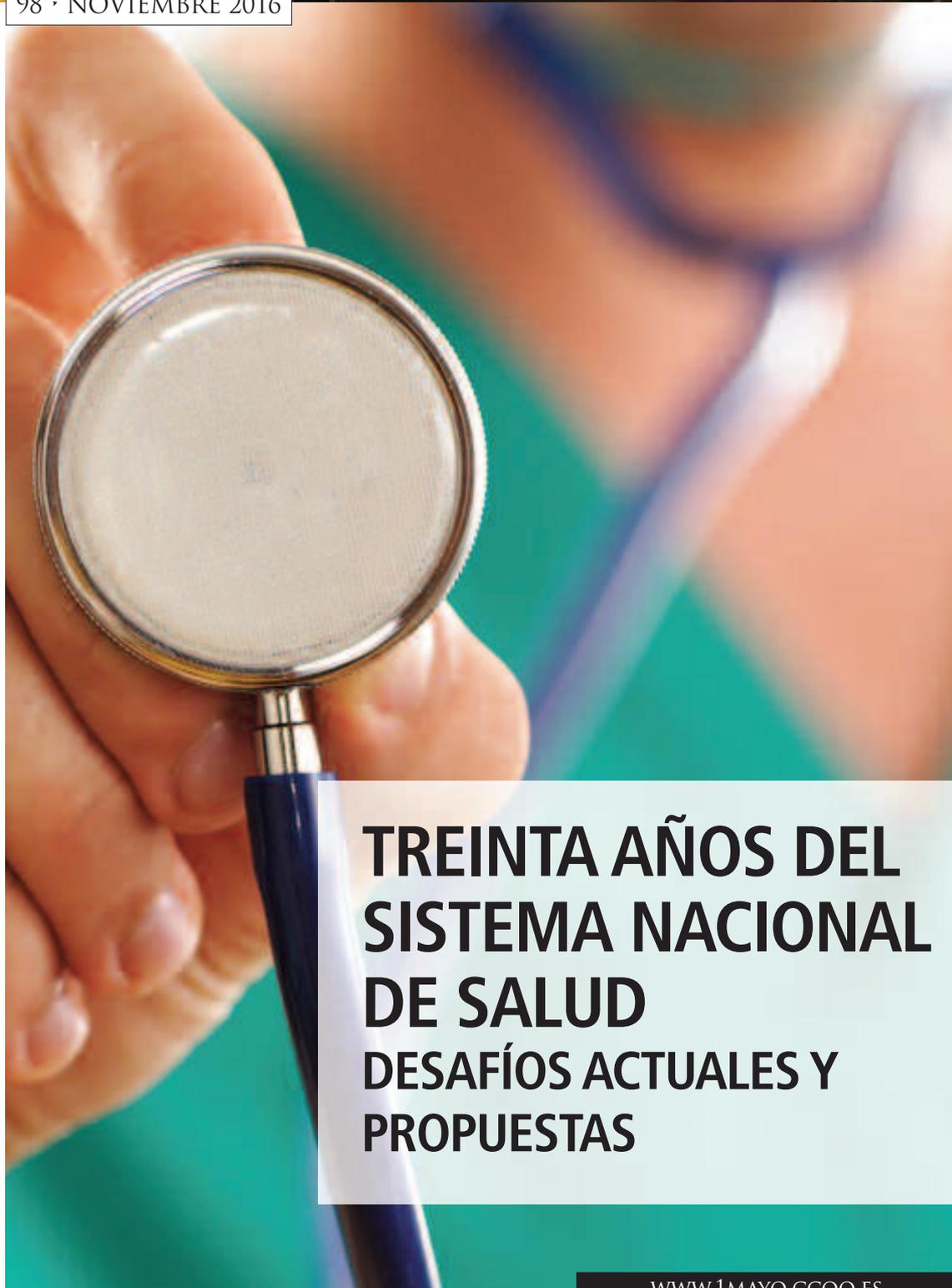


FUNDACIÓN 1 DE MAYO

Estudios

98 · NOVIEMBRE 2016



**TREINTA AÑOS DEL
SISTEMA NACIONAL
DE SALUD
DESAFÍOS ACTUALES Y
PROPUESTAS**

WWW.1MAYO.CCOO.ES

**TREINTA AÑOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:
DESAFÍOS ACTUALES Y PROPUESTAS**

FUNDACIÓN 1º DE MAYO
C/ Longares, 6. 28022 Madrid
Tel.: 91 364 06 01
1mayo@1mayo.ccoo.es
www.1mayo.ccoo.es

COLECCIÓN ESTUDIOS, NÚM: 98
ISSN: 1989-4732

© Madrid, Noviembre 2016

TREINTA AÑOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: DESAFÍOS ACTUALES Y PROPUESTAS

FERNANDO PUIG-SAMPER MULERO

ADJUNTO A LA SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS
CONFEDERACIÓN SINDICAL DE COMISIONES OBRERAS

CARLOS BRAVO FERNÁNDEZ

SECRETARIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS
CONFEDERACIÓN SINDICAL DE COMISIONES OBRERAS

TREINTA AÑOS DE SNS. DESAFÍOS ACTUALES Y PROPUESTAS
THIRTY YEARS OF NHS. CURRENT CHALLENGES AND PROPOSALS

RESUMEN

Han transcurrido ya treinta años desde que la Ley General de Sanidad creaba el Sistema Nacional de Salud en España. Se concluye en el trabajo que hoy es necesaria una nueva ley general de sanidad que ponga al día, refunda y ordene normas que hoy aparecen dispersas y, en ocasiones, de forma contradictoria. Garantizar la universalidad del SNS, reforzar las políticas de promoción de la salud y la atención primaria, asegurar su financiación y los recursos necesarios para su actividad, mejorar la coordinación entre los servicios de salud, promover la transparencia y el buen gobierno del sistema, evaluar y controlar su funcionamiento, siguen siendo criterios válidos pero que deben ser puestos al día.

La conclusión es que, además, esta tarea no puede ser abordada en solitario por un gobierno, sino que requiere un amplio consenso social. Un acuerdo parlamentario entre los diferentes grupos políticos debería permitir alcanzar un pacto sanitario que, junto con un acuerdo en el marco del diálogo social con las organizaciones sindicales y empresariales, diera estabilidad y garantías de futuro a la protección a la salud y la atención sanitaria en España.

ABSTRACT

Thirty years have passed since the National Health System was created by the General Health Law in Spain. This article concludes that a new general health law is necessary to update, recast and order rules that today are scattered and sometimes in contradictory ways. Ensuring the universality of the NHS, strengthening health promotion policies and primary care, securing the necessary funding and resources for their activity, improving coordination among health services, promoting transparency and good governance of the system, assessing and monitoring that it is functioning properly, are criteria that remain valid but must be updated.

The conclusion is that, in addition, this task cannot be addressed by a government acting alone, but requires a broad social consensus. A parliamentary agreement among the different political groups should help achieve a health pact that, along with an agreement in the framework of social dialogue with trade unions and business organizations, would give stability and future guarantees to health protection and health care in Spain.

Palabras clave

Sistema Nacional de Salud, Ley General de Sanidad, universalidad de la asistencia sanitaria, financiación sanitaria, atención sanitaria

Key words

Health National System, Health General Law, universality of health care, health care funding system, health care

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	2
UNIVERSALIDAD DE LA ASISTENCIA	2
ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD Y DESIGUALDADES EN SALUD	2
COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN	2
FINANCIACIÓN	2
CALIDAD, EVALUACIÓN Y CONTROL	2
CONCLUSIÓN	2

INTRODUCCIÓN

En este año 2016 se cumple el trigésimo aniversario de la Ley General de Sanidad (LGS) y, con ella, del nacimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) que agrupa a todos los servicios de salud tanto de la Administración del Estado como de las comunidades autónomas. Una LGS aún vigente aunque modificada en profundidad y parcialmente derogada por diecisiete leyes posteriores, que han incorporado o modificado referencias a la igualdad efectiva entre hombres y mujeres; a las personas con discapacidad; a la autonomía y los derechos de los pacientes; a la salud pública; a los consumidores y usuarios; a la cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; al libre acceso a las actividades de servicio y su ejercicio; a los medicamentos; al nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas; al personal y su estatuto marco; a la docencia y a la investigación. No es de extrañar, por tanto, que algunos grupos y expertos consideren necesaria la negociación de una nueva LGS.

La evolución en estos treinta años permite afirmar que hoy es más que conveniente esta reconsideración. Ha crecido el volumen de gasto sanitario, se ha modificado su distribución entre lo público y lo privado, ha aumentado el empleo en el sector, está incrementándose la demanda de forma notable, hay que afrontar retos derivados de los nuevos medicamentos, se han producido cambios nada desdeñables en la docencia y en la investigación, el progreso tecnológico es imparable. Al mismo tiempo, cobran más importancia los derechos de los pacientes, su exigencia de una mayor información y participación en decisiones que les afectan, su demanda de una mayor transparencia y de una mejor coordinación.

Sin embargo, las características fundamentales del SNS incluidas en la LGS se mantienen sin variaciones: la extensión de sus servicios a toda la población; la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación; la coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único; la financiación

de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios; y la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. Estas características servirán de guía para analizar los retos que el SNS tiene por delante al cumplir treinta años de vida.

UNIVERSALIDAD DE LA ASISTENCIA

La LGS encomendaba al SNS la extensión de sus servicios a toda la población, en coherencia con lo establecido en el segundo epígrafe de su artículo Uno: *son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional*. Y el apartado segundo del artículo Tres añade que *la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva*. En 2003, la Ley de cohesión y calidad del SNS, siguiendo el criterio de la LGS precisaba que *son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes: todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000; los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación; los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos*. Aun así, en 2011 la Ley General de salud pública incluía una disposición adicional sexta sobre la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública puesto que todavía se producían exclusiones, como la que afectaba a las personas que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo. Con esta disposición se garantizaba la universalidad en el acceso, aunque de forma diferida en el tiempo.

El camino hacia la plena universalización era lento y, a veces, confuso. Por ejemplo, mientras que el derecho a la educación está reconocido para todos los españoles así como para los extranjeros residentes en España sin otros requisitos, el derecho a la asistencia sanitaria se integra en la acción protectora del sistema de Seguridad Social, entre las prestaciones no contributivas del mismo. Es, por tanto, la Seguridad Social y no el SNS quien reconoce el derecho. En concreto, el Decreto 2766/1967 sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, todavía vigente, regula el derecho en función de la relación con la actividad económica –trabajadores por cuenta ajena y pensionistas del Régimen General– o de la relación familiar con estos, cumpliendo determinados requisitos.

La situación era paradójica, con leyes “sanitarias” que definían el derecho como un derecho vinculado a la ciudadanía (todos los españoles, nacionales de la UE y aquellos con acuerdos o normas determinadas) y a la residencia (todos los extranjeros empadronados) conviviendo con normas de Seguridad Social que limitaban el derecho en función de determinados requisitos.

Y desde 2012, tras el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el camino hacia la universalización ha sido truncado reforzándose, por el contrario, el vínculo entre el derecho a la atención sanitaria y el cumplimiento de ciertos requisitos derivados de la relación con la actividad económica (asegurados) o de la relación familiar con los asegurados. En este sentido, la sentencia 139/2016, de 21 de julio, del Tribunal Constitucional (TC) reconoce que *“la nueva regulación de la condición de asegurado del Sistema Nacional de Salud supone un cambio en la política de progresiva extensión de la asistencia sanitaria gratuita o bonificada”*. El paso atrás dado en 2012 genera un problema que debe resolverse.

Considera esta misma sentencia del TC que la exclusión de extranjeros empadronados sin autorización de residencia en España no puede ser calificada de inconstitucional. Según el TC *“el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria será determinado y podrá ser limitado por las normas correspondientes”*, afirmando por otro lado que *“la norma examinada no responde a una opción arbitraria, sino a la preservación de bienes o intereses constitucionalmente protegidos, como el mantenimiento del sistema sanitario público”*. Sin embargo, tal y como se concluyó en un trabajo de CCOO en 2015, el impacto económico de la exclusión de inmigrantes sin permiso de residencia es equivalente al 0,25% del total del gasto sanitario público. *El impacto económico, se decía en este trabajo, es muy reducido pero el impacto negativo en la salud personal, la salud pública, la organización y capacidad de respuesta de los centros sanitarios es muy elevado. No hay justificación alguna, considerando estos factores, para mantener esta exclusión del derecho a la asistencia sanitaria*. No es de extrañar que las comunidades autónomas hayan impulsado programas propios tratando de paliar y corregir esta situación, generándose con ello una dispersión de normas que dificulta la atención integral y su continuidad en el caso de los inmigrantes sin permiso de residencia. Conviene recordar, además, que el Comité Europeo de Derechos Sociales considera que con esta exclusión se vulnera el cumplimiento de la Carta Social Europea.

Por otro, no parece que la exclusión de ciudadanos españoles que contribuyen a la financiación del SNS con el pago de sus impuestos fortalezca la legitimación del mismo. Ciertamente no serán muchas las personas mayores de 26 años que no reúnan ninguna de las condiciones para ser asegurado –según la demanda del Parlamento de Navarra que origina la sentencia del TC, se verían afectados *“los españoles residentes en España de 26 años o mayores de esa edad que no coticen a la Seguridad Social, las personas que viven de sus rentas, los profesionales liberales, los religiosos y los divorciados que no dependan de su cónyuge”*– y además superen el límite de ingresos anuales (100.000 €), pero su mera exclusión marcaba un camino muy diferente al de la plena universalización de la asistencia, basándola en la relación con la actividad económica y no en un derecho vinculado a ciudadanía y residencia, según el caso. La sentencia del TC declara inconstitucional y nulo el inciso *“siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente”* del art.3.3 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, extendiendo con ello la asistencia sanitaria a todas las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español y convirtiendo en papel mojado el 3.2 en el que se definen los supuestos que permiten acceder a la condición de asegurado. La

corrección de un problema formal –el artículo 3.3 “*contiene una patente deslegalización que sacrifica la reserva de ley ex art. 43.2 CE*”– ha alterado significativamente el contenido y la aplicación de la norma.

Garantizar la universalidad en el derecho a la protección a la salud y la asistencia sanitaria es un tema central y no se resuelve ni con declaraciones genéricas ni afirmando que hoy ya hay una mayor cobertura que ayer. Tampoco parece prudente que sea una materia con alteraciones tan significativas y, además, sometida a interpretaciones derivadas de la confusión de normas. Hay que culminar la transformación desde una prestación de la Seguridad Social a un derecho universal garantizado desde el SNS, lo que exige una revisión global del sistema y sus normas. Esto hace más conveniente y oportuna la promoción de una nueva Ley General de Sanidad.

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD Y DESIGUALDADES EN SALUD

Además de la extensión de los servicios del SNS a toda la población, hay que recordar que la segunda característica está relacionada con la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación. Debería recordarse que, además, la ley general de salud pública de 2011 añadía que el objetivo era promover la salud en todas las políticas; es decir, que *las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud*. Antes de llegar, por tanto, a la propia atención sanitaria hay muchas cosas que hacer para mejorar la salud de la población.

Cierto que la esperanza de vida al nacer, uno de los principales indicadores del nivel de salud de una población, es elevada en España. De hecho, es el país europeo con mayor esperanza de vida al nacer y en las comparaciones mundiales sólo está por detrás de Japón. En 2014, la media era de 82,9 años, variando entre hombres (80,1 años) y mujeres (85,7). Y las previsiones demográficas del INE indican que seguirá creciendo en las próximas décadas, de forma que en 2063 se alcanzarían los 91,0 años entre los hombres y los 94,3 años entre las mujeres. Esta creciente longevidad es, sin duda, uno de los principales retos que tiene el SNS por delante, tal y como luego se explica.

La cuestión es que este dato agregado esconde otras realidades que conviene subrayar. Ciertamente que está creciendo la esperanza de vida al nacer, pero ¿cuál es la esperanza de vida en buena salud?, ¿hay diferencias por clases sociales? Responder a estas preguntas es clave para conocer en profundidad los retos a afrontar.

Por ejemplo, respecto a la primera cuestión cabe señalar que los datos de 2014 sobre la esperanza de vida en buena salud –promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud, en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad– indican que tanto para hombres como para mujeres se sitúa en España en los 65,0 años, cifra superada por Suecia, Malta, Chipre e Irlanda. Por otro lado, los datos permiten saber qué porcentaje del total de la esperanza de vida queda comprendido en la buena salud. Como puede apreciarse, hombres y mujeres tienen esperanzas de vida en salud idénticas, pero la

mayor esperanza de vida de estas últimas hace que su porcentaje de esperanza de vida en buena salud sea menor. En concreto, mientras que el 80,8% de la esperanza de vida al nacer de los hombres se produce en buena salud, este porcentaje se reduce al 75,4% en el caso de las mujeres. Un dato que nos llama la atención sobre la salud de las mujeres y sus mayores necesidades de cuidados.

Respecto a las diferencias por clases sociales, cabe preguntarse si hay algún impacto en salud derivado del impacto de la crisis de estos últimos años. Por un lado, el 58,2% del total de las personas desempleadas lleva más de un año buscando empleo sin encontrarlo, según datos de la EPA del segundo trimestre de 2016. Por otro, en este mismo trimestre había 693,6 mil hogares sin ingresos, un 3,8% del total de hogares; unas cifras que casi duplican las observadas en 2007, justo antes del estallido de la crisis. Si se calcula el número de personas que viven en estos hogares sin ingresos, podrá observarse que en el segundo trimestre de 2016 eran 1,34 millones mientras que en 2007 la cifra era de 0,62 millones, menos de la mitad. Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta de Condiciones de Vida, el porcentaje de personas con carencia material severa en España era, en 2015, el 6,4% de la población. Desde el año 2004, el porcentaje más bajo alcanzado fue el 3,5% en 2007 y el más alto el 7,1% en 2014. En otras palabras, la crisis ha generado más desigualdad en el reparto de la riqueza e incrementado el número de personas en situación especialmente vulnerable.

Esto, sin duda, afecta tanto a la esperanza de vida como a la percepción de la propia salud. Por ejemplo, la *Office for National Statistics* publica datos sobre la esperanza de vida al nacer según clases sociales en Inglaterra y Gales que muestran una diferencia de seis años entre la clase superior y la inferior. Esto mismo se aprecia por Eurostat, cuyos datos muestran que hay una diferencia promedio que supera los seis años de esperanza de vida entre el grupo con mayor nivel de educación y el grupo con menor nivel. Sin embargo, no hay datos referidos a España más que en lo relativo a la percepción de la propia salud. El sexo, la clase social, el nivel de estudios y el empleo son factores que, entre otros, influyen en esta percepción.

Desde esta perspectiva, cabe destacar que las mujeres tienen una peor percepción de su salud. En 2014, casi la tercera parte (32,97%) se situaban en una percepción regular, mala o muy mala. Entre los hombres sólo la cuarta parte (24,86%) perciben así su salud. Un dato que contrasta, sin embargo, con la mayor esperanza de vida de ellas pero que es coherente con los datos sobre esperanza de vida en buena salud. Por otro lado, la valoración negativa sobre el estado de salud crece a medida que se desciende en la escala social, de forma que en 2014 –siguiendo la tipología por clases sociales utilizada por el INE– la Clase I (directores y gerentes) tenía un 16,75% de su población con esta valoración mientras que el porcentaje se eleva hasta el 37,43% en la Clase VI (trabajadores no cualificados). También se puede observar que quienes tienen niveles superiores de estudio tienen una valoración muy buena o buena de su estado de salud en un porcentaje que alcanza el 85,65%. Quienes tienen niveles inferiores de estudios sólo alcanzan el 67,66% en esta valoración positiva. Por último, cabe señalar que la población laboral con mayor estabilidad tiene una valoración positiva de su estado de salud que el 84,3% califica de muy bueno o bueno, porcentaje que baja ligeramente hasta el 81,8% entre los temporales y sin contrato, y que se reduce significativamente hasta el 66,7% entre los parados de larga duración que llevan más de dos años buscando empleo.

En otras palabras, hay políticas no sanitarias –como la igualdad de oportunidades, la distribución de la renta a partir de políticas fiscales y sociales, la educación o las relaciones laborales y el empleo– que son determinantes en la mejora de la salud de la población. De ahí la importancia del concepto de salud en todas las políticas, incluido en la ley general de salud pública de 2011.

La propia *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*, aprobada por el Consejo Interterritorial en diciembre de 2013, insiste en factores determinantes de la salud como la actividad física, la alimentación saludable, el consumo de riesgo y nocivo de alcohol, el consumo de tabaco, el bienestar emocional y la seguridad y lesiones no intencionales. Y entre sus líneas estratégicas se propone la potenciación de la salud pública. Pero no parece que la intención esté bien acompañada.

Salvo el gasto excepcional de 2009, derivado de las vacunas compradas ante la gripe A, el gasto en servicios de salud pública ha disminuido entre 2007 y 2014 un 17%, muy por encima de la reducción del gasto sanitario público en ese mismo periodo, situada en un 7%. Sin duda, esto es el efecto de la crisis y los recortes económicos aplicados en los servicios públicos. Pero desde antes de la crisis podía apreciarse que el peso de la salud pública era el menor de todos en la clasificación funcional del gasto. El promedio del gasto en servicios de salud pública respecto al total del gasto sanitario público entre 2002 y 2014 se sitúa en el 1,2%, sin descontar el gasto excepcional de 2009. En el año 2014 se limitaba al 1,1%. Al margen de la insuficiencia de recursos, llama la atención la desaparición de estructuras de salud pública en alguna comunidad autónoma. Así ocurrió en Madrid en 2008, con la desaparición de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación y del Instituto de Salud Pública, disminuyendo la capacidad de los conciertos con las administraciones locales. Por último, conviene recordar que la ley general de salud pública de 2011 está aún por desarrollar.

La atención primaria, una base esencial del SNS, está sufriendo también problemas destacables. Entre 2007 y 2014 ha disminuido un 13% el gasto en servicios primarios de salud y el peso de los mismos sobre el conjunto del gasto sanitario público ha pasado de ser el 15,5% al 14,6%. El problema está en que disminuyen los recursos al tiempo que se incrementa la demanda y la actividad. Según el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), el número de profesionales en medicina de familia, pediatría y enfermería está prácticamente estancado desde 2009, al tiempo que disminuyen los profesionales no sanitarios. El resultado es que había 85.497 profesionales en 2009 y 84.686 en 2015. Pero el SIAP permite observar que entre 2009 y 2014 (último dato disponible) que, aunque hay una ligera disminución de las consultas derivado en gran medida de la extensión de la receta electrónica, se está produciendo un fuerte incremento del número de consultas de personas mayores de 65 años. En las consultas de medicina, un incremento del 21,3%; y en enfermería un incremento del 24,5%. Es decir, consultas con personas que por su vulnerabilidad y pluripatología requieren mayores tiempos de atención.

Por su parte, los servicios hospitalarios y especializados concentran la mayor parte del gasto sanitario público, el 61,4% en 2014, manteniendo una tendencia creciente de su peso relativo a lo largo de la última década. En gran medida, este fenómeno se produce porque en estos años de crisis el recorte en este ámbito ha sido del 3,1% entre 2009 y 2014, el menor conside-

rando la clasificación funcional del gasto. No es, a pesar de ello, un ámbito sanitario exento de problemas. La fuerte pérdida de miles de empleos –entre 2009 y 2013 se perdieron más de diecisiete mil– y el incremento de las horas de trabajo para todos los profesionales conllevó un deterioro de las condiciones de trabajo al tiempo que se incrementaron las listas de espera. Con las reservas obligadas al manejar estas estadísticas, entre 2007 y 2015 las listas de espera quirúrgicas han pasado de tener 9,55 pacientes por mil habitantes a 12,21; el porcentaje de quienes esperan más de seis meses sube desde el 7,36% al 10,6%; y el tiempo medio de espera pasa de 74 a 89 días.

El SNS tiene que afrontar, por tanto, un problema de recursos. Pero sin ninguna duda tiene también problemas de aprovechamiento de los recursos y de reorganización de sus estructuras y sistemas de gestión. Los cambios demográficos y epidemiológicos deben invitar a la reconsideración de la organización interna del propio SNS para afrontar las actuales necesidades de los pacientes. La verticalidad de la organización –hospital, atención primaria; especialidades hospitalarias– tiene que ser complementada con relaciones horizontales permitiendo la generación de una malla de atención que, a su vez, obliga a descentralizar focos de decisión y a conformar equipos multidisciplinares capaces de abordar proyectos compartidos.

Nada de esto será posible si se mantiene el actual vacío de políticas y planes estratégicos encaminados a reorganizar el SNS. El envejecimiento de las plantillas, el rancio corporativismo que se opone a la gestión compartida de algunas competencias profesionales, los sistemas ineficaces de selección del personal que sólo contribuyen a una mayor precariedad en el empleo, los débiles sistemas de reconocimiento profesional incapaces de romper el desánimo colectivo, la opacidad que todavía impide conocer para mejorar amplias zonas de gestión –y la lista puede continuar–, son frenos que sólo pueden levantarse con un potente liderazgo que promueva un proyecto creíble basado en objetivos claros.

COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN

Todo lo anterior no sería posible sin un mayor grado de coordinación y, como bien dice la LGS, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único. Pero, ¿a qué coordinación se refiere la LGS?, ¿qué dispositivo único es el que integraría todos los recursos públicos?

Basta una relectura de la ley para saber que el SNS se concibió basado en un eje autonómico: *el Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados*, se dice en el preámbulo. Y se añade más adelante que *los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado*.

La ley de cohesión y calidad del SNS aprobada en 2003 revisa esta previsión de coordinación de la LGS, llegando a la conclusión de que es necesario buscar un nuevo modelo. Algo lógico si se tiene en cuenta que hasta 2002 no se completaron las transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas. Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud; la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad

del sistema sanitario son las seis áreas destacadas en la ley para la colaboración entre administraciones sanitarias. Y a ellas se añaden los planes integrales de salud y la salud pública.

En este modelo de SNS, es el Consejo Interterritorial *el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado*. Los límites de un sistema de coordinación como éste dificultan en ocasiones la adopción de decisiones o la aplicación efectiva de las mismas, dado que el SNS sólo existe en un entorno de realidad virtual. Superar estas barreras obligaría a considerar la creación de una Agencia del SNS capaz de asumir e impulsar tareas esenciales para el sistema sanitario público.

Además de esta coordinación general entre las administraciones sanitarias, tanto la LGS como la ley de cohesión y calidad señalan aspectos concretos como la salud mental y su relación con los servicios sociales (LGS) y con los servicios de atención especializada (ley de cohesión); la salud pública; o la atención sociosanitaria. De todo ello se desprende la necesidad cada vez mayor de una adecuada coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

En este sentido, puede señalarse el documento *Difusión de la estrategia en salud mental del SNS y formación a los profesionales*, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en 2014, que insiste en garantizar la continuidad de cuidados de las personas que padecen un trastorno mental grave y persistente mediante la provisión de los recursos médico-sanitarios y de apoyo social necesarios y la necesidad de asegurar una buena coordinación de las redes sanitaria y socio-comunitaria. Conviene recordar en este punto que la salud mental es una de las áreas en las que más incidencia tienen los periodos de crisis. Por un lado, los recortes económicos inciden de lleno en servicios que no se caracterizan por nadar en la abundancia. Por otro, porque el incremento de la demanda es un hecho constatado.

Según la Encuesta Europea de Salud para España de 2014, el 16% de la población mayor de 15 años sufre problemas crónicos de depresión, ansiedad u otros problemas mentales. La misma encuesta, realizada en 2009, reflejaba un dato del 13% de la población mayor de 16 años. Es significativo que, teniendo en cuenta la relación con la actividad económica, sólo el 7% de quienes trabajan sufren estos cuadros mientras que la cifra se eleva hasta el 17% en el caso de las personas desempleadas (y en 2009 se situaba en el 13%). Además, los porcentajes son significativamente altos entre quienes están jubilados (25%) y quienes realizan labores del hogar (27%), también con una tendencia creciente comparando 2014 con 2009.

En relación con la salud pública, hay una comisión específica en el seno del Consejo Interterritorial, siendo los acuerdos alcanzados en esta materia los más relevantes cuantitativamente en la actividad del Consejo.

Sin embargo, en estos últimos años ha sido la coordinación sociosanitaria la que ha atraído mayor atención y actividad en la generación de informes y propuestas. En 2011 se elaboró el *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, en 2012 la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de la Salud*, en 2013 la *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS* y, ese mismo año, el Comité Asesor de Sanidad

presentó el informe sobre coordinación y atención sociosanitaria. En 2014 se difundió el borrador de propuesta para una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria, que sólo en 2015 fue presentado a las organizaciones sindicales. Mucho ruido y pocas nueces, porque hasta el momento no hay decisiones que permitan hablar de un proyecto global de coordinación sociosanitaria, por mucho que haya experiencias limitadas en algunos ámbitos.

Debería abordarse, en primer lugar, cuáles son las necesidades: catálogo de servicios, cartera de servicios, intensidad de las prestaciones, rango normativo suficiente, espacio de participación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas. En segundo lugar, cómo se atiende: protocolos de Coordinación entre el SNS y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), protocolos de derivación de beneficiarios, provisión pública/privada, provisión desde SNS o desde SAAD, decidir si debe basarse en la coordinación o en un nuevo sistema. En tercer lugar, su coste: establecimiento de precios de referencia para la cartera de servicios (estudiar efectos derivados de diferentes condiciones laborales de los ámbitos de protección). Y, por último, cómo se financia: marco de financiación pública y copago del beneficiario (armonización SAAD vs SNS).

Por su importancia se incluyó entre las materias que debían ser objeto de negociación en el marco del diálogo social con el MSSSI, aunque cierto es que las autoridades ministeriales decidieron pese a ello actuar de forma unilateral, con gran opacidad y lógica confusión en los resultados, sobre todo en lo referido a la financiación y al control público de los recursos y las prestaciones. Hablar de coordinación sociosanitaria es, para algunos, una vía para asegurar el negocio residencial. No es, desde esta perspectiva, la atención integral y su continuidad la principal preocupación.

Al margen de lo anterior, cabría esperar que hubiera una buena coordinación en los sistemas de información y registro, facilitando con ello no sólo la mejora de la capacidad de atención de los sistemas sanitarios sino también la relación de los pacientes con las administraciones sanitarias. Esto debería traducirse, al menos, en tarjetas sanitarias individuales (TSI) válidas en toda España y en historias clínicas compartidas y accesibles. Se han dado pasos en esta dirección, pero aún insuficientes. Existe un SNS pero si una persona de una comunidad viaja a otra su atención sanitaria puede convertirse en un laberinto. Son millones de personas las que reciben atención sanitaria cada año fuera de su comunidad autónoma de residencia (el 7,3% de la población según el Barómetro Sanitario de 2011) y no deberían tener problemas para identificarse con su TSI, para obtener recetas o para ser atendidos adecuadamente pudiendo acceder a su historia clínica.

Por ejemplo, el Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, establece el formato único y común de tarjeta sanitaria válido para todo el SNS y da un plazo de cinco años para sustituir las tarjetas existentes hasta entonces, pero todo queda condicionado a que las disponibilidades presupuestarias de las diferentes administraciones públicas competentes lo permitan. Esto, en años de crisis, es tanto como firmar compromisos en barras de hielo.

La digitalización de la historia clínica y el acceso a la misma es otro de los asuntos pendientes de resolver de forma definitiva. El artículo 56 de la ley de cohesión y calidad del SNS es claro

a este respecto, pero aún faltan pasos para culminar la tarea. Se ha desarrollado el proyecto Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS) en dos fases, entre 2006 y 2013, pero pocos son los hospitales plenamente digitales a día de hoy aunque sí se ha conseguido una gran extensión en la atención primaria. El informe de situación sobre el proyecto HCDSNS presentado el 1 de diciembre de 2015 permite saber que son 14 los servicios de salud que ya actúan como emisores y receptores de información y que *la cobertura de población con referencias HCDSNS en cifras absolutas es de 25.585.021 ciudadanos, y en relación con la población TSI es del 55,38%*. En definitiva, todavía hay mucho por hacer.

Se recoge también en la LGS la posible integración de todos los recursos sanitarios públicos. En concreto, la ley se refiere por un lado a la integración en los servicios de salud de cada comunidad autónoma de *todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias* y, por otro, a *que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes, Mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, puedan ser objeto de integración en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos*. La primera parte se ha cumplido, pero la segunda nunca se ha llevado a cabo.

En ese marco, por otra parte, cabe preguntarse por el encaje, en el desarrollo de un derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria basado en la ciudadanía, integrando la totalidad de recursos sanitarios públicos, de una situación diferenciada como la que hoy tiene el personal funcionario integrado en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), diferencia basada en sus específicos regímenes especiales de Seguridad Social.

FINANCIACIÓN

Como se dijo al inicio, entre las características del SNS se encuentra que la financiación de las obligaciones derivadas de la LGS se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios. La importancia de la financiación del SNS se deriva del peso del gasto sanitario público respecto al PIB así como del alto porcentaje de gasto que supone para el conjunto de las comunidades autónomas, en cuyo sistema de financiación hay que enmarcarla.

Según los últimos datos publicados del Sistema de Cuentas de Salud (SCS), referidos a 2014, el gasto sanitario público en España era del 6,4% del PIB en 2014, seis décimas menos que en 2009, año en el que se registró el máximo peso relativo de la sanidad pública. De hecho, entre ambos años 2009 y 2014, el recorte en la sanidad pública ha sido de 8.634 millones de euros, afectando negativamente a la capacidad del SNS. En términos de gasto por persona, la reducción del gasto se ha traducido en una caída desde los 1.632 euros de 2009 hasta los 1.437 de 2014, una caída del 12%.

La cuestión es que según los planes presentados por el Gobierno español a la Comisión Europea esta tendencia se mantendrá, a pesar del incremento de la demanda de actividad sanitaria.

Según la *Actualización del Programa de Estabilidad 2016-2019*, la previsión es que la función salud en la estructura del gasto por funciones se reduzca hasta el 5,74% en 2019, desde el máximo del 6,76% registrado diez años antes¹. Esto significa que el sector sanitario público perdería en términos reales cerca del 7% de sus recursos en una década; una década de mayor exigencia derivada de la longevidad de la población. Para hacerse una idea de la diferencia con la media de la Unión Europea puede señalarse que en 2014 el porcentaje sobre el PIB de gasto sanitario público era del 7,2% en la UE mientras que en España era del 6,1%.

Esta disminución del gasto no se está traduciendo, sin embargo, en un mejor ajuste de los presupuestos iniciales destinados a sanidad, contribuyendo, por tanto, a la generación de nuevas bolsas de deuda. Entre 2007 y 2014, por ejemplo, los presupuestos iniciales de las comunidades autónomas para sus servicios sanitarios han estimado el gasto en cuatro mil millones de euros cada año menos de lo realmente gastado. El informe de mayo de 2016 sobre *Plazos de pago a proveedores y deuda comercial de las CC.AA.*, del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, estima que la deuda comercial del sector sanitario se eleva hasta los 6.609 millones de euros.

Parece evidente que la financiación del SNS es uno de los principales problemas a resolver. Ahora bien, las competencias sanitarias están transferidas y su cobertura se enmarca en el sistema de financiación de las comunidades autónomas. Es cada una de ellas la que decide sobre qué porcentaje de su capacidad debe ser destinado a la salud, por lo que la capacidad de incidir en la suficiencia de la financiación sanitaria pasa por acompañar la garantía de suficiencia de recursos a las comunidades autónomas, por la exigencia de asegurar las prestaciones que corresponden a la cartera común de servicios del SNS y hacerlo con garantías de calidad, y por vincular la recepción de los fondos de coordinación al cumplimiento de estas garantías.

El recorte de los recursos disponibles ha servido, además, para que el Gobierno modificara la legislación sobre la cartera de servicios del SNS e introdujera en la misma importantes cambios. En 2012 trocó la misma diferenciando la cartera común básica, la suplementaria y la de servicios accesorios y, con ello, introdujo que tanto la suplementaria (farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos) como la accesoría están sujetas a aportaciones de los usuarios. Además, el Gobierno decidió la exclusión de la financiación pública de más cuatrocientos medicamentos con el objetivo de reducir el gasto farmacéutico. La mayoría de los medicamentos excluidos lo fueron por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.

Esta doble decisión –modificación del copago farmacéutico y exclusión de medicamentos de la financiación pública– ha provocado situaciones que deberían ser corregidas para evitar las situaciones de desprotección y desigualdad producidas.

En relación con el copago farmacéutico, cabe señalar diferentes problemas. El Informe Anual de 2015 de la Oficina del Defensor del Pueblo destaca los siguientes: personas y familias con

¹ Según el SCS en 2009 se alcanzó el 7,0% del PIB, mientras que la Estadística de Gasto Sanitario Público o la información de la IGAE lo reducen al 6,7% en ese mismo año al no incluir los cuidados de larga duración.

muy escasos recursos económicos cuya situación no puede encuadrarse en alguno de los supuestos tasados de exención en el copago farmacéutico y que deben abonar por tanto el 40 % del precio de los medicamentos que necesitan; personas con discapacidad, en grado igual o superior al 33 %, cuyas demás circunstancias personales o de percepción de prestaciones sociales no permite reconocerles la exención en el copago, a pesar de las necesidades adicionales de adquisición de medicamentos a consecuencia precisamente de la discapacidad que padecen; situaciones derivadas del vigente régimen de aseguramiento sanitario que conllevan una aplicación inequitativa del copago farmacéutico –extranjeros sin autorización de residencia; ex cónyuges de pensionistas con edad avanzada; pacientes oncológicos y con otras enfermedades graves que han agotado las ayudas o prestaciones sociales existentes–; y la indeterminación no resuelta sobre la Administración competente para resolver las reclamaciones de los usuarios sobre el tipo de aportación farmacéutica o la solicitud de reconocimiento de la exención. No son problemas menores.

Haber mantenido la diferencia entre activos y pensionistas lleva, por ejemplo, a la paradoja de que una persona beneficiaria de la pensión máxima (2.567,28 € mensuales en 2016) pagará el 10% del precio de los medicamentos recetados en el marco del SNS, con un límite mensual de 18€, mientras que una persona que trabaje cobrando el salario mínimo interprofesional (655,20 € mes en 2016) pagará el 40% de esos mismos medicamentos y sin límite mensual. Por su parte, un pensionista beneficiario de una pensión mínima tiene que aportar el mismo porcentaje que el que percibe la máxima, aunque con diferentes límites mensuales, lo que sumado al efecto de la exclusión de financiación de centenares de fármacos le exige un esfuerzo mucho más intenso. Más lógico hubiera sido establecer una diferencia en la aportación basada exclusivamente en los niveles de renta, estableciendo exenciones, porcentajes de aportación y límites a la misma que evitaran las desigualdades generadas por el actual modelo. Otra opción posible sería la supresión absoluta del copago farmacéutico basando la financiación exclusivamente en los impuestos, tal y como se ha sugerido en diferentes momentos, aunque esta opción sería atípica en el contexto europeo puesto que todos los países de la UE cuentan con algún tipo de aportación del usuario en el gasto en farmacia, al tiempo que generaría otro debate sobre cómo moderar el consumo y el papel de los profesionales como prescriptores.

A su vez, el impacto de la exclusión de medicamentos de la financiación pública (426 presentaciones comerciales) fue un ahorro estimado por la industria farmacéutica en 107 millones de euros en 2012. La experiencia de otros países permite afirmar, sin embargo, que la desfinanciación conlleva procesos de sustitución por otros medicamentos que permanecen financiados y un importante incremento de los precios de aquellos que pasan a ser distribuidos en venta libre.

Así las cosas, no es de extrañar que los pagos directos de los hogares en el gasto en productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos, según el SCS, hayan subido del 28,9% en 2011 hasta el 38,7% en 2014. En otras palabras, se está desplazando el gasto en farmacia hacia el bolsillo de cada paciente, fuera del SNS y, por tanto, fuera de los sistemas de redistribución de la renta que suponen los servicios públicos. Cuando esto sucede, los colectivos más vulnerables son los que sufren mayores problemas de acceso a los tratamientos.

CALIDAD, EVALUACIÓN Y CONTROL

Por último, el SNS tiene entre sus características fundamentales la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. No hay, a día de hoy, una agencia independiente que evalúe la calidad del SNS, aunque sí está disponible el Barómetro Sanitario que anualmente realiza el MSSSI en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, que permite observar la percepción ciudadana sobre la calidad de la atención sanitaria.

Según el último Barómetro publicado, referido a 2015, sólo el 63,7% considera que el sistema sanitario es bueno o muy bueno. Este porcentaje junto con el de 2014 (62,7%) muestra las cifras más bajas desde 1998, y contrasta con el 73,9% observado en 2010, el año en que la evaluación fue más positiva. Además, el porcentaje de quienes creen que el sistema está tan mal que habría que rehacerlo ha pasado de ser el 3,5% en 2010 al 6,2% en 2015. Algo está fallando.

El Plan Nacional de Calidad del SNS de 2010 incluía seis áreas: protección, promoción de la salud y prevención; fomento de la equidad; apoyo a la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud; fomento de la excelencia clínica; utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos; y aumento de la transparencia. Por su parte, la Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003 señala que la infraestructura para la mejora de la calidad del SNS estará constituida por normas de calidad y seguridad; indicadores; guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial; el registro de buenas prácticas; y el registro de acontecimientos adversos. También estaba prevista en la referida ley la creación de la Agencia de Calidad del SNS, pero a día de hoy sus funciones están subsumidas en la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

Lo que puede deducirse de lo anterior es que ni está actualizado el Plan de Calidad ni existe la prevista Agencia de Calidad del SNS. Tampoco hay ninguna agencia de evaluación de las políticas sanitarias que, con independencia y rigor, ayude a adoptar y reorientar decisiones que afecten a los programas de salud. Al menos por el momento sólo puede hablarse de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, integrada en el Instituto de Salud Carlos III.

El SNS tiene por delante un importante reto de mejora de la transparencia y de la participación. Es cierto que se han dado pasos en la elaboración de normas y guías que tratan de mejorar la atención y estandarizar los procedimientos, pero aún está lejos el SNS de poder hablar de un adecuado grado de elaboración y difusión de indicadores que permitan evaluar la calidad de una forma objetiva e independiente y ayuden a mejorar el conocimiento de la población sobre los servicios sanitarios a los que accede.

Se habla en la LGS de control de esta calidad, pero debe reconocerse que esta capacidad no es ajena al desarrollo de criterios de buen gobierno en el SNS. En este sentido, ya en 2014 las organizaciones sindicales proponían revisar, también, los órganos de gobierno del SNS y su capacidad de actuación, desde los niveles más amplios a los más reducidos en atención primaria y especializada. En todos los niveles de gobierno del SNS deberían establecerse normas y códigos de conducta que promuevan la transparencia y la rendición de cuentas y que

regulen los conflictos de intereses, así como sistemas de participación que faciliten la adopción de decisiones. *La transparencia, la participación y la información son elementos clave para el buen funcionamiento del SNS, integrando adecuadamente intereses y preocupaciones del conjunto de la sociedad, los pacientes, los profesionales y las Administraciones responsables de los Servicios de Salud, se decía entonces.*

CONCLUSIÓN

En definitiva, desde cualquiera de las cinco perspectivas abordadas en este texto habría que concluir que una nueva ley general de sanidad, refundiendo y aclarando normas hoy dispersas y a veces contradictorias, es más necesaria que nunca. Una tarea que no debería ser abordada en solitario por un gobierno, sino de manera acordada entre los distintos grupos parlamentarios mediante un pacto sanitario que diera garantías al desarrollo del SNS y a través de un proceso de diálogo social con las organizaciones sindicales y empresariales. ♦