

El año 2001 se creó el Instituto Europeo de Medicina como parte del Instituto Europeo de Salud, para promover la discusión de un sistema de asistencia sanitaria óptimo accesible a todos. El Instituto actúa bajo la responsabilidad de la Sede Central de nuestra Academia y pretende ser un consejero para los gobiernos europeos en orden a identificar los problemas de la asistencia sanitaria y la educación en la Unión. Colaboramos decididamente desde el principio en esta iniciativa, tratando de aportar una primera aproximación a la crisis del actual sistema sanitario español y europeo, y abordando, como primera tentativa, un estudio sobre la sanidad en Europa.

Sus resultados se debatieron en Encuentros celebrados en Valencia (Fundación Valenciana de Estudios Avanzados), Mérida (Fundación Academia Europea de Yuste), País Vasco (Academia de Ciencias Médicas de Bilbao), y Asturias (Universidad de Verano de La Granda).

Con la colaboración de la Dirección General de Universidades e Investigación de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, publicamos dos estudios, sobre «La Sanidad en Europa» en los que se recoge el resultado de las investigaciones realizadas. Las conclusiones se remitieron a nuestra Central, y se presentaron al Parlamento Europeo.

Definimos luego un nuevo escenario para el estudio en profundidad del sistema de Salud en España y de su posible evolución en el futuro de la Europa en el siglo XXI, y diseñamos tres grandes líneas, desde enfoques multidisciplinarios, imprescindibles para establecer un paradigma común de la salud europea.

Trazadas estas grandes líneas, y dibujada la estrategia que había que seguir en su definición, constituimos un Comité de Expertos, a los que se les asignó la tarea de desarrollar y coordinar la investigación, integrado por dieciocho investigadores, distribuidos en tres Grupos: «Planificación de los recursos sanitarios de cara a una demanda global», «Financiación de gastos sanitarios en un estado de autonomías» y «Recursos humanos y recambio generacional», de los que se ocuparon respectivamente los Profesores Académicos Segovia de Arana, Pedro García Barreno y Juan Velarde. La dirección corrió a cargo del Prof. Rubia Vila, como coordinador del proyecto y de las relaciones con nuestra Central de Salzburgo.

La resultante de estos trabajos se recogió en un Libro Verde, cuyo contenido se utilizó como principal documento en los debates que, sobre todo ello, se organizaron posteriormente en las Comunidades Autónomas de Asturias (La Granda), Cantabria (Universidad Internacional Menéndez Pelayo), Madrid (Real Academia Nacional de Medicina), Valencia (Fundación Valenciana de Estudios Avanzados), Sevilla (Real Academia de Medicina) y de Bilbao (Academia de Ciencias Médicas). En 2009 continuaron los Debates en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, Extremadura (Centro de Cirugía de Mínima Invasión «Jesús Usón» de Cáceres), y en Toledo con la Junta de Castilla-La Mancha. Participaron en esos debates 140 expertos.

Sus resultados se incorporaron finalmente al proyecto del LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

¿Deben los centros de atención primaria dejar de ser centros expendedores de recetas y sustitutivos de la acción social?

En materia de Salud Mental, ¿sería necesaria una colaboración más activa entre distintas administraciones en la línea de la Declaración de Helsinki, asumida por España en 2005 y que establece un abordaje integrado de los procesos relacionados con los trastornos mentales?

El SNS no debe renunciar a la incorporación de las tecnologías de vanguardia, lo que ha sido uno de los puntos referenciales de su legitimación ante el conjunto de la sociedad. Debe, en consecuencia, generalizarse el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Pero ¿puede impulsarse la aplicación de equipos y tratamientos novedosos, aun antes de ser éstos suficientemente contrastados?

¿Es verdaderamente imprescindible extender el copago en las prestaciones farmacéuticas aun definiendo previamente las excepciones que se precisen en relación con los niveles de renta y/o especificidad de la enfermedad?

El presente LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL pretende ser una aportación rigurosa y ampliamente documentada, a un obligado y urgente debate sobre éstas y otras muchas cuestiones directa o indirectamente relacionadas con las condiciones en las que se desarrolla la asistencia sanitaria en España y su deseable y urgente perfeccionamiento.



FRANCISCO J.  
RUBIA VILA  
(COORDINADOR)

ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES  
ESPAÑA



LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

ACADEMIA  
EUROPEA  
DE  
CIENCIAS  
Y ARTES  
ESPAÑA

# LIBRO BLANCO

## SOBRE

### EL SISTEMA SANITARIO

### ESPAÑOL

**FRANCISCO J. RUBIA Vila**  
(Coordinador)

**PEDRO GARCÍA BARRENO**  
**JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA**  
**JUAN VELARDE FUERTES**  
(Coordinadores de los Grupos de Trabajo)

**ENRIQUE BACA**  
**MIGUEL CAÍNZOS**  
**ALFONSO FLÓREZ**  
**GABRIEL GONZÁLEZ NAVARRO (†)**  
**LEOPOLDO GONZALO**

**FÉLIX LOBO**  
**DANIEL MARTÍN MAYORGA**  
**RAFAEL PUYOL**  
**JOSÉ RAGA**  
**JUAN LUIS RODRÍGUEZ VIGIL**  
**PEDRO SABANDO**

ACADEMIA EUROPEA  DE CIENCIAS Y ARTES  
ESPAÑA

La ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES inició sus actividades en España en 1997.

Siguiendo las pautas de nuestra casa matriz en Salzburgo, aspira a convertirse en un punto de referencia en la formación de criterios con los que evaluar con rigor, y desde la perspectiva de nuestro país y sus Comunidades Autónomas, los problemas que plantea la nueva construcción de Europa.

Desde su creación, decidimos concentrar nuestras actuaciones en proyectos de investigación orientados a sensibilizar a los diferentes responsables y estudiosos de la sociedad española, sobre el alcance e importancia para nuestro país de los desenvolvimientos más notables del difícil proceso de integración europea con el que estamos comprometidos todos. Ayudándoles a la hora de adoptar o recomendar decisiones en sus diferentes campos de competencia política, social o económica. Y procurando implicar en las conclusiones de sus Proyectos, estructurados en estudios y debates, a todos cuantos participan, en una u otra forma, en este proceso de integración.

Todos y cada uno de los Proyectos diseñados y desarrollados por nuestra Academia, así como los estudios, investigaciones, debates y colaboraciones integrados en ellos y con independencia de las Actas de las reuniones de trabajo, plasman sus resultados en documentos de diverso rango e importancia, en función de su actualidad, singularidad o interés general o específico.

El LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL que ahora ofrece nuestra Academia a la consideración de cuantos se sienten responsables o interesados en el perfeccionamiento de las diferentes áreas de la asistencia sanitaria y social en España, constituye un ejemplo singular de este esfuerzo de síntesis. Se consolida en él el trabajo de cinco años de un grupo multidisciplinar de expertos comprometidos en la identificación de los problemas más significativos del actual sistema sanitario español y en proponer recomendaciones adecuadas para su reconducción hacia límites de excelencia.





LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA  
SANITARIO ESPAÑOL



# LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

ACADEMIA EUROPEA  
DE CIENCIAS Y ARTES



ESPAÑA

*La decisión de la Delegación Española de la ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES de publicar los resultados de esta investigación no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro del mismo, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.*

Título: *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*

LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Cubierta: Dodekhon

EDITA:

© Academia Europea de Ciencias y Artes


ISBN: 978-84-614-6612-2

DEPÓSITO LEGAL: M-1.924-2011



Impreso en papel reciclado libre de cloro

PREIMPRESIÓN, IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN:

 Sociedad Anónima de Fotocomposición

Talasio, 9. 28027 Madrid

**Coordinador del Proyecto:**

Francisco J. Rubia Vila

**Coordinadores de los grupos de trabajo:**

Pedro García Barreno

José María Segovia de Arana

Juan Velarde Fuertes

**Expertos:**

Enrique Baca

Miguel Caínzos

Alfonso Flórez

Gabriel González Navarro (†)

Leopoldo Gonzalo

Félix Lobo

Daniel Martín Mayorga

Rafael Puyol

José Raga

Juan Luis Rodríguez-Vigil

Pedro Sabando





## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| PRESENTACIÓN, <i>José Ángel Sánchez Asiaín. Presidente de la Academia Europea de Ciencias y Artes-Delegación Española</i> ..... | 13 |
| RESUMEN EJECUTIVO .....   | 19 |
| A. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU EVOLUCIÓN .....  | 23 |
| 1. <i>Historia del SNS. Marco legal</i> .....   | 23 |
| 2. <i>Situación post-Constitución y previa a las transferencias a las Autonomías</i> .....                                      | 41 |
| 2.1. Informe Abril .....  | 41 |
| 2.2. Informe Romay. ....  | 43 |
| 2.3. Ley de Cohesión y Calidad .....  | 46 |
| B. ASPECTOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS. . . .   | 51 |
| 1. <i>Aspectos económicos</i> .....   | 51 |
| Estructura y evolución reciente del gasto sanitario en España. ....   | 52 |
| El caso especial del gasto en prestaciones farmacéuticas .....  | 56 |
| Eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria española. ....   | 58 |
| Aspectos éticos relacionados con la Economía de la Salud .....  | 59 |
| 2. <i>Aspectos financieros</i> . ....   | 61 |
| C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....  | 65 |
| 1. <i>Introducción</i> .....  | 65 |

## ÍNDICE

|  |  |     |
|--|--|-----|
| 2.   | <i>Envejecimiento</i> . . . . .                              | 81  |
| 3.   | <i>Coordinación sanitaria</i> . . . . .                      | 86  |
|  | Una base constitucional «abigarrada» . . . . .               | 90  |
|  | Un proceso sin un modelo final definido . . . . .            | 90  |
|  | Un órgano de coordinación insuficiente . . . . .             | 92  |
| 4.   | <i>El trabajo asistencial. Pacientes y profesionales</i> . . | 100 |
|  | El personal no sanitario en la Sanidad . . . . .             | 107 |
| 5.   | <i>Insumos, tecnología e información</i> . . . . .           | 113 |
| 6.   | <i>Gasto sanitario</i> . . . . .                             | 121 |
| <b>D. RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO</b> . . . . . |  | 129 |
| <b>E. LISTA DE PARTICIPANTES.</b> . . . . .              |  | 137 |

## ANEXOS (en CD adjunto)

### Actas de las reuniones

### Textos legales

1. *Ley General de Sanidad*
2. *Informe Abril*
3. *Comparecencia de Fernando Abril Martorell. Presidente de la Comisión de Expertos del Sistema Nacional de Salud*
4. *Comparecencia Ministro J. García Valverde*
5. *Informe Romay*
6. *Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley Pastor)*
7. *Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud*
8. *Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias*
9. *Real Decreto sobre especialidades de Enfermería*
10. *Real Decreto sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud*
11. *Estatuto Básico del Empleado Público*
12. *Sentencia del Tribunal Constitucional del 28 de abril de 1983*

13. *Sentencia del Tribunal Constitucional 42/1983, de 20 de mayo*
14. *Dictamen del Consejo de Estado de 2006 sobre las reformas constitucionales (apartado 5.3: Principios generales de la relación de las Comunidades Autónomas entre sí y con el Estado)*



## PRESENTACIÓN

*La Academia Europea de Ciencias y Artes es el resultado de un largo y cuidadoso proceso de maduración. Su desarrollo comenzó en 1985 en Viena con la constitución de un Grupo de Trabajo, y concluyó con la creación de la Academia el 7 de marzo de 1990 por sus tres fundadores: Profesor. Dr. Dr. h.c Felix Unger; el arzobispo de Viena, y posteriormente Cardenal, Franz König (†) y el politólogo y filósofo Nikolaus Lobkowitz. Su objetivo era contribuir al desarrollo de las sociedades y las culturas de Europa, con especial atención a su evolución en la Unión Europea. Juan Carlos de Borbón, Juan de Luxemburgo, Heinz Fischer, Felipe de Bélgica e Ivan Gašparovič, son miembros Protectores. Actualmente su Sede Central se halla en Salzburgo, y cuenta con 24 delegaciones en Europa y tres en Estados Unidos.*

*La Academia Europea de Ciencias y Artes inició sus actividades en España en 1997 con el mandato de colaborar, desde la perspectiva española y sus Comunidades Autónomas, a la investigación y al análisis de los problemas que afectan a la construcción de la Unión Europea. Todo ello, con un horizonte temporal amplio y rigor científico. En esta Delegación entendimos que nuestra misión debería consistir en trabajar en el estudio e investigación sobre esas cuestiones, orientados a sensibilizar a los diferentes responsables de la sociedad española sobre el alcance e importancia, para nuestro país, de los desarrollos más notables en el difi-*

## PRESENTACIÓN

*cil proceso de integración europea. Ayudando, en alguna manera y forma, a la hora de adoptar o recomendar decisiones en sus diferentes campos de competencia política, social o económica. Y procurando implicar en las conclusiones de los Proyectos, a quienes participan, en una u otra forma, en este proceso de integración. Esta Delegación española de la Academia Europea, que cuenta hoy con 69 Académicos, ha promovido sesenta informes sobre problemas europeos, en los que han participado cerca de quinientos expertos.*

*Los grandes problemas en que ha venido trabajando la Delegación española son: la educación formal y cívica, la sanidad, las finanzas públicas en las naciones y en las regiones, la evolución en los procesos de integración institucional, las convergencias y divergencias en la cultura empresarial dentro de los estados miembros, la importancia y características de la movilidad, la ciencia y la tecnología, los movimientos migratorios hacia y desde fuera del entorno de la Unión, y la evaluación de los efectos culturales, sociales y políticos resultantes de la presente y futura incorporación de nuevos países al proceso integrador. Fruto de estos trabajos hemos publicado 34 documentos y 11 libros. Sobre todo ello, se han celebrado 149 Debates, Encuentros y Seminarios.*

*El año 2001 se creó por nuestra Central en Salzburgo el Instituto Europeo de Medicina integrado en el Instituto Europeo de Salud, para promover la discusión de un sistema de asistencia sanitaria óptimo accesible a todos. El Instituto actúa bajo la responsabilidad de la Sede Central de nuestra Academia y pretende ser un consejero para los gobiernos europeos en orden a identificar los problemas de la asistencia sanitaria y la educación en la Unión. Colaboramos decididamente desde el principio en esta iniciativa, tratando*

*de aportar una primera aproximación a la crisis del actual sistema sanitario español y europeo, y abordando, como primera tentativa, un estudio sobre la sanidad en Europa.*

*Posteriormente se debatieron los resultados en Encuentros celebrados en Valencia (Fundación Valenciana de Estudios Avanzados), Mérida (Fundación Academia Europea de Yuste), País Vasco (Academia de Ciencias Médicas de Bilbao), y Asturias (Universidad de Verano de La Granda). Tras todo ello, y con la colaboración de la Dirección General de Universidades e Investigación de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, llevamos a cabo la publicación de dos estudios, «La Sanidad en Europa (fase 1)» y «La Sanidad en Europa (fase 2)», en los que se recoge el resultado de las investigaciones realizadas. Las conclusiones se remitieron a nuestra Central, y se presentaron al Parlamento Europeo.*

*Indiscutiblemente, la sanidad continúa siendo una cuestión problemática para todos los miembros de la Unión Europea. Por ello, unos años más tarde, en el 2005, la Academia decidió volver al gran tema de la Sanidad. Este ambicioso proyecto se planteaba, por muy diversas razones, como el gran problema del futuro. Definimos un nuevo escenario para el estudio en profundidad del sistema de Salud en España y de su posible evolución en el futuro de la Europa en el Siglo XXI, y diseñamos tres grandes líneas, desde enfoques multidisciplinares, imprescindibles para establecer un paradigma común de la salud europea.*

*Trazadas estas grandes líneas, y dibujada la estrategia que había que seguir en su definición, constituimos un Comité de Expertos, a los que se les asignó la tarea de desarrollar y coordinar la investigación. Estaba integrado por dieciocho investigadores, distribuidos en tres Grupos: «Planificación de los recursos sanitarios de cara a una demanda*



global»; «Financiación de gastos sanitarios en un estado de autonomías» y «Recursos humanos y recambio generacional». *La dirección corrió a cargo de nuestro Vicepresidente, Prof. Rubia Vila, como coordinador del proyecto y de las relaciones con nuestra Central de Salzburgo. Se ocuparon respectivamente, de la línea de recursos humanos y recambio generacional, de la planificación de los recursos sanitarios de cara a una demanda global, y de la financiación de gastos en un estado autonómico, los Profesores Académicos Segovia de Arana, Pedro García Barreno y Juan Velarde.*

*La resultante de estos trabajos se recogió en un Libro Verde, cuyo contenido se utilizó como principal documento en los Debates que, sobre todo ello, se organizaron posteriormente en las Comunidades Autónomas de Asturias (La Granda), Cantabria (Universidad Internacional Menéndez Pelayo), Madrid (Real Academia Nacional de Medicina), Valencia (Fundación Valenciana de Estudios Avanzados), Sevilla (Real Academia de Medicina) y de Bilbao (Academia de Ciencias Médicas). En 2009 continuaron los Debates en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, Extremadura (Centro de Cirugía de Mínima Invasión «Jesús Usón» de Cáceres), y en Toledo con la Junta de Castilla-La Mancha. Participaron en esos Debates 140 expertos. Su contribución supuso una indiscutible aportación a este Proyecto.*

*Con objeto de posibilitar la incorporación de sus resultados a un proyecto de Libro Blanco, objetivo final de nuestra Academia, se creó un Grupo de Trabajo que, de acuerdo con nuestra metodología habitual, se ocupó de redactar un texto final del **Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español**. Este Grupo de Trabajo fue presidido por Francisco José Rubia Vila, e integrado por Pedro García Barreno*

*como coordinador general, y los expertos Daniel Martín Mayorga, Enrique Baca, Alfonso Flórez, Juan Luis Rodríguez-Vigil y Pedro Sabando.*

*Este trabajo, que la Academia Europea ofrece a la sociedad es, en muchos aspectos, un producto de deliberaciones entre expertos, que es lo que constituye el elemento cardinal del diálogo intercultural que, desde la diferente composición de los Grupos de Trabajo, hemos venido realizando desde nuestra constitución. Su objetivo es proporcionar un marco conceptual y una guía para los responsables de la formulación de nuevas políticas sanitarias en nuestro país, a la luz de los condicionantes, previos y actuales, y de las sugerencias y experiencia de los profesionales que han participado en el Proyecto y a participar en el debate permanente sobre la futura organización de la sanidad en España.*

*Nuestro objetivo y deseo ahora, al ofrecerlo a la consideración de especialistas, responsables institucionales y cívicos de nuestro país y de la Unión Europea, es que pueda servir, para ilustrar la situación y alcance de nuestras estructuras sanitarias y su capacidad de integrarse e influir en la cohesión social del proyecto europeo de Salud Pública.*

*Como Presidente de la Delegación Española de nuestra Academia, deseo expresar nuestro agradecimiento, no sólo a los Grupos de Trabajo por su valiosa participación, desarrollando sus conocimientos intensamente con aplicación y rigor, sino también a las diversas instituciones, de rango nacional y local, que nos han apoyado y ayudado en nuestros estudios. Y no los cito nominalmente porque son muchos, y correría el riesgo de hacerlo inadecuadamente, o de olvidarme de nombres ilustres y colaboradores anónimos, que son siempre imprescindibles en todo trabajo de investigación. Una sola excepción queremos hacer con José María*

PRESENTACIÓN

*Segovia de Arana, que tanto ha hecho por la Sanidad española. Es miembro de nuestra Academia, de las de Ciencias Morales y Medicina. Fue Presidente del Consejo Asesor de Sanidad, y promovió el sistema MIR de formación especializada y el Fondo de Investigaciones Sanitarias. Y ha sido un apoyo importante en el proyecto que ahora presentamos.*

*A todos ellos el compromiso de nuestra Academia de seguir trabajando incansablemente en el empeño, siempre inacabado, de contribuir, desde nuestra actividad académica, a mejorar los niveles de servicio y excelencia de la salud pública como garantía de ejemplaridad y cohesión social y cultural.*

*Madrid, diciembre de 2010*

*José Ángel Sánchez Asiain*

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento analiza el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) a lo largo del pasado siglo, haciendo hincapié en aquellos hitos importantes que lo han conducido al aseguramiento universal y público actual, referencia mundial por su universalización y eficiencia. No obstante, hoy preocupa la percepción de una serie de problemas que pueden poner en cuestión su sostenibilidad debido al incremento progresivo de los gastos sanitarios. Estos problemas se refieren a aspectos financieros, políticos, profesionales, sindicales y también de estructura y de prioridades.

Los logros conseguidos son evidentes y la necesidad de mantenerlos y mejorarlos es el móvil de este estudio que recoge opiniones de profesionales, gestores y responsables políticos, preocupados por el mantenimiento de un sistema del que todos nos sentimos orgullosos.

En el horizonte actual se contempla un «Pacto de Estado por la Sanidad». Un compromiso tal supondría un marco más adecuado para ofrecer respuestas a las incertidumbres que gravitan sobre el Sistema.

Durante el siglo XX la población española ha pasado de un bajo nivel de renta, con las secuelas de hambre, inanición y enfermedades, a altos niveles de renta, con consecuencias como la obesidad, la hipertensión y el aumento de accidentes de tráfico, pero también con un

incremento de la esperanza de vida que ha superado la de países más desarrollados económicamente.

Otro dato importante, aunque no exclusivamente español, ha sido lo que se ha denominado «el envejecimiento de la propia vejez», es decir el aumento de las personas segtuagenarias, octogenarias, y de más edad. Un aumento progresivo e irreversible, porque para corregirlo sería necesario que el índice de fecundidad de la familia española pasase de poco más de un hijo a seis hijos por familia.

Este hecho tiene repercusiones en la sanidad, ya que la salud comienza a deteriorarse, por regla general, a partir de los 40-50 años, para hacerlo después de manera progresiva. Este fenómeno, junto con la tasa de dependencia, tiene consecuencias importantes para el gasto sanitario.

Los gastos sanitarios han sufrido un considerable incremento por diversas razones: el importante incremento demográfico, la universalización de la cobertura sanitaria y la implantación generalizada de las nuevas tecnologías con alto coste de inversión, manejo y mantenimiento.

Otro factor responsable del aumento de los gastos sanitarios es la descoordinación de la organización sanitaria, sobre todo en el ámbito de las inversiones, sin olvidar el incremento y falta de control del gasto farmacéutico, todo lo cual hace peligrar un sistema sanitario ejemplar. Por ello, la Delegación Española de la Academia Europea de Ciencias y Artes no ha sido ajena a la preocupación que otros países de Europa ya han manifestado ante el crecimiento progresivo de los costes sanitarios.

Este Libro Blanco pretende contribuir a la correcta identificación de los retos actuales y aportar orientacio-

nes que aseguren la puesta al día y la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

El documento enumera una serie de problemas que habría que resolver, apuntando a que la protección sanitaria es uno de los principales instrumentos de cohesión de la sociedad y núcleo fundamental del Estado de Bienestar.

En resumen, teniendo en cuenta todo lo dicho, el Libro Blanco plantea una serie de recomendaciones que se reflejan en el capítulo final.

El documento se completa con una selección de los principales textos legales, que quedan recogidos como anexos.

De la capacidad de compromiso por todas las partes dependerá que se preserven o no los valores esenciales de solidaridad y equidad del Sistema.



## **A. El Sistema Nacional de Salud y su evolución**

### **1. Historia del SNS. Marco legal**

La realidad actual procede de la confluencia de dos líneas de acción del Sector Público. La primera tiene sus raíces en la reacción del Gobierno moderado de Narváez ante la conmoción política y, sobre todo, ideológica, que surge de la Revolución de 1848. La Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 nace para atender las necesidades sanitarias de la población de menores ingresos, con división de papeles entre Estado, las Diputaciones y de los Municipios. Pronto, todo un movimiento progresista vinculado a la creación de Sociedades de Higiene, motivó que el Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos emprendiesen acciones para frenar la morbilidad; desde campañas de vacunación —con el precedente etapa de la Ilustración y la vacuna contra la viruela— hasta decisiones, muy vinculadas con los municipios, relacionadas con traídas de agua potable, obras de alcantarillado o saneamientos diversos. Dentro de la organización administrativa española, gran parte de estas iniciativas pasaron a coordinarse desde el Ministerio de la Gobernación, donde acabaron apareciendo departamentos como la Dirección General de Beneficencia y la Dirección General de Sanidad, a más de la creación de entidades orientadas a actuar ante determinadas infecciones con importante



trascendencia social, como sucedió con el Patronato Nacional Antituberculoso.

Los establecimientos estatales, de acuerdo con el Reglamento de 19 de mayo de 1852, se orientaban a la satisfacción de necesidades permanentes, o que exigían atención especial. Recordemos el Hospital de la Princesa, en Madrid, albergue de enfermos con padecimientos agudos; o el Hospital Hidrológico de Trillo o el Sanatorio Lepra de Fontilles, relacionados con la lepra, o el Hospital-Manicomio de Leganés, o los Hospitales de enfermos incurables de Jesús Nazareno y Nuestra Señora del Carmen, en Madrid. También, el Instituto Nacional de Maternología y Puericultura, creado por Real Decreto de 17 de abril de 1910. Los establecimientos provinciales pretendían aliviar a la «humanidad doliente y menesterosa», con los Hospitales y las Casas de Maternidad. Los municipales se dedicaban a atender enfermedades accidentales— recordemos las Casas de Socorro— y de derivación de los indigentes hacia los establecimientos generales. Todo ello, a veces con el respaldo de centros de acción benefactora de personas privadas y también de la Iglesia, respondía a lo que se denomina acción graciable. Se prestaba en favor de quien las diversas instituciones decidían, sin que cupiese posibilidad alguna de reclamación jurídica. Sencillamente, no existía derecho a la asistencia sanitaria.

La otra línea procede de la reacción generada por tres planteamientos ideológicos confluyentes. Por un lado, el krausista, con el precedente del movimiento denominado de los Amigos de los Pobres —enfrentado a las Conferencias de San Vicente Paul—, planteando la necesidad de una acción social muy amplia, sobre todo por parte de Gumersindo de Azcárate. Por otro, los católicos, en lo

que se denominará Doctrina Social de la Iglesia, tras la publicación en 1891 de la encíclica *Rerum Novarum*. En tercer lugar estaban los conservadores canovistas, admiradores de la realidad política creada por Bismarck en Alemania, dentro de la cual, como consecuencia de la colaboración de la *Verein für Sozialpolitik*, habían aparecido los seguros sociales obligatorios derivados del famoso Mensaje Imperial de 17 de noviembre de 1881, leído, debido a enfermedad del Emperador, por el propio Bismarck, y glosado con rapidez en España por Cánovas del Castillo. El primero de estos seguros alemanes, por la Ley de 13 de junio de 1883, fue precisamente el seguro obligatorio de enfermedad para los trabajadores de la industria, que dos años más tarde se amplió a los del comercio y la agricultura, y por Ley de 10 de abril de 1892, a todos los asalariados.

Estas tres corrientes del pensamiento confluyeron en España en la Comisión de Reformas Sociales, creada por Real Decreto de Moret de 5 de diciembre de 1883 en el Ministerio de la Gobernación, que con Maura dará paso al Instituto de Reformas Sociales, de donde surgirá, en 1920 con Dato, el Ministerio de Trabajo.

De ahí es de donde surge el primer planteamiento de «derecho a la asistencia sanitaria», con la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900. Los patronos tenían la obligación de atender, entre otras cosas, las necesidades médicas del obrero accidentado, pero podían concertar un seguro con entidades mutuas o con empresas de seguros, entre las aceptadas legalmente. Después ya vendría el aseguramiento obligatorio, la ampliación de los asegurados y la aparición de la estatal Caja Nacional de Accidentes de Trabajo en el seno del Instituto Nacional de Previsión. También aquí existía un de-

recho a la asistencia médico-farmacéutica del accidentado.

La segunda realidad sanitaria ligada al aseguramiento social fue el Seguro de Maternidad, creado en principio por Decreto de 21 de agosto de 1923, aunque hubo de esperar para poder desarrollarse al Real Decreto-Ley de 22 de marzo de 1929, hecho realidad a partir del 1 de octubre de 1931. Se financiaba con aportaciones obligatorias del Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos, de las aseguradoras y de los patronos.

La tercera de estas realidades en el ámbito de los seguros obligatorios fue el seguro de enfermedades profesionales de 8 de abril de 1932, que las homologaba a los accidentes de trabajo. Al ser plenamente estructurado por la Ley de Bases de Enfermedades Profesionales de 13 de julio de 1936, no pudo tener un adecuado desarrollo. Dentro de su ámbito existían veintidós enfermedades profesionales que se relacionaban con cuarenta sectores de la Industria.

Esta línea culminó con la Ley de 14 de diciembre de 1942 que creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que estableció un régimen de *«protección frente a las situaciones de enfermedad que puedan presentarse a los trabajadores asegurados y a los familiares a su cargo»*. El nuevo régimen ofrecía a sus asegurados asistencia sanitaria por enfermedad, incluyéndose también la asistencia por maternidad, pero no las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales reguladas por la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900.

La asistencia sanitaria del SOE incluía únicamente atenciones hospitalarias quirúrgicas y obstétricas, pero no médicas. Tampoco cubría la asistencia psiquiátrica,

siendo gratuita la farmacia. Posteriormente se incorporaría la asistencia médica.

El SOE se basaba en el aseguramiento obligatorio de los «productores» y se sostenía mediante un régimen de primas que trabajadores y empleadores debían abonar a partes iguales y en proporción al salario abonado. Además, se contaba con pequeñas aportaciones del Estado.

Este Seguro Obligatorio amparaba solamente a los trabajadores por cuenta ajena «económicamente débiles» que fueran mayores de 14 años. En 1953 su protección alcanzaba únicamente al 30% de la población.

Sin perjuicio de concertar servicios hospitalarios con entidades públicas y privadas, el SOE procedió a crear una red asistencial propia, servida también por personal propio.

Esta opción determinó el total descarte del sistema de reembolso de los gastos médicos, característico del mutualismo europeo tradicional —generalizado en Francia, Bélgica y Alemania— que aceptaba el ejercicio profesional libre de la medicina asumiendo el reintegro de los gastos de la asistencia prestada por los hospitales y los médicos privados.

De esa primera opción organizativa derivan buena parte de las diferencias que existen entre nuestro sistema sanitario y los sistemas europeos de base mutualista o aseguradora, cuyas estructuras y funcionamiento hoy resultan de difícil comparación con las españolas.

En el ámbito hospitalario formaban la red asistencial del Seguro las llamadas Residencias Sanitarias. Por su parte, la red de ambulatorios y consultorios integraban consultas de medicina general, así como de especialidades médicas y quirúrgicas de facultativos pertenecientes a la plantilla del SOE retribuidos mediante «cupos».

La clase media, trabajadores por cuenta propia y ajena no económicamente débiles (labradores, artesanos, profesionales, comerciantes, funcionarios, etc.), y en general quienes no pudieran integrarse dentro del colectivo de los indigentes y de los asegurados, eran atendidos por la sanidad privada.

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 consolidó la separación entre las atenciones sanitarias asistenciales y las preventivas o de salud pública. Así, la Administración Sanitaria del Estado quedó encargada en exclusiva de las funciones de higiene y de salud pública, de la información e investigación epidemiológica y también de las atenciones sanitarias contra las enfermedades infecto-contagiosas, y sus servicios siguieron un camino paralelo respecto a los del SOE, con los que conectaban escasamente, manteniendo similar relación de alejamiento respecto de los servicios de la Beneficencia Pública, radicados principalmente en el ámbito competencial provincial.

Los cambios económicos y sociales que se sucedieron entre 1958 y 1965 implicaron un rápido crecimiento de la población asegurada, lo que a su vez determinó modificaciones organizativas importantes en la estructura sanitaria del SOE.

La bonanza económica subsiguiente al Plan de Estabilización se plasmó en la Ley de 28 de diciembre de 1963, de Bases de la Seguridad Social (LSS), que reformó substancialmente el Sistema de Seguridad Social, sustituyendo a la Ley de 1942.

En desarrollo de la nueva LSS el régimen de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y la organización de sus servicios asistenciales quedaron plasmados en el Decreto de 16 de noviembre de 1967 que configuró la asis-

tencia sanitaria como prestación de la Seguridad Social ante las contingencias de enfermedad común, accidente no laboral, maternidad, accidente laboral y enfermedad profesional ofrecida a trabajadores por cuenta ajena delimitados restrictivamente por un determinado nivel de renta.

La nueva LSS mantuvo la separación entre aseguramiento social y beneficencia existente desde 1942, así como la ausencia de cobertura sanitaria pública para las personas consideradas pudientes.

La mayor innovación sanitaria establecida por el Decreto de 16 de noviembre de 1967 consistió en el reconocimiento del derecho de los asegurados a la hospitalización médica, lo que provocó la transformación de las instalaciones de la Seguridad Social, que pasaron a ser hospitales generales en lugar de centros meramente quirúrgicos.

Además, en la red hospitalaria propia de la SS se produjo la jerarquización de los servicios médicos y quirúrgicos, con lo que quedó separada y diferenciada la asistencia prestada en estos centros respecto de la medicina y de la cirugía llamada «de cupo».

Más adelante, la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social de 1972 eliminó los topes máximos salariales como requisito para acceder a las prestaciones sanitarias de la SS. A partir de su promulgación todos los trabajadores por cuenta ajena tuvieron acceso a la acción protectora de la Seguridad Social con independencia de sus niveles retributivos. Además, entre 1975 y 1978 se crearon los regímenes de protección social y sanitaria de los funcionarios del Estado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU).

En 1970, la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social había llegado al 63,87% de la población (21 millones de personas). En 1978 alcanzaría ya al 81,76% (30 millones). Si a esas cifras se añaden las correspondientes a los regímenes de protección sanitaria de los funcionarios, los porcentajes se situaban aproximadamente en el 90% de la población española.

En paralelo a esa extensión de la cobertura sanitaria pública, se produjo un notable decrecimiento del número de personas protegidas por la beneficencia provincial y municipal. Por otro lado, tras la creación de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), por el Decreto-Ley 13/1972, de 29 de diciembre, sus establecimientos asistenciales quedaron limitados a una función subsidiaria respecto de los centros de la Seguridad Social, centrándose básicamente en las patologías crónicas.

Las características del sistema sanitario público existente en el momento final del gobierno de Franco derivaban de su falta de coordinación y de homogeneidad, con enormes diferencias de formación, de cualificación y de organización del trabajo entre los distintos subsistemas sanitarios, con notoria ventaja para el de la Seguridad Social. Por otro lado, era manifiesta ya la difícil sostenibilidad financiera de las instituciones sanitarias dependientes de las Corporaciones Locales y las fundaciones benéficas.

A lo largo de los años de la transición (1975-1982), el carácter relativamente «normal» del régimen laboral imperante en los hospitales de la Seguridad Social, su nuevo sistema de organización hospitalaria (que entonces resultaba modélico) y la progresiva implantación en el mismo del sistema de formación MIR, hicieron que el modelo de

gestión sanitaria de la Seguridad Social pareciera el más adecuado entre los existentes para proceder a la modernización del sistema sanitario español.

En este momento se produjo la aparición en el escenario administrativo español del Ministerio de Sanidad y del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) como entidad pública responsabilizada de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, cuya cobertura creció entonces de forma relevante, llegando al 84,5% en 1982, lo que, unido al espectro de protección de los regímenes asistenciales de los funcionarios, implicaba ya una cobertura asistencial sanitaria pública de más del 95% de la población española.

Como consecuencia del marco legal establecido por la Constitución Española de 1978 (CE) se produjeron profundos cambios en el ámbito sanitario, que afectaron a la médula ideológica del sistema, a su orientación político-administrativa y a su capacidad y calidad asistencial.

Los artículos 43 y 49 CE reconocieron el derecho de todos los españoles a la protección de la salud, al establecer «el derecho de protección de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios» reconociendo el segundo el derecho de las personas disminuidas psíquicas, físicas y sensoriales al tratamiento, rehabilitación e integración, con lo que puso fin al encaje de esos colectivos en la Beneficencia, integrándoles de pleno derecho en el sistema asistencial normalizado.

Con ello, el nuevo sistema asistencial se diferenció claramente de la Seguridad Social, regulada específicamente en el artículo 41 del texto constitucional.

La CE configuró la protección de la salud como principio rector de la política social y económica del Estado



Español, a quien se impuso el compromiso de proveer de atención sanitaria a los ciudadanos, sin discriminaciones o injustificadas diferencias de trato.

No obstante, como la Seguridad Social era la institución que, en ese momento y hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, dominaba completamente el espectro de la asistencia sanitaria pública española, quedaron notables puntos de influencia en modelo sanitario postconstitucional, ya que la SS ofrece aún prestaciones de carácter sanitario a sus asegurados y pensionistas, existiendo igualmente población que accede a la protección sanitaria pública mediante convenios singulares con la Seguridad Social.

La configuración del Estado español como Estado de las Autonomías (art. 2 CE) prefiguró el régimen organizativo e institucional del servicio sanitario público, descentralizado en las Comunidades Autónomas.

La CE atribuyó a la Administración General del Estado la competencia sobre «Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad y legislación farmacéutica» (art. 149.1.16.<sup>a</sup> CE), además de las relativas a la legislación básica y régimen económico de Seguridad Social (art. 41 CE), abriéndose la posibilidad de que sus servicios, incluyendo los sanitarios, fuesen gestionados y organizados por las Comunidades Autónomas (art. 149.17 CE). Éstas, por su parte, tendrían como competencia propia el ejercicio de funciones de «Sanidad e Higiene» (art. 148.21 CE), incluyendo la salud pública, la planificación sanitaria y la gestión y organización de los servicios asistenciales de la antigua Sanidad Nacional.

El concepto «Bases generales de la sanidad», de evidente carácter genérico, requirió de ulterior precisión jurisprudencial. La interpretación y delimitación constitucio-

nal de ese concepto vino dada por la sentencia del Tribunal Constitucional 32/1983, de 28 de abril, la cual estableció que dicha competencia se atribuye por la Constitución al Estado con la finalidad de que *«tales bases tengan una regulación normativa uniforme y vigencia en todo el territorio nacional»* de forma que permitan aglutinar un modelo sanitario único en toda España que garantice la igualdad efectiva de los españoles en este terreno, en cuyo marco deben de ejercitarse las competencias que las Comunidades ostentan en materia sanitaria.

Por otro lado, el artículo 149.1.16.<sup>a</sup> de la Constitución que encomienda al Estado la «Coordinación general de la sanidad», también ha sido precisado por la Sentencia TC 32/1983 como la *«fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y autonómicas en el ejercicio de las respectivas competencias, de modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario»*.

En términos constitucionales, coordinar la sanidad implica, pues, realizar la *«integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir impedirían o dificultarían la realidad misma del sistema»*, algo que exige que quien ostenta esa competencia posea información suficiente sobre todo el sistema sanitario, e igualmente que se produzca la coparticipación del Estado con las Comunidades Autónomas en la formulación de los objetivos que las diferentes partes del sistema quieran alcanzar.

Además de esas competencias, la Constitución atribuye al Estado, con carácter exclusivo, la Alta Inspección so-

bre la acción sanitaria de las Comunidades Autónomas, y la legislación sobre los productos farmacéuticos, junto a las funciones de todo tipo relativas a la Sanidad exterior.

En 1982 el primer Gobierno González puso en marcha un proceso de reformas legales, organizativas y funcionales orientadas a configurar el servicio público sanitario español conforme al mandato constitucional del art. 43 CE. Para ello era necesario sustituir la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, pieza sobre la que pivotaba el sistema legal sanitario hasta entonces, por una norma adaptada al ordenamiento constitucional, algo que se materializó en la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986.

No obstante, precedieron a la promulgación de esa norma y a la creación del Sistema Nacional de Salud determinadas reformas y medidas legales de reordenación del sistema anterior, que en alguna medida condicionaron el texto final de dicha ley.

En primer lugar, el Real Decreto de 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud, por el que se crearon equipos multidisciplinares de atención primaria como primer escalón sanitario dentro de un área geográfica determinada, aprobándose como complemento las normas autonómicas que establecieron las delimitaciones territoriales concretas, dentro de una filosofía asistencial y de prevención sanitaria integrales e integradas.

Un segundo hito lo constituyó la O.M. 25 de abril de 1984 que abrió la puerta a la plena integración en los Hospitales de la Seguridad Social de los especialistas dependientes de ésta, que eran remunerados conforme al sistema de «cupo».

Con esa integración aumentó significativamente la calidad de la asistencia especializada extrahospitalaria de la

Seguridad Social, reduciéndose la radical separación que existía entre hospitales y ambulatorios, que se reconvirtieron en áreas de consulta y puerta de entrada de un mismo sistema asistencial.

Por su parte, la Ley 53/1984, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas, tuvo especial incidencia en el ámbito sanitario, donde el pluriempleo, los cuartos y los medios de jornada e, incluso, los solapamientos horarios constituían una plaga endémica.

La aplicación de las incompatibilidades obligó a las distintas administraciones públicas sanitarias a proceder a la reordenación de las áreas afectadas por el nuevo sistema, facilitando innovaciones y la apertura del sistema a nuevas prestaciones.

El hito político administrativo más relevante anterior a la promulgación de la Ley General de Sanidad fue el inicio del proceso de descentralización sanitaria, que tuvo lugar mediante la transferencia de las competencias de Salud Pública e Higiene a la Generalitat de Cataluña en 1979 y al País Vasco en 1981. Poco después fueron igualmente transferidas la gestión y organización de los servicios asistenciales de la Seguridad Social.

Entre 1982 y 1986 se produjo la generalización de la transferencia de las competencias de Salud Pública e Higiene al resto de las CC AA, mientras que sólo algunas de ellas asumieron la gestión de los servicios asistenciales de la Seguridad Social, en un proceso que estuvo definido por su carácter asimétrico.

En este periodo, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 149.3 CE, las Comunidades del artículo 151 y asimiladas (País Vasco, Cataluña, Andalucía, Galicia, Comunidad Valenciana, Canarias y Navarra) se situaron su-

cesivamente en el techo competencial máximo permitido por la Constitución, quedando en sus manos todas las funciones sanitarias, tanto preventivas como asistenciales, salvo las relativas a la salud laboral y las correspondientes a la sanidad exterior y a la ordenación farmacéutica.

Las Comunidades de la «vía lenta» (art. 143 CE), recibieron en esta fase únicamente las competencias y servicios incluidos en el capítulo «Sanidad e Higiene» en su versión más estricta. Por ello, la gestión de la asistencia sanitaria en Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Murcia, Extremadura, La Rioja, Baleares y Madrid, así como en la ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (aproximadamente el 41% de la población española) quedó en manos de la Administración Central (Insalud) hasta comienzos del año 2002.

En la tramitación de la Ley General de Sanidad los partidos nacionalistas plantearon un amplio abanico de cuestiones relacionadas con el aumento de las competencias sanitarias autonómicas y con la correlativa minoración de las estatales —cuestionando el articulado que se consideraba como «básico», sobre el que se mantuvieron prolongadas negociaciones— así como con medidas que garantizaran las singularidades existentes o previstas del régimen sanitario en sus territorios.

La distribución del poder sanitario resultante de las primeras transferencias condicionó el texto final de la Ley General de Sanidad, algo que ha tenido mucho que ver con la singular y precaria configuración orgánica y funcional de los órganos que deberían ser coordinadores naturales y básicos del Sistema Nacional de Salud, como el Consejo Interterritorial, el Instituto de Salud Carlos III, o la Alta Inspección.

El despliegue de las nacientes administraciones sanitarias autonómicas facilitó la generalización de una nueva zonificación sanitaria en toda España a través de la publicación de los mapas sanitarios autonómicos que definieron delimitaciones territoriales sanitarias y cabeceras asistenciales, concretando líneas de dependencia y de relación entre los distintos establecimientos sanitarios, permitiendo visualizar las situaciones de dotación y de equipamiento existentes en cada territorio, algo que puso de relieve las enormes diferencias de dotación de medios asistenciales existente entre las distintas regiones de España, así como la no menor disparidad en calidad de los mismos.

La transformación y, en definitiva, el cambio a un modelo sanitario plenamente adaptado a lo dispuesto en los artículos 43 y 49 CE, así como al título VIII de dicha norma, se produjo formalmente a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, norma que define un antes y un después en el sistema de salud español.

La Ley General de Sanidad estableció un sistema sanitario público de carácter universal, financiado mediante aportaciones fiscales, que ofrece cobertura gratuita a toda la población española en condiciones de igualdad, integrando en un nuevo y único marco institucional medios y estructuras asistenciales diferentes y de variada procedencia, tales como Insalud, Aisna, Corporaciones locales (básicamente, Diputaciones Provinciales), así como fundaciones y entidades benéfico-asistenciales.

En consonancia con lo dispuesto en el art. 2 de la CE, que determinó la conformación autonómica del Estado Español, ese Sistema se configuró a partir de la integra-

ción de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Las discrepancias políticas que la ley suscitó en el momento de su promulgación se mantuvieron hasta el año 1996, cuando el primer gobierno del Partido Popular decidió explícitamente mantener los principios básicos de la reforma sanitaria acometida en los años ochenta por el gobierno socialista, abandonando cualquier intención de derogar o modificar significativamente su texto.

A partir de entonces, la Ley General de Sanidad ha quedado incorporada al elenco de las grandes leyes administrativas del Estado, susceptibles únicamente de mejoras parciales y que —salvo en circunstancias de imprevisible y radical cambio político— están a salvo de una revisión substancial o de fondo.

Sin embargo, la ley no ha logrado la articulación de un sistema sanitario público adecuadamente coordinado y armónico.

Al establecerse plazos muy largos para la entrada en funcionamiento del modelo final del Sistema Nacional de Salud diseñado en la LGS (algo que sólo se produjo en el año 2002 con la culminación del proceso de transferencia sanitaria a todas las Comunidades), se han consolidado importantes factores y situaciones diferenciales en las distintas autonomías, algunos de las cuales, por su gravedad, suponen un riesgo de gran entidad para el futuro del Sistema Nacional de Salud como tal; tanto más cuanto que los elementos diferenciales que se han creado no han podido ser conjurados por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCyCSNS).

Esta norma se promulgó en el momento de culminación del proceso transferencial sanitario con el objeto de

establecer objetivos e instrumentos comunes que dieran coherencia a un conjunto definido por la amplitud de su descentralización y por su marcada diversificación, debiendo hacer realidad los principios establecidos en su art. 2.º:

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.

c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.

d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.

e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.

f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

La LCyCSNS pretendía mejorar la calidad del sistema y garantizar su equidad en un horizonte de total transferencia de servicios a las CC AA, así como reverdecir y renovar las fórmulas de participación de los ciudadanos en



el mismo, definiendo los instrumentos capaces de fortalecer su cohesión y su estabilidad: el Consejo Interterritorial del SNS (CIS), el Fondo de Cohesión y el Sistema de Información, además de las redes de conocimiento, incluyendo el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

En concreto, se pretendía conseguir que el CIS fuese el «elemento clave del sistema», útil para forjar los consensos del mismo, debiendo dar cuenta anualmente al Senado de sus actividades, que estarían presididas por el acuerdo y la responsabilidad compartida, al tiempo que el Fondo de Cohesión permitiría que todos los españoles pudieran utilizar los mejores servicios especializados existentes en el país y en las mismas condiciones, sin perjuicio de cuál fuera el lugar de residencia de los ciudadanos, mientras que los sistemas de información y de comunicación sanitarios deberían ser potenciados y armonizados para que la información sanitaria fuese relevante y fácilmente accesible para los políticos, los gestores, los profesionales y así como para el público en general.

El objeto de la ley de Cohesión y Calidad era establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantizara la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Este objetivo no se ha cumplido, dado que resulta muy difícil hacer operativos instrumentos legales y materiales basados en el principio de unanimidad establecido legalmente para la toma de decisiones en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, la definición que se hace en la ley del Sistema de Información y de las Redes de conocimiento sa-

nitario ha resultado muy poco operativa, habiéndose creado un mundo sanitario notoriamente opaco y hermético en su información estadística, en el que resulta difícil hacer comparaciones rigurosas y citar datos incontestables, válidos para todo el Sistema Nacional de Salud.

Aun con esas deficiencias, los actuales datos de mortalidad, esperanza de vida, calidad de la asistencia, eficiencia, equidad, así como el elevado grado de satisfacción que suscita, sitúan al Sistema Nacional de Salud español entre los mejores de Europa.

## **2. Situación post-Constitución y previa a las transferencias a las Autonomías**

### *2.1 Informe Abril*

La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, conocida como Informe Abril, se origina en la Proposición No de Ley presentada por el grupo CDS y aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados el 13 de febrero de 1990.

A la Comisión se le encargó analizar la estructura, organización y funcionamiento del SNS en relación con la equidad, la calidad y la eficiencia; considerar el impacto sobre el mismo de los previsibles escenarios económicos y sociales del próximo futuro; y proponer medidas de mejora.

Los criterios básicos del trabajo de la Comisión fueron los siguientes: absoluta independencia de pensamiento y de acción; consenso de todos los miembros en metodología de trabajo y recomendaciones; y participación de to-

das las opiniones con alguna significación en la sanidad española.

El trabajo de la Comisión fue estructurado en nueve subcomisiones, cada una dedicada a estudiar un aspecto fundamental del SNS. Se solicitó opinión a más de 101 entidades y organismos públicos y privados. Se celebraron reuniones de trabajo con los consejeros de salud de todas las Comunidades Autónomas. Se pidieron dictámenes a asesores nacionales y extranjeros (entre ellos, Sir Roy Griffiths, del Reino Unido; Peter B. Boorsma, de Holanda; y Claes Orthendahl, de Suecia), incluyendo viajes (Cambridge, Falun, Bonn, etc.). Finalmente, se publicaron en su integridad de todos los informes y dictámenes.

En las conclusiones, se consideraron en el «haber» del Sistema Nacional de Salud la universalización, la equidad, la calidad medico-hospitalaria, la formación de especialistas, el progreso de la investigación y el cómodo servicio farmacéutico.

Fueron valoradas también como deficiencias la indeterminación presupuestaria, la irresponsabilidad burocrática, la ineficiencia, la rigidez administrativa, los incentivos perversos, la desinformación, la insatisfacción del usuario, el desánimo del personal sanitario, la centralización y la politización.

El «Informe Abril» presenta 64 recomendaciones para configurar un sistema de financiación pública equitativa y «percibida» con organización descentralizada, transparente y competitiva, y gestión autónoma y responsable, que incluyen medidas estructurales en organización, presupuestación (o financiación), gestión y atención socio-sanitaria.

En definitiva, el propósito del Informe Abril fue incidir en la equidad y la solidaridad como médula del Sistema

Nacional de Salud; estimular la eficiencia en el uso de los recursos; promover la conciencia de coste en personal sanitario y usuarios; dotar de autonomía y flexibilidad en la gestión de los centros asistenciales con responsabilidad personal de los gestores y motivación y participación en la gestión del personal sanitario en la búsqueda de mayor calidad de servicio y satisfacción del usuario. En cualquier caso, sus recomendaciones no fueron aplicadas por el gobierno de España, aunque algunas de sus propuestas sí fueron recogidas por distintas Comunidades Autónomas de diverso signo político.

## 2.2. *Informe Romay*

El 18 de diciembre de 1997 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó el dictamen que pedía *avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso*.

El presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso y presidente también de la Subcomisión que elaboró el dictamen a lo largo de 18 meses de trabajo, subrayó la trascendencia de este acuerdo para la sanidad española. Su aplicación reforzaría algunos de los elementos fundamentales del sistema sanitario que deben ser considerados temas de Estado: universalización de la asistencia; financiación pública mayoritaria y suficiente, garantía de prestaciones completas y de calidad, y modelo autonómico coherente con la configuración política del país.

El acuerdo no fue unánime. Fue aprobado por 170 votos (PP, CIU, PNV y Coalición Canaria) frente a 134 (PSOE, IU, Nueva Izquierda).

En relación con el modelo autonómico ha de resaltarse un aspecto importante: el apoyo de los partidos nacionalistas a unas recomendaciones que, al mismo tiempo, reclamaban por una parte completar el proceso de transferencias, y por otra reforzar los mecanismos de coordinación y los acuerdos en temas básicos como catálogo de prestaciones, estatuto marco para el personal, esquemas comunes de organización y gestión, tarjeta sanitaria compatible, evaluación de tecnologías, coordinación normativa, competencias del Consejo Interterritorial, etc. La aplicación de estas recomendaciones ayudaría a vertebrar y mantener un Sistema Nacional de Salud aceptablemente homogéneo y evitar la emergencia de 17 Sistemas diferentes.

La aprobación de este dictamen tiene gran importancia. Supone políticamente la aceptación por el Partido Popular del modelo que se desprende de la Ley General de Sanidad de 1986, así como una coincidencia de fondo con las políticas llevadas a cabo en los once años anteriores por Gobiernos de otro signo político, con lo que viene a despejarse definitivamente la posibilidad de que la alternancia en la gobernación de socialistas y conservadores conllevara modificaciones sustanciales o de modelo en el Sistema Sanitario. Es, pues, un dictamen que supone la consolidación del Sistema.

Algunos capítulos del Dictamen, muy debatidos en la Subcomisión y de gran importancia, merecen un comentario particular.

Uno de los temas clave fue la financiación del Sistema. En el Dictamen se expresa que el presupuesto sanitario

ha de experimentar un incremento en términos de su participación en el PIB nominal. Respecto a la distribución presupuestaria, se mantiene como regla el criterio de capitación, perfeccionado con otros aspectos tales como la estructura demográfica, los desplazamientos de la población, la insularidad, la dispersión geográfica o la docencia.

Respecto a las fórmulas de gestión, y a la vista de la experiencia internacional, ha de tenerse muy presente que siendo el marco financiero del sistema muy estrecho, un aumento de los gastos de gestión puede derivar en un deterioro de la calidad de la asistencia, una limitación de prestaciones o una disminución de cobertura directa o indirecta.

El diseño financiero propuesto corrige el defecto de acuerdo anterior (1994-1997) y situaba el gasto sanitario público para el siguiente cuatrienio en torno al 6,2-6,3% del PIB.

Otro debate pormenorizado se desarrolló acerca de la fuente de financiación del incremento del gasto sanitario. Se discutió con detalle y sobre la bibliografía existente la ampliación del copago en medicamentos o su aplicación en otras prestaciones sanitarias, llegándose a descartar tanto el copago como los impuestos especiales. Está suficientemente demostrado que el tique moderador asistencial permite recaudar algo de dinero —no mucho—, pero a costa de la equidad, ya que penaliza a los más enfermos y a los menos pudientes.

Se adoptó la decisión de mantener la financiación sanitaria en el marco general de los servicios públicos. Es desde el conjunto de impuestos recaudados por el Estado desde donde se financia el conjunto de la sanidad pública.

### 2.3. *Ley de Cohesión y Calidad*

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCyCSNS) viene a consolidar la estructura sanitaria diseñada en la legislación previa, intentando ofrecer respuestas a los problemas que se consideraban especialmente delicados en aquel momento.

En ese sentido es adecuado recoger unos párrafos de su exposición de motivos:

El título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que enfatizaba la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Asimismo, la Ley pretendió consolidar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la

Administración General del Estado, habida cuenta de la experiencia previa.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad.

La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. La experiencia y la práctica de las relaciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas desde 1986, año en que se aprueba la Ley General de Sanidad, ha sido un elemento dinamizador y, en muchos aspectos, un referente para el desarrollo de la cohesión en el Estado Autónomo. Y es precisamente esta experiencia, muy valorada por nuestros ciudadanos e internacionalmente, la que posibilita no sólo realizar un buen diagnóstico sobre sus virtudes y carencias, sino también estar en condiciones de abordar sectorialmente el necesario perfeccionamiento de las relaciones, de manera que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta dicho Estado autónomo.

Paralelamente, transcurridos más de dieciséis años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la



implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basada en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria. Retos todos ellos que han puesto de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las Comunidades Autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno exige.

Por todo ello, la presente Ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:

a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen. Calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.

c) Y, por último, participación ciudadana, desde el respeto a la autonomía de las decisiones individuales y a

la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario.

La experiencia de la coordinación sanitaria desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo que, aprovechando lo mejor del pasado, ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva, independientemente del lugar de residencia. Se pretende por tanto que la atención al ciudadano por parte de los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes en todo el Estado, sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial a las propias transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.



## **B. Aspectos económicos y financieros**

### **1. Aspectos económicos**

El modelo castizo o de aislamiento que caracterizó a la política económica española durante mucho tiempo explica, en buena medida, el bajo nivel de nuestra economía desde finales del siglo XIX y principios del XX, y éste, a su vez, la desnutrición generalizada en la población y el alto grado de morbilidad imperante hasta bien entrada la pasada centuria. Sólo a partir de 1959 comienza a superarse aquel modelo de desarrollo económico y a ser sustituido por otro de franca apertura al exterior, que culminará con la incorporación de España a la eurozona como socio fundador. Hoy, de los 177 países considerados en el *Informe sobre Desarrollo Humano. 2006*, nuestro país ocupa el décimo lugar, con una esperanza media de vida al nacer de 79,7 años, superior, entre otras, a la de Alemania (78,9), Francia (79,6), Estados Unidos (77,5) y Reino Unido (78,5).

La amenaza que en la actualidad acecha a nuestra sanidad no procede ya del precario nivel nutricional, sino más bien de todo lo contrario. Como en otros países desarrollados, los problemas proceden ahora del cambio en los hábitos alimentarios y de sus consecuencias (sobrepeso, obesidad, hipertensión, etc.), así como de las secuelas del alcoholismo y el consumo de drogas, factores, todos ellos, relacionados con los más elevados niveles de renta y

que, unidos al envejecimiento demográfico y a la inmigración, explican la progresiva expansión del gasto sanitario durante las últimas décadas, prefigurando un problemático futuro para el SNS.

### *Estructura y evolución reciente del gasto sanitario en España*

Los factores impulsores del gasto público sanitario que acaban de señalarse vienen ya operando eficazmente desde hace tiempo. Así, durante el decenio 1995-2004, dicho gasto casi se duplicó, pasando de 21.545,9 millones de euros a 41.772,3 millones. Y durante el trienio 2004-2006 se incrementó en un 16%, situándose en 48.650 millones de euros, lo que representaba prácticamente el 5% del PIB nominal del último año indicado. En 2010, este porcentaje se sitúa en el 6%, que sumado al correspondiente al gasto sanitario privado, eleva el gasto total hasta el 8% del PIB. A las causas arriba expuestas de este fenómeno cabe añadir, entre otras: 1.<sup>a</sup>) el importante incremento demográfico debido a la inmigración (4,48 millones de residentes más durante la última década, según el censo de 2006); 2.<sup>a</sup>) la universalización de la cobertura asistencial sanitaria, a cuyos efectos sobre el gasto habría que agregar los del reconocimiento del derecho a la reagrupación familiar de los inmigrantes; 3.<sup>a</sup>) la implantación generalizada de nuevas tecnologías sanitarias caracterizadas por un alto coste de inversión y unos gastos de aplicación y mantenimiento igualmente elevados, al precisar de un personal facultativo cada vez más cualificado; 4.<sup>a</sup>) la tendencia a la informatización de la gestión hospitala-

ria en sus distintas fases y documentos; 5.<sup>a</sup>) la concienciación social acerca de las ventajas de la medicina *preventiva* y la positiva estimación de la opinión pública acerca de la eficacia de la asistencia sanitaria española; 6.<sup>a</sup>) los efectos que sobre el gasto se derivan de la llamada medicina *defensiva* (consecuencia de la necesidad de dar respuesta a la actitud cada vez más reivindicativa y contenciosa de los demandantes de los servicios sanitarios, al objeto de evitar posibles supuestos de responsabilidad civil); y 7.<sup>a</sup>) ha de señalarse, finalmente, el efecto paralelo que sobre los costes fijos del SNS, sobre todo, ha supuesto el proceso de fragmentación del mismo consiguiente a la cesión de competencias en materia de sanidad a las 17 Comunidades Autónomas, desaprovechando las economías de escala propias de la gestión centralizada del sistema.

Otros rasgos expresivos de la importancia y características del gasto sanitario en nuestro país, así como de su tendencia futura, son los señalados por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). En 2006, un español acudía al médico 8 veces más al año que el promedio de la UE-15, es decir, un 40% de veces más; 1 de cada 3 visitas no resultaba ser necesaria desde el punto de vista terapéutico; entre el 30% y el 80% de las visitas de urgencia no respondían a tal consideración; y más de 80 millones de visitas anuales podrían haberse evitado canalizándolas hacia otras vías asistenciales de menor coste y eficacia equivalente. Por otra parte, el gasto farmacéutico resultaba ser un 40% superior al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal; el 70% de las recetas se concentraba en un 20% de la población, precisamente el correspondiente a los pensionistas exentos de pago; y España ocupaba el segundo puesto en el *ranking*

europeo de fumadores (1 de cada 4 españoles mayores de 15 años de edad fuma).

El análisis del gasto sanitario según categorías económicas revela que, en 2003, el 66,5% del mismo correspondía a remuneraciones del personal y consumos intermedios (recetas médicas, reintegros para prótesis y aparatos terapéuticos), el 5,2% a gastos derivados de los conciertos (transporte sanitario y atención especializada de diagnóstico), y sólo el 3,8% a gastos de capital. Según la clasificación funcional del gasto, la partida más importante estaba representada por los servicios hospitalarios y especializados, con un 53,7% del total, seguidos por los gastos farmacéuticos, con un 23,3%, y de los servicios primarios de salud, con un 14,2%; el resto, 9,8%, correspondía a gastos de capital (3,7%), servicios colectivos de salud (2%), y otros gastos (4,1%). Quiere ello decir que cualquier política que pretenda instrumentarse para la contención del gasto sanitario deberá centrarse preferentemente en la racionalización y mejora de los gastos consuntivos, que representan alrededor del 70% del total, así como del gasto farmacéutico, respecto de cuya importancia España se encuentra en uno de los primeros puestos del *ranking* elaborado por la OCDE en 2003.

Además de la importancia del gasto farmacéutico, conviene señalar los rasgos adicionales del gasto sanitario español. Es el primero el relativo a su dimensión medida como porcentaje del PIB. Con referencia a 2002, el gasto total (público más privado) representaba el 7,2% del PIB, es decir, una proporción equivalente a Austria, Finlandia, Italia y Noruega, y ligeramente inferior a la de Australia, Bélgica, Holanda, Islandia, Portugal y Suecia. Alemania, Estados Unidos, Francia, Grecia y Suiza, dentro de la OCDE, mostraron por el contrario porcentajes muy su-

periores, con el 10,7%, 12,5%, 9,2% y 10,5% respectivamente; e Irlanda, Japón y Reino Unido, porcentajes sensiblemente inferiores, con el 6%, 6,3% y 6,1%, respectivamente.

La segunda característica destacable es que la proporción del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario no se desvía demasiado de la tónica predominante en la OCDE, si exceptuamos los casos de Estados Unidos, Grecia y Suiza, países en los que dicha proporción es inferior. En España era del 72% en el año indicado más arriba.

Otro aspecto importante es el relativo a la distribución espacial del gasto por Comunidades Autónomas. Entre 1995 y 2004, el gasto sanitario público por habitante se duplicó prácticamente, al pasar de una media nacional de 502,2 euros a 998,8 (el Informe SANILINI da, para 2006, 1.139 euros). En el primero de dichos años eran ocho las Comunidades Autónomas que rebasaban el gasto medio por habitante, sobre todo Asturias, con 593,4 euros, Navarra, con 595,0, y el País Vasco, con 606,7 euros. En 2004, Las Comunidades que sobrepasaban la media fueron también ocho, si bien Aragón y Castilla y León fueron sustituidas por Cataluña y La Rioja.

En cuanto a las desigualdades regionales relativas a infraestructuras sanitarias y a equipos de alta tecnología médica, la dispersión que muestran los datos disponibles es muy acusada.

Sin ignorar las ventajas de la descentralización administrativa derivadas del, en principio, mejor conocimiento a nivel local de las necesidades de los ciudadanos en relación con determinados servicios públicos —lo que, por otro lado, no deja de implicar también ciertos riesgos de carácter electoralista o clientelar en la planificación



del gasto en los mismos—, es preciso señalar los inconvenientes de la excesiva fragmentación del Servicio Nacional de Salud (SNS), tales como el desaprovechamiento de economías de escala o la descoordinación horizontal de actuaciones sanitarias fundamentales, según han venido mostrando, por ejemplo, las disparidades interregionales de los calendarios de vacunación. No debe olvidarse que la naturaleza de la sanidad como bien generador de efectos externos que rebasan los límites territoriales de cada circunscripción autonómica, reclama la existencia de una instancia unitaria superior que garantice la armonización de los diversos servicios para lograr su máximo grado de eficacia y eficiencia, dentro del imperativo constitucional de la igualdad entre todos los ciudadanos con independencia del lugar donde residan.

### *El caso especial del gasto en prestaciones farmacéuticas*

Como queda dicho, este componente del gasto sanitario reviste particular importancia, no sólo por su peso relativo en el conjunto del gasto (cerca de la cuarta parte del mismo), sino por su interferencia en el funcionamiento normal de todo un sector de la economía: el de la industria farmacéutica.

Hasta 1967, el modelo español consistió en la total cobertura pública de las prestaciones farmacéuticas (ausencia de copago) acompañada de una política de precios administrados. Los Pactos de la Moncloa de 1977 incrementaron significativamente el copago previamente establecido (exceptuando del mismo a los pensionistas y a los enfermos crónicos y de larga duración) y reformaron el

control de los precios de los fármacos, aprovechando la situación de práctico *monopsonio público* del sector. A partir de 1993, manteniéndose básicamente este modelo, se procuró, no obstante, introducir elementos de mercado en los criterios de regulación, así como incentivos en el lado de la demanda.

En la actualidad, el sistema de regulación del gasto en medicamentos consiste en limitar la financiación pública a sólo una lista de productos autorizados por la Administración sanitaria, lista que ha ido ampliándose progresivamente. La determinación de los precios de adquisición de esos productos se realiza por el método de adición, sumando a los costes de las distintas fases de producción y comercialización un margen de beneficio fijado administrativamente. Huelga decir que este método goza de escasa aceptación no sólo por su ignorancia de los aspectos relativos a la eficiencia que proporciona la libre fijación de los precios, sino también por las dificultades que entraña su aplicación. De ahí que en la práctica la regulación de precios se verifique mediante el método de «competencia por comparación».

La promulgación de la Ley de Patentes (1986) con el fin de proteger a las empresas innovadoras de la comercialización de «copias» de los medicamentos nuevos durante el periodo de vigencia de la patente, ha permitido también el desarrollo del mercado de medicamentos genéricos, propiciando de este modo la innovación farmacológica y un cierto grado de competencia comercial.

Sin embargo, la aplicación de los anteriores mecanismos de regulación en el mercado de productos farmacéuticos no ha logrado satisfacer a los agentes en él implicados, de manera que el sector empresarial aspira a un cambio en el modelo actual que permita cohonestar los

intereses público y privado mediante la creación de un marco regulador estable que garantice el acceso a los medicamentos innovadores, la contención del gasto público y el máximo desarrollo de la industria farmacéutica.

### *Eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria española*

El carácter de la sanidad como *bien de mérito*, que genera beneficios individuales pero también sociales, y la propia complejidad de los objetivos del SNS (garantizar la universalidad, la igualdad y el equilibrio interterritorial de los servicios correspondientes) dificultan la cuantificación de los beneficios sociales que genera, imposibilitando la aplicación del análisis coste-beneficio como guía para su correcta programación económica. Pero si existen dificultades para medir la eficacia —no digamos la eficiencia— del SNS, sí se poseen, en cambio, datos acerca de la valoración que el mismo merece a la población por él protegida.

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en 2005 la valoración social de los centros de salud era notablemente positiva: el 53,1% del estrato poblacional más joven de la muestra (18-25 años de edad) calificaba a dichos centros de *bastante* o *muy eficaces*; y en cuanto al estrato de edad superior (80 años y más), el 86,5% les otorgaba la misma calificación. Un estrato intermedio, como el de 50-64 años, se pronunciaba favorablemente en un 68,5%. Atendiendo a la clase social subjetiva de los encuestados, el mismo estudio arrojaba los siguientes resultados: para el 68,4% de la clase alta y media-alta, la valoración era bastante o muy positiva; para los de la clase

media-media, ese porcentaje era del 61,9%; y para los de la clase baja, del 61,9%.

Por lo que respecta a la eficacia de la red hospitalaria, la valoración de los encuestados puede sintetizarse como sigue: 1.º) Por tramos de edad, la valoración *muy* o *bastante* positiva era del 49,9% para los encuestados de 18-29 años de edad; del 61,2% para los de 50-59 años; y del 74,6% para los de 80 y más años. 2.º) Por clase social subjetiva: clase alta y media-alta, el 65,4%; media-media, el 58,1%; y baja, el 57%.

La positiva valoración social acerca de la eficacia de los instrumentos fundamentales del SNS contribuye a explicar la significativa demanda que de sus servicios ejercen las personas residentes en otros países de la Unión Europea, en el marco de lo que ya se conoce como «turismo médico», pendiente de regulación por las instancias comunitarias al objeto de arbitrar mecanismos de compensación entre los países miembros para el resarcimiento de los gastos incurridos por prestaciones a los residentes comunitarios no nacionales.

### *Aspectos éticos relacionados con la Economía de la Salud*

Por sus indudables implicaciones en relación con la eficacia e incluso con la eficiencia del SNS conviene, aunque sea muy brevemente, recoger algunas consideraciones relativas a los aspectos éticos de la sanidad como elemento central del Estado de Bienestar.

Si los fines de la sanidad consisten en *prevenir* la enfermedad, *curar* y *aliviar* al enfermo, la relación entre éste y el profesional sanitario, dada la condición de ambos

como personas, no es una mera relación científica o técnica, sino una relación estrictamente humana. Con frecuencia, el éxito de la atención sanitaria, es decir, su eficacia, depende de la asunción de este hecho que se proyecta en una triple vertiente: la correspondiente a la función del médico; la relativa al profesional de enfermería; y la del gestor administrativo en el más amplio sentido.

Por lo que se refiere a la función eficaz del médico, cabe distinguir dos clases de exigencias: *ad intra*, ha de quedar garantizada una sólida formación moral, científica y técnica por parte del facultativo que permitan depositar en él la necesaria confianza del enfermo para su alivio y eventual recuperación. *Ad extra*, es preciso que en las esferas ambulatoria, clínica y quirúrgica el médico sea capaz de adaptarse a la singularidad del enfermo como persona, lo cual exige un tratamiento igualmente singularizado o, más exactamente, *personalizado*. Ambas clases de exigencias remiten en última instancia a factores no sólo cuantitativos, económicos o de medios materiales para la adecuada formación del médico, sino también cualitativos que contribuyan a su formación humana y moral.

Lo mismo hay que decir respecto a los profesionales de enfermería e incluso de los gestores de los centros sanitarios, que tienen atribuida la administración de unos recursos frecuentemente escasos para el cumplimiento de su función. Existe también una ética orientada al mejor uso de los mismos, de manera que pueda lograrse la máxima eficacia posible del conjunto de la organización.

Carecemos de información relativa a la idoneidad del sistema sanitario español en relación con estos extremos, aunque quizá los datos anteriormente recogidos acerca

de la valoración del SNS por parte de sus beneficiarios permitan inferir alguna conclusión al respecto. En todo caso, las exigencias de la bioética y de la ética médica han de plantear —están planteando ya— arduos problemas a nuestras sociedades.

## **2. Aspectos financieros**

El método de financiación de la sanidad española ha evolucionado desde el originario sistema de cotizaciones a cargo de los beneficiarios, a un modelo de financiación pública basado en recursos obtenidos por vía impositiva, en consonancia con la universalización de las prestaciones del SNS.

No es este el lugar para analizar pormenorizadamente la compleja problemática que plantea el actual sistema español de financiación sanitaria derivado del Estado de las Autonomías, aunque sí lo es para señalar las disfunciones que el mismo ocasiona en orden a garantizar un SNS que proporcione un nivel homogéneo de protección sanitaria en el plano territorial. En este sentido, conviene recordar el reciente pronunciamiento de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en el sentido de la conveniencia de «recentralizar» el SNS a ejemplo de lo que viene ocurriendo en el resto de Europa. La convivencia de regímenes tributarios especiales (País Vasco, Navarra, Canarias, Ceuta y Melilla) y de territorios de régimen fiscal común, a los que se ha reconocido capacidad normativa propia en materia incluso de impuestos estatales transferidos o participados, conduce necesariamente a capacidades de financiación diversas por parte

de las Comunidades Autónomas y, por tanto, a niveles de atención sanitaria también diferentes.

En este momento, una vía abierta de discusión es considerar en qué medida el propio sistema de financiación sanitaria basado en impuestos se corresponde con la sanidad como *bien de mérito*, y si la financiación exclusivamente pública es la más adecuada desde el punto de vista de la necesidad de moderar el gasto sanitario. A este respecto, lo primero que habría que plantear es que las fórmulas de copago como las ya aplicadas en relación con las prestaciones farmacéuticas, son correctas al margen de su posible eficacia para la contención de los gastos correspondientes. La aplicación parcial del principio del beneficio para la financiación del SNS podría estar de acuerdo con el hecho de que tales gastos se traducen parcialmente en beneficios individuales y divisibles, por lo que no habría de extrañar que se exigieran a los beneficiarios aportaciones singulares de las que sólo deberían quedar liberados en supuestos especiales de carencia o insuficiencia de renta, como puede ser el caso de los parados o los pensionistas. Ya el Informe Abril, en 1991, se pronunciaba a favor del copago no sólo en relación con las prestaciones farmacéuticas, sino también con otras prestaciones básicas e incluso complementarias. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la implantación del copago en el actual modelo sanitario exigiría la creación de una estructura burocrática que previsiblemente no lo haría rentable.

La naturaleza de la sanidad como bien de mérito, lo mismo que explica la coexistencia de los sectores sanitarios privado y público, justificaría también la aplicación de fórmulas adecuadas de financiación compartida (personal y colectiva) para esta última. Y, por la misma

razón, si la sanidad privada generara también beneficios sociales o colectivos, debería igualmente arbitrarse un cuadro de beneficios fiscales adecuados, tanto para las empresas de este sector como para los usuarios de sus servicios.





## **C. Análisis de situación**

### **1. Introducción**

La mayor parte de los problemas del Sistema Nacional de Salud (SNS) español son similares a los que sufren los demás sistemas sanitarios públicos europeos: recurrente insuficiencia financiera; serias dificultades para afrontar el envejecimiento de la población (especialmente, la concentración en el último año de vida de los ancianos de pruebas y actuaciones diagnósticas muy caras y con frecuencia superfluas); medicalización de la sociedad; dificultades para asistir sanitariamente a los innumerables emigrantes que llegan de países cuyos parámetros culturales, sociales y económicos difieren de los europeos; los efectos provocados por los enormes cambios culturales y familiares que afectan a todas las sociedades europeas; y, por último, la dificultad de sostener financieramente los ritmos de la innovación tecnológica propios de la sanidad moderna.

En todo caso, el actual contexto de crisis económica y la constatación de serias disfunciones, extremadas rigideces tanto en la gestión como en el funcionamiento del SNS exige, junto con las reformas legales, la apertura de un debate público al más alto nivel sobre el estado de la sanidad española y de algunos de sus puntos clave: situación financiera, modulación de la demanda mediante el copago selectivo, gobernanza del sistema, interacción con el ámbito social (ley de Dependencia), etc.

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El prestigio alcanzado por el SNS entre la clase política, consecuencia del aprecio popular que suscita, dificulta el análisis riguroso de los problemas, incluso de aquellos que, por ser especialmente flagrantes, requerirían de urgente corrección. Que un asunto tan prioritario se encuentre prácticamente ausente de los grandes debates del Parlamento sólo se explica por la autocomplacencia política que reina sobre la Sanidad española. Nada que suponga reforma parece estar, de momento, en las agendas políticas del Estado y de las Comunidades, los cuales parecen coincidir en que el único problema real del sistema sanitario es el de su financiación. Problema que efectivamente es grande, pero no único.

Los retos que el SNS debe encarar son similares a los del resto de los sistemas sanitarios públicos europeos. Nuestros vecinos, como consecuencia de amplios y rigurosos debates públicos sobre el sistema sanitario y su futuro, han comenzado a adoptar complejas y, en ocasiones, enérgicas, medidas de reforma y de control financiero; más o menos profundas según sea la tipología política de cada país, pero todas orientadas a controlar el crecimiento del gasto y a racionalizar la oferta de los servicios.

Un planteamiento útil sólo será posible si se prescinde de la apelación al corto plazo y se rechazan los tabúes y tópicos del tipo: *no importan los recursos porque se trata de la salud*, o los maniqueísmos interesados respecto a lo público o lo privado.

Al ser el sector sanitario especialmente sensible a las oscilaciones económicas de las administraciones públicas, cualquier insuficiencia financiera que afecte a las Comunidades Autónomas (CC AA) tendrá inmediatas consecuencias negativas en los servicios de salud. Con caídas de ingresos fiscales en las CC AA cercanas al 40% en la

mayoría de los tributos que gestionan o participan, la crisis financiera del Sistema resulta tan innegable como necesario el debate sobre su futuro y sostenibilidad.

A diferencia de lo que ocurre con otras prestaciones sociales (el desempleo, por ejemplo), a medida que se van satisfaciendo objetivos de mejora de la salud pública y aumentando la esperanza de vida, la demanda de prestaciones sanitarias no disminuye, sino que aumenta. En consecuencia, el gasto sanitario crece más que otros gastos sociales, por encima del PIB, y su peso puede incluso determinar la viabilidad de otras políticas necesarias para la cohesión social.

El presente documento pretende ser una aportación a este obligado y urgente debate. En definitiva, se trata de proteger el actual sistema, mediante un gran pacto nacional —similar al que se alcanzó en materia de pensiones (Pacto de Toledo)— que lo actualice y dote de mayor racionalidad económico-financiera para hacerlo sostenible, así como de la cohesión y coordinación de la que actualmente carece.

En España, pensar en medicina, en sanidad y en futuro debe ser, sobre todo, pensar en el Estado de Bienestar y en el SNS. En los últimos treinta años, la sociedad española ha sido capaz de reconducir un sistema público de salud con muchos problemas y también muchas fortalezas, y llevarlo hasta un SNS de amplias prestaciones, prácticamente universalizado, y que constituye la columna vertebral del Estado de Bienestar del que disfrutamos los españoles. Este SNS ha dado cauce al compromiso y la ilusión profesional y científica de toda una generación de sanitarios, a los cuales debemos atribuir el grueso del mérito en el sorprendente balance que el sector ofrece

como productor de conocimiento y locomotora del desarrollo económico y social.

Pero la historia no es lineal. Antes de la reforma sanitaria había, por supuesto, servicios de salud. Tenemos una importante deuda con la Seguridad Social y el INSALUD, que fueron capaces de legarnos un sistema integrado y amplio de aseguramiento ante la enfermedad, además de facilitar la entrada de la modernidad y la excelencia de la medicina hospitalaria a través de las «residencias y ciudades sanitarias del Seguro». Y hay que tener presente que, según se avanza en las transformaciones, nuevos y viejos problemas se incuban y desarrollan.

Es necesario renovar la legitimación del Estado del Bienestar con el diseño de un modelo de desarrollo económico y de convivencia política y social que asuma simultáneamente la tarea de creación de valor y distribución solidaria de la riqueza. Se requiere *sensibilidad* para capturar las claves esenciales del comportamiento y necesidades humanas; *creatividad* para elaborar propuestas al tiempos innovadoras y realizables; y *proporcionalidad* para encontrar los puntos de equilibrio en las dicotomías principales que hoy atenazan a la sociedad.

El papel del Estado del Bienestar ha sido y es crucial para desarrollar los ideales de equidad y solidaridad y, en definitiva, para garantizar un nivel mínimo de soporte social a todos los ciudadanos.

Debe definirse un modelo de progreso y de bienestar social, cuyas señas de identidad podrían partir de los siguientes seis elementos claves:

- El papel sólido e imprescindible del Estado, como compensador de las desigualdades sociales que introduce la economía de mercado.

- La solidaridad, como valor básico y sustantivo de la vida social y de la dignidad humana.
- La equidad, como principio de garantía de bienestar y oportunidad de todos los ciudadanos ante la sociedad.
- La distribución, como elemento intrínseco al equilibrio social.
- La ética, como guía del comportamiento humano.
- El Bienestar Social, como objetivo y resultado que legitiman la intervención política, las relaciones sociales y la vida económica.

Los cambios acaecidos durante los últimos años en los órdenes político, económico y social han modificado sustancialmente la realidad, lo que obliga a revisar los fundamentos ideológicos y programáticos a todas las organizaciones sociales, entre las cuales los sindicatos ocupan un espacio insustituible.

Hoy no es posible prescindir de las instituciones del Estado Social, porque ello conllevaría la quiebra de un modelo integrador que ha permitido en las últimas décadas un nivel de desarrollo económico y de convivencia tan relevante como el que ha tenido lugar en la Europa Occidental.

España llegó tarde a la creación del Estado de Bienestar. De hecho, el gasto social total no acaba de llegar al 25% del PIB, mientras que la media de la UE-15 supera el 30% y la media de la OCDE está por encima del 25%. El componente público del gasto social para 2001 mostraba la misma situación (menos del 20% del PIB, frente a casi 24% de UE-15, y más del 20% de OCDE). Sólo Portugal y Grecia nos ayudan a no quedar al final de la tabla de la UE-15.

Estando, como se ve, lejos de cometer excesos en la redistribución de riqueza a través del gasto social, a princi-

pios de los años 90 se manifestó la crisis del Estado de Bienestar.

La respuesta a esta nueva situación fue la brillante reconducción del problema de sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social a través de los Pactos de Toledo, cuyo mérito hay que atribuirlo a los agentes sociales y también a algunos cuadros sensatos e inteligentes que dentro de la Seguridad Social supieron aprovechar la ventana de oportunidad para emprender reformas estructurales.

El ejemplo de esta vía negociada ha quedado como impronta para ensayar otros procesos de cambios estructurales, aunque lamentablemente este espíritu no se ha traducido en otros ámbitos, por ejemplo en la sanidad, donde también se ha instalado la turbulencia política general. Este ambiente hace particularmente difícil abordar problemas complejos como los que enfrentamos en la sanidad, y conseguir la holgura e iniciativa necesaria para emprender cambios de cierto alcance y a medio plazo.

En estas condiciones, cuando se enjuicia el componente de salud del gasto social público, resulta ser una excepción que favorece claramente al sistema público de salud. Aunque se está en la banda baja de gasto comparada con Europa, el sistema público de salud español tiene una cobertura y una cantidad-calidad de prestaciones y servicios que le sitúan en un alto nivel de efectividad y resultados.

De hecho, en la comparación de sistemas sanitarios que hizo la Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial 2000, España está en los primeros puestos, como resultado de la combinación entre parámetros modestos (bajo precio del recurso humano, parquedad en el gasto público en servicios odontológicos y

socio-sanitarios), con otros positivos (la conocida buena salud mediterránea, la asistencia sanitaria, y en particular la atención primaria y la cobertura). Aunque cuando se revisan las percepciones de los usuarios de la sanidad pública, las comparaciones con otros países dejan mucho menos espacio para la autocomplacencia.

Esta reflexión debe llevar a dos conclusiones importantes para el sector sanitario: en primer lugar, y tras el contraste con las graves insuficiencias en otros ámbitos de protección o gasto social, debemos tomar conciencia de la situación relativamente favorable de la sanidad pública, y asumir que el coste de oportunidad de incrementar el gasto sanitario es dejar de hacer cosas en otros sectores que pueden tener un impacto en bienestar y salud muy alto; en segundo lugar, siendo capaces de huir del triunfalismo, reconociendo que algunos de nuestros éxitos no son del todo atribuibles a nuestras virtudes, y emprendiendo una revisión de lo que no va bien para cambiarlo.

Probablemente, la mejor fórmula para poner a salvo determinados valores morales como la equidad, la solidaridad, o el papel integrador y equilibrante del Estado, es aceptar el deber ineludible de impulsar un proceso de modernización profunda de las estructuras e instrumentos de gestión pública para fortalecer su eficiencia y *cohesión social* a través de un desarrollo innovador de la acción gubernamental, congregando en torno al debate político a todos los intereses y actores sociales que legitimen la centralidad de los derechos de los ciudadanos.

Los principios que certifican estos sistemas sociales se institucionalizan cuando representan fundamentos esenciales que aceptamos los miembros de la sociedad como



marco de convivencia, tolerancia y respeto de ciudadanía. Estos valores informan, condicionan y alinean las acciones y las políticas preferentes del Estado del Bienestar.

Medicina es la aplicación de la ciencia y de la técnica —tecnología médica— en aras de prevenir —medicina preventiva—, predecir —medicina predictiva—, diagnosticar, pronosticar y tratar —medicina clínica—, la enfermedad. También, rehabilitar —medicina rehabilitadora— sus secuelas. Sin embargo, en los últimos años ha hecho eclosión una «medicina de la salud»; una demanda sin freno, un consumismo exagerado de recursos.

La medicina se centra en el «encuentro clínico», y su práctica ha sido considerada, desde los tiempos hipocráticos, un arte y una ciencia. Es la razón por la que ha desarrollado una cultura peculiar, un sistema educativo distintivo y una literatura característica, mientras incorporaba, en beneficio propio, los conocimientos y los logros de las otras ciencias y técnicas.

Los esfuerzos encaminados hacia un enfoque más racional de la atención médica han seguido dos sendas paralelas, si no divergentes. Por un lado, existe un convencimiento creciente, resultado de los estudios de los patrones de las enfermedades en grandes poblaciones —epidemiología—, de que las principales patologías pueden achacarse, en su mayoría, a los cambios producidos en el ambiente y en los estilos de vida. A la vez, sendas revoluciones en las ciencias biológicas, en particular en los campos de la biología molecular y celular y en la ingeniería médica, han dado un vuelco al modo de ejercer la medicina. Sin embargo, hay una creciente disparidad en el corazón de la denominada biomedicina. La producción de conocimiento básico ha superado, con creces, las expectativas más optimistas planteadas un par

de décadas atrás; pero el impacto de esta investigación en la práctica clínica ha sido mucho más modesto. El término «investigación traslacional», apenas escuchado hace diez años, está en boca de expertos y legos, quienes lo consideran la solución de la disparidad señalada. Para ello habrá que reconvertir la autovía monodireccional del «laboratorio a la empresa», en otra bidireccional: «*bench to bedside and back*».

Y un tercer elemento: el incremento imparable de los costes. En ello se apoyan los epidemiólogos para reclamar mayor compromiso hacia la atención médica comunitaria y hacia las necesidades y preferencias de los pacientes, que justifican una aproximación más holística al tratamiento de los enfermos. Quienes administran los servicios sanitarios no logran establecer las prioridades: cómo encajar la prevención, en principio más económica, y cómo aquilatar la demanda de la alta tecnología con la atención de una población cada vez más envejecida.

Desde al menos dos centurias, al igual que hoy día, la educación de los médicos incluye, típicamente, una formación en los principios de las ciencias generales como la matemática y la física, así como un currículo médico estándar que incluye anatomía, fisiología, farmacología, bioquímica y otros temas que se asocian, de manera automática, con la medicina. Sin embargo, hay una opinión generalizada de que muchas de las cualidades del buen médico se han perdido en el esfuerzo por comprender la enfermedad, posponiendo los problemas de los enfermos. Ello se cristaliza en una serie de paradojas, a primera vista incompatibles con el éxito prodigioso e indudable de la medicina moderna: médicos desilusionados, procedimientos agotados y pacientes desengañados, po-

pularidad rampante de las medicinas alternativas y espiral de costes. En resumen, una insatisfacción con la práctica médica.

La profesión médica hoy enfrenta importantes problemas. Está desorientada en un laberinto burocrático, ha perdido autonomía; su prestigio entra en una espiral descendente, y está en crisis su profesionalismo. Pero los problemas no acaban aquí. Una grave enfermedad médica merodea entre las sombras de todo ello. Una enfermedad de la que sólo es responsable la propia medicina y que amenaza al público al que debe servir: comienza en la Facultad, donde prácticamente no recibe atención alguna; pasada la incubación, florece durante el periodo de especialización en los años de Residencia y finalmente se cronifica. La terapéutica y sobre todo las medidas preventivas, se ignoran, y en el mejor de los casos son inadecuadas. Nos encontramos ante un cuadro típico de «insolvencia clínica».

Herbert L. Fred acuñó el término *hyposkillia* —«hipopericia»— para referirse a la deficiencia de habilidades clínicas de los médicos. Una patología debida a que los intereses se centran en la enfermedad y en la técnica, relegando a un segundo plano el contacto directo con el enfermo. Una situación que queda recogida en un nuevo eslogan: «medicina *high-tech low-touch*», que se ejemplifica en el «hospitalocentrismo» imperante. Médicos que aprenden a solicitar todo tipo de pruebas y procedimientos, pero que no siempre saben cuándo pedirlos o como interpretarlos; médicos incapaces de hacer una historia clínica o una exploración física bien hechas. Además, una gestión prepotente orientada a recibir —no a atender— al mayor número de pacientes, en el menor número de minutos posible y aquilatando al máximo el número de

euros por paciente. Protagonismo «numérico» que bien pudiera dar pie a una nueva área de conocimiento de las ciencias médicas, junto a la genómica, proteómica o celulómica: «numerómica».

¿Existe cura para la tiranía tecnológica? Se necesitan docentes que sepan y que enseñen fisiopatología, prope déutica y patología clínica; que apliquen *high-touch*. Docentes que conozcan las bases de las diferentes técnicas y que sepan cuando solicitarlas y cómo interpretarlas, y que utilicen *high-tech* para verificar más que para formular sus impresiones clínicas.

Necesitamos docentes que verdaderamente comprendan el valor de la historia clínica y de la exploración física; el valor de saber pensar y de la importancia de la responsabilidad. Profesores que usen antes el fonendoscopio que el fonocardiograma para detectar una valvulopatía cardíaca; que con un oftalmoscopio y no con una imagen por resonancia magnética diagnostiquen una hipertensión intracraneal; que utilicen sus ojos y no una gasometría para detectar una cianosis; que apliquen sus manos sobre el abdomen de un enfermo y no consulten una tomografía computerizada, para diagnosticar una esplenomegalia, y que utilicen su cerebro y su corazón y no una legión de consultores, para atender a sus pacientes.

Los centros médicos académicos o universitarios —al menos así consta en las fachadas de nuestros hospitales— tienen la responsabilidad de proporcionar una atención sanitaria ejemplar a los enfermos, enseñar medicina a los estudiantes, formar a los futuros profesionales y aportar nuevo conocimiento a través de la investigación. Hay que reinventar el sistema, porque ni reformas ni reestructuras

son suficientes: existe la tendencia a optar por soluciones simples cuando aparecen problemas complejos.

Richard Anderson caracterizó los desarrollos médicos históricamente recientes en décadas: la de los años 1960, década de la innovación clínica; la de 1970, década de la expansión clínica, y la siguiente, década de la restricción financiera. Para la década de 1990 reservó el calificativo de paradójica. En esos últimos años, Alexander J. Walt acuñó el término «*dis-decade*». Un término que resume una enmienda a la totalidad: «*Medical education: a continuum in dis array + dis affected public (lack of humanism) + dis spirited residents (service versus education) + dis functional government (declining financial resources) + dis organized speciality movement (fragmentation) + dis couraged faculty (relative value of medical education) = decade of dis enchantment*».

La mayoría, si no todos los Sistemas médicos de los diferentes países, presentan oportunidades significativas de mejora. Un estudio realizado en EEUU estima que podría reducirse el 30% de los costes de atención sanitaria sin reducir la calidad. Ello incidiendo sobre: compromiso de médicos y de pacientes, toma de conciencia por ambas partes para tomar decisiones compartidas, coordinación de la asistencia y mejora (procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados e indicados) del proceso asistencial.

Por su parte, otros autores señalan que *una vez que la asistencia sanitaria ha conseguido la primera línea en la carrera presidencial, los candidatos ofrecen planes para controlar la espiral de costes a la vez que mejoran la calidad de la atención médica. Un ingrediente que no falta en tales planes es la prevención. Voces autorizadas aseguran que la atención primaria y, sobre todo, la prevención reducen*

significativamente los futuros costes del sistema sanitario y mejorarían la calidad de vida de los ciudadanos. No existen dudas de la oportunidad de ahorrar dinero y mantener la salud a través de la prevención. Causas pre- visibles de muerte como tabaco, desnutrición, inactivi- dad física o ingesta descontrolada de alcohol, son respon- sables del 40% de la mortandad anual en los países desa- rrollados. Pero la prevención no es universalizable. Las generalizaciones sobre prevención pueden ser engañosas. Aunque algunas medidas preventivas ahorran dinero y salvan vidas, otras muchas ni lo uno ni lo otro. Entre las primeras, la vacunación de los recién nacidos contra, por ejemplo, el *Haemophilus influenzae* tipo b, o colonosco- pias en hombres entre 60-64 años de edad; entre las se- gundas, la mayoría de profilaxis antibióticas, algunas va- cunas o la cirugía de cáncer de próstata en hombres de más de setenta años. Por ello, es necesario realizar análisis rigurosos para identificar oportunidades reales de pre- vención y de tratamiento.

Pocas son las razones, desde luego, para sentirse opti- mista. Pero hay esperanza. Uno de los avances más im- portantes de la práctica médica ha sido un lento pero mantenido desplazamiento desde el oficio artesanal ha- cia la disciplina racional y con sólida base científica. De- bemos poner nuestra esperanza en más y mejor ciencia. Sin embargo, la enfermedad es un problema biológico extraordinariamente complejo; tiene que ser entendida a niveles muy diferentes, desde las moléculas —medicina molecular— hasta la población global. Mientras haya en- fermos que tratar, la medicina seguirá teniendo mucho de arte; cuanto más sofisticada sea la práctica clínica, ma- yor será la necesidad de tratar a los pacientes como per- sonas y no como enfermedades.

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

A continuación se relacionan algunos de los vectores que definen la actual situación del SNS, y cuya proyección a futuro determinará el porvenir del sistema:

1. El sector sanitario debe estar presente en las agendas de los dirigentes políticos estatales y autonómicos. La desafección actual, junto con la tendencia natural a evitar conflictos, ha servido para inhibir los compromisos de reforma que se han ido planteando, los cuales han devenido en procesos intemporales en los que buena parte de las propuestas no pasan de un nivel declarativo. Es, pues, necesario que el sector sanitario forme parte del debate político al mismo nivel que el resto de los grandes temas que afectan a la gobernanza de la nación.

2. La valoración política de la realidad sanitaria suele moverse entre la marcada complacencia de los gobiernos y la exageración catastrofista de quien ejerce la oposición. Este esquema antagónico es de poca ayuda cuando se trata de buscar soluciones a los viejos y nuevos problemas. La salud requiere un consenso de Estado, mantenido en el tiempo, revisable.

3. Los Colegios Profesionales se han quedado descolgados del debate sanitario, afectados por un gremialismo estéril que pretende competir con los sindicatos sin serlo.

4. Las sociedades científicas no han logrado realizar la función a la que están llamadas, que no es otra que el control de la calidad técnica del sistema. En consecuencia, al no alcanzar la condición de interlocutores técnicos privilegiados de las administraciones, han quedado igualmente apartadas del debate sanitario.

5. El sistema de formación del personal sanitario está necesitado de una profunda revisión que lo adecue a los tiempos presentes y lo prepare para asimilar la evolución del sistema. Esto es especialmente urgente en relación al

actual sistema MIR, pero sin desnaturalizarlo tanto en el acceso como en sus contenidos.

6. Los Sindicatos no suelen contemplar el Sistema Sanitario Público como patrimonio de todos. En muchas ocasiones, iniciativas de acción social responsable naufragan ante la tentación periférica de un sindicalismo reivindicativo, especialmente confortable en entornos públicos donde se goza de un plus de seguridad y altas cotas de influencia. Y las administraciones públicas, por razones de comodidad, caen con frecuencia en la tentación de convertir a los sindicatos en interlocutores favorecidos, más allá de los intereses sectoriales que representan.

7. Una vez completadas en diciembre de 2001 las transferencias a las CC AA, se han podido apreciar claramente graves desequilibrios que amenazan al sistema. La bisoñez de algunas administraciones autonómicas y los problemas de financiación no invitan al optimismo. A pesar de la complacencia de los ministros económicos del gobierno central por haberse desprendido en su ámbito de gestión de un área inflacionaria y generadora crónica de déficit pasando el problema a las administraciones autonómicas, el tema sigue planteado en términos de compromiso e implicación de todos los poderes públicos. El papel de la Administración Central del Estado y su responsabilidad en la tutela financiera del sistema sanitario es imposible de obviar.

8. El gasto sanitario español habitualmente crece por encima del PIB, por lo que es necesario, y aún más en la presente situación de crisis económica, diseñar un proceso de normalización con la media del gasto en la Europa de los 15.

9. El aumento y envejecimiento de la población, la inmigración, las expectativas de salud de los ciudadanos



### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

y la medicalización de la sociedad configuran un escenario de incremento creciente de la demanda de servicios sanitarios. Paralelamente, la continua introducción en diagnósticos y tratamientos de nuevas tecnologías contribuye al incremento del gasto, si bien la disponibilidad en el SNS de los últimos adelantos tecnológicos es un factor de legitimación muy importante, que vincula al sistema a sectores sociales con alta capacidad económica. Estos problemas deben ser abordados desde los órganos de coordinación del SNS.

10. La judicialización de la vida sanitaria, factor crítico de gran incidencia sobre el Sistema Sanitario Público, requiere de un tratamiento pormenorizado.

11. Los retos que impone la evolución social de los últimos años obliga al SNS, para desarrollar su función, a tener en cuenta los cambios culturales que dan una importancia central al tema de la salud entendida en un sentido muy amplio y que han producido una explosión de la demanda; además de la transformación del modelo familiar vigente; el desplazamiento del cuidado de personas dependientes a cuidadores informales; el auge de los seguros privados (que hoy utiliza un 20% de la ciudadanía y que puede producir un alejamiento del servicio público de las clases con más capacidad económica en caso de deterioro del sistema); así como a otros factores anteriormente señalados.

12. La coordinación en el SNS, clave para su sostenibilidad, y la incidencia en la misma de los nuevos Estatutos de Autonomía.

## 2. Envejecimiento

Existe una influencia recíproca entre el estado sanitario de una sociedad y sus rasgos demográficos. Quizá el ejemplo actual más significativo de esta relación lo constituya la epidemia de VIH/SIDA que sufren determinadas poblaciones africanas. Las consecuencias no se limitan a la mortalidad, que crece en términos absolutos mientras disminuye la esperanza de vida al nacer, sino que alcanza también a la fecundidad, al crecimiento de la población y a su estructura por edades. Y todo ello redundando, naturalmente, en la propia economía (mercado laboral, nivel de pobreza, nivel y estructura del consumo, etc.) y en las instituciones sociales (sistemas de seguridad social, sanitario, educativo, etc.).

La creciente movilidad demográfica a escala planetaria, derivada del proceso de globalización económica, está suponiendo el trasvase a los países más desarrollados de determinadas enfermedades prácticamente erradicadas en ellos desde hace tiempo —como la tuberculosis—, e incluso de patologías desconocidas que imponen la necesidad de reforzar los mecanismos adecuados de control.

Pero, sobre todo, el envejecimiento poblacional constituye uno de los factores más relevantes en cuanto al futuro de la sanidad española. A principios del siglo XX la esperanza media de vida al nacer era en España de 35 años para ambos sexos, mientras que hoy es de 77 años para el hombre y de 83 para la mujer. El 80% de los varones y el 90% de las hembras llegan actualmente a viejos, es decir, consiguen rebasar la edad de 65 años. En algunas CC AA, la población mayor de 80 años supera el 6% del total, como en Castilla y León (7,2%), Asturias (6,7%) y Ara-

gón y Galicia (6%). A 1 de enero de 2007, la población de más de 65 años era de 7,5 millones de personas (el 17% de la población) y las estimaciones disponibles para el año 2050 cifran este segmento de la pirámide poblacional en torno a los 16 millones de personas, esto es, aproximadamente, en el 30% de la población total; lo cual quiere decir que para mediados de siglo casi un tercio de dicha población será económicamente dependiente.

El envejecimiento demográfico de nuestro país es, además, un fenómeno *progresivo e irreversible*. Progresivo, pues puede decirse que habrá «cada vez más viejos cada vez más viejos» o, expresado de otra forma, que está operándose «un envejecimiento de la propia vejez» (aumenta progresivamente el número y proporción de septuagenarios, octogenarios, etc., elevándose aceleradamente, por tanto, la edad media del conjunto de la población). Se trata también de un proceso con imposible retorno. Para corregirlo sería necesario que el índice de fecundidad se elevase desde su nivel actual (1,3 hijos por mujer en edad fecunda) al valor de 6 o más. Lo cual resulta materialmente imposible. Teóricamente, otra vía para el rejuvenecimiento demográfico sería dar acogida a una fuerte inmigración que alimentase los efectivos de población ya adulta pero joven, de modo que la propia fecundidad de ésta engrosase suficientemente el número de jóvenes. Ello exigiría, sin embargo, un volumen tal de inmigración que resulta prácticamente imposible. Estos rasgos del envejecimiento de la población española poseen el mayor alcance desde el punto de vista del futuro de la sanidad.

Así pues, como ya se ha señalado, el envejecimiento conlleva un aumento del gasto sanitario y una disminución paralela de las exacciones públicas necesarias para

su financiación. Como las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, las solas y las viudas incrementarán la tasa de dependencia, que también se elevará como consecuencia de que un cierto porcentaje de la población se encuentra por debajo del umbral de pobreza relativa. Todo apunta, por tanto, a un significativo desequilibrio financiero del sistema de cara al futuro.

Conviene anotar también que la distribución geográfica del envejecimiento poblacional es muy irregular. En Castilla-La Mancha, por ejemplo, la población mayor de 65 años representa el 22,5% del total, mientras que en las de Ceuta y Melilla o Canarias, sólo supone el 5,9% y 12,4%, respectivamente. Esto tiene indudable importancia referido a un sistema de salud tan fragmentario como el español, basado en la total transferencia de competencias por parte del Estado a favor de las CC AA.

El acuerdo de financiación del 2002, a pesar de estar pensado para ser permanente, presenta poca flexibilidad ante la fuerte dinámica de crecimiento demográfico experimentado especialmente a partir del 2002. El aumento de gasto público derivado de la inmigración se concentra en sanidad y educación, y ambas recaen sobre los presupuestos autonómicos.

El impacto del crecimiento de la población protegida presenta una elevada concentración en el tiempo y en algunas CC AA (impacto heterogéneo). En el 2003, el 68% de los residentes extranjeros residía en cuatro CC AA: Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía. La necesidad de gasto sanitario presenta una cierta elasticidad frente al aumento de la población, mientras que los ingresos tributarios cedidos a las CC AA son probablemente menos elásticos respecto de los aumentos poblacionales (IRPF, IVA e IE), siendo precisamente otros in-

gresos del Estado y la Seguridad Social mucho más fáciles de sintonizar respecto de las variaciones en la población (por ejemplo, los ingresos por cotizaciones a la Seguridad Social). Las CC AA consideran, no exentas de razón, que sería injusto verse en la obligación de financiar servicios básicos a los nuevos residentes con un sobreesfuerzo fiscal o restando recursos de otros servicios públicos, cuya demanda también crece de forma muy importante con el aumento poblacional.

Las asignaciones de nivelación han sido insuficientes para flexibilizar los ingresos de aquellas CC AA con mayor presión por el aumento de población ya que imponen una condición demasiado restrictiva —crecimiento de la población 3 puntos por encima del crecimiento de la media estatal en un solo año— y no tienen en cuenta la acumulación de crecimiento en un período de tiempo algo más largo.

El envejecimiento o cambio en la estructura de edades, como factor exógeno que escapa al control de la gestión de servicios sanitarios, ha supuesto un aumento del gasto por persona muy moderado que se sitúa entre el 0,3% y el 0,5% anual. Es decir, el envejecimiento ha sido responsable de un aumento de menos de 10 euros de cada 100 de incremento real del gasto. Así pues, es un hecho bien establecido que la verdadera causa del aumento de gasto por persona hay que buscarlo en factores mucho más endógenos y dependientes de la gestión y utilización de los servicios: precios relativos más elevados, cambio tecnológico incesante, nuevas prestaciones, mayor frecuentación de los servicios, aumento de la intensidad de recursos por acto médico, etc.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la demografía, como factor exógeno, impulsa el crecimiento del gas-

to sanitario no sólo a causa de la variación en la composición de la estructura de edades, sino por el propio aumento de la población, que en España ha sido particularmente importante en la última década y merece una atención muy especial.

Una cuestión importante a tener en cuenta a la hora de valorar el impacto del envejecimiento progresivo sobre el gasto sanitario es la siguiente: que el gasto por persona sea más elevado a medida que aumenta la edad de los individuos puede tener más que ver con que la probabilidad de muerte aumenta con la edad, que con la edad propiamente dicha. Ya en 1984 el economista norteamericano Víctor Fuchs señaló que la relación entre gasto y edad estaba contaminada por el hecho de que la proporción de individuos que se encuentran en el último año de vida (cuyos costes sí son realmente muy elevados) aumenta rápidamente con la edad. Es decir, el impacto sobre los costes no depende tanto del número de individuos que superan una cierta edad sino del número de muertes, ya que el gasto sanitario se concentra de forma muy relevante en el periodo final de la vida de la persona.

A pesar de ello, los efectos que el envejecimiento demográfico pueda tener sobre el gasto futuro en atención sanitaria no pueden dejar de constituir motivo de preocupación para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos. Aunque existen diferencias entre países, las cifras de gasto sanitario por edad bien pudieran ser motivo de preocupación cuando el número de personas mayores sea lo suficientemente elevado. Sin embargo, hay dos factores que contribuyen a matizar notablemente y a reducir este impacto: el primero de ellos es el hecho de que la proximidad de la muerte, y no la edad cronológica, es lo que explica las diferencias individuales de gasto (hipóte-

sis del coste de la muerte). El segundo factor es que el impacto sobre el gasto sanitario depende de si las personas mayores tienen mejor salud hoy (con más esperanza de vida) que las de generaciones anteriores (hipótesis de la compresión de la morbilidad) o si, por el contrario, tienen igual o peor salud (hipótesis de la expansión de la morbilidad).

### **3. Coordinación sanitaria**

La protección sanitaria es uno de los principales instrumentos de cohesión de los que se han dotado las sociedades avanzadas y constituye —junto con los sistemas de pensiones, la protección del desempleo, los servicios educativos y los de atención a la dependencia— el núcleo fundamental del Estado de Bienestar en la mayoría de los países desarrollados.

La característica peculiar de los servicios sanitarios es que contribuyen a la disminución de las desigualdades y a la cohesión social pero no mediante prestaciones económicas, sino a través de su propia función.

Además, desde un punto de vista económico, los servicios sanitarios, como otros componentes del Estado de Bienestar, constituyen un instrumento de estabilidad del sistema: por una parte, garantizan un nivel de demanda de bienes y servicios de distinta naturaleza pertenecientes a sectores productivos muy pujantes, y, por otra, proporciona posibilidades de empleo a amplios grupos de población cualificada.

Aunque el sistema sanitario de cada país tiene sus propias características, algunos aspectos comunes a todos los sistemas sanitarios descentralizados incluyen:

a) Un funcionamiento coordinado del Sistema. Aunque las autoridades de nivel regional gestionen territorialmente su parte respectiva, el conjunto ha de funcionar como un sistema integrado a nivel estatal para garantizar la universalidad y la equidad de la protección, con independencia de las diferencias económicas y sanitarias que puedan existir entre territorios distintos de un mismo país.

b) Intervención estatal en el mantenimiento de dicha coordinación.

Buen ejemplo de ello es el esfuerzo del Tribunal Constitucional para hacer derivar de la solidaridad el deber de cooperación y colaboración de las Comunidades entre sí y con el Estado, así como el del Estado con ellas (Sentencia T.C. 125/1992, de 5 de octubre).

La necesidad de coordinación es una consecuencia del proceso de constitución de las CC AA como nuevas entidades políticas con capacidad de asumir la gestión sanitaria.

Diciembre de 2001 marcó un hito en la evolución del sistema sanitario español. En ese mes tuvo lugar el cierre de los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las diez CC AA que todavía estaban pendientes de ellos, a la vez que supuso el cierre de un nuevo sistema de financiación autonómica general (no incluye la del País Vasco y Navarra), aplicado desde el mes siguiente.

Este sistema, que se encuentra en vigor a la espera del diseño de uno nuevo, incluye entre sus características principales la de haber supuesto el fin de una financiación sanitaria específica, que desde entonces se encuentra incluida de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general citado.



### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En la nueva situación, la gestión de la totalidad de los servicios sanitarios, con la excepción de los de Ceuta y Melilla, se lleva a cabo por los gobiernos autonómicos.

Para llevar a cabo esa gestión la casi totalidad de esos gobiernos se han dotado de servicios regionales de salud. El conjunto de éstos, por su parte, constituye lo que la Ley General de Sanidad denomina SNS.

Con este proceso de descentralización, el problema de la coordinación se ha desplazado a las CC AA. Pero se tiene la sensación de que éstas han optado por abordar el ejercicio de sus competencias sanitarias como un instrumento más para reforzar su propia naturaleza y el poder político que ejercen en su territorio, siendo la coordinación entre las propias autonomías un objetivo secundario.

Frente a esta actitud, los sucesivos gobiernos centrales han adolecido de una posición clara y decidida que pusiera el acento en la importancia de mantener las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria, y estableciendo instrumentos formales y legales para conseguirlo.

Llegados a este punto, interesa extraer conclusiones de las experiencias internacionales:

— En el origen de la protección sanitaria universal en diferentes países, la iniciativa y aportación de capital necesarias ha tenido lugar a nivel estatal y no a otros niveles inferiores de la organización.

— La implicación estatal en el establecimiento y organización de la protección sanitaria en países descentralizados constituye un instrumento de cohesión social relevante.

— La implicación estatal en los países de estructura sanitaria descentralizada se realiza a través de mecanis-

mos diversos, que ponen de relieve el interés del Gobierno federal o central en disponer de una política sanitaria propia como instrumento global de cohesión.

— Entre esos mecanismos, los de carácter legal y político, incluso los establecidos en las normas constitucionales, no son en general suficientes para hacer posible el papel federal o central en el mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad del sistema sanitario. Por el contrario, el factor más importante para garantizar esas condiciones es la implicación económica del gobierno central en el sistema de financiación.

— La amplitud de los servicios cubiertos bajo el sistema público de protección sanitaria es mayor en las autonomías en las que esta universalidad fue anterior a la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios respecto a los casos en que se llegó a un acuerdo federal de universalización.

— La experiencia de diversos países sugiere que para hacer efectivo el mantenimiento de una protección sanitaria universal y homogénea, la coordinación entre servicios sanitarios de nivel regional o equivalente requiere de una estructura federal o central, dotada de mecanismos adecuados de carácter económico y de intervención, fundamentalmente.

— Otro instrumento esencial para el mantenimiento de la universalidad y la equidad en sistemas sanitarios descentralizados es la existencia de un sistema de información, sin el cual es imposible mantener un grado de funcionamiento coordinado de cualquier sistema sanitario.

En el proceso de descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España, las características más significativas y problemáticas en orden al mantenimiento de las

condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria son las siguientes:

- Una base constitucional abigarrada.
- Un proceso sin un modelo final definido.
- Un órgano de coordinación insuficiente.

### *Una base constitucional «abigarrada»*

La protección sanitaria no tiene un tratamiento único en la Constitución española, sino que aparece en dos títulos diferentes: «Sanidad e Higiene» (que se refería originalmente a la «Salud Pública»), y «Seguridad Social», donde se encontraba incluida cuando se aprobó la Constitución.

Una y otra materia han seguido rumbos y ritmos independientes hacia la descentralización, que quedó finalmente completada con los trasposos de diciembre de 2001, en un camino marcado por la diversidad administrativa y asistencial.

### *Un proceso sin un modelo final definido*

La Ley General de Sanidad de 1986 no estableció un diseño acabado del sistema sanitario español para las condiciones de descentralización completa, lo que tampoco fue subsanado por la Ley de Cohesión y Calidad.

La definición del Sistema Nacional de Salud como «conjunto de los servicios de salud de la administración del estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas» (Art. 44.2 LGS) no ha pasado de ser una mera declaración de intenciones sin visos de realidad. La coo-

peración entre los servicios de salud de las CC AA, que funcional y administrativamente siguen pautas muy distintas y tienden a ser refractarios a la uniformidad y a la cohesión, deja mucho que desear. Cada servicio regional es, en buena medida, soberano y con poder para moldearse a sí mismo sin tener en cuenta para nada a la Administración Central.

Este deficiente régimen legal de cohesión del SNS, unido al dispar y asincrónico traspaso de competencias que ha caracterizado a la configuración del sistema sanitario autonómico ha determinado la aparición de notables diferencias administrativas y asistenciales entre las distintas comunidades, como se manifiesta en los métodos de gestión sanitaria y en las normas que los regulan.

El modelo final debería haberse cerrado tras la culminación de las transferencias a las CC AA del artículo 147 de la Constitución Española, de manera que fueran corregidos los problemas intercomunitarios y los propios de cada Comunidad derivados del largo periodo de espera pretransferencial. Para ello se disponía de las recomendaciones establecidas por el Consejo de Estado en su dictamen «Sobre modificaciones de la Constitución Española», que avala y legitima el papel del Gobierno de España en el Consejo Interterritorial, a partir de un principio esencial en la Constitución y ya expresado por el Tribunal Constitucional, cual es el de la solidaridad del que dimanar deberes concretos cuya observancia puede ser exigida y asegurada con los medios que el Derecho ofrece.

Dice el Consejo de Estado:

*En el artículo 2 de la C.E., la solidaridad recíproca de nacionalidades y regiones aparece más bien como un principio organizativo abstracto, funcionalmente análogo a los*

*valores consagrados en el artículo 1. Naturaleza de principio es también la que le atribuye el artículo 138, que se remite directamente al 2. Pese a esta remisión directa, ni el ámbito en el que el principio opera ni su contenido son ya los mismos en el artículo 138 que en el 2. Mientras en este último es la Constitución la que garantiza la solidaridad entre nacionalidades y regiones, el artículo 138 atribuye esta función al Estado en su acepción restringida.*

Cabría, quizá, superar esta discordancia entendiendo que lo que el Estado, en sentido estricto, ha de garantizar no es la solidaridad en cuanto «principio», sino su «realización efectiva», y que la tarea que la Constitución encomienda a las instituciones centrales del Estado es la de fomentar los comportamientos solidarios de las Comunidades Autónomas y combatir los que no lo sean.

### *Un órgano de coordinación insuficiente*

El Consejo Interterritorial de Salud (CIS) y su misma dinámica pone de manifiesto la perentoriedad y el reto de mejorar la cohesión del SNS. Máxime después de la erosión sufrida tras la inadecuada utilización política del mismo por populares y socialistas.

El CIS, del que depende el desarrollo de todos los aspectos relevantes (información, planificación, coordinación, evaluación, configuración), toma decisiones según el principio de unanimidad; un mecanismo cuya esterilidad manifiesta impide de facto la cohesión, además de promover el caos. Una prueba de todo ello es el régimen de información del SNS, imprescindible elemento de cohesión y dirección si se manifestara correctamente, pero cuyos datos estadísticos se producen de manera

fragmentada y aislada, creando un ámbito opaco sobre el que resulta muy difícil hacer comparaciones rigurosas y citar datos incontestables que resultaran válidos para todo el SNS.

En definitiva, aunque la Ley General de Sanidad, como la Ley de Cohesión y Calidad, han cumplido un excelente papel en la historia normativa postconstitucional, precisan de reformas parciales que faciliten la cohesión y la coordinación del sistema, así como su mayor equidad y funcionamiento cooperativo; dando el sentido que en los tiempos actuales debe tener el concepto «universalidad» de manera que se eliminen los efectos negativos sobre el régimen de aseguramiento social público detectados en los últimos años. Esas reformas deberían poner coto a determinadas prácticas ya habituales que son objetivamente dañinas para el conjunto de los ciudadanos españoles. Un ejemplo es el llamado turismo sanitario, que lastra las cuentas y las listas de espera de muchos establecimientos sanitarios públicos, principalmente en las zonas del Levante y Sur de España.

Es ineludible reforzar el papel de CIS, lo que debería abordarse modificando los artículos 70 a 72 de la Ley de Cohesión y Calidad para hacer posible la coordinación sanitaria tal como había indicado el Tribunal Constitucional (28 abril 1983), que señala con claridad:

*La coordinación persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente, la realidad misma del sistema.*

*En ese sentido hay que entender la competencia estatal de «coordinación general», a propósito de la cual conviene señalar las siguientes precisiones:*

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

— *La competencia de coordinación general presupone lógicamente que hay algo que debe ser coordinado, esto es, presupone la existencia de competencias de las Comunidades en materia de sanidad, competencias que el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar, pues nunca ni la fijación de bases ni la coordinación general deben llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias de las Comunidades.*

— *La competencia estatal de coordinación general significa no sólo que hay que coordinar las partes o subsistemas del sistema general de sanidad, sino que esa coordinación le corresponde hacerla al Estado.*

— *En consecuencia, la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.*

A este respecto señala el Consejo de Estado en el mismo dictamen: *El Estado y las Comunidades Autónomas actúan y se relacionan de acuerdo con el principio de colaboración, implícito en la propia esencia de la forma de organización territorial del poder que se implanta en la Constitución (Sentencia del Tribunal Constitucional 18/1982, de 4 de mayo) y expresamente acogido en el ordenamiento jurídico (artículo 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común).*

En el actual escenario, las apelaciones a que los acuerdos del CIS sean de obligado cumplimiento, o ampliar sus competencias, o las propuestas de delegación de fun-

ciones de las CC AA al Consejo para que sus decisiones sean teóricamente vinculantes, no pasarán de bellos enunciados cargados de buenas intenciones pero sin virtualidad alguna, ya que en la actualidad ni siquiera se cumplen las resoluciones en las materias que son de su competencia.

Por todo ello, el actual momento se caracteriza por la ambigüedad de las responsabilidades y competencias de las Administraciones central y autonómicas en relación con los servicios sanitarios. Y la situación se ha ido deslizando hacia un incremento del papel autonómico en la organización y gestión de los servicios sanitarios, a la vez que se reducía el papel central (en especial el del Ministerio de Sanidad), incluso en las funciones de coordinación que tiene legalmente otorgadas.

Es inaplazable, por tanto, regular las funciones del Ministerio de Sanidad para garantizar los derechos de los ciudadanos independientemente de la CA donde vivan y producir una fórmula de gobernanza para el SNS compatible con la descentralización completa de la gestión de los servicios públicos sanitarios.

Llegados aquí hay que subrayar la reducción, hasta casi su desaparición, de la participación estatal en la financiación de los servicios sanitarios en general, y la falta de instrumentos financieros específicos para intervenir en el mantenimiento de la universalidad y equidad de la protección sanitaria.

En la práctica, pues, se está ya funcionando no como un sistema integrado, sino como la suma de diecisiete sistemas cada vez más distintos, escasamente vinculados entre sí, y que frecuentemente juegan a competir. Ello se ha puesto de manifiesto con las distintas políticas que se siguen en ámbitos como salud pública, gestión de los re-



cursos humanos, formación de especialistas, homologaciones de carrera profesional, movilidad, salarios o incorporación de nuevas prestaciones.

Otro ejemplo de diversificación que ofrece curiosas peculiaridades es el gasto sanitario y la relación con los proveedores del sistema, entre otras muchas cuestiones que ocupan a diario a los medios de comunicación. En último término, lo que se está poniendo en cuestión es el mantenimiento de la protección sanitaria en condiciones de equidad e igualdad para la población española. Al plantearse la búsqueda de soluciones para esa situación, la respuesta más común e inmediata es la de invocar el mecanismo de la coordinación. Pero cualquier fórmula de coordinación propuesta, sea de carácter general o parcial, ha de partir de la realidad de diecisiete servicios de salud diferentes, sin ninguna dependencia jerárquica que no sea la de sus propias autoridades autonómicas. Éstas, por otra parte, parecen seguir teniendo como valor superior el de la autonomía y la discrecionalidad de su gestión y, sin incentivos externos específicos para valorar el interés común que justifique una mayor coordinación de sus actuaciones, no parecen comprometidos en el mantenimiento de la protección sanitaria universal e igualitaria para todos los ciudadanos españoles en todo el territorio.

El planteamiento de medidas de coordinación generales o parciales debe seguir un enfoque funcional, de instrumentación de fórmulas en cuya consecución estén interesados unos y otros agentes del sistema porque les reporten ventajas en la gestión. Del mismo modo, cualquier medida de coordinación resultará ineficaz si no se acompaña del correspondiente protocolo económico que muestre las ventajas de su cumplimiento y comprometa a las partes. Todo lo cual se deduce tanto de la pro-

pia experiencia de nuestro Estado autonómico como del análisis del funcionamiento y la financiación de otros sistemas sanitarios federales o de gestión descentralizada.

De cara al futuro, también será necesario tener muy presente que el actual proceso de modificaciones estatutarias en distintas CCAA puede profundizar en los rasgos diferenciales ya comentados, restando aún más legitimidad al SNS.

Una vía de solución podría encontrarse en la utilización decidida del Senado como espacio de diálogo y concertación permanente entre el Estado y las CC AA, dando forma parlamentaria, si fuera necesario, a los acuerdos alcanzados en el CIS y, en todo caso, orientando soluciones en la planificación de estructuras de interés general.

Aún se está a tiempo de acometer reformas legales que aseguren el sostenimiento del SNS como conjunto integrado de los servicios de salud de las CC AA, a la vez que se logra un cumplimiento real y no retórico de los principios básicos que lo inspiran.

Al objeto de evitar obstáculos legales insuperables o proyectos de reforma especulativos o meramente ideológicos —inviabiles, dada la universal aceptación que el actual sistema tiene entre todas las fuerzas del arco parlamentario— hay que partir de la base de que el sistema sanitario español, financiado mediante impuestos y con cobertura universal y gratuita, se integra dentro del tipo «Servicio Nacional de Salud» propio de los países nórdicos, Reino Unido y Canadá. Y se diferencia de forma notable en su organización y régimen asistencial de los sistemas universales de base mutualista, financiados mediante cuotas y pólizas de aseguramiento como son los que rigen en Alemania, Francia, Holanda, etc., que se in-

tegran en regímenes públicos o publico-privados de Seguridad Social.

De ahí que para la reforma del SNS no puedan tomarse como ejemplo los modelos de aseguramiento sanitario de base mutualista, cuyos mecanismos financieros y de organización de la asistencia son singulares y muy distintos de los españoles, aunque ciertamente puedan ser de aplicación muchas de las medidas de gestión asistencial y empresarial que se han experimentado en aquellos sistemas.

Con independencia de que se reforme o no el Senado en la línea de asegurar un marco de coordinación adecuado del régimen autonómico, lo cierto es que la revisión legal que precisa el Sistema sanitario español no requiere modificaciones legales ni, por supuesto, tocar la normativa contenida en los Estatutos o en la Constitución. Se trataría de reordenar el régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial mediante la reforma de los arts. 70 a 72 LCyCSNS para *hacer posible* la coordinación sanitaria, en el sentido establecido por el Tribunal Constitucional (STC 28 abril 1983).

La reforma de las instituciones que han de asegurar la coherencia, equidad y cohesión del SNS debe conformarse con carácter independiente, al margen de criterios coyunturales de oportunidad política o de interés partidista, y respetando los elementos diferenciales que no impliquen ventaja o privilegio.

En países con similar nivel de descentralización existen ejemplos interesantes que pueden servir de inspiración: la conferencia de presidentes de las provincias canadienses creó en el año 2003 el Consejo de Salud de Canadá, el cual garantiza la transparencia e información fiable sobre el sistema sanitario, promoviendo su cohesión y repor-

tando anualmente al Senado y a la ciudadanía sobre tales cuestiones.

Además, en el marco de ese proceso de reforma deberían efectuarse algunas precisiones en la Ley General de Sanidad, en el sentido de delimitar con mayor nitidez las relaciones del SNS con la Seguridad Social, así como fijar claramente hasta dónde y cómo se extiende la cobertura de los servicios sanitarios públicos y los requerimientos y contraprestaciones que se exigen para su disfrute, dejando siempre a salvo la obligación legal de asistencia que el sistema tiene respecto de toda persona residente en España que lo precise.

En resumen, estamos ante una situación donde no cabe la indiferencia. El déficit de coordinación ha creado en España un escenario que recuerda a la existente en el periodo previo a la promulgación de la Ley General de Sanidad. O se trabaja con rigor para solucionarlo, o bien pronto comenzarán a escucharse voces reclamando políticas de «devolución», tal como está ocurriendo en algunos países donde tienden a aumentar el grado de implicación de sus gobiernos centrales para mantener la universalidad y equidad de sus sistemas sanitarios.

Será necesario un Acuerdo en forma de Ley, compartido por el Gobierno Central y las CC AA, que ofrezca una salida racional al actual contexto, desarrollando mecanismos de coordinación externos a los servicios regionales de salud que permitan mantener la universalidad y la equidad del sistema.

Si no nos aplicamos todos a esta tarea, el SNS, patrimonio de todos los españoles, se orientará lenta pero inexorablemente hacia su desaparición.

#### **4. El trabajo asistencial. Pacientes y profesionales**

La condición de enfermo —que adquiere el usuario en el momento de su entrada en el sistema sanitario tras haber recibido un diagnóstico— deriva en dos tipos de contexto que presentan una dicotomía clara: en uno, el enfermo agudo va a vivir su situación como transitoria y aspira por ello a «salir» lo antes posible del sistema de atención; en el otro, el enfermo crónico, dejando aparte las características específicas de su sufrimiento y la repercusión sobre familiares y convivientes, tenderá a una cierta «instalación» en el sistema. Importa señalar que todo indica un crecimiento constante de la carga de enfermedades crónicas en el sistema sanitario de los países de nuestro entorno, y que a ello no sólo contribuye, entre otros factores, la morbilidad en sentido estricto, sino también el envejecimiento poblacional y los avances de la medicina.

Sobre esta base, las características que ya presenta el usuario actual y que muy probablemente se acentúen en los próximos años, serán:

a) Personas con mayor cantidad de información previa sobre lo que constituye su demanda explícita, aunque con una calidad irregular de dicha información, obtenida generalmente a través de Internet. Es evidente que las diferencias culturales y la pertenencia al medio social modularán al alta o a la baja estas características.

b) Demandantes ante el profesional de más y mejor información y reacios admitir pasivamente los argumentos científicos con comportamientos inquisitivos en las preguntas y críticos con las respuestas recibidas.

c) Abiertos a recibir explicaciones, indicaciones, consejos y prescripciones siempre que les sean fundamentadas y explicadas. Estas explicaciones o indicaciones serán aceptadas tanto más cuanto estén expresadas en un lenguaje comprensible.

d) Con un claro aumento de la importancia concedida a una serie de valores básicos, que no son nuevos pero que adquirirán mayor relevancia. Fundamentalmente pueden mencionarse dos: i) *accesibilidad* (manifestada en la inmediatez de la respuesta del sistema sanitario, la puntualidad de la misma y la minimización/eliminación de las barreras de tiempo y espacio, burocráticas y económicas, en su caso; ii) *calidad de los cuidados*, entendida no sólo como la calidad científico-técnica sino también como la calidad subjetiva percibida que implica el concepto de satisfacción con la atención recibida y con las circunstancias de dicha atención.

El usuario que así se perfila tenderá progresivamente a desplazarse desde la «lógica del paciente» a la «lógica del cliente» que, como es sabido, no es la de solicitar ayuda sino demandar un servicio que se necesita de acuerdo con la percepción subjetiva de dicha necesidad. Esta tendencia prima la satisfacción de la demanda sobre la resolución de las necesidades e introduce el deseo como elemento configurador de dicha demanda. Es un hecho no necesariamente negativo pero que planteará desafíos importantes en la organización de la provisión de cuidados y también para los profesionales y el tercer pagador (si existe sistema de aseguramiento).

Por otra parte, el SNS va a exigir en los próximos años innovaciones y reformas profundas de carácter organizativo, así como en la estructura de las instituciones que influyen directamente en el servicio de salud, como son

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Universidades, Asuntos Sociales, Administraciones Locales, etc., si quiere seguir manteniendo y mejorando los servicios que actualmente presta a la población. Ello implica involucrar al conjunto de organizaciones complejas que lo componen, sometidas a un permanente dinamismo evolutivo, cuantitativo y cualitativo, y cuyo funcionamiento se fundamenta en la capacitación de los profesionales, el conocimiento y la gestión.

Otro factor que dificulta acordar asignaciones financieras y avanzar en políticas de personal u otras de calado similar, salvo las decisiones que transitoriamente tengan que adoptarse por las necesidades del momento. El soporte organizativo requiere coherencia para que las medidas que se vayan tomando tengan éxito y respondan a estrategias de futuro que generen valor sostenible y redunden en la satisfacción de los que producen y reciben el servicio.

La necesidad de cambios en el modelo de producción cada vez se hace más patente, y ello pasa por modernizar organizaciones que aún mantienen esquemas de tiempos pasados y que, en todo caso, se fueron acomodando a intereses colaterales que generan distancia entre los pacientes y los profesionales sanitarios. La opción está en modelos de organizaciones capacitadas *que posean una visión de futuro y comprendan que las personas que las integran no se forman y se desarrollan solamente para satisfacer fines de la organización de un modo limitado y prescriptivo, sino para ampliar su función* (Organización Cualificante edit. Comisión de las Comunidades Europeas).

En resumen, debe mantenerse un nivel de gasto en los límites de lo aceptable tanto desde el punto de vista social como macroeconómico, equilibrando demandas crecien-

tes con expectativas generadas. Para ello es preciso buscar nuevos planteamientos que no se basen en un estilo único: administrativo, gestor o de microgestión. Cada uno de ellos tiene elementos positivos que es necesario conservar y reconducir hacia un nuevo modelo basado en la gestión de profesionales. En este sentido, es preciso recuperar la confianza entre todos los actores del sistema, generando un nuevo compromiso social que destierre el victimismo, orientado a la competencia y la responsabilidad, capaz de reaccionar ante los cambios sociales y tecnológicos que están provocando profundas modificaciones tanto en las estructuras como en las relaciones sociales.

El SNS es la mayor empresa del Estado, la que posee el más alto número de profesionales altamente cualificados y un parque tecnológico de vanguardia. Su poder estratégico, no sólo en lo sanitario, también en la transferencia de valores, le convierten en un elemento dinamizador de la sociedad, un motor de cambio de inestimable trascendencia, máxime cuando los ciudadanos le otorgan una alta confianza, como indican todas las encuestas.

Se ha de abordar también el problema de la conflictividad, contrastada a diario en todas y cada de las diecisiete CC AA, reflejo de un clima socio-laboral inadecuado. Como en cualquier otra organización, el SNS está sustentado por sus trabajadores, y éstos articulados a través de las políticas de personal. La inadecuación de estas políticas genera corporativismo profesional, y determinadas acciones sindicales merman la capacidad de diálogo y generan casi nula sintonía entre partes. Hay que recordar que los sindicatos de implantación estatal manejan información de manera más ágil y completa que la que pue-



dan obtener las diecisiete CC AA en el seno de la Comisión de Recursos Humanos.

El modelo de práctica sindical implantado en las instituciones sanitarias del SNS, sobre ser confortable y carente del menor riesgo, frecuentemente sólo establece compromisos de orden verbal con la finalidad última del servicio público, generando un plus de rigidez organizativa y funcional incompatible con la exigencia de modernización continua propio de las disciplinas médico-quirúrgicas. Con el agravante de que ese poder se fortalece extraordinariamente en un sistema tan sumamente descentralizado y donde la autoridad política suele ser débil frente a presiones corporativas. Además, y al contrario de lo que ocurre en la mayoría de los países europeos, tampoco existe una clara identificación con los fines del Sistema por parte de los colegios profesionales médicos, como ya se ha dicho.

La descentralización territorial sanitaria ha socavado la denominada «cultura estatutaria» que ha venido gobernando la relación entre el sistema de salud y sus trabajadores, siendo necesario favorecer e implantar políticas intercomunitarias de cooperación para dar respuesta a las diferentes necesidades de cada uno de los integrantes del mapa sanitario, como ha quedado anteriormente señalado.

En este contexto, los conflictos se fundamentan en los términos retributivos, duración de jornada laboral y competencias estamentales, con el componente común del agravio comparativo de la disparidad entre comunidades. Y se plantean la mayoría de las veces en momentos estratégicos, como son periodos electorales. Todo lo cual termina en acuerdos vinculantes que han generado una babel de iniciativas en legislación laboral.

El marco de referencia, la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud 55/2003, de 16 de diciembre, no ha conseguido aplicarse de manera adecuada, pese a que contempla en su redacción capacidad de desarrollo competencial en cada una de las comunidades.

El temor derivado de la sostenibilidad del SNS debe ser conjurado no solamente por soluciones de carácter financiero, sino principalmente por iniciativas estructurales, que impliquen una renovación de las formas de organización y gestión, con la diana puesta en el factor humano. La nueva gestión de profesionales debe incluir conocimientos, cultura, liderazgo y, por supuesto, incentivos, no solamente externos, sino sobre todo internos.

A la propia dificultad para un desarrollo armónico del Estatuto Marco, condicionado por la creciente preocupación en la mejora de la eficiencia de la gestión de los Servicios de Salud de las CC AA, se añade la descentralización de las competencias sobre las políticas de personal, lo que otorga un desmesurado protagonismo a las cúpulas políticas, sindicales y colegios profesionales a nivel autonómico. En este contexto, cualquier decisión de política de personal va a ser muy vulnerable a grupos de interés organizados, con objetivos no sólo económicos y que, en definitiva, provocan un incremento constante del gasto sin contraprestación en cantidad y calidad del servicio que se debe prestar al ciudadano.

Las diferentes políticas de personal como consecuencia de las transferencias sanitarias y del propio desarrollo de cada servicio de salud incitan a comparar situaciones laborales, lo que conduce a establecer reivindicaciones cíclicas de homologación de retribuciones, en una espiral ilimitada, pero sin el acompañamiento de las necesarias

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

contraprestaciones, más allá de débiles acuerdos sin garantías de cumplimiento y sin mecanismos objetivos de regulación.

Por otra parte, el corsé retributivo establecido en base al modelo funcionarial implica una ausencia de incentivos significativa que ha generado una dinámica perversa en las rentas salariales, donde los responsables políticos de cada una de las comunidades se ven forzados a ceder en el proceso continuo de reivindicaciones planteadas por los representantes sindicales sobre la referencia de acuerdos más favorables de otra comunidad.

En cuanto a la implantación en todas las Comunidades de los planes de Desarrollo y Carrera Profesional, tampoco han dado los frutos deseados. Se esperaba un reconocimiento a los profesionales, a su entrega y dedicación, a la aportación de conocimiento, a los resultados individuales y/o en equipo. Finalmente, quedó un ejercicio teórico, y tras diferentes negociaciones, se acordaron subidas salariales tendentes a la igualdad. Una nueva frustración para las organizaciones y personas que esperaban valoraciones objetivas y reconocimiento de los méritos. De este modo, se da la razón a los que opinan que las organizaciones sólo consiguen mejoras mediante la reivindicación.

Parece necesario, pues, introducir criterios reguladores que unifiquen al menos las líneas de retribución, de jornada laboral, de reconocimiento profesional. Y cuerpos directivos profesionales que garanticen el cumplimiento de los acuerdos pactados por los agentes sociales, que deberían también establecerse a nivel del Consejo Interterritorial de Salud.

### *El personal no sanitario en la Sanidad*

En el SNS, un 32% aproximadamente de los trabajadores no tiene una formación específica de la rama sanitaria. Es el colectivo denominado «personal no sanitario» aun cuando tienen una influencia directa en tales organizaciones y son corresponsables del éxito o fracaso del acto sanitario.

La amplitud de los conocimientos que abarca hoy todo lo relacionado con el ámbito de la salud requiere de una serie de consideraciones tanto de carácter institucional, como legislativo, con vistas a atraer profesionales que cubran las necesidades existentes en el SNS y en las empresas auxiliares afines.

Cabría esperar que el actual proceso de reforma universitaria, así como los diferentes grados de formación profesional, atendiesen esta necesidad, aportando los contenidos y preparación práctica que capacitaran a los titulados desde el momento de su licenciatura, de manera que se eviten los altos costos de adaptación y la disfuncionalidad que supone la incorporación de personas con insuficiente conocimiento técnico.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en su Capítulo II establece la clasificación y ordenación del personal estatutario. En su artículo 6 se detallan, en sus diversos apartados, la división del personal sanitario de acuerdo a su nivel de titulación específica en la formación reglada sanitaria. En el artículo 7, se especifican también los diferentes grados de capacitación, de acuerdo con el nivel académico del personal estatutario de gestión y servicios. La diferencia con el anterior artículo es la no especificidad de dicha formación en consonancia a

la tarea a desempeñar en la Administración. Este hecho es importante, pues acarrea diversas disfunciones en el desarrollo diario de la actividad, encorsetando la posibilidad de contrataciones para determinados puestos en función de la tarea a desempeñar en el lugar de trabajo, si bien el artículo 12 de la citada Ley establece la planificación de recursos humanos, y sus artículos 13, 14 y 15 deja abierta las probabilidades de ordenar, crear, modificar y suprimir categorías profesionales. Se trata, en definitiva, de romper ese «cajón de sastre» que en materia de cualificación profesional es en estos momentos el Personal No Sanitario. Y, a su vez, de abrir la posibilidad de incorporar nuevas profesiones sanitarias que en estos momentos no están contempladas entre las del SNS. Es obligado mencionar también otro apartado, el Capítulo VIII, Carrera Profesional, donde se deja abierta una puerta a la oportunidad de la cualificación del Personal No Sanitario acorde a las necesidades de la propia Administración.

Ahondando en materia legislativa, la diferencia de la especialización entre los dos ámbitos de actuación en materia sanitaria respecto al personal —personal sanitario y no sanitario— se observa y profundiza con la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de la Profesiones Sanitarias*. En la misma se señala que *El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a*

*utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.*

La LOPS en su preámbulo define a las profesiones sanitarias como *aquellas que la normativa reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos*. Esta Ley regula el ámbito competencial de las profesiones sanitarias y reconoce los espacios específicos de actuación de cada una de ellas, a tenor de la evolución multidisciplinar de la propia praxis desarrollada del sector sanitario. Esta dualidad de la profesionalización de los dos ámbitos de trabajo en un mismo sector laboral entra en una clara contradicción si se tiene en cuenta el propio modelo organizativo.

Con el personal no sanitario de nivel medio y alto no ocurre lo mismo. Estos profesionales no responden a las necesidades actuales del modelo organizativo, máxime cuando la otra parte —sanitarios— siguen creciendo en especialización. El desfase es evidente y las dificultades que causa significativas, incluyendo conflictos laborales. Ello favorece la estanqueidad entre colectivos de la misma organización, pero con diferentes intereses que trascienden a todos los ámbitos y entorpecen el bien común.

Es necesario también mencionar el actual sistema de contrataciones regulado por los diversos *Pactos sobre contrataciones de Personal temporal* que las diferentes CC AA han puesto en marcha, donde se establecen su ámbito de

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

aplicación, requisitos y demás regulaciones para acceder a las *bolsas de trabajo*. Estas normativas son de aplicación mayoritaria en todas las Áreas de Salud, siendo supervisadas por las Mesas de Contrataciones de cada una de ellas, participadas activamente por los agentes sociales representativos de los trabajadores. Asimismo, se suelen contemplar requisitos del personal no sanitario, estableciéndose en diferentes partidas que para este personal es el comprendido dentro de los grupos A y B conforme a lo establecido el RD-Ley 3/87, de 11 de septiembre, y para el resto de los grupos establecidos en el citado RD-Ley, el haber superado la fase oposición del correspondiente proceso selectivo, el haber superado las pruebas selectivas previa oferta pública, o el estar registrado como demandante de trabajo en las Oficinas de Empleo. Y volvemos a observar el grado de inespecificidad de la oferta profesional, a tenor de lo establecido en el RD-Ley 3/87, donde en su artículo 3 se clasifican los cinco grupos, según el nivel académico:

*Grupo A: título de doctor, licenciado, ingeniero, arquitecto o equivalente.*

*Grupo B: título de ingeniero técnico, diplomado universitario, arquitecto técnico, formación profesional de tercer grado o equivalente.*

*Grupo C: título de bachiller superior, formación profesional de segundo grado o equivalente.*

*Grupo D: título de graduado escolar, formación profesional de primer grado o equivalente.*

*Grupo E: certificado de escolaridad.*

Por lo tanto, se reproduce la incapacidad de establecer unos perfiles profesionales, especialmente para determinados grupos. En muchos casos se da la hipertitulación de personal con alta cualificación que opta a puestos de

categorías más bajas; en otros, la poca o nula cualificación en factores transversales para puestos administrativos (por ejemplo, manejo de herramientas informáticas) son motivos que no se tienen en cuenta y por lo tanto no se pueden valorar. No ocurre así en otras materias profesionales, como puede ser el personal de oficio, pero sí ocurre sobremanera en la demanda de personal administrativo y, en ocasiones, en personal de gestión de los grupos A y B. Y a toda esta rigidez hay que sumarle la contemplación por parte de los citados pactos de la prioridad de la Promoción Interna, bajo los mismos supuestos que se acaban de describir.

Otras normativas contemplan la cualificación profesional. La Ley de Cohesión y Calidad, en el capítulo III, hace mención a la modernización del SNS y al Desarrollo Profesional, en clara referencia al personal sanitario y, en paralelo, al resto del personal de las Administraciones que no pertenecen a las profesiones sanitarias.

Cabe destacar los esfuerzos en diferentes Administraciones de las CC AA por lograr acuerdos Administración-Sindicatos para la modernización y mejora de las Administraciones Públicas: *mejora de la profesionalización y cualificación de los empleados públicos a través de la formación continua, vinculándola a su promoción profesional. A estos efectos se impulsarán procesos de promoción interna correspondientes y se desarrollarán las negociaciones oportunas con los sindicatos firmantes para agilizar los procedimientos de selección.* Y en otros apartados se establecen objetivos de realizar *planes de carrera administrativa y/o carrera profesional para los empleados públicos.* Y éste se considera clave para que *la Administración pueda mejorar su eficiencia y calidad de los servicios públicos, permitiendo situar al personal más cualificado en los pue-*



*tos de mayor nivel de dificultad y responsabilidad. Todo ello nos conduce a la implantación de un nuevo modelo de Función Pública que se adapte a las características de este tipo de Administración.*

Por último cabe mencionar, atendiendo a la normativa vigente, La Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. En su exposición de motivos se recoge: *seguidamente el Estatuto Básico define las clases de empleados públicos —funcionarios de carrera e interinos, personal laboral, personal eventual— regulando la nueva figura del personal directivo. Este último está llamado a constituir en el futuro un factor decisivo de modernización administrativa, puesto que su gestión profesional se somete a criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad y control de resultados en función de los objetivos. Aunque por fortuna, no han faltado en nuestras Administraciones funcionarios y otros servidores públicos dotados de capacidad y formación directiva, conviene avanzar decididamente en el reconocimiento legal de esta clase de personal, como ya sucede en la mayoría de los países vecinos. Por lo que se refiere a los funcionarios, se hace preciso modificar su clasificación actual, teniendo en cuenta la evolución que ha experimentado en los últimos años nuestro sistema educativo y en previsión, particularmente, del proceso abierto de reordenación de los títulos universitarios. La clasificación en tres grandes grupos, con sus subgrupos, se efectúa en función del título exigido para su ingreso, estableciéndose un grupo A, con dos subgrupos A1 y A2; un grupo B y un grupo C, a su vez con los subgrupos C1 y C2». Una de las herramientas explicitadas en la citada norma como proceso de mejora para la especialización, lo recoge el Título III, Capítulo II. Derecho a la carrera profesional y a la promoción interna. La evaluación del desempeño, donde se indi-*

ca el desarrollo de este proceso y lo necesario que es para una administración moderna su implantación.

Este rápido y sucinto repaso de la normativa actual dibuja el panorama existente y el camino hacia donde debemos ir. Parece claro que debe abordarse la situación del personal no sanitario que mantiene la actividad sanitaria. No puede continuar con esa ambivalencia entre dos mundos separados por una línea invisible que cada vez se hace más notoria, con la cualificación como elemento distintivo; máxime en un tipo de organización que se caracteriza por su alto grado de complejidad. Se está abocado a la formación de equipos multidisciplinares en un modelo organizativo que dé respuesta a problemáticas de un entorno variable.

Finalmente, téngase en cuenta que los planes de Recursos Humanos, instrumento imprescindible para abordar las cuestiones planteadas, han de acompañarse con acuerdos tomados a nivel de Estado. De otro modo no se dará solución a los reclamos de los que actualmente trabajan, ni se preparará el acceso de los futuros profesionales cuyos nuevos conocimientos han de servir para asegurar el porvenir del sistema.

## **5. Insumos, tecnología e información**

Las grandes compañías farmacéuticas han atesorado éxitos sin precedentes en los últimos 30 años. Sin embargo, el crecimiento y rentabilidad conseguidos hasta finales de la década de 1990 han sufrido una ralentización acusada. Los índices de crecimiento de «dos dígitos» (más del 10%) han terminado. La manufacturación far-

macéutica no ha respondido a la transición del mercado tan rápidamente como cabía esperar.

Los focos de crecimiento e innovación han cambiado drásticamente en el mercado farmacéutico. Durante el siglo pasado el mercado estuvo dominado por fármacos necesarios para tratar patologías que afectaban gran número de pacientes: infecciones, trastornos gastrointestinales, hipercolesterolemia e hipertensión arterial. En el año 2008, el segmento de fármacos destinados a la asistencia primaria ha descendido (4%) por vez primera. Y el ocaso de los fármacos «de éxito» —*blockbuster*— representa una de las transiciones más llamativas en el mercado farmacéutico (han pasado de un crecimiento anual del 44% a otro de apenas el 10%). La concentración de los esfuerzos de I+D en los *blockbuster* exigió enormes inversiones que se justificaban por el volumen de ventas generado en un mercado muy poco regulado y con amplios márgenes comerciales. En muchas compañías, los retornos del I+D son, hoy, inferiores a los costes del capital.

Las causas: mercados regulados y, principalmente, caducidad de patentes que impulsa un «nuevo» mercado de genéricos (en los próximos cinco años, aproximadamente 130 millardos (mM) de dólares ligados a fármacos «de marca» habrán de soportar la competencia de «genéricos»).

El número de nuevos productos ha disminuido, y el mercado ha pasado a estar dominado por fármacos que están indicados en situaciones muy específicas; moléculas dirigidas contra patrones moleculares definidos y diseñadas para tratar pequeños grupos de enfermos con enfermedades complejas: diferentes tipos de cáncer, artritis reumatoide o problemas inmunológicos.

El gasto farmacéutico se cerró en 2008 con un crecimiento del 6,87% en relación con el año anterior, lo que representa una facturación a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud de, aproximadamente, 12 mil millones de €.

El crecimiento de este gasto se refiere solamente al financiado con recetas de la Seguridad Social y por lo tanto no se contabiliza el gasto hospitalario (8% del total) del que se conoce que tiene un crecimiento significativamente mayor (en torno al 26%). Ello supone que más de la tercera parte del gasto sanitario se destina a medicamentos (el doble del de la UE, que está en torno al 14%). El incremento del gasto farmacéutico (6,87%) es más del doble del sanitario (2,6%).

Las diferencias entre CC AA son muy importantes (entre el 5,2% y el 13,49%). Madrid (5,20%), Navarra (5,98%) Cataluña (6,00%) y el País Vasco (6,00%) son las que han registrado un crecimiento menor del gasto farmacéutico; mientras que Melilla (13,49%), Canarias (9,28%) y La Rioja (9,13%) son las que han experimentado mayores incrementos. Bien entendido que no existen estudios que permitan relacionar estas diferencias con los respectivos niveles de calidad asistencial.

El gasto farmacéutico per cápita extra hospitalario tiene una gran variabilidad (media: 268,73 €; máximo: 313,40 €; mínimo: 197,05 €). La diferencia entre la CC AA con mayor gasto (Canarias) y la de menor (Baleares) es del 63%. Una parte de estas diferencias se achacan al envejecimiento de la población y a otras cuestiones como la implantación de genéricos (se señala una correlación negativa significativa entre gasto per cápita y porcentaje de genéricos utilizados).

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Las previsiones para el año 2009 es que el gasto sanitario crezca un 3%, lo que supone menos de la mitad del crecimiento del gasto farmacéutico que el pasado año (6,87%). Si el crecimiento del gasto farmacéutico no se reduce en una proporción similar al gasto sanitario total, puede poner en peligro la sostenibilidad del sistema a medio plazo y puede obligar a disminuir otras partidas del gasto.

Con crisis o sin crisis es necesario poner en marcha políticas y medidas activas para contener el crecimiento del gasto farmacéutico y situarlo, al menos, en los porcentajes de incremento del gasto sanitario total (3%), teniendo como objetivo final moderar el gasto farmacéutico hasta equipararlo con el de la UE: 14% del gasto sanitario total.

Una de las primeras medidas que se proponen es potenciar la utilización de medicamentos genéricos, que debería situarse por encima del 20% de la prescripción. Aunque ello, junto con una regulación economicista de los precios, tiene el peligro, en un país totalmente dependiente de tecnología externa, de ahuyentar a las grandes empresas que sólo mantienen en nuestro país oficinas comerciales.

Se puede argumentar que se potenciaría la «industria» patria fabricante de genéricos; pero ello es pan para hoy y hambre para mañana. Ello puede satisfacer el mercado local y algunas ONG, pero no crea valor añadido. El sector farmacéutico proporciona 50.000 puestos de trabajo directos.

Todo ello apunta, desde el punto de vista de la farmacia a: controlar las actividades de *marketing* de la industria farmacéutica; desarrollar mecanismos eficaces y actualizados de formación/información, para que los pres-

criptores del sistema público no respondan a los intereses comerciales; centrales de compra de medicamentos a nivel de CC AA primero, y después a nivel estatal desde el ámbito del Consejo Interterritorial de Salud (abatar costes por economía de escala); potenciar las comisiones de farmacia de área con participación de AP y hospitales, y potenciar la participación ciudadana para hacerla consciente de la necesidad de reducir el consumismo sanitario, se corresponsabilice del mismo y haga frente a la *medicalización* inducida (desechar la polifarmacia); retirar del vademécum del Sistema de Salud toda medicación de dudosa eficacia; introducir en el sistema la práctica de medicinas tradicionales, de eficacia probada en determinadas enfermedades inflamatorias crónicas, o a potenciar la educación en el ámbito de la salud.

Se define «producto sanitario» —tecnología sanitaria— como cualquier instrumento, dispositivo, equipo u otro artículo utilizado solo o en combinación, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado a ser utilizado en seres humanos con fines de diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de la enfermedad o compensación de una lesión o una deficiencia; o para la investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico.

Según datos de la *European Confederation of Medical Suppliers Associations* (EUCOMED), el valor del mercado europeo de tecnología sanitaria fue de 63,62 mM € en el año 2005, que representa un 34% del mercado global que asciende a 187 mM €; lo que le sitúa en segundo lugar, detrás de EEUU, con un cuota de mercado del 42%. Sólo Alemania y Francia cuentan con cerca del 47% del mercado europeo.

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Por su parte, de acuerdo con los datos del Instituto Español de Comercio Exterior (ICEX, «España: sector equipamiento médico y tecnología sanitaria», mayo 2006), la balanza comercial en el sector de equipamiento médico y tecnología sanitaria fue, en el año 2004, superior a 2.000 millones de euros, lo que convierte a España en el octavo país en el ranking mundial en el consumo de equipamiento médico y tecnología sanitaria. Esto representa un saldo negativo en la balanza comercial de € 1.300M.

El sector español de equipamiento médico y tecnología sanitaria está integrado por, aproximadamente, 520 fabricantes, la gran mayoría de ellos (más del 60%) correspondiendo a pequeñas y medianas empresas, que coexisten con un grupo muy numeroso de empresas multinacionales que están implantadas en el país. Es de resaltar que este gran déficit de la balanza comercial es en realidad aún mayor considerando que gran parte de las exportaciones españolas son de empresas multinacionales implantadas en el país. En el año 2004, la oferta española cubría tan solo un 20% del consumo de equipamiento médico y tecnologías sanitarias, mientras que el 80% restante estaba cubierto por unas 1.200 empresas extranjeras que están operando en el mercado, entre las que se encuentran las filiales importadoras y exportadoras de grandes grupos médico-farmacéuticos (americanos y alemanes principalmente).

Incluso con el gran balance negativo aludido anteriormente, la oferta de empleo de este sector industrial está creciendo a un nivel muy acelerado, representando en el 2004 aproximadamente 20.300 empleos, correspondiente a un incremento de más del 100% con respecto al año 2001. La distribución geográfica de empleo es aproxima-

damente un 42% en la Comunidad Autónoma de Cataluña, el 30% en la Comunidad Autónoma de Madrid, el 11% en la Comunidad Valenciana y el 6% en el País Vasco. El sector de tecnología sanitaria emplea aproximadamente 435.000 personas en los principales países europeos. Esta industria empleaba en España, en el año 2008, alrededor de 25.400 trabajadores.

El gasto total de tecnología sanitaria en España fue de 5,5 mM € en el año 2005, lo que supone un 8,2% respecto al gasto total en salud del país. Este porcentaje está por encima de la media de los países europeos, que se cifra alrededor del 6,3%.

Ello apunta, en relación con la tecnología sanitaria a: redefinir la medicina preventiva (¿mamografía anual, colonoscopias periódicas, vacuna contra el cáncer de cervix...?); definir centros de referencia para la aplicación de tecnologías avanzadas, de diagnóstico y de tratamiento; centralización de laboratorios y externalización de técnicas sofisticadas, o protocolización diagnóstica y terapéutica y supresión de tecnologías sumatorias (Rx + Eco + TAC + RMN...).

Deben considerarse dos puntos no menos importantes. En primer lugar, un reciente estudio del Institute for Healthcare Improvement, titulado «The Triple Aim» (triple objetivo; que hace referencia a la mejora de la salud de la población, incremento de la participación del enfermo en su propio cuidado y control del coste por paciente), concluye que podrían reducirse un 30% los costes de la atención médica sin disminución de su calidad aplicando dos criterios básicos: a) replanteamiento de la práctica médica (eliminación o, al menos, reducción de procedimientos y diagnósticos inútiles o poco eficaces), y



b) participación del enfermo en el control de su tratamiento.

Y, en segundo lugar, reconsiderar la eficiencia de la medicina preventiva. La experiencia está demostrando que muchos de los conceptos que se vierten sobre esta estrategia de salud (relación coste-beneficio) han de ser puestos en cuestión, por lo que es necesario realizar estudios de cada una de las intervenciones específicas, en vez de asumir las valoraciones generales al uso.

En cualquier caso, se trata de formar profesionales eficientes, reconverter la medicina «*high tech —low touch*» en otra de al menos «cincuenta-cincuenta»; potenciar y dignificar la medicina de familia y, finalmente, separar los procesos médicos de los problemas sociales que no requieren asistencia médica.

En cuanto a la comunicación, su importancia en el contexto del desarrollo de la medicina en el siglo XXI es ya decisiva y aumentará previsiblemente en la medida en que Internet llegue a más personas de más países.

Esta es una situación que favorece la difusión del conocimiento y la producción científica, pero también permite que cualquier tipo de contenido, sin control posible, llegue a todo tipo de personas. Es un hecho que las llamadas «páginas de salud» junto a las de pornografía capitanean el número de entradas de los usuarios en la red, y también que cada día tienen más audiencia los programas televisivos relacionados con la salud.

Esta situación tiene, y tendrá cada vez más, repercusión sobre las actitudes de los usuarios del sistema sanitario (pacientes, familias y allegados) y condicionará la percepción de las necesidades, los mecanismos de autoayuda y la materialización de la demanda. Hasta la fecha

hay pocos estudios que hayan considerado esta situación, y ninguna medida se ha tomado al efecto.

Por otra parte, esta nueva realidad ha hecho completamente obsoletas las tradicionales actividades y acciones de educación sanitaria de los servicios de salud pública dependientes de las Administraciones que utilizaban medios convencionales (carteles, cuñas televisivas o radiofónicas, charlas a escolares y grupos de riesgo, etc.).

La influencia que está teniendo sobre la población noticias e informaciones sanitarias de todo tipo contenidas en Internet y publicitadas en distintos programas exigiría tomar tres medidas, que sometemos a consideración aun siendo conscientes de la dificultad de implementarlas en la práctica:

1. El análisis de los contenidos de las informaciones puestas en la red.
2. El fomento de páginas accesibles, en su formato y en su lenguaje, por el público medio patrocinadas o acreditadas por organizaciones científicas o profesionales solventes y, en su caso, por la propia administración central sanitaria.
3. La promoción de programas televisivos, preferentemente en la TV pública, que ofrezcan con carácter regular información sanitaria de calidad contrastada y garantizada tanto por la administración sanitaria como por las sociedades científicas.

## **6. Gasto sanitario**

La presente crisis económica se ha convertido ya y claramente en una grave depresión que tendrá efectos muy

negativos en los ingresos fiscales de las administraciones públicas que sostienen el sistema sanitario español. Además, ha coincidido con la eclosión y, en algunos casos, el agravamiento de bastantes de los problemas propios del SNS, varios de los cuales han venido gestándose a lo largo de los últimos años, mientras que otros estaban presentes ya en el momento de configuración del mismo.

El escenario financiero aparece, pues, especialmente difícil, tanto para el SNS en conjunto como para cada uno de los Servicios Regionales de Salud que lo integran, sin que racionalmente se pueda hacer pronóstico alguno de mejora a corto o medio plazo.

De hecho, el modelo sanitario español se enfrenta a la situación más problemática y difícil de cuantas ha tenido que afrontar a lo largo de su existencia, obligado como está a adaptarse a la compleja realidad financiera de las Administraciones Públicas estatal y autonómicas de las que depende, sin haber solventado, o paliado al menos, los graves problemas que desde tiempo atrás arrastra.

Sin embargo, parece obvio que el mantenimiento del carácter universal, gratuito e igualitario de las prestaciones asistenciales del sistema sanitario público es factor determinante de cohesión social e incluso de seguridad pública en un marco como el actual, de crisis económica y paro, que afecta de manera muy grave a la población trabajadora española e inmigrante.

La inevitable adaptación a la actual debilidad financiera del Estado y las CC AA, coloca al SNS ante una situación nueva que tendrá que ser abordada con criterios diferentes de los que presidieron su despliegue y ordenamiento a lo largo de los veinte últimos años, durante los cuales —y sin excepción en ninguna de las CC AA— el sistema sanitario público español ha mantenido un cons-

tante y sostenido incremento de recursos humanos, materiales y asistenciales, dentro de una notable estabilidad y conservadurismo en la gestión y la definición de objetivos. Como consecuencia, varios de los principios que se relacionan en el artículo 2.º de la LCyCSNS carecen de eficacia en su aplicación práctica, o se están desnaturalizando o, pura y simplemente, se han convertido en alegatos retóricos.

No ha sido menos espectacular el aumento del gasto sanitario: se ha multiplicado por seis en el último medio siglo. En 1960, los españoles trabajaban poco más de 3 días al año para pagar el coste total de la atención sanitaria. En la actualidad, equivale en promedio a casi 18.

La sostenibilidad de la financiación del bienestar sanitario es una preocupación prioritaria y común en todas las sociedades y gobiernos de los países desarrollados, con una presencia creciente en los medios de comunicación y en el debate político y electoral.

Algunos factores de preocupación son comunes a la mayoría de países desarrollados (crecimiento acelerado del gasto, envejecimiento de la población, flujo incesante de innovaciones médicas, precios de los nuevos medicamentos, resistencia al aumento de los impuestos, etc.), mientras que otros son más particulares del SNS español, tales como los que se derivan de la elevada especialización sanitaria del presupuesto de las CC AA después de la descentralización completa del SNS (alrededor del 35% de su presupuesto de gastos), del sistema de financiación autonómica de las CC AA de régimen común, etc.

La revisión de la literatura internacional sobre la contribución de los distintos factores al crecimiento del gasto presenta dos conclusiones que se pueden extender a la mayoría de sistemas sanitarios de los países desarrolla-

dos. La primera se refiere a la importancia del envejecimiento de la población: a diferencia de lo que puede ocurrir, por ejemplo, con el gasto público en pensiones, ha sido moderada y no hay evidencia de que el envejecimiento, por sí sólo y como factor exógeno o inevitable, constituya una amenaza para la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos. La segunda de las conclusiones tiene que ver con el papel preponderante de los cambios en la tecnología y en la intensidad de recursos por paciente como principal motor del crecimiento del gasto sanitario.

La evolución de la factura sanitaria constituye una preocupación constante para los responsables de las CC AA y del gobierno central. Y, entre los múltiples factores que afectan al gasto, el envejecimiento demográfico es comprensiblemente considerado una de las mayores amenazas, a pesar de que la experiencia nos indique que no es la principal.

El gasto sanitario se puede entender como integrado por dos componentes: los costes de mortalidad y de morbilidad. Es necesario tenerlo en cuenta ya que si las personas viven más años, aún sin aumentar el coste de mortalidad, pero padecen problemas de salud importantes (morbilidad) durante un período de tiempo más prolongado, entonces los costes aumentarán.

En resumen, el crecimiento futuro del gasto sanitario público en España dependerá principalmente de la evolución de la población cubierta, del impacto del cambio en la estructura de edades de la población (envejecimiento) y de la inflación sanitaria diferencial como factores exógenos; de la denominada prestación sanitaria real que refleja la mayoría de factores endógenos, resultado de la

política y gestión de los servicios sanitarios (tecnología, prestaciones cubiertas, utilización, etc.).

Algunas indicaciones pueden deducirse, con las debidas cautelas e incertidumbres y a falta de datos más precisos, de estos ejercicios de proyección del gasto sanitario futuro. En primer lugar, el impacto demográfico global (aumento de población y envejecimiento), como factor exógeno, sobre el crecimiento del gasto sanitario público no será nada desdeñable, pero previsiblemente inferior al ritmo de crecimiento del PIB, ya que la probabilidad de superar el 1% de crecimiento real anual promedio hasta el año 2050 es muy baja. En todo caso, el crecimiento del gasto sanitario atribuible a los efectos demográficos resulta sostenible sin ningún tipo de problemas, si el resto de factores no demográficos se mantuviera estable, al menos con las tasas esperadas de crecimiento económico español para los próximos diez años.

Y, en segundo lugar, el crecimiento del gasto sanitario por encima del de la renta, con el consiguiente aumento de la proporción del PIB destinado a la financiación sanitaria, depende crucialmente del ritmo de aumento de los factores no demográficos (prestación sanitaria media o nivel de prestaciones). Crecimientos del residual no-sanitario basado en el patrón histórico o limitados al PIB (elasticidad renta unitaria) conducen a un aumento de la proporción del gasto sanitario con relación al PIB. Las cifras de los estudios son menos convergentes que las referidas únicamente al impacto demográfico pero reflejan, con pocas dudas, un mismo fenómeno, el aumento de la proporción del PIB destinada a la financiación del SNS.

Tal como se ha observado, el cambio en la intensidad de recursos y en el uso de la tecnología representa el principal factor de crecimiento del gasto sanitario futuro.

### C. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La evolución de este factor depende de las decisiones políticas sobre dotación de recursos y adopción de innovaciones en el sistema sanitario y, en este sentido, es un factor no inevitable. Ahora bien, a la vista de la situación comparativa poco favorable de los indicadores de capacidad del sistema sanitario español y del alto nivel de satisfacción de la población en un entorno sanitario caracterizado por un incesante flujo de innovaciones tecnológicas, existen pocas dudas de que la prestación sanitaria real media estará sometida en los próximos años a una importante presión al alza por parte de los pacientes.

Por otro lado, conviene tener en cuenta que el nivel de gasto público sanitario por persona a principios del nuevo siglo se encuentra un poco por debajo de lo que sería esperable atendiendo a nuestro nivel de renta por persona. El aumento de la prestación sanitaria real media (factor no demográfico) parece necesario para acercar la posición española al gasto público deseable de acuerdo con unas expectativas que, como indica la experiencia internacional, son crecientes con el nivel de renta.

La evolución futura del gasto sanitario público en nuestro país, como hemos puesto de manifiesto, vendrá determinada por la confluencia de múltiples factores: desde la evolución demográfica hasta los cambios en el estado de salud de la población, pasando por las pautas de utilización de los distintos servicios sanitarios o los efectos derivados de la introducción de nuevos tratamientos (quirúrgicos, farmacológicos, etc.). Esta pluralidad de factores, unida a la incertidumbre sobre la evolución futura de cada uno de ellos, convierte el objetivo de proyectar la evolución del gasto sanitario en una tarea compleja. Buena prueba de ello es la gran cantidad de escenarios alternativos que se plantean en todos los traba-

jos publicados al efecto, derivados de la multiplicidad de supuestos acerca de la evolución futura de la demografía, los problemas de salud, la utilización de servicios, los costes y otros.

En resumen, aun no siendo la causa más importante del crecimiento del gasto sanitario público en el pasado, el impacto de la demografía es objeto de preocupación justificada. La demografía afecta al gasto sanitario público a través de las variaciones en la población (cobertura poblacional) y de los cambios en la estructura de edades de la población (envejecimiento).

El análisis de la evolución reciente del gasto sanitario público en España revela que el envejecimiento ha absorbido por sí sólo un aumento del gasto por persona en términos reales que se sitúa entre el 0,3% y el 0,5%, si bien, cuando a ello se añade el aumento de cobertura poblacional experimentado en los últimos años, la tasa de crecimiento atribuible al efecto demográfico agregado (cobertura y envejecimiento) podría llegar a alcanzar el 1,9% anual en algunos años.

El impacto puramente demográfico sobre el gasto sanitario público esperado (variación de la cobertura poblacional y de la estructura de edades de la población) supondrá una necesidad de crecimiento acumulado en términos reales hasta el año 2016, que no es nada desdeñable ya que para el promedio de las CC AA se sitúa entre el 11,66% y el 16,68% (entre el 0,99% y el 1,39% anual), según proyecciones. Resulta muy importante poner de relieve la elevada heterogeneidad del impacto puramente demográfico sobre el gasto sanitario entre las distintas CC AA: hasta 2016, el impacto demográfico (efecto cobertura y efecto envejecimiento) será muy notable en Comunidades como Baleares y Canarias, mien-



tras que será inferior en Extremadura, Galicia, Asturias y Castilla y León.

El sistema de financiación autonómica requiere necesariamente de mecanismos de flexibilidad que doten a la capacidad de gasto de la suficiente elasticidad frente al impacto demográfico de cada una ya que lo contrario podría afectar a la igualdad de oportunidades. En consonancia con lo que han puesto de relieve estudios realizados en España y en otros países, el impacto puramente demográfico sobre el gasto sanitario público en las CC AA resulta en tasas de crecimiento anual igual o inferior al 2,2%, si bien estas tasas anuales serán previsiblemente crecientes más allá del 2020. El crecimiento real del gasto sanitario público, de acuerdo con el impacto puramente demográfico, representa el crecimiento mínimo indispensable del gasto sanitario a fin de que no se reduzca el nivel actual de prestaciones, al que habría que añadir el efecto del aumento diferencial de precios de los insumos sanitarios, así como el aumento de la prestación sanitaria real media (incremento de las prestaciones e incorporación de innovaciones, incremento de la utilización por cápita y de la intensidad de recursos por acto médico).

## **D. Recomendaciones del grupo de trabajo**

- Es necesario mantener y actualizar las prestaciones del SNS, garantizando el acceso de todos los ciudadanos con independencia de la Comunidad Autónoma donde se les proporciona la asistencia sanitaria.
- Ha de completarse la universalización de las prestaciones sanitarias.
- Un sistema tan descentralizado como el SNS requiere que el Consejo Interterritorial de Sanidad recupere las funciones para las que fue creado, y que sus acuerdos tengan carácter vinculante.
- Debe acometerse, desde el Consejo Interterritorial de Salud, una política común para las grandes infraestructuras y centros de referencia, abordando el desarrollo de servicios horizontales que presten sus servicios a todas las CC AA.
- La necesaria coordinación sanitaria deberá estar dotada de un instrumento financiero, el Fondo de Cohesión Sanitaria, que permita implementar políticas de cohesión, equidad y corrección de desigualdades, tal como fue establecido en la Ley 16/2003.
- La financiación adicional de dicho Fondo debería recabarse, en buena medida, a partir de impuestos indirectos específicamente señalados en su finalidad sanitaria.
- Desde el Gobierno de España deberán potenciarse todos los procedimientos y mecanismos que permitan

**conocer las necesidades sanitarias de la población**, a partir de las cuales se facilitará la orientación sanitaria del SNS, que deberá establecerse desde el Consejo Interterritorial de Salud.

- Desde la **Administración General del Estado** deben llevarse a cabo las funciones de la **Alta Inspección**, tal como le compete constitucionalmente.

- Las principales medidas han de estar orientadas a la mejora de la calidad, capacidad de resolución, continuidad asistencial y desarrollo profesional; así como a la eficiencia en la gestión y organización, de acuerdo con el marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud para el período 2007-2012.

- Los centros de atención primaria deben dejar de ser centros expendedores de recetas y sustitutivos de la acción social. La atención primaria ha de ejercer únicamente la actividad médico-sanitaria que les corresponde, contando con la dotación adecuada para solventar los aspectos de servicio correspondientes a su nivel, lo que implica, entre otras cosas, reordenar el sistema de urgencias, implantación de la tarjeta electrónica y la potenciación de la enfermería.

- La coordinación efectiva de atención primaria con atención especializada se hace inaplazable para la preservación de la calidad, la eficiencia y la equidad del Sistema.

- En la atención especializada deberá potenciarse la configuración de redes hospitalarias, complementarias tanto en sus funciones como en su organización, con directivos y profesionales sanitarios adecuadamente capacitados y comprometidos con la gestión de los centros.

- La gestión clínica, la incentivación en relación con resultados y la excelencia clínica —cuya expresión han

de ser las unidades de referencia a los distintos niveles del SNS— deberán ser las guías orientadoras del trabajo cotidiano intrahospitalario.

- **Debe intensificarse, en la medida de lo posible, la autonomía en la gestión de los centros hospitalarios.** Uno de los principales retos que actualmente tiene planteados el SNS es el control de sus costes. Existe común acuerdo en que el problema del SNS no estriba tanto en contar con más recursos económicos, cuanto en aplicar los actualmente disponibles con mayor eficiencia. Dada la dificultad de aplicar en esta materia las técnicas de evaluación coste-beneficio, por la naturaleza de la sanidad como bien de mérito, sería conveniente un mayor uso del análisis coste-eficacia en la programación de los gastos, así como de las técnicas presupuestarias orientadas a la contención de los mismos.

- **La investigación biosanitaria ha de ser impulsada, no sólo como un aspecto clave en la formación integral de médicos y cirujanos sino como pieza sustancial de la calidad y desarrollo del SNS.** Los resultados de la innovación deberán representar una fuente de ingresos para el Sistema que, en el momento actual, es un mero comprador de tecnología externa.

- **Debe reclamarse el desarrollo de mecanismos que permitan objetivar los diferentes índices de calidad de instituciones, unidades asistenciales y profesionales.**

- **En materia de Salud Mental, sería necesario una colaboración más activa entre distintas administraciones que debería ser objeto de evaluación continua y dinamización por parte del Consejo Interterritorial, en la línea de la Declaración de Helsinki, asumida por España (2005), que establece un abordaje integrado, desde la prevención de los trastornos mentales, al diagnóstico,**

tratamiento, coordinación inter e intra institucional, así como medidas de reinserción.

- Las Administraciones Públicas Sanitarias han de gestionar eficientemente las inversiones relacionadas con la incorporación de los cambios derivados de la evolución científica y tecnológica.

- La innovación tecnológica en medicina es un condicionante importante en el crecimiento de los costes de la atención sanitaria. Médicos y pacientes se sienten inevitablemente atraídos por equipos y tratamientos novedosos, aun antes de ser éstos suficientemente contrastados. Tales tecnologías, en numerosas ocasiones ventajosas a la larga, suelen disparar los costes inmediatamente después de su presentación en el mercado; ello simplemente por ser más caras que los tratamientos vigentes o porque su introducción conduce a una expansión en los tipos y en el número de pacientes tratados. La innovación tecnológica no debe incorporarse aleatoriamente al Sistema, sino atendiendo al criterio del Consejo Interterritorial de Salud.

- Siendo un sector estratégico de la Economía española que representa el 6,1% del PIB, el sistema de financiación autonómica debería modificarse para garantizar que el presupuesto destinado a Sanidad tenga un carácter verdaderamente finalista.

- El SNS no debe renunciar a la incorporación de las tecnologías de vanguardia, lo que ha sido uno de los puntos referenciales de su legitimación ante el conjunto de la sociedad.

- El sistema ha de desarrollar una política de minimización del error médico. Desde que hace diez años el Instituto de Medicina de los EE UU publicara *To Err is Human*, cerca de un millón de vidas y miles de millones

de euros se han perdido por la misma causa entonces denunciada. Los errores también son costosos en términos de pérdida de confianza en el sistema sanitario e insatisfacción de pacientes y de los propios facultativos. La medicina y la cirugía seguras salvan vidas y ahorran dinero. La Organización Mundial de la Salud lanzó en 2004 una Alianza para la seguridad del paciente. El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, y el tema elegido para el segundo es la seguridad de las prácticas quirúrgicas. Aunque la preocupación se centre en la práctica hospitalaria, la seguridad del paciente debe ir más allá del hospital. En todo caso, ha de consolidarse la función evaluadora de la Agencia de Calidad del SNS.

- **Debe generalizarse el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).** Especialmente en lo que respecta a la eficiencia y transparencia de los procesos internos, así como a la salvaguarda de la seguridad y confidencialidad propias del SNS, alcanzando, a través de un sistema común, a todo el ámbito del Sistema Sanitario.

- **Siendo la legislación farmacéutica competencia exclusiva del Estado, se muestra como una necesidad la racionalización del gasto farmacéutico, cuyo descontrol podría llegar a poner en cuestión la sostenibilidad del Sistema.** Además, tanto la prestación farmacéutica como los instrumentos de uso racional del medicamento presentan notorias diferencias de aplicación entre las distintas CC AA, siendo práctica habitual la inclusión unilateral de medicamentos que luego se generalizan a otras CC AA.

- **Es imprescindible extender el copago en las prestaciones farmacéuticas, definiendo previamente las excepciones que se precisen en relación con los niveles de ren-**

ta y/o especificidad de la enfermedad. Respecto a los servicios médicos, más allá de la polémica sobre su efecto en la equidad del sistema, la implantación del copago en el actual modelo sanitario español exigiría la creación de una estructura burocrática que previsiblemente lo haría económicamente inviable. Todas las prestaciones que no sean estrictamente sanitarias deben ser a cargo del usuario.

- **La liberalización del servicio farmacéutico es recomendable en términos generales.** Sin embargo, debe tenerse en cuenta la especificidad de esta prestación en determinados ámbitos, como en el rural, donde tiene características de servicio público.

- **Las políticas de personal deben adecuarse a las necesidades de productividad social inherentes al Servicio de Salud.**

- **No hay un censo de médicos en España que permita hacer afirmaciones categóricas sobre la situación de los mismos.** Es por tanto necesario elaborar y mantener actualizado un registro de profesionales. En relación con los problemas detectados en algunas áreas geográficas y/o especialidades, ha de aceptarse como normal que profesionales sanitarios de otros países ejerzan en España, de la misma manera que los médicos españoles lo hacen fuera de nuestras fronteras. También se impone una profunda reflexión sobre la duración y objetivos de la formación del profesional sanitario, que hoy claramente parece desfasada, pero que no debe suponer la desnaturalización del sistema MIR.

- **La variedad de sistemas de gestión actualmente existente en la Sanidad española y la falta de datos reales que permita contrastar y comparar sus respectivas eficacias no permite una decantación por un modelo u otro.**

Sin embargo, parece necesario avanzar hacia la desburocratización del Sistema —tanto en el público, en sus diversas formas de gestión, como en el concertado— sobre la base de abandonar el actual régimen de derecho público en materia de recursos humanos, suministros y otras, manteniendo la titularidad pública del Sistema, garantizando calidad y equidad.

- **En todo caso, es necesario señalar que, hasta hoy, la mayor parte de las propuestas de innovación de los modelos organizativos han respondido prioritariamente a criterios ideológicos, cuando la realidad demanda probar formas de organización evaluables y que permitan, si se demuestra su validez, procesos de innovación organizativa.**

- **Se han producido, y son un precedente a tener muy en cuenta, innovaciones de gestión de servicios sanitarios sin personalidad jurídica específica, tales como los Institutos Clínicos o las Unidades Clínicas de Gestión. Las nuevas formas de gestión con personalidad jurídica han adoptado fórmulas de gestión indirecta o directa, en sus distintas posibilidades legales.**

- **Las decisiones sobre privatización deben basarse en criterios objetivos e independientes de un indeseado deterioro del servicio público.**

- **Debe elaborarse una clasificación de enfermedades a efectos de establecer los ámbitos de cobertura sanitaria.**

- **El funcionamiento del SNS está condicionado por la creciente tendencia a la judicialización. La medicina defensiva, como respuesta a la judicialización del ejercicio profesional de médicos y sanitarios, constituye un relevante factor explicativo del aumento del gasto en Sanidad. Para reforzar la seguridad jurídica de dichos profesionales, así como la de los responsables subsidiarios de**



sus actos, convendría precisar al máximo los protocolos de actuación médica así como el cuadro de indemnizaciones correspondientes a los eventuales daños derivables de la misma, de modo análogo a lo establecido en el ámbito de la siniestralidad laboral y demás clases de accidentes.

- Es urgente y se hace preciso vigilar y corregir las duplicidades existentes entre los servicios sociales y los estrictamente sanitarios, estableciendo mecanismos de cooperación eficientes y explícitos.

- Más allá de los convenios vigentes con los países de procedencia, es imprescindible una mayor precisión normativa respecto a la asistencia sanitaria a las personas que están irregularmente en España, así como solucionar definitivamente los gastos derivados del llamado «turismo sanitario».

- Dada la condición de «bien de mérito» del servicio sanitario, es un debate abierto si la industria sanitaria debe recibir o no un tratamiento fiscal específico.

- Se recomienda acomodar las retribuciones a empresas concertadas con las mutualidades de funcionarios a los costes reales.

- Finalmente, es imprescindible reforzar la educación e información sanitaria a todos los niveles como medida fundamental de prevención.

Estas recomendaciones que aquí se presentan tienen como objetivo contribuir al entendimiento y la solución de los problemas que aquejan al SNS; bien entendido que, hasta el momento presente, la atención sanitaria pública ha demostrado, en comparación con los sistemas sanitarios de los países desarrollados, su alta calidad, eficacia y equidad; tal y como queda siempre reflejado en las encuestas de satisfacción ciudadana.

## **E. Lista de participantes**

Debate celebrado en el Principado de Asturias, en el marco de los CURSOS DE VERANO DE LA GRANDA, los días 16, 17 y 18 de julio de 2008.

*Participantes (por orden alfabético):*

- SR. D. HUMBERTO ARNÉS CORELLANO, Director General de Farmaindustria.
- SR. D. ENRIQUE BACA BALDOMERO, Catedrático de Psiquiatría.
- SR. D. MIGUEL CAÍNZOS FERNÁNDEZ, Catedrático de Cirugía General y Aparato Digestivo.
- SR. D. ALFONSO FLÓREZ DÍAZ, Director-Gerente del Hospital de San Agustín (Avilés).
- SR. D. PEDRO GARCÍA BARRENO, Catedrático de Fisiopatología Quirúrgica.
- SR. D. GABRIEL GONZÁLEZ NAVARRO, Vicepresidente del Consejo Social de la Universidad Complutense de Madrid.
- SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.
- SR. D. CARLES MANTÉ I FORS, Presidente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
- SR. D. DANIEL MARTÍN MAYORGA, Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía.

E. LISTA DE PARTICIPANTES

- SR. D. JULIO NADAL CAPARA, Doctor de Medicina Interna. Ex - Director del Institut d'Estudis de la Salut (Generalitat de Catalunya).
- SR. D. FERNANDO ORTIZ MASLLORENS, Miembro de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias.
- SR. D. CÁNDIDO PAÑEDA, Catedrático de Economía Aplicada. Universidad de Oviedo.
- SR. D. RAFAEL PUYOL, Presidente de la IE Universidad de Segovia.
- SR. D. JOSÉ RAMÓN RIERA VELASCO, Director General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios. Principado de Asturias.
- SR. D. JUAN LUIS RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO, Miembro del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. PEDRO SABANDO, Ex Senador. Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital de La Princesa (Madrid).
- SR. D. RAFAEL SARRIEGO, Presidente del Consejo Social. Universidad de Oviedo.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.
- SR. D. JUAN JOSÉ ZARRANZ, Catedrático de Neurología.

Debate *La asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas*.—Celebrado en la Comunidad Autónoma de Cantabria, en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL MENÉNDEZ PELAYO el día 10 de septiembre de 2008.

*Participantes (por orden alfabético):*

- SR. D. ENRIQUE BACA BALDOMERO, Catedrático de Psiquiatría.
- SR. D. JOSÉ RAMÓN BERRAZUETA, Vicepresidente de la Real Academia de Medicina de Cantabria.
- SR. D. MIGUEL CAÍNZOS FERNÁNDEZ, Catedrático de Cirugía General y Aparato Digestivo.
- SR. D. SANTIAGO COSÍO, Inspector Médico Servicio Cántabro de Salud.
- SRA. DÑA. MERCEDES FABO NAVARRO, Directora de Enfermería del Hospital Marqués de Valdecilla.
- SR. D. ALFONSO FLÓREZ DÍAZ, Director-Gerente del Hospital de S. Agustín (Avilés).
- SR. D. PEDRO GARCÍA BARRENO, Catedrático de Fisiopatología Quirúrgica.
- SR. D. LUIS GARCÍA LLATA, Director Médico de Atención Primaria CP1 Cantabria.
- SR. D. GABRIEL GONZÁLEZ NAVARRO, Vicepresidente del Consejo Social de la Universidad Complutense de Madrid.
- SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.
- SR. D. FÉLIX LOBO, Ex Presidente Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

E. LISTA DE PARTICIPANTES

- SR. D. ROGELIO LÓPEZ-VÉLEZ, Médico de Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Hospital Ramón y Cajal.
- SR. D. CARLES MANTÉ I FORS, Presidente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
- SR. D. DANIEL MARTÍN MAYORGA, Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía.
- SR. D. JULIO NADAL CAPARA, Doctor de Medicina Interna. Ex - Director del Institut d'Estudis de la Salut (Generalitat de Catalunya).
- SR. D. MARIANO NOVOA VIÑUELA, Director de Gestión del Hospital Marqués de Valdecilla.
- SR. D. JOSÉ MARÍA OSTOLAZA, Director Gerente. Servicio Cántabro de Salud.
- SR. D. RAFAEL PUYOL, Presidente de la IE Universidad de Segovia.
- SR. D. JOSÉ RAGA, Catedrático de Economía.
- SR. D. JUAN LUIS RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO, Miembro del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. JOSÉ MANUEL RUBÍN, Asesor de la Consejería de Salud. Servicio Cántabro de Salud.
- SR. D. PEDRO SABANDO, Ex Senador. Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital de La Princesa (Madrid).
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.

LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

SR. D. RAFAEL TEJIDO GARCÍA, Director Médico Hospital Marqués de Valdecilla.

SR. D. JUAN VELARDE FUERTES, Catedrático de Estructura Económica.

E. LISTA DE PARTICIPANTES

Debate *La cohesión interterritorial de la asistencia sanitaria en España*.—Se celebró en Madrid, en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, el día 25 de septiembre de 2008.

*Con la asistencia del Ministro de Sanidad, Excmo. Sr. D. Bernat Soria, participaron en el coloquio (por orden alfabético):*

SR. D. ENRIQUE BACA BALDOMERO, Catedrático de Psiquiatría.

SR. D. MIGUEL CAÍNZOS FERNÁNDEZ, Catedrático de Cirugía, Santiago de Compostela.

SR. D. JOSÉ ANTONIO CLAVERO NÚÑEZ, Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

SR. D. JUAN DEL REY CALERO, Catedrático de Medicina Preventiva.

SR. D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA, Presidente en funciones, Real Academia Nacional de Medicina.

SR. D. PEDRO GARCÍA BARRENO, Catedrático de Fisiopatología Quirúrgica.

SR. D. GABRIEL GONZÁLEZ NAVARRO, Vicepresidente del Consejo Social. Universidad Complutense.

SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.

SR. D. FÉLIX LOBO, Ex Presidente Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

SR. D. MIGUEL LUCAS TOMÁS, Secretario General, Real Academia Nacional de Medicina.

- SR. D. RAFAEL LUENGO, Asesor Técnico del Consejero de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- SR. D. CARLES MANTÉ I FORS, Presidente del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau (Barcelona).
- SR. D. DANIEL MARTÍN MAYORGA, Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía.
- SR. D. FÉLIX PÉREZ PÉREZ, Doctor en Veterinaria. Hospital Clínico Veterinario de Madrid.
- SR. D. RAFAEL PUYOL, Presidente de la IE Universidad de Segovia.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. PEDRO SABANDO, Ex Senador. Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital de la Princesa (Madrid).
- SR. D. JULIO SÁNCHEZ FIERRO, Diputado. Secretario Ejecutivo de Participación Ciudadana y Relaciones con Movimientos Asociativos del PP.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.
- SRA. DÑA. ROSA SILES MORENO, Directora General. Junta de Andalucía.
- SR. D. JUAN VELARDE FUERTES, Catedrático de Estructura Económica.
- SR. D. FCO. JAVIER YUSTE GRIJALBA, Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría.



E. LISTA DE PARTICIPANTES

**Debate *Medicina y Enfermería en el Siglo XXI*.—Se celebró el Encuentro en la Comunidad Valenciana, con la colaboración de la FUNDACIÓN VALENCIANA DE ESTUDIOS AVANZADOS (FVEA), el día 21 de octubre de 2008.**

*Participantes (por orden alfabético):*

SR. D. EMILIO BARBERÁ, Director de la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados.

SRA. DÑA. ELENA BENDALA, Asesora Científica del Alto Consejo Consultivo. Fundación Valenciana de Estudios Avanzados.

SR. D. RAFAEL BLASCO CASTANY, Consejero de Inmigración y Ciudadanía. Generalitat Valenciana.

SR. D. SERGIO BLASCO, Gerente del Consorcio General Universitario.

SR. D. FRANCISCO BUENO CAÑIGRAL, Consejo Asesor, Fundación Valenciana de Estudios Avanzados.

SR. D. GERMÁN CERDÁ, Decano de la Facultad de Medicina y Director de la Escuela de Enfermería Virgen de los Desamparados. Universidad Católica de Valencia.

SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.

SRA. DÑA. SILVIA GRANELL.

SR. D. SANTIAGO GRISOLÍA, Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados.

SR. D. LUIS MARTÍ, Director Médico del Hospital Clínico de Valencia.

- SR. D. DANIEL MARTÍN MAYORGA, Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> MARTÍN MORENO, Catedrático de Salud Pública y Medicina Preventiva. Universidad de Valencia.
- SR. D. JOSÉ VICENTE MARTÍNEZ DIAGO, Director Médico del Hospital Peset.
- SR. D. ALBERTO MONFORTE ALBALAT, Director del Hospital Arnau de Vilanova.
- SR. D. ESTEBAN MORCILLO, Vicerrector de Investigación y Política Científica. Universidad de Valencia.
- SR. D. FRANCISCO MURCIA, Presidente de la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados.
- SR. D. FRANCISCO PÉREZ CLIMENT, Director Médico del Hospital General de Castellón.
- SR. D. JOSÉ RAGA, Catedrático de Economía.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.
- SR. D. JUAN JOSÉ ZARRANZ, Catedrático de Neurología.

E. LISTA DE PARTICIPANTES

**Debate *Investigación en los Hospitales*.—Celebrado en Sevilla, con la Junta de Andalucía, en la REAL ACADEMIA DE MEDICINA, el día 31 de octubre de 2008.**

*Participantes (por orden alfabético):*

- SR. D. JAVIER AZNAR MARTÍN, Catedrático de Microbiología y Parasitología.
- SR. D. JOSEBA BARROETA URQUIZA, Director Gerente Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- SRA. DÑA. CARMEN CORTÉS MARTÍNEZ, Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> DELGADO GARCÍA, Director de la División de Neurociencias. Universidad Pablo de Olavide.
- SR. D. JOSÉ ANTONIO DURÁN QUINTANA, Catedrático de Farmacología.
- SR. D. JOSÉ EXPÓSITO HERNÁNDEZ, Director Gerente. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
- SRA. DÑA. SANDRA FLORES MORENO, Directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- SRA. DÑA. PURIFICACIÓN GÁLVEZ DAZA, Directora General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías. Consejería de Salud.
- SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.
- SR. D. CARLOS A. INFANTES ALCÓN, Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen Macarena.

- SR. D. JOSÉ LÓPEZ BARNEO, Catedrático de Fisiología Médica y Biofísica.
- SR. D. JOSÉ JESÚS MARTÍN MARTÍN, Profesor Titular de Economía Aplicada.
- SR. D. DANIEL MARTÍN MAYORGA, Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía.
- SR. D. FRANCISCO MURILLO CABEZAS, Director del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- SR. D. ANTONIO NÚÑEZ ROLDÁN, Profesor Titular de Inmunología.
- SR. D. JERÓNIMO PACHÓN DÍAZ, Profesor Titular de Medicina.
- SRA. DÑA. CONCEPCIÓN PADILLA MARTÍN, Directora de Estrategia de Cuidados de Andalucía.
- SR. D. JOSÉ LUIS PINTO PRADOS, Catedrático de Economía Aplicada.
- SR. D. JAIME RODRÍGUEZ SACRISTÁN, Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.
- SR. D. ANTONIO TORRES OLIVERA, Director de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- SR. D. ANTONIO VILLAR NOTARIO, Vicerrector de Investigación y Transferencia Tecnológica. Universidad Pablo de Olavide.

E. LISTA DE PARTICIPANTES

**Debate celebrado en el País Vasco, con la colaboración de la ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO, el día 19 de noviembre de 2008.**

*Participantes (por orden alfabético):*

SRA. DÑA. INMACULADA ABALIA CAMINO, Subdirectora de Calidad e Innovación Docente, Escuela de Enfermería. Universidad del País Vasco.

SR. D. CIRIACO AGUIRRE, Catedrático Emérito de Medicina.

SRA. DÑA. PILAR ALCAIDE. Secretaria del Encuentro.

SRA. DÑA. PATRICIA ARRATÍBEL UGARTE, Directora de Estudios y Desarrollo Sanitario.

SRA. DÑA. M.<sup>a</sup> LUISA ARTEAGOITIA Directora de Planificación y Ordenación Sanitaria. Viceconsejería de Sanidad.

SR. D. JOSEBA BEITIA, Director Gerente Quirón Grupo Hospitalario.

SRA. DÑA. MARÍA TERESA FEITO, Directora, Escuela de Enfermería. Universidad del País Vasco.

SR. D. ALFONSO FLÓREZ DÍAZ, Director-Gerente del Hospital de San Agustín (Avilés).

SR. D. JUAN MANUEL GANDARIAS, Presidente de la Real Academia de Medicina del País Vasco.

SR. D. JUAN IGNACIO GOIRÍA ORMAZÁBAL, Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

SR. D. JUAN JOSÉ GOIRIENA, Catedrático de Fisiología.

SRA. DÑA. MICHOL GONZÁLEZ TORRES, Directora de División de Asistencia Sanitaria. Servicio Vasco de Salud.

- SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.
- SR. D. NICOLÁS GUERRA ZALDÚA, Director Médico. Hospital Civil de Basurto.
- SR. D. GABRIEL MARÍA INCLÁN IRÍBAR, Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco.
- SR. D. COSME NAVEDA POMPOSO, Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya.
- SRA. DÑA. MARÍA LUISA OYARZÁBAL, Directora de la Academia Europea de Ciencias y Artes-España.
- SRA. DÑA. GLORIA QUESADA MENÉNDEZ, Directora General del Servicio Vasco de Salud.
- SR. D. JUAN LUIS RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO, Miembro del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. JOSÉ ÁNGEL SÁNCHEZ ASIAÍN, Presidente de la Academia Europea de Ciencias y Artes-España.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.
- SR. D. JOSEBA VIDORRETA, Director Gerente Hospital San Juan de Dios.
- SR. D. JUAN JOSÉ ZARRANZ, Catedrático de Neurología.

E. LISTA DE PARTICIPANTES

**Debate *Gasto sanitario, recursos humanos e investigación.***—Celebrado en el PARANINFO DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA el día 23 de febrero de 2009, con la colaboración del Gobierno de Aragón.

*Participantes (por orden alfabético):*

SR. D. JUAN CARLOS BASTARÓS GARCÍA, Gerente del Servicio Aragonés de Salud. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

SR. D. VÍCTOR CALLEJA GÓMEZ, Gerente del Sector Sanitario Zaragoza III.

SRA. DÑA. CRISTINA CALLES MERINO, Coordinadora de Alcer-Ebro.

SR. D. ENRIQUE DE LA FIGUERA VON WICHMANN, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza.

SR. D. ESTEBAN DE MANUEL KEENOY, Gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Gobierno de Aragón.

SR. D. JESÚS FERNANDO ESCANERO MARCÉN, Vicedecano para Desarrollo e Innovación Pedagógica Médica e Integración en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

SR. D. MANUEL GARCÍA ENCABO, Director General de Planificación y Aseguramiento. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

SR. D. JUAN CARLOS GIMENO BARRANCO, Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza.

- SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.
- SR. D. ANTONIO HERRERA RODRÍGUEZ, Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario «Miguel Servet» y representante del citado hospital en la Universidad de Zaragoza.
- SR. D. ALBERTO LARRAZ VILETA, Consejero de Economía, Hacienda y Empleo. Gobierno de Aragón.
- SR. D. JACINTO LASHERAS, Vicepresidente de Alcer-Ebro.
- SR. D. MANUEL JOSÉ LÓPEZ PÉREZ, Rector de la Universidad de Zaragoza.
- SR. D. DANIEL MARTÍN MAYORGA, Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía.
- SR. D. JOSÉ LUIS OLIVARES LÓPEZ, Vicerrector de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. VICENTE SALAS FUMÁS, Catedrático de Economía Aplicada. Universidad de Zaragoza.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SERRANO SANZ. Catedrático de Economía Aplicada. Universidad de Zaragoza.
- SRA. D.<sup>a</sup> ANA MARÍA SESÉ CHAVARRI, Gerente del Sector Sanitario Zaragoza II.



E. LISTA DE PARTICIPANTES

**Debate *Los cambios en la medicina moderna y la formación de los médicos*, que tuvo lugar en el CENTRO DE CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN de Cáceres, el día 11 de marzo de 2009 con la Junta de Extremadura**

*Participantes (por orden alfabético):*

SR. D. CARLOS ARJONA, Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cáceres.

SR. D. ANDRÉS BEJARANO BUENO, Gerente del Área de Salud de Mérida.

SR. D. PEDRO BUREO DACAL, Decano de la Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura.

SR. D. FRANCISCO CORCHO GÓMEZ, Director de Atención Sanitaria de la Gerencia del Área de Salud de Cáceres.

SR. D. JAIME CORRAL, Especialista en Neumología del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

SR. D. JULIO DEL CAMINO, Presidente del Cluster Socio-Sanitario de Extremadura.

SRA. DÑA. CARMEN GÓMEZ, Especialista en Medicina Preventiva del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.

SR. D. JOSÉ RAMÓN HIDALGO ANTEQUERA, Defensor de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

SR. D. ADRIÁN LLERENA, Director del Centro de Investigación Clínica del Área de Salud de Badajoz.

- SRA. DÑA. M.<sup>a</sup> JESÚS MEJUTO, Consejera de Sanidad y Dependencia.
- SR. D. ANTONIO MERCHÁN, Jefe de Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.
- SR. D. GREGORIO MONTES SALAS, Director de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.
- SR. D. ISIDRO NEVADO, Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Cáceres.
- SRA. DÑA. PILAR ROBLEDO, Gerente del Área de Salud de Cáceres.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.
- SR. D. JESÚS USÓN, Director de la Fundación Centro de Cirugía de Mínima Invasión de Cáceres.
- SR. D. JUAN VEGA, Profesor de Economía Aplicada de la Facultad de Económicas de la Universidad de Extremadura.
- SR. D. JOSÉ MARÍA VERGELES BLANCA, Director General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitaria.

E. LISTA DE PARTICIPANTES

Debate *Demografía y sostenimiento económico del SNS* celebrado en el PALACIO DE BENACAZÓN, en Toledo, el 1 de abril de 2009, con la colaboración de la Junta de Castilla-La Mancha.

*Participantes (por orden alfabético):*

SR. D. FRANCISCO BOLUMAR MONTULL, Catedrático de Salud Pública. Universidad de Alcalá de Henares.

SR. D. JOAQUÍN CHACÓN FUERTES, Médico General y de Familia EAP.

SR. D. JOSE LUIS CONDE OLASAGASTI, Jefe de Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud.

SR. D. ENRIQUE DÍEZ BARRA, Viceconsejero de Ciencia y Tecnología.

SR. D. RAMÓN GÁLVEZ ZALOÑA, Director Gerente del Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud.

SR. D. PEDRO GARCÍA BARRENO, Catedrático de Fisiopatología Quirúrgica.

SR. D. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ, Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal.

SR. D. ALVARO HIDALGO VEGA, Profesor Titular de Análisis Económico y Finanzas. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Castilla-La Mancha.

SR. D. JORGE LABORDA FERNÁNDEZ, Concejal del Ayuntamiento de Albacete.

SR. D. FERNANDO LAMATA, Consejero de Salud y Bienestar Social.

- SR. D. DANIEL MARTÍN MAYORGA, Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía.
- SR. D. VICENTE MARTÍNEZ VIZCAÍNO, Director del Centro de Estudios Sociosanitarios (CESS).
- SRA. DÑA. MARÍA PAZ MOMPART GARCÍA, Profesora. UCLM - Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia.
- SR. D. JOSÉ NARVÁEZ VILA, Director General de Recursos Humanos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
- SR. D. JOSÉ MARÍA PINTO VARELA, Jefe de Servicio Rayos X del Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud.
- SRA. DÑA. CARMINA PRADO LAGUNA, Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Ciudad Real.
- SR. D. FRANCISCO J. RUBIA VILA, Catedrático de Fisiología.
- SR. D. JUAN ALFONSO RUIZ MOLINA, Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
- SR. D. JESÚS MARTINO SÁNCHEZ MARTÍNEZ, Director Gerente del C. H. Universitario de Albacete.
- SR. D. ÁLVARO SANTOS GÓMEZ, Director Gerente. Gerencia de Área de Salud de Puertollano.
- SR. D. JOSÉ M.<sup>a</sup> SEGOVIA DE ARANA, Catedrático de Patología Médica.



## Tabla Gratulatoria

La Delegación Española de la Academia Europea de Ciencias y Artes quiere reflejar aquí su especial reconocimiento a las Instituciones siguientes que colaboran en sus actividades y financian sus proyectos.

- *Ministerio de Educación*
- *Generalitat de Catalunya*
- *Gobierno del País Vasco*
- *Principado de Asturias*
- *Junta de Andalucía*
- *Diputación General de Aragón*
- *Generalitat Valenciana*
- *Junta de Extremadura*
- *Comunidad de Madrid*
- *Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha*

*La Academia quiere expresar su agradecimiento a la Comunidad de Madrid por la cesión, desde el año 1999, del inmueble de la calle Sagasta en el que están ubicadas sus oficinas en Madrid.*

