

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2010
JUNIO
8

El Sistema Nacional
de Salud

JOAN CANALLS



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo (www.1mayo.ccoo.es):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL
Carmen Sánchez

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Joan Canalls

En éstos momentos nos encontramos ante un amplio y profundo debate sobre el futuro, viabilidad y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario que lo ha situado en el centro de la escena política con diversos análisis, reflexiones y propuestas de sus problemas y posibles soluciones.

Parece existir consenso en que lo básico es el Sistema Nacional de Salud (SNS) en sí mismo. Estamos ante una oportunidad histórica que hay que apoyar y aprovechar, para que se materialice en avances y garantía de un futuro SNS eficaz, sostenible, equitativo y satisfactorio, tanto para profesionales como para usuarios. Algunas de las propuestas plantean serios problemas de identidad del propio sistema, preguntándose si éste realmente existe o es sólo "un ente virtual".

En esta lógica de un SNS "virtual", su órgano de gobierno estaría predestinado a seguir siendo el escenario privilegiado en el que se escenificaría la confrontación política. Por ello es básico garantizar, por el bien del propio sistema, que desaparecerá en el futuro de las refriegas políticas. Es posible que algunas deficiencias en los aspectos organizativos y de coordinación apoyen este análisis, pero a partir de un debate serio y riguroso hemos de ser capaces de detectar y corregir las ineficiencias, y lograr un SNS más equilibrado, que respete los valores de universalidad, equidad y calidad que lo han caracterizado.

No debe olvidarse que los más interesados en que el sistema sanitario se base en premisas distintas a las actuales, son aquellos que tienen un mayor interés en la virtualidad del sistema, en lograr su inoperancia, para seguir obteniendo beneficios de su ineficiencia.

Es momento de reflexionar con profundidad y rigor. Las amenazas de no hacerlo son muy importantes. Si no somos capaces de cambiar las reglas de juego, seremos incapaces de mantener la legitimidad y la sostenibilidad del SNS.

El problema de la financiación sanitaria ha conseguido colocar los problemas sanitarios en la agenda política con la prioridad que realmente tienen para la sociedad. Este puede ser el momento de buscar soluciones inteligentes a los graves problemas estructurales del sistema, de alcanzar un acuerdo amplio con las fuerzas políticas, con los agentes sociales y con los sectores profesionales, en torno a un nuevo contrato social para un SNS sostenible.

Antecedentes

No es objeto del documento realizar un análisis exhaustivo del proceso histórico de creación en nuestro país del SNS, pero sí que un mínimo conocimiento de dicho proceso es imprescindible para llegar a entender muchas de las situaciones que todavía hoy se producen.

España inició la construcción de un sistema público de aseguramiento sanitario optando por un modelo de seguridad social que iba dirigido a proteger a los trabajadores de bajo nivel económico y a sus familias.

Podemos situar el nacimiento de éste sistema en 1908 al amparo de una institución de la Seguridad Social denominada "Instituto Nacional de Previsión" (INP). Durante éste período se desarrolló una potente red de hospitales, ambulatorios y centros de salud. En los años setenta esta red ya predominaba, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

En 1978 se escinde en tres institutos, el de Seguridad Social (INSS), el de Servicios Sociales (INSERSO) y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que se encargará de la gestión de la asistencia sanitaria. Este modelo tenía carácter mutualista (se financiaba con las cuotas de los trabajadores) y una orientación meramente curativa y reparadora. Es una etapa que se caracteriza por un importante desarrollo hospitalario y tecnológico, sin una definición clara del modelo de financiación, una importante falta de coordinación entre organismos e instituciones y de relación entre actividades asistenciales y preventivas.

Éste modelo de Seguridad Social que se combinaba con asistencia privada y beneficencia pública estuvo vigente hasta la Constitución de 1978. Estos antecedentes hacen que la organización de nuestra sanidad haya sido muy centralizada tanto en la planificación como en la gestión de los recursos, funcionando con un esquema piramidal y fuertemente jerarquizado, de tal manera que hasta las decisiones más pequeñas eran tomadas por los servicios centrales de la organización.

La "reforma sanitaria", se inició con la Constitución Española (CE), que en su artículo 43 garantizaba el derecho, con carácter universal, de los ciudadanos a la protección de la salud, y continuó con la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986.

Las principales características del nuevo modelo eran la universalización de la asistencia, la financiación por impuestos generales (rompiéndose el principio contributivo en el que hasta entonces descansaba todo el sistema), el desarrollo de una red integrada de todos los establecimientos de titularidad pública y la descentralización sanitaria ("el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados").

En los años ochenta se produce una extensión progresiva de cobertura sanitaria a distintos colectivos y sus familiares (autónomos, desempleados, etc.), que culmina en 1989 con la extensión de la acción protectora sanitaria de la seguridad social a personas con escasos recursos económicos, lo que lleva a una cobertura prácticamente universal.

En 1999 se produce un hecho trascendental al ser el primer año en que el total de los fondos destinados a financiar la sanidad se recauda por la vía de los impuestos y se abandona definitivamente las contribuciones al sistema de seguridad social.

Junto con los cambios anteriores se implementa, en la primera mitad de los años ochenta, un proceso de reforma profunda de la Atención Primaria (AP) (que se va extendiendo paulatinamente, aunque a distintos ritmos y en algún caso todavía no completada, a toda la población) y pasa a convertirse en el eje sobre el que va a pivotar todo el sistema, al ser puerta de entrada y elemento coordinador del sistema.

La creación del SNS es la principal innovación de la LGS, pero el hecho de que dicho modelo tuviera que construirse al mismo tiempo que lo hacía el del estado de las autonomías, no pudo menos que afectar a su configuración con el resultado de una obligada construcción progresiva. Una vez asumidas las competencias en materia de asistencia sanitaria por todas las Comunidades Autónomas (CCAA) en diciembre de 2001, puede afirmarse que el SNS está ya completamente descentralizado.

Sin embargo el paso de un sistema de seguridad social de base contributiva (cuotas sociales) tipo Bismark, que posteriormente se fue ampliando con coberturas universales, hacia otro con financiación de carácter impositivo (presupuestos generales del Estado) tipo Beveridge, (ver Tabla 1) llevó en realidad a un modelo "mixto" tanto en la financiación como en la provisión de servicios y coberturas y por ello todavía actualmente persisten importantes interrelaciones entre la Seguridad Social (SS) y el SNS.

El mantenimiento del concepto de "asistencia sanitaria de la seguridad social" (ASSS) sólo puede entenderse por la presencia de dos causas fundamentales: el miedo al riesgo de romper con un sistema bien establecido como el de la SS, muy útil para extender la protección a la mayoría de los ciudadanos, y la desideologización de buena parte del área económica de los gobiernos socialistas de los años ochenta, cuando había que haber impulsado la LGS y cumplido lo dispuesto en ella (desde el abordaje de la salud laboral, hasta la integración de los diferentes sistemas de cobertura con financiación pública), que supieron imponer el mantenimiento de un modelo dual de corte corporativo, caracterizado por un sistema con un conjunto de beneficios y prestaciones comunes para la gran mayoría de la población, y otros diferenciados para algunas profesiones liberales, los funcionarios civiles del Estado o los de la Administración de Justicia.

De esta forma, se mantenía un sistema sanitario privado como referente para las clases medias, y se abría la espita de consagrar un sistema público de gran competencia técnica, pero anclado en el pasado y que tiene el grave riesgo de ir perdiendo, progresivamente, su atractivo para los ciudadanos con mayor capacidad de exigencia en el reconocimiento de sus derechos.

Por otro lado, en los años noventa se produce una "contrarreforma" en el campo de la AP (lo que algunos llamaron "la rip de la RAP") al ir perdiendo ésta de manera paulatina y preocupante peso económico a favor de la atención especializada, a la vez que aumentaba la presión asistencial sobre los equipos en la medida en que se le asignaban nuevos programas y tareas, sin aumentar de forma paralela la dotación presupuestaria.

Pese a todo, las medidas anteriormente descritas permitieron crear una organización que consiguió asegurar una cobertura casi universal de los servicios, con unas prestaciones de alta calidad, formando profesionales de muy elevada cualificación y soportando unos costes de producción aceptables (sobre todo si se comparan con otros países desarrollados), convirtiendo al SNS Español en uno de los más eficientes de entre los países industrializados con un gasto, en 1996, de un 7'6 del PIB en salud, frente al 9'6% de Francia, al 10'5% de Alemania o al 14'2% de EEUU, con indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad peri-natal, y mortalidad materna) similares e incluso mejores en varios casos.

Características Principales

Entre las principales características de nuestro SNS, contempladas en las diversas normativas (CE, LGS, Ley de Cohesión y Calidad (LCCSNS)...) destacaremos:

- Financiación pública mediante impuestos. El sistema sanitario público se financia, en su mayor parte, a través de los ingresos del Estado a partir de la modificación del sistema de financiación de la asistencia sanitaria, introducida en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, lo que queda definitivamente reconocido como principio general en la LCCSNS (lo que asegura el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud).

- Universalización de los servicios sanitarios. El artículo 3.2 de la LGS establece que "la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española", y el artículo 2 de la LCCSNS recoge como principio inspirador del sistema sanitario público "el aseguramiento universal y público por parte del Estado". Por tanto, se consagra la universalización de los servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, con independencia de las circunstancias personales o sociales. Es evidente que más de 20 años después la utilización de los servicios públicos es de facto universal, pero no se ha culminado la universalización al persistir el aseguramiento múltiple, con prestaciones diferentes para colectivos concretos de ciudadanos.

La coexistencia de diferentes sistemas de protección de acuerdo con la actividad laboral (determinados funcionarios) o la empresa donde se desarrolla (empresas colaboradoras) es una peculiaridad del sistema sanitario español, más que por su existencia, por su persistencia, en un sistema tipo SNS. Nos encontramos ante un modelo de atención pretendidamente universal en su origen, que con el paso de los años ha perdido, en la práctica, gran parte de su "universalidad".

Distintos grupos, en general con un nivel cultural, educativo, adquisitivo y de influencia superior a la media, han podido "escapar" del sistema. De seguir así, habrá que empezar a dar por buena la idea, de que el SNS debe destinarse a quienes, necesítandolo, no pueden sufragar la asistencia por sí mismos o no pertenezcan a un colectivo "especial" de empleados públicos o no trabajen en una empresa "colaboradora" o algún colectivo protegido por

un "especial" convenio o no trabajen en una empresa que les financie un seguro, etc., en un intento de sustituir el principio de universalización por su sucedáneo de "beneficencia ampliada".

Esta fragmentación no puede ser más contradictoria con la reforma pretendida por la LGS, y más coherente con el diseño organizativo anterior. Por ello, y ya en pleno 2009, el SNS sigue sin ser el sistema sanitario de todos, aunque todos contribuyamos a financiarlo. En éste contexto la universalización es entendida como la obligación del SNS de atender a todos aquellos ciudadanos que solicitan sus servicios, con independencia de que formalmente tengan reconocido el derecho (la ASSS da cobertura a poco más de un 95% de los ciudadanos). De hecho el SNS como nueva forma de organizar la protección de la salud no ha sustituido a la Seguridad Social, sino que se han superpuesto, creándose un sistema de gran complejidad que persiste, sin grandes contradicciones aparentes, debido a la extensión de la ASSS.

- Prestaciones sanitarias. La LCCSNS va a regular las prestaciones sanitarias apoyándose principalmente en el Catálogo de Prestaciones del SNS (conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, y de promoción de la salud, dirigidos a los ciudadanos que garanticen las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención) y en la Cartera de Servicios del SNS (conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que hacen efectivas las prestaciones antes descritas). Estas prestaciones se realizan bajo una serie de premisas:

- ✓ Equidad. El artículo 3.2 de la LGS establece que "el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva". En el mismo sentido, el artículo 2 de la LCCSNS establece "la prestación de los servicios a los usuarios del SNS en condiciones de igualdad efectiva y de calidad". El RD por el cual se establece la cartera de servicios básicos y comunes del SNS especifica la "cartera básica". Para proteger la igualdad efectiva entre los habitantes del territorio nacional, recoge que "los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde le pueda ser facilitado". También se refiere a los servicios complementarios sufragados por las CCAA, que éstas podrán incorporar a sus carteras de servicios y para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.
- ✓ Garantías legales:
 - Movilidad: El acceso a las prestaciones sanitarias se garantiza con independencia del lugar del territorio nacional. Asimismo, se garantiza a todos los usuarios el acceso a aquellos servicios que sean considerados como servicios de referencia.
 - Accesibilidad: Todos los usuarios del SNS tienen acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en la Ley en condiciones de igualdad efectiva

- Tiempo: Las CCAA tienen que definir los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios. Se exceptúan de esta garantía las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos (cuya realización depende de la disponibilidad de órganos), así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe.
 - Información: Los servicios de salud informarán a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del SNS, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en las correspondientes normas autonómicas.
 - Seguridad: Esta garantía se articula de manera diferente según se trate, de la aplicación de técnicas, tecnologías o procedimientos sanitarios, o bien de la apertura y puesta en funcionamiento de nuevos centros, servicios y establecimientos. Cuando se trate de técnicas, tecnologías o procedimientos para cuya correcta utilización sea conveniente concentrar los casos a tratar, se designarán servicios de referencia. En cambio, las garantías mínimas de seguridad y calidad que se deben exigir para la regulación y autorización por parte de las CCAA de la apertura y puesta en funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se determinan, con carácter básico, en el RD 1030/2006 de 15 de septiembre.
 - Calidad: Las CCAA deben garantizar la calidad de las prestaciones. Igualmente, deben adecuar su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión médica y han de abordar actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad.
- ✓ Gratuidad en el momento del uso: Es uno de los aspectos más importantes y fundamentales de nuestro SNS como integrante básico del estado del bienestar, amenazado últimamente por algunas voces que promueven el introducir "copagos" en la utilización de los servicios, lo que iría en detrimento de aquellos ciudadanos más enfermos y con menos recursos, y argumentando que ya existen prestaciones para las cuales los usuarios deben realizar aportación económica (como por ejemplo los fármacos o los productos ortoprotésicos).

La última modificación de la Cartera de servicios del SNS quedó recogida en el RD 1030/2006 de 15 de septiembre cuyos objetivos son establecer los servicios básicos y comunes, necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del SNS (incluye prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario) y fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del SNS. El RD también determina que el acceso a las prestaciones sanitarias del SNS se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del sistema.

Las CCAA podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la Cartera de servicios comunes del SNS, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. En todo caso, los servicios complementarios no quedan incluidos en la financiación general de las prestaciones del sistema.

- Atención integral a la salud. Comprende tanto la promoción de la salud como la prevención de enfermedades, la asistencia sanitaria y la rehabilitación.

- Descentralización de las competencias sanitarias a las CCAA (se desarrolla de forma específica en otro capítulo de ésta misma publicación).

- Garantía de coordinación y, en su caso, de integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único, para asegurar un sistema coherente, armónico y eficaz, sistema que, a su vez, se refuerza con la coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud (art. 2 de la LCCSNS).

Situación Actual

Partiendo de la base de que no existe sistema sanitario perfecto y que casi todos se encuentran en un proceso crónico de reforma, no es menos cierto que en diversos análisis comparativos, y en especial en aquellos que emiten organismos de prestigio como la OMS o la OCDE, España sale bastante bien parada al conseguir buenos indicadores de salud con un gasto razonable. En el año 2000 la OMS elaboró un ranking mundial en el que España quedaba en el séptimo puesto de los 191 países del mundo.

Según datos del último Atlas Europeo de Mortalidad, nuestro país ocupa uno de los niveles más altos en cuanto a salud y longevidad de la población y los datos del último barómetro sanitario muestran que 7 de cada 10 ciudadanos consideran que el sistema funciona bien o bastante bien, aunque un 48'9% de encuestados opina que se precisan cambios (ver Tabla 2). Sin embargo, y pese a lo expuesto anteriormente, no es menos cierto que nuestro SNS presenta diversos problemas, algunos de ellos comunes a la mayoría de sistemas sanitarios en países desarrollados (crecimiento del gasto sanitario, adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica, desafíos de las nuevas tecnologías, expectativas crecientes de la población, etc.) y otros específicos del sistema sanitario español, resultado tanto de una progresiva configuración a lo largo de años, como de una ausencia de auténticas reformas estructurales, que ofrecen unas características sin comparación posible con otros sistemas sanitarios europeos de provisión pública. Podríamos concluir que en la actualidad los problemas estructurales más importantes de nuestro sistema como tal son:

- Insatisfacción (relativa) de la población. Si bien los datos del barómetro sanitario 2008 evidencian un importante grado de satisfacción con el sistema, no es menos cierto que se detectan en éste campo importantes oportunidades de mejora. La evidencia de éstas mejoras a introducir en

relación con la satisfacción de los usuarios con los servicios del sistema es quizás el dato más importante, ya que resume y es consecuencia de casi todos los demás problemas, y da lugar a que los ciudadanos que pueden hacerlo, como los funcionarios y otras "élites" del mundo laboral, elijan otras alternativas asistenciales bajo cobertura pública. Sirva de ejemplo el dato de que más del 85% de los funcionarios de MUFACE y MUGEJU eligen ser atendidos fuera del sistema sanitario público.

- Listas de espera. Lo primero a tener en cuenta es que la lista de espera, en un sistema público de cobertura universal y prestaciones amplias como es el nuestro, sirve de mecanismo de ajuste entre la demanda de servicios sanitarios y la oferta necesariamente limitada y menos flexible. Lo inaceptable es cuando las esperas son muy prolongadas y se convierten en un mecanismo disuasorio y discriminatorio ya que la capacidad de superarlas se sitúa en la capacidad económica de las personas.

En España la información sobre listas de espera sufre un secuestro por parte de las Administraciones Sanitarias. Existe una información del Ministerio de Sanidad (MS) sobre listas de espera quirúrgica, que al aparecer agregada para todo el país (con excepción de Madrid que no está incluida por su descarada manipulación a la hora de contabilizarlas) no permite conocer las desigualdades que se producen entre las CCAA, si bien la percepción que hay sobre las mismas es que son claramente excesivas.

Sus causas son múltiples e interrelacionadas: número de camas insuficientes, mal aprovechamiento de los recursos públicos (infrautilizados durante horas), escasez de algunos especialistas, protocolos inadecuados de derivación, elevada presión asistencial de los médicos de AP que hacen que muchos problemas que podrían resolverse a este nivel acaben en el especialista, sobreutilización tecnológica, intereses "ocultos" de algunos profesionales (consulta privada junto a la actividad pública, posibilidad de "peonadas"...), mentalidad de consumismo sanitario de una parte de la población, etc. En todo caso se trata de un serio problema que frecuentemente se utiliza para deslegitimar al sistema sanitario público y que en ocasiones es la excusa para derivar a usuarios al sector privado.

- Problemas en los sistemas de información.
- La finalización de las transferencias ha hecho que prácticamente desaparezca la información detallada y homologable en el conjunto del SNS, y aunque el MS ha hecho algún esfuerzo al respecto, los resultados son muy parcos y en algún caso, como el de las listas de espera antes comentadas, los datos no aparecen desagregados por CCAA, lo que les resta una parte importante de su interés. No parece lógico que se hurten a la población y a los investigadores datos fundamentales del funcionamiento del SNS, y hay que ser conscientes de que esta ausencia obstaculiza de manera importante cualquier intento racional de planificación.
- La TIS todavía no ha sustituido definitivamente a la cartilla de la SS. Sigue sin tener un código común para todos los servicios de salud que integran el SNS y sigue sin incorporar de forma completa la

información de los mutualismos administrativos ni de la SS. Por otro lado el INSS emite la tarjeta sanitaria europea, dándose la paradoja de que a usuarios poseedores de la TIS, en ocasiones, se les puede negar dicha tarjeta.

- Inadecuado marco organizativo y de gestión. Problema fundamental de la sanidad española que proviene de las viejas estructuras de organización y gestión heredadas y no reformadas, donde las instituciones del SNS son parte muy poco diferenciada de la Administración Pública general. Ésta no es la ubicación más adecuada para una actividad tan compleja y específica como son los servicios sanitarios modernos.

Son necesarias reformas tanto en el marco jurídico como en la organización y gestión del SNS. Por otro lado los gerentes, en general, tienen una alta dependencia jerárquica, ya que no tienen que responder ante órganos colegiados de gobierno, como ocurre en otros países de nuestro entorno, y si ante el político que los nombro, lo que introduce un sesgo ideológico claro en la manera de hacer su trabajo, sin que este guarde relación, necesariamente, con las necesidades de salud. Es imprescindible pactar una manera única de hacer política sanitaria sin que cambie al hacerlo los gobiernos.

- Financiación. El sistema sanitario esta subfinanciado crónicamente, pero además a partir de las transferencias han sido las CCAA las que han tomado las decisiones sobre los presupuestos que se dedicaban a la sanidad, de manera que se ha abierto una gran brecha entre ellas. Estas diferencias tan acusadas de financiación favorecen también la existencia de diferencias cada vez mayores en dotación de recursos, humanos y materiales, lo que a la postre produce distorsiones en el funcionamiento del sistema y rompe con la equidad y la accesibilidad del mismo. Mención aparte merece el carácter no finalista del modelo de financiación, que permite que incluso aportaciones extraordinarias, como las resultantes de la última conferencia de presidentes, puedan ir destinadas a fines distintos a los sanitarios.

- Ofensiva privatizadora. Busca el fomento de los intereses económicos privados por delante del derecho a la salud de los ciudadanos. Los denominados "nuevos modelos de gestión" han proliferado en casi todas las CCAA utilizando además fórmulas diferenciadas que impiden una evaluación seria que, por otro lado, se ha evitado sistemáticamente por parte de los responsables de las administraciones sanitarias. Así, en éste momento, tenemos en España, fundaciones sanitarias, empresas públicas, concesiones administrativas, iniciativas de financiación privada, consorcios, y entidades de base asociativa. Y como era de esperar han avanzado especialmente en CCAA con gobiernos neoliberales al frente (PP y CiU en su momento) como Madrid (nuevos hospitales) o Valencia (Alzira, Denia, Torrevejeja, etc.), que se extiende también a la Atención Primaria (EBAs en Cataluña, Valencia incluyéndola en las concesiones hospitalarias, proyecto de área única en Madrid, etc). Y todo ello sin que se haya demostrado en ningún momento que mejoren la atención sanitaria y en algún caso, incluso que suponen un empeoramiento.

Una última reflexión en éste apartado de la privatización hace referencia a la existencia de una verdadera y encubierta privatización representada por las exenciones fiscales a gran parte de los seguros privados, y por los privilegios de que disfrutaban determinados colectivos.

- Políticas de salud poco desarrolladas. La "salud" aparece en todos los discursos, pero está cada vez más lejos cuanto más nos acercamos a la realidad de los dispositivos y servicios enfocados a atender las demandas asistenciales de la población, e incluso en más de una ocasión las fomenta de una manera poco responsable (un buen ejemplo es la vacunación contra el virus del papiloma humano).

La vigilancia epidemiológica esta también infradotada y las políticas activas de salud son poco relevantes y a veces dirigidas más hacia actividades con impacto mediático, que a actuaciones con capacidad real de producir transformaciones (por ej. los planes aprobados por el Ministerio para temas/patologías como obesidad, cardiovasculares, etc. de resultados inciertos más allá de los titulares televisivos y con poca o ninguna presencia en la práctica de los centros sanitarios).

- Falta de cohesión. Consideramos éste aspecto trascendental para que el sistema cumpla con la función básica de ofrecer sus prestaciones a todos los ciudadanos en condiciones de equidad, solidaridad, nivel razonablemente alto de calidad y eficiencia, y a un coste aceptable. Entre los 17 servicios de salud existentes se observan muchas más diferencias de lo que justificaría la situación de salud de la población. Y ello tanto a nivel organizativo, como de prestaciones y de sistemas de información.

Éste problema es tan importante que consideramos merece un tratamiento diferenciado, motivo por el cuál le hemos dedicado íntegramente un capítulo a su desarrollo. En cualquier caso es imprescindible que el sistema sustente su actuación futura sobre la necesaria mejora de tres elementos claves, la coordinación general sanitaria, la cooperación institucional, y la potenciación del papel del Consejo Interterritorial del SNS como órgano de dirección/coordinación que no ha querido o podido cumplir con la función de coordinación y gobierno del sistema sanitario.

- Falta de desarrollo de la salud pública. La LGS planteaba como una de sus grandes ambiciones el abordaje integral de la protección de la salud, y para ello el papel de la salud pública es fundamental. La creación de los servicios de salud y la unificación en los mismos órganos de las competencias en salud pública y atención sanitaria es uno de los grandes logros de la LGS. La situación actual, sin embargo, sigue en la práctica muy lejana de lo que sus redactores consideraban como una práctica integral. La disociación entre servicios asistenciales y de salud pública sigue siendo una realidad en la mayoría de las CCAA. Sigue preponderando la actividad asistencial y la salud pública ha quedado, en general, relegada a una práctica que vive en su propia "burbuja".

- Receptor de la mayoría de riesgos. El SNS se responsabiliza, como heredero del Régimen General, de la cobertura del riesgo en relación con la salud en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad

y subsidiariamente en cualquier caso, siempre que no exista un tercero responsable del pago del coste asociado.

Además, y como consecuencia del derecho a la protección de la salud establecido en la CE, debe también responsabilizarse de todas aquellas situaciones que por Ley no tengan una protección específica y asume el riesgo pleno de todos aquellos colectivos que no tienen acceso a la protección por accidente laboral o enfermedad profesional (autónomos, empleadas de hogar...) o cuando no se determina una relación causal de origen profesional.

El SNS, en consecuencia, se constituye en el responsable único de la cobertura de riesgos concretos para la mayoría de los ciudadanos, pero también en el recogedor de todos aquellos riesgos considerados como "malos", o de todos aquellos donde la relación "causa-efecto" es discutible y existe doble cobertura. Frente a lo previsto en la LGS de un SNS como un sistema universal, con una atención integral a la salud, y sin posibilidad de selección en la cobertura del riesgo, la realidad sigue siendo un sistema fragmentado, mayoritario para muchos y que recoge como "camión escoba" los malos riesgos de pocos.

- Otros. No entramos a analizar en éste punto otros aspectos como la política farmacéutica, el infradesarrollo de la AP, las políticas profesionales y el liderazgo profesional, o los mecanismos de participación de usuarios y profesionales, dado que se desarrollan de forma más concreta en otros capítulos de ésta misma publicación.

Ideas Básicas

1.- El sistema sanitario público es uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar y la defensa de su mantenimiento es primordial para su supervivencia. Para ello es imprescindible articular un amplio movimiento social y profesional que detenga la tremenda ofensiva de desmantelamiento de los servicios públicos que se está viviendo en nuestro país.

2.- La equidad, e igualdad en la cobertura debe ser un objetivo estratégico de cualquier SNS. La supuesta universalización de la asistencia sanitaria en nuestro país no se ha completado al existir, todavía, aseguramiento múltiple con financiación pública y prestaciones diferentes para colectivos concretos. El permitir éstas dualidades compromete seriamente la equidad, la eficiencia y la calidad en la prestación sanitaria pública, a la vez que genera una disminución de la presión social y política para mantener un servicio de calidad de determinados grupos sociales, que por su poder económico salen del sistema. Quien no tenga capacidad de contratación, se quedará dentro, y un servicio para pobres, se convierte en un pobre servicio.

3.- En lo relativo a los modelos de gestión sanitaria que han proliferado en distintas CCAA, es llamativa tanto la ausencia de información contrastada como la carencia de evaluación de los mismos en los que, naturalmente, incide la gran disparidad de modelos existentes y la falta de interés en publicar resultados que podrían evidenciar que "para éste camino no hacían falta alforjas".

4.- Uno de los cambios importantes que promovía la LGS era la integración de la actividad asistencial con las actividades preventivas y de salud pública. Lamentablemente la salud pública se encuentra, en la actualidad, en una cómoda posición preventivista y no en la activa, que debería tener, de elemento de soporte de conocimiento para la definición y ejecución de políticas públicas en relación con la protección de la salud.

Recomendaciones

1.- La universalización real de la atención sanitaria pública en nuestro país es factible y necesaria. El SNS debe ser el garante de la cobertura sanitaria común para todos los ciudadanos, desligando el derecho a la prestación sanitaria, prestación no contributiva, de las prestaciones contributivas de la SS, facilitando su ejercicio como prestación individual a la que se accede por el simple hecho ser ciudadano. Este derecho, a su vez, debe poder ser ejercido en condiciones de igualdad, lo que convierte al aseguramiento único en el gran reto de la universalización. La masiva utilización de los servicios públicos es la mejor defensa para su permanencia a largo plazo, reto político que no muchos gobiernos están dispuestos a aceptar.

2.- Las Administraciones implicadas (tanto gobierno central como CCAA) deben potenciar el carácter público del SNS, deteniendo las privatizaciones, potenciando el sistema público en las nuevas infraestructuras y reintegrando a la red pública todos aquellos centros privatizados o con sistemas de gestión privada.

TABLAS

TABLA 1. Modelos de Sistemas Sanitarios en la Unión Europea.

SISTEMA	MODELO BISMARCK	MODELO BEVERIDGE
<i>Tipo</i>	Seguridad Social	Sistema Nacional de Salud
<i>Origen</i>	Alemania (1883)	Informe Beveridge (1942)
<i>Concepto</i>	Necesidad de cubrir riesgo de enfermedad de trabajadores	Reconocimiento del derecho de ciudadanía a la protección de la salud
<i>Financiación</i>	Cotizaciones sociales	Impuestos
<i>Cobertura</i>	Trabajadores (+/- beneficiarios)	Universal
<i>Prestación servicios</i>	Público y privado	Público
<i>Propiedad medios de producción</i>	Pública y privada	Pública
<i>Países</i>	Alemania, Francia, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Austria, Turquía.	Reino Unido, Noruega, Finlandia, Suecia, Dinamarca, Italia, España, Grecia.

Fuente. Elaboración propia

TABLA 2. Opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Sanitario español.

CCAA	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales.	El sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo.	N.S	N.C	(N)
Andalucía	15,7	55,8	24,5	3,6	0,3	0,1	(1246)
Aragón	24,4	48,8	23,3	2,9	0,4	0,4	(211)
Asturias	48,0	35,0	12,9	4,0	0,0	0,0	(184)
Baleares	25,6	53,7	16,7	3,1	0,4	0,4	(126)
Canarias	10,4	34,3	42,7	12,6	0,0	0,0	(264)
Cantabria	18,4	48,3	24,1	6,7	1,9	0,5	(94)
Castilla-La Mancha	16,3	52,8	26,3	3,9	0,3	0,3	(307)
Castilla y León	21,9	52,4	20,1	4,0	1,4	0,2	(422)
Cataluña	16,9	45,0	32,0	5,7	0,5	0,0	(1155)
Comunidad Valenciana	18,8	47,6	28,4	4,6	0,5	0,0	(774)
Extremadura	17,3	42,4	35,3	4,3	0,8	0,0	(173)
Galicia	17,9	53,7	23,7	4,2	0,5	0,0	(464)
Madrid	18,1	48,3	26,2	5,7	0,7	1,0	(969)
Murcia	13,8	46,3	26,8	11,5	1,5	0,0	(212)
Navarra	39,4	42,8	15,8	1,9	0,0	0,0	(97)
País Vasco	29,5	50,3	16,7	1,4	1,9	0,3	(355)
La Rioja	20,8	53,0	23,7	2,0	0,5	0,0	(50)
Ceuta	14,9	39,3	34,4	8,0	2,0	1,5	(11)
Melilla	17,9	45,8	30,8	5,5	0,0	0,0	(10)
TOTAL	<i>19,2</i>	<i>48,9</i>	<i>26,2</i>	<i>4,9</i>	<i>0,6</i>	<i>0,2</i>	<i>(7125)</i>

Fuente. Barómetro sanitario 2008.MSC

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Oficial del Estado. Constitución Española (BOE 29/12/1978).
- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/86 de 25 de abril General de Sanidad (BOE 26-4-1986).
- Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 29-5-2003).
- Rodríguez Gómez M J., "Situación en España" Rev. Adm. Sanit. 2008; 6(3): 465-72.
- Salcedo Mata J.A., "Reorientación de la Actividad Sanitaria". En, "Los profesionales de salud en España". Madrid. Fundación Sindical de Estudios. Ediciones GPS. 2008.
- Álvarez González E.M., "El Sistema Nacional de Salud como sistema: realidad y carencias" Der. y Salud, 2007;15:1-28.
- Repullo Labrador J.R., Oteo Ochoa L.A., "Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible" Editorial Ariel. Barcelona. 2005.
- González López-Valcárcel B., "Descentralización y reformas sanitarias en España" (2004). Guión de la presentación en el Seminario del Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.2004. (Disponible en www.ief.es/investigacion/Recursos/Seminarios/EconomiaPublica/2004_07octubre.pdf)
- Canals J, Duque A, González R, López M, Martinena E, Navarro C, Pérez M, Prados M.A., "La Atención Primaria de Salud en España: análisis de la situación actual y propuestas de futuro". Federación de Sanidad de CCOO. Madrid. 2002.
- Sevilla Pérez F., "La ley general de Sanidad: el impulso necesario" Rev. Adm. Sanit. 2007; 5(3):407-25.
- Sánchez Bayle M., "Reflexiones sobre el sistema sanitario en España". Fundación Primero de Mayo. Informe 05, Abril 2009. (Disponible en www.1mayo.ccoo.es).
- Abásolo Alessón I, Pinilla Domínguez J, Negrín Hernández M.A, Aguiar Ibáñez R, García Pérez L., "Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autónomas en España: un análisis multinivel" Documentos de Trabajo FUNCAS, Nº. 418, 2008.
- Barómetro sanitario 2008. MSC. (Disponible en www.msc.es).
- Elola Somoza J., "Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo?" Rev. Adm. Sanit. 2004; 2 (3): 375-86.
- Sevilla Pérez F, Iñesta García A, Moracho del Río O, Monteagudo Peña J.L., "Sistema sanitario público español: retos para el futuro". En "La sanidad pública en España: Reflexiones". Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2006.

- Repullo J.R., "La construcción de un sistema universal de salud en la perspectiva del federalismo en salud". *Salud Pública Méx*, 2007; 49:341-44.
- Asociación de Economía de la Salud. "Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad". Barcelona. 2008. (Disponible en www.saludinnova.com/communities/economia/docs/download/Sintesis%20AES%20Pacto%20por%20la%20Sanidad.pdf)
- Jiménez Palacios A., "La cohesión del Sistema Nacional de Salud: situación actual y expectativas" *Rev. Adm. Sanit.* 2007; 5(3):439-49.
- Fundación Alternativas. "Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos". Debate de expertos. Seminarios y jornadas 54/2008. Madrid. 2008.
- Julios Reyes M.M, "Propuestas para un pacto social por la sanidad en España: financiación y algo más" *Rev Adm Sanit.* 2005; 3(4):549-51.

- Repullo J.R, Freire J.M, "Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización" *Gac Sanit.* 2008; 22(supl 1):118-25.

- Quintana Pantaleón R., "Situación y perspectivas de la coordinación del Sistema Nacional de Salud (Cantabria)" *Rev. Adm. Sanit.* 2006; 4(1):101-3.

- Simó Miñana J., "El «techo de cristal» de la atención primaria española" *Aten Primaria.*2009; 41(10):572-7.

- Severiano Peña S., "El Sistema Nacional de Salud en el centro del debate" *Rev. Adm. Sanit.* 2004; 2(4): 531-3.

- Sánchez Bayle M., "Comparecencia del portavoz de la FADSP en la subcomisión para el Pacto de Estado en Sanidad: La cohesión en el Sistema Nacional de Salud". (Disponible en www.ribas-salud.org)

- Sevilla Pérez F., "Situación y perspectivas de la coordinación del sistema nacional de salud" *Rev. Adm. Sanit.* 2006; 4(1): 95-100.

- Freire JM., "El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones" (Disponible en www.ugt.es/claridad/numero7/freire.pdf).

- Sevilla F, "La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social" Documento de trabajo 86/2006. Fundación Alternativas. Madrid. 2006.