcentaje

Fuente: OECD, Health Data 2005

También difieren entre sí las fuentes de financiación de los países del sur de Europa. En España, la financiación se ha basado cada vez más en impuestos, que llegaron a suponer el 92% en 1997. Además, en 1999 la proporción alcanzó el 100%, con el fin de cumplir con las previsiones del Pacto de Toledo relativas a la separación de las fuentes de financiación del sistema contri-

butivo de garantía de ingresos y del de atención sanitaria. En Italia, el cambio fue mucho menos acentuado hasta 1998, año en que se estableció una tasa regional (IRAP) que ha supuesto la financiación total a través de impuestos, ya sea a través de transferencias del Estado a las regiones (30%) o de la propia recaudación de las regiones (70%). En Grecia, la atención hospitalaria se financia a través de impuestos, mientras que el resto de los servicios sanitarios se financian con contribuciones. Esto supone que la financiación global se realice más o menos al cincuenta por ciento a través de impuestos y contribuciones sociales, al menos según estimaciones para 1998. En Portugal, en 1991, la financiación estaba repartida entre un 55,2% de impuestos, un 6,0% de contribuciones, y un 38% de aportaciones de los usuarios (Pereira et al. 1997). Tampoco en los servicios nacionales de salud tradicionales se realiza la financiación totalmente a través de impuestos.

Se puede afirmar, pues, que los sistemas sanitarios del Sur de Europa se han expandido sustancialmente durante las últimas dos décadas, tanto en términos de cobertura (de población y servicios), como de gasto. Esto ha redundado en que el modelo actual se parezca más a los servicios nacionales de salud de Escandinavia y el Reino Unido en lo que se refiere a las características macro-institucionales. Sin embargo, algunos trazos heredados de los sistemas de aseguramiento social preexistentes persisten. Esto es así en mucha mayor medida en Portugal y Grecia que en España e Italia, cuyos sistemas tienen en común, además, la característica de haber sufrido un profundo proceso de descentralización de los servicios sanitarios. En España, resulta preocupante la falta de aumento del gasto sanitario público sobre el PIB y el crecimiento del gasto privado sobre el total del gasto en atención sanitaria.

En resumen, podemos concluir que los derechos y la extensión de la cobertura no son homogéneos para

toda la población en el sur de Europa, pero, mientras que la heterogeneidad es mínima en Italia, y poco pronunciada en España, resulta mucho más marcada en Portugal y Grecia. La financiación a través de impuestos también muestra disparidades, siendo máxima en España e Italia y relativamente baja en el resto de los países del sur, en comparación con los servicios nacionales de salud tradicionales. La proporción del gasto público sobre el total es ligeramente inferior a la que muestran estos últimos, con la excepción de Grecia. Finalmente, el sector sanitario privado es más amplio en Portugal y, sobre todo, en Grecia que en España e Italia, lo cual supone una característica de diferenciación muy relevante. En Grecia, cabe añadir la persistencia de altos niveles de prácticas corruptas, tales como la entrega de 'sobres marrones' al personal sanitario con el fin de saltarse la lista de espera u obtener una atención de mayor calidad y dedicación. Todo ello conduce a defender la existencia de dos grupos diferenciados entre los países del sur de Europa: de un lado, España e Italia y de otro, Grecia y Portugal. Pasemos ahora a analizar cuáles han sido las reformas que han estado detrás de los cambios observados en la estructura de los sistemas del Sur de Europa.

3. Eficiencia y racionalización: las reformas iniciadas en los noventa

Tal como hemos visto, la primera oleada de reformas de los sistemas sanitarios públicos de los países del sur de Europa consistió en la aprobación de leyes que supusieron un cambio de modelo de atención sanitaria hacia el establecimiento de servicios nacionales de salud. La primera oleada de reformas estuvo orientada a la inclusión de todos los ciudadanos en el sistema sanitario con iguales derechos. Podemos decir, por tanto, que se puso el acento en la consecución de cotas más altas de equidad. La segunda oleada se produjo ante las presiones del Tratado de Maastricht y del proceso de integra-

ción europea. La creciente preocupación por el aumento del gasto condujo a los gobiernos a la introducción de diversas medidas encaminadas a mejorar la eficiencia y racionalizar los costes, intentado a la vez no dañar los niveles de equidad alcanzados. Cada uno de los países del sur ha seguido un camino diverso, tanto en el tipo de medidas de reforma introducidas como en los procesos de puesta en práctica de las mismas, lo cual ha redundando en distintos resultados para los dos objetivos de cualquier política social pública: la eficiencia y la equidad.

En Portugal el impacto de la reforma legal universalizada no permaneció lejos de sus intenciones. Como resultado de la falta de puesta en práctica de varios aspectos de la ley de reforma, el servicio nacional de salud portugués permanece basado en tres pilares, a saber, el servicio nacional de salud (en principio accesible a todos los ciudadanos), los programas de aseguramiento para diversas categorías ocupacionales (que cubren aproximadamente a un cuarto de la población), y el sector privado (que alcanza a un 17% de la población a través del aseguramiento privado y asociaciones de mutualistas). Así pues, el objetivo de lograr una cobertura homogénea para toda la población no se alcanzó en el caso portugués.

Ya en los años ochenta fueron introducidas algunas medidas de control de costes dentro del sistema portugués, tales como co-pagos de los usuarios para diversos servicios de atención sanitaria y medicamentos. Dichos co-pagos fueron intensificados en 1992. Otras medidas orientadas a la mejora de la eficiencia fueron aprobadas durante los años noventa, en concreto en 1990 y 1993. Estas leyes de reforma pretendían dotar al sistema privado de mucho mayor protagonismo y acentuar la responsabilidad individual. Así, se les permitió a los médicos que trabajan para el sistema público la práctica privada simultánea y, lo que es aún más significativo, los portugueses quedaron libres para

optar por el aseguramiento privado de por vida. Asimismo, se previó la adopción de prácticas de gestión similares a la de la empresa privada en las instituciones sanitarias públicas. Finalmente, los topes en las deducciones fiscales sobre el gasto privado sanitario fueron suprimidos.

Todas estas medidas de reforma hubieran supuesto un giro radical hacia la privatización del sistema portugués. Sin embargo, como es tristemente habitual dentro del sistema portugués, las medidas legales no fueron puestas en práctica, en parte debido a la llegada al poder del Partido Socialista en 1995, y en parte debido a la resistencia de las propias aseguradoras privadas, incapaces de ofrecer los servicios requeridos con los recursos con los que contaban. Considerado de forma global, el proceso de reforma portugués ha seguido una "estrategia pendular", que ha resultado en un sistema sanitario que nunca llegó a convertirse en un servicio nacional de salud, pero que también difiere sustancialmente del modelo de aseguramiento social. Tal como indica Pereira et al. (1997), el crecimiento de la cobertura y la mejora de los servicios ofertados son las mayores ventajas del sistema actual. A pesar de que hoy día el gasto público en atención sanitaria sobre el PIB es uno de los más altos entre los servicios nacionales de salud de la UE, la lista de aspectos negativos es mucho más larga. El sistema de atención sanitaria portugués presenta datos altos en consumo farmacéutico y gasto privado. Pero, sobre todo, la equidad presenta severos problemas: desigualdades debidas a los altos co-pagos y a la cobertura múltiple para algunos grupos poblacionales. A ello se unen fuertes déficits económicos y financieros. Y sobre todo, parece que los problemas del sistema sanitario no le importan a nadie, ni al gobierno, ni a la población, ni a los agentes sociales, probablemente debido a una falta de voluntad política por parte del primero y a la debilidad de los canales de participación en el caso de los segundos (Oliveira et al. 2005: 225-227).

Matsaganis (1991) ha ilustrado como la fragmentación del aseguramiento sanitario en Grecia y los modos de financiación de las cajas sanitarias suponía todavía a finales de los años ochenta una fuente constante de desigualdades y falta de eficiencia. Esa era la situación cuando un gobierno conservador fue elegido en 1990 y la reorganización del sistema de protección social fue considerada como uno de los temas prioritarios de la agenda pública. Además, existían fuertes presiones para la racionalización del gasto debido a las condiciones de la Comunidad Europea para conceder préstamos. Un acuerdo entre las principales fuerzas políticas fue alcanzado ese mismo año con el fin de introducir medidas de eficiencia en el sistema sanitario, pero la reacción de los sindicatos fue tan intensa que el gobierno tuvo que abandonar el proyecto de reforma (Venieris 1997).

Un segundo intento de reforma se produjo en 1992, esta vez con éxito legislativo. La ley de 1983 del servicio nacional de salud fue enmendada de manera que el papel del sector público en la prestación de servicios sanitarios fue drásticamente reducido a favor del sector privado. Sin embargo, de nuevo en paralelo con el caso portugués, esta reforma no se puso en práctica, si hacemos salvedad de algunos aspectos de escasa importancia. En 1991, se introdujeron tickets moderadores sobre los servicios sanitarios (con la excepción de los de ingreso hospitalario) y sobre los medicamentos dispensados en oficinas de farmacia. Los co-pagos fueron de menor entidad que los introducidos en Portugal en términos cuantitativos, aunque supusieron una nueva carga para las economías familiares (European Commission 1995; Symenidou 1996).

La vuelta al poder del Partido Socialista griego en 1993 supuso otro cambio de dirección en la política sanitaria, que se ha basado hasta el presente en el refuerzo del sistema público. El gobierno socialista encargó a una

comisión de expertos, encabezada por Brian Abel-Smith, el estudio de la situación del servicio nacional de salud en 1994. Las propuestas de cambio de esta comisión siguieron el modelo de reforma británico, es decir, la competencia gestionada, basada en la separación entre las funciones de financiación y compra de servicios y las de provisión, así como en la adopción de técnicas de gestión similares a las del mundo empresarial (European Commission 1995).

Hasta el momento se han dado muy pocos pasos en la dirección de la competencia gestionada. Una vez más, médicos, funcionarios y aseguradoras públicas se oponen a las reformas y el gobierno se encuentra con grandes dificultades para lograr un apoyo estable de intereses. Existen, además, muchas dudas de que el modelo británico de reforma se pueda exportar a un sistema tan diferente como el griego (Matsaganis 1998). Sin embargo, algunas medidas de mejora de la eficiencia han sido introducidas tímidamente en el sistema.

En 2000 y 2003, el gobierno socialista produjo otros dos intentos de reforma, relacionados en el primer caso con la unificación de todas las cajas de enfermedad en una sola y la desconcentración administrativa hacia las regiones, y con la reforma de la atención primaria en el segundo caso. Ninguno de los intentos llegó a buen fin, debido a la oposición de los actores habituales: médicos, funcionarios y cajas de aseguramiento público (Davaki y Mossialos, 2005: 162-163).

En resumen, el proceso de reforma en Grecia ha seguido también una estrategia llena de altibajos que apuntan cada vez en direcciones contrarias. Como consecuencia, el sistema sanitario griego ha permanecido también fragmentado y con un sector privado de crecientes proporciones. La tendencia hacia el establecimiento de co-pagos para los usuarios ha sido, de todos modos, menos acentuada que en Portugal.

En conclusión, tanto Portugal como Grecia han encontrado dificultades para establecer de forma plena servicios nacionales de salud. A esto hay que añadir que las medidas racionalizadoras introducidas durante los años noventa se han centrado en el lado de la demanda más que en el de la oferta. Por ambas razones, los logros en materia de equidad, aunque significativos, han sido limitados, mientras que la actuación para la consecución de una mayor eficiencia también se ha visto comprometida.

La evolución de los sistemas italiano y español ha presentado algunos rasgos comunes con los de Grecia y Portugal, pero sobre todo notables diferencias. España e Italia son los dos países del Sur de Europa que han tenido más éxito en el establecimiento de servicios nacionales de salud y que, además, han acompañado la reforma con un profundo proceso de descentralización a nivel regional. También han actuado de forma más decidida en la introducción de medidas dirigidas a mejorar la eficiencia de la atención sanitaria. La muy rápida puesta en práctica de la reforma universalizadora italiana condujo a cuantiosos incrementos del gasto sanitario. Por esta razón, ya durante los años ochenta se estableció e intensificó una larga lista de co-pagos para los usuarios. Asimismo, se redujo la lista de servicios prestados por el SNS. En un principio se introdujo un sistema de exenciones de acuerdo con el nivel de rentas, pero dicho sistema fue endurecido durante los años ochenta.

Las medidas de control de costes no fueron suficientes para acallar la conciencia generalizada de falta de eficiencia del sistema y del crecimiento de las desigualdades, sobre todo en lo que se refiere a las contribuciones sociales. Estas desigualdades estuvieron presentes desde los inicios del estado del bienestar italiano, pero en los ochenta los grandes déficits públicos existentes condujeron a una presión fiscal elevada. La

culpa de los desequilibrios macroeconómicos se le atribuyó a la existencia de un sistema de protección social tanto ineficiente como escasamente justo. La necesidad de realizar una "reforma de la reforma", más comprensiva que un puñado de medidas de control de costes, ya estuvo claramente presente durante los años ochenta, pero la falta de estabilidad política lo impidió (Ferrera 1997).

Las cuentas públicas sufrieron un desequilibrio cada vez mayor de forma que, tras la crisis de la lira de 1992, quedó clara la necesidad de una reforma radical. Dicha reforma se produjo en 1992-1993, gracias a la presencia de un gobierno estable y que, debido a su carácter técnico, disfrutó de mucha más capacidad de maniobra. La nueva reforma supuso la adopción de medidas de competencia gestionada para el sistema sanitario italiano. Hospitales y unidades sanitarias locales fueron convertidos en empresas públicas, dirigidas por gestores profesionales con contratos temporales. Además, se permitió a los pacientes elegir libremente a su proveedor. El poder de decisión quedó en manos del ejecutivo en detrimento del parlamento, y las regiones, en vez de los gobiernos locales, obtuvieron plenas responsabilidades. Por fin, las exenciones sobre los tickets moderadores se hicieron mucho más restrictivas a partir de 1992 y varios servicios dejaron de estar cubiertos por la financiación pública (European Commission 1998). De esta manera, la reforma del SNS italiano resultó en un descenso claro del gasto público en la primera mitad de la década de los noventa.

Las reformas de 1992-93 en Italia fueron posibles gracias a las presiones derivadas del Tratado de Maastricht y de las condiciones establecidas para lograr la inclusión en la Unión Monetaria. La reforma del sistema electoral hacia un modelo que incluye elementos mayoritarios y la crisis de los partidos tradicionales condujo a una situación de intensa renovación de las

élites políticas, de manera que las fuerzas políticas incluidas en el tradicional "*pentapartito*" casi desaparecieron. Los gabinetes técnicos que le sucedieron pudieron actuar más libremente al estar al margen de la disciplina partidista. La mejora de las capacidades de la administración pública también ayudó a lograr el saneamiento económico, una de cuyas facetas más importantes fue la búsqueda de eficiencia del sistema de protección social (Ferrera y Gualmini 2000).

Las reformas de principios de los noventa en Italia intentaron seguir el modelo del Libro Blanco británico de 1989, y de forma menos intensa, del sistema sueco de competencia pública. Sin embargo, las líneas básicas de la reforma de 1992-93 no se clarificaron desde el poder central, supuestamente con el fin de respetar la autonomía de las regiones. Las regiones fueron aplicando aquellos aspectos de la reforma que más les convinieron, lo cual condujo a una situación muy heterogénea de puesta en práctica de la reforma. Por tanto, aunque la reforma consiguió reducir el gasto público sobre el PIB, un descenso sustancial del gasto público farmacéutico, e introducir ciertas dosis de eficiencia dentro del sistema, quedó lejos de establecer un modelo homogéneo a nivel nacional (France y Taroni 2005: 176-178).

A partir de 1997, las presiones derivadas del proceso de integración en la Unión Monetaria fueron decreciendo y esto permitió el planteamiento de nuevas reformas. El gobierno de centro-izquierda elegido en 1996, realizó otra reforma en 1999, en este caso de dirección contraria a la de 1992-93, ya que se proponía recuperar los objetivos básicos del sistema (universalismo, plena financiación pública y oferta de un paquete amplio de servicios) y garantizar una mayor uniformidad entre los servicios de las regiones. En el año 2000 se publicó un proyecto de financiación basado en el federalismo fiscal, que afecta a varios sectores públi-

cos, pero sobre todo a la atención sanitaria (ésta supone, en media, aproximadamente dos tercios de los presupuestos regionales). En 2001, una reforma de la Constitución consolidó las competencias exclusivas y concurrentes de las regiones en materia de legislación sanitaria. La reforma constitucional también supuso la garantía de acceso a un paquete de servicios básicos por parte de todos los ciudadanos, definido por el Estado central. El gobierno de centro-derecha elegido en 2001 está profundizando en la dirección descentralizadora en materia de competencias sanitarias, no sin múltiples conflictos debidos a que las promesas electorales de reducción de impuestos chocan con los deseos de las regiones de incrementar los impuestos regionales dedicados a financiar la atención sanitaria. Aún así, una nueva reforma constitucional fue aprobada a finales de 2005. Sin embargo, Fargion (2005) señala como la principal preocupación en el presente consiste en que el profundo desequilibrio que existe entre el norte y el sur del país, tanto en materia de calidad y cantidad de servicios como en niveles de eficiencia, se profundice aún más.

El camino seguido por la reforma en España fue diferente. La Ley General de Sanidad española de 1986 tuvo escasos efectos inmediatos. Sin embargo, pocos años después de su aprobación se produjeron importantes movimientos hacia la creación de un servicio nacional de salud. El hecho de que ya existieran altos niveles de cobertura sanitaria y el ciclo positivo de la economía en la segunda mitad de los años ochenta facilitó la puesta en práctica de la reforma. Además, la huelga general de 1988 supuso un empujón a las tendencias expansivas. En 1989, se aprobó el "decreto de universalización", que finalizó el proceso de extensión de la cobertura. La financiación a través de impuestos creció cada vez más, de manera que a finales de los ochenta había ya alcanzado casi el 70%, la proporción más alta de todo el Sur de Europa (Guillén y Cabiedes 1997).

La puesta en práctica de la Ley General de Sanidad junto con el proceso de descentralización resultaron en rápidos incrementos del gasto sanitario: España fue el país de la Unión en el que más creció el gasto público sanitario en la segunda mitad de los ochenta (European Commission 1995). Esta tendencia alcista supuso que la preocupación por el control del gasto empezara a crecer ya a principios de los años noventa y que las autoridades sanitarias le prestaran mucha atención a los cambios que se estaban produciendo en Gran Bretaña.

Esta percepción de la necesidad de racionalizar el sistema no hizo sino acentuarse con la aprobación de la Ley Catalana de 1990. Tal como ha venido a ser casi habitual, una innovación producida en una comunidad autónoma se intentó establecer por parte del gobierno central. Ya en enero de 1991, fue creada una comisión parlamentaria, la "Comisión Abril", con el fin de evaluar el estado del servicio nacional de salud y de proponer medidas racionalizadoras. Siete meses después fue publicado el correspondiente informe. Las reacciones de los medios de comunicación y de los sindicatos a las propuestas del informe fueron de frontal oposición, sobre todo debido al intento de establecer un ticket moderador para la prestación farmacéutica de las personas jubiladas.

El rechazo de las propuestas del informe Abril produjo un cambio de estrategia, de forma que muchas de las recetas incluidas en él se han ido poniendo en práctica pero de manera callada y gradual. Así, la financiación prospectiva de los hospitales y la introducción de contratos-programa en el territorio INSALUD. Además, una lista de medicamentos fue excluida de la financiación pública en 1993 y se aprobó tanto una lista positiva como negativa de servicios financiados por el Sistema Nacional de Salud en 1995. El Programa de Convergencia estableció una reducción del gasto sani-

tario del 1% del PIB entre 1992 y 1996, que luego fue extendida a cuatro años más, de forma que el crecimiento del presupuesto global de sanidad quedó unido al crecimiento del PIB. Se han producido también dos acuerdos de financiación con las comunidades autónomas, en 1994 y 1997, que han pretendido un comportamiento más responsable por parte de los sistemas sanitarios descentralizados por lo que se refiere al gasto (Cabiedes y Guillén 1997).

Las medidas orientadas a la mejora de la eficiencia han diferido dependiendo de la comunidad autónoma, pero muchas de ellas, así como el INSALUD han comenzado a poner en práctica diversas medidas de racionalización. El gobierno del PP aprobó reformas del sistema sanitario tan pronto como llegó al poder, en concreto referidas a la liberalización de las oficinas de farmacia y a la forma de gestión de las instituciones sanitarias. La reacción de la oposición fue muy fuerte al segundo de estos Decretos, de forma que la pretendida titularidad privada de los nuevos hospitales se quedó en titularidad pública. Una enmienda a la Ley de Presupuestos para 1999, ha permitido la introducción de nuevas formas de gestión en los hospitales públicos (Catalá y de Manuel Keenoy 1998). El gobierno del PP ha realizado también esfuerzos para reducir las listas de espera y ha aprobado un nuevo recorte de los medicamentos financiados con fondos públicos.

Por otra parte, cabe subrayar que España es el país del Sur de Europa en el que menos uso se ha hecho de los co-pagos sanitarios. De hecho, sólo existe un ticket moderador sobre los medicamentos comprados en oficinas de farmacia para las personas no jubiladas introducido en 1978. En el seno del Sistema Nacional de Salud español también se han aprobado y puesto en práctica una serie de medidas de eficiencia, que han incidido sobre el lado de la oferta sanitaria. Existe un fuerte consenso en España sobre las virtudes de un sis-

tema sanitario público, que convierte a la situación en muy distinta a la de Italia. Cualquiera de las propuestas de introducción de tickets moderadores ha sido rechazada en España hasta la fecha.

Finalmente, el cierre del proceso descentralizador y la aprobación de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, junto con el nuevo modelo de financiación autonómica en 2001-2003, han venido a consolidar el diseño macro-institucional del servicio público de atención sanitaria en España.

Conclusiones

El examen de las características macro-institucionales de los sistemas sanitarios del Sur de Europa muestra que existen diferencias no sólo entre los servicios nacionales de salud del Sur de Europa y los de Escandinavia y Gran Bretaña, sino también entre los propios países del Sur, diferencias que se han ido acentuando en años recientes. Mientras que España e Italia están caminando decididamente hacia la construcción de servicios nacionales de salud, en Grecia y Portugal queda un largo camino por recorrer. De ahí que los sistemas italiano y español se puedan clasificar como servicios nacionales de salud que aún muestran ciertas reminiscencias del pasado. Por el contrario, los sistemas portugués y griego han evolucionado de un modo que no permite clasificarlos como sistemas de aseguramiento sanitario menos desarrollados que los del centro de Europa, tal como defiende Katrougalos 1996, sino más bien como "sistemas a tres bandas" con una mezcla de provisión pública, aseguramiento profesional y provisión privada.

Por lo que se refiere a la segunda oleada de reformas, dedicadas al control de costes y al logro de la eficiencia, las presiones derivadas del Tratado de Maastricht y

el proceso de internacionalización de la economía fueron los principales detonantes. Todos los sistemas del Sur de Europa, al igual que ha ocurrido con el resto de los de la Unión, han incorporado medidas de racionalización del gasto y de la gestión en distintas proporciones. Las medidas adoptadas en el sur han variado dependiendo de la política interna de cada país y también de la situación heredada de la primera oleada de reformas, es decir, Italia y España han tendido a reaccionar como servicios nacionales de salud, en los que la introducción de medidas racionalizadoras desde el lado de la oferta resulta más fácil y menos peligroso para el mantenimiento de los niveles de equidad, tal como indican Saltman y Figueras (1997). Por su parte, en Portugal y Grecia las reformas de los noventa han intentado reforzar el sector privado e introducir medidas de racionalización desde el lado de la demanda. Se puede concluir, por tanto, que la presencia de un determinado modelo macro-institucional ha tenido una influencia significativa en el modo de ajuste elegido para lograr mayores cotas de eficiencia.

Referencias

Cabiedes, Laura y Guillén, Ana Marta (1997): "L'impatto del decentramento dell'assistenza sanitaria in Spagna: Meccanismi finanziari e innovazione organizzativa" *L'Assistenza Sociale*, nº 1-2, enero-junio, p. 45-60.

Catalá, Francisco Javier y Esteban de Manuel Keenoy, E. (1998): *Informe SESPAS 1998: la salud pública y el estado del bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Davaki, Konstantina y Mossialos, Elias (2005): "Plus ça Change: Health Sector Reforms in Greece". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, nº 1-2, pp. 143-168.

- European Commission (1998): *Social Protection in Europe 1997*. Bruselas: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- European Commission (1995): *Social Protection in Europe 1995*. Bruselas: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Fargion, Valeria (2005): "Health Politics Between National and Regional Governments in Italy". Ponencia presentada en el Congreso "Welfare State Reform in Continental and Southern Europe", DREES, Paris 10-20 de diciembre 2005.
- Ferrera, Maurizio (1996): "The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe". *Journal of European Social Policy*, vol. 6, no. 1, p. 17-37.
- Ferrera, Maurizio (1997): "The Uncertain Prospects of Italy's Welfare State." *West European Politics*, vol. 20, no. 1, enero, p. 231-249.
- Ferrera, Maurizio y Gualmini, Elisabetta (2000): "Italy: Rescue from without?", in *Welfare and Work in Open Economies*, Scharpf, F. and Schmidt, V. (eds.), Oxford: Oxford University Press. Vol. 2.
- France, George y Taroni, Francesco (2005): "The Evolution of Health-Policy Making in Italy". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, nº 1-2, pp. 169-188.
- Freire Campo, José Manuel (1993): "Cobertura sanitaria y equidad en España", en *Las desigualdades ante la salud, I Simposio sobre la Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza*. Fundación Argentaria, Madrid, 24-28 mayo, pp. 67-92.
- Freire Campo, José Manuel (1998) "Comentarios a propósito de la Subcomisión Parlamentaria para la reforma del Sistema Nacional de Salud Español". *Revista de Administración Sanitaria*, vol. 2, no. 5, p. 23-50.
- Guillén, Ana Marta y Laura Cabiedes (1997): "Towards a National Health Service in Spain: The Search for Equity and Efficiency". *Journal of European Social Policy*, vol. 7, nº 4, p. 319-336.
- Matsaganis, Manos (1991): "Is health insurance in Greece in need of reform? *Health Policy and Planning*, vol. 6, no. 3, p. 271-281.
- Matsaganis, Manos (1998): "From the North Sea to the Mediterranean? Constraints to health reform in Greece". *International Journal of Health Services*, vol. 28, no. 2, p. 333-348.
- MISSOC (2003): *La protection sociale dans les états membres de l'Union Européenne*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- OECD (1994): *Health Care reforms in Seventeen OECD Countries*. París: OECD.
- OECD Health Data (CREDES) (2005).
- OECD Health Data (CREDES) (2000).
- Oliveira, Mónica D.; Magone, José M. y Pereira, Joao A. (2005): "Nondecision Making and Inertia in Portuguese Health Policy". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, nº 1-2, pp. 211-230.
- Pereira, Joao et al. (1997): "Health Care Reform and Cost Containment in Portugal". *Documento de Trabalho 2/97*. Lisboa: Associacao Portuguesa de Economia da Saúde.

Pinto, Carlos Gouveia (1997): "Health Care Systems, Equity and Social Welfare", en *Comparing Social Welfare Systems in Southern Europe*. Vol. 3. Paris: MIRE.

Saltman, Richard B. y Josep Figueras. (1997): *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.

Symenidou, Haris (1996): "Social protection in modern Greece". Ponencia presentada en la conferencia "Comparing Welfare Systems in Southern Europe", MIRE, European University Institute (Florencia, 22-24 Febrero).

Venieris, Dimitros N. (1997) *The History of Health Insurance in Greece: The Nettle Governments Failed to grasp*. Londres: LSE Health.



> Desequilibrios territoriales derivados del proceso de transferencias en el sistema sanitario. Reflexiones

Mesa Redonda

Moderador: D. Rafael Otero Fernández, Ex Consejero de Salud de Castilla La Mancha

D. Rafael Sarriego García: Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

D. César Antón Beltrán: Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Dña. María del Mar Julios Reyes: Vicepresidenta del Gobierno de Canarias y Consejera de Salud de Canarias



El sentido de la descentralización

La descentralización reconocida en la Constitución es política y comporta capacidad financiera y legislativa propia. Por lo tanto, la diversidad es inevitable

Hipótesis de trabajo

- Los desequilibrios territoriales no son derivados del proceso de transferencias en el sistema sanitario, se arrastran de épocas anteriores

- La descentralización conduce a mayor equidad

Elementos a tener en cuenta en la evaluación de los desequilibrios

- Prestaciones
- Infraestructuras: destacar recursos humanos
- Calidad del servicio
- Satisfacción de ciudadanos
- Gasto sanitario

Prestaciones

- No hay grandes diferencias respecto al Decreto 63/1995
- La discusión del nuevo Decreto pone de manifiesto que se mantiene la equidad en la cartera de servicios en las comunidades autónomas

Infraestructuras

Las diferencias son sobre todo notables en la oferta de alta tecnología, pero en los últimos diez años la tendencia es a la distribución más homogénea

Calidad del servicio

- Poco sabemos de forma fiable de los resultados relacionados con la atención sanitaria en las comunidades autónomas (Proyecto del Instituto de Información Sanitaria)

- Las desigualdades en mortalidad evitable y expectativas de salud han disminuido y son muy pequeñas, del orden del 1%

Satisfacción a los ciudadanos

La satisfacción general de los ciudadanos creció en los últimos quince años, en especial los últimos cinco (CIS), especialmente en la positiva valoración de la Atención Primaria

Gasto sanitario

- La desigualdad en el gasto sanitario se redujo entre 1986 y 1997 y repunta a partir de 1998 y permanece estable hasta 2003 que vuelve a repuntar

- El coeficiente de variación para las 10 comunidades autónomas gestionadas por el INSALUD era del 17%

- Resulta difícil achacar a la descentralización sanitaria la causa del incremento de disparidades en la gestión del gasto

Conclusiones

- Hace falta un sistema de información fiable en el SNS
- Desarrollar mecanismos eficaces de cooperación

- Transparencia y modelo estable en la financiación
- La descentralización sanitaria en España ha supuesto una oportunidad para la mejora y consolidación del SNS

Haciendo primero un breve recorrido después de veinticinco años de experiencia en España en materia de transferencias sanitarias, la descentralización sanitaria se ha ido realizando en un largo período de tiempo, transfiriéndose las competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en diferentes momentos políticos y económicos y con diferentes formas, métodos y criterios. Durante este largo proceso, el nivel de gastos y recursos consolidados por la Administración Central del Estado y por tanto traspasados en el momento de transferencias a las distintas comunidades autónomas ha sido muy dispar.

La descentralización se ha ido produciendo incluso antes de haber consolidado un Sistema Nacional de Salud con un acceso y dotaciones homogéneos en todo el territorio, incluso con un Estado de las Autonomías en pleno desarrollo. Un Sistema Nacional de Salud que nunca llegó a consolidar antes de los procesos de descentralización, un Sistema de Información capaz de permitir a la Administración del Estado, tanto la central como la autonómica, poder ejercer la tutela de los derechos constitucionales o garantizar el equilibrio territorial, la equidad o la cohesión.

Hoy en día, tras más de veinte años de ser promulgada la Ley General de Sanidad, siguen estando pendientes importantes reformas en el Sistema Nacional de Salud, por ejemplo, el aseguramiento, continúa siendo el sistema de Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo, el que realiza dicha gestión, sin dependencia ninguna de los Servicio Autonómicos de Salud.

Tras las transferencias y en lo que a la eficiencia asignativa se refiere, todas las comunidades autónomas han adaptado sus recursos a las necesidades percibidas de sus respectivas poblaciones y de sus profesionales; de hecho los incrementos de los presupuestos

sanitarios de las distintas comunidades han tenido tres destinos principales: actualización de infraestructuras y tecnología, dotación de plantillas e incrementos retributivos. En general, más de la mitad de los ciudadanos valora, en distintos sondeos, que la descentralización ha contribuido a mejorar la sensibilidad de los gobiernos autonómicos a las necesidades de los ciudadanos.

Respecto a la equidad territorial, la evolución de la financiación per cápita por parte de la Administración Central del Estado apunta hacia una creciente diferencia entre las distintas comunidades, que lejos de reducirse está en aumento tras los distintos procesos de transferencias y la falta de suficiencia dinámica del actual modelo de financiación.

Estas dos vertientes, incremento financiero y equidad territorial, con resultados aparentemente opuestos, muestra la necesidad de corregir y equilibrar el proceso de descentralización del SNS. Un sistema que nunca llegó a ser equilibrado territorialmente, contradicción que se ha agudizado con el paso del tiempo. Por otro lado, funcionar en términos exclusivos de eficiencia y, en un contexto de creciente politización partidista de los problemas del Sistema, puede llevar a establecer una "competencia inducida" entre administraciones autonómicas, que acaben incidiendo de modo negativo sobre la necesaria cooperación entre comunidades, tanto en el desarrollo de políticas económicas y sanitarias, como en el control del endeudamiento o el establecimiento de medidas comunes de salud pública, incluida la posibilidad de compartir información homogénea y comparable.

Esta situación debiera reconducirse, por un lado revisando el modelo de financiación, que corrija el desequilibrio territorial y una evolución cohesionada del Sistema y por otra, estableciendo políticas de colaboración entre comunidades autónomas en el marco del Consejo Interterritorial, sustituyendo la actual situación

por la de una verdadera "cooperación" en materias determinadas y previamente definidas. Es urgente, por razones de equidad y sostenibilidad.

La actual escalada de incremento del gasto acentuará los desequilibrios territoriales y viceversa, en una espiral difícil de controlar y que atenta la sostenibilidad. Ante esto es necesario el establecimiento de criterios mínimos básicos y comunes que garanticen la coordinación y horizontalidad del SNS. Esta visión puede implicar una redefinición de las funciones del Ministerio de Sanidad y de los Gobiernos Autonómicos, que debemos abordar entre todos con la serenidad debida. A modo de reflexión, las materias, sin perjuicio de otras, en las que estimo necesaria la cooperación entre Administraciones y que necesariamente conllevaría a un consenso político previo, son las siguientes:

- En el ámbito político organizativo es necesario establecer y delimitar las cuotas competenciales de la Administración Central del Estado y de las comunidades autónomas sobre la base del principio de lealtad institucional. Renunciando a imponer, sin acuerdo previo sobre las fuentes de financiación, nuevas obligaciones de gasto. Otro elemento importante es el compromiso de Comunidades y Ministerio de trabajar juntos en el establecimiento de un sistema de información homogéneo que permita el análisis y conocer la evolución del mismo, en términos de actividad, resultados en salud y costes.

- En el ámbito de las prestaciones es necesario establecer una cartera de servicios común y básica para el conjunto del SNS, garantizada con los fondos del sistema de financiación e igualmente accesible en todo el territorio español. A la vez es necesario establecer medidas estructurales en el ámbito de la legislación que hoy por hoy es competencia exclusiva de la Administración del Estado, que racionalice la presta-

ción farmacéutica y permita una gestión más eficiente de estos recursos.

- En el ámbito de los recursos humanos, principal capital de nuestro sistema sanitario, urge el establecimiento de una política basal para el conjunto de los territorios, que garantice la cantidad de profesionales suficientes en las distintas especialidades y que evite la competencia entre las distintas comunidades autónomas, circunstancia que actualmente nos está llevando a un incremento de las retribuciones difícilmente sostenible. También este aspecto, el de las retribuciones debe ser objeto de consenso entre las comunidades autónomas.

- En el ámbito de la financiación sanitaria, es necesario correlacionar la financiación sanitaria con los incrementos poblacionales, de manera que las comunidades autónomas perciban en el reparto de los presupuestos del Estado, una financiación per cápita que corresponda con la población que efectivamente atiende; a través de ajustes anuales que doten al modelo de financiación de la suficiencia dinámica necesaria. Simultáneamente es necesario instrumentar adecuadamente, y de acuerdo a su filosofía original, los fondos de suficiencia destinados a reducir desigualdades entre comunidades autónomas. Este tipo de recursos financieros debiera entrar en juego cuando una comunidad autónoma experimenta, en un período determinado, un desajuste entre ingresos financieros y crecimiento de la demanda asistencial. Es el caso de las comunidades autónomas por la asistencia que prestan a pacientes desplazados, tanto nacionales como a extranjeros comunitarios y no comunitarios.

- En el ámbito del gasto sanitario público, es necesario llegar a un acuerdo de crecimiento sostenido de este gasto, entre un 0,5% y el 1% de PIB, que nos iguale al gasto medio europeo.

Como reflexión final, me gustaría señalar que la descentralización de la sanidad es la respuesta natural de la diversidad que nos caracteriza y que además es inevitable. Dicha descentralización ha tenido efectos muy positivos en términos de capacidad de respuesta a las necesidades de los ciudadanos, mejorando la innovación. No obstante, parece claro en términos de equidad que hay que buscar y concretar los balances adecuados entre descentralización y cooperación en materias claves como son: la organización política de las competencias, las prestaciones sanitarias, los recursos humanos y la financiación.

Como reflexiones finales, destacaría las siguientes:

- La descentralización debe gestionarse a través de la cooperación entre comunidades autónomas y, la corresponsabilidad entre éstas y la Administración Central del Estado, garantizando la eficiencia y la equidad de nuestro SNS
- Los desequilibrios territoriales no sólo son un problema de cohesión y equidad, también los son de sostenibilidad

Excmo. Sr. Presidente del Consejo Económico y Social,
Excmos. Sres. Consejeros de Canarias y Asturias,

Señoras y Señores:

Quiero que mis primeras palabras sirvan para mostrar mi satisfacción por encontrarme hoy aquí, en el Principado de Asturias, para compartir algunas breves reflexiones en torno a los desequilibrios territoriales derivados del proceso de transferencias de nuestro Sistema Sanitario, en el marco de las Jornadas sobre Sanidad Pública, organizadas por el Consejo Económico y Social de este Principado.

Como responsable de la Sanidad de Castilla y León, quiero también agradecer a los organizadores de este acto su invitación para debatir sobre un tema de tanta actualidad como es el de esta Mesa Redonda; un tema muy presente no sólo en numerosos foros sanitarios, sino también económicos o sociales.

La preocupación por instaurar mecanismos que permitan corregir y superar los desequilibrios entre las distintas partes de un territorio tiene una larga tradición en Europa. Ya el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea se hizo eco en 1957 de esta preocupación, proponiéndose "la reducción de las diferencias entre las diferentes regiones y el retraso de las menos favorecidas". Desde entonces, la importancia de la política regional de la Unión Europea ha ido en aumento, absorbiendo en estos últimos seis años una tercera parte del presupuesto comunitario (213.000 millones de euros), destinado a financiar los distintos Fondos Estructurales: FEDER, FSE, FEOGA-orientación, IFOP y Fondo de Cohesión.

En el nuevo modelo de Estado Autonómico regulado en la Constitución Española de 1978, se prevén también mecanismos concretos para corregir los desequilibrios territoriales. Para hacer efectivo el principio de solidari-

dad entre las comunidades autónomas, contemplado en el artículo 2, se regula la constitución de un Fondo de Compensación Interterritorial, con destino a gastos de inversión.

La legislación básica del Estado en materia sanitaria se ha hecho eco del problema de las desigualdades territoriales, e insta a los poderes públicos a que la política sanitaria no incremente esta desigualdad, sino que contribuya a superarla.

La Ley General de Sanidad 14/1986 señala en su artículo 3.3 que "La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales".

Por su parte, el artículo 2 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge entre los principios generales de la Ley "La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad".

También el ordenamiento jurídico de Castilla y León ha tenido en cuenta los desequilibrios territoriales. La Ley 1/1993, de ordenación del sistema sanitario, cita como uno de los principios rectores de la ordenación sanitaria de Castilla y León la: "Superación de las desigualdades socioeconómicas y eliminación de los desequilibrios territoriales en la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios".

De todas las posibles actuaciones susceptibles de realizar para evitar esta consecuencia, es en la financiación donde mejor se traducen los esfuerzos por conseguir reducir las desigualdades territoriales, también las sanitarias, garantizando la igualdad en el acceso a las prestaciones del Sistema.

El modelo de financiación vigente, consensuado por todas las comunidades autónomas, se tradujo en la Ley

21/2001, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas.

Este sistema nació con vocación de permanencia, ampliando el principio de corresponsabilidad fiscal para posibilitar las nuevas competencias, concretándolo en:

- La cesión del 35% del IVA
- La cesión parcial de los impuestos especiales sobre bebidas alcohólicas, hidrocarburos y tabaco
- La cesión del 100% de los impuestos especiales sobre la electricidad, sobre determinados medios de transporte y del nuevo impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos
- Proporcionando mayores competencias sobre algunos impuestos cedidos
- Contemplando la posible aplicación de un tipo autonómico en el impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos

El reparto de la financiación se realizó con una nueva fórmula: la población protegida ponderaría un 75%, la población mayor de 65 años un 24,5% y la insularidad un 0,25%.

Se introdujo además una garantía de mínimos que aseguraba a cada comunidad autónoma que la financiación general fuera, al menos igual, a la resultante de la liquidación definitiva del año 1999. Se crearon además dos fondos específicos: por un lado, el Fondo del Programa de Ahorro de Incapacidad Temporal, que se integró en las necesidades de financiación de cada comunidad autónoma y, por tanto, no adicional. Por otro, el Fondo de Cohesión Sanitaria, destinado a garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asis-

tencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de otros países. Es adicional y anualmente viene dotado en los presupuestos del Estado.

Cuadro 1. Densidad de población en las comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Superficie (Km ²)	Población	Densidad (Hab/Km ²)
Andalucía	87.597	7.687.518	87,76
Aragón	47.720	1.249.584	26,19
Asturias	10.604	1.073.761	101,26
Baleares	4.992	955.045	191,32
Canarias	7.447	1.915.540	257,22
Cantabria	5.321	554.784	104,26
Castilla y León	94.223	2.493.918	26,47
Castilla-La Mancha	79.463	1.848.881	23,27
Cataluña	32.114	6.813.319	212,16
C. Valenciana	23.255	4.543.304	195,37
Extremadura	41.634	1.075.286	25,83
Galicia	29.574	2.750.985	93,02
Madrid	8.028	5.804.829	723,07
Murcia	11.313	1.294.694	114,44
Navarra	10.391	584.734	56,27
País Vasco	7.234	2.115.279	292,41
Rioja	5.045	293.553	58,19
España	505.955	43.055.014	85,10

En la Ley 21/2001 queda, por tanto, patente la preocupación por la corrección de los desequilibrios territoriales cuando establece los principios de suficiencia y de solidaridad como garantía de que las comunidades autónomas puedan prestar sus servicios en condiciones equivalentes, con independencia de las distintas capacidades de obtención de recursos tributarios, mediante la determinación de las necesidades totales de financiación y mediante la implantación del denominado "Fondo de Suficiencia" (artículo 6, j).

Cuadro 2. Densidad de población en Castilla y León, con y sin capitales de provincia

	PROVINCIAS TOTALES			PROVINCIAS SIN CAPITALES		
	Población (Habitantes)	Extensión (Km²)	Densidad (Hab/Km²)	Población (Habitantes)	Extensión (Km²)	Densidad (Hab/Km²)
Ávila	166.108	8.050	20,63	113.691	8.050	14,12
Burgos	356.437	14.292	24,94	186.755	14.292	13,07
León	492.720	15.581	31,62	356.931	15.581	22,91
Palencia	173.990	8.052	21,61	92.783	8.052	11,52
Salamanca	350.984	12.350	28,42	190.569	12.350	15,43
Segovia	152.640	6.921	22,05	97.054	6.921	14,02
Soria	91.652	10.306	8,89	55.883	10.306	5,42
Valladolid	510.863	8.110	62,99	189.150	8.110	23,32
Zamora	198.524	10.561	18,80	132.878	10.561	12,58
Castilla y León	2.493.918	94.223	26,47	1.415.694	94.223	15,02

Dentro de este marco normativo, el 1 de enero de 2002 se transfirieron las competencias del INSALUD a las diez comunidades autónomas que todavía no habían asumido estas competencias, entre ellas a Castilla y León. El ejercicio de las competencias sanitarias, si tenemos en cuenta las peculiares características de nuestra Comunidad Autónoma, que no se dan de esta manera en otras partes del territorio nacional, pueden provocar mayores desequilibrios territoriales con respecto a otras comunidades autónomas, si no se gestionan adecuadamente.

Voy a referirme a continuación a estas peculiares características de Castilla y León y a su influencia en la prestación sanitaria, para terminar haciendo alguna propuesta para la corrección de estos desequilibrios dentro del modelo de financiación autonómica. Me referiré para ello a los datos de un informe elaborado recientemente (mayo 2005) en Castilla y León por un grupo de trabajo de expertos, sobre el modelo de financiación sanitaria.

Castilla y León tiene unas características sociales y demográficas que forzosamente condicionan la actividad sanitaria.

Castilla y León, con una superficie de más de 94.000 kilómetros cuadrados, tiene una población de 2 millones y medio de habitantes, el 5,82% de la población nacional. Esto se traduce en una densidad media de 26,4 habitantes por kilómetro cuadrado frente a los 85 habitantes por kilómetro cuadrado de media nacional.

Sin embargo, este dato global no refleja la auténtica realidad castellano leonesa: el 56,7% de la población viven en las 9 capitales de provincia. Esto supone que la densidad en el medio rural es de 15 habitantes por kilómetro cuadrado, con valores que van desde los 5,4 habitantes por kilómetro cuadrado de Soria a los 23,3 de Valladolid.

Cuadro 3. Habitantes por municipios en Castilla y León

Tamaño	Número de municipios	% municipios	Población	%
<=100 hab	480	21,35	29.721	1,19
>100 hab	1.768	78,65	2.464.197	98,81
<=500 hab	1.697	75,49	320.113	12,84
>500 hab	551	24,51	2.173.805	87,16
Total	2.248	100,00	2.493.918	100,00

Junto a la baja densidad, otra característica destacada es la atomización de los núcleos de población: hay 5.670 entidades locales con una población inferior a los 500 habitantes. El 21% de los municipios de nuestra Comunidad tiene menos de 100 habitantes. Sólo en 48 municipios se supera la cifra de 5.000 habitantes.

Cuadro 4. Evolución del índice de envejecimiento

Evolución porcentual de mayores de 65 años			
	Castilla y León	España	Población mundial
1950	6,2	6,7	6,8
1981	13,1	11,3	8,1
1995	18,3	15,3	8,5
2001	20,1	16,6	9,7
2025	24,7	18,4	13,7

La tercera nota que quiero destacar estaría constituida por el envejecimiento: Castilla y León es la comunidad autónoma con mayor proporción de personas mayores. Si la cifra global es que 22 de cada 100 personas son mayores de 65 años, en provincias como Soria o Zamora esta cifra llega a 26 y 27, respectivamente. Además, el envejecimiento de la población rural es el doble que en la urbana.

Especialmente llamativa también es la esperanza de vida en nuestra Comunidad Autónoma. Mientras que en

España se sitúa en 79,2 años, en Castilla y León es de 81, ocupando el segundo lugar en el mundo, por detrás de Japón.

Cuadro 5. Grupos de edad por comunidades autónomas

Comunidad autónoma	GRUPOS DE EDAD			
	<20	20-65	65-75	>75
Andalucía	22,73	62,68	8,12	6,47
Aragón	17,43	62,05	9,98	10,54
Asturias	14,34	63,72	10,94	11,01
Baleares	20,33	65,97	7,27	6,43
Canarias	21,20	66,72	7,14	4,95
Cantabria	17,03	64,26	9,28	9,43
Castilla y León	16,42	61,01	10,82	11,75
Castilla-La Mancha	21,09	60,09	9,33	9,49
Cataluña	18,93	64,62	8,49	7,96
Com. Valenciana	19,70	64,27	8,73	7,29
Extremadura	21,46	59,45	9,99	9,10
Galicia	16,30	62,44	10,92	10,34
Madrid	19,35	66,45	7,56	6,65
Murcia	23,07	63,17	7,59	6,17
Navarra	18,89	63,65	8,58	8,89
País Vasco	16,55	65,22	9,71	8,52
Rioja	17,98	63,56	9,08	9,39
Ceuta	27,22	61,62	6,69	4,46
Melilla	29,04	60,10	6,29	4,57
España	19,58	63,8	8,74	7,89

Estas particulares características de Castilla y León afectan especialmente a la prestación sanitaria, y en el medio y largo plazo van a ahondar en los desequilibrios con respecto a otras partes del territorio español.

Empezaré citando una conclusión a la que se llegaba en la Encuesta Nacional de Salud del año 2003. Frente a esta realidad, los ciudadanos de Castilla y León tie-

Cuadro 6. Tiempos medios de llegada y de espera
(Encuesta Nacional de Salud, 2003)

Comunidad autónoma	Tiempo de llegada*	Tiempo de espera**
Andalucía	14,54	30,56
Aragón	13,30	20,59
Asturias	14,82	30,04
Baleares	17,41	30,00
Canarias	15,26	34,83
Cantabria	17,44	21,28
Castilla y León	13,33	27,86
Castilla-La Mancha	12,62	36,23
Cataluña	15,83	30,80
Com. Valenciana	12,64	31,21
Extremadura	14,73	35,52
Galicia	17,93	34,33
Madrid	13,96	30,02
Murcia	11,39	26,51
Navarra	12,31	18,53
País Vasco	14,39	15,60
Rioja	11,69	20,13
Ceuta y Melilla	14,31	17,37
España	14,46	29,97

* Tiempo medio, en minutos, que tarda en llegar un paciente desde su domicilio hasta el lugar de consulta

** Tiempo medio, en minutos, que tiene que esperar en la consulta un paciente antes de ser atendido. Excluye consultas en lugar de trabajo y consultas en domicilio

nen recursos más accesibles que el resto del país. Presentan un tiempo de llegada a los servicios de salud y tiempos de espera menores que el conjunto nacional. Ello se debe a la dotación de centros y personal a los pequeños núcleos rurales y a la mejora del transporte sanitario. En Atención Primaria se desplazan profesionales desde el Centro de Salud a los consultorios. En

Atención Especializada: se actúa de dos maneras: desplazamiento de especialistas y potenciación de los Centros de Especialidades.

Esto, naturalmente, se refleja en el gasto sanitario y las cifras hablan por sí solas: por dar una idea señalaremos que el coste medio por persona protegida para Castilla y León es de 138,78 euros. En Soria es de 192,31 euros y 111,34 en Valladolid. Es decir, el coste por persona protegida en Soria es un 72% más caro que en Valladolid.

También se refleja en el coste del transporte sanitario. Si la cifra media en Castilla y León es 14'5 euros al año por persona, las diferencias entre provincias son significativas: en Soria el coste por persona es 2,35 veces más caro en Soria que en Valladolid.

Queda claro que las especiales circunstancias de nuestra Comunidad obligan a configurar una gestión sanitaria específica, adaptada a estas circunstancias. Esta gestión, como se ha puesto de manifiesto, supone un mayor esfuerzo económico, que debemos realizar si queremos que la sanidad contribuya a disminuir los desequilibrios territoriales.

El Sistema Sanitario de España se concibe como un sistema único para todo el territorio nacional, gestionado por las comunidades autónomas con dos principios básicos: cohesión y equidad. 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.

Las medidas de incremento de recursos deben ir acompañadas de medidas de racionalización de la gestión. De lo contrario, el problema de insuficiencia en la financiación sanitaria será recurrente en el futuro.

Cuadro 7. Gasto de personal en Atención Primaria y dispersión en Castilla y León

Provincia	Gasto en personal de AP	Población TIS	Gasto medio/TIS	Densidad total	Densidad sin capital
Ávila	27.433.367	154.485	177,58	20,63	14,12
Burgos	45.358.667	344.009	131,85	24,94	13,07
León	62.657.224	480.557	130,38	31,62	22,91
Palencia	24.471.778	167.248	146,32	21,61	11,52
Salamanca	45.658.288	335.278	136,18	28,42	15,43
Segovia	23.625.928	137.560	171,75	22,05	14,02
Soria	17.265.538	89.779	192,31	8,89	5,42
Valladolid	56.158.425	504.376	111,34	62,99	23,32
Zamora	30.169.752	184.678	163,36	18,80	12,58
Castilla y León	332.798.966	2.397.970	138,78	26,47	15,02

Cuadro 8. Coste por beneficiario en transporte sanitario y densidad de población en las provincias de Castilla y León

Provincia	Gasto total transporte y emergencias	Población TIS	Gasto medio/TIS	Densidad total	Densidad sin capital
Ávila	3.267.359	154.485	21,15	20,63	14,12
Burgos	5.083.412	344.009	14,78	24,94	13,07
León	6.307.262	480.557	13,12	31,62	22,91
Palencia	2.443.423	167.248	14,61	21,61	11,52
Salamanca	4.093.639	335.278	12,21	28,42	15,43
Segovia	2.459.181	137.560	17,88	22,05	14,02
Soria	2.217.157	89.779	24,70	8,89	5,42
Valladolid	5.305.883	504.376	10,52	62,99	23,32
Zamora	3.638.133	184.678	19,70	18,80	12,58
Castilla y León	34.815.449	2.397.970	14,52	26,47	15,02

Dado que los recursos son limitados es preciso aumentar la eficacia, manteniendo los principios de autonomía

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

Es precisa, pues una mejora de la financiación, desarrollando el modelo actual y sus posibilidades. Hacia ahí se dirige nuestra propuesta, concretándola en los siguientes aspectos:

- Conseguir un 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
- 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

Además de este desarrollo proponemos la realización de diversos ajustes, precisos si queremos que la política sanitaria no contribuya a aumentar las diferencias entre las distintas comunidades autónomas:

- Ponderar la dispersión geográfica como un criterio de mayor peso para el reparto de la financiación
- 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
- Aumentar la participación de las comunidades autónomas en determinados impuestos cuya recaudación está parcialmente cedida

Termino, señalando mi convencimiento de que la política sanitaria puede contribuir a disminuir las diferencias entre las distintas comunidades autónomas.

No puede ser de otra manera si de verdad queremos que nuestro Sistema Sanitario esté dirigido y orientado por los principios de cohesión y equidad.

Muchas gracias



> Sistema sanitario público español. Retos para el futuro

Mesa Redonda

Moderador: D. Francisco Sevilla Pérez, Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en la Embajada de España en Francia

D. Óscar Moracho del Río: Director Gerente del Hospital de Nuestra Señora de la Antigua Zumarraga (Guipúzcoa)

D. José Luis Monteagudo Peña: Jefe de Área del Departamento de Investigación en Telemedicina y Sociedad de la Información del Instituto de Salud Carlos III

D. Antonio Iñesta García: Jefe de Área del Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios del Instituto de Salud Carlos III



Introducción

El sistema sanitario español parece instalado desde hace unos años en una cierta autocomplacencia. Los responsables políticos y la mayoría de los agentes sociales y económicos relacionados con el sector, mantienen un discurso público de glosa de la excelencia del sistema, que entienden ratificada por informes de organizaciones como el de la Organización Mundial de la Salud del año 2000 (1), y han reducido, con frecuencia, los problemas del sistema a un problema de financiación. España, para tener el mejor sistema sanitario, solo precisaría incrementar sus recursos financieros en una cantidad que suele cifrarse en un crecimiento del gasto de un punto más en relación al PIB.

La realidad sin embargo es mucho más compleja. En primer lugar, suele ser un hecho común que cuando se habla de sistema sanitario en España se sobreentienda que se está haciendo referencia al Sistema Nacional de Salud (SNS), el sistema regulado por la Ley General de Sanidad y se obvie que además del SNS existen otros sistemas sanitarios con financiación pública y que el sistema sanitario privado tiene un peso creciente tanto desde el punto de vista de la provisión como del aseguramiento. En segundo lugar, es cierto que la utilización de los servicios sanitarios públicos es universal de facto, que los ciudadanos están razonablemente satisfechos con la atención recibida y que el gasto no es alto en relación con nuestra riqueza individual o colectiva como país. Ello no puede llevar 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 veinte años consideran deseables para el SNS cambios profundos (2), aunque su pragmatismo político les impulse a rechazarlos como algo que vaya a llevarse a la práctica en los próximos años.

En la ponencia, por tanto se va esbozar la financiación del sistema sanitario público y se abordarán la universalización, el gobierno del sistema y la política de personal, como algunos de los retos que tiene planteados el sistema sanitario público español para responder a la expectativa de ser excelente.

Financiación sanitaria¹

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. J.R. Repullo y L.A. Oteo (4:13) 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.

La financiación sanitaria es un asunto de la máxima prioridad en todos los países de la OCDE². En países

¹ Para un análisis más completo de lo que aquí se presenta se remite al trabajo del autor "Financiación Sanitaria y sostenibilidad SNS" (3) pendiente de aparecer en la Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI

² 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

con sistemas sanitarios liberales como es el caso mayoritario en EEUU, 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. En cuanto al gasto privado, hoy no es percibido todavía como un problema en España excepto cuando es sustitutivo, como es el caso de las prestaciones relacionadas con la salud buco-dental, uno de los grandes retos del sistema sanitario público en España.

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. Esta 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 publicados (5:67) muestra cómo en el año 2003 el gasto sanitario per cápita en España fue de 1.835 dólares comparables³, 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 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 gasto (5:67). Así, en Alemania el gasto sanitario per cápita en relación a la media de la OCDE ha disminuido un 22% o en Francia un 10%, mientras que en España se ha mantenido estable.

Los sistemas sanitarios son sistemas sociales y en aquellos mayoritariamente públicos su financiación reposa sobre las aportaciones recolectadas obligatoriamente por los gobiernos. 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 OCDE (5:77) en el período 1990-2003 el gasto sanitario público en relación al PIB ha perdido 7,5 puntos en relación al total del gasto sanitario—, o una mayor coparticipación 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 Alemania (5:77). Igualmente, para garantizar la lógica del sistema debe asumirse quién son los responsables de ordenar y gestionar los recursos financieros y nada hay más perverso que la lógica del "yo invito y tú pagas", tan habitual en nuestro sistema sanitario.

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.

³ Sería importante conocer si los datos comunicados por las autoridades españolas a la OCDE corresponden al gasto real efectuado 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

Los otros elementos básicos en el modelo de financiación autonómica, 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 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 modelo de financiación acordado en el 2001, en tanto en cuanto no se proceda a su revisión como se ha comprometido el Gobierno de España⁴. Probablemente este sea el primer reto, el acuerdo de un nuevo modelo de financiación que permita hacer compatibles la eficiencia y la equidad, la responsabilidad y la solidaridad, y al mismo tiempo que sea creíble por todos, de manera que no vuelva a ocurrir que un modelo definido como estable y permanente, el de 2001, en menos de tres años haya sido cuestionado por todos aquellos que alabaron sus bondades.

Universalización⁵

El SNS es una parte fundamental del sistema sanitario público en España, pero no es el sistema de todos ni para todos los riesgos. El SNS, veinte años después de la Ley General de Sanidad y tres después de la Ley de calidad y cohesión sigue siendo un sistema abierto pendiente de completar para ser el garante de la atención sanitaria con financiación pública. 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

diificultades para acceder a la asistencia pública, que la atención a la pérdida de salud en el medio laboral esta 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 radica en que la universalidad es la base misma del SNS y el requisito previo para avanzar en equidad y solidaridad. Además, la falta de racionalidad en la arquitectura actual del sistema, veinte años después de aprobarse la Ley General de Sanidad, tiene un coste económico importante para el sistema público. Por un lado, porque el SNS⁶ 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 SNS⁶ 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.

La universalización de la atención sanitaria, dada la situación de hecho, con coberturas con financiación pública que alcanzan al 99,5% de los ciudadanos en el año 2005 y con el SNS responsable del 95%, en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad, se considera factible tanto legal como económicamente. La propuesta que se recoge en el trabajo señalado (8) es proceder a la universalización de la cobertura sanitaria en España dentro del SNS y su objetivo sería hacer realidad, veinte años después, lo dispuesto en la LGS. Para ello debe reconocerse como titulares del derecho a la atención sanitaria pública a:

⁴ En los trabajos de A. Gimeno y P.A. Tamayo (6) y de J. Ruiz-Huerta y O. Granado (7) hay excelentes ideas para plantear algunas de las bases de un modelo moderno, útil y coherente con el SNS

⁵ Para un abordaje mas completo de la universalización se remite al trabajo del autor pendiente de publicar por la Fundación Alternativas (8)

⁶ 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 contemplara un fondo de 100 millones de euros por la atención que el SNS presta a la enfermedad profesional y los accidentes laborales

- Todos los ciudadanos españoles que, con independencia de su lugar de residencia, tendrían idéntica cobertura garantizada por el SNS. Dicha cobertura sería exigible en el dispositivo asistencial del SNS y fuera del territorio nacional de acuerdo con lo establecido en los correspondientes convenios internacionales

- Todos los residentes en España y contribuyentes fiscales en España tendrían la cobertura garantizada por el SNS con idénticas características a la de los ciudadanos españoles

- Los transeúntes en España y residentes no contribuyentes fiscalmente tendrían la cobertura sanitaria que amparen los convenios internacionales o disposiciones específicas como la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social

El SNS, de esta forma, sería el único garante de la cobertura sanitaria que tendría un núcleo garantizado, común para todos los ciudadanos, establecido en la norma que regule las prestaciones del sistema, cuya financiación sería la definida legalmente en cada momento por el modelo de financiación autonómica, y su gestión sería plena competencia de las comunidades autónomas.

Los aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de establecer el contenido legal de la universalización del SNS y su desarrollo están relacionados con: los riesgos cubiertos, la extensión de una cobertura homogénea a todos los ciudadanos, el patrimonio de la Seguridad Social afectado a uso sanitario y las relaciones SNS-Seguridad Social.

En relación a los riesgos cubiertos debe señalarse que el SNS debería abordar todos los riesgos en relación con la salud superando la separación clásica en el sistema español entre enfermedad común y salud laboral. La especificidad en la promoción de la salud y la prevención de riesgos en el mundo laboral, aconsejan, sin embargo, mantener independiente todo el sistema de prevención de riesgos laborales con la coordinación necesaria con el SNS y las medidas de impulso necesarias⁷ para conseguir controlar uno de los problemas más importantes que tiene la protección a la salud en España por sus niveles de morbilidad, en muchos casos prevenible. A su vez, en relación a la cobertura del accidente de trabajo y la enfermedad profesional debería disponerse su integración en el SNS y en cuanto al dispositivo asistencial de las mutuas adecuarlo a la actual distribución de competencias en el Estado Autonómico. De no considerarse apropiada dicha integración, parece necesario garantizar desde la cobertura por accidente laboral y enfermedad profesional a todos los trabajadores, extendiéndola a todos aquellos que en sus actuales esquemas de protección no la tienen, hasta el establecimiento de un órgano de arbitraje entre el SNS y la Seguridad Social para todos los temas comunes en relación con la salud laboral, pasando por la necesaria coordinación de los dispositivos asistenciales para garantizar la mejor atención que se precise en cada momento.

En relación a garantizar una cobertura homogénea a todos los ciudadanos, debe integrarse a los diferentes colectivos que actualmente tienen cobertura de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en un único colectivo. Para ello, dado el rango de las normas que amplían la cobertura de los diferentes colectivos o que

no les obligan a ello, caso de los colegios profesionales en determinadas circunstancias, bastaría con el simple precepto legal y una norma básica de desarrollo. Simultáneamente, deberían revisarse los Presupuestos Generales del Estado de manera que todas las partidas existentes destinadas a la Seguridad Social para financiar la asistencia sanitaria, sean reconducidas al sistema general de financiación autonómica. Igualmente, debe procederse a integrar la Sanidad Penitenciaria en el SNS así como aquellos colectivos que actualmente "carecen" de cobertura sanitaria con financiación pública.

En relación con la cobertura sanitaria de las mutualidades de funcionarios debe procederse a su integración en el SNS. En el caso de mantenerse las mutualidades de funcionarios como una opción, sería preciso regular que el contenido de las prestaciones y sus condiciones de acceso fuese idéntico al del SNS en todas las ocasiones. Al mismo tiempo, debe garantizarse que los Servicios de Salud reciban la cuota capítativa correspondiente a todos los mutualistas que hayan optado por el SNS y que las mutualidades ingresen actualmente en la Tesorería de la Seguridad Social.

En relación al patrimonio sanitario de la Seguridad Social, se plantea (8) su cesión a las comunidades autónomas afectada a su mantenimiento o mejora y a su utilidad sanitaria.

Por último, en cuanto a las relaciones SNS-Seguridad Social, deben tenerse en consideración los siguientes aspectos:

- La protección sanitaria se debe desvincular del resto de la acción protectora de la Seguridad Social. La única vinculación a mantener sería con la prestación económica por Incapacidad Temporal

- Toda la normativa que regula la atención sanitaria dentro de la organización y gestión de la entidad, especialmente lo relacionado con la cobertura, debe derogarse explícitamente

- La colaboración de empresas para la asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral debe derogarse, así como el Seguro Escolar que se trata de un esquema de protección residual

- En lo referido a la atención sanitaria del Instituto Social de la Marina, debería procederse a completar el proceso de transferencias a las comunidades autónomas y homogeneizar la atención sanitaria en el extranjero a lo que se regule en el SNS para todos los ciudadanos

- La gratuidad en la prestación farmacéutica de los pensionistas está vinculada a una decisión de Seguridad Social que soporta el SNS debiendo revisarse si se mantiene como tal y como debe financiarse

- Deben revisarse los actuales convenios de colaboración entre la Seguridad Social y los Servicios en Salud para el control de la Incapacidad Temporal

- En cuanto a los convenios internacionales que garantizan la cobertura sanitaria en el extranjero, son todos de Seguridad Social y no parece razonable proponer su modificación. Sin embargo, es imprescindible clarificar los flujos de financiación, de manera que las compensaciones sean transparentes, entre Estados pero también entre la Seguridad Social y las comunidades autónomas

En resumen, podría señalarse que existiendo una cierta complejidad legal y jurídica para la universalización al no haberse cumplido las disposiciones previstas en la Ley General de Sanidad, la realidad es que el único obstá-

culo serio que ha existido y existe para la universalización es abordar de forma homogénea la cobertura del 5% de la población española que disfruta de sistemas de cobertura "especiales". Esta realidad se ha impuesto hasta la actualidad y puede ser que se considere, por aquellos responsables de la toma de decisiones, que no sea conveniente homogeneizar las coberturas. En este caso, debería procederse a finalizar con la ficción del aseguramiento único y la deslegitimación del sistema público que ello conlleva.

En este sentido, la reflexión de J.R. Repullo (10) sobre la utilización de la cartera de servicios como elemento de disenso partidista en el seno del Consejo Interterritorial 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 comunidades autónomas unos ciudadanos pensionistas no abonan nada por su prestación farmacéutica y otros el 30% del previo de venta al público, no puede ser más acertada.

Gobierno del Sistema

Los sistemas sanitarios tienen diferentes niveles de organización y gestión: el clínico, el de los centros y el del propio sistema. También es bien conocido que estos sistemas 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.

La gestión clínica y la de los centros son dos retos importantes en los que desde diferentes ópticas se viene trabajando desde hace años; hoy, parece existir un cierto consenso en orientar ambos niveles de gestión hacia patrones considerados más eficaces que los actualmente en vigor y existe una considerable efervescencia para hacerlo. El mayor riesgo no es el que viene ligado a la exploración de nuevas formas de hacer sino el derivado de una ausencia completa de regulación que se considera imprescindible en un sector como el sanitario caracterizado por una fuerte asimetría de información.

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 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. En España no son habituales 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 (11,12). Sin embargo, 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.

La práctica clínica que se realiza de manera habitual es técnicamente buena, pero 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 comparable⁸ 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, 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 clínica (13), 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. Este es el gran reto de la organización y gestión a nivel clínico y de centros, elementos clave en el gobierno del sistema.

El tercer nivel de organización y gestión, el nivel de sistema, ha sido habitualmente ignorado en España y cuando se han producido reflexiones sobre él, estas en general se han centrado casi exclusivamente en el SNS, probablemente en plena coherencia con la filosofía que impregna la propia Ley General de Sanidad que regula exclusivamente el SNS, en el que incluye todos los servicios con financiación pública y en la que el sector privado se contempla solo desde sus relaciones con el sector público. Además, hasta hace pocos años la existencia del INSALUD y la dependencia financiera de los Servicios de Salud Autonómicos de los presupuestos de la entidad gestora, permitió mantener la ficción de un gobierno del sistema eficaz con un órgano de coordinación que funcionaba por consenso, el Consejo Interterritorial.

Hoy, en el año 2006, el SNS es una realidad muy diferente de la pensada a comienzos de los años ochenta del siglo XX cuando se debatía qué hacer con el sistema sanitario para preparar la Ley General de Sanidad e incluso 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.

Por tanto, un reto fundamental es definir el gobierno del sistema de manera útil para conseguir sus objetivos y generar valor. 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 (14). El SNS como sistema social que es, está muy lejos del concepto de "virtual" al que se quiere reducir por algunos, y necesita un órgano de dirección con competencias y responsabilidad en las funciones que se acuerden. En este sentido, los integrantes del Consejo Interterritorial (CI) del SNS, las Administraciones, General del Estado y Autonómicas, deben ponerse de acuerdo en que funciones deben compartir y cogobernar, algo imposible de llevar a cabo desde una aproximación identitaria de las competencias exclusivas que cada uno tiene que ejercer.

En mi criterio, las funciones del SNS a ejercer por el CI deberían ser las siguientes sin voluntad de exhaustividad:

⁸ Baste como botón de muestra el debate provocado por la Comunidad Autónoma de Madrid en el último trimestre de 2005 sobre como 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 que actuaciones son de verdad las más beneficiosas para los ciudadanos

⁹ Las razones para ello son muchas y algunas vuelven a sonar con fuerza, como las que defienden que un sistema sanitario no es nada más que el conjunto de profesionales que realizan actividad sanitaria y los centros donde la realizan con un interface de relación con los usuarios regulado por la ética individual y el juramento hipocrático buscando la máxima abstención del Estado en sus relaciones

- 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
- servir de foro para ejercer la coordinación general sanitaria
- 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 de las diferentes administraciones, el único nexo posible es el de ser corresponsables, 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 una descentralización 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, debe estar bien definido. Además, para poder ejercer responsabilidad se precisa disponer de instrumentos propios adecuados, muchos de ellos regulados pero que necesitan implementarse y deberían pasar a depender del CI. La experiencia indica y la lógica apoya que, 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.

Con frecuencia se plantea si esto es posible o no, y parece que hay dos elementos claves 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 comunidades autónomas y nadie discute que deba hacerse una Ley de Universidades. Igualmente, las competencias de salud pública fueron de las primeras competencias sanitarias transferidas 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.

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 for-

mación o elementos clave de la política de personal, se ejerzan de común acuerdo e incluso, si es necesario, se desarrollen de manera armónica.

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 mas allá de una "coordinación" en la que de forma voluntarista se intente hacer coherente el ejercicio de las competencias exclusivas de cada uno. 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.

En este sentido, parece imprescindible buscar soluciones inteligentes que garanticen:

- La universalización del sistema
 - Los instrumentos mas eficaces para el mejor gobierno del sistema, a nivel del propio SNS, pero también en los servicios de salud y en la gestión clínica
 - Una buena arquitectura para los sistemas de información
 - Una dotación económica potente para el desarrollo de las funciones propias que se acuerden para el SNS
- Todo ello probablemente solo sea posible a través de un gran acuerdo social que cada día parece más urgente además de necesario.

Política de personal¹⁰

El personal sanitario es el elemento fundamental del sector, 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, mas 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 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, tuvieron altos grados de consenso. A pesar de ello, un estudio reciente (2) muestra como los responsables del sistema apuntan que sería deseable tener una política diferente de la consensuada. En ningún aspecto del estudio Delphy referido es más certera la afirmación que se recoge en su resumen de que "Querer no es Poder" que en todo lo relacionado con la política de personal. 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 ya que 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.

Plantear reformas en un sistema cuando éstas no están en la agenda política es complicado, y hay razones muy claras para que la agenda política no contemple su necesidad¹¹, menos aún cuando aparentemente todo

¹⁰ Este apartado traslada parte de lo planteado por el autor (15) en el foro auspiciado por CCOO y cuyas aportaciones se recogen en el libro de reciente publicación del que son coeditores J.R. Repullo y L.A. Oteo

¹¹ Entre ellas, las señales que lo posicionan como un buen sistema y además se dice que barato, la no existencia de alternativa real en la mayoría de las comunidades autónomas, la valoración ciudadana que no considera la sanidad un problema excepto las listas de espera o el previsible coste político de pretender introducir reformas en el sector

va razonablemente bien excepto el "gasto farmacéutico" y la "insuficiencia financiera" cuyas causas se atribuyen a agentes muy concretos: la industria, la Administración General del Estado o la financiación autonómica. Sin embargo, los analistas del sistema señalan, los profesionales lo saben, y los propios responsables lo reconocen, eso sí, en voz baja, que el SNS no está consolidado, que su viabilidad futura está en grave riesgo y que de no actuar en el corto plazo en pocos años tendremos un sistema diferente.

La dificultad para la consolidación del SNS se relaciona con muchas causas pero probablemente la fundamental sea la incapacidad de desarrollar una alianza estable con los profesionales del sector, especialmente los médicos. Para conseguirla, parece imprescindible una nueva política de personal que debe ser productiva y motivadora que tenga como resultado una producción de servicios más eficiente, mas ajustada a las expectativas de los usuarios y más satisfactoria para los profesionales.

La regulación actual del personal es muy rígida, se orienta y atiende más al compromiso y a lo políticamente correcto que a la búsqueda de la idoneidad, adecuación y pertinencia, y prima la creación de empleo frente a las consideraciones de servicio y sus necesidades. Así, la política retributiva actual, por ejemplo es claramente desincentivadora por su inspiración "igualitarista"¹², cuando en la práctica llegan a existir diferencias, legales pero no transparentes, en los ingresos anuales

provenientes de los diferentes componentes salariales de hasta casi 4 veces entre médicos de un mismo centro¹³, y de muchas más veces si pudiesen contabilizarse todos los ingresos asociados con la actividad desarrollada en el sector público por estos profesionales¹⁴. La política retributiva diseñada, además, no discrimina entre quienes realizan sus funciones y quienes no, entre quienes las hacen bien y quienes las hacen mal.

En el año 2005, en los Servicios de Salud cualquier nueva actividad tiene que efectuarse con recursos adicionales por las dificultades para mejorar la productividad o movilizar el personal, aunque se haya quedado sin actividad¹⁵. Igualmente, en ese mismo año, los profesionales médicos solo pueden incrementar sus rentas justificando "actividad" adicional¹⁶, compatibilizando su actividad con la privada, o desarrollando proyectos de investigación con financiación externa. En cualquiera de estos casos, la percepción que se alcanza es la de poder mejorar a pesar de las dificultades planteadas por el sistema con un impacto importante en la productividad.

La masa salarial en el SNS ha evolucionado en los últimos veinticinco años con crecimientos superiores al IPC, a pesar de lo cual, la capacidad adquisitiva individual media y la de una mayoría de los profesionales ha disminuido y en ocasiones de forma notable. La razón de esta paradoja se encuentra en que la política de personal no estimula la productividad ni la política retribu-

¹² Igualitarismo en el sentido de pagar a todos igual por "estar", no en el sentido de a igual trabajo "efectivamente" realizado similar salario

¹³ En Asturias en el año 2001, el rango salarial en los médicos de los hospitales públicos estaba entre 36.000 y 123.000 euros anuales brutos, la media en 51.000 y la mediana en 56.000. Un 20% de los médicos de hospitales tenían unos ingresos brutos superiores a los 60.000 euros anuales, el sueldo del Presidente del Principado ese año

¹⁴ Las actividades de docencia e investigación, así como la participación en la I+D+I de la tecnología sanitaria, incluidos los medicamentos

¹⁵ El ejemplo más habitualmente referido es el de pediatras sin niños en los barrios envejecidos de muchas ciudades y niños sin pediatras en las nuevas áreas de expansión urbana como consecuencia de una tasa media de niños por pediatra correcta y en ocasiones, muy favorable. Igualmente, es bien conocido el caso del personal de enfermería en muchas consultas de especialistas desarrollando labores inapropiadas para su cualificación, cuando es bien notorio la necesidad de personal de enfermería en múltiples de sus áreas propias de actividad

¹⁶ En forma de guardias, peonadas o cualquier otra actividad retribuida como la disponibilidad

tiva reconoce la diversidad, en consecuencia, la tendencia es al incremento sostenido de plantillas.

En relación a la cuestión retributiva, 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 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. La OCDE ha iniciado un trabajo para analizar las retribuciones del personal y sus primeros resultados han sido recientemente publicados (5:43). 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. Es decir, los ingresos totales y no aquellos 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 aspecto 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 importantes en los ingresos entre profesionales, en las 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, probablemente uno de los retos más importantes del sistema sanitario público en España y que va mucho más allá de las necesarias mejoras salariales.

Diseñar una política de personal nueva precisa: primero, confianza entre las partes para darse tiempo para resolver un problema complejo; segundo, establecer claramente todos los diferentes aspectos que deben ser tratados; y tercero, acuerdo y compromiso, que significa inteligencia y generosidad por todas las partes para consensuar como hacer posible un SNS mejor y con futuro.

No es posible hacer buena política de personal sin los profesionales y los agentes sociales. Tampoco es posible mantener la ficción de estar en una buena situación, que está en la base de buscar alternativas radicales al funcionamiento del sistema¹⁷. En consecuencia, parece necesario articular un nuevo contrato social para garantizar el SNS.

La transformación radical de la política de personal, con el necesario respeto a los derechos adquiridos, en

¹⁷ Las denominadas privatizaciones en el sector sanitario no son nada más que el reconocimiento de que es necesario hacer una política de personal diferente, una política de alineación de objetivos, una política orientada a mejorar la productividad, una política que discrimina, una política que incentiva las mejores prácticas

coordinación con los cambios en la organización y gestión de los servicios, debe ser el objetivo básico de la mejora del SNS. En esta transformación, el eje debe ser la búsqueda de una identidad de servicio público para todos los profesionales sanitarios.

Resumen: Un nuevo contrato social por un Sistema Nacional de Salud mejor

El sistema sanitario público precisa un gran acuerdo para sentar los principios básicos de la gestión del SNS por las administraciones públicas. No se trata de alcanzar un acuerdo para sacar la política sanitaria del debate político, sino un acuerdo que permita la gestión más eficiente y de mayor calidad del propio sistema, de los centros sanitarios y de la práctica clínica. Un contrato social que tenga en cuenta, como propuesta (4,15), los siguientes puntos:

- El SNS es el sistema sanitario público de todos y para todos, por ello debe ser en el siglo XXI una organización de servicios orientada a maximizar la calidad al coste adecuado
- El SNS es un sistema descentralizado políticamente y como tal debe entenderse y aceptarse sin reservas, para ello es preciso dar un fuerte impulso a la capacidad de organización y gestión de las comunidades autónomas
- El SNS tiene que garantizar derechos comunes a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia, así como a sus profesionales, en este sentido es necesario establecer elementos comunes como la acreditación profesional, la movilidad, base de la carrera profesional, o mínimos salariales comunes
- La organización de los centros sanitarios debe transformarse para orientarse plenamente a garantizar

la mejor forma de prestar servicios. La organización no tiene que ser homogénea en todos los centros y debe permitir altos grados de capacidad autoorganizativa.

- La gestión clínica, que puede responder a modalidades diferentes, es un elemento imprescindible para vincular la responsabilidad técnica y la responsabilidad en la utilización de recursos
- Introducir gestión clínica implica cambiar radicalmente la organización, desde las líneas jerárquicas actuales a grupos funcionales responsables de sus resultados
- Una nueva organización sólo es posible con una nueva política de personal e igualmente una nueva política de personal es necesaria para una mejor organización, no siendo posible desvincular las estrategias organizativas de las estrategias de personal
- La política de personal debe estar basada en la estabilidad en el empleo, la introducción efectiva de incentivos a las buenas prácticas y la penalización de las inadecuadas, la flexibilidad en la organización del trabajo ante necesidades cambiantes, y la dedicación exclusiva a la actividad pública como forma habitual de vinculación compatible con el desarrollo de otras prácticas, docentes, o privadas a partir de jornadas parciales

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization: *The world health report 2000: health systems improving performance*, WHO, Geneva 2001.
2. Fundación Abril Martorell y Fundación Salud Innovación y Sociedad, *Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema nacional de Salud Descentralizado: análisis*

prospectivo Delphy, www.fundsis.org, L'Hospitalet de Llobregat 2005.

3. F. Sevilla: *Financiación y sostenibilidad del SNS*, Revista de Administración Sanitaria del Siglo XXI, en prensa.

4. J.R. Repullo y L.A. Oteo: *El porqué*, en "Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible": 13-14, Editores J.R.Repullo y L.A. Oteo, Ariel, Barcelona 2005.

5. OECD: *Health at a glance: OECD Indicators 2005*, OECD, Paris 2005.

6. A. Gimeno Ullastres y P.A Tamayo Lorenzo: *La sostenibilidad financiera del sistema público de salud*, en "Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible": 25-48, Editores J.R.Repullo y L.A. Oteo, Ariel, Barcelona 2005.

7. J. Ruiz-Huerta y O. Granado: *La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica*, Documentos de Trabajo Fundación Alternativas, Madrid 2003.

8. F. Sevilla: *La universalización de la atención sanitaria: Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*, Documentos de Trabajo Fundación Alternativas, Madrid 2005 (en prensa).

9. F.G. Benavides: *La salud laboral en España: propuestas para avanzar*, Documento de Trabajo 26/2003, Fundación Alternativas 2003.

10. J.R. Repullo: *¿Un Sistema Nacional de Salud o...diecisiete?*, www.diariomedico.com/blogs/sespas/ 31/01/2006.

11. P. Lázaro: *La investigación en el sistema de salud*, en "Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible": 245-252, Editores J.R.Repullo y L.A. Oteo, Ariel, Barcelona 2005.

12. S. Peiró, R. Sotoca y E. Bernal: *La calidad de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud*, en "Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible": 349-358, Editores J.R.Repullo y L.A. Oteo, Ariel, Barcelona 2005.

13. F. Sevilla: *Gestión Clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud*, Revista de Administración Sanitaria, RAS, 2000; 4: 63-83.

14. F. Sevilla, *Gobierno del sistema sanitario*, Diario Médico, 15 Marzo 2005: 4.

15. F. Sevilla: *Políticas y estrategias de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Sostenibilidad vinculada a agentes sociales*, en "Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible": 183-198, Editores J.R.Repullo y L.A. Oteo, Ariel, Barcelona 2005.

1. Sistemas de gestión y calidad en el servicio nacional de salud: diagnóstico EFQM y propuesta de actuaciones

La calidad es un concepto intuitivamente cercano (hacer las cosas bien) pero muy complejo desde el punto de vista de su gestión y mejora debido a múltiples factores. Por una parte es una función relativa que cambia con la evolución de la ciencia, la gestión y las necesidades y preferencias de la sociedad. Por otra es difícil de evaluar globalmente y casi siempre hay que establecer una aproximación mediante la medición de aspectos parciales de sus diferentes dimensiones. Estas dimensiones también pueden permitir distintas valoraciones o énfasis en su importancia relativa en virtud de que hablemos de calidad institucional, profesional, científico-técnica, organizacional, social o calidad percibida por los distintos agentes. Finalmente los diferentes intereses, influencias y limitaciones de cada uno de los agentes, tanto internos como externos al sistema, así como la sensibilidad que suscita el tema dada su trascendencia, provocan a menudo tensiones y visiones sesgadas que complican más aún el abordaje objetivo y profesional de la calidad.

El paradigma de la calidad que se propone y que ha facilitado en los últimos años los mayores avances en organizaciones excelentes supone una concepción integral de las diferentes dimensiones que sirva de eje y referente al sistema de gestión en una misma función; es decir, que calidad y gestión supongan un todo indisoluble ya que pierden su sentido por separado. Este concepto es la base de un sistema de calidad total y de la búsqueda de la mejora continua mediante la creatividad y la innovación para alcanzar mejores resultados en los procesos y en la satisfacción del cliente de una forma mantenida en el tiempo.

La calidad asistencial debe dirigirse a recuperar, conservar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva de la población. Desde un punto de vista técnico se

puede definir como la realización de servicios asistenciales adecuados y eficaces en cada una de sus posibles dimensiones: disponibilidad, oportunidad, equidad, eficacia, continuidad, seguridad, eficiencia, información, trato y comportamiento ético.

En cambio, la calidad de la gestión en las organizaciones sanitarias se dirige a la búsqueda de la excelencia, trata de maximizar el valor para todos los grupos de interés de la organización (clientes, profesionales, proveedores, sistema sanitario y sociedad) y dirige sus esfuerzos a mejorar de forma continua los resultados relevantes y la satisfacción de clientes, profesionales y de la sociedad.

El marco que establece la Ley 16/2003, de cohesión y calidad, podría suponer una referencia aunque hasta ahora ha sido inoperante por su indefinición y falta de desarrollo normativo. El otro marco de referencia se recoge en Estrategia Salud 21 de la OMS y puede conducir ciertas tendencias futuras.

El análisis cualitativo y la evaluación de los resultados disponibles permite establecer un diagnóstico global de buena calidad asistencial y de gestión en las organizaciones del SNS, destacando las competencias de la organización y de sus profesionales, los procesos organizativos y las tendencias positivas de diversos resultados intermedios. Sin embargo se aprecia una gran variabilidad de herramientas y resultados, un exceso de voluntarismo con escasez de apoyos metodológicos para los profesionales, el mantenimiento de bolsas importantes de ineficiencias al no incorporarse un valor añadido a la cadena de valor, una rigidez excesiva en las modalidades de gestión de personas y una escasa implantación de herramientas de captación de la percepción e investigación de resultados en salud.

La situación entre las distintas organizaciones y comunidades autónomas no es homogénea y constituye un abanico de situaciones con un tronco común pero muy

diversas ramificaciones en cuanto a visiones, estrategias, prioridades, soluciones aportadas y resultados. La nueva realidad surgida tras completar las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas ha aumentado este efecto pero constituye un paso importante que facilita el acercamiento de las instituciones a los ciudadanos, permite la diversificación de las políticas sanitarias acorde con ello y amplía la cartera de posibles elementos innovadores en el sistema. También plantea nuevos riesgos como la posibilidad de escaladas inflacionistas en la cartera de servicios o en las situaciones laborales, la pérdida de sistemas homogéneos de información o la coordinación efectiva en el SNS que podría facilitar la realización de sinergias y la creación de valor para el sistema en su conjunto.

La sostenibilidad del sistema también tiene serias amenazas que hay que tener presentes. Entre otras, las restricciones presupuestarias, la progresiva descapitalización material de los equipamientos tecnológicos, la presión de la incorporación de nuevas tecnologías no evaluadas, la cultura burocrática y corporativa, las necesidades y expectativas crecientes del ciudadano a veces sin modular o el interés político si se basa exclusivamente en el corto plazo.

Mejorar la calidad en las organizaciones es un medio efectivo para la racionalización de costes, mejorar la efectividad y eficiencia de cada decisión clínica y de los procesos de la organización en su conjunto, adecuar la gestión de recursos humanos a sus necesidades, implicar a todos los profesionales, incrementar la participación y la autonomía de los profesionales en las decisiones, adaptarse a las circunstancias internas y del entorno mediante la creatividad y la innovación y mejorar la calidad percibida de su actuación.

La gestión de la calidad ha tenido una larga trayectoria en las organizaciones sanitarias y se han realizado

importantes avances en este campo en los últimos años. Actualmente existe una amplia batería de herramientas disponibles de demostrada eficacia para mejorar aspectos parciales de la atención. La elección del modelo y las estrategias para la mejora de la calidad también han seguido la evolución de los sistemas de gestión de las organizaciones excelentes y actualmente existe un consenso generalizado sobre las ventajas competitivas de los modelos de calidad total para la gestión y la elección del modelo de excelencia de la EFQM como guía y mecanismo de evaluación.

Los conocidos conceptos fundamentales de la excelencia son la orientación hacia los resultados, la orientación al cliente, el liderazgo y constancia en los objetivos, la gestión por procesos y hechos, el desarrollo e implicación de las personas, el aprendizaje, innovación y mejora continua, el desarrollo de alianzas y la responsabilidad social.

El modelo no es prescriptivo y sostiene que los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, los clientes, las personas y la sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos. Encierra en sí mismo el círculo de la mejora continua (planificar, desarrollar, evaluar y mejorar) y trata de cerrarlo y mejorar los resultados incorporando la creatividad y el aprendizaje en todas las actuaciones.

En este estudio se pretende dar una visión completa aunque no exhaustiva y con ánimo se suscitar el debate, de la situación de la calidad de la gestión en las instituciones destacando la necesidad de algunos cambios de concepción, sistemas, herramientas y funciones que deberían ser acometidos para asegurar la sostenibilidad y la mejora continua del sistema. Para ello se siguen, a modo de guión y únicamente con ánimo de ordenación, los criterios del modelo de excelencia de la EFQM.

LIDERAZGO	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Adhesión a principios institucionales (unidad, universalidad, equidad, solidaridad) - Valores interiorizados por muchos profesionales (cliente, actuación técnica, trato, etc.) - Consenso teórico sobre utilización modelos de evaluación y mejora - Sistemas de calidad implantados - Conjunto de profesionales implicados	- Indefinición y/o falta de adhesión a misión y visión compartidas - Escaso reconocimiento del gestor sanitario y falta de incentivos profesionales y económicos - Escasa formación, evaluación y reconocimiento a líderes y mandos intermedios - Carencia de aplicación de modelos o falta de coherencia y continuidad en su aplicación - Desigual implicación de los líderes en modelos de mejora continua - Cultura y estructura jerárquica y organizativa rígida y burocrática
<i>Actuaciones prioritarias</i>	
- Reforzar aplicación coherente de los valores (unidad, universalidad, equidad, solidaridad) - Formación, evaluación y reconocimiento a gestores del sistema - Elección y profundización en un modelo que incorpore la innovación	

ESTRATEGIA	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Amplia implantación cartera de servicios, contrato programa, planes de gestión y algo menor de planes estratégicos - Objetivo formal definido de orientación al cliente	- Utilización y mejora de herramientas enfocadas a la planificación - Falta compartir una estrategia clara, realizable y medible basado en necesidades y expectativas de los grupos de interés - Desarrollo de la autonomía clínica y de gestión - Estrategia real poco enfocada al cliente - Escaso conocimiento y participación de los agentes en los planes estratégicos - Escasa evaluación de la efectividad de los planes
<i>Actuaciones prioritarias</i>	
- Formulación, difusión, actualización y evaluación de estrategias claras, revisables y medibles basadas en las necesidades de los grupos de interés - Medición de efectividad de los planes - Autonomía de gestión y clínica	

PERSONAS	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Buena cualificación profesional - Nivel de implicación de algunos profesionales - Sistemas de administración de personas - Desarrollo de salud laboral - Estabilidad laboral	- Ajustes en planificación de recursos humanos - Modelo funcional de contratación y disfunciones del sistema - Rigidez estructura organizativa - Escaso desarrollo empowerment, liderazgo, comunicación, capacitación, evaluación y reconocimiento - Estructura retributiva desmotivadora - Tipo de contrato en el sistema público
<i>Actuaciones prioritarias</i>	
- Mantener y mejorar capacitación profesionales - Ajustes en planificación de recursos - Desarrollo empowerment, liderazgo, comunicación, evaluación del desempeño y reconocimiento - Revisión del sistema retributivo - Horizontalización y adaptabilidad de estructura organizativa	

RECURSOS	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Regulación formal de contratos con proveedores - Sistemas de información económica - Cultura de gestión con limitación de recursos - Cultura de documentación clínica - Sistemas de información de actividad sanitaria - Alto nivel de conocimiento disponible en las organizaciones	- Financiación del sistema escasa y basada en presupuesto histórico - Sistematizar y gestionar alianzas en la cadena de valor del sistema (Prevención-Primaria-Especializada) - Escasez de inversión que no llega a cubrir amortización - Perduran algunos controles administrativos que no aportan valor a la eficacia de la función económica - Presión gasto farmacéutico y tecnologías de dudoso o desconocido valor añadido - Desarrollo tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC) - Gestión sistemática del conocimiento - Evaluación de tecnologías y resultados de las actuaciones sanitarias
<i>Actuaciones prioritarias</i>	
- Financiación suficiente pero no histórica - Financiación basada en la eficiencia (efectividad/calidad/coste) - Incorporación intensiva de tecnologías de la información y comunicaciones (estándar/eficiencia) - Sistematizar y gestionar alianzas en la cadena de valor del sistema (Prevención-Primaria-Especializada) - Evaluación de tecnologías y resultados de las actuaciones sanitarias - Gestión sistemática del conocimiento	

PROCESOS	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Desarrollo de gestión y mejora de procesos en algunas organizaciones - Sistemas de aseguramiento (Certificación ISO) de creciente implantación - Carteras de servicios definidas - Múltiples herramientas de mejora aunque con utilización desigual - Amplia implantación de unidades de atención al cliente	- Implantación anecdótica de gestión por procesos como sistema de gestión - Alta variabilidad de procedimientos y resultados - Utilización desigual de la evidencia científica como base de las actuaciones sanitarias - Desigual desarrollo de las dimensiones de calidad de los procesos asistenciales (adecuación, efectividad, eficiencia, seguridad, etc.) - Escasez en la sistemática de rediseño de procesos, cartera de servicios en función de necesidades de cliente y sistemas de mejora - Proactividad hacia el cliente - Innovación y creatividad en el diseño y mejora de procesos
Actuaciones prioritarias	
- Desarrollo de gestión por procesos - Rediseño de procesos y procedimientos (vías clínicas) basado en: adecuación, efectividad, mbe, seguridad, eficiencia, continuidad, coordinación, información, responsabilidad, equidad, bioética... - Procesos basados en valor añadido para el cliente - Innovación y creatividad - Proactividad y modulación expectativas de cliente	

RESULTADOS CLIENTE	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Consolidación creciente de encuestas de percepción de cliente - Percepción del cliente positiva en los agrupadores genéricos	- Investigación de resultados en satisfacción de cliente (metodologías, comparabilidad, segmentación, áreas de percepción, etc.) - Mala percepción en algunas áreas o funciones específicas - Captación necesidades y expectativa - Análisis y difusión de resultados
Actuaciones prioritarias	
- Utilización sistemática de encuestas válidas, completas y comparables para medir satisfacción del cliente - Utilización sistemática de encuestas para establecer estrategias que mejoren la satisfacción del cliente	

RESULTADOS PERSONAS	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Implantación de encuestas de profesionales (clima laboral, liderazgo) en algunas organizaciones	- Escasa utilización de encuestas de profesionales como guía para la mejora de la gestión - Índices bajos de satisfacción
<i>Actuaciones prioritarias</i>	
- Utilización sistemática de encuestas válidas, completas y comparables para medir la satisfacción de las personas - Utilización sistemática de encuestas para establecer estrategias que mejoren la satisfacción de los profesionales	

RESULTADOS SOCIEDAD	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Preocupación creciente por la gestión de residuos y medioambiental - Buena valoración (subjetiva) de las organizaciones sanitarias como valor para la sociedad - Interés creciente por la responsabilidad corporativa	- Escasa utilización de herramientas de captación de la percepción - Escasa sistemática de gestión de las áreas de interés para la sociedad (encuestas a agentes, ONG, asociaciones de pacientes, corporaciones locales, etc.)
<i>Actuaciones prioritarias</i>	
- Sistemática de gestión de seguridad, residuos y cooperación con otras organizaciones (asociaciones, ONG, Universidad, etc.) - Utilización sistemática de encuestas válidas, completas y comparables para medir la satisfacción de la sociedad - Utilización sistemática de encuestas para establecer estrategias que mejoren la satisfacción de los profesionales	

RESULTADOS CLAVE	
Puntos fuertes	Áreas de mejora
- Tendencias positivas en indicadores de actividad y productividad - Disponibilidad de algunos soportes comunes o de amplia implantación (CMBD, INOZ, GRD, etc.) - Tendencias positivas en la evaluación de procedimientos clínicos	- Escaso desarrollo de medidas de resultados en salud - Escasa comparabilidad de resultados económicos y de eficiencia - Escasas medidas de adecuación de actuaciones, complicaciones, errores o seguridad - Validación externa de resultados - Transparencia y difusión de resultados entre organizaciones, al ciudadano y a la sociedad - Disponibilidad de sistemas de evaluación comunes para la comparación y el benchmarking
<i>Actuaciones prioritarias</i>	
- Desarrollo de sistemas de información fiables, completos, accesibles y comparables que permitan la evaluación y comparación de los resultados asistenciales - Investigación en resultados en salud de las actuaciones en todas sus dimensiones	

A continuación se describen algunas de las premisas y líneas de actuación propuestas para asegurar la sostenibilidad del sistema desde la óptica de la gestión y la calidad:

- El derecho a la salud y a recibir una atención sanitaria de calidad es un derecho ineludible de los ciudadanos y un importante factor de bienestar para la sociedad en su conjunto
- La búsqueda de la excelencia en las organizaciones sanitarias debe suponer un motor de cambio en las mismas y constituir la parte fundamental del compromiso suscrito con la sociedad para cuidar la salud de los ciudadanos y contribuir a la mejora del bienestar de la población
- Los conceptos fundamentales de la mejora continua y de la excelencia deben constituir el referente para los sistemas de gestión de las organizaciones sanitarias, teniendo al cliente como eje fundamental del sistema
- La sostenibilidad del sistema tiene serias amenazas que hay que tener presentes. Entre otras, las restricciones presupuestarias, la progresiva descapitalización material de los equipamientos tecnológicos, la presión de la incorporación de nuevas tecnologías no evaluadas, la cultura burocrática y corporativa, las necesidades y expectativas crecientes del ciudadano a veces sin modular o el interés político si se basa exclusivamente en el corto plazo
- El modelo de excelencia de la EFQM tiene un alto grado de consenso como referente en la evaluación de la calidad de la gestión y supone una importante herramienta para la gestión de la mejora
- El ciclo de mejora continua debe aplicarse a todas y cada una de las actividades y procesos de las organizaciones, no solamente a las asistenciales
- La situación actual exige transformaciones importantes en las relaciones laborales, los modelos retributivos, la coordinación entre niveles asistenciales, los modelos de financiación, el grado de participación del usuario o la autonomía de gestión
- Los cambios que se realicen tienen que abordarse conjuntamente y tener un crecimiento equilibrado para las distintas funciones del sistema
- Se necesita un esfuerzo de pedagogía institucional, apoyado por los profesionales, para comunicar al ciudadano las limitaciones previsibles del sistema
- La calidad no se programa al margen de los planes de gestión sino que forma parte del sistema de gestión de la organización
- La cultura corporativa y la gestión de los valores en las organizaciones es un potente motor para la implicación efectiva y la mejora de los sistemas de gestión
- El sistema de gestión y la mejora de la calidad en las organizaciones necesita del compromiso explícito del equipo directivo y el impulso de un liderazgo ético, creativo y transformador que implique a todos los responsables y profesionales de la organización
- El ejercicio del liderazgo debe contener elementos de evaluación y reconocimiento acordes con el nivel de decisión, especialmente en los gestores de mayor nivel de responsabilidad
- Los objetivos estratégicos de las organizaciones deben intentar equilibrar las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés así como propiciar un consenso entre derechos y obligaciones de los mismos

- La disponibilidad de un desarrollo estratégico claro, realista, con participación y consenso entre los diferentes agentes, evaluable y actualizado periódicamente supone una orientación de los esfuerzos de toda la organización y un punto de enganche básico para la implicación de los profesionales
- La implicación de los profesionales y el crecimiento de sus capacidades para adaptarse a los nuevos retos supone el elemento fundamental e imprescindible del cambio y la posibilidad de mantenimiento continuo de la mejora del sistema
- Debe abordarse de forma urgente un tránsito progresivo de los modelos de administración de personal hacia la gestión de las personas, incorporando procesos de gestión del liderazgo, el empowerment, la comunicación, la capacitación y el capital intelectual, el cambio de estructuras organizativas, el diálogo y los sistemas de incentivación y reconocimiento
- La gestión de las alianzas en todo su ámbito de actuación debe sistematizarse y buscar beneficios mutuos que maximicen el valor para las organizaciones
- Es importante apostar por la implantación intensiva de las TIC en las organizaciones y un mayor aporte de recursos para las funciones de I+D+i en el sistema sanitario en su conjunto
- La gestión por procesos puede suponer uno de los motores más importantes para gestionar el cambio en las organizaciones, situar al cliente como eje del sistema, organizar la participación y empowerment de los profesionales y dirigir a la organización en su conjunto de una forma coordinada y sinérgica hacia la mejora de sus resultados. Además puede ayudar a resolver los conflictos de coordinación existentes entre procesos intracentros y con otras organizaciones implicadas en la asistencia
- Los procesos asistenciales, así como la gestión del conocimiento, de las tecnologías y de los procesos de innovación y de gestión de personas deben tener un mayor grado de sistematización e incorporar mayores recursos, esfuerzos y creatividad para su gestión y mejora
- La autonomía clínica debe basarse en la compartición de los principios éticos, la evidencia científica disponible y la evaluación crítica y continua de resultados para mejorar su eficiencia
- La elaboración de sistemas de información homogéneos en el conjunto del SNS en un mínimo de indicadores y resultados comunes en función de las diferentes líneas de servicio en aspectos de resultados clave, resultados de procesos y medidas de percepción, así como su difusión y análisis pueden suponer una inestimable herramienta de comparación para el benchmarking y la detección de mejores prácticas
- Es conveniente compartir estándares de medida en los resultados para detectar mejores prácticas y compartir conocimiento y permitir al ciudadano valorar con mayor objetividad los avances y las posibilidades del sistema
- La utilización de encuestas de satisfacción como guías para mejorar la gestión con clientes, profesionales y la sociedad deben generalizarse y mejorar su alcance y metodologías
- Los resultados e indicadores clave de rendimiento en las organizaciones deben seleccionarse adecuadamente, tener una categorización consecuente con la estrategia y abarcar todos los aspectos relevantes de la organización
- Resulta crítica la investigación en resultados en salud de las actuaciones en todas sus dimensiones, la

evaluación de la práctica clínica y la disponibilidad de la información para su análisis y evaluación por los profesionales

2. Los ingredientes de la mejora continua en el Hospital de Zumarraga

El Hospital de Zumarraga ha sido distinguido en 2005 por la EFQM (European Foundation for Quality Management) con el Premio Europeo a la Calidad en el sector público como role model en Procesos, siendo el primer hospital en Europa y la primera empresa pública en el Estado en conseguir este reconocimiento. Cuál ha sido la trayectoria y qué ha hecho posible el grado de desarrollo actual de su sistema de gestión?

Receta: mejora continua en el Hospital de Zumarraga.

Utensilios: para cocinar la mejora continua en el hospital disponemos de un conjunto de utensilios o herramientas que configuran el sistema de gestión. Este sistema es el que nos permite organizar las personas, los recursos y los procesos de forma que la mejora continua sea una actividad de nuestro día a día y permita la mejora de los resultados para los profesionales, la sociedad y especialmente para sus clientes. Se articula mediante los criterios agentes propuestos por la EFQM en su modelo de excelencia. Aunque por supuesto el esquema planteado no siempre se lleva a cabo en toda su amplitud, los elementos planteados suponen la columna vertebral de nuestro sistema de gestión.

Estrategia

Es imprescindible una estrategia clara y compartida que encauce los planes y los objetivos de cada uno de los procesos y/o unidades para realizar la misión y alcanzar la visión del hospital. "Nunca hay vientos favo-

rables si no se sabe a dónde se va". La misión y la visión se han elaborado con la participación de más de 80 personas del hospital durante la realización del último plan estratégico. Este plan define los objetivos a alcanzar en 2007 y se actualiza cada año en función de los cambios en el entorno y su grado de consecución. Para su elaboración se ha seguido la metodología basada en el Cuadro de Mando Integral y los mapas estratégicos. Cada objetivo estratégico se descompone en factores críticos de éxito (subfactores), se establecen los objetivos de los mismos y se identifican los procesos y/o unidades que deben conseguirlo. Tras el pacto de objetivos cada gestor de proceso establece las acciones a llevar a cabo para su consecución.

Para facilitar el seguimiento del plan se utiliza la "Z Estratégica", un sistema basado en la adjudicación de un color según el grado de consecución de cada objetivo (verde, conseguido; naranja, parcial; rojo, no conseguido) que se vuelca en el logotipo del hospital dividido en los seis objetivos estratégicos.

Gestión por procesos

La gestión por procesos constituye el elemento central del sistema de gestión del hospital y está posibilitando una mejor comprensión de lo que se hace en el hospital, la coordinación e integración de sus actividades, una horizontalización de la estructura funcional, la mejora de los sistemas de medición y control y sobre todo una mayor participación y responsabilidad de los profesionales en la mejora de su proceso y la consecución de objetivos (empowerment).

En primer lugar se ha elaborado el inventario y el mapa de procesos que se actualiza en función de los cambios del hospital y de sus procesos (cuarta versión global). Después se describe cada macro, proceso o subproceso de relevancia mediante la elabora-

ción de su misión, su incidencia en los grupos de interés, los clientes, los proveedores y sus indicadores de medición tanto de actividad como de calidad técnica o percibida. La incorporación de encuestas de cliente interno complementa la medición de resultados y su evaluación. Anualmente los gestores realizan un análisis DAFO a partir del cual se programan las acciones de mejora a desarrollar durante el siguiente año para cumplir los objetivos del proceso. En determinados procesos (18, algunos de ellos asistenciales), así como para la gestión medioambiental (ISO 14.001) se ha utilizado la certificación para potenciar y reconocer el sistema de gestión de la calidad. Así mismo, en los procesos asistenciales se utilizan de una forma creciente los protocolos clínicos consensuados para garantizar su sistemática y favorecer la medición de resultados.

La selección de gestores se realiza a través de la línea jerárquica, seleccionando profesionales que quieran mejorar, posean un alto conocimiento de su proceso y suficiente de herramientas de gestión, a los que se les delega la capacidad de decisión para mejorar su proceso. Desde el año pasado estamos implantando equipos de macroproceso (hospitalización, consultas...) compuestos por seis profesionales de diferentes estamentos y que de forma progresiva van asumiendo la responsabilidad sobre la gestión y mejora de su proceso.

Al no poder desarrollar en toda su amplitud la GPP debido a limitaciones legales y de estructura organizativa debemos buscar un equilibrio con la línea jerárquica que se desarrolla a través de sus unidades. Estas limitaciones impiden así mismo la posibilidad de establecer un sistema formal de incentivación o reconocimiento que estimule la consecución de los objetivos (complemento salarial, reconocimiento para OPE o traslados...).

Gestión de personas

El proceso que se ha desarrollado habitualmente en este apartado es la administración de personas, los sistemas y procedimientos para seleccionar, contratar y asegurar una atención adecuada a las condiciones de seguridad y trabajo de los profesionales, habiendo mejorado en los últimos años de forma notoria los sistemas y soportes de información.

A pesar de las importantes y excesivas limitaciones normativas y funcionales existentes, la gestión de personas necesita del desarrollo conjunto de otros procesos para alcanzar todo su potencial y es necesario incorporar una sistemática de programación y evaluación para su gestión. La participación y el empowerment (delegación de responsabilidad) supone un mecanismo muy potente de implicación y desarrollo de conocimiento de los profesionales. La comunicación como soporte básico de todas las funciones del hospital. La formación, y sobre todo capacitación, de los profesionales para desarrollar todo su potencial en el puesto de trabajo. El reconocimiento como elemento de refuerzo y estímulo al desempeño extraordinario. La evaluación del desempeño sólo se realiza por ahora de forma subjetiva, aunque debería ser la base del sistema de formación y reconocimiento. Sólo un desarrollo equilibrado y coordinado de estos procesos, junto con el liderazgo y la utilización de las encuestas como guía para la gestión, pueden permitir el adecuado crecimiento de las capacidades e implicación de los profesionales en mejorar de forma continua el servicio ofertado y cumplir la misión.

Gestión de recursos

La gestión de recursos se articula en torno a tres ejes fundamentales:

a) Alianzas: el desarrollo y sistematización de las relaciones con otras organizaciones buscando la ganancia

mutua, así como la formalización, el seguimiento y la evaluación de las relaciones contractuales existentes, suponen una herramienta de crecimiento y aprovechamiento del potencial de nuestras organizaciones que aún tiene un importante margen de crecimiento. Hemos dado especial importancia a las alianzas que permiten el benchmarking y el aprendizaje, así como a las que tienen que ver con la coordinación para asegurar la adecuada continuidad de cuidados para el paciente; aún así tenemos que mejorar el trabajo de coordinación con Atención Primaria como indican las encuestas que les realizamos y la realidad asistencial.

b) Finanzas/equipamiento: el desarrollo de estas áreas basándonos en la gestión por procesos, la mejora en los sistemas de información, la implicación de los profesionales y la certificación con norma ISO de estos procesos está permitiendo la mejora continua de los resultados en estos apartados. Sin embargo las limitaciones estructurales y de dimensionamiento del hospital han llegado a un punto crítico para su habitabilidad y el desempeño de sus funciones.

c) Tecnología/Conocimiento: la gestión de la tecnología y el conocimiento son dos factores críticos para cualquier organización sanitaria. Su gestión como procesos nos ha permitido conocer mejor estos apartados y acercarnos a una gestión sistemática. Sin embargo nuestras limitaciones, la complejidad de las funciones implicadas (medicina basada en la evidencia, evaluación de tecnologías, conocimiento compartido...) y las limitaciones en herramientas informáticas para el soporte y evaluación de los procesos asistenciales hacen que todavía estemos lejos de gestionar en todo su potencial estos apartados.

Liderazgo

Entendemos el liderazgo en el hospital como una competencia que se puede desarrollar y que permite a los

líderes implicarse de forma efectiva en la mejora de las personas, el sistema de gestión y los resultados del hospital. Creemos que los líderes deben ser facilitadores e impulsores del cambio apoyando a los profesionales, haciendo aflorar sus capacidades, dando ejemplo, reconociendo y movilizándolo a las personas para desarrollar la cultura y el sistema de gestión del hospital. Los líderes no actúan solos sino que potencian su acción mediante equipos que a su vez pueden liderar a otros equipos y/o personas. El avance en nuestro sistema de gestión se debe en gran medida a nuestra capacidad de trabajar en equipo, tanto a nivel directivo como en los diferentes procesos.

Para mejorar nuestro conocimiento y competencias en este apartado hemos recurrido a una formación específica, especialmente intensiva desde 2004: técnicas de trabajo en equipo, equipos de alto rendimiento, técnicas de reuniones, comunicación... Así mismo estamos utilizando de forma piloto una herramienta de desarrollo de competencias en liderazgo denominada Liderbide (20 líderes) orientada a mejorar la convivencia, desarrollar capacidades y transformar la realidad. La revisión en profundidad del proceso durante 2005, esperamos que suponga un impulso definitivo a nuestra capacidad de mejora en este apartado tan crítico para el éxito de nuestro proyecto.

Ingredientes

Además de las personas, que suponen el ingrediente fundamental e insustituible del hospital, para sistematizar la mejora continua y aprovechar el potencial del modelo EFQM resultan fundamentales los valores y los esquemas de actuación del hospital:

a) Los Valores del hospital son el conjunto de principios y criterios de actuación que condicionan los comportamientos y decisiones de los profesionales del hospital

en su día a día. Estos valores constituyen la cultura del hospital y deben impregnar todas las decisiones de los profesionales, conformando nuestra filosofía de comportamiento y relación en el centro. El grado de adhesión con los mismos en la última encuesta de personas ha sido superior al 85% y confirma que constituyen parte de nuestra cultura y que han evolucionado en consonancia con nuestro sistema de gestión (54 % en 1999).

- Trabajamos para el paciente: es la orientación fundamental del hospital y hace referencia a centrar nuestros servicios en las necesidades y expectativas del cliente tanto desde el punto de vista técnico, como de información y trato

- Respeto mutuo: respeto personal y profesional entre las personas del hospital independientemente de la profesión o las características individuales de cada persona

- Trabajo en equipo: el trabajo en equipo y la coordinación entre las distintas personas y procesos del hospital para potenciar la sinergia y la fuerza del equipo humano

- Comunicación abierta: la posibilidad y necesidad de comunicarnos de una forma abierta y honesta entre las personas y los diferentes estamentos del hospital

- Orientación al resultado: Conseguir que el trabajo de la organización se oriente a conseguir mejoras en los resultados obtenidos para los diferentes grupos de interés

- Apuesta por la innovación: implica una aptitud proactiva ante el cambio para la mejora abarcando aspectos como la formación continua, el benchmarking, la gestión del conocimiento y el desarrollo tecnológico.

- Sentido de pertenencia: compartir el proyecto de Osakidetza y especialmente del hospital de Zumarraga implicándonos en su consecución

- Consenso: el acuerdo mutuo entre los procesos y las personas debe dirigir los cambios y mejoras que planteamos en el hospital

b) Especies: otros elementos más difíciles de sistematizar pero igualmente de imprescindibles para que la receta pueda llevarse a cabo con éxito son ciertos esquemas de comportamiento para condimentar y hacer posible el día a día:

- Creer en las personas: Creer en ellas, contar con ellas y hacerlas partícipes del proyecto de mejora constituye el eje fundamental de cualquier proceso de cambio y mejora

- Evaluación y autocrítica continua: tener presente que siempre se puede mejorar, conocer los resultados de las acciones emprendidas y analizarlos de una forma crítica

- Aprender e innovar: el aprendizaje es la base de la mejora en todos los niveles de la organización y los procesos solo cambian si se realizan de una forma diferente. La innovación es un sistema que se puede gestionar y es complementario a la mejora continua. Para ello hemos validado el Modelo Innovación para poder ser utilizado en organizaciones sanitarias y hemos empezado

- Convicción: creer que el cambio y la mejora, a pesar de todas las dificultades, siempre es posible en nuestras áreas de responsabilidad y merece la pena

- Coherencia: la coherencia entre lo que decimos y lo que hacemos supone un elemento aglutinador y de cre-

dibilidad sin cuya presencia cualquier sistema de gestión por sólido y sofisticado que sea es un elemento vacío y con escasas repercusiones en la eficacia

- Comunicación: es un sistema que afecta a todos los procesos y actuaciones del hospital y por su complejidad siempre será un área de mejora. Aún así es imprescindible tenerla presente y gestionarla en todos los procesos y actuaciones ya que constituye un elemento indispensable para conocer y mejorar cualquier actividad
- Constancia: los cambios generan resistencia y los cambios culturales, los más potentes, son lentos de implantar y asimilar. Por ello la implantación y mejora de cualquier sistema de gestión se debe tomar como una carrera de fondo y debemos estar preparados para ello
- Mucho ánimo y unos gramos de alegría: aunque parezca un poco inocente plantearlo en este contexto es la base imprescindible para que cualquier salsa quede brillante y además disfrutemos elaborándola

Estos enfoques nos ayudan además a convivir con los ingredientes no deseados, que no dependen de nosotros y que el entorno seguirá incorporando de una forma u otra.

Resultado

Aunque puede resultar arriesgado metodológicamente establecer relaciones directas entre el sistema de gestión y los resultados obtenidos, y los elementos descritos previamente han sido utilizados con desigual grado de intensidad y acierto, los resultados en el hospital han mejorado de forma mantenida en todas las áreas estratégicas. Las encuestas a clientes han ido ampliando su ámbito con la inclusión de encuestas no corporativas (rehabilitación, radiología, atención primaria...) y los resultados de satisfacción global se mantienen por encima del 95%,

siendo best-in-class en alguno de ellos. Las encuestas de personas han tenido una progresión mantenida, situándose en un 74 % de satisfacción general, si bien hay un mayor margen de mejora en formación, retribución y reconocimiento. Se han incorporado encuestas de sociedad (ayuntamientos, ONG, organizaciones colaboradoras...) que también tienen valoraciones positivas y en progreso. Los resultados clave, tanto económicos como asistenciales, tienen tendencias positivas si bien suponen solo una medida indirecta de la eficiencia de los procesos asistenciales. Para profundizar en esta evaluación se ha incorporado el proceso de Evaluación de la Práctica Clínica que está incorporando de forma progresiva la evaluación de resultados clínicos en cada uno de los procedimientos asistenciales, aportando claves para su mejora.

Algunas lecciones aprendidas sobre la utilización del Modelo de Excelencia como base para la mejora del sistema de gestión son las siguientes:

- El Modelo es una herramienta sólida y potente para mejorar la gestión y los resultados
- La calidad no se programa al margen de los planes de gestión sino que debe formar parte del sistema de gestión de la organización
- El Modelo es muy útil para:
 - Orientar el sistema de gestión
 - Establecer una sistemática de evaluación y mejora
 - Aprender mediante el contraste interno y externo
- No sirve para:
 - Justificar las áreas de mejora con los puntos fuertes
 - La evaluación en sí misma no mejora la organización; no soluciona los problemas sino que aporta claves para ello
 - No es una varita mágica; sólo es útil utilizada como herramienta de mejora

Próximos pasos

Las líneas de desarrollo que podemos gestionar con autonomía para la mejora del sistema en la etapa actual son las siguientes:

- Profundizar en la gestión por procesos, tanto en su descripción y conocimiento como en el desarrollo del empowerment y coordinación
- Seguir mejorando algunas funciones generales como la comunicación, la gestión del conocimiento o el reconocimiento
- Profundizar la formación y evaluación del trabajo en equipo
- Ampliar la formación en liderazgo y comenzar la evaluación personalizada del desempeño del mismo
- Incorporar nuevos procedimientos asistenciales a la sistemática de Evaluación de la Práctica Clínica
- Detectar y desarrollar nuevas herramientas de utilidad para la mejora del sistema como la gestión de la innovación o los nuevos enfoques basados en la complejidad
- Y, fundamentalmente, seguir aprendiendo de todas nuestras funciones y procesos mediante la evaluación de los resultados, el análisis de nuestros errores y el benchmarking, para seguir mejorando día a día el desempeño y satisfacción de los profesionales, la atención a nuestros clientes y el bienestar de la sociedad

Resumen

Las tecnologías de la información y las comunicaciones son uno de los factores de cambio más importantes de la sociedad actual. Cualquier análisis sobre los sistemas de salud y su futuro debe considerar seriamente el papel de estas tecnologías y sus aplicaciones sanitarias que hoy se conocen como e-Salud.

La importancia de este tema se refleja en el impulso de e-Salud en la Unión Europea, ligada a la Estrategia de Lisboa que se ha plasmado desde el año 2000 en planes de acción orientados a la cooperación entre los Estados miembros y la Comisión para construir un espacio europeo de e-salud.

En España nos encontramos con una realidad de 17 sistemas tecnológicamente aislados y una problemática muy similar a la planteada entre los países europeos para la construcción de un espacio interoperable de e-Salud a lo largo de todo el territorio. La e-Salud constituye la infraestructura tecnológica necesaria para hacer posible la equidad del sistema. El despliegue de e-Salud involucra muchos más aspectos que los meramente técnicos empezando por el establecimiento de una visión común sobre el propio papel de estas tecnologías y su gobierno.

Los sistemas sanitarios en una sociedad en cambio

El SNS se encuentra en una sociedad en cambio sujeto a fuerzas transformadoras diversas que actúan en un entorno muy complejo donde interactúan múltiples factores que, además, son dinámicos y a menudo difícilmente previsibles. En el gráfico 1 se muestra un diagrama simplificado del escenario de cambio a que nos referimos. Los sistemas sanitarios se ven obligados a responder a las demandas que plantean los retos de salud nuevos (gripe aviar) y otros no tan nuevos (car-

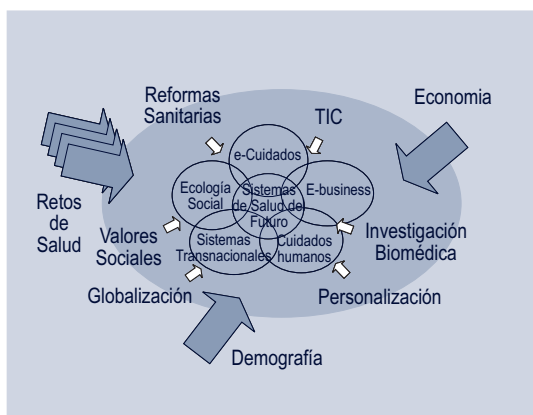
diovasculares, cáncer, VIH, etc.) clásicos y otros nuevos emergentes (gripe aviar).

Por otra parte la evolución demográfica, con un envejecimiento creciente de la población, plantea una revisión de los servicios sanitarios actuales para poder afrontar apropiadamente los retos de la asistencia a las personas mayores frágiles y con dolencias crónicas. La cuestión de los condicionantes económicos es otro de los tres grandes factores que actúan en el escenario de cambio.

Otro grupo de elementos de influencia está constituido por las propias "reformas sanitarias" que se producen en un contexto de "valores sociales" y del marco actual de "globalización" de la economía y la información mientras se manifiesta una tendencia hacia la "personalización" de productos y servicios.

No hay duda que la investigación biomédica y la evolución tecnológica son dos importantes factores impulsores del cambio en la medicina y los sistemas sanitarios. En particular, las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) constituyen sin duda uno de los agentes de cambio más importantes en la sociedad actual y lógicamente también en sanidad. Es un hecho que hace más de una década que las TICs se han situado en el centro de las estrategias de cambio de los Sistemas Sanitarios de los países más avanzados tales como Canadá, Australia, Reino Unido o Dinamarca. La línea general de evolución es la incorporación de nuevas infraestructuras de TICs a las organizaciones sanitarias que configuran la industria de la salud. La visión es utilizar las TICs para hacer posibles mejoras de equidad en el acceso, calidad y adecuación de los servicios sanitarios acorde con las capacidades que ofrecen los avances técnicos y científicos en el marco de una sociedad cada vez más informada y comunicada.

Gráfico 1: Diagrama general mostrando las fuerzas transformadoras y los factores que actúan sobre la evolución de los sistemas sanitarios



Desde hace unos años, las tecnologías digitales y de redes de datos se han difundido ampliamente en su aplicación a la gestión, planificación y administración de los servicios de salud. Ahora, las nuevas tecnologías están alcanzando a todos los actores incluyendo también a los pacientes y los ciudadanos.

El desarrollo de la e-Salud significa unos pacientes más informados, unos profesionales con mejores herramientas y mejor acceso al conocimiento, y unas organizaciones sanitarias más eficientes. Significa disponer de medios indispensables para la investigación biomédica y para la traslación más rápida de sus resultados a la práctica clínica.

La e-Salud va mucho más allá que el simple uso de Internet para proveer servicios de información a través de páginas web o de aplicaciones sencillas de comercio electrónico. La e-Salud constituye la infraestructura tecnológica imprescindible para hacer viables mejoras de calidad y acceso de los servicios sanitarios acordes con las demandas de una sociedad avanzada. Los ser-

vicios y sistemas de e-Salud involucran cambios organizacionales con nuevos entornos y culturas de trabajo que afectan a las organizaciones, los profesionales, los usuarios y las formas en que se relacionan.

El impulso político de la UE. La e-Salud en Europa

Los sistemas sanitarios son una parte importante del modelo social europeo y un valor para el bienestar de la población. En Europa se observa una demanda creciente de servicios sanitarios y sociales que viene propiciado por el cambio económico, demográfico y cultural. Las expectativas de los ciudadanos son de más y mejores servicios, con reducción de las desigualdades de acceso. Un factor, por otra parte ligado a la propia construcción política europea lo constituye la movilidad de las personas y por ello de los pacientes y los profesionales. Este componente cobra una nueva dimensión con la perspectiva de la ampliación a los nuevos países. En este contexto existe una creciente preocupación del envejecimiento de la población. Se estima que en el 2051 la población mayor de 65 años representará el 40% de la población. Esto plantea un reto formidable de tipo social y también de reconsideración de estrategias de salud, organización de los servicios y uso de tecnologías apropiadas. Atendiendo a estas circunstancias, la Unión Europea considera la e-Salud como una parte central de su estrategia e-Europa¹, también conocida como Estrategia de Lisboa para impulso de la competitividad tecnológica y del empleo, acordada en la reunión del Consejo celebrada en esa ciudad en marzo de 2000².

Más recientemente, se ha lanzado un Plan de Acción³ para la construcción de un espacio europeo de e-Salud mediante la cooperación entre los Estados miembros y

¹ "Una sociedad de la información para todos". COM (1999) 687 final. Bruselas 8.12.1999

² Consejo Europeo de Lisboa (23-24 Marzo 2000). "European e-Health Area - An Action Plan" Communication: COM (2004) 356

³ Bruselas, 1.6.2005 COM (2005) 229 Final

la Comisión. Se trata de progresar en la interoperabilidad entre sistemas; la comunicación de historias clínicas; los identificadores de paciente; la movilidad de los pacientes y los profesionales, así como mejorar las infraestructuras digitales y avanzar en aspectos éticos y legales, formación de recursos humanos, sistemas de evaluación comparativa, calidad de la información, intercambio de buenas prácticas, sensibilización y potenciación del papel de los ciudadanos.

Este Plan fue aprobado por la Comisión el 30 de abril de 2004 y por el Consejo de Salud (EPSCO) de 2 de junio de 2004. Era parte de un paquete de tres Comunicaciones compuesto, además, por otras dos sobre "Movilidad de pacientes" (DG SANCO) y "Cuidados de larga duración" (DG EMPL).

De cara al futuro la estrategia de la Comisión Europea se ha plasmado en el documento "I2010. Una Sociedad de la Información Europea para el crecimiento y el empleo" (http://europa.eu.int/information_society/eeurope/i2010/index_en.htm).

En esta estrategia se contempla como una de las prioridades de actuación la utilización de las TICs para soportar una sociedad inclusiva (e-Inclusión) facilitando servicios de asistencia a las personas mayores para soporte de la salud y el bienestar.

e-Salud en España

En el ámbito nacional, la realidad del estado autonómico plantea cuestiones de cooperación similares a las del espacio europeo. La operación eficiente de una organización descentralizada, y tan compleja como el sistema sanitario en España requiere infraestructuras de redes de información y aplicaciones de e-Salud, compatibles e interoperables, que permitan soportar la comunicación y colaboración entre sus múltiples actores para facilitar el cumplimiento de los objetivos comunes de mejora de la calidad y equidad de acceso para todos los ciudadanos en España, así como disponer de soportes apropiados de información para la gestión, la planificación y la Salud Pública a los niveles correspondientes.

Cuadro 1. Ejemplo de objetivos planteados en el Plan de Acción para e-Salud de la CE

4.2.5 Tests de conformidad y acreditación para un mercado de eSalud

Mediados de 2005: la Comisión produciría un resumen de las mejores prácticas como guía para los Estados miembros

4.2.2.1. Identificadores de paciente

Final de 2006: los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea identificarán una aproximación común para los identificadores de paciente

4.2.2.2. Interoperabilidad de historias clínicas electrónicas

Final 2006: Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea, identificarán y diseñarán normas para la interoperabilidad para mensajes de datos de salud e historias clínicas electrónicas teniendo en cuenta las mejores prácticas y los trabajos de normalización relevantes

En la actualidad, el mapa de infraestructuras de e-Salud en España es un mosaico fragmentado de 17 visiones; estrategias; prioridades; soluciones técnicas; realizaciones y resultados prácticos.

En distintos foros se ha manifestado la necesidad de alcanzar una estrategia común para hacer posible la satisfacción de los derechos de movilidad de los ciudadanos, así como de equidad y eficiencia del sistema público de salud. Si bien, existe en general una convergencia creciente de reconocimiento de la necesidad de abordar esta cuestión, su traslado a la ejecución de un plan articulado, o simplemente de un marco para la cooperación, parece que está lejos de concretarse a gran escala, empezando por un acuerdo político de fondo. No se trata de establecer infraestructuras o aplicaciones centralizadas para todo el Estado, sino de conseguir una estructura flexible para el trabajo en red, de sistemas descentralizados y autónomos, facilitando el flujo de información y conocimiento para hacerlos disponibles allí donde se requiera, en el momento oportuno, de forma usable y segura.

Desde un punto de vista práctico, teniendo en cuenta, además, el marco de e-Salud impulsado desde la Comisión Europea, la agenda para la cooperación en e-Salud en España debe considerar entre otros temas la adopción de guías y estándares consensuados para la interoperabilidad entre sistemas a fin de facilitar la identificación unívoca y segura de los pacientes y profesionales (tarjeta sanitaria); el acceso a historia clínica electrónica o su extracto; la utilización extendida de la receta electrónica; la operación de sistemas de telemedicina y la garantía de seguridad a lo largo de todos los sistemas independientemente del punto de acceso al sistema nacional de salud.

Cuestiones

Hay que tener presente que la experiencia muestra que los beneficios de la implantación de las infraestructuras de e-Salud, pueden tardar años en materializarse y que para alcanzarlos hay que realizar inversiones importantes manteniendo el esfuerzo de forma continuada. No se trata simplemente de dedicar presupuestos para adquirir equipos y programas o de subcontratar servicios de tipo estándar en una acción puntual. Sin un enfoque estratégico de las inversiones tecnológicas, al servicio de los objetivos de la organización sanitaria, y sin conocimiento experto de las mismas, las capacidades potenciales de la e-Salud pueden no traducirse en los beneficios esperables e incluso producir problemas añadidos si no se atiende a una variedad de factores más allá de los estrictamente tecnológicos, empezando por los valores que gobiernan su utilización. Las decisiones actuales tienen una trascendencia muy importante para el futuro.

Un punto de partida fundamental es alcanzar una visión compartida de la estrategia de e-salud por todos los componentes del Sistema Nacional de Salud.

Existen, además, cuestiones de tipo técnico que se beneficiarían notablemente de intercambio de experiencia y cooperación. Tales son la adopción de normas para construir entornos de interoperabilidad técnica, semántica y organizativa.

La implantación extendida de las nuevas tecnologías de e-Salud requiere considerar las cuestiones legales y administrativas que demanda el nuevo contexto con especial referencia a la seguridad de datos y confidencialidad para los pacientes y de seguridad jurídica para los profesionales y las organizaciones.

Una cuestión central es la gestión del cambio y la aceptabilidad de los profesionales que, a su vez, está ligada a la educación y formación.

El cambio propiciado por las tecnologías digitales sitúa a estas en el núcleo estratégico de las organizaciones de forma que su despliegue debe estar guiada por una visión de futuro y estar acompañado de cambios en la organización y en los procesos.

Por su alcance y magnitud, cobra una gran relevancia la coordinación de la estrategia de e-salud a nivel de Estado con las políticas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación, así como de despliegue de infraestructuras y servicios avanzados de telecomunicación. Por otra parte, un desarrollo tecnológico desequilibrado puede acentuar barreras de acceso para personas, colectivos, o instituciones en relación con servicios de e-Salud por factores geográficos, económicos o de conocimiento.

La explotación de las capacidades de las nuevas tecnologías y la extensión de los servicios de e-Salud a toda la población depende del acceso de la población a estas tecnologías. En este sentido, hay que tener en cuenta que mientras las comunicaciones móviles han penetrado prácticamente toda la población. Sin embargo, el acceso a Internet desde los hogares se mantiene en cotas relativamente bajas y es muy variable dependiendo la localización y el nivel socioeconómico de las familias.

Prestando atención al impacto de la e-Salud

El desarrollo de una estrategia de e-salud en el SNS tiene un gran impacto económico y social por su naturaleza y sus dimensiones. Además, afecta a una población laboral importante y multitud de economías locales. Las nuevas tecnologías son un agente de cambio

muy poderoso cuya introducción da lugar a nuevas formas organizacionales, de provisión de cuidados, de entornos de trabajo.

Se estima que el capítulo de e-Salud pasará del 1-2% al 3-5% de los presupuestos sanitarios de los países europeos en la próxima década. Esto da idea del esfuerzo inversor a realizar, pero también de los recursos humanos especializados que serán necesarios para trabajar en esta área (mayoritariamente desde el lado de los proveedores tecnológicos) y la gestión del cambio (desde el lado de las organizaciones) que se deben abordar.

La aplicación de las nuevas tecnologías en la práctica significa una nueva forma de hacer las cosas y, además, la posibilidad de hacer nuevas cosas. Las nuevas tecnologías van más allá que sustituir las antiguas, ya que afectan a las estructuras de las organizaciones actuales, la forma en que operan y cómo se relacionan. La implantación de la e-Salud posibilita la realización de nuevos modelos de empresa donde el mayor valor estará en las capacidades de conocimiento y de la red de contactos con proveedores y clientes. Las aplicaciones de e-Salud permiten la desubicación geográfica, temporal, y administrativa de los recursos de conocimiento, es decir, de los recursos humanos especializados y los medios de relación con los pacientes.

Hay diferentes opciones tecnológicas, con diferentes costes y resultados. No se trata de adquirir equipos y sistemas informáticos simplemente. A menudo la tecnología sirve de amplificador de otros problemas estructurales

No contar con la capacidad propia de conocimiento experto para la toma de decisiones significa dejarla en manos externas al sistema de salud. Más allá de las aplicaciones específicas, la incorporación de las nuevas tecnologías y las nuevas infraestructuras están pro-

vocando la aparición de nuevos modelos de provisión de cuidados y nuevas formas organizativas que exploren las capacidades de ubicuidad de acceso a la información y la comunicación, la movilidad de los agentes, y capacidades mejoradas de diagnóstico, tratamiento y protección de la salud.

Recapitulación

La viabilidad, sostenibilidad y calidad del funcionamiento del SNS en el próximo futuro va a depender de la idoneidad de los recursos tecnológicos del mismo y su coordinación con las acciones en el entorno europeo en una sociedad cada vez más informada y comunicada. Es vital para el futuro del Sistema Nacional de Salud articular una "estrategia digital" coordinada de gran alcance para la implantación de infraestructuras y aplicaciones de e-Salud que faciliten el acceso y el flujo de información y conocimiento a lo largo de todo el sistema para la cohesión y funcionamiento eficaz del mismo. Existe cierta urgencia en dar una respuesta apropiada y a tiempo para participar en la construcción del espacio europeo de e-Salud y evitar retrasos difícilmente recuperables después. La tecnología es un factor que está modelando la sanidad del futuro, lo que plantea nuevos dilemas y acrecenta algunos antiguos sobre el

SNS. Parece conveniente, por no decir necesario, acordar una estrategia nacional coordinada para afrontar retos comunes y crear un marco para el desarrollo apropiado de las infraestructuras de e-salud que requiere nuestro país en la Sociedad de la Información y el Conocimiento.

Entre las preocupaciones emergentes se encuentra que un desarrollo tecnológico desequilibrado produzca nuevas barreras para personas, colectivos, o instituciones. Es una cuestión de adecuación a la nueva cultura y que está ligada a un proceso social general en el que cuentan aspectos ajenos al propio sistema sanitario, tales como las barreras de acceso por disponibilidad económica o por formación.

De acuerdo con los expertos, los cambios que se están produciendo por las tecnologías de la información y las telecomunicaciones son de diferente naturaleza, más profundos y de mayor alcance que los producidos por cualquier otra tecnología anteriormente. Todo indica que nos encontramos al principio de un largo proceso que no acaba sino que comienza y en el que la cooperación entre los diferentes servicios de salud para la creación de un espacio común de e-Salud es una tarea crítica.

Resumen

Este trabajo tiene como antecedente el trabajo presentado en octubre de 2004, sobre políticas de medicamentos, y plasmado como parte de un libro editado en 2005. Desde entonces han tenido lugar iniciativas legislativas, conferencias y análisis que son tenidos en cuenta en esta puesta al día.

En España, el gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud (SNS) presenta una serie de características: es un componente importante del gasto sanitario (más de un 30% del gasto sanitario del SNS); tradicionalmente incontrolado, aumenta más controladamente en los dos últimos años; las medidas para reducir el gasto farmacéutico tomadas en España son similares a las tomadas en otros países de Europa y no son las más drásticas; presenta un amplio rango de variación entre las comunidades autónomas y la relación entre la máxima y la mínima cantidad per cápita y año llega en 2005 a 1,58 (1-1,58); la tendencia de crecimiento ahora es similar al gasto sanitario no farmacéutico público por primera vez en años (siempre ha sido mayor); el gasto farmacéutico público es superior a la media de la UE de 15 países, mientras que el gasto sanitario total y el gasto sanitario público son inferiores a la media de la UE; la información no es transparente; no se consumen suficientes genéricos (inferior a la media de la UE); lo gastado en I+D por la industria farmacéutica española se puede considerar insuficiente con relación a lo que representa el gasto farmacéutico; existe un lobby poderoso que trata de condicionar las decisiones de las administraciones y de los políticos.

Retos de futuro. Se podrían introducir políticas que consolidaran la prestación farmacéutica del SNS sin modificar cualitativamente la misma.

- Afectando a la financiación pública selectiva de nuevos medicamentos: aplicación estricta de los crite-

rios de eficiencia a la financiación pública de nuevos medicamentos. En el proyecto de ley, hablar con mayor claridad del criterio de eficiencia (coste-efectividad o coste-utilidad)

- Afectando a los genéricos: aumentar muy significativamente el número, hacer muy visible su calidad, no introducir nombre de fantasía para los genéricos, introducir los biogénicos
- Afectando a los precios de referencia: desarrollar al máximo los precios de referencia, tan pronto existan comercializados genéricos de un determinado principio activo, establecer un nuevo conjunto homogéneo
- Afectando a las cantidades destinadas a publicidad y promoción: transparencia fiscal, recorte drástico del gasto inadecuado y de gastos suntuarios, visita médica tipo sesiones clínicas y/o científicas, etc.
- Afectando a la formación continua, la investigación clínica aplicada, la participación a congresos y reuniones científicas, que deberían ser financiadas con los presupuestos generales del Estado
- Afectando al copago: los copagos no son equitativos, afectan más a los que tienen menos, introduciendo barreras económicas a su acceso a los servicios sanitarios, y utilizado como instrumento adicional de financiación del Sistema Nacional de Salud son injustos, paga más el que está más enfermo

1. Introducción

En octubre de 2004 tuvo lugar una jornada promovida por CCOO en la sede del Consejo Económico y Social de Madrid, con el título *Por un nuevo contrato social en el SNS*, en que se presentaron los trabajos realizados por un grupo de profesionales del ámbito sanitario que pretendieron defender la sostenibilidad del Sistema

Nacional de Salud. Estos trabajos de plasmaron en un libro, en el que figuran entre muchos otros la aportación de este autor (1).

Ya en esta Jornada, D. Nicolás Álvarez Álvarez, Presidente del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, tuvo la amabilidad de invitarme para unas jornadas que tendrían lugar mas adelante en Oviedo en que se tratarían estos temas. Acepté pensando que cualquier esfuerzo en este sentido era bienvenido y no fácil de concretar. Cumplió su palabra y ante las Jornadas sobre *La Sanidad Pública en España: reflexiones* que tendrían lugar del 15 al 16 de marzo de 2006 en Oviedo he tenido que hacer esas reflexiones referidas a los aspectos relacionados con el gasto farmacéutico y los medicamentos.

Partiendo del trabajo inicial (1,2), era imprescindible analizar qué aspectos habían cambiado, y revisar qué seguía siendo válido o qué nuevos desafíos había que considerar.

A principios de diciembre 2004 (23/11/2004) se presentó por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el SNS, cuya pretensión esencial era aumentar la calidad de la prestación farmacéutica en el SNS, estableciendo un conjunto de medidas para enfrentarse a los problemas identificados en la introducción del Plan y singularmente el que afectaba a la amenaza persistente que representa el crecimiento interanual del gasto farmacéutico sobre la suficiencia financiera del SNS.

Como primera aplicación del Plan citado, el 31 de diciembre de 2004 se publicó en el BOE el Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farma-

céutico. Comprende una bajada de precios; una bajada del margen de la distribución; una actualización del umbral al que se aplica margen fijo a los medicamentos en las farmacias, así como de las cantidades fijas que se asignan por encima del umbral; modificación del margen de los genéricos que pasan al mismo nivel que los otros medicamentos; actualización de la escala de deducciones por nivel de venta de las farmacias; y una ampliación del período para establecer nuevos conjuntos homogéneos de precios de referencia (3).

En julio de 2005 se presentó el Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, con el objetivo de conseguir información sobre la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva contable, pero también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia. El estudio se encargó al Grupo de Trabajo tras el acuerdo alcanzado en la I Conferencia de Presidentes que se celebró el 28 de octubre de 2004, Contiene información muy valiosa que debería continuarse en un sistema de información sobre el Sistema Sanitario Público (4).

En septiembre del 2005 (10/09/05) tuvo lugar la II Conferencia de Presidentes, celebrada en el Senado, para abordar el futuro de la sanidad y su financiación, medidas para racionalizar el gasto sanitario y garantizar una mejora en la prestación de servicios sanitarios al ciudadano. Los acuerdos alcanzados fueron asignar 1.677 millones de euros más en los Presupuestos Generales para Sanidad y otros 1.365 millones de euros como anticipo de tesorería para compensar el retraso en el cobro de las cantidades que les corresponde recibir (impuestos cedidos y Fondo de Suficiencia), como consecuencia del actual sistema de liquidación.

Parece que ha sido una paga extraordinaria sin ningún instrumento que garantice la aplicación finalista de los fondos a los objetivos establecidos.

En diciembre de 2005 se aprueba, con el envío a las Cortes, el proyecto de ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (5). Presentado el 9 de diciembre de 2005. El 16 de marzo de 2006 debates de totalidad del proyecto de ley en el Congreso, quedando retiradas las enmiendas a la totalidad y rechazada la enmienda de totalidad de texto alternativo. Situación actual: Comisión de Sanidad y Consumo, Informe desde el 16 de marzo de 2006.

2. Características del gasto farmacéutico

En España, el gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud (SNS) presenta una serie de características:

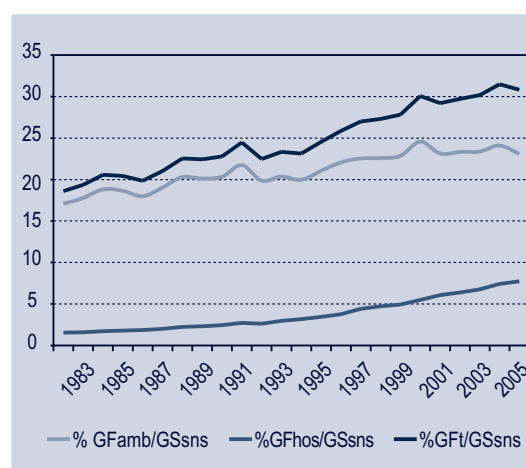
- Es un componente *importante* del gasto sanitario
- Tradicionalmente incontrolado, *aumenta* más controladamente en los dos últimos años
- Las medidas para reducirlo tomadas en España son *similares* a las tomadas en otros países de Europa,
- Presenta *un amplio rango de variación* entre las comunidades autónomas
- La tendencia de crecimiento ahora es similar al *gasto sanitario no farmacéutico público*
- Es *superior* a la media de la UE de 15 países
- La información *no es transparente*
- No se consumen *suficientes genéricos*
- La I+D de la industria farmacéutica se puede considerar *insuficiente*

- Existe un *lobby poderoso* que trata de condicionar las decisiones de las administraciones y de los políticos

2.1 Componente importante del gasto sanitario

La prestación farmacéutica (PF) del SNS está constituida por especialidades farmacéuticas, efectos y accesorios, fórmulas magistrales y vacunas inmunológicas. Se prescriben y dispensan en la asistencia ambulatoria, facturándose al SNS a través de farmacias, o bien se prescriben y se administran en hospitales considerándose un gasto propio de los mismos.

Gráfico 1. Gasto farmacéutico en el SNS como porcentaje del gasto sanitario SNS en el período 1982-2005



Nota: % GFamb/GSsns: porcentaje que representa el gasto farmacéutico ambulatorio en el gasto sanitario del SNS; % GFhos/GSsns: porcentaje que representa el gasto farmacéutico de hospital en el gasto sanitario del SNS; % GFt/GSsns: porcentaje que representa el gasto farmacéutico del SNS (incluye ambulatorio y hospitalario) en el gasto sanitario del SNS

Como gasto farmacéutico se ha considerado tradicionalmente lo que corre a cargo del SNS ambulatoriamente (GFamb), mientras no se ha considerado el copago realizado por los usuarios de las prescripciones

ambulatorias, ni el gasto farmacéutico a través de hospitales (GFhosp). En este trabajo, gasto farmacéutico del SNS (GFsns) se considerará la suma de GFamb y GFhosp.

El gasto farmacéutico ambulatorio en el SNS, supuso en 2005 unos 10.051,4 millones de euros (1,67 billones de pesetas), mientras que se podría estimar un GF en hospitales de 3.366 millones de euros (0,56 billones de pesetas) en el mismo año, lo que supondría un gasto farmacéutico del SNS aproximado de unos 13.417,6 millones de euros (2,2 billones de pesetas), que representan más de un 30% del gasto sanitario del SNS.

Si se examina lo que representa el gasto farmacéutico del SNS (GFsns) con relación al gasto sanitario (GSsns), se observa que se incrementa a lo largo del período estudiado, pasando desde un 19,4% en el año 1983 a más de un 30% en 2005, es decir, llega a representar casi un tercio del gasto sanitario, sin duda uno de los más elevados de la Unión Europea, situándose próximo al rango propio de los países en vías de desarrollo.

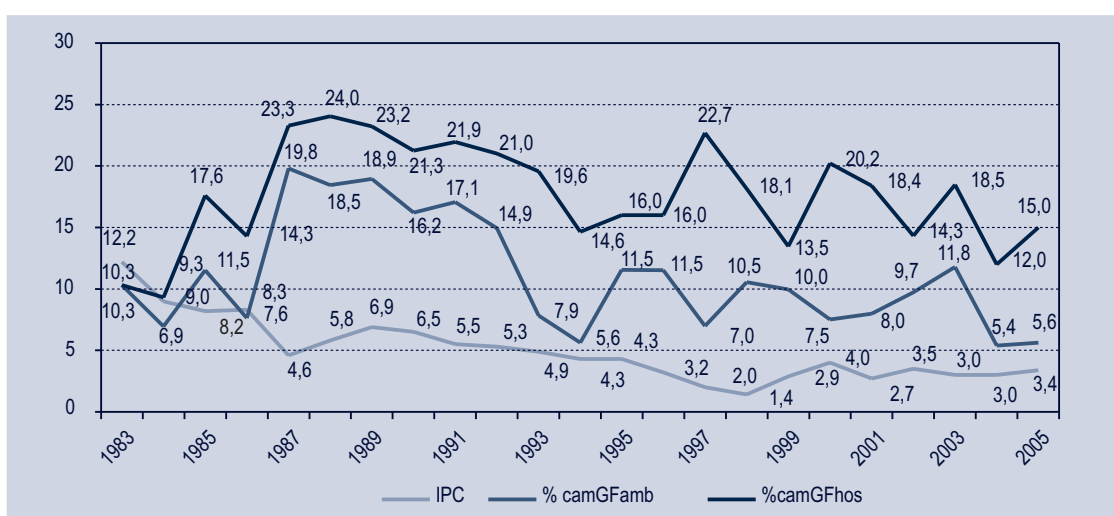
2.2 Tradicionalmente incontrolado, aumenta más controladamente en los dos últimos años

Parece que el incremento interanual del gasto farmacéutico ambulatorio del SNS va disminuyendo (12% en 2003/2002), (6,4% en 2004/2003), (5,6% en 2005/2004).

Si se examinan durante los últimos años los incrementos interanuales del gasto farmacéutico ambulatorio (incremento interanual GFamb) en el SNS y se comparan con la tasa anual del Índice de Precios al Consumo (IPC), expresado como razón (incremento interanual GFamb/IPC), se puede observar:

- Período 1983-1986: el incremento interanual del GFamb es parecido e incluso menor que el IPC
- Período 1987 a 1992: la razón presenta un rango de 2,5 a 4,3
- Período 1993 y 1994: la razón se modera (1,3-1,6)

Gráfico 2. Incremento interanual de Gasto Farmacéutico ambulatorio y hospitalario, y del IPC en el período 1983-2005



Nota: % cambGFamb: porcentaje de cambio interanual del gasto farmacéutico ambulatorio público; IPC: Índice de Precios al Consumo; % cambGFhos: porcentaje de cambio interanual del gasto farmacéutico de hospital

- Período 1995-2003: la razón se descontrola con un máximo (7,5) en 1998 y un rango de 1,9-7,5 que es superior al primer período
- Período 2004-2005: la razón se modera (1,7-1,8)

Las medidas establecidas en 2004-05, han moderado temporalmente el crecimiento, pero en un tiempo, podrían ser reabsorbidas por un deslizamiento de la prescripción hacia fármacos más costosos no afectados por los precios de referencia ni por genéricos.

Si se considera el GF hospitalario, todavía está creciendo más, además, con un factor de preocupación adicional, al no ser un proceso transparente no se puede estudiar de forma global ni considerar los factores que influyen en el mismo.

2.3 Las medidas para reducir el gasto farmacéutico tomadas en España son similares a las tomadas en otros países de Europa

La moderación del incremento en España se ha considerado suficiente e importante, pero se debe considerar este aspecto dentro de un contexto europeo y como indicativo de las medidas tomadas por otros países europeos se puede tomar como referencia las ventas de medicamentos en farmacia en los cinco países líderes en la UE. En 2005 el crecimiento medio en los cinco países líderes en la UE en los 12 meses anteriores incluyendo noviembre 2005 ha sido del 3%, y España con un 6% es el segundo por crecimiento (Reino Unido con -3%, Italia con -1%; Francia 5%; Alemania 7%) y en 2004 fue el país junto con el Reino Unido que ha tenido un crecimiento mayor, el crecimiento medio de 2004 fue de un 4%, y España con un 7% de incremento estuvo junto con Reino Unido en cabeza (6). Se pueden citar medidas tomadas por estos países.

Alemania ha incluido productos patentados dentro de su esquema de precios de referencia, se pueden agrupar con genéricos considerados terapéuticamente equivalentes, con tasas de reembolso similares. La medida que más efecto ha tenido —1.500 millones de euros— es la aplicada en 1 de enero de 2004 y que supuso un descuento del 16% a los fondos estatutarios del seguro sanitario (Krankenkassen) para los medicamentos que no están sujetos a los precios de referencia. El descuento se reduciría hasta el 6% en 2005.

Bélgica, bajadas de precio de medicamentos (consolidados, genéricos y de copias) y cambios de reembolso a partir del 1 de julio de 2005. La regla general es estimular la prescripción de medicamentos menos caros y de reservar los medicamentos más recientes y por tanto más caros, a los tratamientos para los cuales no existen alternativas en el mercado.

Francia, se establecieron devoluciones por la industria en función del crecimiento que superara el 3% marcado por la Administración sanitaria, a estas devoluciones se debe la mitad de los 930 millones de euros asignadas a las medidas de contención. El gobierno francés forzó (2004) a las compañías farmacéuticas a convenir una petición de cortar el gasto en medicamentos de prescripción por 2 mil millones de euros en los tres años próximos.

Italia, en 2004 se aplicó un descuento del 6,8% que afectaba a los productos reembolsados, excepto los de uso hospitalario y los que están sujetos a los precios de referencia. Este descuento supuso unos 247 millones de euros en 2004. Con efectividad desde el 26 de junio de 2004, el Gobierno italiano publicó un decreto que obligaba a fabricantes farmacéuticos a compensar el 60% de los gastos farmacéuticos no presupuestados para 2004. Esto sería alcanzado con un nuevo, inmediato corte de precios de los medicamentos (PVL) del

6,8%, que se aplicaría hasta que se obtengan los ahorros equivalentes al 60% de los gastos farmacéuticos no presupuestados.

Reino Unido, el esquema farmacéutico de regulación de precios (PPRS) limita el precio de los medicamentos de prescripción prescritos en el NHS. El PPRS se renegocia cada cinco años y un nuevo acuerdo comenzó el 1 de enero de 2005. Las compañías de medicamentos con ventas de medicamentos de prescripción de marca al NHS por encima de 1 millón de libras en 2004 fueron requeridas a reducir los precios por el 7% y después de eso, ningún precio podría aumentar antes del 31 de diciembre de 2005. Adicionalmente, el 1 de abril de 2005 el Departamento de Salud (DH) ha reducido el precio de medicamentos de la Drug Tariff, se espera que esto libere 300 millones de libras en 2005/06 hacia la financiación del nuevo contrato nacional con las farmacias y las reducciones de precio deberían tener un impacto en la factura de medicamentos.

2.4 Presenta un amplio rango de variación entre las comunidades autónomas

El gasto farmacéutico por persona protegida y año por comunidades autónomas (excluido Ceuta y Melilla) presenta una amplia variabilidad que se podría representar por la razón entre la máxima y la mínima cantidad, que puede observarse que aumenta.

Año	Euros/cápita	Rango	Razón
2002	190,6	145,0-225,2	1,55
2003	209,1	158,7-246,7	1,55
2004	220,2	167,4-261,2	1,56
2005	232,6	176,1-278,9	1,58

Si se midiera por la variación en el incremento interanual del gasto farmacéutico ambulatorio en el período 1998-2005 el menor porcentaje de incremento inter-

Cuadro 1. Incrementos interanuales (% incr) en gasto farmacéutico ambulatorio, por autonomía y SNS

Entidad Gestora/ Servicio Salud	% incr 1998/97	% incr 1999/98	% incr 2000/99	% incr 2001/00	% incr 2002/01	% incr 2003/02	% incr 2004/03	% incr 2005/04
Andaluz	8,93	6,85	7,29	6,92	8,42	10,27	6,13	2,70
Canario	11,50	11,74	8,84	10,29	10,92	15,88	8,41	8,40
Catalán	10,31	9,96	7,49	5,64	9,51	12,23	4,60	4,30
Gallego	12,66	12,14	7,40	9,06	8,99	10,27	5,02	6,60
Murciano	--	--	--	--	--	14,67	10,56	8,70
Navarro	11,66	11,47	7,21	7,82	12,76	12,25	6,18	6,70
Vasco	12,13	11,77	8,82	5,50	6,85	9,49	6,38	7,80
INSALUD	10,61	10,02	7,20	9,17	--	--	--	--
SNS	10,51	9,95	7,52	7,93	9,89	12,15	6,40	5,63
Rango	8,93-12,66	6,85-12,14	7,20-8,84	5,50-10,29	6,85-12,76	9,49-15,88	4,60-10,56	2,70-8,70

Nota: en negrita los mayores incrementos interanuales, en cursiva los menores

anual del gasto farmacéutico corresponde al Servicio Andaluz de Salud y al Vasco (tres años cada uno); y el máximo porcentaje de incremento interanual al Servicio Canario de Salud (tres años) y el Gallego y Murciano (dos años), siendo sorprendente que en 2005/2004 sea cuando la razón entre los extremos del rango es mayor ($8,7/2,7 = 3,2$).

2.5 La tendencia de crecimiento ahora es similar al gasto sanitario no farmacéutico publico

Sería esperable que el crecimiento del gasto sanitario no incluyendo el farmacéutico fuera similar al gasto farmacéutico, y esto es lo que ocurre en el período 1983-2005.

Sin embargo, un análisis en el período 1983-2003 indicaba que la tendencia del porcentaje de cambio del gasto sanitario no farmacéutico (SNS) tendía a decrecer mas rápidamente que el porcentaje de cambio del gasto farmacéutico (SNS). Es decir, había habido una contracción del crecimiento interanual, paralelo a la contracción del IPC, pero esta contracción era mucho mayor en el gasto sanitario no farmacéutico que en el farmacéutico.

Por tanto, se puede decir que ha cambiado la tendencia como consecuencia de la moderación de los dos últimos años.

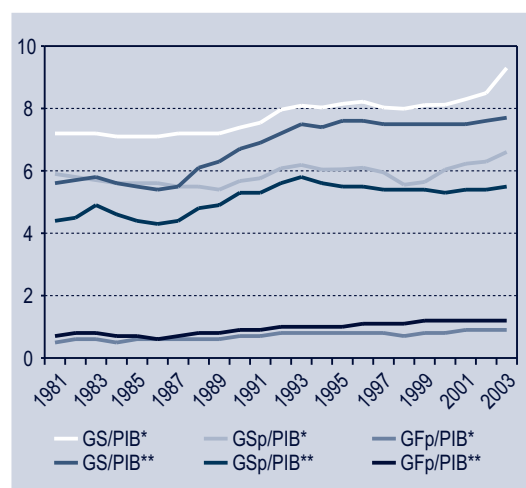
2.6 El gasto farmacéutico público es superior a la media de la UE de 15 países

El gasto sanitario total en España representaba, según la OCDE para el año 2003, el 7,7% del PIB (1.835 dólares per cápita, ajustados a poder paritario de compra), el gasto sanitario público un 5,5% del PIB (1.306 dólares per cápita), el gasto farmacéutico público el 1,2 del

PIB (295 dólares per cápita). La media de los países de la UE presentaba un gasto sanitario total 8,7% del PIB; gasto sanitario publico 6,4% del PIB; el gasto farmacéutico público el 0,9 del PIB (2.448,4 dólares per cápita gasto sanitario total, 1.842,8 dólares per cápita gasto sanitario público, y 252,8 dólares per cápita gasto farmacéutico público) (Eco-Salud OCDE 2005).

Con estos datos, España se sitúa por debajo de la media de los países de la UE-15 en todo menos en gasto farmacéutico público en que se sitúa por encima.

Gráfico 3. Gasto sanitario total, público y farmacéutico público con relación al PIB (%) en España y media de la UE-15



* Media UE

** España

Fuente: Eco-Salud OCDE 2005

2.7 La información no es transparente

La disponibilidad y accesibilidad de los datos es fundamental para que pueda hablarse de transparencia. Ya se ha hablado de lo importante que fue el Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, porque puso disponibles datos que no lo estaban. En todo

lo referido a gasto farmacéutico hay datos fácilmente accesibles y otros de difícil o imposible acceso.

Así y como ejemplos, no es posible saber fácilmente:

- Cuanto es el gasto farmacéutico en los hospitales, para internados y para ambulatorios global y por comunidades autónomas
- Cuantos genéricos se consumen global y por comunidades autónomas
- Cuantos genéricos hay realmente comercializados y sus precios

Además, cada interlocutor utiliza las cifras sin referencias de la forma que más favorezca sus posiciones. Se puede poner un ejemplo con el cuadro 2.

Cuadro 2. Consumo de genéricos 2003 en porcentaje con relación a diferentes mercados

	Envases	Valores
% genericosSNS/medicamentosSNS	8,9	6,2
% genMercPres/medicamentosMercPres	6,6	4,8
% genMercTot/medicamentosMercTot	5,9	4,7
%genSNS/medicamentosMercPres	6,2	4,8
%genSNS/medicamentosMercTot	5,5	4,6
Rango	5,5-8,9	4,6-6,2

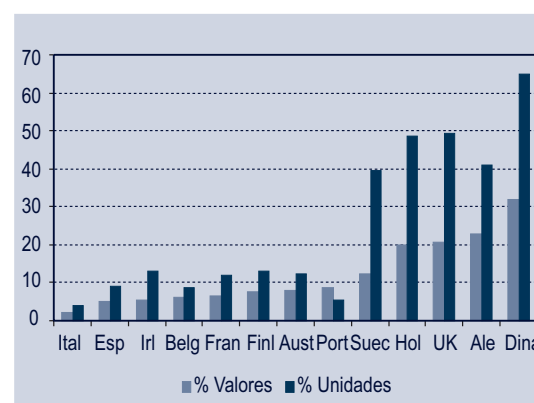
Sobre consumo de genéricos en envases como porcentaje se puede hablar desde un 5,5 a un 8,9%. Al interlocutor que le interesa resaltar el bajo consumo toma la cifra baja y al que le interesa resaltar lo que ha crecido habla de la alta, sin referencias adicionales.

La información existe, pero hay barreras a la transparencia libre y gratuita (es paradójico que deba adjetivar la transparencia). Eso sí, si se pagan muy elevadas cantidades se tiene acceso a información de compañías con sistemas muestrales, que no estorban, siempre que los censales y gratuitos de las Administraciones estén disponibles.

2.8 No se consumen suficientes genéricos

- El consumo de genéricos depende de aspectos relativos a la demanda o política sanitaria y a la oferta de genéricos
- El mercado es muy sensible a las decisiones políticas y de cómo se actúe sobre el control presupuestario del gasto farmacéutico
- La penetración de genéricos depende de la cantidad de genéricos comercializados y de la imagen de calidad ante prescriptores, dispensadores y consumidores

Gráfico 4. Porcentaje que representa el consumo de genéricos en valores y envases con relación al mercado general en UE-15 en 2004 (7-9)



Fuente: EGA Generic Market Shares across Europe in 2004. <http://www.egagenerics.com/>

Cuadro 3. Consumo de genéricos en España del 2001 al 2005

Año	MercTotal % valores	MercTotal % unidades	MercPrescr % valores	MercPrescr % unidades	MercSNS % valores	MercSNS % unidades
2001	3,3	3,4	-	-	4,9	5,5
2002	3,6	4,5	3,7	5,1	5,4	7,0
2003	4,3	5,9	4,4	6,6	6,2	8,9
2004	4,7	8,0	5,0	9,1	6,5	11,0
2005	5,4	9,4	5,7	10,5	7,5	13,8

Identificar las cifras de consumo de genéricos, es difícil, complicado y las cifras que se obtienen son poco fiables. Nadie parece tener mucho interés en que se conozcan los datos reales.

Teniendo en cuenta las limitaciones indicadas se incluye en el cuadro 3 una aproximación a la realidad, que seguramente se deberá modificar más adelante. Este tipo de series las denomino series orwellianas, como homenaje a George Orwell y su "1984".

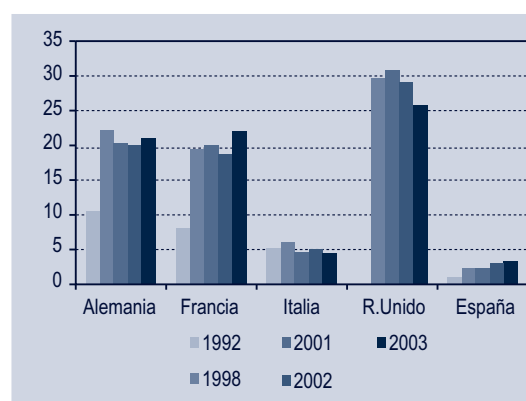
2.9 La I+D de la Industria Farmacéutica se puede considerar insuficiente

Lo que representa el gasto de I+D en España con relación al gasto de I+D en países líderes en Europa (3,36 %, 2003), es muy inferior a lo que representa el gasto total en medicamentos (10,22%) y el gasto publico en medicamentos (9,82%) en España con relación al respectivo gasto en estos países (6,7). Es decir contribuimos al gasto en medicamentos en la UE-15 tres veces más que en I+D (9,10).

La comparación con Alemania, Francia, Italia y Reino Unido, de lo que representa el porcentaje de investigación con relación a la media de la UE de 15 países (a

excepción de Portugal, Grecia y Luxemburgo), nos sitúa en el último puesto y con gran diferencia.

Gráfico 5. I+D de 4 países y España en % con relación a I+D de UE-15 (menos Portugal, Grecia y Luxemburgo) en el período 1992-2003



2.10 Existe un lobby poderoso que trata de condicionar las decisiones de las administraciones y de los políticos

Para condicionar favorablemente a sus intereses, la legislación de medicamentos de prescripción de Medicare que obtendrá sus fondos a expensas de los contribuyentes de EEUU, la industria farmacéutica, las HMO e intereses relacionados gastaron casi 141 millo-

nes de dólares en Washington haciendo lobby en 2003. Las compañías farmacéuticas, las HMO, sus asociaciones comerciales y bufetes de abogados financiados por la industria, desplegaron por lo menos a 952 lobistas para hacer su presión en el Capitolio y la Casa Blanca (11).

Cerca de la mitad de todos los lobistas contratados por las compañías de medicamentos, los HMO e intereses relacionados trabajaron previamente para el Gobierno Federal: 431 lobistas que trabajaban para la industria de medicamentos o los HMO —el 45 por ciento de todos sus lobistas— han hecho girar la puerta entre la calle K y el Gobierno Federal, dejando sus trabajos en el Gobierno por posiciones de lobby lucrativas. Entre esos lobistas estaban 30 antiguos senadores y representantes —18 republicanos y 12 demócratas— de EEUU.

No debe pensarse que esto es exclusivo de EEUU (12-14), es más, diría que allí se sabe de forma exhaustiva lo que se gasta en lobby y los que actúan como lobistas, porque hay obligación de registrar estas actividades.

En España ocurren cosas similares con la única diferencia de que no se sabe lo que se gasta en lobby y quienes formalmente son los lobistas, aunque es fácil (a los conocedores de este campo) identificar los numerosos ex-cargos de ministerios del ramo, que ocupan puestos relevantes en la industria farmacéutica, en su organización empresarial, en las fundaciones de la industria farmacéutica, y que se podría sospechar que su función más importante es el lobby (como el "¿qué se debe?" ante la concesión de un premio literario, de Josep Pla).

Como puede imaginarse, no hay escasez de lobistas poderosos en el ámbito de la salud en Washington o en Madrid. La industria farmacéutica parece que no ahorra costes ni esfuerzos cuando se trata de influenciar a políticos y miembros de las administraciones.

Parangonando lo que dijo la Ministra alemana de Salud, Ulla Schmidt, en su intervención sobre "Health Policy and Health Economics in Germany", en Washington, DC, en enero de 2006 *"As you can well imagine, there is no shortage of powerful health lobbyists either in Washington or in Berlin. The pharmaceutical industry, in particular, spares neither costs nor efforts when it comes to influence politicians."*, (15).

El lobby (grupo de presión, cabildeo) debe ser controlado y mantenido en un nivel cuanto más bajo mejor y tratar de aprobar una reglamentación que obligue al registro de lo que se gasta y de quién lo ejerce.

El requisito previo es que los que hacen las políticas no permitan que sus buenas intenciones iniciales sean manipuladas y modificadas por los lobistas (cabilderos).

No se trata de quién lo hace correcta o incorrectamente, se trata de *qué es lo correcto*.

Sobre los temas de corrupción es suficiente leer el Informe Global sobre la Corrupción 2006 (elaborado por Transparencia Internacional), que recoge una visión sobre la corrupción en el contexto internacional, tanto a un nivel general, como a nivel individual en más de 45 países (Informe específico sobre España); el Informe de este año presenta, además, una proyección específica sobre la corrupción en el ámbito de la Sanidad (16).

3. Retos de futuro. Se podrían introducir políticas que consolidara la prestación farmacéutica sin modificar cualitativamente la misma

- Afectando a la financiación pública selectiva de nuevos medicamentos
- Afectando a los genéricos

- Afectando a los precios de referencia
- Afectando a las cantidades destinadas a publicidad y promoción
- Afectando a la formación continua, y la investigación clínica aplicada
- Afectando al copago

3.1 Afectando a la financiación pública selectiva de nuevos medicamentos

Aplicación estricta de los criterios de eficiencia a la financiación pública de nuevos medicamentos.

No se financiaría ningún nuevo medicamento que se pueda asignar a un determinado subgrupo terapéutico en el que existan otros productos relacionados químicamente y con similares indicaciones, y que no presenten ventajas significativas en su eficiencia con relación a los existentes, conocidos y de referencia.

Romper el círculo perverso: La Administración aprueba la financiación, la Administración presiona para que no se prescriba por los médicos de Atención Primaria gran parte de lo aprobado.

Por ejemplo, se aprueba la comercialización de un nuevo IECA (tipo enalapril), que tiene una eficiencia que no es diferente significativamente de los existentes:

- Se puede *denegar* la financiación por el SNS porque lo único que aportará será ruido y presión para su prescripción
- Se podría aprobar su financiación por el SNS siempre que se acepte un precio inferior al del grupo de referencia o como máximo su mismo precio

El proyecto de ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios (en lo sucesivo el proyecto de ley) define el procedimiento para la financiación pública del SNS (selectiva); aunque podría mejorarse, hablar con mayor claridad del criterio de eficiencia (coste-efectividad o coste-utilidad).

3.2 Afectando a los genéricos

- Aumentar muy significativamente el número de medicamentos que pueden comercializarse como genéricos y que no lo están, entendiendo que su contribución sea significativa en la reducción del gasto

- Hacer muy visible su calidad, bioequivalencia y control postcomercialización. Actuar proactivamente asegurando fuera de toda duda la calidad de los genéricos

- La promoción del uso de medicamentos genéricos tiene un impacto importante en la reducción del gasto farmacéutico al fomentar una utilización eficiente. La utilización de medicamentos genéricos con la reducción que producen, permite que una parte del gasto farmacéutico sirva para financiar nuevos productos innovadores

- El proyecto de ley incluye una nueva denominación diferente a la establecida, EFG (especialidad farmacéutica genérica) se quiere transformar en "equivalente farmacéutico genérico", esto va a originar confusión y en mi opinión no es positivo

- También el proyecto de ley avala el nacimiento de genéricos con nombre de fantasía, esto es una contradicción intrínseca, una de las dos propiedades (educativa y económica) del genérico es que su nombre equivalga al de la literatura biomédica, al nombre con el que se escriben artículos científicos y figura en la información sin fines lucrativos

Eliminar al máximo el período desde cese de patente a comercialización de genéricos. Transposición urgente a la legislación nacional del nuevo paquete legislativo de la UE que establece: *"8 años exclusividad de datos + 2 años exclusividad de mercado + 1 año si es aprobada nueva indicación en 8 primeros años después registro"*. En términos prácticos, esto significa que una solicitud de autorización para la comercialización de un genérico puede realizarse después del año 8, pero que el producto no se puede comercializar hasta después del año 10 u 11. (Reglamento 726/2004 de 11/03/04, Diario Oficial n° L 136 de 30/04/2004; Directiva 27/2004/CE, Diario Oficial n° L 136 de 30/04/2004)

Está ya incluido en el proyecto de ley, pero se va con mucho retraso respecto a lo previsto en la UE, que obliga a la transposición antes de final de octubre de 2005. Falta aprobar la ley y aprobar normas de aplicación de la misma.

Un reto importante de futuro es la cristalización de los biogénicos (eritropoyetina, hormona humana del crecimiento, insulina humana, beta-interferón, alfa-interferón, etc.) que supondría un importante ahorro en el gasto farmacéutico. Debido a la complejidad de muchos de estos productos y de los costes implicados en desarrollar las versiones biosimilares, se estima que sólo un número reducido de compañías de genéricos provean estos productos. Por lo tanto llevará un cierto tiempo para que estén disponibles para los pacientes (17).

3.3. Afectando a los precios de referencia

Desarrollar al máximo los precios de referencia, se establece el precio de referencia para todas las especialidades de la misma composición a los que se exige que sean bioequivalentes.

Tan pronto existan comercializados genéricos de un determinado principio activo, establecer un nuevo conjunto homogéneo. Incluso trasladar lo que ha hecho Alemania, que ha incluido productos patentados dentro de su esquema de precios de referencia, los productos se pueden agrupar con genéricos considerados terapéuticamente equivalentes, con tasas de reembolso similares.

3.4 Afectando a las cantidades destinadas a publicidad y promoción

- Transparencia fiscal, recorte drástico del gasto inadecuado y de gastos suntuarios, etc. El control de la promoción transparente y la supresión de la no transparente van a determinar la racionalidad de la prescripción. Se puede reducir a la mitad el margen dedicado a promoción y publicidad en los precios de los nuevos medicamentos

- La financiación de congresos y reuniones con gastos suntuarios no tienen sentido y parecería que están en contra de normas de conducta ética (<http://www.nofreelunch.org>)

- Reducir la financiación de las revistas médicas y farmacéuticas (más de 200 existentes), algunas que dudosamente se pueden considerar científicas

- La visita médica personalizada, no implica un sistema de información sobre medicamentos científica y contrastada, más bien una creación de lazos y dependencias

¿No sería mejor un sistema que obligara a una presentación colectiva, tipo sesiones clínicas y/o científicas, en que se destinan unas horas a la semana y los laboratorios presentarían a la colectividad médica sus nove-

dades y evidencias, y se sometieran a las preguntas que se formularan?

3.5 Afectando a la formación continua, y la investigación clínica aplicada

Las Administraciones Sanitarias deberían financiar la formación continuada, la participación a congresos y reuniones científicas y la investigación clínica aplicada.

- Financiar un plan de formación continuada al que pudieran acceder todos los profesionales sanitarios con necesidades de formación continuada
- Financiar la participación a congresos, con exigencias de comunicación científica y no más que lo que se gastaría si lo pagase de su bolsillo el participante
- Financiar la investigación clínica aplicada, con revisión por expertos

El modelo establecido en el proyecto de ley de que *la investigación en el ámbito de la biomedicina y el desarrollo de políticas de cohesión sanitaria y programas de formación para facultativos médicos y farmacéuticos y de educación sanitaria de la población, depende de los descuentos calculadas en función del volumen de ventas de los laboratorios al Sistema Nacional de Salud*; no parece el mejor, porque cuanto más se prescriba más investigación y formación se financia. La comunidad autónoma que más gaste tendría más derecho a recibir más parte del pastel. Parecería más adecuado que la investigación y formación se financien con los Presupuestos Generales del Estado y los descuentos vayan al Tesoro Público, no hacer depender lo uno de lo otro.

3.6 Afectando al copago

El proyecto de ley, formula principios para modular el copago de medicamentos y productos sanitarios, manteniendo la regulación homogénea de este tema para todo el SNS por parte del Gobierno. Introducir la posibilidad de modular copagos implica que es posible modificar e introducir copagos.

Los copagos no son equitativos, afectan más a los que tienen menos, introduciendo barreras económicas a su acceso a los servicios sanitarios, y como instrumento adicional de financiación del Sistema Nacional de Salud son injustos.

Si la financiación procedente de copagos ha de representar una cuantía significativa, no contribuirá más el que tiene más, si no el que está más enfermo, y la financiación del SNS dejará de ser equitativa.

Por lo que respecta a la llamada conciencia de coste, no existe evidencia empírica alguna de que un copago meramente simbólico cree esta conciencia, ni que ésta —en ausencia de coste real significativo— afecte a la demanda de servicios sanitarios.

El papel de los copagos en disminuir el gasto disminuyendo la demanda es muy limitado: la parte más costosa de la demanda de servicios sanitarios no es la decidida directamente por el paciente, sino por el médico como agente suyo.

Los copagos que pretenden el control del gasto sanitario global, en realidad no lo reducen, sino que trasladan los costes a los pacientes.

Bibliografía

1. Iñesta García A. Políticas de medicamentos. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Madrid: Ariel; 2005. p.131-63.
2. Iñesta García A. Políticas del medicamento. En: Repullo JR, Iñesta A, editores. Sistemas y Servicios Sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2006 p. 335-81.
3. Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. BOE de 31/12/2004 - Sección I. Páginas: 42819 - 905.
4. Informe del Grupo de trabajo de Análisis del Gasto Sanitario [consultado 9 marzo 2006] Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf>
5. Proyecto de ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOCG. Congreso de los Diputados Núm. A-66-1 de 16/12/2005 Pág.: 1-55.
6. IMS Retail Drug Monitor, November 2005 [cited 2006 March 9]. Available from: http://www.imshealth.com/vgn/images/portal/cit_40000873/27/14/76875212IMS%20Retail%20Drug%20Monitor%20November2005.pdf
7. England Key Facts - 2003. [cited 2006 March 9]. Available from: <http://www.britishgenerics.co.uk/bgma.htm>
8. AMAR E. Les dépenses de médicaments remboursables en 2004. Études et Résultats, Drees, n° 404, juin 2005. [cited 2006 March 9]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er404/er404.pdf>
9. The Pharmaceutical Industry in Figures - 2005 Update. [cited 2006 March 9]. Available from: http://www.efpia.org/6_publ/default.htm
10. The Pharmaceutical Industry in Figures - 2002, 2003, 2004 Update. [cited 2006 March 9]. Available from: http://www.efpia.org/6_publ/archives.htm
11. The Medicare Drug War: Drug Companies and HMOs Led an Army of Nearly 1,000 Lobbyists to Promote Misguided Legislation and Increase Profits. Congress Watch, Jun 22, 2004. [cited 2006 March 9]. Available from: http://www.citizen.org/congress/reform/rx_benefits/drug_benefit/articles.cfm?ID=11852
12. Collier J. Big pharma and the UK Government. The Lancet. 2006;367:97-98
13. The Influence of the Pharmaceutical Industry. Fourth Report of Session 2004-05 Volume I y II. Report, together with formal minutes Ordered by The House of Commons to be printed 22 March 2005 [cited 2006 March 9]. Available from: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf>, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42ii.pdf>
14. Government Response to the Health Committee's Report on the Influence of the Pharmaceutical Industry cited 2006 March 9]. Available from:

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/86/08/04118608.pdf>

15. Schmidt U (German Health Minister). Health Policy and Health Economics in Germany. In: The American Model and Europe: Past -Present - Future. Friedrich Ebert Foundation, Washington, DC, on January 27, 2006. [cited 2006 March 9]. Available from: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_617014/EN/Health/health-policy,param=.html

16. Transparencia Internacional. Informe Global sobre la Corrupción 2006 [consultado 9 marzo 2006]. Disponible en: <http://www.transparencia.org.es/>

17. Bertholet B. Biosimilaires: un nouveau cadre légal plus favorable au développement. *Biotechnologies & Finances*. 2005; (243):4-6.

18. Mossialos E, Mrazek M, Walley T (ed.). *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2004.

19. Walley T, Mrazek M, Mossialos E. Regulating pharmaceutical markets: improving efficiency and controlling costs in the UK. *Int J Health Plann Manage*. 2005 Oct-Dec;20(4):375-98.

20. Mossialos E, Oliver A. An overview of pharmaceutical policy in four countries: France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom. *Int J Health Plann Manage*. 2005 Oct-Dec;20(4):291-306.



> Gasto público sanitario. Racionalización

Ponencia

> D. Jaime Rabanal García

*Licenciado en Ciencias Económicas
por la Universidad de Santiago*

*Especialista en dirección estratégica
por la Universidad Politécnica de
Valencia*

*Gerente del Hospital General Prin-
cesa Sofía de León (1984-1993)*

*Ocupa diversos cargos en el Hos-
pital de León de 1994 a 2000*

*Director General de Presupuestos
y Patrimonio de la Consejería de
Hacienda del Principado de Asturias
(marzo-septiembre de 2000)*

*Consejero de Hacienda del Princi-
pado de Asturias (2000-2003)*

*Consejero de Economía y
Administración Pública del Princi-
pado de Asturias (2003 hasta la
actualidad)*



En las sociedades modernas la prestación de un servicio público fundamental como la Sanidad constituye, sin lugar a dudas, uno de los aspectos que más preocupa a los ciudadanos. Por este motivo, la provisión de dicho servicio y su financiación es y debe ser un elemento de especial atención por parte de los poderes públicos.

En el caso concreto de España, el sistema sanitario arroja resultados muy positivos en términos de salud de sus ciudadanos. Sin embargo, es necesario resaltar que, a pesar de que el gasto sanitario en relación con el PIB es inferior a la media de los países de la OCDE, teniendo en cuenta su evolución en los últimos años, existe una preocupación creciente por su sostenibilidad.

Hoy en día el concepto de salud, tal y como señala la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe entender como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. En el marco de esta definición, está claro que la medicina juega un papel fundamental porque es determinante en la calidad y esperanza de vida de los ciudadanos, ya que es uno de los factores explicativos. Un buen ejemplo de ello se muestra en la experiencia de los países avanzados de nuestro entorno donde, con carácter general, la esperanza de vida es superior en aquellos que realizan mayor gasto sanitario per cápita y donde la población disfruta, en consecuencia, de mejores condiciones de vida y mayor número de años saludables.

Sin embargo, siendo esto cierto, valorar únicamente la bondad de un sistema sanitario en función de la cuantía del gasto público conllevaría a prescindir de otros importantes factores explicativos del estado de salud de la población, puesto que la experiencia demuestra que el gasto sanitario no da respuesta a todas las diferencias existentes ni en la esperanza de vida de los ciuda-

danos ni entre los diferentes países. El seguimiento de hábitos saludables o la renta per cápita de los ciudadanos son dos aspectos que desempeñan un papel fundamental en este sentido y que deben ser valorados.

En definitiva, existe un determinado nivel de gasto sanitario por encima del cual más gasto no implica mayor eficiencia ni una mejor obtención de resultados en términos de satisfacción y estado de salud de la población.

Salud y servicios sanitarios

Todo lo anterior, lleva a plantear una distinción fundamental para poder dar respuesta a la pregunta de qué sanidad queremos: la diferencia entre salud y servicios sanitarios.

Hay que distinguir claramente la calidad de la asistencia prestada desde el punto de vista técnico del conjunto de comodidades que rodean dicha asistencia y que en definitiva determinan la valoración que los ciudadanos van a realizar sobre el servicio recibido. Es posible que la asistencia sanitaria proporcione un adecuado estado de salud a la población (entendido como ausencia de enfermedades) y que, sin embargo, los ciudadanos no perciban estos servicios como adecuados. En estos casos, el proceso productivo no consigue satisfacer la demanda.

Por tanto, habría una cuestión que dilucidar: ¿es necesario aumentar el gasto sanitario para alcanzar el nivel de los países que más gastan? No necesariamente. Esta es una afirmación que se ha de tratar con sumo cuidado, ya que no es lo mismo la salud que los servicios sanitarios y más gasto no siempre se traduce en mayor nivel de bienestar, puesto que la productividad marginal de cada euro adicional gastado con tal fin es decreciente, es decir, a partir de un máximo, mayor gasto no implica mejores resultados.

Al hablar de servicios sanitarios se habla de expectativas de los ciudadanos, no se trata tanto de proporcionar un determinado nivel de salud como de satisfacer la demanda de la población, y éste es un aspecto importante a tener en cuenta desde el punto de vista de la provisión de los servicios. La demanda debe enfocarse en los términos que señala la economía de la salud, por lo cual algunas de las preguntas para plantearse son: ¿qué nivel de servicios se quiere?, ¿cuáles son los problemas de salud que se quieren resolver?, ¿qué nivel de calidad se busca? o ¿hasta dónde se está a dispuesto a pagar?... Y es que el mercado sanitario no debería diferir a este respecto de cualquier otro mercado: existe una demanda definida por los ciudadanos y la finalidad del oferente debe ser dar respuesta mediante procesos productivos a aquello que la población demanda.

Desde esta perspectiva, los principales retos no se centran tanto en temas puros de salud como en aspectos de cómo se producen los servicios, de cómo los ciudadanos perciben que se prestan los servicios sanitarios, elemento que en última instancia determina el estado de salud de la población, tal y como afirma la Organización Mundial de la Salud.

Con esta óptica, adquieren especial relevancia elementos que, en principio, no constituyen el núcleo fundamental de los servicios sanitarios desde un punto de vista teórico. Como muestran las últimas encuestas publicadas, cuando se pregunta a los ciudadanos sobre la bondad de la asistencia sanitaria estos tienen en cuenta la calidad técnica, pero también valoran muy positivamente todos los aspectos que la rodean: la accesibilidad, la inexistencia de listas de espera, la rapidez en la consulta, las posibilidades de elección, la información recibida, la relación personal entre médico y paciente, el trato recibido del resto de personal (amabilidad, interacción) o la privacidad y el secreto médico.

Es decir, a la hora de referirse a servicios sanitarios es preciso tener en cuenta todos aquellos atributos que complementan el servicio sanitario en sí mismo.

¿Provisión pública o privada?

Después de este planteamiento cabría pararse a reflexionar sobre la razón del peso dominante del sector público a la hora de prestar este tipo de servicios cuando aparentemente, podría parecer, que el sector privado sería capaz de producir estos mismos servicios de manera más eficiente, con menor coste y mayor calidad.

Sin embargo, una serie de razones impiden que el mercado lleve a cabo una asignación adecuada de los recursos en el ámbito sanitario, circunstancias que provocan que no se alcance un óptimo en términos sociales. Es, por ello, que el sector público debe intervenir como garante de la prestación de servicios en condiciones de igualdad a todos los ciudadanos.

Resulta evidente que la provisión sanitaria es un servicio que provoca externalidades positivas en la sociedad. Una población asegurada frente a contingencias es una población en la que disminuye la percepción de riesgo, lo que evidentemente provoca efectos positivos sobre la actividad económica y la cohesión social. En este sentido, la cobertura universal dota de un nivel mínimo de seguridad a los menos favorecidos con lo que permite su inclusión e integración en la sociedad. Sin embargo, la prestación de estos servicios con carácter universal puede no ser rentable para el sector privado, no alcanzándose con ello la provisión óptima de servicios desde un punto de vista social. Es decir, mientras el sector privado razona en términos de rentabilidad, la Administración debe buscar maximizar el bienestar social.

Este argumento enlaza directamente, por tanto, con el concepto de equidad; una sociedad desarrollada no

puede considerarse a sí misma como tal si no es capaz de garantizar una sanidad universal y de calidad a todos sus ciudadanos. Es evidente que esta afirmación resulta igualmente aplicable al Estado y a las comunidades autónomas, razón por la cual es preciso trabajar intensamente con el fin de mantener los mecanismos de garantía sanitaria.

Otro elemento que impide la prestación de este tipo de servicios sin intervención pública es la existencia de una asimetría en la información de que disponen proveedores y consumidores. Está suficientemente documentado cómo las diferencias de información constituyen un obstáculo para que el mercado funcione correctamente. En el ámbito sanitario el oferente, al disponer de información privilegiada, está en condiciones de crear demanda, en tanto que el paciente ha de creer a su doctor, de modo que si el servicio se presta sin intervención pública terminaría por producirse un problema de exceso de producción sanitaria. Todo ello justifica sobradamente la intervención del sector público con la finalidad de impedir estos incentivos perversos.

Además, cabe distinguir toda una serie de factores adicionales, aunque de menor importancia, que impiden la provisión privada de manera exclusiva en el ámbito sanitario: peligros como el riesgo moral y la selección adversa, que elevarían el coste de los servicios sanitarios al encarecer el precio de los seguros asociados a su provisión, o el desaprovechamiento de economías de escala en la gestión sanitaria. Toda esta serie de razones justifican la provisión pública y universal de la sanidad.

La financiación sanitaria

Una vez confirmada la necesaria provisión de los servicios sanitarios por parte del Estado y el incremento continuo de las necesidades se plantea, en primer lugar, el

problema de su financiación y la cuestión de su sostenibilidad financiera.

En el caso del Principado de Asturias, como bien es sabido, las competencias en materia de sanidad se asumen en el año 2002, año en el que también se produce la transferencia al resto de comunidades autónomas que aún no las tenían.

Se trata de una transferencia que nace con algunos inconvenientes. El primero de ellos tiene que ver con la información. Hay que tener en cuenta que los acuerdos de traspaso se toman en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas, lo que desde un punto de vista financiero supone avances importantes. Sin embargo, la culminación del proceso de transferencias y la desigualdad con que ésta se produce, tanto en la forma como en el tiempo acaba provocando una importante pérdida de información. Así, por ejemplo, desaparece la tarjeta única, no existe un sistema de información común, se pierde la homogeneidad en los datos de espera entre las distintas comunidades autónomas, a la vez que se paraliza cualquier iniciativa de obtención de información comparable.

En definitiva, con la culminación del proceso de transferencias en el ámbito sanitario se pierden las ventajas de un sistema de información centralizado, lo que imposibilita comparaciones de recursos y dotaciones entre las distintas comunidades autónomas. La ausencia de información comparable imposibilita, en última instancia, que se pueda equiparar el conjunto de sistemas sanitarios autonómicos a un único Sistema Nacional de Salud. Por tanto, si bien es cierto que la descentralización del sistema sanitario ha permitido acercar los centros de decisión al usuario y, en consecuencia, mejorar la capacidad de respuesta a las demandas de los ciudadanos, no es menos cierto que se ha complicado la

coordinación necesaria entre los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas.

Otro de los efectos derivados del proceso de transferencias ha sido el incremento del gasto sanitario durante los primeros años de gestión descentralizada. Con las transferencias, el control del gasto, ya de por sí complicado, se convirtió en un gran problema para los nuevos gestores tanto como consecuencia de la existencia de defectos del pasado como por las dificultades que supone adaptarse a la prestación de nuevos servicios. Durante esos primeros años el incremento del gasto podría considerarse preocupante, ya que se produjeron subidas muy significativas especialmente relacionadas con el capítulo de personal y, si bien paulatinamente éstas se fueron moderando, ha sido la vertiente farmacéutica la que ha impedido que el gasto global evolucione a tasas inferiores al PIB. Actualmente, parece que también dicha partida está en proceso de contención, lo que ha permitido cierta estabilización del gasto, el cual se ha incrementado en Asturias durante el año 2005 por debajo del PIB nominal. Por otra parte, si tenemos en cuenta los problemas derivados del envejecimiento de la población, que elevarán no sólo el consumo de servicios sanitarios en general sino también la demanda de medicamentos, la preocupación por la sostenibilidad del gasto sanitario parece razonable.

En cuanto a los ingresos se debe tener en cuenta que las competencias en materia de salud estaban siendo gestionadas en la mayor parte de comunidades autónomas por la Administración Central y puesto que las obligaciones de gasto estaban centralizadas, también lo estaban los recursos necesarios para financiar ese gasto público. El traspaso de dichas competencias a las comunidades autónomas debía ir acompañado, lógicamente, de unos cuantiosos recursos de los que las comunidades autónomas no disponían (recordemos que el gasto público en sanidad representa entre

el 35 y el 40% de los presupuestos de las comunidades autónomas). Pero no sólo se trata de determinar las necesidades de gasto en el momento de las transferencias sino que el Estado debe garantizar la evolución de esos recursos para permitir la prestación de servicios en iguales condiciones durante el transcurso del tiempo.

En consecuencia, cuando se cierran los traspasos no sólo se transfieren ingresos sino que además se aprueba un complejo sistema de evolución de recursos que pretendía reflejar la realidad del gasto sanitario. Aún así, transcurridos pocos años de que el nuevo sistema iniciara su andadura, se constató que los recursos facilitados a las comunidades autónomas para financiar las nuevas competencias evolucionaban claramente por debajo del gasto real, provocándose con ello importantes problemas de suficiencia.

Como resultado de lo anterior, se ha generado un déficit en la financiación del sistema por diferencias entre el gasto real y los ingresos afectados a su financiación, recogidos en el modelo de financiación de las comunidades autónomas que no sólo no se ha reducido con el transcurso del tiempo sino que se ha ido acentuando cada vez en mayor medida, y todo ello a pesar de los esfuerzos dedicados al control del gasto tanto por la Administración Central como, especialmente, por parte de los Gobiernos Autonómicos. Las tensiones presupuestarias provocadas por el gasto sanitario han terminado provocando que las comunidades autónomas se vean en la obligación de desviar recursos de otras competencias o de actuar sobre los instrumentos de que disponen para incrementar sus ingresos, cuando ya no ha sido posible detraer recursos de otros programas de gasto. Así, varias comunidades autónomas, entre ellas Asturias, ejercieron sus competencias sobre la tarifa autonómica del impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos.

El reconocimiento del problema planteado por la diferente evolución de los ingresos y del gasto real por parte de las comunidades autónomas y, sobre todo, de la Administración Central y los acuerdos adoptados en la última Conferencia de Presidentes Autonómicos celebrada en el mes de septiembre de 2005, han supuesto adoptar algunas medidas de financiación adicional por parte de la Administración Central que reducen el problema financiero planteado a las comunidades autónomas. También han permitido abordar algunas otras medidas dirigidas tanto a la racionalización del gasto como a la revisión del modelo de financiación para ajustarlo mejor a la evolución real del gasto sanitario. Estos acuerdos suponen una serie de medidas transitorias tanto de incremento de recursos como de control del gasto que pretenden aliviar, al menos temporalmente, las tensiones presupuestarias que hasta la fecha experimentaban los Presupuestos Generales de las comunidades autónomas. No obstante, la solución definitiva de los problemas sanitarios se aplaza hasta la revisión en profundidad del actual sistema de financiación autonómica, revisión donde lo fundamental es garantizar la suficiencia dinámica y la prestación de los servicios públicos en condiciones de igualdad en el transcurso del tiempo y con independencia del lugar de residencia.

En este punto cabe resaltar la diferencia existente entre déficit de financiación y resultados contables o presupuestarios. No se debe confundir la insuficiencia de los recursos con el superávit contable que pueda arrojar la gestión sanitaria de una comunidad en concreto. El superávit presupuestario no exime al Gobierno Central de proveer a las comunidades autónomas de los recursos necesarios para adoptar las competencias en materia sanitaria que se recogen en el sistema de financiación. De hecho, pueden coexistir dotación suficiente de recursos presupuestarios en la medida que, como ya se ha señalado, pueden destinarse recursos adicionales a la financiación de gasto sanitario en una comu-

nidad autónoma, superávit contable e insuficiencia de recursos en el Sistema de Financiación Autonómica.

La vertiente de los ingresos merece una última reflexión: ¿cómo se debe financiar el gasto sanitario?, ¿cuál debe ser el origen de los fondos? La postura inicial es que el conjunto de los servicios públicos deben ser, con carácter general, financiados con impuestos directos por razones de justicia e igualdad tributaria. No obstante, existen otros impuestos que también reflejan la capacidad de pago en las sociedades modernas y que no deben ser dejados de lado, más aún cuando todos estamos de acuerdo en que el origen de los recursos no debería imposibilitar la financiación del gasto. En última instancia, únicamente se trata de un problema de recursos escasos. No obstante, a la hora de fijar fuentes concretas de ingresos se debe tener en cuenta que en un país como España debe existir, por una parte, cierta homogeneidad en la imposición directa y que alterar esos niveles podría llevar a desequilibrios, a la vez que existen otras figuras tributarias ligadas al consumo que, en tanto reflejen razonablemente el principio de la capacidad de pago del sujeto pasivo, podrían resultar aconsejables desde el punto de vista del conjunto de la economía su utilización para la financiación del gasto sanitario.

Elementos determinantes del gasto sanitario

Una vez analizados los problemas surgidos por la insuficiencia de ingresos, es preciso detenerse en los elementos que determinan los costes sanitarios.

La evolución de las necesidades de gasto en el ámbito sanitario depende de toda una serie de factores, entre los que destacan aspectos poblacionales como el envejecimiento y cuestiones físicas como la dispersión de la población, la orografía o la insularidad, todo ello sin olvidar cuestiones como la tasa de cobertura o el papel de la tecnología:

1) El factor que parece estar afectando más a las variaciones del gasto en los últimos años es el elemento poblacional, y no tanto por el incremento en el número de ciudadanos como por la modificación de su estructura. Así, el elevado envejecimiento de la población está incrementando los costes en todos los territorios sin excepción alguna. Es indiscutible que el gasto sanitario generado por las personas de edad avanzada es muy superior al de las personas de menor edad. La mayor esperanza de vida mejora efectivamente el estado de salud de la población pero también incrementa los costes que es preciso asumir.

En el caso concreto del Principado de Asturias, el gasto sanitario per cápita resulta claramente superior a la media nacional. No obstante, si la citada cifra se pondera en función de la edad de los usuarios, nuestra comunidad se sitúa prácticamente en la media nacional. Se debe tener en cuenta a este respecto que Asturias presenta una de las mayores tasas de envejecimiento de España, tan sólo superada por Castilla y León.

2) Entre los aspectos físicos cabe destacar como elemento determinante del gasto la dispersión poblacional. En particular, el Principado de Asturias tiene un número aproximado de 11.000 núcleos de población de los llamados singulares, número muy superior a lo que correspondería a una Comunidad Autónoma como la nuestra, tanto en valores absolutos como en relación al peso relativo de la población asturiana sobre el total nacional, hecho al que se debe añadir la existencia de una orografía más abrupta que la media.

3) Por otra parte, debe tenerse en cuenta que no es la población total de un determinado territorio la que determina una mayor necesidad de gasto, sino que en última instancia el gasto se lleva a cabo por los usuarios reales del servicio, lo que, sin duda, también puede afirmarse

para otras variables como la estructura de la población y la renta. En consecuencia, a mayor tasa de cobertura de la población mayor será el gasto a realizar. Cabe destacar en este punto que la tasa de cobertura de nuestra Comunidad Autónoma es superior a la media.

4) Por último, pero no por ello menos importante, debe destacarse las continuas innovaciones tecnológicas y los efectos que éstas provocan sobre el gasto. La medicina avanza y, con ese avance, aparecen continuamente nuevos tratamientos y nuevas tecnologías evidentemente más eficientes pero también más costosas. Así, la prestación real media o nivel de servicios que reciben los ciudadanos ha ido en aumento y seguirá creciendo en un futuro, las mejoras tecnológicas aumentan el número de posibles usuarios y la incorporación de nuevas tecnologías no sólo se realiza sin una adecuada evaluación de su eficacia y eficiencia, sino que su incorporación se produce con elevadas dosis de incertidumbre y sin que la incorporación de una tecnología sea sustitutiva de la anterior por lo que con frecuencia incorpora poco valor adicional. Con todo, el incremento de los costes derivado de las innovaciones tecnológicas es un proceso natural e inevitable en la medida en que las prestaciones sanitarias han de ir incluyendo aquellos avances que puedan mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Todos estos aspectos, junto con la diversidad territorial que existe en nuestro país y los problemas de transmisión de la información entre los distintos servicios de salud, provocan la inexistencia de comparativas de gasto aceptables entre comunidades autónomas. Puesto que no cuesta lo mismo prestar un mismo servicio sanitario en los distintos territorios, las actuales comparativas carecen en gran medida de significado y, ni mucho menos, reflejan la capacidad gestora de los distintos Gobiernos. En este sentido, el Consejo Interterritorial de Salud debe jugar un papel fundamen-

tal en la definición de una cartera de servicios mínimos que garantice la igualdad de prestaciones teniendo en cuenta los costes de prestación de los servicios en cada comunidad autónoma.

Oportunidades de mejora en la gestión

Por último, en el ámbito de la gestión existe todavía cierto margen para mejorar la eficiencia del gasto sanitario. Así, en la Conferencia de Presidentes ya se apuntaron algunas líneas de trabajo para el control del gasto entre las que cabe destacar:

- 1) La centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial
- 2) La búsqueda de instrumentos que aseguren la calidad y el uso racional de los medicamentos
- 3) El establecimiento de mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios, eviten la utilización inadecuada y estimulen estilos de vida saludable
- 4) Favorecer el acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas
- 5) Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios
- 6) Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías
- 7) Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria
- 8) Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud

Una cuestión particularmente importante para mejorar la eficiencia del sistema son los temas relacionados con la gestión de recursos humanos y el diseño organizativo.

En relación con el papel de los profesionales cabe señalar que actualmente la estructura organizativa de los servicios sanitarios no corresponde, con carácter general, a la complejidad del proceso productivo. La modernización de esa estructura pasa principalmente por implicar en mayor medida a los profesionales en la prestación del servicio. En este sentido, no sólo deben mejorarse las relaciones laborales, sino que el personal sanitario debe ser consciente del coste de oportunidad de los recursos que utiliza. Dado que los recursos son escasos y susceptibles de usos alternativos, es preciso internalizar aquellos costes que implican las decisiones clínicas y que muchas veces no son tenidos en cuenta.

Por otra parte, hay decisiones que deben tomarse en el conjunto del sistema. Así pues, ¿quién decide sobre la decisión de introducir nuevas tecnologías?, ¿dónde radica esa decisión? Los servicios sanitarios tienen como peculiaridad el hecho de que un empleado puede modificar el proceso productivo, algo impensable en otros sectores; tiene en sus manos la decisión de introducir una nueva forma de realizar una intervención quirúrgica, una nueva tecnología, un fármaco determinado, y todo ello se enfrenta claramente con lo que debe ser una disciplina organizativa habitual en otros procesos productivos aportando gran complejidad a la gestión.

Este tipo de cuestiones están íntimamente relacionadas con las características particulares del mercado sanitario a las que anteriormente se ha hecho referencia. Se debe hacer un esfuerzo para mejorar la disciplina organizativa, entendida ésta como quién establece qué se puede hacer, cómo hay que hacerlo y cuándo hay que hacerlo, elementos imprescindibles para la eficacia y eficiencia de cualquier organización. Para ello

es necesario recuperar el papel orientador del presupuesto y de la disciplina presupuestaria: así cuando el Gobierno como representante legítimo de los ciudadanos, decide asignar unos recursos que considera adecuados en cada caso, en términos de representación colectiva, está decidiendo cuánto se quiere gastar en salud, por lo que no se está legitimado para gastar más de lo que sus representantes acordaron.

En cuanto a la mejora de las relaciones laborales, tras el traspaso de las competencias se han llevado a cabo importantes avances tras alcanzarse un acuerdo positivo con las organizaciones sindicales. Aún así, quedan otros elementos en los que es necesario trabajar, como son la carrera profesional o la formación, cuestiones que hacen que un equipo de profesionales se sientan motivados e integrados, formando parte de una organización que es capaz de prestar servicios de calidad.

La aplicación y extensión de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación al ámbito sanitario deben suponer, en general, aumentos de la productividad y una mejor organización de los recursos.

La implantación de la tarjeta sanitaria electrónica, la identificación de cada paciente, la informatización de la historia clínica y la posibilidad de compartir esta información entre los distintos agentes del sistema deben permitir no sólo aumentar la calidad y disminuir los tiempos de espera sino también la reducción de pruebas innecesarias o el consumo de tiempo en la búsqueda y sistematización de la información, con la aplicación generalizada de la telemedicina.

También la aplicación de las TICs debe permitir una mejor evolución de los costes de los distintos tratamientos y debe favorecer la coordinación entre los niveles de atención primaria y hospitalaria, lo que sin duda podrá extenderse a la atención sociosanitaria.

Finalmente, sería de gran utilidad en la mejora de la coordinación entre los distintos servicios de salud el establecimiento de sistemas de información que permitan el conocimiento y comparación de las mejores prácticas del conjunto del sistema, además de poder utilizarse para fijar, en el medio plazo, costes para diseñar los mecanismos de financiación que garanticen la suficiencia en la prestación de la cartera de servicios acordada.

En resumen, existen oportunidades de mejora desde el punto de vista de la gestión, pero para ello es preciso llevar a cabo importantes esfuerzos que no pueden ser exigidos únicamente a los gestores y directivos sanitarios: los ciudadanos también deben jugar un importante papel, no sólo a través de una utilización racional de los recursos, para lo cual habrá que hacer un esfuerzo para mejorar la información, sino también participando en las decisiones e involucrándose en la marcha de los servicios de salud. Si somos capaces de caminar en esa dirección, haremos posible la sostenibilidad financiera de los servicios sanitarios en el medio y largo plazo.

Conclusiones

En definitiva, el mercado sanitario presenta una serie de características que lo hacen realmente peculiar y distinto del resto de mercados. Su provisión pública y gratuita tiene como consecuencia la ausencia de un sistema de precios, aspecto este que dificulta la toma de decisiones racionales.

La solución a los problemas de aumento del gasto sanitario no pasa sólo por añadir más recursos, sino también por saber y definir claramente qué nivel de servicios se quieren para los ciudadanos, para lo cual se necesita disponer de información precisa sobre los costes, sólo así se podrán tomar decisiones sin hipo-

tecar los recursos y, por tanto, otras opciones de gasto e inversión.

Una vez decididos los servicios a prestar se deberá valorar su coste en función de los distintos factores determinantes del mismo y teniendo en cuenta la

existencia de costes diferenciales en los distintos territorios. Sólo entonces, será el momento de buscar ingresos que financien esos gastos, siendo en este sentido imprescindible garantizar no sólo la suficiencia a corto plazo sino también en el transcurso del tiempo.



> Modelos de gestión pública. Gestión de la sanidad en la España de las autonomías

Ponencia

> D. Julián García Vargas

Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Complutense de Madrid

Ex Ministro de Sanidad y Consumo (1986-1991)

Ex Ministro de Defensa (1991-1995)

Enviado especial de la Unión Europea a Bosnia para la supervisión

de los acuerdos de paz de Dayton (1995-1996)

Consejero Delegado del Grupo EXCEM

Presidente de la Fundación de Minusvalías Congénitas, patrono de la Fundación Pfizer, de la Fundación Yehudi Menuhin y Vicepresidente de la Asociación Atlántica Española



Debo agradecer al CES del Principado su amable invitación y muy especialmente a su Presidente D. Nicolás Álvarez. Extiendo este agradecimiento al Consejero de Salud, D. Rafael Sariago y al Gerente del Servicio de Salud del Principado, D. Juan Cañas. Es una gran deferencia que hayan pensado en mí, considerando que hace mucho tiempo que abandoné mis responsabilidades políticas y en la actualidad sólo soy un observador desapasionado del SNS, que contribuí a organizar en sus comienzos. Mi vinculación a la sanidad pública es únicamente a través del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y de las fundaciones sanitarias de las que soy patrono. Esta ausencia de vinculación directa con el sector me permite mantener opiniones que no siempre son convencionales.

A lo largo del siglo pasado, la sociedad de los países desarrollados se convirtió en una sociedad de instituciones. Todas las tareas importantes se ejecutan por grandes organizaciones de las que dependen individuos, familias y todas las unidades menores de organización y producción. Esas organizaciones son dirigidas por gerentes encargados de obtener el mayor rendimiento, organizando el trabajo de la forma más productiva.

Esta tendencia es visible desde hace décadas en el sector sanitario, dónde se produce una necesidad especial de organizar racionalmente sus recursos de personal y una insuficiencia crónica de recursos financieros.

La mayoría de nuestros centros sanitarios son públicos y se rigen por el marco estatutario en cuanto al personal y por el derecho administrativo en la gestión de otros recursos. Sin embargo, es notable la tendencia a buscar fórmulas más flexibles de gestión y "huir del derecho administrativo", como ha puesto de relieve el Profesor D. Jesús Martín. Los servicios autonómicos de salud tienden a convertirse en entes públicos y los

grandes centros hospitalarios recurren cada vez más a la compra de servicios externos.

La mayoría de los nuevos hospitales, abiertos en los últimos diez o quince años, se han acogido a una variada gama de esquemas gerenciales y empresariales, al margen del derecho administrativo y estatutario, que se puede clasificar por tradición histórica de cada territorio y por cierta afinidad ideológica. Recientemente esta gama se ha ampliado con nuevas fórmulas que responden más a las necesidades de financiación que al objetivo de mejorar la gestión.

La tendencia a favor de estos nuevos modelos es clara en toda Europa y continuará en el futuro. Aunque la diversidad de ensayos y su relativa novedad hace difícil establecer un balance concluyente, hay datos de costes y de satisfacción de usuarios que favorecen dicha tendencia.

Factores de fondo que favorecen a las nuevas fórmulas

En primer lugar, la dificultad de la gestión del personal. Un sistema sanitario es una organización que presta servicios personales a los ciudadanos enfermos a través de profesionales especializados. No puede prestar servicios totalmente estandarizados porque cada paciente es un caso individual.

El cuidado de las personas lo realiza a través de otras personas, que se ayudan con instrumentos e instalaciones muy costosos. Es natural que el sistema viva con la preocupación de aprovechar al máximo esos medios físicos y organizar a un personal tan especializado de la forma más productiva. Esto supone estimular e incentivar a los profesionales más comprometidos y eficientes.

Por otro lado, los sistemas sanitarios tienen siempre limitaciones financieras. La misma mejora de sus servi-

cios induce nueva demanda. Siempre hay problemas atendidos insuficientemente (prevención, enfermedades minoritarias, síntomas menores, etc.) o atendidos con incomodidad (listas de espera).

Los responsables de esos servicios deben buscar financiación adicional, lo que es muy difícil en un marco de control presupuestario estricto como el vigente en España. Al no obtener nuevos fondos públicos, deben buscar financiación privada. Siempre con una condición: que no compute como deuda, dado que el incremento de esta no está permitido por los criterios de estabilidad presupuestaria. Las soluciones inventadas por la iniciativa privada permiten sortear estos obstáculos y diluir el coste de una nueva inversión en un plazo muy dilatado de tiempo. Me estoy refiriendo especialmente al llamado PFI o iniciativa de financiación privada, aunque otras fórmulas entran parcialmente en este marco.

La combinación de ambas necesidades, de incentivar al personal y de disponer de fondos para inversiones, genera la búsqueda de nuevos modelos de gestión. Es un rasgo común a todos los sistemas públicos. Todos están afectados por una crisis de las formas burocráticas de gestión, tradicionales de la administración pública, que ponen el énfasis en la legalidad y en el procedimiento, en lugar de ponerlo en el resultado. Basta pensar en la reacción de un gestor público cuando algo salió mal: su argumento es que todo se hizo "conforme a la legalidad" como si eso fuese una excusa cuando se ha producido una desgracia o un derroche. Debe exigirse la legalidad, por supuesto, pero también la eficacia.

Las fórmulas tradicionales, que en su momento supusieron un gran avance y son una sólida base, resultan hoy insuficientes para incentivar al personal y enfrentarse a los retos que asedian al SNS: alargamiento de la vida con el consecuente aumento de demanda, exigen-

cía ciudadana de calidad y disponibilidad y coste de las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento. Son retos mal afrontados que vienen abonando lo que se denomina "crisis del Estado de Bienestar".

Todos los sistemas han respondido con estrategias similares como han explicado L. Casanovas y G. Páramo: incorporación al SNS del gerencialismo tomado de la empresa, de la competencia y de la privatización. El objetivo es siempre mejorar la eficiencia.

- Gerencialismo. Llevamos más de veinte años discutiendo en el INSALUD, antes, y en las comunidades autónomas, ahora, la aplicación de las técnicas empresariales de gestión. Las conocemos bien: gestión profesional, por objetivos con valoración de resultados finales, control presupuestario "a posteriori", incentivos al personal por resultados, desagregación en unidades de producción más pequeñas, orientación al usuario y otras parecidas.

- Competencia. Se trata de emular o reproducir el funcionamiento del mercado. Por esta razón se tiende a separar la función de financiación de la de producción y compra de servicios, separando la consejería de sanidad del servicio regional de salud. El financiador selecciona proveedores y les asigna recursos, tratando de trasladarle los riesgos de la provisión. Esto supone abandonar el énfasis en aplicar procesos comunes y muy reglados.

- Privatización. El financiador busca proveedores tanto en el sector público como en el privado. Recurre al llamado "outsourcing" para simplificar la gestión y reducir costes si es posible; es el caso, cada vez más extendido, de las cocinas, la limpieza, la informática, el mantenimiento, etc. El financiador no sólo aprovecha la capacidad privada disponible a través de conciertos, sino que también estimula que surja nueva oferta complementaria de servicios clínicos

Los condicionantes históricos del Sistema Nacional de Salud

Nuestro SNS no es resultado de un diseño racional "ex novo", sino de una evolución histórica que ha condicionado su configuración. Esta evolución fue distinta en algunos territorios, donde la relación público-privado aconseja marcos de gestión más flexibles. Así, en Cataluña, Baleares, Canarias y en menor medida en otras comunidades autónomas ha habido una fuerte presencia de entidades privadas con o sin ánimo de lucro que se deben integrar o coordinar con los servicios autonómicos correspondientes.

El SNS es muy heredero del antiguo INSALUD, que fue capaz de cubrir y gestionar todo el territorio nacional con una notable eficacia que debe ser reconocida. Esa cobertura se llevó a cabo con medios muy diversos: medios propios, especialmente los grandes hospitales construidos en los años sesenta, que pusieron a nuestra sanidad a un nivel muy elevado; centros concertados públicos de titularidad de diputaciones, de ayuntamientos y del Ministerio de Educación (hospitales clínicos); centros concertados privados sin ánimo de lucro, propiedad de órdenes religiosas o de fundaciones, algunos con tradición de siglos como los de los Hermanos de San Juan de Dios; centros públicos especializados, como los antituberculosos de la Administración Institucional de Sanidad Nacional (AISNA) o los psiquiátricos. Además, el INSALUD debió integrar en los años ochenta a los colectivos de profesionales de primaria que ejercían por cuenta de administraciones locales.

La integración y concentración de redes y colectivos de profesionales, dotándoles de procedimientos y cultura de gestión comunes, fue un proceso largo y laborioso que el INSALUD realizó en los años ochenta, sobre todo después de la aprobación de la Ley General de

Sanidad. Con materiales tan diversos y ante las inevitables resistencias, el marco legal de la integración tenía que ser el más sencillo de aplicar. Se optó por aplicar el marco estatutario a todo el personal, aunque se sufría ya su rigidez, porque era el preferido por la mayoría de los profesionales, y el derecho administrativo de la Seguridad Social a la gestión de recursos, que era el mejor conocido.

¿Por qué no se aprovechó esa gran ocasión para intentar implantar un marco de personal no estatutario?. Les aseguro que la opción de reformar las relaciones laborales y la gestión de recursos en profundidad se estudió muy en serio y al más alto nivel político en mi época al frente del Ministerio de Sanidad. Si no se abordó fue por la acumulación de reformas simultáneas que complicaban la negociación e implementación de ese cambio. Ya pesaban mucho las dificultades de la integración de centros y colectivos, las incompatibilidades, los costes de la universalización y del aumento de demanda que generó, la extensión de la nueva atención primaria y la resistencia en los hospitales a las reformas de organización y gestión. Aún así, se preparó una fuerte autonomía de los centros que no llegó a implantarse.

No obstante, el argumento más sólido contra ese intento fue el proceso de descentralización que se estaba realizando simultáneamente. Cataluña y Andalucía ya habían recibido las transferencias sanitarias en 1980 y 1983; en mi época, entre 1987 y 1991, las recibieron Navarra, País Vasco, Valencia y Galicia. No tenía pues sentido forzar un completo marco novedoso de gestión sin un pleno acuerdo con las comunidades autónomas y este era materialmente imposible. Los procesos de racionalización del SNS como un todo y de transferencia a las comunidades autónomas se interfirieron y se dio prioridad al de mayor urgencia política.

Los últimos servicios prestados por el INSALUD

Antes de las transferencias, el INSALUD prestó al SNS unos notables servicios en reformas de gestión. Las más importantes estaban contenidas en el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, que introdujo conceptos modernos de organización territorial, además de iniciar la reforma de la atención primaria y otros aspectos esenciales. En 1987 se actualizó la gestión de hospitales con nuevos equipos de gerencia y direcciones médicas y de enfermería. Son reformas que ordenaron los recursos antes dispersos y que se han consolidado, pero inicialmente fueron muy mal recibidas. Recuerden ustedes aquél argumento del "economicismo". Afortunadamente, todo eso es cosa del pasado y hoy disponemos de equipos de gestores y directores bien formados. Sólo observo cierto debilitamiento de las direcciones de enfermería.

La Ley General de Sanidad consolidó un concepto no monolítico del SNS al incorporar al sector privado concertado como parte del mismo, a través de convenios singulares, priorizando los conciertos con entidades sin fin de lucro. La LGS apostaba por una gestión pública clásica del SNS, aunque con elementos modernizadores notables. No obstante, esa gestión clásica no puede dar respuesta al agobio de demanda que desde el principio viene sufriendo el SNS.

Esta herencia de cultura de gestión administrativa, por otra parte tan eficaz en su momento, es un problema de origen del SNS, siempre sometido a demandas apremiantes.

La apertura a nuevas formas de gestión

Antes de las últimas transferencias en 2000, el INSALUD realizó algunos intentos importantes como la introducción de contratos-programa con hospitales, tras los

saneamientos financieros de 1992-94, obligados por la relajación presupuestaria que produjo el esfuerzo inversor de finales de los ochenta. También llevó a cabo una iniciativa ambiciosa y polémica, las fundaciones sanitarias, a las que me referiré más tarde.

La medida más radical fue la aprobación por ley de un nuevo marco, absolutamente laxo, para la gestión del SNS: Ley 15/1997, de habilitación de nuevas formas de gestión del SNS. Previamente se constituyó una subcomisión parlamentaria, dependiente de la de Sanidad, para la "consolidación y modernización del SNS", cuyas conclusiones liberalizadoras, recomendando introducir experiencias de gestión empresarial, fueron apoyadas por todos los grupos políticos.

Esta Ley, vista en perspectiva, es un poco extraña: contiene un sólo artículo en el que, simplificando, se dice que la gestión de los centros sanitarios se puede organizar como quieran las comunidades autónomas, siempre que se preserve la condición de servicio público. Es un cambio radical, tras tantos años de polémica y de intentos fallidos, sin apenas debate público y en un texto muy sencillo y corto. Aquí está la base, jurídica y política, de todos los ensayos posteriores, que tanta pasión han suscitado.

¿Por qué esta Ley suscitó tan poco debate?. Probablemente porque las comunidades autónomas con gobiernos de signo político distinto ya habían iniciado sus propias experiencias de nuevas formas de gestión y este texto las venía a amparar plenamente. Andalucía había puesto en marcha en 1992 las empresas públicas sanitarias; Cataluña en 1998 los consorcios, que articulaban entidades del Servicio Catalán, de ayuntamientos y privados; el INSALUD y después Galicia, estaban comenzando con las fundaciones.

Este abanico de situaciones propició una apertura total. En la práctica, todas las comunidades autónomas, con

independencia de su color político, querían comprobar si era posible sacudirse lo que consideraban un corsé administrativo heredado. Como hemos visto en los últimos años, a pesar de tener la puerta abierta por la Ley 15/1997, los nuevos caminos no han sido tan profusamente explorados.

La diversidad de ensayos: fórmulas con recursos sólo públicos

Las nuevas fórmulas se pueden dividir en aquellas que utilizan sólo recursos públicos, las que utilizan recursos mixtos público-privados y las exclusivamente privadas.

Entre las primeras, los entes de derecho público, que tienen personalidad pública, pero sometidos al derecho privado en la gestión. Fueron creados por la Ley General Presupuestaria y se extendieron a diversos sectores de la administración autonómica y central, pero se suprimieron en esta última por la Ley de organización y funcionamiento la Administración General del Estado en 1997, subsistiendo en la autonómica.

Están acogidos a este marco el Servicio Catalán y el Servicio Vasco de Salud. Ambos garantizan el aseguramiento y se encargan de la contratación de servicios. Suscriben contratos programa con hospitales públicos y convenios con privados. No están sometidos a intervención de gasto previa, sino a auditoría posterior.

Las empresas públicas de Andalucía fueron creadas en 1993 por Ley de Presupuestos siguiendo el modelo de las del Estado. Posteriormente, cada una de ellas ha sido objeto de una ley específica de creación. Los nuevos hospitales se han acogido a este marco: son los de Costa del Sol, Andujar en Jaén y Del Poniente en Almería. También lo han hecho la Empresa de Emergencias Sanitarias y los nuevos Centros de Alta Resolución, que dependen de una empresa pública central.

Dependen de la Consejería con la que suscriben contratos programa, aunque prestan sus servicios para el Servicio Andaluz de Salud. Su personal es mixto, laboral y estatutario, teniendo éste un régimen de excedencia por tres años, renovable; las retribuciones están incentivadas por objetivos. Pueden endeudarse, con un límite del 12% de su presupuesto.

La Consejería, que controla su actividad desde cerca, hace un balance muy positivo de esta experiencia. Los contratos-programa se cumplen, los costes por proceso son algo inferiores a la media y es alta la satisfacción de los pacientes. Tienen buena prensa y no han estado envueltas en polémicas: al ser empresas "públicas" no les ha alcanzado la acusación de privatización.

Las empresas públicas de Cataluña amparan a una amplia variedad de entidades entre las que destacan el Instituto Catalán de Oncología, el Sistema de Emergencia Médicas, la Agencia de Evaluación de Tecnología, el Parque Sanitario Pere Virgili (antiguo Hospital Militar), el Banco de Sangre y Tejidos y otras cinco empresas más, todas ellas de titularidad de la Generalidad. Hay también Equipos de Atención Primaria atendidos por empresas públicas.

Se están extendiendo con éxito a las nuevas estructuras de apoyo y asistenciales, sin ninguna polémica ni acusación de privatización. Con régimen laboral, han aportado flexibilidad a actividades muy diversas, en paralelo con lo que ocurre en otras áreas públicas autonómicas.

Los consorcios nacieron en Cataluña, dónde existe una fuerte tradición de asociación de municipios para prestar servicios públicos con medios públicos y privados. Esta asociación incluye, según los casos, entes autonómicos, locales y entes privados. Ya en 1983 se creó el Consorcio Hospitalario de Cataluña, que agrupa a

sesenta hospitales comarcales sin lucro, que ha impulsado la modernización de los mismos y ha servido de base para negociar conciertos.

Como entidad de gestión sanitaria, el más conocido es el Consorcio Sanitario de Barcelona, creado en 1988 por la Consejería de Salud y el Ayuntamiento de Barcelona para poner en común los recursos asistenciales. Inicialmente sólo tenía competencias de coordinación y dirección de la gestión, pero desde 1997 también las tiene de planificación y contratación y está adscrito al Servicio Catalán de Salud.

En la actualidad hay doce, que atienden otras tantas ciudades o comarcas, siempre en régimen laboral y de derecho privado. Legalmente son entes de gestión creados en cada caso por una norma específica. El Servicio Catalán les garantiza la concertación de servicios y también les aporta fondos para inversiones.

En la práctica, tras nacer de la necesidad de aprovechar, integrar y gestionar coordinadamente centros de origen, tamaño y dotación muy diversas, con titularidad variada (corporaciones locales, órdenes religiosas, fundaciones públicas y privadas, mutuas y cooperativas) han devenido en órganos de gestión y organización, con frecuencia complejos pero funcionales. En ocasiones se critica la dificultad de ejercer un control sobre todos los aspectos de su actividad.

Los consorcios también se ha extendido a otras comunidades autónomas como Andalucía, donde se incluyeron en la ley de Salud de 1998. Hasta ahora se ha acogido a esta fórmula el nuevo Hospital del Aljarafe de Sevilla, por acuerdo suscrito entre la Orden de San Juan de Dios, que dirige y es titular del centro, y el Servicio Andaluz. Atiende un área de salud y está regido por un Consejo Rector paritario. El régimen es de derecho privado.

La fórmula que ha despertado más polémica son las fundaciones sanitarias. Se rigen por una ley específica, la de fundaciones de diciembre de 2002. Su comienzo está ligado a una apuesta del Partido Popular a partir de 1996. Este partido ganó las elecciones de 1996 con un programa sanitario muy privatizador que más tarde no se aplicó, lo que supuso una sensata consolidación del modelo instaurado por la Ley General de Sanidad. Hay que destacar que el PP no votó la LGS en 1986 pero en sus dos legislaturas de gobierno la aplicó sin modificaciones y la complementó con la Ley de cohesión de 2003, votada también por el PSOE.

Su discurso de dinamizar el SNS, complementando el modelo estatutario-administrativo con formas jurídicas más flexibles, era compartido por otras fuerzas políticas, incluida una parte del PSOE y por un gran número de profesionales y ciudadanos, entre los que me encuentro. Sin embargo, sus propósitos estuvieron marcados desde el principio por la sospecha del intento de privatización que se derivaba de su programa electoral y por el discurso que lo acompañó. El PP no pudo sacudirse esa sombra y eso explica en buena medida que una fórmula como las fundaciones, que no difiere apenas de las que hemos visto anteriormente, como las empresas públicas, estuviera sometida a tanta polémica.

El propósito inicial del PP era extender las fundaciones a todos los hospitales del INSALUD, lo que suponía un esfuerzo enorme y era contradictorio con la transferencia de sus funciones a las comunidades autónomas de la "vía lenta", que ya estaba en el ambiente. Para posibilitarlo se aprobó un Decreto-Ley en 1996 que tenía un contenido similar al de la Ley 15/1997 que he comentado antes. Se elaboró un Reglamento de funcionamiento de las fundaciones con una amplia participación de los profesionales, los sindicatos y los ciudadanos, pero la fórmula fue entendida desde el principio por las organizaciones sindicales como un principio de privatización

y se agotó la legislatura sin que se avanzara en su implantación.

Se dedicaron a este esfuerzo unas energías notables que hubiera sido mejor dedicar a conseguir un mínimo consenso con las comunidades autónomas para plantearse un régimen de personal más incentivador que el estatutario, al menos para el enorme número de interinos existente. Ese hubiese sido un objetivo más fácil y práctico.

El PP renunció al propósito de extender las fundaciones a todo el INSALUD y, culminadas las transferencias, las implantó en los nuevos hospitales comarcales de Galicia, Madrid y Rioja. Concretamente en Verín, Junqueira, Barbanza y Salnés en Galicia, Alcorcón en Madrid y Calahorra en Rioja. Es destacable que otros comarcales abiertos posteriormente en la Comunidad de Madrid no se acogieron a esta fórmula. Las de Galicia acaban de ser disueltas e integradas en el Servicio Gallego de Salud.

Los detractores de esta fórmula, además de la acusación de "privatización" (descalificación similar a aquella del "economicismo" en los ochenta y noventa) destacan que en la mayoría de las fundaciones ha habido cierta limitación de plantillas y que el número de profesionales por cama y sobre todo de personal no sanitario, es inferior a la media. En consecuencia, tienen menos estancias por cama, menos urgencias (lo que no es necesariamente negativo) y menos accesibilidad. Esos detractores las acusan de aplicar una cierta selección de paciente y más derivación. También de índices más altos de temporalidad y de indicadores de satisfacción de personal bajos.

Los defensores esgrimen el menor coste por habitante, cama y estancia, además de menor coste de farmacia hospitalaria y pruebas diagnósticas. También unos buenos índices de satisfacción de los ingresados.

Se produce la paradoja que en algunas comunidades autónomas como Cataluña y Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria), la fórmula de fundación se utiliza para ciertas entidades y servicios, de forma complementaria a las empresas públicas. En Inglaterra, la reforma de Blair ha convertido en fundaciones a todos los hospitales públicos, dotándoles de autonomía; Gales y Escocia, que acaban de asumir las transferencias sanitarias, no han seguido este ejemplo.

Como resumen, las fundaciones no equivalen a privatizar, ya que no varía la titularidad pública, están integradas en la red pública y el personal estatutario que se incorpora no pierde sus derechos. Por qué las empresas públicas han esquivado la polémica y las fundaciones han sucumbido a ella, está más en el terreno de la habilidad de planteamiento político que en el de la realidad.

Por último, en este capítulo podríamos incluir las experiencias de Cataluña con Equipos de Atención Primaria constituidos en sociedades mercantiles limitadas, compuestas por profesionales médicos y de enfermería. En la actualidad, hay ya ocho funcionando y se están extendiendo. Todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria son socios, sin que ninguno pueda superar un límite de acciones. El Instituto Catalán de Salud contrata con ellos la atención de un número de tarjetas individuales con un presupuesto cerrado y el equipo funciona con absoluta autonomía. El personal estatutario goza de excedencia.

Fórmulas con recursos mixtos público-privados

Me referiré ahora, ya metidos en polémica, al reaseguro (modelo Alzira) y a la Iniciativa de Financiación Privada (PFI). Son modelos muy distintos a pesar de que ambos se basan en la figura jurídica de la concesión administrativa. Comparten que la inversión es privada y se recupera a través de un canon anual, más

una rentabilidad de mercado (en torno al 5,5-6%). En el caso del reaseguro, el concesionario desarrolla toda la actividad asistencial, incluida la primaria, mientras que en el PFI solo desempeña las funciones no asistenciales. Estas responsabilidades se retribuyen también a través del canon anual.

El reaseguro se inició en Valencia en 1998 con el Hospital comarcal de Alzira y se ha aplicado después a los de Torrevieja y Denia, estos últimos aún no inaugurados. Las concesionarias son sociedades en las que figuran como accionistas compañías de seguros sanitarios (Adeslas, Asisa y DKV, con participaciones del 51, 25 y 65% del capital en cada uno de los centros mencionados) y las Cajas de Ahorro de la Comunidad (el 45, 45 y 35%, respectivamente), con una aportación minoritaria de la constructora del centro.

La compañía de seguros asume la asistencia de todo el área de salud. Inicialmente, en Alzira, sólo prestaba la hospitalaria, lo que originaba descoordinación con la primaria; en 2002 se rescató la concesión y se licitó de nuevo con todo el área, consolidando el modelo.

El personal es mixto en su origen y en su régimen. El estatutario puede elegir el régimen laboral con una excedencia de tres años, renovable. En el hospital de Alzira el 80% es laboral, pero en primaria sólo el 20%. Ambos regímenes conviven sin ningún problema.

Los defensores de este modelo exhiben un coste de construcción más barato. También lo es el coste anual por persona, inferior a la media de la Comunidad de Valencia entre un 12 y un 24%, según la forma de cálculo. El ahorro se produce en farmacia, diagnóstico y estancias, con tiempos de espera y de estancia más cortos. El hospital y los centros de salud son, a todos los efectos, una parte más del Servicio Valenciano; éste sólo figura en documentos y rotulación y los pacientes

reciben la asistencia sin conciencia de que el responsable es una entidad privada. La satisfacción de los pacientes es superior a la media. El Servicio Valenciano y la Consejería no están involucradas en la actividad diaria, pero vigilan el cumplimiento del contrato con una delegación permanente en el centro. Al término del período de concesión, el hospital y todas las inversiones revertirán al Servicio Valenciano.

Adicionalmente, el modelo es de concepción e instrumentación muy simple: el contrato de concesión es muy breve, lo que facilita su rescate en caso de necesidad. Las autoridades sanitarias tratan en todo momento con un interlocutor, la compañía aseguradora, que tiene como única actividad la prestación de servicios sanitarios y eso facilita la sintonía y la solución de problemas. La traslación del riesgo de la construcción y del servicio al concesionario es completo.

Los detractores esgrimen la acusación de privatización y es cierto que ésta se produce, aunque sin menoscabo de las prestaciones y del carácter público del aseguramiento. La acusación de "cesión de mano de obra" no ha prosperado al confirmar el Tribunal Supremo, que el personal estatutario conserva su régimen jurídico y sus horarios.

El PSOE e IU se han opuesto frontalmente, con el argumento de la privatización. El temor a la polémica ha dificultado que este modelo prosperara en otras comunidades autónomas. La Comunidad de Madrid no lo ha utilizado en sus nuevos hospitales con una sola excepción (Valdemoro), acogida al contrato de "reserva de superficie", que viene a ser muy similar.

A pesar de sus positivos resultados, ésta es una fórmula que no puede generalizarse a los grandes centros y sólo es adecuada para nuevos hospitales comarcales y su área.

La Iniciativa de Financiación Privada (PFI) es una importación del Reino Unido, dónde viene aplicándose en todo tipo de inversiones en sectores muy diversos: carreteras, defensa, educación, sanidad y otros. Desde allí ha saltado a Italia, Portugal y otros países constreñidos por la imposibilidad de recurrir al déficit presupuestario y endeudarse. El contrato base es una concesión, generalmente a treinta años, que asegura la financiación privada de la construcción, de la dotación del centro y la prestación privada de todos los servicios no relacionados con la atención al paciente. A cambio, se asegura un canon, con una rentabilidad garantizada.

Con PFI se van a construir siete hospitales en la Comunidad de Madrid, incluido el nuevo Puerta de Hierro con casi mil camas y otros cinco grandes comarcales. Baleares, Castilla León, Cataluña y alguna otra comunidad han anunciado nuevos centros con este modelo. La razón de su rápida extensión es que esta deuda no computa como tal por decisión de Eurostat, aunque ese organismo europeo puede cambiar su criterio si la fórmula se difunde demasiado. El PFI diluye la deuda en un plazo largo, pero sigue siendo deuda y hay que pagarla con el canon.

En realidad, el PFI es más una fórmula de financiación que de gestión. La asistencia sanitaria se presta directamente por el servicio regional o la consejería con profesionales estatutarios. Todos los servicios generales son asegurados por la compañía concesionaria. A diferencia del reaseguro, ésta no está promovida por una sociedad cuya actividad sea sanitaria, sino por constructoras y entidades financieras; también figura una empresa de servicios. En la Comunidad de Madrid, las concesionarias han sido iniciativa de grandes constructoras.

A juzgar por la experiencia inglesa, es una fórmula de compleja instrumentación y cara, debido a la necesidad

de cubrir y repartir riesgos a muy largo plazo entre socios muy dispares. En la Comunidad de Madrid han hecho un gran esfuerzo para adaptarla a España en un tiempo record, pero en los concursos se ha elegido siempre la oferta con el canon anual más bajo; en algunos era sorprendentemente bajo y eso generará problemas en el futuro. Como los derechos de la concesionaria son transmisibles, es imposible saber quién será el dueño a largo plazo.

Sorprende que, hasta ahora, este sistema no haya recibido críticas. Ni de privatización, ni de hipoteca para las inversiones futuras, ni de endeudamiento poco controlado.

Formulas con recursos exclusivamente privados

Con este enfoque no ha habido apenas novedades en los años recientes. Se mantienen los esquemas tradicionales de los conciertos con centros privados, aunque sin un particular auge, aparte de casos concretos y de urgencias ligadas a reducir listas de espera. Continúa el declive de las entidades colaboradoras y MUFACE sigue gozando del favor de los funcionarios y siendo, por su coste, un sistema rentable para las Administraciones Públicas. Su no inclusión en el SNS, como una parte especial del mismo, fue una ocasión perdida por la Ley de Cohesión.

Esta falta de iniciativas con recursos sólo privados parece indicar que nuestro SNS no es propicio a ensayos de asistencia privada pura y aseguramiento público, a pesar de los debates sobre su "privatización".

Conclusiones

Es difícil interpretar y valorar esta maraña de experiencias y de fórmulas, que demuestran la vitalidad de nuestro sistema de salud, pero también su gran disper-

sión. No obstante, pueden esbozarse unas conclusiones que sintetizen lo que les he expuesto.

Primero

El grueso de las entidades del SNS sigue el modelo tradicional de gestión administrativa en todas las comunidades autónomas y así va a seguir. La celebración de la macro-oferta pública de empleo en toda España, por acuerdo de todas las comunidades autónomas, para regularizar a todos los interinos, marca ese futuro para una generación. En estas entidades, las empresas públicas o las fundaciones se podrán aplicar a los nuevos servicios o actividades, como ya sucede en Cataluña, contando con personal estatutario en exceso, pero es difícil generalizarlas.

No obstante, ese modelo tradicional ha mejorado notablemente. Contrata cada vez más servicios externos, empieza a comprar mejor, intenta aplicar incentivos por actividad a los médicos y otros profesionales, procura hacer un uso más racional de la tecnología y ha introducido mejoras parciales muy relevantes como la gestión clínica, la cirugía ambulatoria y la hospitalización a domicilio. Cuenta con equipos de gerencia experimentados y bien formados, aunque las afinidades políticas pesan excesivamente en su nombramiento.

La autonomía limitada de los centros, su misma dimensión, la inercia del derecho administrativo y la rigidez del régimen estatutario les seguirá condicionando, pero no se vislumbra un consenso político, territorial y de profesionales para transformarlos radicalmente. Mientras tanto, seguirán aplicando mejoras parciales de gestión para responder a la presión de la demanda.

Segundo

Las nuevas formas de gestión no son mágicas, pero producen ventajas visibles. Son más ágiles y simplifican la gestión de los servicios regionales de salud y de las consejerías. Dan muchos más instrumentos a los gestores y permiten mejorar problemas como las esperas, involucrando más a los profesionales.

En cuanto al coste, aspecto esencial para el SNS, producen ahorros en farmacia, diagnóstico, estancias y probablemente en urgencias.

Tercero

Las nuevas formas de gestión van a seguir aplicándose en todos los nuevos centros y servicios. La OPE es un obstáculo, pero no insalvable; la excedencia renovable se ha demostrado eficaz y permite la expansión del reaseguro y de otras fórmulas que la utilizan. También se extenderán, al menos en algunas comunidades autónomas, a la Atención Primaria, siguiendo la experiencia de las sociedades limitadas de Cataluña.

Muy difícilmente van a aplicarse a los grandes centros antiguos, donde pesa su dimensión y complejidad y el fracaso de las fundaciones.

Cuarto

No habrá un modelo único de nuevas fórmulas, tal como ha sucedido hasta ahora. Cada comunidad autónoma sigue su tendencia y está encantada con su peculiaridad. Cuando pase un poco más de tiempo se hará una mejor comparación de experiencias. Mientras tanto, seguirá la variedad actual.

Lo que se generalizará más probablemente es la PFI para sortear las carencias presupuestarias para invertir, hasta que Bruselas y EUROSTAT cambien de criterio y decidan que los nuevos proyectos computen como deuda.

Quinto

Las críticas a las nuevas fórmulas tienen un componente político-ideológico, difícil de modificar con argumentos y datos. ¿Por qué las empresas públicas son aceptables pero no lo son las fundaciones privadas creadas por entidades públicas?. ¿Por qué es criticable el modelo Alzira pero no lo es el PFI ni los conciertos?. Es difícil contestar, cuando la titularidad del servicio sigue siendo pública.

En cualquier caso, *lo esencial, lo intocable es el aseguramiento público universal y la equidad en el acceso a las mismas prestaciones con la misma calidad*. Junto a eso, lo importante es garantizar la sostenibilidad financiera del SNS y su agilidad para adaptarse a los cambios sociales.

Estos son los principios clave que debemos defender de manera radical: cómo se aseguran esas prestaciones es más opinable.

Lamento la extensión de mi intervención y les agradezco su atención. Ya les dije que mis opiniones no son convencionales y espero que eso anime el debate.

Muchas gracias



> Sanidad pública en España: presente y futuro

Mesa Redonda

Moderador: D. Juan Cañas Sancho, Director Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Dña. M^a José Alende Maceira: Secretaria General de la Federación Estatal de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO

Dña. Pilar Iglesias Valcarce: Directora del Área de Seguridad y Prevención de Riesgos Laborales de la CEOE

Miguel Usó Villanueva: Secretario del Sector de Salud y Servicios Sociosanitarios FSP-UGT.P.V.



La sanidad y su gestión están de plena actualidad. Y esta moda no proviene de una mala valoración de los ciudadanos, pues bien al contrario es la política pública mejor valorada, sino por el debate que se ha forzado, seguramente necesario, sobre la sostenibilidad del sistema sanitario presente en el futuro.

Y aquí me gustaría hacer un previo, o una reflexión o dar unas ideas básicas sobre el gasto sanitario en las que existe un amplio consenso entre los que trabajamos en este sector, pero que seguramente no transmitimos o comunicamos suficientemente.

- El gasto sanitario genera renta, genera riqueza, genera salud y crecimiento económico. Crea mucho empleo, permite exportaciones, puede ser un elemento de atracción de empresas
- El gasto en salud es una Inversión, y también en capital humano. Permite ganar horas de trabajo y horas de trabajo más productivas, en tanto que tenemos trabajadores más sanos
- El crecimiento del gasto sanitario es controlable, tal y como lo pone de manifiesto el estudio de series históricas
- El progreso en medicina (tecnología e intensidad de recursos) y los cambios sociodemográficos (envejecimiento, variación de número de habitantes, incremento de la renta) son los verdaderos determinantes del crecimiento del gasto sanitario

El 1 de enero de 2002, el Principado de Asturias recibió, de manos de la Administración Central del Estado, las competencias en gestión de la asistencia sanitaria que hasta ese momento venían siendo desempeñadas por el INSALUD.

En este nuevo escenario competencial, el Principado de Asturias ha de hacerse cargo de una red sanitaria imbuida en un modelo de gestión asistencial diseñado hace décadas. Durante este periodo las necesidades y expectativas de los asturianos han ido evolucionando, y la autoridad sanitaria pretende satisfacer estas necesidades y expectativas.

Las bases estratégicas en materia de salud y servicios sanitarios del Principado de Asturias se encuentran contempladas, fundamentalmente, en el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos que, en el momento de su elaboración, ya tuvo en cuenta las implicaciones de las transferencias sanitarias.

El informe señalado parte de la realización de un análisis de situación del Sistema Sanitario del Principado de Asturias y determinación de los retos a acometer para la mejora del mismo, proponiendo las bases estratégicas para la modernización del sistema, en torno a:

- Ciudadanos
- Profesionales
- Gestión y organización

La sanidad en Asturias: unos apuntes sobre el presente

Pues bien, desde que el 1 de enero de 2002 el Principado de Asturias asumiera las competencias del antiguo INSALUD, la gestión de la sanidad es cada vez mejor valorada por los ciudadanos. Y esto no lo digo yo, sino que lo pone de relieve las encuestas realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas, tanto en el último Barómetro Sanitario, como en el Barómetro Autonómico de diciembre de 2005.

Ahora bien, estos datos, en los que me detendré más adelante, no suponen un motivo de orgullo, que también, sino un incentivo para mejorar y responder a las expectativas que los ciudadanos tienen depositadas en su sistema sanitario.

El gasto sanitario se ha incrementado en Asturias del año 2002 al año 2005 en casi un 25%, lo que supone una apuesta clara del gobierno del Principado por su sistema sanitario. Y para justificar este aumento del gasto, por otra parte razonable dado el período al que nos estamos refiriendo, podría hablar de las inversiones que se han producido en los centros sanitarios tanto de atención primaria como de especializada, o del incremento de la cartera de servicios en algunos hospitales, cosas ambas bien conocidas por los asturianos; podría hablar de los incrementos de retribuciones, de la reducción de la jornada de trabajo, de la homologación de los trabajadores de los hospitales de la Red Hospitalaria Pública, cosas que conocen perfectamente nuestros profesionales; podría hablar de la introducción y difusión de tecnologías; o podría hablar del incremento de la presión asistencial derivada del envejecimiento de nuestra población.

Hoy en Asturias trabajamos mejor que cuando recibimos las transferencias de la sanidad, lo cual no quiere decir que antes se trabajara mal, sino que los profesionales de la sanidad asturiana están realizando esfuerzos por mejorar la calidad de sus actuaciones, dando pasos para superar la línea divisoria entre niveles asistenciales y buscando una atención centrada en el paciente.

Así, por ejemplo, las consultas de alta resolución se han incrementado un 300%, pasando de menos de 5.000 a casi 19.000, realizamos en nuestros centros 12.414 Resonancias Magnéticas más que antes de las transferencias (un 150% más), casi 7.000 ecografías más o 4.000 mamografías adicionales; hemos reducido la

demora máxima en consultas externas en 51 días y, es cierto, hemos incrementado la demora media quirúrgica en 2 días (estamos en 64 días frente a los 62 que había en diciembre de 2001). Estos dos últimos son elementos en los que tenemos que mejorar y uno de los principales retos que tenemos para este año es el de reducir las demoras tanto para consultas externas como para pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

La calidad de nuestros servicios es un objetivo irrenunciable. En Atención Primaria hemos constituido más de 90 grupos de mejora; las Estrategias de Calidad 2003/2007 representadas en gran medida por los Programas Clave de Atención Interdisciplinar han movilizado a nuestros profesionales hacia una atención sanitaria basada en procesos determinados por un problema de salud (diabetes, EPOC o cardiopatía isquémica, por ejemplo); recientemente los laboratorios del SESPA han recibido la acreditación ISO por AENOR. Por no hablar del Plan de Humanización y Confortabilidad del Servicio de Salud, que ha tenido una notable acogida e implantación. Y esto está suponiendo un reconocimiento por los compañeros de otros servicios de salud.

Pero volviendo al principio y a las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas, la percepción sobre el sistema sanitario público asturiano de los ciudadanos es altamente positiva. Así en el último Barómetro Autonómico publicado y que corresponde a diciembre de 2005, el 60,9 % de los asturianos consideran la política sanitaria del Gobierno de su Comunidad Autónoma como buena o muy buena, frente a una media del 36,6 % del conjunto de los españoles, ocupando el segundo lugar en el ranking de las comunidades, tan solo por detrás del País Vasco.

Y si analizamos el último Barómetro Sanitario de 2005, también elaborado por el CIS se pueden poner de manifiesto algunos datos:

El 50,7% de los asturianos afirma que el Sistema Sanitario en nuestro país "funciona bastante bien" frente a un 21,3% del conjunto de los españoles, y solo un 7,6% considera que "necesita cambios fundamentales" frente a un 25,0% en el conjunto del Estado.

Puntuando de 1 a 10 la satisfacción con la sanidad pública, Asturias saca una nota de 7,26 (la más alta de España), siendo la media del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 6,18.

En relación con la asistencia sanitaria pública en atención primaria, en las consultas de medicina general y pediatría, Asturias ocupa el primer lugar en la valoración ciudadana en aspectos tan importantes como la cercanía de los centros, el horario de atención, la facilidad para conseguir cita, el tiempo de espera hasta entrar en consulta, la derivación a un especialista, el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros, los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco y alcohol, y el tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita. La encuesta también pone de manifiesto la necesidad de mejora en el trato recibido del personal sanitario (7º lugar), la atención a domicilio (5º) y el tiempo dedicado por el médico al enfermo (4º).

En otra pregunta se pide valorar de 1 a 10 determinados aspectos relacionados con la asistencia que se presta en los hospitales públicos. Pues bien, Asturias queda en quinto lugar en lo relacionado con la hostelería (comidas, aseos y comodidades), ocupa el segundo en lo relacionado con el papeleo al ingreso, y ocupa el primer lugar de entre todas las comunidades autónomas en todos los demás aspectos: tiempo de demora para el ingreso no urgente, los cuidados y atención por parte del personal médico, del personal de enfermería, el número de personas que comparten habitación, el trato recibido del personal no sanitario, el equipamiento

y medios tecnológicos existentes en los hospitales, la información recibida sobre la evolución del problema de salud y el consejo del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc... .

En cuanto a las listas de espera, el 67,8% de los asturianos cree que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera y solo el 2,5% cree que en los últimos doce meses ha empeorado el problema de las listas de espera. Estos datos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud son del 46,1% y del 11,3% respectivamente.

Por último, y por no llenar este espacio de datos que podrán ser consultados en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo, solo el 0,4% de los asturianos cree que con respecto a los últimos 5 años la atención primaria, las consultas de especialistas y la atención especializada ha empeorado.

Como se puede observar la percepción que tiene el conjunto de los asturianos sobre su sistema sanitario es positiva y volviendo al Barómetro Autonómico, cuando en él se pregunta sobre los tres principales problemas que existen en su comunidad autónoma, los españoles colocan a la sanidad en 5º lugar y los asturianos en el 10º.

Mirando al futuro

Desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias vamos a seguir trabajando por una sanidad de calidad, centrada en los ciudadanos de Asturias, y en la que estos van a tener una participación y protagonismo cada vez más relevante. Ese es nuestro reto y nuestro compromiso.

Nuestra visión del sistema sanitario en el horizonte de los próximos años viene configurada por los siguientes rasgos, cuyo impacto será previsiblemente muy elevado:

Implicación del ciudadano en el mantenimiento de su propia salud

La primera constatación sobre los elementos relevantes en el futuro es que los sistemas sanitarios deben orientarse hacia el ciudadano. No sólo al paciente, que lógicamente también, pero en primer lugar hacia el ciudadano.

No hay estrategia de salud a largo plazo que pueda mantenerse y ser eficaz en sociedades avanzadas, que no sea sobre la base de una implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud.

La base de esta afirmación es que el 80% de la morbilidad son enfermedades crónicas, que el 70% de esta morbilidad son enfermedades evitables y que se puede retrasar la aparición de la cronicidad mediante la puesta en marcha de programas que impliquen la participación activa del ciudadano.

"Poder" del paciente

Creemos que los actuales sistemas sanitarios europeos, con el papel predominante en ellos de las Administraciones sanitarias, evolucionarán hacia sistemas más "centrados en los pacientes" y en los que el papel de éstos sea mucho más relevante. Esto significará que en vez de un mundo sanitario de medicina compartimentalizada, los pacientes exigirán "modelos integrados de atención", focalizados en el conjunto de la persona.

Los pacientes asumirán mayores responsabilidades en el cuidado de su salud y colaborarán más estrechamente con su médico en la toma de importantes decisiones sobre las opciones terapéuticas.

Igualmente, los pacientes demandarán que los tratamientos, en particular en enfermedades crónicas, sean

realizados en un entorno de comodidad. Esto va a significar la aparición del hogar como un importante entorno de atención.

Nuevo rol de los profesionales

Al ser el sistema sanitario lo que se entiende por una "empresa del conocimiento", el papel de los profesionales es muy relevante. Estas instituciones valen lo que vale la capacidad y la iniciativa de sus profesionales.

Por eso, en los mismos, los aspectos relacionados con gestión del conocimiento y de las competencias son muy relevantes.

Al mismo tiempo, el "nuevo poder" de los pacientes hará que los profesionales se vean obligados a implicar y hacer partícipes a los mismos de sus decisiones.

Importancia de los autocuidados

En relación con la mayor implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud, creemos que el sistema sanitario del futuro potenciará el papel de los "autocuidados".

Esto requiere educar a los ciudadanos con información y guías, todo bajo el concepto básico de que el ciudadano informado puede:

- Determinar cuándo es necesaria y cuándo no la asistencia de un profesional
- Comprender la necesidad de mejorar los hábitos (promover la salud)

Hay suficiente evidencia de que los autocuidados contribuyen a una mejor salud y, al mismo tiempo, reducen el uso de los recursos y, por lo tanto, el coste.

Impacto de las tecnologías de información y comunicación

El uso de las tecnologías avanzadas de información y comunicación debiera ser la fuerza de mayor impacto en la atención sanitaria en la próxima década.

El gran impacto de Internet, la revolución de la información en el siglo XXI, será de tanta importancia en la forma sobre cómo las personas se comunican, transaccionan y viven como tuvo la revolución industrial en la primera mitad del siglo XX.

Continuidad asistencial

Uno de los problemas de la asistencia tal y cómo hoy la conocemos es la fragmentación y compartimentación de la misma. Será uno de los rasgos del futuro la exigencia de la continuidad asistencial por parte de los pacientes.

Las nuevas tecnologías de información y comunicación proveen el sustrato para la formalización de este continuum asistencial.

Ejes de modernización

Los ejes clave que permitirán, al sistema sanitario asturiano, el cambio y mejora de los servicios al ciudadano y al logro de una mayor eficiencia, serán por citar algunos:

- *Gestión integral de servicios sanitarios*: superando el concepto de Área y Nivel asistencial, para avanzar en la continuidad de la asistencia mediante la coordinación asistencial, la gestión de la demanda, la gestión de enfermedades, etc. relacionado con la gestión por procesos asistenciales.

- *Participación ciudadana*: estableciendo mecanismos efectivos de participación de la población en la organización y gestión de los servicios sanitarios.

- *Gestión por competencias*: se trata de avanzar en materia de políticas de personal y en la gestión de los recursos humanos, garantizando una mayor implicación de los profesionales, la evaluación del desempeño y el establecimiento de un marco retributivo adaptado al desempeño de cada profesional.

- *Gestión del conocimiento*: se trata de lograr una verdadera red de gestión del conocimiento, aprovechando el uso de las tecnologías de la información y comunicación, que permita la el logro de la excelencia en la atención mediante un acceso sencillo de los profesionales a la información sanitaria.

- *Gestión por procesos*: para romper estructuras funcionales y permitir una estructura organizacional por procesos, lo que requiere la realización de un análisis en profundidad de los procesos asistenciales y administrativos, y la reingeniería completa de la organización.

- *Gestión clínica*: avanzar en la descentralización y permitir una mayor autonomía de decisión de los profesionales, que permita un mejor servicio a los pacientes y el logro de altas cotas de eficiencia.

- *Centro de servicios compartidos*: facilitar a los centros sanitarios la gestión de aquellos servicios comunes que requieran un gran volumen de trámites administrativos o cuya gestión centralizada permita la obtención de economías de escala, logrando una sensación de red y liberando tiempos a los centros para focalizarse en la asistencia.

▪ *Plan Estratégico de Sistemas de Información y cuadro de mando integral*: la modernización del sistema sanitario asturiano se plantea, como uno de los ejes fundamentales, sobre la base de las tecnologías de la información y comunicaciones, siendo preciso implantar el Plan Estratégico de Sistemas recientemente adjudicado.

Tenemos el reto planteado, conocemos los problemas y adivinamos las soluciones. La búsqueda de una mayor

eficiencia y de unos mejores resultados debe provenir necesariamente de procesos continuos y repetitivos, pues no existen soluciones inmediatas. Debemos asignar los recursos racionalmente, debemos establecer prioridades.

El sistema sanitario del futuro puede ser como queramos que sea.

La sanidad pública en España se ha ido conformando, en el transcurso del tiempo, en un elemento esencial del Estado de Bienestar para la ciudadanía, y lo es, ya que recientemente en la Encuesta Barómetro Sanitario 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo, está bien valorada por los ciudadanos. Ello quiere decir que se ha hecho bien en estos últimos años, con independencia que hay aspectos que tenemos que mejorar.

Desde el seguro obligatorio de enfermedad de los años setenta, en el que lo esencial era el Sistema Hospitalocentrista en que se desarrollaron los hospitales de la Seguridad Social, primero elabora una sanidad pública que afectaba solamente a salariables esencialmente junto con la asistencia de beneficencia de las corporaciones provinciales, además crea un buen sistema de formación para personal facultativo. Hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, que crea el Sistema Nacional de Salud, a gestionar primero por el Gobierno a través del INSALUD y posteriormente trasladando la gestión a las comunidades autónomas, País Vasco, Cataluña, Andalucía, País Valenciano, Galicia y Canarias durante los años ochenta, y posteriormente en el año 2001 fueron transferidas competencias en materia sanitaria al resto de comunidades autónomas.

El sistema se ha venido transformando en financiación, prestaciones, niveles asistenciales, modelos de participación, convirtiéndolo en un modelo público con cobertura universal, equitativa y solidaria, que a su vez, nos permite decir que los niveles de salud de la ciudadanía española, según indicadores sanitarios, están en niveles de buena aceptación, si a ello le unimos que el gasto sanitario en relación con los países de nuestro entorno es de los más bajos, nos permite afirmar que la sanidad pública española es buena pero hay que mejorar determinados aspectos.

En estos términos, tenemos unas expectativas de vida al nacer de 79,52 años de media, para el hombre de 76,10 años y la mujer de 83,08 años, una tasa de mortalidad infantil de 4,42 por cada 1.000 nacimientos normales en 2005, que son alguno de los indicadores que nos sitúan en los mejores lugares del ranking de los países más avanzados.

En cuanto al gasto sanitario, también nos podemos situar en las bandas más bajas en términos del PIB, incluso con los países de nuestro entorno: gasto sanitario público 5,7, gasto sanitario privado 2,1, gasto sanitario total 7,7, año 2003, y a pesar de determinadas deficiencias que existen, como son en recursos humanos, se obtienen buenos resultados. Por tanto tenemos que preservar el sistema sanitario público.

En ese sentido, tenemos hoy que incidir de cara al futuro en mejorar y mantener el Sistema Sanitario en algunos elementos importantes, que a nuestro entender se tienen que acometer, siendo la valoración positiva del acuerdo de 13 de septiembre 2005 en el Consejo de Política Fiscal y Financiera en materia de financiación sanitaria. Instamos al Gobierno para la apertura del proceso de diálogo social, para que conduzcan a lograr la suficiencia económica del sistema, en equidad y cohesión, y que garanticen los mismos derechos de todos los ciudadanos con independencia de dónde viven, de hecho está claro que existen diferencias importantes en el gasto sanitario per cápita de una comunidades autónomas a otra. En 2005, son Cantabria 1.257 euros y Comunidad Valenciana 931 euros por habitante.

Desde nuestra perspectiva, debería orientarse la búsqueda de recursos para la financiación del sistema en función de la renta de cada ciudadano, que no a la recaudación de impuestos indirectos. Con el Fondo de Cohesión establecido por Ley y pendiente de desarrollo reglamentario en los aspectos relacionados con la

cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades, debería establecerse un fondo de la Seguridad Social para la cohesión del SNS, a través de los Presupuestos Generales del Estado.

También hay que hacer algunas correcciones al gasto sanitario sobre datos relevantes del Informe de Análisis del Gasto Sanitario de Julio de 2005, como que el gasto en 2003 para Atención Primaria, que era del 14,2%, mientras que en farmacia representaba el 23,36%. Por tanto, la Atención Primaria como nivel básico que garantiza la globalidad y continuidad de la atención se tiene que adecuar una mayor inversión.

Igualmente llama la atención que, en el período 1999-2003, el mayor gasto es de personal con el 45,31%, siendo su crecimiento anual del 7,24%, inferior al 10,09% de transferencias corrientes (esencialmente recetas). Globalmente en este período ha sido: personal 32,5%, consumo intermedio 56,2%, conciertos 37,7%, transferencias corrientes 46,9%, mientras que la media de crecimiento ha sido del 41,2%. Por tanto, se ha perdido porcentualmente 8,7 puntos con respecto a la media en las retribuciones del personal, la adecuación de éstas a las necesidades, siendo los recursos humanos fundamentales para el SNS, que debía de ser coordinado, vertebado y fortalecido, así como hacer especial mención a la deficiencia del personal en formación de titulados superiores y medios por las necesidades de determinadas especialidades, produciéndose competencia entre las diferentes comunidades autónomas para captar a estos profesionales o bien se vayan a la sanidad privada.

Es por ello, que se hace necesario situar el gasto sanitario público en el porcentaje del PIB en el promedio de los 15 países de la Unión Europea, previo a la ampliación, es decir a 1 punto más del PIB, los ciudadanos siguen creyendo que la financiación debe sufragarse

por impuestos el 76,4% por la renta, en lugar de la financiación mixta el 14,9%.

Resolver por las comunidades autónomas aspectos importantes de sus competencias según el Barómetro Sanitario 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo, como son "las listas de espera quirúrgicas y hospitalarias (20,5), aumentar y mejorar el servicio de especialidades, más médicos (15,9), más plazas hospitalarias (14,4) y listas de espera de especialidades y diagnóstico (13,6), entre otros.

Hay que resolver la coordinación de los servicios sanitarios del SNS, necesaria para hacer efectiva la universalización de la cobertura sanitaria entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas. Por tanto, en el proceso de descentralización existen claros síntomas de desestructuración y desmembramiento junto con desmotivación generalizada del personal. Por lo que deberían de existir sistemas de información y capacidad de compensación de los desequilibrios con sus órganos de gobierno y los recursos para ello.

En la prestación farmacéutica es esencial establecer medidas para el uso racional del medicamento, por el elevado gasto farmacéutico, por encima de los países de nuestro entorno, así como en la calidad en la gestión de la prestación en su conjunto.

La Salud Pública se encuentra diferenciada de la Atención Primaria y más aún de la Atención Especializada, para tener una relación más directa con los servicios asistenciales por su importancia en la planificación, desarrollo de la promoción, la prevención, materia transferida a las comunidades autónomas.

La descentralización no debe ser problema para la vertebración y coordinación que aseguren la equidad y solidaridad entre territorios, por lo que es necesario la mejo-

ra de la información y la compensación de los desequilibrios territoriales y sociales, con los fondos de compensación de las desigualdades que sean necesarios.

Por ello, debería desarrollarse el Plan Integrado de Salud del Sistema Nacional de Salud que marque objetivos y que oriente las actuaciones del conjunto del sistema y las asignaciones.

La participación institucional real en los distintos órganos como trabajadores, sindicatos representativos, etc., se encuentra en estos momentos casi sobre el papel o como mucho de forma obligada de trámite, pero no sobre la realidad de miembros activos en el funcionamiento y gestión de los órganos de gestión y participación en diferentes niveles, Consejo Consultivo del Consejo Interterritorial, Foro de Diálogo Social, Consejo de Salud de la comunidad autónoma, incluso los Consejos de Salud de las Áreas de Salud. Por tanto, deben de tener un protagonismo los trabajadores, sindicatos, vecinos, ciudadanos, etc., para que sean miembros activos del Sistema, conociéndolo e impulsando mejoras que sean aplicables en cada ámbito.

La atención sanitaria a desplazados está creando importantes tensiones en el SNS, aunque en mayor medida en determinadas comunidades autónomas, esencialmente en dos aspectos fundamentales, en la capacidad de prestar la asistencia sanitaria con los recursos de cada servicio de salud autonómico y en la financiación de estos desplazados, bien sean de otras comunidades autónomas, bien sean inmigrantes, o bien sean desplazados de otros países europeos, siendo el mayor problema el cobro de estas prestaciones entre comunidades autónomas o con los países de nuestro entorno por el fenómeno de turistas sanitarios.

En los aspectos de personal es necesario modificar determinadas leyes para una mejora en la negociación y sus contenidos, así democratizar la relación entre la Administración y las organizaciones sindicales, puesto que hoy no existen órganos adecuados para la información, consulta, participación y negociación en el ámbito sectorial estatal, tan importante para la motivación y desarrollo del personal.

El futuro del Sistema Nacional de Salud

Desde una posición inequívoca en torno a la defensa de nuestro sistema sanitario, es necesario pararse a pensar si goza o no de buena salud y cuáles son las cuestiones sobre las que hay que implementar cambios que nos permitan garantizar su sostenibilidad.

No creemos que el SNS esté en crisis; pero tampoco que goce de buena salud. Y, en todo caso, "la crisis de financiación" a la que se alude insistentemente no es sino la manifestación externa de problemas más profundos que afectan a la racionalidad, la solidaridad, la gobernabilidad y comprometen la sostenibilidad futura.

Es evidente que el SNS necesita más recursos pero si no abordamos los problemas estructurales, los recursos adicionales tendrán una influencia marginal decreciente en la salud de la ciudadanía.

Además, a la demanda de más recursos seguirá una espiral creciente: una parte estará acreditada por mayores necesidades sanitarias en el capítulo de cuidados (envejecimiento y cronicidad), por la incorporación de algunas innovaciones efectivas y por la eventual ampliación de la cartera de prestaciones que pueda decidirse en el ámbito político y social para ampliar la cobertura del SNS; pero otra parte de la presión sobre los costes (posiblemente mayoritaria) estará alimentada por agentes externos e internos que objetivamente se benefician de que crezca el tamaño del sector, aunque no crezca significativamente la efectividad en términos de ganancia individual o social en salud.

La adición de recursos no se traducirá en mayor eficiencia social sin otras acciones que garanticen la racionalidad. Cuando se obtiene vía ingresos públicos más dinero para la sanidad, hay que tener en cuenta las acciones que dejan de llevarse a cabo en otros sec-

tores preferentes de la economía social (coste social de oportunidad). Mayores ingresos para el sistema sanitario por la vía de la aportación privada en el momento del uso de los servicios (los copagos a los que recurrieron recientemente Alemania y Francia) añaden a lo anterior un daño a la solidaridad aminorando la misma entre sanos y enfermos, entre ricos y pobres y entre jóvenes y ancianos.

El trabajo realizado por CCOO, que comenzó con las jornadas realizadas en octubre del 2004 y dio lugar a la edición del libro *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*, junto con la resolución aprobada en el mes de septiembre por la Ejecutiva Confederal intenta trasladar a la agenda política la necesidad de un pacto que facilite la resolución de los problemas estructurales para prevenir el deterioro del SNS y para revitalizar el compromiso de todos los agentes en su mejora y sostenibilidad.

Consideraciones como punto de partida

1. La sociedad española apoya profundamente los valores constitucionales de garantía de la protección de la salud, desarrollados en la Ley General de Sanidad, y sigue exigiendo a los poderes públicos que, a través del sistema público de salud, hagan realidad dichas garantías para toda la ciudadanía
2. La sociedad española tiene derecho a que el SNS funcione adecuadamente y se configure como un marco organizativo para las acciones de los poderes públicos sobre la salud, en donde se pueda dar a la vez sinérgicamente la descentralización a las comunidades autónomas y la cooperación entre todos los servicios de salud
3. La sociedad española sufre con preocupación una serie de problemas de organización y financiación que

están dando lugar a problemas importantes de equidad en el acceso, de calidad y adecuación de los servicios sanitarios y, por ello, exige a los poderes públicos que den a la sanidad la prioridad política que le da la sociedad y se realice un esfuerzo para presentar, de forma consensuada, alternativas que garanticen la sostenibilidad del SNS, y que el funcionamiento del mismo responda a las expectativas de la ciudadanía y al espíritu de las normas constitucionales y legales de protección del derecho a la salud

4. La sociedad española entiende que la expansión del conocimiento y la tecnología, así como las nuevas exigencias que plantean las necesidades, demandas y preferencias de las familias en relación con la atención a la salud y los cuidados a la dependencia, suponen desafíos muy importantes para los servicios públicos y, por ello, debe estar dispuesta a hacer un esfuerzo mayor de solidaridad. Pero en la sostenibilidad de un modelo más ambicioso de protección social exige también a los gobiernos respuestas inteligentes a la vez que comprometidas, que justifiquen y legitimen desde la racionalidad del conocimiento experto y, desde la evidencia, el acuerdo más amplio de los agentes políticos, institucionales y sociales

5. Por todo lo anterior, se interpreta que la sociedad española pide que se abra una reflexión profunda y comprometida en sede parlamentaria orientada a evaluar los problemas de suficiencia, solidaridad, sostenibilidad, gobernabilidad y racionalidad del SNS, sobre el cual se plantee un nuevo acuerdo, un nuevo contrato social para la mejora y revitalización del SNS

Suficiencia

El SNS no ha seguido en el pasado la senda del equilibrio y la suficiencia financiera, y el nuevo modelo iniciado en el 2002 está dando síntomas claros de insufi-

ciencia y de dificultad de control o autocontrol. Además, se visualiza la necesidad de obtener fondos adicionales para afrontar los desequilibrios que ya se han materializado.

El modelo de corresponsabilidad fiscal limitada, basado en la autonomía responsable por el lado de los gastos, aunque avanzó en una senda interesante, ha sido muy vulnerable a presiones externas e internas, las cuales han influido en una deriva inflacionista del gasto; por ello ha llevado en un plazo corto a anular las virtudes fundamentales del autocontrol y autogobierno, y resituar el problema de la financiación en clave de petición de más fondos al gobierno central.

El modelo debe recuperar la senda de la corresponsabilidad, incorporando dicho concepto decididamente en la gestión de los ingresos de las comunidades autónomas, debe haber un acuerdo sobre el catálogo de prestaciones para el conjunto de la ciudadanía y, si alguna decide ampliar dicha cartera, deberá estar en condiciones de afrontar económicamente dichas decisiones.

El papel de la Administración General del Estado debe situarse en clave de fomentar la solidaridad entre los territorios, y en sanidad debe desarrollarse a través de un Fondo de Cohesión, que valorando la gestión realizada en los distintos servicios de salud, sirva para corregir desigualdades y necesidades en salud.

Solidaridad

El SNS, basado en un modelo de Seguridad Social, no ha completado su evolución normativa y organizativa hacia un modelo universal de aseguramiento único y público de salud, y ello crea desequilibrios que afectan a los valores del Sistema y a los derechos de las personas.

La ciudadanía sanitaria es un nuevo concepto que puede ayudar a definir el conjunto de derechos subjetivos que tienen las personas en relación con la protección de la salud y con el Sistema Nacional de Salud.

Si todos somos iguales ante la Ley y si el SNS se financia desde 1997 a través de los impuestos, no tiene sentido definir el derecho a la cobertura del SNS en clave de relación con el mercado de trabajo o con leyes especiales de ampliación de cobertura.

Igualmente determinados regímenes de aseguramiento sanitario, como el mutualismo administrativo, las entidades colaboradoras de la Seguridad Social, el seguro escolar, etc. deben revisarse y actualizarse a la luz de las nuevas realidades del aseguramiento público y universal de la sanidad, así como de la gestión autonómica de los servicios de salud.

Definir en el concepto de ciudadanía sanitaria, el derecho positivo que dé seguridad jurídica a todas las personas en relación con su aseguramiento sanitario, estableciendo mecanismos para hacer valer sus derechos.

Definir con rango normativo de ley la universalización efectiva y directa del derecho a la salud y revisar las situaciones anacrónicas y disfuncionales de otros regímenes de aseguramiento público o privado.

La Administración General del Estado deberá propiciar valores e instrumentos de cooperación para la gestión del SNS: el Fondo de Cohesión, como instrumento central de acción sanitaria y redistributiva, y el fomento de estructuras y procesos comunes y compartidos para la logística del Sistema, son dos aspectos fundamentales a considerar para institucionalizar en la práctica los valores de solidaridad en el SNS.

Sostenibilidad

La sostenibilidad es una dimensión fundamental para dar garantías de futuro al SNS; los principales factores que la condicionan pueden considerarse como externos, internos y finalmente, aquellos que tienen que ver con la adecuada utilización del conocimiento.

Factores externos

Los propulsores del gasto más importantes no son el envejecimiento ni el cambio de población, sino el aumento de la intensidad diagnóstica y terapéutica (volumen medio por persona y año); el mayor consumo de inputs potenciado claramente por agentes industriales externos (tecnología y farmacia) que tienen una gran influencia en el mundo profesional y científico de la medicina y en las decisiones clínicas. El problema en términos de eficiencia social no radica sólo en el crecimiento de los costes, sino sobre todo en el limitado y desigual impacto en resultados en cantidad y calidad de vida.

Hay dificultades para discriminar la innovación efectiva y establecer la forma más adecuada de difundir y aplicar las innovaciones para conseguir la mayor eficiencia social. A ello se le añade una crisis de innovación en el mundo industrial, donde cada vez resulta más difícil encontrar nuevas tecnologías o fármacos que tengan un efecto disruptivo o supongan saltos cualitativos en la mejora de la efectividad diagnóstica o terapéutica. A lo anterior hay que añadir un déficit en la acción de gobierno que dificulta desde la perspectiva del conocimiento identificar el valor que aportan las innovaciones y desde la perspectiva de la gestión minimizar los conflictos de intereses para facilitar mayores grados de libertad responsable e informada de los profesionales.

Hay que plantear acciones sobre utilización de tecnología basadas en la evaluación para analizar su seguri-

dad y eficacia. Más complejidad tienen las políticas del medicamento donde la evaluación de la seguridad y eficacia están ampliamente reguladas, pero no así la efectividad de los fármacos.

Hay que favorecer desde la función de compra pública, el que la industria tecnológica y farmacéutica, recuperen la senda de la innovación socialmente eficiente, de forma que se recompensen los verdaderos avances en la investigación y el desarrollo.

Factores internos

Los profesionales sanitarios no se sienten identificados como sería deseable con el SNS. Con un capital humano que se aproxima, cuando hablamos de empleo público, a los 450.000 efectivos, nadie duda que en ellos resida una parte determinante de la legitimidad social del sistema y la percepción subjetiva, que sobre la calidad del mismo, tiene el conjunto de la ciudadanía.

La falta de una política de personal para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, hace que siga en vigor un modelo retributivo de corte funcionarial incapaz: en primer lugar, de dar respuesta a la necesaria incentivación de los profesionales implicados de forma activa en la mejora del sistema, a través de distintas iniciativas como los cambios organizativos que se han producido en los últimos años con la implantación progresiva de la gestión clínica; en segundo lugar, un lastre para impulsar medidas dirigidas a mejorar la gestión de personal.

Es necesario sin duda, un compromiso de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, en el que se establezcan cuales deben ser las líneas de actuación en política de recursos humanos. Para propiciar un cambio que permita incorporar criterios de eficacia y eficiencia en la gestión de todos los recursos. "El Foro Marco para el Diálogo Social" debe jugar un papel

determinante para tejer los consensos necesarios en un ámbito en el que estamos presentes todos los agentes implicados.

Diseñar una nueva política de personal precisa: primero, confianza entre los distintos interlocutores para abordar un problema complejo en el que influyen multitud de factores; segundo, establecer claramente los aspectos que deben ser tratados; tercero, compromiso de todos los agentes implicados para consensuar los cambios que permitan mejorar el funcionamiento del SNS.

Algunas cuestiones que deberían formar parte de un nuevo diseño de la política de recursos humanos y, por tanto, de un hipotético acuerdo.

La formación continua: como elemento fundamental de capacitación y competencia que permita adaptar los perfiles profesionales, tanto a los cambios organizativos y funcionales, como a las necesidades de los usuarios de los servicios. Incorporando la valoración de la misma como elemento incentivador para al desarrollo profesional y la progresión de niveles en la carrera profesional.

La participación: como elemento imprescindible para avanzar en una dirección de mayor corresponsabilidad de los profesionales en la calidad de la asistencia, en la eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos, en los cambios organizativos, y en los objetivos asistenciales dirigidos a mejorar el funcionamiento del SNS.

La incentivación: para propiciar actitudes positivas que primen las buenas prácticas, que mejoren la calidad del servicio y los resultados, frente a actitudes negativas que tienden a aumentar el coste de los servicios no siempre mejorando la calidad. Para ello es necesario un cambio de modelo retributivo.

La clasificación profesional: junto con la carrera profesional, debe diseñar un recorrido más flexible que permita progresar en el reconocimiento de las buenas prácticas y el cumplimiento de los objetivos y de mejora continua. La desaparición de las diplomaturas universitarias y los cambios en el ámbito de la formación técnica nos obligan a abordar sin dilación la reforma de los grupos de clasificación.

La armonización de las condiciones laborales en el conjunto del SNS: que evite tanto los discursos centrados en los agravios comparativos (que se utilizan como coartada para justificar la no implicación con los objetivos del Servicio) como para evitar la competencia entre distintos servicios de salud en la pugna por captar a profesionales, lo que está poniendo en riesgo la atención sanitaria a la población en algunos ámbitos geográficos.

Empleo estable a través de mecanismos ágiles de acceso y selección: que permitan, al mismo tiempo adaptaciones rápidas y ajustadas de los perfiles profesionales, para dar respuesta a las necesidades cambiantes de la ciudadanía, que se van a centrar en el futuro en mayor necesidad de cuidados (cronicidad y envejecimiento).

Factores de la base del conocimiento

A pesar de que el SNS y el sector sanitario juegan un papel fundamental en la sociedad del conocimiento contribuyendo decisivamente a la producción científica española, los instrumentos de gestión de la investigación científica y desarrollo tecnológico no están claramente alineados con las necesidades y prioridades del SNS. Los instrumentos para la gestión de la investigación se ven dificultados por la naturaleza burocrática de las instituciones sanitarias.

Definir una política científica implica la necesidad de replantear las prioridades; el sesgo hacia estudios bási-

cos o biomédicos orientados a la eficacia llevan a una desatención o un subdesarrollo de la investigación epidemiológica, de intervenciones comunitarias en salud, o de investigación en servicios de salud; en otras palabras, se trataría de cambiar el foco desde la eficacia hacia la efectividad e introducir la preocupación por la eficiencia en las innovaciones.

La investigación precisa una organización dinámica, con capacidad de vincular ágilmente personas a proyectos, de motivar e impulsar desarrollos profesionales, de favorecer la horizontalidad y la cooperación entre profesionales, servicios y centros. Los desarrollos de redes temáticas de investigación cooperativa, de estructuras especializadas para la gestión de fondos de investigación en los centros, o el avance en la calidad de los contratos de los investigadores.

Hay que avanzar líneas de trabajo en tres frentes: políticas de investigación y desarrollo que permitan modular el esfuerzo científico hacia objetivos socialmente relevantes; políticas de modernización de la gestión y fomento de una infraestructura organizativa para la función de investigación; y la definición de una estrategia de TICs para el SNS, en la que los principales retos como la tarjeta sanitaria, la historia clínica electrónica, la telemedicina, la receta electrónica, los sistemas de expertos o el uso de bases de datos clínicas y administrativas, sean piezas de innovación generadas desde el propio sector.

Gobernabilidad

El marco de gestión tiene una evidente debilidad de diseño y adolece de instrumentos efectivos para su gobierno y gestión. El SNS sigue siendo poco más que una mera definición que del mismo hizo la Ley General de Sanidad: sin personalidad jurídica, sin presupuesto, sin cabeza visible y sin órgano de dirección permanen-

te. La dificultad de papeles entre administraciones propicia una relación adversarial compleja, de ámbito institucional y político, que explica en parte la dificultad de funcionamiento experimentada en el Consejo Interterritorial del SNS.

La estructura fragmentada del SNS se confronta con la centralización de agentes económicos e industriales. lo que añade mayor debilidad y problemas de sostenibilidad. La búsqueda de instrumentos de cohesión emprendida por la Ley de cohesión y calidad no está jugando el papel que se presuponía.

En la meso-gestión, el grueso del funcionamiento de los hospitales y centros de salud sigue anclado en modelos burocráticos, e incluso buena parte de la innovación en gestión contractual (contrato programa y de gestión) se han debilitado tras el proceso de transferencias. La idea de impulsar la calidad y la excelencia ha llevado a iniciativas gerenciales importantes pero aisladas.

En la micro-gestión se acumulan los problemas de la práctica clínica en condiciones de expansión del saber y de las expectativas y demandas de la población. En este ámbito hay una ausencia total de actuación del SNS, si lo comparamos con iniciativas de otros países. Bien sea en clave de los años ochenta, como son las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, o en clave de los años noventa como son las agencias de gobierno clínico, como por ejemplo el NICE inglés (Instituto Nacional de la Excelencia Clínica).

Obviamente, en la macro-gestión radica el problema principal de cómo hacer gobernable el SNS; esto implica utilizar instrumentos económicos (Fondo de Cohesión), informativos (creación de un sistema de información integrado, bases de datos compartidas para funciones comunes y un sistema interoperable

para la gestión de las interdependencias) y organizativos (diseñar instrumentos de gobierno del SNS que presten servicios comunes y horizontales a todo el Sistema).

Es necesario un cambio en el funcionamiento del Consejo Interterritorial para que asuma el papel de dirección efectiva y real en el gobierno del SNS. Para ello es necesario un acuerdo entre las principales fuerzas políticas que permita que la lealtad y la cooperación sean los ejes que permitan asegurar la dirección del SNS e implementar instrumentos económicos, informativos y organizativos que faciliten el gobierno.

La meso-gestión tiene obviamente una mayor relevancia para las administraciones autonómicas; no obstante, desde la agenda del SNS se debe plantear con fuerza la necesidad de avanzar en la modernización de la administración pública: la flexibilización de las funciones de gestión económico-financieras, de gestión de personal y de gestión contractual y logística.

Finalmente, la agenda de micro-gestión para el gobierno clínico, nos vuelve a situar en las responsabilidades del SNS como un todo para impulsar la buena práctica sanitaria, a través del impulso a la evaluación de las intervenciones y la innovación, y de la elaboración de guías y otros instrumentos que puedan dar un soporte a las decisiones clínicas.

Racionalidad

Las políticas de salud y las reformas han ignorado los microsistemas (unidades clínicas) que en primera línea de relación con el paciente prestan servicios y determinan la calidad final en la asistencia sanitaria. Hay problemas de calidad en la asistencia sanitaria que deben ser abordados de forma inaplazable.

Además nos encontramos con un desajuste creciente entre las expectativas de la población (inducidas desde la oferta), el crecimiento de la demanda y las posibilidades de que el Sistema Sanitario pueda avanzar significativamente en mejorar la salud de las personas y la población. Hay un patrón consumista de los servicios sanitarios que se estimula aún más desde una concepción medicalizada de las acciones preventivas y que lleva a un perfil intervencionista generalizado que no solo plantea problemas de efectividad asistencial y eficiencia social, sino que implica peligros de iatrogenia a los pacientes.

El desarrollo del conocimiento y la técnica y la mayor exigencia en los derechos de la ciudadanía llevan a la expansión de los problemas bioéticos: conflictos ante nuevos procedimientos (clonación), conflictos por temas de autonomía del paciente y consentimiento informado, judicialización de la asistencia, etc.

La mejora de la calidad asistencial implica redefinir la macro y la meso-gestión hacia los micro-sistemas donde se desarrollan los procesos asistenciales y la interacción con el paciente; las interdependencias que provienen tanto de la mayor especialización de la oferta como de la cronicidad de la demanda, lleva a que los problemas de gestión y logística clínica estén en el centro de la calidad. La gestión clínica no debe ser considerada como un mero problema de cómo estructurar los servicios, institutos o unidades, sino un reto en el manejo cooperativo y científicamente fundado del proceso asistencial y de las decisiones clínicas.

La fragmentación del sistema sanitario en niveles asistenciales, en servicios de especialidad, en vertientes asistenciales y de salud pública, o incluso su separación del ámbito socio-sanitario, hace muy difícil la búsqueda de estrategias sensatas para desarrollar intervenciones sanitarias.

La mejora de la calidad asistencial implica acciones de apoyo a los microsistemas clínicos, mejorando las bases científicas que apoyan las decisiones, pero muy especialmente la difusión e implementación del conocimiento existente, para mejorar los "gaps" entre eficacia y efectividad. Las estrategias de gestión del conocimiento desde la red sanitaria (centros de conocimiento clínico como el NICE británico) son una prioridad fundamental.

Es necesario cuanto antes hacer una reflexión sobre los elementos de crisis que conlleva la medicina moderna y la medicalización de la vida cotidiana de las personas. El sistema sanitario debe ayudar a promover el consumo responsable, las actuaciones preventivas que den a la persona una mayor autonomía y capacidad de controlar su propia salud y la orientación de corresponsabilidad de la comunidad. La potenciación de la salud pública, como elemento de impulso a la perspectiva poblacional, así como la atención primaria, reforzada en su papel de promotor de la salud y de prevención de la enfermedad.

La búsqueda de un modo de respuesta proactiva que sitúe los derechos de los pacientes y el derecho de autonomía que les asiste evitando en lo posible las prácticas inútiles, inseguras, innecesarias. Es necesario situar al paciente informado en el centro de las decisiones sobre su salud. Así mismo, el sistema sanitario tiene que avanzar en aquellos aspectos de estructura y organización que permitan garantizar el respeto a la dignidad personal la intimidad y la confidencialidad.

La sostenibilidad futura del Sistema Nacional Salud requiere de un consenso muy amplio para impulsar medidas que garanticen la suficiencia, la solidaridad, la sostenibilidad, la gobernabilidad y la racionalidad en nuestro sistema sanitario. La necesidad de fortalecer instrumentos de gobierno y de gestión desde la corresponsabilidad de todas las administraciones es impres-

cindible en un modelo descentralizado y debe ser un objetivo estratégico para consolidar nuestro sistema sanitario en el siglo XXI.

El debate sobre el SNS es necesario, urgente e inaplazable. El SNS es de todos y la sociedad española tiene derecho a que funcione adecuadamente. Es, sin duda,

un pilar fundamental del Estado de Bienestar y un elemento imprescindible en la cohesión social. Por ello, esperamos que se constituya, tal y como reclamamos desde CCOO, una comisión mixta Congreso-Senado para propiciar un gran consenso que garantice el futuro del SNS tal y como se hizo con el sistema de pensiones a raíz del Pacto de Toledo.

El acceso a una asistencia sanitaria de calidad, basada en los principios de universalidad, equidad y solidaridad, constituye un elemento de cohesión social (Comunicación de la Comisión Europea 2004 *Modernizar la protección social: para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesible y duradera: apoyo a las estrategias nacionales a partir del método abierto de coordinación*).

Las directrices de política comunitaria en este ámbito apuntan a la necesidad de garantizar, a largo plazo, la accesibilidad, la calidad y la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios nacionales.

En el contexto de la Unión Europea de los quince, España presenta resultados muy positivos en cuanto a algunos indicadores de salud básicos comparados, como la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer o la tasa de mortalidad por cáncer en mujeres. Sin embargo, otros indicadores deben ponernos en alerta, como ser uno de los países en el que más muertes prematuras evitables se producen, constatándose una amplia extensión de determinados hábitos de vida insalubres, como el consumo de alcohol y tabaco, unido al hecho de presentar la tercera tasa más elevada de prevalencia de obesidad.

El modelo sanitario contemplado en la Constitución Española (artículo 43.1 "competen a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios"), se ha ido consolidado en algunos aspectos como la cobertura universal, la separación de fuentes del sistema, la descentralización administrativa en la gestión y la definición de un catálogo de prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud al que deben acceder todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

Este desarrollo, sin embargo, se ha visto acompañado de algunos problemas en materia de accesibilidad, descoordinación e insuficiente participación de la medicina preventiva frente a la asistencial o estrictamente curativa.

En términos de gasto, y pese al incremento de la demanda a que el sistema se enfrenta, fruto tanto del envejecimiento de la población, que genera mayor gasto, como del fenómeno de la inmigración con derecho reconocido a la asistencia sanitaria (casi 3.000.000 de personas) la evolución del gasto sanitario público en porcentaje del PIB ha permanecido prácticamente invariable en los últimos años.

Cuadro 1. Gasto en sanidad

Años	Gasto total en sanidad, porcentaje de PIB	Gasto público en sanidad, porcentaje de PIB
1970	3,6	2,3
1980	5,4	4,3
1990	6,7	5,3
2000	7,4	5,3
2001	7,5	5,4
2002	7,6	5,4
2003	7,7	5,5

Fuente: OCDE (2005)

El cuadro permite ver cómo a pesar de que exista la cobertura universal se viene incrementando la población que accede a la sanidad privada, mayoritariamente a través del seguro de asistencia sanitaria.

Aunque prácticamente el 100% de la población española esté cubierta por el sistema público, entre un 15 y un 20% son además tomadores de entidades aseguradoras privadas, siendo por ello, doblemente pagadores, por cuanto que contribuyen al sistema público a través de impuestos y a través del pago de la prima perciben prestaciones del sistema privado.

Únicamente los funcionarios civiles, los miembros de las Fuerzas Armadas y los miembros del Poder Judicial (6% de la población) pueden elegir entre el seguro y el sistema público, decantándose el 86% por el aseguramiento privado. El valor añadido que este comporta para dicha elección parece basarse en un trato más personalizado, inexistencia de listas de espera y amplios cuadros médicos para que el asegurado opte por el que más le interese (datos UNESPA).

La separación de fuentes de financiación consolidada en 1999 convive, sin embargo, con una aportación de cotizaciones del sistema de Seguridad Social a los Servicios Públicos de Salud, vía convenios para el control y seguimiento de la gestión de los procesos de incapacidad temporal (cuantía acumulada).

Me gustaría detenerme unos segundos en este punto, por cuanto que en origen este procedimiento, en el año 1997, tenía como objetivo la mejora de la gestión de los servicios de salud en orden a favorecer la pronta recuperación de la salud por los trabajadores en baja por incapacidad temporal común.

Sin embargo, esta aportación no se aplica de manera directa a la atención sanitaria de dichos trabajadores, por lo que tampoco se traducen sus efectos en términos de mejora de la gestión de la prestación de ITCC.

La descentralización de la gestión se consolidó en el año 2002 con la culminación del proceso de transferencias del INSALUD a las comunidades autónomas, poniéndose de manifiesto en los últimos años, y de manera notoria y evidente en el año 2005, la existencia de notables insuficiencias en materia de coordinación interterritorial (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud), que se traducen en la cohesión social y en la equidad en el acceso a los servicios. En el informe anual del Sistema Nacional de Salud 2004

correspondiente al Principado de Asturias, en el apartado de valoración del proceso transferencial se plantea un interrogante: ¿cómo podrá realmente el SNS garantizar el derecho de todos los españoles a la igualdad de trato, prestaciones y acceso al sistema sanitario?. ¿Qué variables o diferencias de prestación entre comunidades autónomas son admisibles, si es que van a aceptarse estas diferencias?

En el mismo informe se plantea que en la actualidad, consolidado el proceso transferencial, se requiere un esfuerzo por parte de todos para mantener un sistema homogéneo y universal, debiendo concitarse los necesarios acuerdos multilaterales a 17 bandas con el objetivo único de garantizar a todos, todas las prestaciones básicas que habrá que determinar.

La atención sanitaria ocupa un lugar central en la agenda política de los gobiernos de las comunidades autónomas, situándose el centro del debate sanitario en el volumen de recursos para financiar el servicio. Es lógico este planteamiento si tenemos en cuenta que de cada tres euros gastados por las comunidades autónomas, uno se destina a la financiación de la asistencia sanitaria.

Algunos de los debates más recientes en torno a modificaciones competenciales de las comunidades autónomas, tienen detrás, de manera subyacente, el déficit fiscal generado por la financiación de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, la experiencia de los últimos años indica que incrementar el gasto en sanidad resuelve los problemas de tesorería coyunturales, pero a medio y largo plazo no resuelve los problemas del sistema sanitario, porque los componentes estructurales generadores del gasto, siguen vigentes (por ejemplo, el problema de recursos humanos del 2002 resuelto con incrementos retributivos con carácter fijo y reducción de la jornada.

A pesar de ello los problemas de recursos humanos se mantienen).

La descentralización del sistema sanitario ha favorecido, sin duda, la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades y preferencias del ciudadano mejorando la gestión de los recursos y la eficiencia de los mismos.

Pero también la creación de 17 subsistemas ha generado algunos problemas que debieran resolverse a través de la coordinación y la colaboración. El primero de ellos es el de la ausencia de un buen sistema de información del SNS. No existe un sistema de información nacional que permita evaluar resultados, o comparaciones entre comunidades autónomas. Los indicadores relevantes no son homogéneos e imposibilita cualquier comparación significativa (por ejemplo, la Encuesta Hospitalaria o las lista de espera sobre las que existe un acuerdo, al que no se adapta el procedimiento adoptado por alguna comunidad autónoma).

En términos de gasto (del debate central de las comunidades autónomas sobre el déficit financiero), esta ausencia de información es especialmente relevante, resultando imprescindible la subsanación de la misma para evaluar el funcionamiento del sistema actual, previamente a la adopción de cambios sustanciales en el mismo puesto que de momento la información sobre el gasto sanitario se limita a la evolución del gasto farmacéutico.

Algo se ha avanzado en materia de información (a pesar de que subsisten importantes carencias) durante el año 2004 con la puesta en funcionamiento del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, creado por la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como organismo para el análisis permanente del Sistema Sanitario, y que ha publicado ya los informes anuales del Sistema Nacional de Salud 2003 y

2004 que, además de compilar una serie de datos hasta ahora dispersos en diversas fuentes estadísticas, incorpora un diagnóstico sobre la sanidad en España.

A través de ese diagnóstico podemos ver que, a pesar de ser preponderante el papel sanitario de la atención primaria en España, los recursos destinados a la misma siguen sin ser proporcionales a su importancia, con indicadores que muestran diferencias muy significativas entre comunidades autónomas (cobertura modelos de EAP, presión asistencial) y diversidad de cartera de servicios ofrecidas por los servicios de salud (unidades de atención a la mujer, o atención domiciliaria, etc.).

Por lo que se refiere a la atención especializada frente a las mejoras asistenciales producidas en la práctica de la cirugía mayor ambulatoria en todas las comunidades autónomas, se constata que el tiempo de espera para intervenciones sigue siendo uno de los principales problemas del sistema sanitario, y que, en opinión de los usuarios, ha empeorado en los últimos años. Es también motivo de queja para los usuarios del sistema los tiempos de espera para la cita con el especialista o para la realización de pruebas diagnósticas.

En los sistemas sanitarios financiados con impuestos las listas de espera son mecanismos de gestión de recursos escasos ante una demanda creciente (ya que no existen mecanismos basados en los precios o en limitaciones explícitas de costes). Con las listas de espera se prima la prestación de los servicios considerados más urgentes, pero los tiempos de demora generan incertidumbre e insatisfacción en los pacientes. Esta misma semana se publicaba el Barómetro Sanitario 2005 en el que se reflejaban las críticas a la espera para ingreso hospitalario no urgente, así como la demora en las consultas de especialistas, incrementándose el porcentaje de ciudadanos con una percepción negativa sobre estos aspectos.

Por otra parte, el análisis de nuestro sistema sanitario presenta un desarrollo insuficiente de la denominada atención sociosanitaria. La Ley de cohesión y calidad del SNS definió el contenido básico del ámbito sanitario de las prestaciones sociosanitarias, aunque está pendiente la aprobación de la cartera de prestaciones del SNS (cuyo borrador se presentó el pasado 16 de diciembre al Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) que precise el alcance de dichas prestaciones.

Mientras tanto, coexiste una diversidad de modelos, enfoques, y grados de desarrollo de dicha atención en los distintos servicios de salud. Este es un aspecto de especial importancia en nuestro país donde ya se pone de manifiesto el envejecimiento de la población y el cambio en los modelos de atención social, con la incorporación de la mujer al mercado laboral.

El Libro Blanco de Atención a la Dependencia pone de manifiesto que prácticamente un 70% de la atención a dichas situaciones se realiza a través de cuidados informales aportados por la familia.

Esta situación será difícilmente sostenible de futuro, y por ello, se ha avanzado en el marco jurídico de protección a la dependencia (Sistema Nacional de la Dependencia) pero se deberán producir avances en los aspectos sanitarios de dicha protección, que no son objeto de tratamiento en dicho marco jurídico.

La insuficiencia asistencial se pone también de manifiesto en la salud mental en la que los problemas de coordinación interniveles han repercutido de manera negativa, presentando una gran disparidad de enfoques e intensidad en las comunidades autónomas.

Continúa sin elaborarse el Plan Integral de Atención a la Salud Mental debiendo constituirse éste en un foco

prioritario de las políticas de prevención y promoción de la salud.

He señalado hasta aquí algunos factores específicos que condicionan ya al sistema sanitario, y que introducen incertidumbres sobre su sostenibilidad a medio plazo, entendiendo dicha sostenibilidad no solo desde el punto de vista del coste sino también desde el de su calidad y accesibilidad, que ponen de manifiesto la necesidad de abordar algunas reformas.

A ello habría que unir algunas consideraciones sobre determinados retos que debe afrontar el sistema sanitario, que no son específicos de nuestro país, sino comunes en nuestro entorno europeo y que inciden sobre su sostenibilidad:

- Envejecimiento de la población como consecuencia de la mayor esperanza de vida. Este es un fenómeno común a la mayoría de los países de nuestro entorno, y que incidirá sobre la demanda de servicios sanitarios.

En nuestro país ya se está apuntando este fenómeno, habiéndose incrementado en los últimos años sensiblemente el período de permanencia de las personas en la situación de jubilación, viéndose paliados los efectos del mismo, desde el punto de vista del Sistema de Seguridad Social, por la intensificación del fenómeno de la inmigración, que también se está produciendo en los últimos años.

Sin embargo, para el medio y largo plazo, el panorama demográfico previsto sitúa a España como la nación con la media de edad más alta del planeta (2050, 55,2 años) lo que nos refleja una sociedad muy envejecida, con un 37,6% mayor de 65 años, y un 13,4% de octogenarios.

La presión demográfica de este fenómeno se traduce en la tasa de dependencia (personas dependientes

sobre personas en edad de trabajar que en el año 2000 se situaba en el 46,4%, previéndose para el 2025 en el 53%, e incrementándose sensiblemente para el 2050 (1,4 cotizantes por pensionista).

El envejecimiento de la población, en el ámbito sanitario genera problemas de sostenibilidad, ya que, por ejemplo el gasto hospitalario crece de forma apreciable con la edad, al igual que el gasto farmacéutico.

El Banco de España en el año 2002 realizó un ejercicio proyectando el gasto sanitario per cápita en función de la evolución demográfica esperada estableciendo un crecimiento de 1,6 puntos porcentuales sobre el PIB entre 2000 y 2050.

Al margen de este y otros estudios, parece que, según los expertos, no está clara la magnitud del impacto de la evolución demográfica sobre el gasto en sanidad, existiendo una relación ambivalente entre ambos, que depende del modelo de respuesta del sistema sanitario a una mayor demanda potencial, puesto que la acción de distintos factores podría incrementar la eficiencia de los sistemas sanitarios, permitiendo la prestación de más y mejores servicios sin aumentar el gasto.

- La incorporación al sistema de avances tecnológicos. Retos de carácter financiero, y de fijación de criterios de eficacia y eficiencia en las decisiones de incorporación.

Los avances tecnológicos, que comportan una indudable mejora de la atención sanitaria, plantean retos para la sostenibilidad del sistema sanitario, no sólo por razones de coste económico sino por la complejidad que conlleva su incorporación al sistema.

Será necesario trabajar en la fijación de criterios de eficacia y eficiencia para su introducción en los servicios

sanitarios, precediendo la misma de una evaluación rigurosa y objetiva, basada en criterios de seguridad e incluso equidad.

Este es un problema que afecta a la mayoría de los países desarrollados y que genera dificultades por cuanto que establecer unos indicadores fiables de costes y beneficios resulta incierto, y evaluar el grado de seguridad y eficacia de una innovación, a pesar de ser fundamental, exige recursos y el transcurso del tiempo para llegar a resultados definitivos.

- Por su parte, la investigación en los medicamentos, que se traduce en la generación cada vez más costosa de los nuevos medicamentos, incidirá en la sostenibilidad del sistema sanitario.

En nuestro país, el sector farmacéutico en el año 2003 representaba el 18,4% del gasto I+D de toda la industria española, aún cuando su participación en la cifra de negocio total era de un 2,3%.

Este sector dedica un 6% de su cifra neta de negocio a la investigación, realizando este esfuerzo de manera continuada (1995/2003 la industria farmacéutica creció en cifra de negocio al 6,4% anual mientras que su gasto en I+D lo hacía al 12,8% anual - FARMAINDUSTRIA).

El coste de los medicamentos se elevará por el mayor coste unitario de desarrollo en nuevos productos, por las exigencias crecientes en la fase de ensayos clínicos y por las mayores dificultades del proceso de descubrimiento de nuevos principios activos.

El gasto farmacéutico representa ya un porcentaje en torno al 22% del gasto sanitario total (año 2004). Las medidas normativas de ese año en materia de precios de referencia comportó un descenso en el precio de los medicamentos que repercutió en un incremento

del gasto farmacéutico del 6,4%, el más bajo desde el año 1997.

En los últimos años se vienen produciendo diversas medidas de política farmacéutica que fundamentalmente han ido dirigidas a controlar el gasto en determinados eslabones de la cadena de la prestación (la industria, la distribución, y las Oficinas de Farmacia) habiéndose producido, lamentablemente, una ruptura de los cauces habituales de diálogo con algunos de los sectores más involucrados en la política de uso racional del medicamento y contención del gasto farmacéutico, lo que sin duda introduce incertidumbre en cuanto a la consecución futura de los objetivos estrictamente económicos de las medidas establecidas.

Ante la realidad de que el gasto farmacéutico per cápita se sitúa en España por encima de la mayoría de los países de la OCDE debe reflexionarse sobre otras realidades que se producen al mismo tiempo, y que sin duda explican, de forma objetiva, gran parte de la evolución del gasto farmacéutico: el avance de las enfermedades crónicas (que antes podían ser mortales SIDA), el proceso de envejecimiento de la población, incrementando el porcentaje de personas de mayor edad que eleva el consumo per cápita de los medicamentos y amplía la prevalencia de enfermedades crónicas (parkinson, alzheimer, osteoporosis, artritis, etc.), así como la duración de las mismas.

Otro factor que incidirá en el sostenimiento del sistema sanitario viene determinado por las mayores exigencias en materia de salud de las sociedades más desarrolladas en las que las personas, a medida de que disfrutan de un mayor nivel de vida y gozan de mejores fuentes de información, tienden a ocuparse más de su salud, ya que ésta es un requisito esencial de bienestar, y ello a

pesar de que no siempre existe una relación directa entre un mayor gasto sanitario y calidad de la salud (por ejemplo, si medimos ésta por la esperanza de vida) ya que, se llega a un punto en el cual, según los expertos el incremento del gasto no implica mayor esperanza de vida por lo que, a partir de un determinado nivel, lo que resulta fundamental es que en las decisiones adicionales de gasto se fijen con criterios de eficiencia y eficacia.

Frente a los problemas ya presentes y los retos de futuro se han abordado algunas medidas, y deberán plantearse otras, de la misma forma que lo han hecho la gran mayoría de los países europeos inmersos en este momento en procesos de reforma para afrontar con los desafíos de futuro.

También en España se han introducido reformas en los sistemas de gestión.

Sin que se haya producido un cambio radical en el modelo público de gestión, se han utilizado diversas herramientas con el objetivo de ganar mayor eficiencia.

Se han externalizado recursos no estrictamente sanitarios en la práctica totalidad de los servicios públicos de salud, se han creado empresas públicas cuando se ha querido contar con una relación contractual basada en el derecho privado (Andalucía); se han creado consorcios cuando el objetivo era ordenar y canalizar parte de la demanda a centros privados ya existentes (Cataluña); se han llevado a cabo concesiones administrativas a actores privados cuando el objetivo era trasladar el riesgo (Valencia) o se han creado fundaciones para dotar de mayor autonomía a los centros (Galicia). Se han pretendido, en definitiva, incorporar al menos una parte de la lógica del mercado para ganar en eficacia.

Cuadro 2. Modalidades de gestión introducidas por las comunidades autónomas

	Personalidad jurídica	Ánimo de lucro	Patrimonio propio	Relación laboral	Órgano de Gobierno
Fundaciones públicas sanitarias	SI	NO	SI	SI	Patronato
Empresas públicas sanitarias	SI	NO	SI	SI	Consejo Administración
Consortios	SI	NO	SI	SI	Consejo Rector
Concesiones	SI	SI	SI	SI	Comisión Mixta
EBAS	SI	SI	SI	SI	Consejo Administración
Conciertos	SI	SI	SI	SI	Consejo Administración

Fuente: Colección Documento de Trabajo nº 1 Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid

"Las nuevas formas de gestión son claramente minoritarias en nuestro sistema nacional de salud. La modalidad dominante es lo que se conoce como "gestión directa", es decir, la provisión de servicios (sanitarios) sin personalidad jurídica propia. En este modelo, los centros sanitarios son básicamente una jefatura de servicio más de la consejería a la que están adscritos: no disponen de patrimonio propio, no disponen de tesorería, no tienen propiamente un presupuesto sino una estimación de gastos, y están sujetos a la misma normativa que cualquier servicios de la Administración, pensada habitualmente para garantizar la legalidad, pero no la eficacia. De esta forma, hospitales de los que dependen miles de profesionales, con un presupuesto superior a los 200 millones de euros cuentan con las mismas herramientas de gestión que un servicio público que tramite licencias de caza"¹.

Todas las iniciativas de gestión citadas coinciden en proporcionar personalidad jurídica, patrimonio y una relación laboral a las instituciones que han ido creando.

Por otra parte, la fórmula de los conciertos desde la administración sanitaria con empresas privadas para la provisión de servicios sanitarios (como para otras actividades) han existido desde un principio y perviven en todos los servicios públicos de salud.

Las nuevas fórmulas de gestión coinciden, según diversos estudios realizados por las comunidades autónomas que las han implantado, en arrojar, independientemente de la figura elegida, mejores indicadores de resultado que la gestión directa, subrayando el elevado nivel de eficiencia de dichas formas de gestión.

Recientemente, en la Comunidad Autónoma de Madrid se ha adoptado la figura denominada financiación privada de infraestructuras públicas (PFI) que se inició en Inglaterra, en el año 1992, con un Gobierno conservador pero que ha tenido su desarrollo fundamental en las dos legislaturas del Gobierno Laborista.

Esta modalidad en España se ha utilizado fundamentalmente por el Ministerio de Fomento y por las comunida-

²⁰ Fuente: Colección Documento de Trabajo nº 1 Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid

des autónomas para la financiación de autovías y medios de transporte. La Comunidad de Madrid ha optado por esta fórmula para la construcción de ocho hospitales y la de Cataluña para la construcción de uno.

La introducción de instrumentos de gestión eficiente permitirá mejorar el sistema actual sin que, afortunadamente, ello tenga que comportar reabrir un debate antiguo y obsoleto entre gestión pública o privada sino entre instrumentos de gestión más o menos eficientes.

No hay que olvidar que la financiación de los servicios es siempre de origen público, independientemente de quién produzca esos servicios. La mejora de gestión no debería plantearse como una mera reducción o contención del gasto a corto plazo, sino como un incremento de la calidad de la asistencia compatible con la sostenibilidad del sistema, a través de la consideración de la red de servicios sanitarios existente, aún cuando la utilización de una parte de la misma tenga carácter complementario, pero resultando imprescindible para la eficacia del sistema (transporte sanitario, prestación farmacéutica, concertación de servicios especializados, etc.).

La eficiencia en la gestión puede también potenciarse con medidas como la introducción de incentivos para los profesionales sanitarios, tanto positivos como negativos, así como con la introducción de mecanismos de competencia de carácter referencial entre centros (modelo noruego) y con la libre elección de médico o centro hospitalario por los paciente siempre que existieran mecanismos fiables de información, en términos de calidad y resultados, para orientar la elección (ejemplo Alemania, Noruega o Reino Unido).

Asimismo, la introducción de avances tecnológicos permite mejoras en el acceso a los servicios, sin que ello implique forzosamente incrementos de coste (prescrip-

ción electrónica, creación de base de datos electrónica sobre historias clínicas, tarjeta electrónica, que evitaría la repetición innecesaria de pruebas, RD 183/2004, no es única ni incluye todas las aplicaciones que podrían derivarse de una tarjeta electrónica, la denominada telemedicina, etc.).

Por otra parte, las mejoras de coordinación entre las Administraciones Públicas gestoras y reguladoras del sistema sanitario contribuirían a la sostenibilidad del mismo (sistemas informativos, protocolos comunes, coordinación normativa, y catálogo de prestaciones básicas, así como la coordinación de servicios y niveles de atención).

Finalmente por lo que se refiere a medidas de racionalización de la oferta, la introducción de medidas de mayor desarrollo del enfoque preventivo, comportaría, sin duda, efectos positivos sobre el sistema sanitario en el medio plazo (hábitos de vida saludables).

Por lo que se refiere a las medidas de racionalización de la demanda, las reformas adoptadas en los países de nuestro entorno se han centrado fundamentalmente en la introducción de medidas de copago.

Este es un tema delicado, y que en nuestro país solamente tiene aplicación en la prestación farmacéutica de los usuarios, que asumen un 40% del precio de los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud, con la excepción de los pensionistas, los enfermos crónicos (10%) y los funcionarios (30% incluso tras su jubilación).

Aunque esta regla no se ha visto alterada sustancialmente en los últimos años, lo cierto es que en porcentaje de la factura farmacéutica el peso relativo del copago ha ido reduciéndose notablemente (si en 1982 el copago representaba el 19% del consumo farmacéuti-

co total a principios de la década de 2000 esta cifra se situaba en torno al 7%). El principal factor explicativo de esta evolución es el gasto de los pensionistas, que representaba menos del 60% del gasto farmacéutico a principios de los ochenta pero que superaba el 77% de dicha variable al inicio de la primera década de este siglo (y eso a pesar de que el proceso de envejecimiento de la población española dista de haber alcanzado su máximo).

En los países de nuestro entorno europeo existen diversas formas de copago (cantidades pequeñas en concepto de servicios hospitalarios no médicos, cantidades en función de los servicios que se reciben, etc.).

El Barómetro Sanitario 2005 indica que la mayoría de los ciudadanos españoles es contraria a la introducción del copago para financiar el sistema sanitario, pero a la vez, considera que es escaso el dinero que el Estado dedica a la Sanidad. Por tanto, la pregunta que debería hacerse es ¿estamos dispuestos a aportar mayor financiación, de forma colectiva, incrementando los impuestos para financiar esa demanda de mayores recursos? O tal vez debiera preguntarse si ¿se considera que debe de realizarse un mayor esfuerzo de aportación por quien mayor utilización realiza de los servicios o de una parte de estos?.

La cuestión es delicada y compleja, en primer lugar porque los ciudadanos en general, y los usuarios del sistema de asistencia sanitaria en particular, no somos conscientes del coste del servicio que recibimos. Las cifras macro nos trascienden a todos, y cuando acudimos al Servicio Público de Salud no recibimos ninguna información sobre el coste que comporta la atención sanitaria.

Dicho conocimiento (a través de la elaboración de las denominadas "facturas en la sombra" que reflejara el

coste del tratamiento, y se entregara a los mismos a efectos informativos) favorecería una mejor percepción por el ciudadano del coste del servicio recibido, reduciendo la percepción de gratuidad existente, mejoraría la gestión de los recursos públicos permitiendo valorar el presupuesto de cada servicio en función del gasto estimado por persona protegida.

En segundo lugar, como he comentado, la introducción de mecanismos de copago resulta delicada porque puede tener efectos negativos sobre la equidad (para aquellos ciudadanos con menores niveles de renta o para determinados grupos de enfermos, por ejemplo, los de enfermedades crónicas). Por ello, en la práctica totalidad de los países de la UE de los 15, que tienen mecanismos de copago diversos, se han establecido de manera que permitan un tratamiento diferenciado de esas situaciones, conservando la universalidad y la equidad del derecho.

Este enfoque es el que se ha adoptado recientemente, con el acuerdo de las organizaciones empresariales y sindicales para la configuración del Sistema Nacional de Dependencia, en el que se contempla la aportación de los beneficiarios de las prestaciones ponderada en función de su situación de dependencia y capacidad económica (renta y patrimonio).

Existen, por tanto, experiencias diversas que merecen ser exploradas, valorándose, en su caso, con el máximo cuidado, las reformas que pudieran introducirse.

Con independencia de lo anterior, y para finalizar mi intervención me gustaría señalar que, en opinión de las organizaciones empresariales, la adopción de medidas que potencien la colaboración del sector privado con el sistema público, contribuiría a introducir mejoras en la eficiencia, accesibilidad y calidad del sistema público.



> Sostenibilidad del sistema sanitario público en el marco del Estado de Bienestar

Mesa Redonda

Moderador: D. Jaime Rabanal García, Consejero de Economía y Administración Pública del Principado de Asturias

Dña. Imma Riera i Reñé: Secretaria de Economía, Industria y Trabajo y miembro del Comité Ejecutivo de CDC

Dña. M^a Luisa Carcedo Roces: Vocal de la Comisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados por el PSOE

Dña. Mercedes Roldós Caballero: Portavoz Adjunta de la Comisión de Sanidad y Consumo en el Congreso de los Diputados por el PP

D. José Alfredo de Juan Urien: Coordinador del Área de Salud de Madrid por IU



Muy buenas tardes. Quisiera agradecer ante todo al Presidente del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias su invitación, un año más, a participar en estas Jornadas. Unas Jornadas que este año se desarrollan en torno al importante tema de la Sanidad Pública en España. Un tema sobre el que nos vemos obligados no sólo a reflexionar sino también en una segunda fase a actuar; a actuar bajo una perspectiva de largo plazo, bajo un modelo que garantice la sostenibilidad del sistema público sanitario bajo los principios que lo rigen, pero al mismo tiempo bajo una perspectiva realista que recoja la evolución de nuestra sociedad, los nuevos retos que afronta, nuestros nuevos comportamientos y las necesidades generadas y sobre todo nuestras responsabilidades y capacidades como sociedad, como administración y como Estado.

Estas Jornadas representan una magnífica oportunidad de información, de conocimiento, de contraste y sobre todo de debate, es por tanto obligado agradecer al CES y a su Presidente esta oportunidad y sensibilidad hacia este tema clave para nuestra sociedad.

Nuestro modelo de sociedad, basado en lo que en los últimos años hemos ido definiendo y defendiendo como Estado del Bienestar, tiene tres grandes pilares de desarrollo y de crecimiento: la educación, la sanidad, las prestaciones sociales. De la actuación y sensibilidad que las administraciones y los agentes sociales y económicos tengan sobre ellos dependerá, en gran medida, el respeto, el reforzamiento, la garantía, la sostenibilidad y la mejora del Estado del Bienestar.

Un Estado del Bienestar que, tal como hemos entendido en los últimos años, hemos de ir adaptando a los cambios de nuestra sociedad; nuestro estado de bienestar se ve afectado por nuevos fenómenos que nos envuelven y por nuevos retos que ha de afrontar; de cómo sepamos gestionarlos, asumirlos e incorporar-

los en nuestra realidad, de cómo seamos capaces de adaptar nuestro sistema público a las nuevas necesidades dependerá el poder garantizar, en mayor o menor medida, la viabilidad y sostenibilidad del sistema social y de prestaciones sociales en su conjunto y del sistema sanitario en particular.

Encontrar el equilibrio entre dar respuesta a estas nuevas necesidades y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, obliga a revisar nuestro actual sistema con una perspectiva de largo plazo y sobre todo estructural; medidas cortoplacistas frente a tensiones financieras crecientes, incremento de necesidades y mayores desequilibrios estructurales, como las que últimamente ha propuesto el Gobierno, no constituyen ninguna garantía de futuro; una revisión del modelo actual de cara a su sostenibilidad, requiere fundamentalmente de dos cosas: responsabilidad y valentía política, por una parte, y la complicidad del conjunto de la sociedad y en especial de los agentes sociales y económicos, por otra.

Déjenme por un momento pararme en algunos de los principales fenómenos y retos a los que hacía referencia. El fenómeno del envejecimiento, la inmigración o la misma globalización afectan directamente a la estructura y a las capacidades de nuestro actual sistema, en cuanto forman parte de las causas por las que el gasto sanitario crece por encima del PIB y éste, a su vez, es uno de los factores que generan incertidumbre acerca de la viabilidad y sostenibilidad del sistema público actual.

- El envejecimiento es tendencia unívoca a nivel europeo que las tasas de natalidad van decreciendo; la población envejece con nuevas necesidades a las que atender y dar respuesta; el envejecimiento de la población obliga a revisar el sistema de prestaciones sociales, los modelos de pensiones y el mismo modelo de la

sanidad, en cuanto que el envejecimiento supone asumir mayores costes por mayores necesidades, mayores prestaciones en un contexto de menores ingresos

- La inmigración, por otra parte, supone una oportunidad por efecto de la inmigración "cotizante", pero también implica un mayor coste. Más allá del debate del tipo de ocupación, más o menos estable, que genera y asume la población inmigrante, si es cierto que ésta, en los últimos años, ha permitido un incremento relevante en los ingresos por cotizaciones sociales aunque al mismo tiempo tengamos que evidenciar los costes derivados de las necesidades sanitarias que se generan

- La globalización, en cuanto a este fenómeno, éste, tiene impactos diversos en la sociedad, es decir una mayor dinámica de movimiento de personas, con todo lo que en términos de oportunidades pero también de costes, desde la perspectiva social y financiera, pueda comportar. En este sentido, no podemos olvidar que nuestro modelo sanitario es un modelo sumamente abierto en prestaciones de cara a los beneficiarios, si lo comparamos con otros modelos europeos vigentes; un modelo que al ser tan abierto incorpora un elevado nivel de gasto y un modelo que, por estas mismas características, es fuente de atracción de extranjeros lo que incrementa costes y supone, en muchas ocasiones, un menor margen de control en el gasto sanitario por efecto, entre otros, de los llamados "desplazados"

Por tanto, si nuestro sistema social y en particular nuestro sistema público sanitario se ha basado hasta ahora en un modelo de sociedad determinado, cambios en éste último como su misma evolución, las tendencias reales que agravan la situación financiera del sistema por vía de los costes haciéndolo más vulnerable y menos sostenible en el tiempo, nos obligan a su revisión de cara a su sostenibilidad no sólo financiera sino

social y a encontrar un modelo sanitario que responda a una nueva realidad social y de respuesta a las nuevas necesidades, en función de las capacidades del sistema.

Afrontar la sostenibilidad del sistema público sanitario, poner las bases de futuro, reducir los actuales desequilibrios, requiere ir más allá de acuerdos o medidas puntuales, requiere un Pacto, un Pacto de responsabilidad política y social. Tenemos un ejemplo reciente de una obligada revisión de cara a la sostenibilidad del sistema de pensiones en el Pacto de Toledo y su Revisión.

En aquel momento ante fenómenos como a los que hacía referencia, y ante la responsabilidad que, como políticos, teníamos de garantizar el futuro de las pensiones, parte clave de nuestro sistema social, fuimos capaces de cerrar un Pacto, un Pacto entre todas las fuerzas políticas, un Pacto impulsado por nuestro Grupo Parlamentario de CiU, y fuimos capaces de revisarlo, de adaptarlo al nuevo contexto social y de adaptarlo a los nuevos cambios. A partir de un Pacto consensuado entre todas las fuerzas políticas y con el consenso de los agentes sociales y económicos, cerramos un Pacto que incorporaba nuevas medidas, nuevas recomendaciones, con el único objetivo de poder llegar a un modelo que garantizase las pensiones de todos los ciudadanos, que fuese sostenible en el largo plazo y que, sobre todo, garantizase los principios que entendemos han de continuar rigiendo nuestra sociedad y nuestro modelo social como son los principios de equidad, de solidaridad, de universalidad y de igualdad, que constituyen la base del modelo de Estado de Bienestar que perseguimos; pero entendiendo al mismo tiempo que poder garantizar la sostenibilidad del sistema de prestaciones sociales requería y obligaba a cambios y a un ejercicio conjunto de valentía y también a la asunción de nuevos equilibrios y responsabilidades.

Hoy pedimos, tal como hemos ido pidiendo en los últimos años y de una manera muy incisiva, debatir e impulsar, medidas de largo plazo que garanticen el sistema público sanitario. Por ello entendemos necesario un Pacto para la Sanidad, lo mismo que fue el Pacto para las Pensiones. Nuestro sistema tiene hoy un gasto que año tras año crece varios puntos por encima del PIB, con una evolución de gastos radicalmente distinta a la de los ingresos y cuya financiación, no olvidemos, es vía presupuestos y no a través de la Seguridad Social. Las causas principales del incremento de los gastos son: el envejecimiento de la población; mayor coste de los gastos farmacéuticos; costes derivados de la inmigración y desplazados; incremento de las prestaciones e incrementos salariales del sector.

Esta situación deficitaria, con una creciente presión de nuevas prestaciones, con una mayor población sujeta y dependiente del sistema, con una tendencia negativa en términos de costes, obliga a asumir un Pacto de corresponsabilidad para el sistema sanitario: hemos de ser capaces de ir más allá de medidas más cortoplacistas que:

- No dejan resuelto el problema estructural del sistema sanitario
- Que, en ocasiones, no son coherentes con el modelo descentralizado de la sanidad y que provocan tensiones entre el Estado y las comunidades autónomas
- Que proponen, a fin de reducir los niveles tan críticos del déficit sanitario, políticas impositivas (y que deberían aplicar las comunidades autónomas) y que, por tanto, asume la sociedad directa o indirectamente

Por tanto, crecimiento del gasto, nuevas necesidades, cambios estructurales del sistema, hacen insostenible el actual sistema sanitario de cara al futuro.

Frente a esta situación y a una necesaria revisión y actualización del sistema sanitario, sobre que bases, entendemos desde CiU, debería reflexionar el Pacto de Estado sobre la Sanidad que proponemos:

- En primer lugar, asumir como principios básicos e intocables del sistema público los de equidad, solidaridad, universalidad e igualdad que constituyen bases de nuestro modelo social y del Estado de Bienestar que dependemos
- En segundo lugar, entender que es necesario un Pacto de futuro que implique a todas las fuerzas políticas y a la sociedad
- En tercer lugar, entender necesario empezar desde cero, es decir, no asumiendo deudas históricas; únicamente a partir de un modelo limpio de cargas y, por tanto, en el que la deuda sanitaria histórica quede completamente absorbida, tendrá sentido cualquier otro esfuerzo que se haga para garantizar la viabilidad del sistema público de salud
- En cuarto lugar, abrir un debate sobre un modelo que si persigue la sostenibilidad exige encontrar nuevas fórmulas de corresponsabilidad entre las administraciones públicas, la sociedad, los agentes sociales y económicos
- En quinto lugar, garantizar la suficiencia del sistema sanitario
- En sexto lugar, establecer un modelo que garantice las prestaciones sanitarias pero reflexionando hasta dónde han y pueden llegar, identificando las capacidades actuales y futuras del sistema y de la sociedad
- Por último, el Pacto ha de servir para discutir el modelo desde la perspectiva de su financiación y de

cara al futuro reflexionar qué modelo de financiación es asumible. Por tanto, un Pacto para un nuevo modelo sanitario que incorpora un Pacto para un nuevo modelo de financiación

A partir de estas bases de entendimiento y desde nuestra perspectiva podríamos identificar cuatro grandes ejes de actuación que debería abordar y recoger en detalle todo Pacto:

1. Eje de la financiación

- Garantizar la sostenibilidad es encontrar una respuesta definitiva al déficit, no desplazarlo en el tiempo ni esconderlo detrás de mecanismos como son las listas de espera. Deben tomarse decisiones estructurales y también otras decisiones en términos de gasto farmacéutico o gasto por prestaciones asumibles vía Seguridad Social o asumibles por el Estado. Desde este eje financiero entendemos que también deberían considerarse las siguientes medidas de cara a garantizar la sostenibilidad:
- Sería necesario incluir en el actual sistema de financiación general de la sanidad una partida que reconociese los incrementos por población, incluida la población inmigrante, de cara al pacto futuro
- Entenderíamos necesario que se garantizaran que todas las aquellas decisiones del Gobierno Central en materia sanitaria que comportasen un aumento del gasto contasen con la aprobación previa de las comunidades autónomas y con la previsión de recursos para compensarles de su coste (previo paso por el Consejo Interterritorial)
- Modificar el fondo específico para desplazados de manera que las compensaciones que reciban las comunidades autónomas por las personas atendidas de otras regiones o países se adapten al coste real

- Incorporar el traspaso efectivo del patrimonio de la Seguridad Social destinado a equipamientos sanitarios en cuanto mejorará la financiación de la sanidad

- Así como, la condonación de las deudas a la Seguridad Social de todos los centros sanitarios concertados

2. Eje de calidad y eficiencia

- Mejora de la calidad y eficiencia del sistema sanitario constituyen hoy asignaturas pendientes en el sistema sanitario actual al existir un margen de mejora en términos, tanto de calidad como de eficiencia del sistema; si bien el nivel de calidad es bueno, los márgenes de mejora en eficiencia son amplios
- En este sentido, toda mejora en la gestión y organización del sector (a través de políticas de optimización por ejemplo de los sistemas de compras como la centralización de las mismas, sistemas de facturación, mejora de la atención hospitalaria y coordinación entre ésta y la atención primaria, etc.), repercutiría favorablemente tanto en términos de calidad del servicio como también de eficiencia del mismo y tendría, al mismo tiempo, un impacto positivo en términos de costes (contención costes). Toda política de racionalización del gasto sanitario es sinónimo de eficiencia
- En este contexto es también importante incorporar a la reflexión sobre el futuro del sistema sanitario español el principio de la complementariedad. Si recuerdan Ustedes en el Pacto de Toledo, entre sus recomendaciones, se hablaba del principio de complementariedad en el sistema. Manteniendo intocable el sistema público, la sostenibilidad del mismo pasa por un modelo que sea capaz de incorporar una complementariedad desde el sistema privado, lo que a su vez contribuiría a mejorar en eficiencia y en sostenibilidad financiera

3. Eje de cartera de servicios

- Se hace imprescindible una revisión y actualización de la actual cartera de servicios y prestaciones de la Seguridad Social que data del año 1995. La cartera de servicios que se establecen como mínimo común para todas las comunidades autónomas, y que es fijada por el Gobierno, no se revisa desde el año 1995, año en el que se regularon las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En este momento se está en fase de revisión y, por tanto, de la necesaria adaptación del catálogo de prestaciones a una realidad cambiante en los últimos diez años en términos de población y de necesidades, en los que el Estado ha cambiado, la sociedad ha cambiado, las condiciones han cambiado y es por ello que se hace necesaria la inclusión de determinados servicios, ayer no y hoy sí, considerados de interés general

4. Eje de modelo que responda a la realidad social

- Hablar de modelos es fundamentalmente hablar de: un modelo sanitario totalmente público; de un modelo completamente opuesto al primero que es un modelo completamente privado; o de un modelo mixto, que, en función de la política o de otros condicionantes económicos o sociales, se acercará más al primero o al segundo. A este último responde nuestro modelo entendiéndolo a partir de los principios antes indicados.
- En todo caso, hemos de apostar por un modelo que pueda responder a las diferentes realidades sociales teniendo en cuenta las diferentes especificidades. Hoy en España tenemos realidades sociales muy diversas y que se han traducido en modelos sanitarios diferentes.

Por ejemplo, en Cataluña históricamente el modelo ha repuesto un mix entre la coordinación, denominada de garantía del servicio público a fin de que garantizase el principio de igualdad y la colaboración del sector privado que respondía a una realidad social propia. Un modelo muy distinto al de otras comunidades autónomas, como por ejemplo Andalucía.

En definitiva, nuestro sistema hoy puede valer, puede ser viable a corto plazo, pero la evolución de la sociedad, las nuevas necesidades, las nuevas y crecientes prestaciones, la misma evolución del gasto sanitario, obligan a revisar nuestro modelo actual, en caso contrario no será sostenible en el tiempo. El futuro del sistema entendemos requiere un Pacto, requiere un nuevo compromiso, requiere decisiones valientes, requiere cambios y requiere complicidades. Hemos de anticiparnos al futuro como hicimos con el Pacto de Toledo.

Es imprescindible y tenemos la responsabilidad de impulsar medidas de mejora de nuestro sistema, tanto por hoy como por el mañana, y ser capaces de anticipar situaciones más críticas que puedan producirse en el futuro derivadas de los cambios a los que hemos hecho referencia y que, por tanto, afecten de manera substancial al modelo social. Hemos de ser capaces de garantizar a nuestros ciudadanos un sistema público de sanidad eficiente, de calidad y sostenible. Hemos de garantizar los principios de equidad y universalidad. El Pacto que entendemos debería producirse, un Pacto de Estado permitiría, siguiendo el modelo del Pacto de Toledo, abrir un debate profundo de presente y futuro, y proyectar y asegurar el sistema público de sanidad basado en un modelo sostenible y viable.

Sistema Nacional de Salud: pilar sólido del Estado de Bienestar

Quizás uno de los mayores aciertos en la selección de los asuntos a debatir en estas Jornadas organizadas por el Consejo Económico y Social del Principado de Asturias haya sido la inclusión del Sistema Nacional de Salud (SNS) dentro del denominado Estado de Bienestar, ya que, como veremos más adelante, las cualidades del conjunto del SNS trascienden lo que sería la mera cobertura de la asistencia sanitaria a los ciudadanos que la precisan con motivo de la pérdida de salud.

Aunque luego volveré sobre este asunto, es necesario identificar las características que definen nuestro Sistema Nacional de Salud y que nos proporcionan claves para comprender la alta consideración de los ciudadanos conocida a través de los datos proporcionados por las encuestas del Centro de Investigación Sociológica (CIS) o del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estos datos deben ser conjugados en el marco de la Constitución Española de 1978 que regula dos asuntos determinantes en el tema que nos ocupa: el artículo 43 establece el derecho de los españoles a la protección de la salud. El título octavo define la organización territorial del Estado, adjudicando la gestión de la sanidad a las comunidades autónomas.

La Ley General de Sanidad, de abril de 1986, define la forma del derecho a la salud como derecho subjetivo por el hecho de ser español y establece el carácter universal dando así cobertura toda la población. También crea el Sistema Nacional de Salud y su organización en consonancia constitucional: se organiza en Servicios Regionales de Salud.

Los criterios orientadores de la LGS establecen que los servicios sanitarios creados para atender este servicio público deben estar orientados a:

- Superar los desequilibrios sociales y territoriales
- Garantizar unas condiciones de igualdad efectiva en el acceso a los mismos
- Condiciones de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones
- Los medios y servicios de salud estarán orientados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

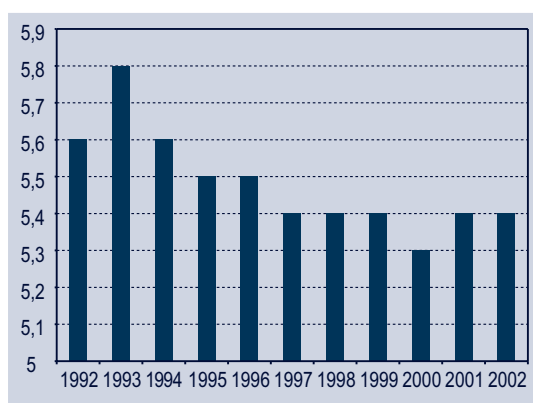
Posteriormente, la Ley de cohesión y calidad del SNS regula la existencia del Catálogo de Prestaciones Básicas en todo el territorio y la elaboración de la Cartera de Servicios que garantice la igualdad efectiva en acceso y calidad de las prestaciones. Incluye salud pública y servicios socio-sanitarios.

Pronto se cumplirán veinte años de la aprobación de la Ley General de Sanidad (abril, 1986). A lo largo de estos años se ha ido construyendo el Sistema Nacional de Salud, que de acuerdo con los principios rectores establecidos en ella, los criterios de organización y planificación de los servicios, se fueron creando los distintos Servicios de Salud en todas las comunidades autónomas. En el año 2001 se completa el proceso de transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de forma que queda así construido el SNS según las características establecidas en la Constitución Española de 1978 y concretadas en la citada LGS.

Indudablemente, la construcción de un sistema sanitario con las características de derecho individual y carác-

ter universal, con la condición de igualdad en el acceso en el conjunto del territorio, con la exigencia de excelente capacitación profesional (contenido de licenciatura y sistema MIR), y de modernos equipamientos e instalaciones, fue consecuencia de una firme voluntad política para destinar un volumen importante de recursos presupuestarios, de forma que el crecimiento del gasto sanitario fue superior al crecimiento del PIB, incrementando progresivamente el porcentaje destinado a este fin.

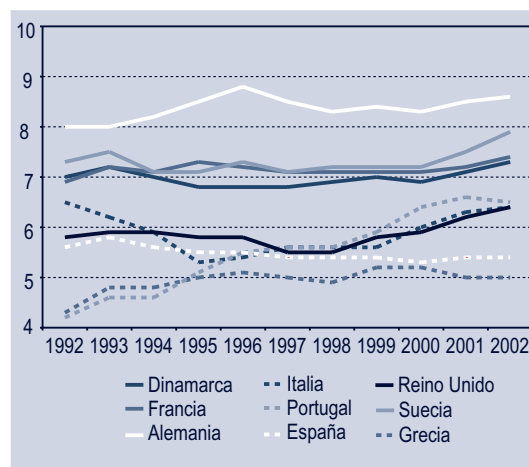
Gráfico 1. Evolución del gasto sanitario público como porcentaje del PIB en España, 1992-2002



La evolución de crecimiento del porcentaje del PIB destinado a la sanidad ha ido creciendo progresivamente, pasando del 2,3 en la década de los setenta al 7,7 en 2003 para el conjunto del gasto sanitario. Si consideramos el gasto público, evolucionó desde el 2,3 en los setenta al 5,5 en el 2003. En 1993 se consigue elevar a 5,9, produciéndose a partir de ahí un estancamiento del crecimiento que supone un descenso al 5,4 y situarse en 2003 en 5,5.

Si comparamos porcentaje del 5,5%, nos demuestra que nos encontramos aún bastante por debajo de la media de los países de la UE-15, cuyo destino se sitúa en el 6,4%. También se puede analizar en comparación con países de la OCDE y comprobar que el gasto sanitario público español es de los más bajos de nuestro entorno.

Gráfico 2. Evolución del gasto sanitario público como porcentaje del PIB. Países de la UE, 1992-2002



El modelo organizativo del SNS en Servicios de Salud de las comunidades autónomas, hace que éstas sean las responsables de la gestión de los servicios de salud y, por tanto, del gasto sanitario. La progresiva transferencia de la asistencia sanitaria una vez comenzado el proceso de construcción autonómica, conllevó la necesidad de revisiones periódicas de los sistemas de financiación, ya que como queda apuntado el crecimiento del gasto sanitario crece por encima del PIB.

Durante el período correspondiente al Acuerdo de Financiación 1994-1997, se mantiene una relativa estabilidad financiera hasta 1996. Ya en el ejercicio 1997, el déficit por gasto reconocido se sitúa entorno al 4%.

En los ejercicios incluidos en el Acuerdo 1998-2001, el incremento del presupuesto fue un 4,5 % inferior a la evolución del gasto real, según los datos procedentes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por tanto, los Acuerdos de Financiación Sanitaria previos a la transferencia de la asistencia sanitaria, fueron incapaces de proporcionar estabilidad financiera al sistema sanitario. Lógicamente, los años de mayor tensión

en la capacidad de financiación de los servicios por parte de las comunidades autónomas se producen en los que se produjo el estancamiento del gasto en porcentaje PIB.

La Ley 21/2001, establece el nuevo modelo de financiación incluido en el sistema de financiación autonómica. El Estado garantiza también a las comunidades autónomas que tuvieran asumida la gestión de la asistencia sanitaria, la financiación para el año 2002.

Al igual que en los anteriores acuerdos de financiación, el crecimiento de los gastos evoluciona por encima de las capacidades financieras del modelo, añadido al déficit de recursos transferidos una vez conocida la liquidación presupuestaria del año de aplicación del modelo (año 2002).

El acuerdo entre el Estado y las comunidades autónomas del nuevo modelo de financiación autonómica incluye la financiación sanitaria, con la incorporación de dos salvaguardas:

- La obligación de destinar un importe mínimo de ingresos a la gestión de la asistencia sanitaria en relación al crecimiento del ITE. Sin límite de tiempo
- Durante los tres primeros años, se garantiza a las comunidades autónomas una evolución de los recursos asociados a estos servicios igual a la del PIB. Ya caducada

Como era previsible, al igual que en los anteriores acuerdos de financiación sanitaria, una vez caducados los tres años de garantía de ingresos ligada al crecimiento del PIB y contando con la obligación de destinar a la asistencia sanitaria un incremento mínimo de la evolución del ITE del Estado, surgen las conocidas insuficiencias. Esta situación tiene un doble origen: la

insuficiencia estática, fruto de la infravaloración de los servicios en el momento de la transferencia y la insuficiencia dinámica ligada a la evolución de los ingresos, afectada por las circunstancias antes descritas.

Para dar respuesta a esta situación planteada por todas las comunidades autónomas, a partir del acuerdo político en la Conferencia de Presidentes, se llega en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera al Acuerdo de Financiación Sanitaria mediante la asunción por parte de la Administración General del Estado de una aportación complementaria para los ejercicios 2006 y 2007, año en el que se prevé el establecimiento de un nuevo modelo que contemple las necesidades reales del conjunto del SNS.

Para afrontar el desfase en el cálculo del coste efectivo de los servicios, y las insuficiencias dinámicas que genera, se aportará al conjunto del Sistema Nacional de Salud un total de 3.042,4 millones de euros en el ejercicio 2006 y de 3.142,4 para el ejercicio 2007, proveniente de la incorporación de nuevos recursos y de adelantos a cuenta a las distintas comunidades autónomas (en el caso de Asturias se sitúa en los 104 millones de euros).

Existen dos elementos estructurales que determinan en gran medida la evolución del coste de los servicios sanitarios, que influyen tanto en la cuantificación del gasto como en la determinación del sistema de financiación: uno, el gasto farmacéutico, que constituye un componente, del conjunto del gasto sanitario, cuya evolución es superior al crecimiento del total gasto y, un segundo, vinculado a la estructura poblacional, que como veremos más adelante, constituye un factor de enorme influencia en el coste total de los servicios de salud. Estos dos asuntos deben ser tenidos en cuenta tanto en los cálculos de precios de referencia de los servicios como en los instrumentos de gestión eficaz

del gasto sanitario en el abordaje de control eficaz del gasto sanitario.

Es necesario, por tanto, conocer la estructura de sus distintos componentes y su evolución específica, ya que se está produciendo un importante desequilibrio en la distribución interna de los componentes del gasto sanitario, de forma que asistimos a un crecimiento sostenido del gasto farmacéutico, pasando del 18 al 22,3 % del total del gasto en sanidad, a la vez que el porcentaje destinado a la retribución del personal descendió desde 1992 a 2001 aproximadamente del 50 al 42%. Según los recientes datos proporcionados por la OCDE (2005), España es el segundo país, después de Italia con mayor proporción de gasto farmacéutico, con un 21,8% frente a Suiza con un 10,59 o Dinamarca con un 9,5 o EEUU con 12,9.

Con estos datos, es fácil concluir dónde se encuentra uno de los principales retos del control del gasto sanitario, que indefectiblemente deben estar ligados, ya que el personal médico (prescriptor) es la pieza nuclear del sistema. Y, por tanto, dos aspectos claves de la gestión sanitaria: la gestión clínica y la eficiencia en la gestión económica.

Otro elemento importante en el gasto sanitario es el envejecimiento de la población. La estructura demográfica influye de forma transversal en el incremento del gasto sanitario: el envejecimiento de la población. La población de más de 65 años creció en España entre 1991 y 2002 del 13,6 al 16,6%. En Asturias, del 16,97 al 21,83 en el mismo período. En este tramo de edad el gasto sanitario desagregado se multiplica por tres. Por esa razón, en los cálculos de financiación por población se debe contar con datos de población-equivalente con objeto de no perjudicar a las comunidades autónomas con población más envejecida.

Cuadro 1. Gasto sanitario per cápita en 2002

	Euros por persona	Euros ponderado +65años
España	814	606
Asturias	874	615

De tal forma que si analizamos el gasto sanitario per cápita, en el conjunto del SNS fue de 814 euros por persona en el ejercicio 2002. En Asturias lo fue de 874. Pero si este gasto lo ponderamos teniendo en cuenta la población de más de 65 años, desciende a 606 en España y 615 en Asturias. El mayor porcentaje de población mayor de 65 años hace que el gasto por persona en Asturias se aproxime a la media nacional. Existen otros factores que justifican un mayor coste de los servicios, como la dispersión de la población o las zonas de montaña, que encarecen también el gasto sanitario en Asturias. Por tanto, estos elementos deben seguir teniendo el peso relativo que les corresponde en el cálculo del coste de referencia de los servicios en la determinación del modelo de financiación.

Una vez conocida la situación de los servicios de salud, su estructura, su coste y la importancia relativa de los distintos componentes, es obligado conocer cómo perciben los españoles los servicios prestados, qué grado de satisfacción, qué confianza les merece y si consideran bien empleados los recursos destinados a la sanidad.

En base a los datos proporcionados por las encuestas del CIS sobre servicios públicos, según la percepción de los ciudadanos, la sanidad es el servicio que mejor funciona después de correos y el transporte urbano. De la misma encuesta se desprende que el 36,6% de los ciudadanos consideran que se destinan los recursos justos a la sanidad y un 49% que se destinan demasia-

do pocos. Un 94,1% se manifiesta en contra de cualquier recorte de gasto en sanidad, el servicio que encabeza este rechazo frente al de las obras públicas, que con un 70,2 ocupa el último lugar.

Para el conjunto de España, el porcentaje de ciudadanos satisfechos con el sistema sanitario es del 67,03%. En Asturias, con un 84,68%, el grado de satisfacción ocupa el tercer lugar, detrás de Navarra y País Vasco.

El Barómetro Sanitario 2005, presentado esta misma semana por la ministra de Sanidad y Consumo, ratifica estas valoraciones, aunque es también obligado recordar que esta valoración sufrió un descenso entre el año 1995 y el 2003.

Ante la pregunta sobre la preferencia sobre la titularidad de los centros, la preferencia es claramente por los centros públicos en alrededor del 60%. En Asturias, es de un abrumador 80%.

Si analizamos los datos objetivos de eficacia del SNS, en comparación con los de otros países, nuestro sistema tiene una alta valoración. Si consideramos los datos de esperanza de vida al nacer, estamos en los mejores del mundo.

Si valoramos la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, con un índice de 4, estamos en los primeros; sólo por detrás de Suecia, con 3. Para conocer la situación en el mundo, baste con ver la situación en Níger o Sierra Leona (160).

Si consideramos la esperanza de vida al nacer, según los datos incluidos en el informe de Naciones Unidas sobre el grado de desarrollo humano, España con 79,5 años se sitúa en el octavo lugar del mundo. Si consideramos el dato desagregado por sexo, en las mujeres, asciende a los 83 años.

Con estas cifras, referidas a los datos objetivos de eficacia del Sistema Nacional de Salud español, la valoración global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a nuestro SNS como uno de los mejores del mundo.

Ante esta situación y, más aún teniendo en cuenta la opinión de los españoles sobre la preferencia del destino de los recursos, constituye un auténtico reto para los gestores públicos en general y los sanitarios, en particular, garantizar la cohesión, calidad y eficacia del SNS. El reto pasa por lograr la sostenibilidad futura del sistema acorde con las posibilidades de nuestro país.

La situación descrita aconseja poner en marcha un conjunto de medidas de gestión que no dependen de forma exclusiva de una administración en exclusiva, por las interdependencias competenciales, especialmente en los dos grandes retos: política de personal (el Estatuto Marco es legislación estatal) o la farmacéutica (con competencias compartidas). El punto neurálgico de este sistema es el Consejo Interterritorial.

Pero las mejoras del SNS no pueden en modo alguno limitarse al incremento de recursos. Se deben abordar un conjunto de medidas destinadas a orientar las prioridades del sistema a las reales necesidades de la población actual y a la mejora de la eficiencia en la gestión de los recursos.

La capacidad de prevención de enfermedad y muerte prematura, lo podemos comprobar en el cuadro 2. Un 4,4 % de muertes prematuras pueden ser evitadas con políticas de salud pública. Ejemplo paradigmático es el hábito tabáquico, causa de unas 50.000 muertes prematuras al año.

Basado en la necesidad de impulsar las políticas de promoción de la salud, de prevención y de salud públi-

ca en general, se enmarcan el conjunto de medidas que, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se están adoptando: Ley "antitabaco", programa NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), Acuerdo con el Ministerio de Educación para la promoción de hábitos saludables o con el Ministerio de Medio Ambiente para la lucha contra la contaminación atmosférica o la calidad de las aguas.

Cuadro 2. Mortalidad evitable. 1991-2001

Muertes por enfermedades sensibles a prevención primaria		
	1991	2001
Amabos sexos	5,69%	4,44%
Varones	8,62%	6,80%
Mujeres	2,37%	1,81%
Muertes por enfermedades sensibles a cuidados médicos		
	1991	2001
Ambos sexos	1,39%	0,88%
Varones	1,55%	0,94%
Mujeres	1,20%	0,82%

Fuente: INE, *Indicadores sociales*, 2004

Dado el cambio de estructura demográfica según apuntaba más arriba y el incremento de enfermos crónicos, la solución sigue siendo la apuesta por la atención primaria de salud y la eficaz coordinación con la especializada. El incremento de la población mayor de 65 años obliga a un mayor desarrollo de los servicios socio-sanitarios. La aprobación por el Consejo de Ministros del anteproyecto de ley de dependencia viene a suplir este déficit y a reforzar decididamente el que se vino a denominar cuarto pilar del Estado de Bienestar. Crea el Sistema Nacional de Dependencia a través del cual se promueven los mecanismos de coordinación socio-sanitaria con el SNS.

Teniendo en cuenta los perfiles del SNS e identificados los principales elementos que lo ponen en riesgo, las medidas tendentes a garantizar su sostenibilidad tienen que dirigirse en tres direcciones:

1. Reorientación del modelo, intensificando las políticas de salud pública: precisamente dirigido a ese necesario incremento de las políticas de salud pública, el actual Ministerio de Sanidad viene, de forma decidida, impulsando políticas de prevención y de promoción de la salud (obesidad, comedores escolares, tabaco...). Está sobradamente demostrado los enormes beneficios, en términos de salud, de estas políticas y, además, los recursos necesarios son incomparablemente inferiores: más salud y menos coste económico. La intensificación de las medidas de salud pública es una de las medidas más eficientes en términos de salud y, por supuesto, económicas. Hay que poner de manifiesto que España es de los países de la OCDE que menos porcentaje de recursos destina a la prevención.

2. Consolidar el SNS, garantizando la financiación, eficiencia y calidad de los servicios de salud que lo componen: la consolidación del SNS pasa, en primer lugar, por un sistema de financiación que garantice la suficiencia dinámica, mediante la definición previa de la cartera de servicios homogénea en el conjunto del país y el cálculo de los costes de referencia de los servicios en el que, además de la población, se tengan en cuenta, como vimos más arriba, el envejecimiento, la dispersión y las dificultades orográficas (alta montaña) o insularidad. La definición del nuevo modelo de financiación autonómica debe responder a estas características con el fin de garantizar la equidad que regula la LGS.

En cuanto a la gestión del gasto, dada la autonomía de gestión de los distintos servicios de salud que configura el SNS, se está iniciando la tendencia a la adop-

ción de distintos modos de gestión, desde la titularidad de los centros, forma de gestión o instrumentos incorporados tanto para la gestión de personal como de construcción de las infraestructuras, contrataciones a terceros, compras, etc. Este hecho ha sido puesto de manifiesto por un reciente informe del Tribunal de Cuentas, en cuyas conclusiones recomendaba la adopción de criterios homogéneos en varios aspectos de la gestión analizados. Esta situación aconseja la adopción en el seno del Consejo Interterritorial de un Plan Estratégico de Gestión y Buenas Prácticas en el SNS. El grupo de trabajo creado a raíz del estudio de la financiación sanitaria, se ha constituido como grupo permanente para analizar las mejoras en la gestión del SNS con el objeto de realizar un análisis continuado de la situación del SNS y la propuesta de medidas organizativas y de gestión que contribuyan a optimizar los recursos sanitarios.

Como pudimos observar más arriba el componente del gasto sanitario que viene teniendo un crecimiento relativo que desequilibra el conjunto del gasto, con un importante descenso relativo del gasto destinado a la retribución de personal. Las medidas de contención del gasto están dando ya resultados, pero el asunto exige una acción coordinada desde la aprobación de la Ley del medicamento (Administración General del Estado) a la vinculación de la correcta prescripción (comunidades autónomas).

Por parte de la Administración General del Estado, la política farmacéutica está siendo otra de las prioridades de la actual Ministra: Plan Estratégico de Farmacia, la Ley del medicamento, en tramitación parlamentaria en este momento, dos instrumentos fundamentales para un uso racional del medicamento y también para una prescripción de calidad.

Dada la estrecha vinculación entre quien toma la decisión del gasto sobre consumo clínico o terapéutico,

los instrumentos de gestión a incorporar deben establecer relación, mediante definición de objetivos de buenas prácticas clínicas (basadas en la evidencia) y la prescripción de calidad. Además de la implicación de los profesionales médicos en la decisión del gasto farmacéutico, otro de los objetivos de gestión de personal debe perseguir la vinculación corporativa con la empresa.

Junto con las medidas de gestión, es necesaria la actualización de los criterios de planificación, derivados de la incorporación de nuevas tecnologías. Las posibilidades de utilización conjunta de la información clínica, transmisión de datos por medios telemáticos, etc., puede suponer una utilización eficiente de los datos clínicos.

3. Reforzar los mecanismos de cohesión: con objeto de reforzar los mecanismos de equidad y cohesión del SNS, es necesaria la actualización de la Cartera de Servicios, acordada ya en la última sesión del Pleno del Consejo Interterritorial del SNS. En esta dirección, en el acuerdo de financiación sanitaria, además de los presupuestos destinados a compensar las insuficiencias del anterior sistema de financiación, se destinaron presupuestos para impulsar políticas de cohesión, como la duplicación del Fondo de Cohesión con una cifra de 45 millones de euros, un Plan de Calidad (50 millones de euros) para desarrollar estrategias de salud y el fortalecimiento de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Dado el grado de descentralización del SNS, la información epidemiológica y de actividad de los servicios, el establecimiento y correcto funcionamiento de sistemas de información estables, seguros y periódicos que permitan un preciso conocimiento del conjunto del SNS, permita su valoración con datos homogéneos y favorezca la cohesión del sistema

Como conclusión, nos encontramos ante un sistema sanitario cuya eficacia se demuestra con los indicadores universales que lo califican como uno de los mejores del mundo. Además, la alta valoración por los ciudadanos españoles, nos demuestra que esta calidad es percibida como buena por los destinatarios de los servicios. Y, más allá de esto, los españoles valoran al SNS como un eficaz instrumento de justicia social. Alrededor del 70% de los españoles considera que en el SNS se trata igual a las personas independientemente de su edad o extracción social, porcentaje que desciende a cerca del 50% cuando se trata de la proceden-

cia rural-urbana, vinculada probablemente a la accesibilidad, aunque el estudio no lo especifica.

Estamos, por tanto ante un sistema sanitario universal, accesible, de calidad y que, además, está actuando como un potente instrumento de justicia social.

En definitiva, un sistema sobre el que los representantes públicos en los distintos niveles, tenemos la responsabilidad de estar a la altura de la consideración y aprecio en el que los ciudadanos españoles le tienen. Es tarea de todos consolidarlo, mejorarlo y garantizar su viabilidad.

El Sistema Sanitario de España ha sido capaz de ofrecer una atención de salud universal y de calidad con un gasto sanitario moderado, en relación con los países de nuestro entorno. En los ocho años de Gobierno del PP aumentó el gasto per cápita un 65%, con buenos indicadores de salud, ocupando el séptimo puesto de los 191 países del mundo, según la Organización Mundial de la Salud, aunque con puntos débiles como las listas de espera.

El Sistema Nacional de Salud se enfrenta a un desafío: continuar prestando asistencia sanitaria a todos los ciudadanos en respuesta a sus necesidades de salud, con la Calidad y Seguridad que permitan los conocimientos y tecnologías actuales, sin que el coste que comporta acabe con la prestación pública, lleve a su deterioro o la haga inaccesible.

Este desafío plantea un problema de financiación, es decir, disponer de los recursos económicos suficientes para costear la asistencia. Pero además trae consigo un problema de sostenibilidad, es decir, la mejora constante de las prestaciones y tecnologías con el crecimiento paralelo de la demanda asistencial, agravado por el crecimiento de la población (4 millones más en los últimos años) producto de los movimientos migratorios, así como el envejecimiento de la misma (17,5% de la población) determinan un crecimiento constante del gasto sanitario que impone, para que sea viable, la adopción de medidas dirigidas a obtener el máximo rendimiento de cada euro, sin detrimento de la calidad de la prestación ni de los derechos de los ciudadanos.

El estudio, valoración y formulación de propuestas sobre la financiación y sostenibilidad del Sistema Sanitario requiere tener en cuenta algunos aspectos de éste servicio público que lo determinan y condicionan.

En España, la asistencia sanitaria es un derecho básico de los ciudadanos, del que son responsables los poderes públicos:

- El Estado como garante de las prestaciones básicas y de su financiación. El Estado es responsable del aseguramiento de los ciudadanos, de delimitar las prestaciones a que tiene derecho, cualquiera que sea su lugar de residencia, y de habilitar los recursos económicos o medios para obtenerlos, que permitan hacerlas efectivas, sea mediante el traspaso de fondos estatales, sea mediante cesión de impuestos o cualquier otra modalidad. Lo básico es igual para todo el territorio nacional

- Las comunidades autónomas, gestoras y proveedoras, están obligadas a hacer un uso eficiente de los recursos. Las comunidades autónomas son competentes para gestionar la asistencia sanitaria con los medios materiales y personales de que disponen

Este es el reparto constitucional de responsabilidades: el marco en el que debe entenderse la corresponsabilidad en el ámbito de la sanidad pública. Las comunidades autónomas deben gastar bien, de manera eficiente, sin detrimento de la calidad ni de la seguridad y bajo criterios de equidad.

Es necesario emprender un proceso gradual de reformas (sin reformas, un aumento de la financiación tendría poco impacto en la mejora de la calidad y la eficacia):

- Introducir mecanismos de competencia e indicadores de calidad que aumenten la libertad de elección de los pacientes, con una visión integrada de la atención que permita la continuidad asistencial
- Mayor coordinación entre Administraciones Públicas

- Potenciar la educación para la salud, la promoción de hábitos de vida saludables (políticas transversales y medios de comunicación), así como la prevención de la enfermedad (con una Atención Primaria más fuerte y resolutive)

- Promover la demanda responsable de los servicios sanitarios

- La incorporación plena de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (historia clínica informatizada única y compartida y receta electrónica)

- Nuevas fórmulas organizativas y de gestión (profesionalizando y despolitizando la gestión)

- Dotar a los profesionales sanitarios de los instrumentos y condiciones de trabajo necesarios a fin de que se corresponsabilicen con los valores y objetivos del sistema de salud (garantizando la promoción, la formación continuada y el acceso a la investigación)

- Basar las decisiones en el conocimiento y evidencia científica (implantando el uso de vías y guías clínicas) y el coste-beneficio

- Implantación de sistemas de información que permitan la planificación de las necesidades en recursos humanos y materiales

- Asegurar la calidad y el uso racional de las tecnologías diagnósticas, terapéuticas y de los medicamentos

La mejora real de la eficiencia tiene que ser compatible con mantener estándares de calidad exigibles.

La financiación es un medio, un instrumento; la sostenibilidad del servicio público es el fin, en tanto que garan-

tía del derecho de los ciudadanos a un Sistema Sanitario de calidad.

Se trata de asegurar la viabilidad de un Sistema Sanitario público de carácter universal y equitativo, personal y territorialmente, que cumpla los criterios de una asistencia sanitaria de calidad, respondiendo a una visión integral por ser una necesidad de cada ciudadano.

El gasto público en Sanidad está sometido a presiones alcistas por distintos motivos, unos justificables (envejecimiento, inmigración, avances tecnológicos, enfermedades crónicas, enfermedades emergentes y reemergentes, mayores demandas de una sociedad más desarrollada...) y otras no justificables (ineficiencia, y toma de decisiones no basadas en criterios técnicos). Estas presiones obligan a destinar una proporción cada vez mayor de recursos a la sanidad. De dónde provienen esos recursos y cómo se asignan, son decisiones clave, que tienen consecuencias para el bienestar social y sobre las desigualdades.

Después de cuatro años con la sanidad totalmente transferida, con una Ley que garantiza la cohesión y la calidad del Sistema y un modelo de financiación que contó con el apoyo de todas las comunidades autónomas, es misión de todos defender el sistema para ofrecer las mejores prestaciones a los ciudadanos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo debe ejercer una coordinación desde el diálogo y el consenso con las comunidades autónomas. Constatamos cómo se ha difuminado el papel que debiera jugar el Ministerio y el Consejo Interterritorial, tanto en la cohesión y coordinación del Sistema, como en la toma conjunta de decisiones políticas estratégicas para la sostenibilidad del SNS. Esto es patente en la falta de posicionamiento

claro en debates como la financiación sanitaria o la falta de políticas comunes en elementos claves como cartera de servicios, políticas de personal, etc. (la Ley de cohesión y calidad dispone que el Consejo Interterritorial conocerá, debatirá y emitirá recomendaciones sobre el establecimiento de criterios y mecanismos para garantizar la suficiencia financiera del SNS, sin perjuicio de las competencias del Consejo de Política Fiscal y Financiera).

Es necesaria una propuesta transparente para desarrollar el actual modelo de financiación, multilateral y estable, con garantías de equidad y solidaridad.

Un incremento y nueva regulación, acorde a la Ley de cohesión y calidad, del Fondo de Cohesión (instrumento para garantizar la cohesión y evitar las desigualdades), que establece nuevos objetivos más amplios para este fondo, para garantizar el acceso a los desplazados,

extranjeros e inmigrantes; y la financiación de los planes integrales, usos tutelados y centros de referencia.

La relación entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo debe basarse en un pacto de compromiso mutuo, de respeto a los diferentes ámbitos competenciales y de los principios de colaboración y lealtad institucional.

La financiación del SNS, pero sobre todo su sostenibilidad, exige un compromiso de toda la sociedad, de los ciudadanos, de los profesionales, de los agentes sociales, de los partidos políticos, sobre cómo garantizar el derecho a un sistema sanitario de calidad para la actual y las futuras generaciones, en tanto a garantía de cohesión social, territorial e intergeneracional.

Es preciso alcanzar un PACTO que tenga como objetivo garantizar un sistema de calidad para todos los españoles.

El título de esta ponencia es *Sostenibilidad del sistema sanitario público en el marco del Estado de Bienestar*. Pues primeramente veamos como está en España el Estado de Bienestar.

Las políticas sociales constituyen el mecanismo redistribuidor de la riqueza más importante de un Estado. Pueden asegurar la protección social de sus habitantes y disminuir las desigualdades en el interior de la sociedad.

Los distintos subsistemas de protección social están íntimamente relacionados entre sí y sus suficiencias y eficacias determinan en mayor o menor medida las de los otros subsistemas y si no, pensemos la relación entre el sistema sanitario y los sistemas de servicios sociales, de dependencia, de pensiones o protección al desempleo.

Pero la evolución del gasto social en España presenta una lamentable situación: según los últimos datos referidos a España, en 2002 vuelve a caer, un año más, el gasto social: se reduce de nuevo el porcentaje de riqueza nacional que se destina a la protección social.

- El Estado de Bienestar en España es cada vez más pequeño en términos relativos
- Se agranda la divergencia social con Europa: caminamos en sentido contrario. La brecha social alcanza su valor máximo. Nunca desde 1980, en España la distancia había llegado a ser tan grande: 7,2 puntos del PIB
- La divergencia de gasto social en 2000 supera ya los 7,3 billones de las antiguas pesetas menos de gasto social en España respecto a la media que correspondería con la UE

Mientras gobierna el Partido Popular el gasto social no ha dejado de caer con relación al PIB, y la distancia con Europa en el terreno social no ha dejado de aumentar.

España ha ocupado el penúltimo lugar de la UE en cuanto al gasto social en proporción del PIB; Portugal y Grecia, que tienen una renta por habitante muy inferior a la española, gastan ya 2,7 y 6,4 puntos de su PIB más que nosotros en las políticas sociales.

También España está dentro del escaso grupo de países, junto con Irlanda, Suecia, Holanda y Finlandia (aunque la gran dimensión del Estado de Bienestar de estos tres últimos no es, ni de lejos, comparable a la situación de España) que han reducido el gasto social en este período.

Dejando a un lado las comparaciones en proporción al PIB, en términos de gasto social por habitante, España ocupa el penúltimo lugar de la Unión Europea.

Mientras el PIB por habitante de España (en paridad de poder de compra) ha alcanzado ya el 83% de la media de la Unión Europea, el gasto social por habitante (igualmente corregido) es sólo el 60% de la media UE: 23 puntos porcentuales menos.

Y veamos que pasa ahora.

En los Presupuestos Generales del Estado para 2006 se ha previsto un aumento de los ingresos estatales del 9,4%, pese a lo cual el gasto social sólo crecerá el 8,1%. Teniendo presente que el PIB real aumentará un 3,3% y que la inflación está en el 3,5%, el aumento del gasto social respecto al PIB nominal será de 1,3 puntos porcentuales. Con estos datos en la mano, harían falta treinta años para alcanzar el gasto social medio de la UE-15 de 2002, hecho que impide alcanzar la convergencia.

Por tanto, no se aprovecha la coyuntura de crecimiento económico para fortalecer de manera suficiente el maltrinado Estado de Bienestar español. En este sentido, es inaceptable que la protección social crezca por

debajo de lo que lo hacen los ingresos estatales. Estos presupuestos no tienen un auténtico carácter redistributivo, y además se mantiene la regresividad del sistema fiscal. Por tanto, distan mucho de ser unos presupuestos progresistas.

Y respecto a la reforma fiscal hemos de afirmar que el sistema fiscal de un país es una pieza fundamental de su modelo social, al definir quién y por qué motivos se deben realizar las aportaciones necesarias para sufragar las políticas de gasto, así como en qué cuantía los distintos actores deben contribuir.

Una reforma fiscal que se precie de progresista debe de intentar eliminar los desequilibrios existentes en nuestro sistema fiscal, agravados tras las reformas practicadas por el PP, en especial en el IRPF, y promover los principios de suficiencia recaudatoria, equidad y progresividad que establece la Constitución, para que se puedan poner en marcha tanto las infraestructuras que nuestro país necesita, como la prestación de servicios básicos a la ciudadanía como la mejora de nuestro sistema de protección social

En las circunstancias actuales es injustificable procurar una reducción general en los impuestos cuando nuestra presión fiscal comparada es muy inferior al promedio de las economías más desarrolladas de nuestro entorno, cuando mantenemos serios déficit en protección social y cuando nuestro país está a la cabeza de los países europeos en fraude fiscal, con una proporción que diversos estudios sitúan en el 23% del PIB, motivado en gran parte por la existencia de un alto porcentaje de economía sumergida.

No es menos importante considerar que nuestro sistema fiscal ha acentuado su regresividad en los últimos años como consecuencia de las reformas que llevaron a cabo los gobiernos del PP, en la que se primó la

recaudación vía imposición indirecta frente a la directa. En concreto, en lo que respecta al IRPF que es el tributo que puede contribuir en mayor medida a que nuestro sistema fiscal sea más justo, su recaudación representaba en 1995 el 7,9% del PIB y descendió hasta el 6,5% en 2004.

Nuestra prioridad programática en materia presupuestaria es acabar con el déficit cero como principio rector de la política fiscal y definir escenarios plurianuales para lograr la convergencia real con los países más desarrollados de la UE.

Mejorar consistentemente nuestra protección social, aumentar la provisión de bienes públicos o potenciar la inversión pública significa lograr una estructura de ingresos suficiente. La presión fiscal en España es inferior a la media comunitaria en más de 5 puntos del PIB y la mayor diferencia se sitúa en los impuestos directos (aproximadamente 3 puntos del PIB).

Aproximar nuestros niveles de presión fiscal y gasto público al promedio de la UE-15, fijando objetivos de gasto e ingreso como porcentaje del PIB. Alcanzar una presión fiscal en torno al 40% del PIB (desde el 36% actual) y el gasto público en el 45% del PIB (frente al 40% actual).

El aumento de la presión fiscal y del déficit público se destinaría a las políticas de gasto público que estimamos como deficitarias. Cinco puntos del PIB de mayor gasto permiten cerrar parcialmente la brecha social con la UE, mejorar nuestra política educativa y sanitaria, la política de investigación, o las políticas de protección social.

Nuestra primera propuesta para la sostenibilidad del sistema público sanitario no es nada revolucionaria (o tal vez sí) converger con Europa en presión fiscal, gasto social y gasto sanitario.

Financiación

Finalizadas las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas en diciembre 2001, son éstas las responsables de la gestión de los servicios sanitarios.

La financiación de estas transferencias se realiza mediante el acuerdo de financiación de las comunidades autónomas suscrito por todas ellas en el verano de 2001.

En líneas generales, esta financiación se realiza mediante la afectación específica de un porcentaje sobre la recaudación del IVA y de los impuestos especiales sobre hidrocarburos, alcohol y tabaco. Es decir, desde entonces la financiación sanitaria se sustenta sobre impuestos del consumo, con la consecuente falta de equidad y coherencia pues al realizarse con impuestos indirectos no se produce progresividad en la recaudación y ésta no guarda relación con las necesidades del sistema sanitario ni con la necesaria solidaridad interterritorial.

La negociación fijó la población para el cálculo del reparto en el año 1999, suponiendo un agravio comparativo entre distintas comunidades, pues desde esa fecha hay algunas que han tenido un importante crecimiento demográfico.

El Fondo de Cohesión contemplado en este acuerdo es gestionado por el Ministerio de Sanidad sin definir sus objetivos. Se ha utilizado para compensar el gasto producido por los desplazados.

Posteriormente, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud aprobada en año 2003 ampliaba las finalidades de este Fondo, señalando explícitamente que debería facilitar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y corregir las desigualdades entre las comunidades autónomas.

Sin embargo, la cantidad presupuestada para este Fondo hace inviable que se pueda utilizar más allá de la compensación de deudas por pacientes desplazados.

La buena o mala negociación de las transferencias sanitarias por parte de las comunidades autónomas produjo una importante diferencia entre ellas. Así, los recursos asignados en euros por habitante y año significó en el año 2002 una diferencia de 280,73 euros entre la comunidad que más recibía (La Rioja, 996,57 euros) y la que obtuvo menor financiación (Madrid, 715,84 euros).

Otro hecho a tener en cuenta es que este sistema de financiación sanitaria establece un acuerdo de mínimos (se aseguran unos impuestos afectados a la sanidad y un crecimiento mínimo del presupuesto sanitario), si bien las comunidades autónomas pueden aumentar estos presupuestos con cargo a sus propios fondos, obviamente detrayéndolos de otras partidas presupuestarias o a través del endeudamiento.

El último informe de la OCDE (2003) señala que en España se han producido en los últimos diez años un retroceso del gasto sanitario público tanto en el porcentaje del PIB, como en porcentaje sobre gasto sanitario total (pasando del 78% al 71,4%), lo que implica que los ciudadanos pagan cada vez más una parte del gasto sanitario.

También se está produciendo una gran distancia entre distintas comunidades autónomas. Parece lógico pensar que, en las comunidades con menor gasto sanitario, las prestaciones se irán restringiendo aunque sólo sea por la vía de disminuir la oferta (menos camas, menos especialistas, etc.).

Lo que sin duda va a suponer un deterioro de la calidad asistencial, un aumento de las listas de espera en el

sector público y evidentemente una concertación con el sector privado o la utilización de este sector por parte de los ciudadanos. Es decir, reafirma el análisis de la OCDE, el retroceso del porcentaje del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total.

De este somero análisis se dedujo la necesidad de volver a negociar la financiación autonómica, especialmente la sanitaria para asegurar una suficiencia financiera e incluir mecanismos de cohesión y coordinación en las políticas públicas que aseguren niveles razonablemente homogéneos de financiación y prestaciones en todas las comunidades autónomas. Situación abordada en la II Conferencia de Presidentes.

Y hay que apostar claramente por la cohesión y vertebración del sistema sanitario público, evitando situaciones como las que se están produciendo en algunas comunidades autónomas que están descapitalizando el sistema sanitario público favoreciendo su deterioro mediante políticas presupuestarias insuficientes, desincentivando la inversión pública y optando por modelos privatizadores.

El año 2005 ha visto resurgir el eterno debate de la financiación y el gasto sanitario, que ha culminado con unos acuerdos entre Administración Central y Gobiernos Autonómicos derivados de la II Conferencia de Presidentes.

La comparación con nuestros socios europeos señala nuestra desventaja comparativa y argumenta la necesidad de invertir más recursos públicos en el Sistema Nacional de Salud.

El diseño del nuevo modelo de financiación incorpora, de hecho, dos novedades fundamentales: la denominada cesta de impuestos, como forma de obtención de recursos para financiar los servicios, en un intento de

avanzar en materia de corresponsabilidad fiscal, y la incorporación de la financiación de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales de la Seguridad Social a la financiación de carácter general.

De esta forma, el nuevo modelo trató de ofrecer una respuesta coherente a las necesidades financieras de las comunidades autónomas, plasmándose esta respuesta a través de lo que se ha denominado "fórmulas de corresponsabilidad fiscal", que pretendían desplazar sobre las comunidades autónomas la responsabilidad de obtener sus propios ingresos, introduciendo así una restricción a sus demandas de recursos, con la idea de dotar de cierta estabilidad al Sistema.

Sin embargo, en la aplicación del modelo han surgido disfunciones importantes en cuanto a la necesidad de financiación y el coste real de los servicios sanitarios. Los recursos dedicados a la asistencia sanitaria son insuficientes, identificándose algunos aspectos que podrían ser la causa de esta circunstancia:

1. En primer lugar, hay que destacar un déficit de recursos dedicados a la asistencia sanitaria pública en relación con nuestra riqueza (% PIB). En la mayor parte de las comparaciones internacionales se pone de manifiesto una diferencia en torno a un punto diferencial del PIB menos en relación a la media de los países de la UE. En nuestro país, el gasto público en salud pasó del 5,92 por ciento del PIB en 1996 al 5,47 por ciento en 2003.

2. Insuficiencia en el origen y excesiva dispersión en la financiación per cápita. El modelo partió de una baja restricción inicial, por la limitación de gastos e inversiones a los que se vio sometido el Sistema entre los años 1996-1999. Asimismo, hay que destacar una excesiva dispersión de la financiación per cápita. Había treinta y cuatro puntos de diferencia entre las comunidades autónomas con mayor y menor financiación per cápita.

Esta dispersión, lejos de reducirse, se incrementa con la dinámica del modelo.

3. Incremento significativo de la población. Éste es uno de los factores más preocupantes en la dinámica del Sistema. Tomando datos del año 2004 se aprecia que, desde 1999, año de referencia en el modelo, la población de las comunidades autónomas de régimen común se ha incrementado en un 7,8 por ciento.

4. Importante incremento del envejecimiento de la población.

5. Incremento de la dotación tecnológica. Diversos estudios demuestran que es precisamente la introducción permanente de nuevas tecnologías una de las causas del crecimiento del gasto sanitario.

6. Disposición de una estructura asistencial infradotada de forma histórica, tanto en equipamiento como en personal.

Recursos hospitalarios muy alejados de los "ratios" recomendables, Atención Primaria con tiempos de consulta alejados de los "10 minutos" consensuados, desproporcionadas cifras de cartillas asignada o prácticamente nula red alternativa a la desinstitucionalización en salud mental.

Ante la situación descrita, la opinión generalizada es que, de acuerdo con los principios que inspiraron el actual modelo de financiación —estabilidad, generalidad, suficiencia, autonomía y solidaridad— es el de estabilidad el que adquiere una importancia significativa.

Coincidimos con los análisis que valoran como un bien social fundamental la existencia de un Sistema Nacional de Salud que aporte cobertura y protección adecuada y equitativa ante los riesgos de salud de todos los ciudadanos y ciudadanas.

Y también, por la creciente preocupación ante la suficiencia y sostenibilidad económica del SNS, la calidad de sus prestaciones y sus insuficiencias: listas de espera, déficit de los centros de salud, entre otras.

La suficiencia presupuestaria, la solidaridad, la sostenibilidad, la gobernabilidad, la racionalidad son los desafíos que el Sistema tiene planteados y se sitúan como cuestiones prioritarias de la agenda política presente y futura y no solamente el "déficit" sanitario.

La sostenibilidad del sistema sanitario público debería pasar por un amplio consenso político y social que a imagen y semejanza del Pacto de Toledo sobre la defensa y mejora del sistema de pensiones comprometió a diversos estamentos sociales.

Este pacto sanitario debe sentar las bases que conduzcan a la evolución del Sistema Nacional de Salud por la senda de la gobernabilidad, la sostenibilidad y la búsqueda de la indispensable satisfacción de la ciudadanía

Algunas reflexiones sobre la distribución del gasto sanitario

Nuestro sistema no está exento de problemas: presenta características que le diferencian de otros sistemas de países desarrollados, como el escaso desarrollo de la atención sociosanitaria, el elevado número de consultas per cápita o el importante peso del gasto farmacéutico, y adolece de problemas de accesibilidad, descoordinación y de un excesivo peso de la medicina estrictamente curativa frente a la preventiva.

En nuestro país se produce un claro sesgo hacia la atención curativa: entre los países de la OCDE, sólo Luxemburgo e Italia aparecen por detrás de España en el porcentaje de gasto corriente dedicado a la prevención.

- Se presenta un desequilibrio en la distribución del gasto entre Atención Hospitalaria y Primaria: el gasto en Atención primaria apenas alcanza el 30% del gasto sanitario, siendo una reivindicación histórica alcanzar el 50%.

La tasa de altas hospitalarias (y la estancia media) es en España sistemáticamente inferior a la de la OCDE. Sin embargo, el número de consultas médicas per cápita resulta mayor en comparación con el resto de países europeos.

- El sistema sanitario español está aquejado de un insuficiente desarrollo de la llamada atención sociosanitaria, peculiaridad que adquiere especial importancia en un contexto de envejecimiento de la población y de cambio de los patrones de comportamiento familiar.

Nuestro sistema sanitario está enfocado en la curación, sin prestar una especial atención a la prevención, y ello a pesar de que es sin duda el ámbito donde mejores logros pueden alcanzarse a largo plazo con un menor coste.

El resultado es que se impulsa la tendencia al gasto, al generar un sistema que premia el volumen de actos médicos y el recurso a medicamentos.

Resulta muy complicado obtener información cuantitativa sobre el gasto y el esfuerzo dedicados en España a la prevención, por lo que tampoco puede compararse fácilmente con los servicios curativos. Entre otras razones, las dificultades se deben a que son muchas y muy variadas las actividades que cabe considerar de prevención (por ejemplo, las campañas de la Dirección General de Tráfico o la promoción del deporte por parte del Ministerio y las Consejerías de Cultura). En cualquier caso, los datos disponibles son muy significativos. En 2003, sólo un 1,3% del gasto total en sanidad se dedicó en España al capítulo

"Salud Pública y Prevención", muy por detrás de la media de la OCDE (2,9%).

Como consecuencia debería orientarse el SNS hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad primando los incrementos presupuestarios en Atención Primaria, esperando que la Ley de autonomía personal y atención a la dependencia solucione los déficit de Atención Sociosanitaria.

Industria farmacéutica

Los datos para analizar este sector son contundentes y me voy a limitar a enumerarlos (expertos en este tema me han precedido en estas jornadas y nos han ilustrado con sus intervenciones)

El gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud es un componente importante del gasto sanitario y aumenta de forma no controlada: 30 % del gasto sanitario del SNS en 2003, casi un tercio del gasto sanitario, uno de los porcentajes más elevados de la Unión Europea

El gasto farmacéutico público con relación al PIB (1,2%) es superior a la media (0,9%) de los países de la Unión Europea.

Sin embargo, el gasto en I+D de la industria farmacéutica en España (3% en 2002) con relación al I+D de UE-15 países, está mucho más bajo que la misma relación referida al gasto en medicamentos (8,8%).

Coincidimos plenamente, como no podía ser de otro modo, con las conclusiones que sobre políticas de medicamentos se expresaron en el Foro por la Mejora del SNS y que planteaba que se podrían introducir políticas que moderaran realmente el crecimiento del gasto farmacéutico sin modificar cualitativamente las prestaciones.

1. Afectando a los genéricos: aumentar muy significativamente el número, eliminar el periodo desde cese de patente a comercialización de genéricos

2. Afectando a los precios de referencia: desarrollar al máximo los precios de referencia de tipo 1 vigentes —misma composición y bioequivalentes—, pasar al tipo 2 —medicamentos de un mismo subgrupo terapéutico relacionados químicamente— e incluso al tipo 3 si es necesario —medicamentos con la misma actividad terapéutica—

3. Afectando a la financiación pública selectiva de nuevos medicamentos: aplicación estricta de los criterios de eficiencia a la financiación pública de nuevos medicamentos, no se financiaría ningún nuevo medicamento que, perteneciendo a subgrupos terapéuticos relacionados químicamente y ampliamente representados en el vademécum, no presenten ventajas significativas en su eficiencia con relación a los existentes

4. Afectando a las cantidades destinadas a publicidad y promoción: transparencia fiscal, recorte drástico del gasto inadecuado y de gastos suntuarios, etc.

5. Afectando a la formación continua, la investigación clínica aplicada, la participación a congresos y reuniones científicas, que deberían ser financiadas públicamente.

Pero también plantearíamos introducir otras medidas como una central única de compras en el SNS o la creación de servicios de farmacia en atención primaria a imagen y semejanza de los hospitalarios.

Y, por último, hemos de hacer referencia a la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios y de los usuarios en la sostenibilidad del sistema público sanitario y esto solo se puede conseguir haciéndoles partícipes en órganos de participación reales y eficaces.



> Clausura de las Jornadas:

La sanidad pública en Asturias: una visión desde dentro

> D. Rafael Sariego García

*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios
del Principado de Asturias*



La tarea de resumir en unas breves líneas la realidad de la sanidad pública en el Principado de Asturias no es una labor sencilla, pero conviene abordarla para arrojar luz sobre la actividad de nuestros servicios sanitarios, nuestras políticas de actuación y nuestros profesionales. No debemos perder de vista que el sistema sanitario es inseparable de la estructura social de nuestra comunidad autónoma, por este motivo comenzaré esta conferencia con algunos apuntes sobre la composición de la sociedad asturiana.

En Asturias vivimos algo más de 1.076.000 habitantes, de los que el 52% son mujeres y el 48% son hombres, según los datos de padrón del año 2005 publicados por SADEI. Nos encontramos ante una población envejecida, de manera que casi el 22% de las personas son mayores de 65 años y el 11% supera los 75. Además, sólo un 9,83% de los asturianos son menores de 14 años. Este es el perfil general de nuestra sociedad, en la que se enmarca y para la que trabaja todo nuestro sistema sanitario público, dirigido desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

En este contexto social, nuestro mapa sanitario establece una división en ocho áreas de salud de muy diferentes características, tanto por su configuración orográfica como por su demografía. Más del 72% de la población asturiana se concentra en las áreas sanitarias III, IV y V (con cabeceras en Avilés, Oviedo y Gijón respectivamente), las áreas VII y VIII (Mieres y Langreo) congregan al 14,75% de los habitantes del Principado, mientras las áreas I, II y VI (Jarrio, Cangas del Narcea y Arriondas) reúnen algo menos del 13% de la población.

Las áreas sanitarias se subdividen a su vez en 66 zonas básicas y 16 zonas especiales de salud, en las que se distribuyen 215 equipamientos de Atención Primaria, de los cuales 61 son centros de salud, 119

son consultorios periféricos y 35 son consultorios locales. En nuestros centros de Atención Primaria se ubican, además, 85 puntos de atención continuada y 4 servicios normales de urgencias. En estos centros contamos con 79 equipos de Atención Primaria, 31 unidades de fisioterapia, 5 centros de orientación familiar, 31 unidades de psicoprofilaxis obstétrica y 46 unidades de salud bucodental. En definitiva, hablamos de más de 2.400 profesionales al servicio de todos los usuarios.

Por otra parte, nuestros hospitales conforman en torno a las 8 áreas sanitarias citadas la red sanitaria de utilización pública, integrada por 9 hospitales de área o distrito, 3 hospitales de agudos asociados y 1 hospital de convalecencia. En nuestros servicios de Atención Especializada desarrollan su actividad casi 10.000 profesionales.

Disponemos también de una red de salud mental que suma 15 centros, 4 de los cuales ofrecen atención a la población infanto-juvenil. A estos recursos debemos añadir también 5 unidades de hospitalización con un total de 84 camas, 7 hospitales de día con 128 plazas, 7 comunidades terapéuticas con 110 camas y 4 unidades de tratamiento de toxicomanías. De esta manera, sumamos otros 372 profesionales que se responsabilizan de la atención a la Salud Mental en el Principado de Asturias.

Con estas cifras, que a grandes rasgos dibujan el mapa de nuestros recursos sanitarios, podemos concluir que en Asturias disponemos de una magnífica red asistencial, bien distribuida a lo largo y ancho de nuestro territorio y adaptada a las necesidades de nuestra población. Pero esa adaptación requiere una revisión constante a la que no somos ajenos, porque continuamente construimos nuevos centros de salud y reformamos o ampliamos los antiguos, con el propósito de ajustar sus instalaciones a las nuevas exigencias de calidad y

accesibilidad que nos plantean los ciudadanos. El desarrollo y consolidación de nuestra red asistencial supone por parte del Gobierno del Principado de Asturias un notable esfuerzo inversor, que para el período 2004-2007 superará los 130 millones de euros, a los que hay que añadir la inversión que GISPASA realiza para la construcción del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Todo el dispositivo de nuestra red asistencial está orientado a garantizar las mejores condiciones de accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios. Al hablar de servicios me refiero tanto a las infraestructuras como a los programas asistenciales o a la cartera de servicios que prestamos. Porque donde no estamos presentes estamos en condiciones de llegar. Para eso disponemos de una excelente red de transporte sanitario integrada por 135 ambulancias (8 UVIS, 20 Betas, 64 convencionales y 43 colectivas) y más de 310 trabajadores.

Nuestra red de transporte sanitario está orientada también a satisfacer las necesidades de los ciudadanos. El año pasado aprobamos un nuevo concierto por el que se reordena y mejora sustancialmente esta prestación. Así, hemos duplicado el número de unidades de soporte vital básico, que pasan de 9 a 20, y que tienen dedicación exclusiva a las urgencias. Además, el personal pasa a tener presencia efectiva en todos los vehículos durante su horario de funcionamiento. Hasta la firma del nuevo convenio, los equipos de las ambulancias convencionales trabajaban en régimen de localización.

Para el desarrollo de este nuevo modelo de transporte sanitario hemos tenido en cuenta la proximidad entre localidades y las isocronas, de modo que se garantice una cobertura continua. Con todo ello pretendemos minimizar las interferencias y disfunciones que en ocasiones suponía la multidemanda de ambulancias para

transporte urgente, transporte programado y transporte de personal. Con el firme propósito de sacar el máximo rendimiento a nuestro servicio de transporte, hemos aumentado también la dotación de los equipos en medicación, desfibriladores semiautomáticos, personal y formación. Finalmente, hemos compatibilizado las comunicaciones que permiten la transmisión de órdenes y de intercambio de información entre el 112, el Centro Coordinador de Transporte y el Centro Coordinador de Urgencias del SAMU.

La accesibilidad como objetivo central

Una de nuestras grandes preocupaciones es estar cada vez más cerca del ciudadano para facilitar el acceso a nuestros servicios. Como ejemplo de esta política de aproximación al usuario, cabe citar la descentralización del programa de anticoagulación oral, una prestación que ya estamos realizando en numerosos centros y consultorios de Atención Primaria y que hasta hace muy poco se llevaba a cabo exclusivamente en los hospitales.

Desde otra perspectiva igualmente importante, la accesibilidad como valor central de las acciones de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios vuelve a quedar de manifiesto con la puesta en marcha del proyecto Édesis (Estrategia para el Desarrollo del Sistema de Información Sanitaria). Esta iniciativa, que beneficiará tanto a los ciudadanos como a los profesionales del sistema de salud, es un proyecto de modernización de los sistemas de información sanitaria basado en el uso de las nuevas tecnologías. Nuestra estrategia está en plena concordancia con las prioridades del sistema sanitario asturiano, que son la equidad, la efectividad, la seguridad y la sostenibilidad.

El proyecto se articula en torno a una serie de ejes destinados, en todos los casos, a garantizar la atención

centrada en las personas y no en las necesidades de las estructuras sanitarias. El instrumento básico para cumplir este reto será la Historia Única del ciudadano, que permitirá disponer de la información sobre los pacientes de forma rápida y adecuada a las necesidades de cada profesional. Las garantías de transparencia y confidencialidad son dos objetivos irrenunciables en el proceso de consolidación de Édesis, que facilitará la gestión del conocimiento para optimizar la calidad de la atención.

En líneas generales, Édesis se articula en torno a tres grupos de proyectos en los que debemos detenernos para entender la filosofía que inspira la estrategia. En primer lugar, los proyectos tecnológicos, que pretenden dotar a la red sanitaria de los componentes técnicos necesarios para el correcto funcionamiento de los sistemas de información. En segundo lugar, los proyectos funcionales, que aspiran a responder con eficacia a los requerimientos del propio sistema y, por último, los proyectos organizativos, orientados a ofrecer una respuesta apropiada a los problemas relacionados con el funcionamiento del sistema de información.

Este somero repaso a nuestra realidad sanitaria evidencia que el sistema asturiano de salud ha alcanzado un grado de accesibilidad y una cobertura asistencial más que aceptable. Por tanto, podemos sostener que las necesidades básicas están cubiertas, de modo que ahora nuestra principal preocupación se centra en la mejora de la calidad de nuestros servicios y procesos.

A grandes rasgos, la mejora de la calidad se encuentra condicionada por tres factores. En primer lugar, la exigencia de los ciudadanos, que están cada vez mejor informados. En segundo lugar, la conciencia de unos profesionales que cada día trabajan mejor y están más comprometidos con el sistema. Y, finalmente, la actuación de los gestores, que han establecido las políticas

de calidad como una de las líneas estratégicas para la dirección de los centros sanitarios.

En este marco conceptual, que no es ajeno a los debates internacionales sobre la calidad de los sistemas sanitarios, desde la Consejería de Salud hemos propiciado una reflexión sobre las políticas de calidad y sus estrategias de implantación en la que han participado más de 250 profesionales y ciudadanos y que ha dado como fruto los ejes orientadores de nuestras actuaciones en esta materia.

Para la implantación efectiva de estas estrategias hemos elaborado un modelo organizativo que se sustenta en tres grandes ejes: los Programas Clave de Atención Interdisciplinar, las áreas de monitorización para la mejora y la gestión de la calidad.

Los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAIS) representan un proyecto de atención transversal y homogénea ante las necesidades de pacientes con un determinado problema de salud. Este proyecto está liderado por expertos de diversas disciplinas que con el mayor rigor científico coordinan sus actividades para mejorar resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el ciudadano. El desarrollo de los PCAIS exige, por tanto, un importante esfuerzo de coordinación entre profesionales de los distintos niveles asistenciales y requiere su participación efectiva en su diseño e implantación.

Estos programas han surgido de las necesidades percibidas durante la fase de diagnóstico realizada con motivo de la redacción del Plan de Salud y de un largo proceso participativo. Ambas iniciativas han dado como resultado catorce áreas de trabajo, es decir, catorce programas que se han ido poniendo en marcha paulatinamente y que abordan el accidente cerebro vascular, el alcoholismo, la ansiedad, el cáncer de mama, de

colon o de próstata, la cardiopatía isquémica, la demencia, la depresión, la diabetes, el dolor crónico y la artrosis, el embarazo, parto y puerperio, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la hipertensión arterial.

Además de los PCAIS, debo recordar entre estas referencias a la calidad nuestra actuación en materia del uso racional del medicamento, que está dando magníficos frutos en el control del gasto y que ha generado una notable mejora de la prescripción. En el ámbito de nuestras competencias, hemos creado el Comité Técnico Autonómico de Indicadores de la Prescripción en la Atención Primaria, que elabora los nuevos indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica y evalúa los que se encuentran ahora en vigor. Además, estamos realizando un estricto y pormenorizado seguimiento de los presupuestos establecidos en el contrato programa, tanto en gasto por receta como en gasto hospitalario; hemos elaborado el Decreto de servicios de farmacia en Atención Primaria y el Decreto de fórmulas magistrales y preparados oficinales. Finalmente, la dispensación de genéricos se ha incorporado al contrato programa de los centros como elemento estratégico.

En definitiva, accesibilidad y calidad se perfilan como los valores que definen la orientación de nuestras actuaciones y que siguen con fidelidad los principios que inspiran el funcionamiento del propio Sistema Nacional de Salud. En nuestra tarea colaboran día a día los más de 13.000 profesionales que se dedican en Asturias a velar por nuestra salud y que en los últimos

años han visto recompensado su esfuerzo con mejores condiciones laborales en términos de jornada, salario y estabilidad laboral.

Me gustaría finalizar este particular repaso a nuestro sistema sanitario con la aportación más valiosa de todas, aquella que nos ofrecen los ciudadanos. Los datos que recoge el último barómetro sanitario reflejan que el 90% de la población asturiana opina que la sanidad en el Principado funciona bien. La puntuación media que nos otorgan nuestros usuarios es de 7,26 puntos sobre diez, la más alta del Estado. En los últimos años hemos mantenido este notable alto con mínimas variaciones, de manera que Asturias se ha convertido en la única comunidad autónoma que mantiene una nota superior al 7 en los tres últimos barómetros. Por otro lado, según la última encuesta del CIS, el 60,9% de los asturianos opina que la política que el Ejecutivo Autonómico ha seguido en relación con la sanidad es buena o muy buena.

Lejos de caer en la relajación, en la Consejería de Salud recibimos siempre los datos que arrojan las encuestas sobre nuestros servicios como un estímulo. Nuestro reto es mantener el alto nivel de confianza y crédito que los asturianos nos otorgan en todas las consultas. Sin embargo, desde la posición que ocupo no puedo dejar de sentirme orgulloso por participar en el apasionante proyecto que supone consolidar y mejorar un servicio tan valorado y apreciado por los ciudadanos a quienes prestamos servicio.

