

Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización.

Informe SESPAS 2008

José R. Repullo / José M. Freire

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

(Governability of the Spanish national health system: improving the balance between the benefits and costs of decentralization)

Resumen

El Sistema Nacional de Salud (SNS) presenta una compleja situación de equilibrio, que aunque puede ser satisfactorio a corto plazo, plantea grandes problemas de sostenibilidad y gobernabilidad; el incierto balance del proceso de descentralización sanitaria en España señala claramente la senda de buscar nuevas alternativas organizativas para hacer efectivas las ventajas de la descentralización, a la vez que ser capaces de aprovechar las economías del sistema y conseguir la equidad pretendida. Se proponen cuatro líneas de actuación: redefinición del SNS en torno al aseguramiento público y derecho cívico igual para todos; replanteamiento del sistema de financiación y del papel del fondo de cohesión; redefinir el papel del gobierno central y el Ministerio de Sanidad, y crear un nuevo organismo, la Agencia del SNS con un Comisionado que de soporte organizativo e identidad al SNS como ámbito de acción cooperativa.

Palabras clave: Descentralización. Reformas. SNS español. Financiación Sanitaria. Sostenibilidad. Gobernanza. Cohesión.

Abstract

The Spanish National Health System (SNHS) is currently in a complex equilibrium which, even if acceptable in the short term, faces major sustainability and governance challenges; the so far inconclusive outcome of the SNHS decentralization process clearly underlines the importance of seeking new alternatives to effectively bring about the real benefits of decentralization, while taking advantage of the system's economies of scale and achieving its equity objectives.

To this end, four lines of action are proposed in this paper: first, redefine the SNHS based on universal public coverage, as a civic right and equal for all; second, reframe the financing system and the role of the Cohesion Fund; third, review the role of central government and its Ministry of Health, and fourth, create of a SNHS Agency headed by a Commissioner, for providing an organizational framework and identity for the SNHS, and serving as the cooperative body of the seventeen Autonomous Communities' Health Services.

Key words: Decentralization. Reforms. NHS of Spain. Health financing. Sustainability. Governance. Cohesion.

Ideas clave

- *Cómo estamos*

En un confortable malestar: sin duda, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el mejor servicio público de España, pero sigue sin ser universal e igual para todos, carece de entidad institucional, su Consejo Interterritorial es escenario de batallas partidarias y su gobierno es tan inercial que tiene serios riesgos de deriva...

- *Qué sabemos*

La descentralización sanitaria ha respondido a la dinámica política general más que a un debate espe-

cífico de objetivos, formas, beneficios y costes. El análisis de éstos es complejo, y el mayor reto que plantea es el riesgo de fracturar la «póliza pública de aseguramiento» que supone el SNS.

- *Qué se puede hacer. Alternativas*

Frente al riesgo de la deriva inercial, optar por el diseño activo del futuro del SNS, basado en 4 puntos: a) ciudadanía sanitaria igual para todos; b) revisión de la financiación sanitaria; c) redefinición del papel del Ministerio de Sanidad, y d) creación de la Agencia del SNS.

- *Agenda de reformas*

Los cambios que se proponen (y que necesita el SNS) dependen críticamente de que la sanidad tenga en la agenda política la prioridad que le dan los ciudadanos: la calidad de la democracia, la vitalidad del

Correspondencia: José R. Repullo.
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.
Correo electrónico: jrepullo@isciii.es-jmfreire@isciii.es

tejido cívico social y profesional son los factores determinantes para un debate del que pueda emerger el consenso que haga posible la modernización del SNS. Fue posible con la RTVE, y debería serlo con la sanidad pública.

El confortable malestar institucional del Sistema Nacional de Salud (SNS)

El malestar que recorre el SNS comienza a gestarse desde la bien soportada levedad de su ser institucional (la escueta definición legal con la que viene al mundo)¹, se materializa a través de un proceso inacabado de ampliación de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social (universalización incompleta, sin reconocimiento de ciudadanía sanitaria), un complejo proceso de trasferencias a las comunidades autónomas (CCAA) y el cambio de la fuente de financiación de contribuciones sociales a impuestos.

Esta ruta «entre Bismarck y Beveridge» desemboca en enero de 2002 en un poco coordinado territorio de 17 sistemas sanitarios autonómicos. La desaparición del INSALUD marca un momento simbólico de cambio, que desvela con claridad hasta qué punto el SNS está huérfano de esqueleto organizativo, de identidad institucional e incluso de dirección postal: como mucho pasa a ser un descriptor estadístico o retórico de conveniencia².

Las reglas del juego de este proceso de cambio han sido mucho más laxas e indefinidas de lo que se piensa, dominando el ajuste mutuo de partes y los procesos de negociación incremental. Hubo un momento aparentemente más racionalista, que conduce al cierre de las trasferencias sanitarias y a la aprobación del nuevo modelo de financiación autonómica (Ley 21/2001). El gobierno central transfiere a las CCAA los servicios del Estado de Bienestar, y otorga una amplia libertad de acción en gastos, mientras que mantiene controlados los ingresos, cediendo sólo una pequeña capacidad de regulación fiscal; junto con esto, se limita la capacidad de endeudamiento autonómico para crear un esquema de disciplina fiscal y financiera. Los ministerios económicos parecen contentos, ya que centrifugan a las CCAA servicios inflacionarios y conflictivos, manteniendo el control macroeconómico; de esta forma se crearían las condiciones para que las propias CCAA tengan que restringir su gasto a los presupuestos asignados. Aunque el Ministerio de Sanidad ve con preocupación su pérdida de funciones asignativas, gestoras y normativas, las CCAA reciben alborozadas los nuevos servicios sanitarios: los políticos autonómicos lo pueden presentar como una victoria, y la tecnestructura gestora local como una expansión de su universo laboral y de influencia.

Sin embargo, en 2003 se complica este escenario aparentemente estable y consensuado: tras las elecciones autonómicas el coste de las mejoras salariales –bienvenida autonómica al nuevo personal de INSA-LUD– de las mejoras de servicios para que la población identificara el nuevo liderazgo regional, y el de afrontar las promesas comprometidas en la campaña electoral, dejan en evidencia una discordancia creciente entre gastos e ingresos. En vez de usar la pequeña pero existente capacidad fiscal (p. ej., el céntimo sanitario de la gasolina), las CCAA prefieren buscar financiación adicional acumulando deuda a proveedores, o con proyectos de financiación privada de inversiones (traslado de deuda a legislaturas siguientes o incluso a generaciones venideras). Se crea un «déficit sanitario» que en 2004, y tras el cambio de gobierno central, se presenta como gran problema que requiere soluciones especiales.

La II Conferencia de Presidentes Autonómicos, reunida el 10 de septiembre de 2005, desaprovechó una ocasión para hacer cumplir las reglas del juego que se habían establecido escasamente 4 años antes, y reinició la senda del ajuste mutuo de partes, estableciendo unas asignaciones presupuestarias adicionales (subida financiera de un 3,5% en 2006 y 2007, y aumento de la capacidad normativa de CCAA de un 3,7% adicional)³. Hay trabajos recientes que caracterizan adecuadamente estos problemas y contradicciones (p. ej., los de Gimeno y Tamayo⁴, Cabañas⁵ y Martín⁶). Puig⁷ analiza brillantemente los problemas del sistema de financiación autonómica en cuatro puntos: corresponsabilidad fiscal débil, transferencia de riesgos con escasa credibilidad, poca flexibilidad de ingresos tributarios cedidos ante cambios demográficos, y diseño inadecuado del Fondo de Cohesión.

La entropía domina también, y de forma más acusada, en los aspectos no financieros del funcionamiento del SNS. La extinción del INSALUD deja al sistema sin referente de comparación y, como respuesta, en 2003 el Ministerio de Sanidad desencadena una poco efectiva compulsión normativa (Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y Ley 55/2003 de Estatuto Marco del personal del SNS). Especialmente, la Ley de Cohesión y Calidad, votada casi por unanimidad, parecía ser el exorcismo contra la anomia y la falta de gobierno de un sistema con una arquitectura de poder tan distribuida.

Sin embargo, sin que la tinta de este texto se secase, comenzaron a plantearse graves disfunciones: así, el 3 de diciembre de 2003 se produce el primer plante del Consejo Interterritorial (consejeros socialistas con ministra del PP), que son seguidos por otros plante en 2004 (el 16 de junio y el 22 de septiembre por consejeros populares con ministra del PSOE), que enmarcan una etapa de conflictividad estructural en este órgano

de gobierno del SNS; en las 20 reuniones celebradas desde enero de 2002 hasta marzo de 2007, y siguiendo la repercusión en prensa, cabría decir que 7 han sido de normalidad, 3 de bloqueo, y las 10 restantes de escenificación de diferencias políticas, con ruedas de prensa separadas y tendencia a la exhibición de la confrontación partidaria, que lleva a sobreactuar divergencias que no eran tan acusadas en la propia reunión.

El enrarecido clima político nacional explica parte del fenómeno, pero hay otros problemas estructurales. Por una parte, el modelo no finalista de financiación autonómica hace que para el Ministerio sea sencillo crear expectativas de mejoras de servicios sin tener que afrontar la presión política ni los costes; así, los Planes Integrales que lanza en 2003 el Ministerio de Sanidad de Ana Pastor para la cardiopatía isquémica y el cáncer, se perciben por las CCAA como un «invitas tú y pago yo» (éste fue el motivo del primer bloqueo del Consejo Interterritorial). Pero si se trata de evitar el decir cosas que impliquen costes a terceros, también se plantean problemas: el rechazo del Ministerio de Sanidad de Elena Salgado a discutir temas de financiación sanitaria en 2004 y 2005 lleva a nuevos enfrentamientos, y el repliegue a competencias inequívocamente propias por parte de la Administración central es percibida y criticada como falta de liderazgo y como causante de la anomia y la fragmentación del SNS.

Se crea, por tanto, una situación compleja y poco eficiente, donde domina la inercia, y los proyectos de interés común tienden a no progresar. Un bloqueo donde es fácil derivar responsabilidades a terceros, usando la ambivalencia de unas reglas del juego con grandes lagunas, y que por ello permiten a corto plazo aprovechar las holguras en beneficio propio. Por todo ello hablamos de un malestar que resulta paradójicamente confortable. Pero el problema que tenemos es, en último término, una crisis de gobernabilidad de la sanidad pública, que debe ser abordada de forma inmediata. Los beneficios potenciales de la descentralización sólo podrán realizarse con inteligencia y compromiso para un rediseño de los modelos organizativos, y de las prácticas de funcionamiento del SNS.

El difícil balance de costes y beneficios de la descentralización sanitaria

El debate descentralización-centralización tiene un amplio recorrido en el mundo académico (general y sanitario); las evidencias no son concluyentes, y además la evaluación de ventajas e inconvenientes depende críticamente de quién las defina y cómo se determinen.

Un libro reciente de análisis de la descentralización en Europa, del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias⁸, revisa ampliamente tanto el marco teórico como las experiencias desde los años setenta en di-

versos países europeos. En él, Bankauskaite y Saltman señalan que las dificultades para comprender los resultados de la descentralización tienen que ver con que ésta es un concepto multinivel que habitualmente no está bien definido, cuyos efectos no tienen métricas adecuadas. Entre los resultados positivos de la descentralización, estos autores señalan las siguientes: capacidad de innovación, mejoras de eficiencia, enfoques de sistema más orientados al paciente, mayor conciencia de costes, más rendición de cuentas a autoridades locales, mayor flexibilidad en la organización del trabajo, y mejor implementación de estrategias orientadas a necesidades de salud. Pero también indican otros problemas y efectos adversos, entre los cuales está claramente la inequidad.

De las categorías clásicas de descentralización de Rondinelli⁹, las dos primeras (desconcentración y delegación) apelan más a dimensiones técnicas o de gestión que aconsejan para determinadas funciones y momentos el descentralizar o recentralizar según se obtengan mejoras en cada caso; las otras dos (devolución y privatización) implican dimensiones distintas, que tienen que ver con preferencias políticas, territoriales o ideológicas y, por tanto, no se pueden juzgar tan sólo desde el punto de vista de la eficiencia (asignativa o productiva) o de la equidad. Éste es el caso de las transferencias sanitarias en España, que responden al modelo de «devolución».

En las experiencias europeas, todos los países parecen haber estado buscando el nivel apropiado donde deben abordarse los temas sanitarios, de acuerdo a sus circunstancias. Desde la perspectiva gestora parecería observarse empíricamente una tendencia a la regionalización: «Las actuales reformas regionalizadoras en muchos países de la OCDE proveen de un posible punto de encuentro entre las dos tendencias en conflicto de descentralización y centralización. En la medida en que los gobiernos delegan la función de asignación de recursos a unidades administrativas menores, están descentralizando. En la medida en la que transfieren un mandato político (...) para coordinar la provisión de un amplio conjunto de servicios, puede estarse descentralizando o centralizando»¹⁰.

Es claro que en España el motor primario de la descentralización (devolución) sanitaria fue político, determinado por la arquitectura constitucional de 1978. Aunque ésta se limitara a la descentralización de la gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), las circunstancias políticas e institucionales llevaron de facto a un proceso de transferencia incondicionado, potenciado por el hecho de que para las nacientes CCAA la sanidad era una seña identitaria clave para su construcción y legitimación social e institucional. Por ello, el debate técnico y político sobre los beneficios de las transferencias sanitarias en España no ha estado en un primer plano de estudio y discusión. No obstante, recientes publicaciones ponen en el orden del día esta asignatura pendiente¹¹⁻¹³.

La evaluación de las transferencias en términos de resultados presenta notables dificultades metodológicas que hacen imposible su abordaje en este trabajo. No obstante, sería importante recordar que no enferman los territorios, sino que enferman y mueren las personas, y que la fuente de variabilidad mayor siempre se encuentra entre los individuos. Además, las desigualdades intrarregionales son notablemente mayores que las que podemos identificar entre CCAA, y se ponen de manifiesto si nos situamos en «áreas pequeñas» donde las condiciones socioeconómicas se ajustan en entornos más homogéneos y con mayor poder para determinar desigualdades¹⁴. Algunos análisis han señalado que en el proceso de descentralización ha disminuido el componente intrarregional de la desigualdad sanitaria (técnicamente más importante), aunque habría aumentado el interregional (políticamente más llamativo)¹⁵; si fuera así, habría que congratularse aunque el resultado fuera escasamente entendible en clave política.

Si en términos de resultados es difícil hacer un balance de la descentralización, parece claro que la evaluación de estructura y de proceso nos señala la pérdida de entidad de lo que llamaríamos «póliza pública de aseguramiento del SNS nacional». En efecto: los *inputs* económicos se establecen por un sistema de financiación incondicionado; la cartera de servicios permite la diferenciación autonómica, que afecta a ámbitos cada vez más diversos (bucodental, farmacia, ortoprótesis, cambio de sexo, garantías de espera, libre elección, información, etc.). Y en el desarrollo de servicios se está produciendo un florecimiento de experiencias en sistemas asistenciales, tecnológicos, formas de gestión, modelos de organización clínica, y sistemas de gobierno clínico, como respuesta a los problemas, pero también como pulsión de venta de innovaciones para marketing político e institucional.

Considerar como negativa esta fragmentación aparente de la «póliza SNS» exige tener en cuenta que para muchos la diversidad es un valor deseado, y otorgan gran peso a las preferencias locales. Sin embargo, no parece que esta opinión sea dominante en la población; así en el Barómetro Sanitario 2006¹⁶, si bien un 33,3% valoraba mejor la gestión autonómica que la estatal (frente a un 6,8% que lo valoraba peor), un 84% prefería que las CCAA se pusieran de acuerdo entre ellas para ofrecer nuevos servicios.

Además de esta opinión, que está indicando una expectativa de mayor concordancia en las «pólizas autonómicas», desde una perspectiva técnica hay mucho que ganar integrando o cohesionando el aseguramiento público del SNS: garantizar un grupo de riesgo de tamaño suficiente para la «alta especialización», aprovechar economías de escala para afrontar problemas (enfermedades raras) y acciones que se benefician de la integración (organización de trasplantes, evaluación de las tecnologías, etc.), agregar el poder de compra y gestionar unifi-

cadamente ante proveedores externos (suministros de insumos tecnológicos y farmacéuticos) e internos (personal y condiciones de salarios, carreras, movilidad, etc.), buscar modelos de comparabilidad para evaluar desempeños (sistemas de información y cuadros de mando) y gestión del conocimiento (docencia, investigación e innovación). De todas estas dimensiones, la que con toda seguridad tiene un papel más dinamizador es la de generación y mantenimiento de un sistema de información sanitaria del SNS que permita la evaluación y la comparación entre CCAA, y entre centros y servicios.

Un ejemplo del coste de la no coordinación es el coste de la compra de bienes y servicios. Ya el informe 2003 del Tribunal de Cuentas hacía referencia muy crítica a estos problemas referidos a contratación de medicamentos y productos farmacéuticos en 15 hospitales del SNS¹⁷. En un estudio reciente¹⁸ se analizan 70 concursos celebrados durante 3 años para adquirir «grapadoras de piel» en hospitales públicos, el precio osciló entre 4 y 10 euros, y lo más sorprendente es la falta de relación entre el volumen de ventas de cada concurso y el precio unitario. Igual variabilidad se encontraba en la adquisición de un medicamento (ribavirina). Dado que el capítulo II (de gastos corrientes en bienes y servicios) alcanza el 25% del presupuesto hospitalario, los autores del informe estiman que mejorando y coordinando los sistemas de compra se podría ahorrar un 5% (400 millones de euros). Otros trabajos también reseñan esta variabilidad en los precios (marcapasos entre 1.682 y 3.209 euros), y apuntan a ganancias de eficiencia mejorando la información pública y los mecanismos de compras¹⁹.

Podría aducirse que el poder de compra agregado no se utilizó cuando el sistema se gestionaba de forma centralizada (INSALUD), por lo que ahora sería menos esperable que se pudiera organizar. Sin embargo lo que en su momento no se hizo jerárquicamente, de «arriba abajo», bien podría ser más factible ahora, por interés compartido, de «abajo a arriba», a través de la conveniencia de las partes para encontrar modelos colaborativos en sus funciones logísticas (coalición de compra). Además, sí que hubo experiencias interesantes hasta 2002 en el territorio INSALUD con la modalidad de «contrato marco», que establecía centralmente para una cartera de servicios los precios máximos y las condiciones técnicas exigibles, y que luego permitía ágiles procedimientos negociados, descentralizados para la adquisición por los hospitales (se usaron en equipamientos de cardiología, hemodinámica, cirugía general, traumatología y rehabilitación).

Explorando alternativas para el buen gobierno aplicables a SNS

La migración desde el escenario actual –caracterizado por su fuerte inercia– a otro de diseño activo de

un futuro con más potencial de eficiencia, equidad y sostenibilidad conlleva importantes costes políticos de transformación. Pero estos costes pueden reducirse significativamente si son gestionados a través de modelos de acuerdos o pactos de Estado, como los que se llevan proponiendo desde distintas instancias, y que tienen como referente el Pacto de Toledo en pensiones. El objetivo de estos pactos no sería sacar del debate político a la sanidad, sino evitar los sobrecostes de estancamiento que la rivalidad política partidaria y la dinámica competitiva entre distintas administraciones territoriales imponen a cualquier proceso de cambio de calado estructural, dados los modelos adversariales (juegos de suma cero) a los que se encuentran atadas las instituciones públicas implicadas.

Estas propuestas de revisión y de nuevos órganos de gobierno del SNS parten de considerar algunos antecedentes internacionales y nacionales que pueden ayudar a buscar nuevos modelos para situaciones en las cuales el poder está muy distribuido, las competencias confluyen en terrenos comunes donde se precisa la colaboración, y objetivamente hay muchas posibilidades de ganancias de eficiencia, equidad y calidad gracias a la cooperación de distintos agentes, y también, donde hay que reducir los costes de interferencia políticos para facilitar la continuidad y la profesionalización de los niveles y los procesos gestores y técnicos.

Por tanto, se necesitan cambios estructurales, cuyos ejes podrían ser los cuatro que se proponen a continuación:

1. Completar el desarrollo normativo del sistema público de salud, para constituir un SNS basado en la ciudadanía sanitaria derivada del aseguramiento público como derecho cívico.
2. Revisar y ajustar el sistema de financiación autonómico para la sanidad y los mecanismos de compensación y de cohesión e igualdad.
3. La redefinición del papel del gobierno central (Ministerio de Sanidad) en relación con el SNS, en clave de rectoría general del sistema, reequilibrio de oportunidades de salud, y gestión del conocimiento.
4. Creación de la Agencia del SNS como instrumento organizativo y ejecutivo para gestionar las interacciones entre los servicios de salud autonómicos, y dotar de entidad institucional al SNS y su ámbito de acción cooperativa entre las CCAA.

SNS: aseguramiento sanitario público y ciudadanía

La piedra angular de la consolidación del SNS es la declaración de la cobertura sanitaria pública (aseguramiento sanitario) como derecho cívico, igual para todos los ciudadanos, superando y clarificando la con-

fusa e injusta situación actual²⁰. Esta decisión (pospuesta desde 1990 cuando el RD 1088/89 dio cobertura a los españoles sin Seguridad Social y sin recursos), no sólo sería importante para avanzar en la igualdad de derechos: permitiría un sistema más transparente y consistente de financiación sanitaria (base poblacional), y clarificaría un derecho cívico básico y las competencias de las diferentes Administraciones públicas en relación con el aseguramiento sanitario, incluido el papel de la Seguridad Social en el SNS.

Este «nuevo» derecho cívico universal (de iure) a la atención del SNS, debería servir para definir con toda claridad el derecho a la «portabilidad de cobertura» entre CCAA y el sistema de compensación por servicios sanitarios prestados fuera de la comunidad de residencia.

Para ello, desde un concepto revitalizado de «ciudadanía sanitaria» debería instaurarse una tarjeta sanitaria individual (TIS) común a todos los ciudadanos como auténtico título de afiliación al SNS. Esta TIS serviría de vehículo de información para que todos los contactos asistenciales y servicios recibidos puedan ser identificados y cuantificados, de forma que puedan servir de base a los sistemas de compensación anual entre CCAA.

Un sistema de financiación autonómica y sanitaria revisada y reajustada

En la actualidad no hay un sistema de financiación sanitaria al estar éste indiferenciadamente integrado en la financiación autonómica. No obstante, el peso de la sanidad en los presupuestos de las CCAA (un 35%) hace inevitable que ésta tenga una consideración especial.

Hay un principio de equilibrio por el cual la obtención de la financiación y las decisiones de gasto han de estar en las mismas manos; de hecho, la evolución del modelo de financiación, a la vista de los ajustes de la II Conferencia de Presidentes, de los cambios introducidos a partir del Estatuto de Cataluña, y de su generalización a todas las CCAA, parecen ir en la dirección de un nuevo sistema de financiación con un notable aumento de atribuciones en la regulación fiscal a las CCAA (posiblemente sin llegar al federalismo fiscal pero avanzando hacia ese nuevo equilibrio donde el Estado limita su función recaudatoria a gastos comunes y a asignaciones de nivelación, suficiencia y solidaridad).

Sin entrar en el complejo debate fiscal y financiero, lo cierto es que la función de sanidad requerirá dos elementos fundamentales: a) un mecanismo de compensación de las asistencias prestadas a desplazados, que actúe como «cámara de compensación»⁶ y evite el riesgo actual de prestar menos servicios de los adecuados a los no residentes, y b) un sistema de igualación de oportunidades de salud y accesibilidad a servicios que, a través de los fondos de cohesión o igualdad,

permitan canalizar recursos hacia necesidades y oportunidades acreditadas¹¹ (1).

Este posible Fondo de Igualdad (que Martín lo define como FISNS²¹), se debería orientar al reequilibrio de oportunidades de salud, y debería ser esencialmente gestionado desde la responsabilidad superior de rectoría y alto gobierno que retiene y debe ejercer la Administración central.

Un nuevo y más activo papel para el Ministerio de Sanidad en el SNS

Las funciones de un Ministerio de Sanidad son especialmente necesarias en un sistema tan descentralizado como el SNS español, como evidencian todos los países federales. Todos ellos disponen en sus gobiernos centrales de un centro que ejerce funciones de coordinación, de alta dirección o rectoría. El Ministerio de Sanidad y Consumo, auxiliado por un Consejo Interterritorial revitalizado (p. ej., con capacidad de posicionamiento formal (2) a través de voto ponderado por población¹¹), debe ser reforzado para actuar eficazmente como el centro estratégico de la sanidad pública española.

La revisión del papel más activo y eficaz del Ministerio de Sanidad en relación al SNS requiere: *a)* retomar competencias no ejercidas con plenitud, y *b)* ceder a una entidad nueva (como la Agencia del SNS que se propone) todo aquello que tenga un carácter fundamentalmente cooperativo y colaborativo.

El Ministerio de Sanidad debería fortalecer y modernizar todos los instrumentos que le permitan un desarrollo eficaz de las competencias que corresponden a la función de autoridad sanitaria estatal, rectoría y alto gobierno del conjunto de la sanidad española. Un aspecto estratégico, como el de los recursos humanos y las profesiones, está particularmente apelando a una acción intensa y de largo alcance.

(1) La compensación no es facturación; es una transferencia económica que se sitúa por encima del coste marginal de atender a un enfermo adicional en la comunidad autónoma prestadora de servicios (por ello le interesa), por debajo del coste medio que le supondría a la comunidad autónoma de residencia del paciente el tener que producir este tipo de asistencia (por ello le interesa también). La financiación que iguale oportunidades de salud no debe ser una patente de corso para acuerdos bilaterales y arbitrarios entre el centro y las CCAA; deben ser créditos adscritos a acciones sobre problemas de salud vulnerables, y territorializadas a regiones según criterios claros, con acuerdos de cofinanciación, y sometidos a evaluaciones transparentes.

(2) Es importante que el Consejo Interterritorial pueda establecer su propia posición (p. ej., ante una nueva vacuna o prestación sanitaria), aunque alguna comunidad autónoma pueda no seguirla en el uso de sus propias competencias legales (y asumiendo el «coste» de navegar contra corriente).

Y dentro de las funciones que coordina el Ministerio de Sanidad, las de servicios comunes en salud pública y la de gestión del conocimiento, ejercida fundamentalmente a través del Instituto de Salud Carlos III, deberían ser particularmente revitalizadas y reorganizadas. En concreto, cabría considerar la creación de una Agencia Española de Salud Pública, que integrara unidades actualmente en la Dirección General de Salud Pública y en los Centros Nacionales de Epidemiología y Microbiología (ISCIII), dando lugar a una organización con elementos de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) existentes en otros países (y recientemente en la Unión Europea [UE], la ECDC). Otra iniciativa importante sería construir, a partir de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, el organismo que el SNS precisa para fundamentar la inclusión o exclusión de prestaciones y servicios de la cobertura pública, y para ensayar modelos avanzados de gobierno y excelencia clínica: se trataría de situarnos en las coordenadas del NICE británico (National Institute of Clinical Excellence), del IQWiG Alemán (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), de la HAS Francesa (Haute Autorité en Santé) o de la AHRQ norteamericana (Agency for Healthcare Research and Quality).

Creación de la Agencia del SNS

El SNS precisa dotarse de un nuevo instrumento horizontal que contribuya a su buen gobierno, sirviendo al conjunto del sistema y siendo útil a cada uno de los 17 servicios autonómicos de salud. Ello pide la creación de una nueva entidad a la que provisionalmente llamaremos aquí «Agencia del SNS» y que sería una institución tanto del gobierno central como de las CCAA.

La definición de esta entidad requeriría un amplio consenso; concretar las funciones excede el objetivo de este trabajo, aunque podríamos apuntar algunas ideas relevantes, en las que se materializaría esta visión de cooperativa de los servicios autonómicos de salud:

- Responsabilizarse del sistema de información del conjunto del SNS, incluida la gestión de las bases de datos comunes (CMBD, TIS, etc.) y de la disponibilidad pública y difusión de esta información.

- Realizar las compensaciones económicas entre CCAA por atención sanitaria a pacientes de otras comunidades.

- Actuar a modo de «patronal» de los servicios regionales de salud y como instrumento de coordinación de las políticas de personal.

- Elaborar normas técnicas y estándares de todo tipo para el conjunto del sistema en colaboración y al servicio de los servicios autonómicos de salud (calidad,

tecnología de la información, seguridad de los pacientes, mantenimiento, dotaciones, nomenclátor de productos, etc.).

- Apoyo técnico y puesta en común de información para la adquisición de todo tipo de equipamientos sanitarios, coordinando incluso con otros sistemas de salud de la UE el seguimiento del mercado mundial de equipamientos sanitarios.

- Actuar como punto focal y repositorio para el intercambio de documentación, experiencias, iniciativas y programas de todos los servicios asistenciales facilitando su intercambio entre las CCAA.

- Desarrollar todos los otros servicios comunes que las CCAA vayan demandando.

Aunque la Agencia del SNS sería una realidad física, con personalidad jurídica y personal propio, no todos sus servicios deberían estar centralizados. Muchos de ellos podrían ser eficientemente prestados por unidades de las propias CCAA que, a través de la Agencia, trabajarían para el conjunto del SNS y no sólo para su respectivo ámbito territorial (p. ej., CCAA especializadas en el análisis y seguimiento determinado equipamiento médico, sus precios y sus especificaciones, poniendo este conocimiento al servicio de todo el SNS).

Un aspecto crítico para el éxito de la Agencia del SNS es su diseño, gobierno, organización y gestión, los cuales deberían ser muy pensados, usando para ello las mejores experiencias propias y de otros países. La Agencia debería ser diseñada a medida de sus funciones, lo cual implicaría compartir no pocas características de instituciones como el Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores, la Comisión de Telecomunicaciones y, más recientemente, RTVE, pues la capacidad de la Agencia del SNS de servir a todas las CCAA sólo sería posible con un estatus de entidad autónoma, no subordinada al gobierno central, y con órganos de gobierno nombrados por el Parlamento. Dadas las competencias y el papel de las CCAA en la gestión sanitaria, el Senado —en cuanto Cámara Territorial— tendría un papel especial en la Agencia del SNS, y en el nombramiento del Comisionado, o máximo responsable ejecutivo de ésta. La autonomía e independencia de la Agencia respecto al gobierno central debería ser compatible con su adscripción a la tutela del Ministerio de Sanidad.

Aunque no hay muchos países con una configuración político-sanitaria similar a España, esta propuesta se inspira en algunas experiencias internacionales. Entre ellas, en el Socialstyrelsen (Consejo Nacional de Salud y Bienestar, www.sos.se/en) de Suecia, que tiene muchas de las funciones y el mandato parlamentario que proponemos para la Agencia del SNS; también en Canadá, con sus Conferencias Intergubernamentales y de Presidentes y, sobre todo, el Canadian Institute of Health Information (www.cihi.ca), como referente de con-

senso colaborativo entre regiones, y de organización prestadora de servicios comunes, respectivamente.

Los aspectos clave de la Agencia del SNS, en todo caso, serían: a) el Sistema de Información del SNS; b) la capacidad de gestión de proyectos colaborativos; c) la arquitectura en red territorialmente distribuida de los servicios técnicos, y d) la personificación institucional y gestora del SNS que le otorgara autonomía y capacidad de acción.

Agenda de transformación para un SNS eficiente y sostenible

Garantizar el futuro del SNS exige no posponer la tarea de emprender su reforma. Para avanzar en ello es preciso, fundamentalmente, una masa crítica, voluntad política que ponga a la sanidad pública en el puesto destacado de la agenda política que en estos momentos todavía no tiene. Si la reforma del SNS tuviera la prioridad política que le dan los ciudadanos, habría múltiples mecanismos para conseguirlo. Un ejemplo interesante es lo sucedido con la reforma de la RTVE²²: el nuevo gobierno salido de las urnas en 2004 promulgó inmediatamente, a los pocos días de su toma de posesión, el Real Decreto que creaba el Consejo para su reforma y un año más tarde ésta se ponía en marcha.

Es evidente que del análisis y las propuestas anteriores, se deriva la necesidad de un cambio reformista de mucho calado. Para poner en marcha este proceso, es fundamental salir de la autocomplacencia, y situar la sanidad en el centro de un debate político y social ambicioso que implique a todos los agentes²³.

Hasta ahora ha habido propuestas diversas de los sindicatos y organizaciones científicas y profesionales, orientadas a crear una Comisión Mixta Congreso-Senado para preparar un texto con las reformas estructurales (CCOO), a incluir la cohesión sanitaria como tema del diálogo social (UGT), a plantear la necesidad de un contrato social para un SNS sostenible (SESPAS²⁴), e incluso a llevar este debate al ámbito del profesionalismo médico y su compromiso con el sistema público de salud (OMC²⁵).

Por tanto, la idea de pacto de Estado, o nuevo contrato social, parece un buen «cómo» a la búsqueda de suficiente consenso para ponerlo en marcha. Previsiblemente, este consenso deberá esperar a la finalización del ciclo 2007-2008 de elecciones autonómicas y generales, a la salida del cual se estará en las coordenadas políticas apropiadas para avanzar.

Mientras tanto, desde las organizaciones y agentes profesionales y sociales cabe hacer importantes aportaciones, que favorezcan tanto el avance, la reflexión y el debate de propuestas como la no menos importante toma de conciencia de que necesitamos salir de la

confortable autocomplacencia en que estamos instalados. Entendemos que a este propósito las sociedades científicas sanitarias, y SESPAS en particular, deben estar dispuestas a seguir prestando su contribución.

Bibliografía

1. Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril. Artículo 44.2: «El SNS es el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de (...) las CCAA en los términos establecidos en la presente Ley».
2. Freire JM. Así en el SNS como en RTVE [editorial]. Boletín Informativo AES (Asociación de Economía de la Salud). Año 18, septiembre de 2005, n.º 54 [citado Dic 2007]. Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/es54.pdf>
3. Repullo JR. ¿Es de buena calidad nuestro sistema de financiación? [editorial]. Rev Calidad Asistencial. 2005;20: 357-8.
4. Gimeno J, Tamayo P. La sostenibilidad financiera del sistema público de salud. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 25-48.
5. Cabasés JM, Lera F, Arzoz PP. Introducción. En: Cabasés JM, editor. La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Bilbao: Fundación BBVA; 2006. p. 15-21.
6. Martín JJ. La salud de los andaluces. En: 25 años de autonomía en Andalucía. Centro de Estudios Andaluces. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007.
7. Puig-Junoy J. Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible. Papers de la Fundació/148. Barcelona: Fundació Rafael Campalans: 63-75 [citado Dic 2007]. Disponible en: <http://www.fundaciocampalans.com/archivos/papers/PAPERS%20148%205.pdf>
8. Bankauskaite V, Saltman RB. Central issues in the decentralization debate. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. Decentralization in health care (European Observatory on Health Systems and Policies series). Glasgow: OUP-McGraw-Hill-WHO-Europe; 2007. p. 141-66.
9. Rondinelli DA. Decentralization in developing countries. Staff Working Paper 581. Washington DC: World Bank; 1983.
10. Axelsson R, Marchildon GP, Repullo-Labrador JR. Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. Decentralization in health care (European Observatory on Health Systems and Policies series). Glasgow: OUP-McGraw-Hill-WHO-Europe; 2007. p. 144.
11. González-López-Valcárcel B, Barber P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud. Documento de trabajo 90/2006. Madrid: Fundación Alternativas, 2006 [citado Dic 2007]. Disponible en: http://www.falternativas.org/base/download/8f3c_28-09-06_doc90.pdf
12. Montero-Granados R, Jiménez JD, Martín J. Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001). Soc Sci Med. 2007;27:1253-64.
13. Herrero C, Soler A, Villar A. Capital Humano y Desarrollo Humano en España, sus CCAA y provincias 1980-2000. Valencia: IVIE-Bancaja, 2004 Jun [citado Dic 2007]. Disponible en: <http://www.ivie.es/downloads/ws/chdh/presentacion.pdf>
14. Navarro V, Benach J y la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
15. Op cit n.º 11: 46.
16. [Citado Dic 2007]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2006_total_mar.pdf
17. Tribunal de Cuentas. Informe de fiscalización sobre la contratación celebrada o en vigor en 1999 y 2000 de las adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos en una muestra de hospitales de titularidad pública del SNS. Informe n.º 584, 2003 [citado Dic 2007]. Disponible en: <http://www.tcu.es/uploads/584%20Adquisición%20de%20medicamentos.pdf>
18. Saniline: Estudio Saniline del Gasto Sanitario Público, 27 de marzo de 2007. Mimeo [citado Dic 2007]. Resumen disponible en: http://www.saniline.com/sp_DescargasDocNoticia.asp?id=759
19. González-López-Valcárcel B, Pinilla J. Regulación, competencia y precios en los mercados de productos sanitarios. Gac Sanit. 2006;20 Suppl 2:3-13.
20. Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 61-99.
21. Martín JJ, Sánchez-Campillo J. Fondo de Igualdad del SNS (FISNS). En: Cabasés JM, editor. La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Bilbao: Fundación BBVA; 2006. p. 419-36.
22. RD 744/2004, de 23 de abril, por el que se crea el Consejo para la reforma de los medios de comunicación de titularidad del Estado (BOE n.º 100, de 24 abril de 2004).
23. Fidalgo JM, Repullo JR, Alende MJ, Oteo LA. El acogedor estado del malestar del SNS. *El País*, 29 de octubre de 2004: 43 [citado Dic 2007]. Disponible en: <http://www.siiis.net/documentos/hemeroteca/410297.pdf>
24. Diario de Sesiones del Senado, Comisión de Sanidad y Consumo, 223; 24 de octubre de 2005. Comparecencia de José Ramón Repullo Labrador como Presidente de SESPAS [citado Dic 2007]. Disponible en: <http://www.senado.es/legis8/publicaciones/html/textos/CS0223.html#15>
25. Jornadas de la OMC; nota de prensa [citado Dic 2007]. Disponible en: http://www.cgcom.org/notas_prensa/2005/05_02_16_contrato_social.htm