



LOS RETOS DE LAS REFORMAS SANITARIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Manuel Freire
Escuela Nacional de Sanidad

Resumen

Este trabajo analiza las reformas que precisa el Sistema Nacional de Salud (SNS), las perspectivas desde las que abordarlas, y sus retos. Para ello, en primer lugar, toma como punto de partida y referentes normativos los valores de la sanidad pública y los principios de buen gobierno de lo público; sus referentes empíricos son las características positivas de los sistemas sanitarios similares al español. A continuación, revisa los logros, características y problemas del SNS, agrupando estos últimos en problemas comunes a todos los sistemas de salud, y problemas específicos de la sanidad española. Para estos se propugnan dos bloques de reformas, de un lado reformas estructurales del sistema (ciudadanía sanitaria, financiación, sostenibilidad, política de personal y gobierno sistémico del SNS), del otro, reformas para el buen gobierno y gestión de los Servicios de Salud de las CCAA y sus centros sanitarios. Finalmente se concluye vinculando los retos de las reformas del SNS a la calidad de las instituciones y de la democracia en España, y se destaca como problema la baja prioridad que tiene el SNS en la agenda política española.

Abstract

This paper is about the reforms needed by the Spanish National Health System (SNHS), the perspectives from which to address them, and their challenges. For this, two normative and one empirical referents are taken as the starting points. The normative ones are the values of a public health service, and the principles of good governance of the public sector; the empirical ones are the positive characteristics of other countries' health systems similar to the SNHS. Then, the achievements, characteristics and problems of the SNHS are reviewed, grouping problems into those common to all health systems and the ones specific of the SNHS. Reforms addressing the latter are presented in two groups: reforms deemed structural (true universal coverage, financing, sustainability, personnel policy and the systemic governance of SNHS), and reforms related to the good governance and management of the Autonomous Communities (Regions) Health Services and their health institutions. Finally, we conclude linking the challenges of reforming the SNHS to the quality of institutions and democracy in Spain; and identifying the relative low priority of the SNHS in the Spanish political agenda as one of its more conspicuous problems.

1. Introducción

El título original de este texto iba a ser «El reto de 'la reforma' sanitaria»; pero en sanidad no es pensable *una* reforma que sea *la* reforma, como confiesa el famoso primer párrafo del Preámbulo de la Ley General de Sanidad¹ (LGS 1986):

«De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad».

La razón de una larga historia de frustraciones de «la reforma sanitaria», en singular, es la gran complejidad del sector salud, los muchos actores implicados y la tupida red de intereses que apuntalan el statu quo. La complejidad de la sanidad permite «reformas» en plural, pero dificulta en extremo una reforma sistémica.

¹ http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

La naturaleza de los sistemas de salud viene definida por los valores y objetivos de partida, que determinan su tipo de financiación, de cobertura poblacional, sus prestaciones, etc.; estos valores están íntimamente relacionados con el modelo de sociedad y su cultura cívico-democrática. De igual manera, las reformas en los sistemas sanitarios responden a valores, diagnósticos y objetivos que pueden ser muy variados, y contradictorios entre sí.

Este trabajo se propone analizar las reformas que precisa el Sistema Nacional de Salud (SNS), las perspectivas desde las que abordarlas, y sus retos. Para ello, en primer lugar, se repasan los dos referentes normativos de los sistemas públicos de salud, que han de informar cualquier planteamiento de reforma: los valores de la sanidad pública, y los principios de la buena gobernanza pública. En segundo lugar, se repasa la evidencia empírica que aporta el análisis comparado de los sistemas sanitarios, identificando algunas características que la experiencia ha demostrado como positivas. En tercer lugar, se tratan los logros, características y problemas del SNS español, clasificando estos en tres niveles. En cuarto lugar, se tratan los problemas y reformas estructurales del SNS, dejando para el siguiente apartado las reformas que requiere el buen gobierno y gestión de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) y de sus instituciones. Finalmente concluimos con unas reflexiones en las que vinculamos los retos de las reformas del SNS en la necesidad que tiene España de mejorar sus instituciones y la calidad de su democracia, y como parte de ello, dar a la sanidad pública la prioridad en la agenda política que tiene para los ciudadanos.

2. Perspectiva normativa para las reformas: los valores y principios de la sanidad pública y del buen gobierno

2.1. Los valores, objetivos y principios de la sanidad pública

La sanidad pública tiene su razón de ser en valores de solidaridad y de equidad-justicia social. A partir de que la medicina moderna es capaz de salvar vidas, de curar, de impedir discapacidades y aliviar el dolor, el acceso a sus servicios se convierte en imperativo ético, en derecho humano; por ello, la sociedad debe garantizar el acceso equitativo de todos (principio de universalidad), según necesidad médica, con independencia de cualquier otra circunstancia. Estos valores determinan la naturaleza misma del sistema sanitario público, en las tres dimensiones que identifica la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008): financiación equitativa según ingresos-riqueza, sin que quepan barreras en el uso de los servicios; cobertura poblacional universal, como derecho de ciudadanía-residencia, sin exclusiones y con igualdad; cobertura de todas las prestaciones efectivas, dentro del umbral coste-efectividad acordado. Todo ello debe ser hecho de acuerdo con principios básicos de los sistemas de salud: equidad en la financiación y en el acceso, efectividad y calidad en los servicios, eficiencia, sostenibilidad, participación social, control democrático, autonomía profesional de los proveedores, y libertad de elección de los pacientes.

Atender a los objetivos, principios y valores de la sanidad pública, tiene consecuencias muy prácticas para el SNS a todos sus niveles. De un lado exige organizar y gestionar la sanidad pública con los instrumentos que mejor pueden garantizar el cumplimiento de su misión, en financiación, organización, regulación, etc. De otro lado ofrece una brújula de ética sanitaria y de prescripciones técnicas para evaluar las propuestas de reformas, juzgándolas en función del cumplimiento de objetivos tanto finales (salud, protección financiera frente a la enfermedad, satisfacción de los pacientes), como intermedios (eficiencia, calidad, acceso). En este sentido y como ejemplo práctico, es útil mostrar la contradicción entre los valores de la sanidad pública y dos de las reformas que introduce el Real Decreto Ley 16/2012²: la exclusión de los inmigrantes sin papeles del SNS, y el incremento de los copagos de los pacientes que suponen barrera económica en el acceso para los sectores más pobres.

2.2. *El buen gobierno de lo público*

El concepto «buen gobierno» ha adquirido una gran relevancia en las últimas décadas. El buen gobierno, implica tanto buenos *resultados* (efectividad, eficiencia, calidad, equidad), como buenos *procedimientos* en la toma de decisiones, de acuerdo a «normas» de participación democrática, de transparencia, de rendición de cuentas, de respeto a las leyes, etc. Estas normas están en *valores* de ética pública (Villoria, 1996) que obligan a todos los miembros de una sociedad. De ética pública ella deriva la ética política, ética pública aplicada al gobierno y a la gestión de lo público, a la Administración y los servicios dependientes de ella, que obliga a los responsables políticos y todos los empleados públicos.

El buen gobierno implica hacer operativos sus principios en instituciones y procedimientos, impidiendo corrupción, ineficiencia, etc., y cumpliendo con sus valores y principios. Estos incluyen, entre otros: transparencia, y mecanismos de control y rendición de cuentas (*accountability*); búsqueda de eficiencia, efectividad y calidad; cultura de evaluación y justificación de políticas y decisiones; transparencia; un diseño organizativo que permita un funcionamiento eficiente, y un control efectivo por parte de los órganos colegiados de gobierno; buenas prácticas de gestión; participación y control democrático de las decisiones; integridad y normas para garantizar conductas éticas, regulación de conflictos de interés, códigos de conducta, valores del servicio público, respecto a las normas, etc.

Estos principios del buen gobierno, además de responder a una lógica profundamente democrática, cuentan con el aval empírico de su contribución a que los servicios públicos funcionen con un alto nivel de eficiencia y satisfacción pública en los países con un sector público más ejemplar.

² Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

2.3. *Aplicando a la sanidad pública los valores del buen gobierno*

El buen gobierno de los sistemas sanitarios es de una gran actualidad para el SNS y también internacionalmente, como pone de manifiesto el Consejo de Europa, en sus *Recomendaciones para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud* (CoE–Com. of Ministers, 2010). Su esquema argumental está basado en: 1) valores fundamentales que son los derechos humanos, el estado de derecho y la democracia; 2) principios del sector salud: universalidad, equidad y solidaridad; 3) objetivos finales: transparencia, responsabilidad, acceso, participación, eficacia, calidad y seguridad. La premisa que subyace en estas Recomendaciones es que una buena gobernanza basada en valores, influencia positivamente todas las funciones del sistema sanitario, mejorando su desempeño y, en última estancia, los resultados de salud.

Por ello, es obligado hacer del buen gobierno y sus valores el referente de la política sanitaria, buscando que sean compartidos por todos los actores sociales y políticos, como reglas del juego democrático, gobierne quien gobierne. Este es el gran reto de las reformas del SNS. Sin embargo, el buen gobierno del SNS requiere también basarse en la evidencia empírica de lo que funciona, tema del apartado que sigue.

3. La evidencia empírica: qué funciona y qué no funciona en los sistemas sanitarios públicos

La complejidad de los sistemas sanitarios obliga a estar continuamente aprendiendo tanto de la experiencia propia, como de la ajena. En este sentido es especialmente útil aprender de los sistemas sanitarios de otros países (Abrahams, 2014) porque son como un gigantesco experimento natural del que extraer experiencias y lecciones sobre lo que funciona mejor.

El SNS español por su financiación por impuestos, por su cobertura casi universal de hecho (aunque no aún de derecho, ni igual para todos), por su producción mayoritariamente pública de servicios (hospitales y centros de salud son de gestión pública), forma parte del grupo países con sistemas sanitarios tipo *Servicio Nacional de Salud*, cuyo referente es el *National Health Service (NHS)* británico. Este grupo incluye Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Nueva Zelanda, y también Italia y Portugal. De la experiencia de estos países, especialmente de los más ejemplares, es posible extraer algunas características comunes (Freire & Repullo, 2011) de las que cabe argumentar que tienen una contribución muy positiva al buen desempeño de estos sistemas de salud y a su buen gobierno corporativo. Entre ellas destacan estas diez:

1. Las organizaciones sanitarias públicas tienen personalidad jurídica propia, diferenciada de la Administración pública.
2. Tienen una gran autonomía, tanto a nivel corporativo central respecto a la Administración general, como localmente (hospitales), incluyendo la contratación del personal.

3. Planificación y organización territorial-poblacional de los servicios, para garantizar la equidad en el acceso y buen desempeño local.
4. Atención sanitaria basada en la Atención Primaria, en el médico general-de familia de acceso directo para los pacientes y puerta de entrada a la atención hospitalaria especializada.
5. Instituciones sanitarias y hospitales gobernados por órganos colegiados (consejos de administración) ante los que rinden cuentas los gestores.
6. Gestores profesionales, seleccionados en base a su capacidad y experiencia, no por nombramientos políticos.
7. Profesión médica (y otras profesiones sanitarias) con una regulación y organización que promueve valores de profesionalidad, separando claramente regulación pública, colegios profesionales (conocimiento-competencias) y sindicatos (intereses).
8. Gestión contractual en cascada, hasta el nivel de unidades clínicas.
9. Sistemas de información bien desarrollados y accesibles, con transparencia en la elaboración de políticas, y toma de decisiones en base a informes expuestos a consulta pública.
10. Alto nivel de prioridad en la agenda política para la sanidad pública, constatable en informes oficiales, intensidad y frecuencia de reformas, debates, etc.

De estas diez características el SNS español comparte plenamente estas cuatro: atención primaria fuerte (4), organización territorial-poblacional (3), personalidad jurídica propia de los Servicios de Salud de las CCAA (1), y gestión contractual vía contratos programa (8). Las seis restantes no están en el SNS español, o están con muchos matices. Entre ellas destacan: la ausencia de órganos colegiados al frente de sus instituciones y hospitales; el nombramiento discrecional de los gestores, lo que les da consideración de cargos políticos; la falta de autonomía tanto de los Servicios de Salud de las CCAA, como de sus organizaciones (áreas de Salud, hospitales); y carencia de buenos sistemas de información sanitaria, a pesar de que en el SNS existen los datos.

Aunque se desconoce el coste de oportunidad real que causan las ausencias de estas características del buen gobierno sanitario, existen datos e indicadores en la literatura profesional y en la experiencia de clínicos y gestores, que les atribuyen no pocos de los problemas que aquejan al SNS (Ortún, 2009) (Meneu, 2009).

4. Sistema Nacional de Salud español: logros, características y problemas

El SNS es sin duda una de las grandes historias de éxito de la sociedad española de las últimas décadas. Desde los años 70 el SNS ha conseguido ofrecer a la casi totalidad de la población española un acceso razonablemente equitativo a casi todos los servicios de la medicina moderna, con niveles muy notables de calidad, y de eficiencia macroeconómica. En conjunto, y en relación con el de países similares, el sistema sanitario español ocupa un lugar destacado en las comparativas internacionales, con un nivel de desempeño más que notable, por ejemplo en mortalidad susceptible a los servicios sanitarios, donde está situado entre los mejores del mundo (García-Armesto *et al.*, 2010).

Estos logros quedan matizados por la existencia de no pocos problemas cuyo abordaje requiere no tanto un listado cerrado de reformas, como un diagnóstico correcto y una estrategia regeneracionista y reformista sostenida.

Las actuales características del SNS son el resultado de una larga evolución desde el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942, retomando parcialmente el proyecto de Seguros Sociales Unificados desarrollado en 1935 por la República. Real y legalmente la sanidad pública española es la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) transformada en SNS por la dinámica que le imprimió la Constitución a través de la LGS de 1986, y su desarrollo en las CCAA. De este largo proceso destacan tres de sus características básicas: 1) cobertura poblacional universal *de hecho* culminada en 1990 con el RD 1088/89, aunque todavía no *de derecho*; 2) financiación totalmente por impuestos, integrada desde 2001 en la financiación autonómica general; y 3) su gestión descentralizada, responsabilidad de todas las CCAA.

La transferencia del INSALUD a las CCAA, culminada en 2002, es la reforma estructural de más calado de la sanidad española. A partir de ella, el análisis del SNS, y sus eventuales reformas, tiene que tener en cuenta tres grandes niveles competenciales y organizativo-operativos:

- 1) Nivel del conjunto del SNS. Es el nivel «macro» o estatal que incluye todos los Servicios de Salud de las CCAA. Es el que define los aspectos estructurales del SNS (financiación, cobertura, prestaciones, etc.) a través de legislación básica en materia de hacienda, personal, medicamentos, ordenación sanitaria, etc. Este nivel es responsabilidad política y legislativa del Gobierno central y de las Cortes Generales, aunque el presupuesto anual del SNS es la suma del presupuesto sanitario de las CCAA, y no decisión del Gobierno central.
- 2) Nivel de los Servicios Autonómicos de Salud. Son las organizaciones que gestionan la sanidad en las CCAA. Este nivel «meso» del SNS es quizá el más relevante para la calidad y eficiencia de sus servicios. Aunque en temas de personal y medicamentos el marco general del SNS es restrictivo, las CCAA tienen un margen muy amplio de autonomía en el gobierno y gestión de sus Servicios de Salud. Esta capacidad está

dando lugar a algunas diferencias significativas entre CCAA y abriendo un interesante campo de evaluación comparada, aun poco explorado.

- 3) Organizaciones prestadoras de servicios (hospitales, Centros de Salud, Áreas de Salud etc.). Es el operativo del SNS. Estas organizaciones forman parte de los Servicios Autonómicos de Salud, con muy escasa autonomía. En ellas se concentra la tecnología y el conocimiento científico-médico, y sus millones de decisiones clínicas determinan en último extremo la efectividad-calidad de los servicios, la satisfacción de los pacientes, y la eficiencia global del SNS. Por ello, a su servicio (no al revés) debieran estar los otros dos niveles más altos en la jerarquía político-organizativa.

El desempeño de las organizaciones sanitarias del SNS está condicionado por multitud de influencias del entorno y por la regulación-marco para todo el SNS (temas de personal, farmacia, regulación profesional, etc.). Sin embargo, de una forma más directa e inmediata el factor más decisivo para el desempeño de la sanidad pública es la calidad de la gobernanza de los Servicios de Salud de las CCAA.

4.1. Sobre los problemas del Sistema Nacional de Salud

Los logros del SNS no deben llevar a infravalorar los problemas a los que se enfrenta. Para abordarlos, un primer paso esencial es partir de un diagnóstico adecuado de los mismos, teniendo en cuenta que todo diagnóstico está condicionado por la perspectiva del observador, sus valores, eventuales conflictos de interés, etc. Ello dificulta la existencia de un diagnóstico compartido y consecuentemente hace difícil el consenso en torno a propuestas de reforma.

El primer problema agudo del SNS deriva de la crisis económica. Esta, reconocida oficialmente en mayo de 2010, ha afectado duramente a la sanidad pública, siendo un problema de gran magnitud y de efectos duraderos en el SNS. Los hitos principales de su repercusión en la sanidad han sido descritos por Repullo (2014) en el Informe SESPAS 2014³ «Crisis Económica y Salud». Urbanos Garrido y González López-Valcárcel (2014) han analizado en esta revista las reformas que ha traído consigo. Por ello aquí solo señalaremos algunos datos de su impacto en el SNS: el Programa Nacional de Reformas 2013 y su Actualización 2013-2016 tienen como objetivo una reducción de 7.267 millones del gasto sanitario público entre 2012 y 2014 (que en 2011 fue de 64.272 millones), para situar el gasto sanitario en el 5,4 % del PIB, antes 6,5 %. Consecuencia de estos recortes la plantilla⁴ del SNS ha perdido en estos años más de 25.000 puestos de trabajo. Será difícil mantener los niveles servicios y de calidad con estos recursos. Con unos recortes drásticos pero nada selectivos, y unas reformas que han generado problemas donde no los había, es claro que se está desaprovechando la crisis para abordar los problemas de fondo, con más potencial para mejorar la eficiencia del SNS, sobre los que tratamos a continuación.

³ <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/>.

⁴ http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/07/01/actualidad/1404215444_467226.html.

El análisis de los problemas de fondo del SNS aconseja dividirlos en dos grandes grupos:

- 1) Problemas comunes a todos los sistemas de salud de los países desarrollados. Son los relacionados con la efectividad, seguridad y calidad de la práctica médica; con la eficiencia, productividad y control de costes; con la coordinación entre niveles asistenciales; con el impacto del envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas, los retos de los avances médicos y tecnológicos, y su coste-efectividad; con los dilemas del principio y fin de la vida, la priorización etc. Todos ellos son problemas complejos sin soluciones a la vista, aunque con un gran potencial de mejora, a los que previsiblemente se seguirán enfrentando los sistemas de salud en las próximas décadas. Por ello y por ser comunes a todos los sistemas de salud los dejaremos a un lado en este trabajo.
- 2) Problemas específicos del SNS español. Son los propios de su diseño, gobierno, gestión, y cultura organizativa. A su vez, estos problemas cabe clasificarlos en los tres niveles que mencionamos antes:
 1. Problemas estructurales del SNS (nivel «macro»), por referirse a sus características básicas: cobertura poblacional, sistema de financiación, alcance de las prestaciones, sostenibilidad, coordinación entre niveles, equidad, etc.
 2. Problemas de los Servicios Autonómicos de Salud (nivel «meso»), fundamentalmente relacionados con el diseño, gobierno, gestión y funcionamiento de las organizaciones sanitarias a nivel de cada CCAA; y
 3. Problemas de las organizaciones prestadoras de servicio (nivel «micro»): relacionados con el gobierno y la gestión a este nivel, pero sobre todo con los temas de calidad tanto técnica como percibida (satisfacción de los pacientes), efectividad y eficiencia.

En lo que sigue de este trabajo abordaremos sucesivamente los problemas estructurales del SNS, agrupando en un solo epígrafe los de los Servicios de Salud de las CCA y los de sus organizaciones prestadoras de servicios. Para ello iremos apuntando las opciones de reforma desde las dos perspectivas mencionadas al principio de este trabajo: la normativa (valores de la sanidad pública universal y del buen gobierno), y la empírica (lo que funciona en la práctica).

5. Reformas estructurales del Sistema Nacional de Salud

A nivel estructural en el SNS identificamos aquí cuatro grandes temas de reforma, correspondientes a otros tantos grupos de problemas relacionados con: 1) ciudadanía sanitaria o cobertura poblacional; 2) financiación; 3) sostenibilidad; 4) política de Personal; 5) gobierno sistémico y coordinación en el Estado de las Autonomías.

5.1. Ciudadanía sanitaria con cobertura universal e igual para todos

La situación de la cobertura sanitaria en España no es fácil de entender ni de explicar, por estar llena de contradicciones: es un sistema de Seguridad Social financiado por impuestos pero no cubre a toda la población por igual; hay leyes que inducen a pensar que existe cobertura universal como derecho, pero también hay otras leyes que las contradicen y que son las que de hecho cuentan; la cobertura sanitaria pública es dual, de un lado está la del Régimen General (95 % de la población) y de otro la de los regímenes especiales para funcionarios (5 % de la población); existe un discurso político universalista e igualitario, junto con una práctica que lo niega.

La financiación completa por impuestos de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (del «SNS»), en contra de la lógica, no trajo consigo la cobertura universal de toda la población como derecho de ciudadanía y/o residencia. La realidad es que la cobertura poblacional del SNS nunca ha sido universal (Freire, 2007). Antes del RD Ley 16/2012 algunos (pocos) quedaban fuera por no tener protección de la Seguridad Social y tener recursos superiores a los establecidos en el RD 1088/89; había varias puertas de entrada (titulares, beneficiarios, pobres), y también de salida, aunque fuera para volver a entrar por otra puerta. Para solucionar algunos de estos problemas se incluyó la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011 de Salud Pública, de octubre 2011. Meses más tarde el Gobierno del Sr. Rajoy, en lugar de desarrollar la Ley 33/2011, con el RD Ley 16/2012, modificó la situación en un sentido restrictivo. Reforzó la vinculación cobertura sanitaria/afiliación a la Seguridad Social; estableció en 100.000 euros el dintel (arbitrario e injustificable) de ingresos anuales para la cobertura de los no afiliados, y –lo más negativo y dramático– expulsó de la sanidad pública a más de 800.000 personas, inmigrantes sin papeles, antes protegidas por el Art. 12 de la Ley 2000 de Extranjería y el RD 1088/89 que garantizaba la cobertura a las personas sin recursos.

El RD Ley 16/2012 empeoró la situación de la cobertura poblacional de la sanidad pública dejando pendiente la única reforma de la misma que es coherente con los valores democráticos y de la sanidad pública, y con la experiencia de los países más ejemplares: proclamar en positivo la cobertura sanitaria universal e igual para todos, como derecho de ciudadanía y/o residencia, cumpliendo así el espíritu e incluso la letra de leyes vigentes que proclaman que la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social es una prestación «universalizada y no contributiva».

5.2. Financiación de la sanidad en el Estado de las Autonomías

La financiación del SNS tiene dos retos: su suficiencia para atender las necesidades, y el sistema de asignación y reparto a las CCAA.

En los Estados compuestos la financiación territorial es siempre compleja y llena de tensiones; además, la sanidad está en el centro del debate por ser la competencia de más peso económico de las CCAA. La Ley 21/2001, aprobada por el PP como paso previo a la asunción de las competencias sanitaria por todas las CCAA en 2002, incluyó la sanidad indiferenciadamente dentro de la financiación autonómica (antes era finalista). Posteriormente

la Ley 22/2009, con Gobierno PSOE, mejoró varios aspectos del sistema de financiación sin cuestionar el modelo. Con ambas leyes las CCAA han ido acumulando «deuda sanitaria», que ha dado lugar a varias operaciones de saneamiento, la última en 2012, tras el Acuerdo 6/2012 del Consejo de Política Fiscal y Financiera que creó un mecanismo extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las CCAA. Estos antecedentes apuntan a un problema histórico de suficiencia financiera de los Servicios de Salud de las CCAA, agravado al extremo por la crisis. La solución al problema de suficiencia está en primer lugar en la voluntad política de dotar con suficiencia la sanidad pública asumiendo el nivel central y las CCAA sus respectivas responsabilidades. En cualquier caso para ello es obligada una política de impuestos que iguale la presión fiscal española con la de los países UE-15, y que no tolere el fraude (estimado en 89.000 millones/año⁵).

Un ejemplo de mala aproximación a la suficiencia y sostenibilidad son los copagos introducidos por el RD Ley 16/2016. En primer lugar por romper los principios equidad y solidaridad en la financiación de la sanidad pública («se contribuye según lo que se tiene y se recibe según lo que se necesita»); en segundo lugar por castigar a los más enfermos; en tercer lugar por su mal diseño, por no prever límite de gasto para pacientes «activos», y por los costes administrativos del sistema; finalmente, por ignorar toda la evidencia teórica y empírica sobre los copagos, y su impacto en el gasto sanitario y en la equidad en el acceso a los servicios.

Un segundo problema adicional de la financiación sanitaria, si cabe más complejo, es diseñar un sistema que garantice equidad en la financiación sanitaria per cápita de todos los españoles de cualquier Comunidad Autónoma. Este aspecto irrenunciable de la solidaridad en la que se basa el SNS, es un objetivo político y social con gran respaldo en la sociedad española. Este tema está íntimamente ligado al debate sobre la configuración político-territorial de España y para él no existe una opción óptima, por lo que es obligado evaluar con transparencia posibles alternativas, aprendiendo de la experiencia propia y de la de países con situaciones similares, como Italia, Suecia o Canadá, siendo quizá este último país el que puede aportar una experiencia más útil para España.

5.3. Sostenibilidad de la sanidad pública

Está de moda hablar de la sostenibilidad de la sanidad pública, pero cuando se utiliza para justificar las malas reformas del RD Ley 16/2012 y el plan frustrado de privatización de Madrid, es preciso clarificar conceptos. En primer lugar, insistir en que la pregunta correcta sobre la sostenibilidad del SNS no es si este es o no sostenible, si no cómo hacer que lo sea, puesto que es un bien social imprescindible. Para ello es importante conocer los factores que determinan la sostenibilidad de la sanidad pública, distinguiendo entre sostenibilidad externa e interna del SNS.

⁵ <http://www.gestha.es/?seccion=actualidad&num=263>.

Los elementos que condicionan la sostenibilidad externa son tres: economía-financiación, apoyo social y político, y nivel de la salud pública. La sostenibilidad económica del SNS tiene como determinante único la voluntad política de dedicarle recursos suficientes; en modo alguno depende de una suerte de meteorología económica ante la que nada se pueda hacer, especialmente cuando en el país existe un amplio margen fiscal y su sanidad es la más frugal de los países desarrollados (6,5 % del PIB). La sostenibilidad social y política es el apoyo popular que concita el SNS, el cual a su vez determina la voluntad política de querer seguir financiándolo; refleja la satisfacción con los servicios y cómo estos responden a las necesidades, demandas y expectativas. Por último, un alto nivel de salud de la población y una baja carga de enfermedad contribuyen a hacer más sostenible la sanidad; para ello son precisas políticas públicas en todos los campos que logren alto nivel educativo, bajo nivel de pobreza y de desigualdades, disponibilidad de empleo, bajo nivel de tabaquismo y obesidad, promoción del ejercicio, seguridad e higiene en el trabajo, medio ambiente, etc.

Por su parte, la sostenibilidad interna del sistema sanitario público se asienta sobre dos grandes componentes: uno es organizativo-empresarial, relacionado con el buen gobierno y la gestión eficientes de las organizaciones y centros sanitarios. El otro componente de la sostenibilidad interna es el médico-profesional, que determina la calidad de la práctica clínica y su efectividad; este componente es especialmente crítico y delicado pues de él depende en última instancia la eficiencia del conjunto del sistema sanitario.

En resumen: garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario exige cosas bien diferentes a expulsar a los inmigrantes de la sanidad pública e incrementar los copagos. Es un reto que implica al sistema sanitario, pero que además compromete a toda la sociedad y enlaza con todas las políticas públicas.

5.4. *Los recursos humanos del SNS*

La sanidad es intensiva en personal, gran parte del cual son profesionales; ello hace de los hospitales y otros centros, prototipos de *organizaciones profesionales* (aquellas en las que profesionales ejercen con autonomía respecto a la jerarquía administrativa). Además de este rasgo, que da lugar a tensiones con la administración, la complejidad de los temas de personal en la sanidad viene dada por: 1) sus grandes cifras: la sanidad absorbe un importante porcentaje de empleo en todos los países desarrollados (más de 600.000⁶ en el SNS en 2012); 2) su gran diversidad de profesiones y categorías con acusada personalidad corporativa; 3) un tejido sindical muy fragmentado por grupos profesionales (medicina, enfermería, etc.), por tradiciones sindicales (CCOO, UGT y otros), y por lealtades territoriales (en algunas CCAA sindicatos «nacionalistas»); esta fragmentación favorece una cultura más adversarial que cooperativa en relación a la Administración sanitaria; y 4) no menos destacable, la frecuente discontinuidad en la tecnoestructura política y técnica que dificulta visión a medio plazo y estabilidad en las políticas y relaciones laborales.

⁶ <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/>.

En perspectiva comparada, el rasgo más específico del personal del SNS es lo especial de su regulación, establecida por normativa común para todo el SNS, por el Estatuto Marco del personal del SNS (Ley 55/2003); define una relación laboral «estatutaria», que no siendo funcional ni laboral, se describe como «funcionarial especial». El Estatuto Marco define casi todos los aspectos relevantes de la política de personal: acceso al puesto, retribución, negociación de condiciones, representación, etc.; al tener como referente la función pública común se adapta mal a la misión y necesidades de los servicios sanitarios modernos. Esta rigidez lleva paradójicamente a un alto nivel de empleo inestable y abuso generalizado de contratos temporales.

Esta regulación del personal del SNS contrasta con la de países con sistemas sanitarios comparables como Reino Unido, Italia, países nórdicos, o incluso con la *fonction publique hospitalière* de Francia. Paradójicamente en estos países a pesar de acordarse a nivel nacional las condiciones de trabajo, el sistema es mucho más descentralizado y flexible a nivel local (hospitales), con baja temporalidad y alta estabilidad en el empleo.

En definitiva, los temas del personal son un componente central de la política sanitaria; su complejidad y rigidez en el SNS dificultan la gestión y favorecen precariedad laboral y alta temporalidad. Existe un amplio consenso sobre la necesidad de actualizar la regulación del personal del SNS, para ajustarla mejor a la misión y necesidades de la sanidad pública, facilitando su adaptación a los cambios, una mayor cooperación *inter* CCAA, y sobre todo mayor descentralización y responsabilidad local. Hasta ahora estas reformas han sido imposibles por los altos costes políticos de reformar el *statu quo*, y por la carencia de liderazgo y continuidad en la tecnoestructura del Ministerio de Sanidad. En cualquier caso, el cambio legal que desbloquee la situación es necesario pero en modo alguno suficiente; la buena gestión del personal del SNS requiere además un contexto organizativo de buen gobierno y gestión profesional, que favorezca un clima cooperativo y no adversarial entre la Administración y organizaciones sindicales y profesionales.

5.5. Gobierno sistémico y coordinación del SNS en el Estado de las Autonomías

La «rectoría sanitaria» del SNS se basa en el Ministerio de Sanidad y en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), ambos con escasa capacidad de gobernanza sistémica y coordinación del SNS. La ausencia de mecanismos eficaces de «rectoría sanitaria» en el SNS tiene consecuencias muy negativas para todo el sistema, por ello son importantes reformas que aporten gobierno sistémico y coordinación al conjunto de los Servicios de Salud de las CCAA.

En un sistema sanitario descentralizado los instrumentos de coordinación posibles son el liderazgo que los demás reconocen voluntariamente, el poder de decisión sobre recursos, y la jerarquía que solo puede establecer la ley. Ninguno de estos tres instrumentos se da plenamente en el SNS. El liderazgo político del Ministerio de Sanidad ha sido muy escaso, y cuando lo ha habido, ha durado poco; el liderazgo de su tecnoestructura se agotó al desaparecer el INSALUD, y en los últimos años está en extinción por el efecto combinado de una política de amortización ciega de vacantes, de parasitación partidaria y por la alta rotación de los cargos. Los recursos

tampoco dan liderazgo al Ministerio pues la financiación sanitaria está integrada desde 2001 en la de las CCAA, y quedan muy pocos recursos a repartir. El liderazgo por jerarquía legal tiene muy poco recorrido; en primer lugar porque las transferencias sanitarias se hicieron antes que las leyes que debían regularlas, no al revés: la LGS se aprobó en 1986, años después de las transferencias a Cataluña (1981) y a Andalucía (1984); la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, una año después de la finalización de las transferencias en 2002. En segundo lugar, por el efecto combinado del escaso poder político del Ministerio de Sanidad, la baja prioridad de la sanidad en la agenda política española, y el peso de las minorías nacionalistas en el Congreso, opuestas a cualquier cambio legal que pudiera reforzar un «centro» en el SNS.

Y sin embargo el SNS precisa un Ministerio de Sanidad competente y prestigiado y un organismo –el CISNS u otro– que funcione al servicio de todo el SNS, no del partido en el gobierno. Para ello, debiera tener una entidad y organización propia, diferente de la del Ministerio. Para avanzar en esta línea será necesario explorar opciones de «abajo a arriba», como las propuestas por Repullo & Freire (2008) que permitan construir algo parecido a una cooperativa de los Servicios de Salud de las CCAA.

Desarrollar mecanismos e instituciones de cooperación y colaboración interautonómica tiene evidentes ventajas para los pacientes y para los Servicios de Salud de las CCAA. Por ejemplo: facilitar la libre circulación de pacientes en el SNS; poner a disposición de ciudadanos y expertos un sistema de información como el que CIHI canadiense⁷ que permita comparar CCAA y centros; juntar recursos para que la evaluación de la tecnología médica tenga el reconocimiento que goza el NICE británico; desarrollar servicios que permitan compartir inteligencia médico-sanitaria como hace el *Socialstyrelsen*⁸ sueco y lograr economías de escala en tecnologías de la información, grandes equipos, insumos, gestión de personal, etc.

6. Reformas para el buen gobierno y gestión en los Servicios de Salud

En este apartado tratamos conjuntamente los problemas de diseño, gobierno, gestión y funcionamiento de los Servicios de Salud de las CCAA, así como de las organizaciones prestadoras de servicios (hospitales, etc.) que dependen de ellos. Ello implica no abordar los temas de calidad, de efectividad y de eficiencia, lo que se justifica por la limitación de espacio y, sobre todo, por lo mucho que estos temas dependen del buen gobierno de las organizaciones sanitarias. Este tema es crítico para la sostenibilidad de la sanidad pública, porque solo la buena gestión permite el desempeño eficiente y de calidad que genera apoyo social, pero también porque la presunta no-eficiencia de la gestión pública es el argumento favorito de los que proponen la privatización de la sanidad.

⁷ www.cihi.ca.

⁸ www.sos.se.

6.1. Hospitales e instituciones con un buen diseño organizativo y buenas reglas de funcionamiento

Existe un notable consenso en atribuir los problemas más acuciantes del SNS a su deficiente gobernanza y al impacto que esta tiene en todos los niveles de su gestión y funcionamiento. Siendo el diseño organizativo un elemento crítico de la buena gobernanza, útil empezar distinguiendo la función «gobierno» de la función «gestión», especialmente porque ambas están desdibujadas en las instituciones del SNS. La función «gobierno» es el nivel más alto de autoridad y responsabilidad de una organización, que corresponde al órgano colegiado de gobierno (consejo de administración, patronato, etc.), responsable de definir la misión, las estructuras, normas y estrategias de la organización; y de marcar las obligaciones y objetivos del gestor ejecutivo. A la función «gestión» corresponde cumplir la misión y objetivos de la organización, gestionando su día a día.

Esta distinción es estándar en todas las organizaciones, como hemos visto en los sistemas sanitarios de los países similares al nuestro. Ha existido también en la sanidad de la Seguridad Social española, cuyo Reglamento de las Instituciones Sanitarias (1972) incluía Juntas de Gobierno, pero estas fueron suprimidas por RD521/1987 que aprobó el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales del INSALUD. Y este es el esquema que sigue vigente en todo el SNS, con algunas excepciones no significativas.

La ausencia de un órgano de gobierno tiene un gran impacto negativo en la gestión y cultura organizativa de hospitales y centros sanitarios del SNS. Pero este problema no es si no el reflejo en el SNS de la cultura política de la administración pública española, de su aversión al control democrático y la rendición de cuentas, y de su querencia por el nombramiento discrecional y la ocupación partidaria de los puestos. La desaparición e irrelevancia de los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias fue acompañada del nombramiento discrecional (político) del director-gerente, cargo antes reservado a funcionarios por oposición de la Seguridad Social, como ocurre en los hospitales públicos franceses. A pesar los avances innegables habidos en la gestión sanitaria durante los últimos años, estos cambios han sido muy negativos por la pérdida de legitimidad y autoridad interna de los gestores, por su alta inestabilidad al ir su nombramiento ligado al ciclo político, y por llevar a la politización partidaria de la gestión en los centros sanitarios.

Por todo ello, es de gran importancia recuperar un buen diseño organizativo de los centros e instituciones del SNS, restaurando órganos colegiados de gobierno a todos los niveles del SNS, ante los que rindan cuentas gestores seleccionados en base a su trayectoria profesional, como ocurre en los sistemas sanitarios más ejemplares similares al nuestro.

Sin embargo, es importante resaltar que estas buenas estructuras (órganos colegiados, gerentes profesionales), que podríamos considerar el *hardware* de las organizaciones, solo dan buenos resultados si están dotadas de un *software* adecuado: de buenas prácticas de funcionamiento para los órganos colegiados, traducidas en una composición adecuada del mismo, y en reglas que le permita ser operativo. Para ello no es preciso inventar nada: vale con aplicar

a las organizaciones de la sanidad pública española las normas y los estándares de los códigos de buen gobierno corporativo y de buena gestión existentes en el sector público, en el privado y en organizaciones sanitarias como el NHS británico, los sistemas de salud de las provincias de Canadá, etc.

En este sentido, el referente más inmediato para los Servicios de Salud de las CCAA españolas es el *Código de Buen Gobierno de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud* (Osakidetza, 2012). Este texto, destacable por su contenido e interés práctico, fue encargado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y en él se abordan tanto las estructuras corporativas de buen gobierno, como recomendaciones concretas para llevar a las organizaciones sanitarias los valores y principios del buen gobierno.

6.2. *Autonomía de gestión en los Servicios de Salud de las CCAA*

Como hemos visto, los Servicios de Salud de las CCAA están incardinados en la administración de sus respectivas CCAA, sin atender demasiado a lo específico de su misión y sus exigencias, contrariamente a lo que sucede en los países más ejemplares con sistemas sanitarios públicos integrados, cuyas organizaciones sanitarias son públicas, pero con organización y funcionamiento diferenciado respecto a su Administración pública.

Las normas y la forma jurídica de la organización sanitaria han de estar adaptadas a su misión, y no al revés. Los servicios sanitarios son muy específicos, con características propias muy diferentes de la administración pública común; por ello han de dotarse de formas organizativas adaptadas a su misión, para prestar sus servicios con agilidad, efectividad y eficiencia 24 horas al día, todos los días del año. A nivel de las CCAA ello requiere que sus Servicios de Salud tengan una organización propia con autonomía operativa, tanto a nivel corporativo central, respecto a la Administración autonómica general, como localmente en los hospitales, áreas de Salud, etc.

Este tema es crítico para la sostenibilidad de la sanidad pública, como hemos comentado más arriba. Un reto en el que la sanidad pública se enfrenta a dos adversarios, con posiciones y objetivos contrarios. De un lado, están los que propugnan la privatización de la provisión sanitaria pública; argumentan que lo público no puede ser eficiente e innovador, bien por identificar lo público con su organización-gestión actual, y no ver posibilidades de reforma, o por interés, ideología o una mezcla de todos estos factores. De otro lado y en frente, están algunos defensores de lo público, que confunden los fines (el servicio público gestionado públicamente), con los instrumentos (formas organizativas y de gestión concretas), y rechazan cualquier reforma e innovación que altere el statu quo, tildándola de «privatizadora». Paradójicamente, ambos grupos se potencian y retroalimentan mutuamente: la agresividad privatizadora de unos refuerza el inmovilismo de los otros, y viceversa. Dentro de los que preconizan la privatización merecen un juicio ético especialmente severo los que teniendo la responsabilidad de gestionar la sanidad pública la privatizan, sea por falta de conocimiento, de coraje político para hacer reformas, o por interés de cualquier tipo.

Dado que la integración indiferenciada en la administración pública común no posibilita el buen desempeño de la sanidad de provisión pública, y que su privatización, por la fórmula que sea, tiene los serios inconvenientes que muestra la experiencia (altos costes de transacción, oportunismo difícilmente evitable, conflictos de interés, presión al alza de los costes, pérdida de control público, etc.), es necesario encontrar alternativas que doten a los Servicios de Salud de las CCAA de trajes legales y organizativos a medida, con reglas de funcionamiento que les den toda la autonomía y capacidad de gestión que necesitan para su misión.

Para ello, existen fórmulas legales que pueden ser fácilmente adaptadas, como ha hecho *Osakidetza*/Servicio Vasco de Salud. No obstante, como se está viendo en la práctica, el estatus jurídico solo facilita las cosas si existe voluntad política en los gobiernos de las CCAA de dotar a sus servicios sanitarios de toda la autonomía que precisan. Dado que la sanidad supone alrededor de un 40 % del presupuesto de las CCAA, y que estas han modelado su Administración a imagen del Gobierno central, ello supone un replanteamiento radical de una parte muy importante del gobierno de las CCAA. Sin duda no es tarea fácil, pero la alternativa es peor. Además existen experiencias internacionales de las que aprender (Escocia, condados suecos, regiones italianas, Nueva Zelanda, etc.).

7. Reflexión final sobre los retos de las reformas en la sanidad pública española

Como hemos visto, el SNS español comparte muchas de sus características sanitarias más positivas con los mejores sistemas de salud de países similares. Las diferencias mayores están en los aspectos de buen gobierno. Ello sin embargo no es un defecto específico del SNS si no de la cultura política y administrativa española, que afecta a todas las instituciones, sanidad incluida. Las reformas del SNS a las que nos hemos referido y los retos para abordarlas, no son en puridad temas de política sanitaria, si no de política general. Los problemas tratados reflejan el impacto en la sanidad pública de la muy mejorable calidad de las instituciones y de la democracia española, como muestran los recientes libros de Antonio Muñoz Molina (2013) y de César Molinas (2013). Así pues, los retos más importantes de las reformas del SNS son comunes a los que tiene la sociedad española para mejorar sus instituciones, dotándolas de mecanismos efectivos de transparencia, de rendición de cuentas, de control y participación democrática, de instrumentos para garantizar conductas éticas al servicio del interés general.

Además, hay que destacar que una parte no menor de los retos del SNS, es lograr que la sanidad tenga en la agenda política la prioridad que tiene para la ciudadanía. Esta baja prioridad, es en sí misma un indicador de baja calidad democrática, y constituye un problema real porque lleva a no abordar los problemas, a cronificarlos, y en definitiva a agravarlos. Sin liderazgo proactivo en el Ministerio de Sanidad, sin una sociedad civil fuerte que presione para situar los problemas del SNS en la agenda política, las reformas que la sanidad pública precisa no estarán en la agenda, y ante las crisis, se improvisan reformas reactivas y recortes

indiscriminados que solo sirven para deteriorar el SNS, y que en su insuficiencia, dan alas a los fuertes intereses que ven en la privatización sanitaria un nuevo nicho de negocio.

Por último, como dato positivo, clave para las buenas reformas, hay que señalar que España cuenta con una buena masa crítica de académicos y expertos que dan gran solidez y rigor al debate sobre la sanidad. Así lo reflejan los trabajos de las sociedades científico-profesionales AES⁹ (Asociación de Economía de la Salud) y SESPAS¹⁰ (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), entre los que destaca el documento *SNS Diagnóstico y Propuestas de Avance* (AES, 2013). Aquí el reto pendiente es incorporar este conocimiento experto al proceso de reformas, pues la cultura democrática de buen gobierno exige explicarlas y justificarlas acompañándolas de informes técnicos.

Referencias bibliográficas

- ABRAHAMAS, D. (2014): *An Inquiry into the Effectiveness of International Health Systems*. Londres, PLP Health Committee, British Parliament.
- AES (2013): *SNS. Diagnóstico y Propuestas de Avance*. Barcelona.
- COUNCIL OF EUROPE-COMMITTEE OF MINISTERS (2010): *Recommendations CM/Rec(2010)6 of the Committee of Ministers to Member States on Good Governance in Health Systems. Adopted by the Committee of Ministers on 31 March 2010*. Disponible en <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1607489>
- FREIRE CAMPO, J. M. (2007): «Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España»; en *Derecho y Salud* (15, 41-59). Disponible en <http://www.ajs.es/descarga/attach/284>
- FREIRE, J. M. y REPULLO, J. R. (2011): «El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar»; en *Ciência & Saúde Coletiva* (2733-2742).
- GARCÍA-ARMESTO, S.; ABADÍA-TAIRA, M.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. y BERNAL-DELGADO, E. (2010): «Spain: Health system review»; en *Health Systems in Transition* 12(4); pp. 1-295. Disponible en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf
- MENEU, R. (2009): «Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora»; en ORTÚN, V., ed.: *El buen gobierno de sanitario*. Madrid, Springer Healthcare Communications; p. 104.
- MOLINAS, C. (2013): *Qué hacer con España*. Barcelona, Destino.
- MUÑOZ MOLINA, A. (2013): *Todo lo que era sólido*. Barcelona, Seix Barral.

⁹ http://www.aes.es/documentos_aes/propuestas_sns.

¹⁰ <http://www.sespas.es/informes.php>.

- OMS (2008): *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud mas necesaria que nunca*. Ginebra.
- ORTÚN, V., ed. (2009): *El buen gobierno sanitario*. Madrid, Springer Healthcare Communications.
- OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD (2012): *Recomendaciones Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca*. Disponible en <http://www.osakidetza.euskadi.net>.
- REPULLO, J. R. (2014): «Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad»; en *Gaceta Sanitaria* (28, supl. 1); 62-68.
- REPULLO, J. R. y FREIRE, J. M. (2008): «Gobenabilidad del SNS: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización»; en *Gaceta Sanitaria* (22, supl. 1: Informe Sespas 2008); pp. 118-125.
- URBANOS GARRIDO, R. y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2014): «El modelo sanitario en peligro»; en MYRO, R., coord.: *Mediterráneo Económico* (25): «Un nuevo modelo económico para España. Reformas estructurales para la recuperación y el crecimiento»; pp. 331-346.
- VILLORIA, M. (1996): *La modernización de la Administración como instrumento al servicio de la democracia*. Madrid, INAP-BOE.