

RETOS, REFORMAS Y FUTURO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Francisco Javier Moreno Fuentes

Científico titular del Instituto de Políticas y Bienes Públicos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

SUMARIO: 1. Introducción. – 2. Características básicas del Sistema Nacional de Salud español. – 3. Retos económicos y políticos para el funcionamiento del SNS. – 4. Crisis, recortes y reformas: el riesgo de desvirtuar las características básicas del SNS. – 4.1. Recortes en el gasto sanitario. – 4.2. Restricciones en el rango de cobertura del SNS. – 4.3. Redefinición de los equilibrios entre mercado y Estado. – 4.4. Reformas en la gobernanza del SNS. – 5. Conclusiones. – Referencias bibliográficas. – *Resumen – Resum – Abstract.*

1. Introducción

La sanidad constituye uno de los pilares básicos del régimen de bienestar de cualquier país desarrollado. Este ámbito de política pública representa uno de los principales componentes del gasto social y constituye uno de los programas de protección social que más apoyo recibe de los ciudadanos. Esto refleja, sin duda, el papel que la salud ocupa entre las prioridades básicas de toda persona. Sin embargo, la relación entre la sanidad y la salud es extremadamente compleja, y por tanto difícil de cuantificar. El sector sanitario interviene en el proceso de generación y mantenimiento de la salud, pero su impacto sobre los resultados finales es generalmente menor que el de otros factores como la situación socioeconómica (cobertura de las necesidades básicas en términos de alimentación, vivienda o integración social) o

Artículo recibido el 12/12/2012; aceptado el 25/06/2013.

Este artículo se integra en los trabajos desarrollados durante el desarrollo del proyecto del Plan Nacional de I+D «Solidaridad familiar, cambio actitudinal y reforma del Estado de bienestar en España: el familismo en transición» (SOLFCARE), CSO2011-27494.

el grado de dependencia de una persona (capacidad de realizar de modo autónomo las tareas básicas de la vida cotidiana) (Figueras y McKee, 2012).

La atención sanitaria presenta, sin duda, un perfil particularmente visible en relación con el mantenimiento de la salud, ya que actúa fundamentalmente en contextos de ausencia de la misma y, por tanto, se espera de ella la capacidad de restaurarla a través de su intervención. Durante las últimas décadas los países desarrollados han creado complejos sistemas sanitarios que, de una u otra forma, han tratado de responder a las necesidades sanitarias de sus poblaciones. En un contexto general de austeridad fiscal y ante el incremento constante de los costes, los sistemas sanitarios públicos europeos han tratado de adoptar medidas de contención del gasto, de reorganización interna y de búsqueda de una mejora en la relación coste-efectividad.

Las implicaciones de la crisis económica sobre el ámbito de la salud y de la sanidad no son percibidas de manera tan inmediata como en otros ámbitos de política social (desempleo, servicios sociales, vivienda, etc.), pero la relación entre privación material, recortes presupuestarios y la salud de la población son claras en el medio y largo plazo. En el contexto actual, marcado por las altas tasas de desempleo, por recortes presupuestarios que afectan de manera directa a los programas de protección social, así como por la ofensiva ideológica encaminada al desmantelamiento del modelo social característico de las sociedades europeas avanzadas, los sistemas sanitarios públicos se enfrentan a una serie de importantes retos. El sistema sanitario español no constituye una excepción en este contexto.

En el presente artículo comenzamos por repasar las principales características del sistema sanitario público en nuestro país con el objeto de analizar el impacto de las líneas de reforma emprendidas para su adaptación a un contexto social, económico y político cambiante. Nos detendremos a repasar brevemente cuatro grandes ámbitos en los que se han adoptado medidas en este sentido: los recortes presupuestarios, la reducción del rango de cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), el reforzamiento de los mecanismos de mercado en el funcionamiento de sistemas sanitarios públicos, con un creciente papel de la iniciativa privada, y la redefinición de las estructuras de gobernanza sanitaria a partir de la discusión en torno a las responsabilidades y funciones de los diversos niveles de gobierno. Concluiremos el artículo con una referencia a las principales implicaciones de dichas reformas, planteando unas breves reflexiones acerca de las perspectivas de futuro para el sistema sanitario público en nuestro país.

2. Características básicas del Sistema Nacional de Salud español

El ámbito sanitario posee rasgos específicos que lo diferencian claramente de otros sectores de política social. Dicha especificidad no reside en aspectos normativos (la educación, la vivienda o incluso la alimentación, ámbitos en los que las políticas públicas desempeñan un papel importante, son también generalmente considerados como un derecho humano básico al igual que el derecho a la salud y por tanto a la atención sanitaria), o ideológicos (vinculados a las preferencias políticas de cada persona o sociedad respecto al reparto de responsabilidades y funciones entre el mercado, la sociedad civil y el Estado), sino en una serie de características propias que limitan de modo claro y concreto el margen para que el mercado pueda hacerse cargo de la provisión de servicios sanitarios de una manera eficiente y coste-efectiva. Estas condiciones (que no existan asimetrías de información ni externalidades negativas, y que exista competencia perfecta) son incumplidas de manera clara en el ámbito sanitario (Barr, 2012), lo cual ha llevado a los Estados a intervenir sistemáticamente (aunque con diferentes combinaciones de políticas y un grado variable de intensidad) en este ámbito de política.

La agrupación de países en torno a una serie de características básicas de sus sistemas sanitarios no coincide de modo exacto con las tipologías clásicas relativas a los regímenes de bienestar (Esping-Andersen, 1990). Pese a esto, dichas tipologías continúan siendo útiles como herramientas heurísticas para comprender la estructuración de los sistemas sanitarios en los países desarrollados, y se estructuran fundamentalmente en torno a los equilibrios institucionales entre el Estado, el mercado y la sociedad civil en los diferentes aspectos de la organización de dichos sistemas. Así, como en cualquier ámbito de política pública, analizar la división de responsabilidades del Estado y del mercado en la regulación, financiación y provisión de servicios sanitarios nos permite comprender mejor el funcionamiento de dichos sistemas. Estos tres elementos básicos se pueden a su vez descomponer en una serie de dimensiones, como los criterios de elegibilidad que delimitan el acceso a las prestaciones sanitarias (quién accede a las prestaciones del sistema y en qué condiciones), el origen de la financiación de dichas prestaciones y servicios (combinación de recursos públicos y privados), la responsabilidad sobre la provisión de los diferentes niveles de atención sanitaria (gobernanza del sistema sanitario) y la intensidad del papel regulador del Estado (sobre la calidad

y cantidad de los servicios proporcionados, quién está autorizado a prestar dichos servicios, etc.).

Utilizando dichos criterios analíticos podemos agrupar los sistemas sanitarios de los países de la OCDE en tres grandes categorías: sistemas de aseguramiento fundamentalmente privado (modelo liberal), sistemas de aseguramiento social (modelo corporatista-conservador) y sistemas universalistas (modelo socialdemócrata). La Tabla 1 nos permite contrastar algunos de los parámetros básicos de los sistemas sanitarios de países pertenecientes a los diferentes modelos de organización de la sanidad. Si nos fijamos en primer lugar en el rango de cobertura de dichos sistemas, observamos claramente la diferencia entre los países con sistemas sanitarios universalistas y de aseguramiento social (con una cobertura prácticamente total) y el caso de EEUU (con casi un 20% de la población sin cobertura sanitaria). Estos datos resultan aún más destacables si prestamos atención al porcentaje de la riqueza nacional total dedicada a la sanidad en cada país (la sociedad estadounidense dedica casi el doble de recursos a cubrir sus necesidades sanitarias que las sociedades europeas, con sistemas sanitarios universalistas). Los sistemas universalistas son también más coste-efectivos que los de aseguramiento social, al proveer servicios sanitarios a la totalidad de su población con unos costes algo inferiores a los de estos últimos.

Tabla 1. Indicadores básicos de los sistemas sanitarios y de salud de la población (2009).

	Cobertura sanitaria %	Gasto sanitario total % PIB***	Gasto público como % del gasto sanitario	Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario	Consultas médicas anuales per cápita	Esperanza de vida al nacer (años)	Mortalidad infantil (1.000 nacim.)
Alemania	100	11,6	76,9	14,9	8,2	80,3	3,5
Bélgica	99,5	10,5	75,1	16,2	7,6*	80	3,4
Francia	99,9	11,6	77,9	16,1	6,9	81	3,9
España	99,2	9,6	73,6	18,9	7,5	81,8	3,3
Italia	100	9,3	77,9	18,2	7**	81,8	3,7
Suecia	100	9,6	81,5	12,5	2,9	81,4	2,5
Reino Unido	100	9,6	84,1	11,6	5	80,4	4,6
EEUU	81,3	17,6	47,7	12,0	3,9	78,2	6,8

Fuente: OECD, 2012. * Datos para 2007; ** Datos para 2005; *** Datos para 2010.

La distribución del gasto sanitario (y por tanto el reparto social de los costes) varía también de modo claro entre el modelo liberal (donde el Estado asume algo menos de la mitad de la factura sanitaria)¹ y los otros sistemas (donde las administraciones se hacen cargo de más de las tres cuartas partes de dichos costes). Como puede apreciarse en las últimas columnas de la Tabla 1, el coste de un sistema sanitario no se traduce necesariamente en una mayor intensidad en la atención médica a los pacientes (los estadounidenses se encuentran en la franja inferior en cuanto al número de consultas anuales), o en unos mejores indicadores agregados de salud en la población (tanto la esperanza de vida al nacer como la tasa de mortalidad infantil son considerablemente peores en EEUU que en las sociedades europeas).

El sistema sanitario público español constituye un caso relativamente interesante dentro de la anterior tipología, ya que en las últimas décadas ha transitado desde un modelo basado en el aseguramiento social hasta un SNS universalista íntegramente financiado a través de los presupuestos generales del Estado y plenamente descentralizado (en el que las CCAA son responsables de su gestión).

Desde la lógica universalista sobre la que está construido,² el SNS responde a los “fallos de mercado” reforzando la actuación del Estado y limitando la intervención del mercado a aquellos ámbitos en los que (con la adecuada supervisión de las administraciones sanitarias) puedan contribuir a mejorar la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios. Trata así de garantizar la cobertura sanitaria para el conjunto de la población, al tiempo que contiene con relativa eficacia los costes del sistema.

Pese a su vocación universalista, las herencias institucionales del SNS han mantenido cierto grado de ambigüedad en la definición de su rango de cobertura, excluyendo así a determinados colectivos. El hecho de que el acceso a las prestaciones sanitarias no haya sido ex-

1. Tomando en consideración el volumen total de dicha factura, se podría señalar que las administraciones sanitarias estadounidenses tan solo consiguen cubrir a una fracción de la población con los mismos recursos que dedican los Estados europeos para proveer de atención sanitaria al conjunto de sus poblaciones.

2. La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 constituye el marco regulador encargado de dar coherencia al conjunto de medidas de reforma del sistema sanitario adoptadas desde el comienzo de la transición, así como de sentar las bases para la transformación de dicho sistema en un SNS inspirado en el National Health Service (NHS) británico. La aplicación de los objetivos universalizadores de la LGS no estuvo basada en la generalización automática de la cobertura sanitaria, sino en la acumulación gradual de esquemas de aseguramiento destinados a incorporar a la asistencia sanitaria a los diferentes grupos sociales que seguían excluidos de la misma (Freire, 2007; Moreno Fuentes, 2004).

plícitamente reconocido como un derecho directamente vinculado a la condición de residencia (desvinculando de modo más claro el acceso a las prestaciones del SNS de la afiliación a la SS) hasta la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública (33/2011) constituía una de las contradicciones básicas del SNS español, perpetuando así las prácticas administrativas y de control de elegibilidad que han obstaculizado el acceso efectivo al sistema sanitario público a aquellas personas que, no habiendo cotizado a la SS, tampoco pudiesen aducir carencia de rentas (Sevilla, 2006).³ Como analizaremos en la sección de reformas recientes en el SNS, la plenitud en la consecución de los objetivos de esta Ley duró tan solo unos meses, ya que en abril de 2012 se introdujeron importantes reformas que cuestionan seriamente los avances realizados hasta ese momento, tanto en el proceso de universalización como en la clarificación de las relaciones entre el SNS y el sistema de SS.

La segunda característica básica del SNS es su naturaleza profundamente descentralizada, derivada no tanto de la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión del sistema sanitario⁴ como de la demanda de mayor autogobierno por parte de algunos territorios (fundamentalmente Cataluña, País Vasco y Galicia). La transferencia de la responsabilidad sobre la gestión de sus respectivos sistemas sanitarios a las CCAA (iniciada en 1981 en el caso de Cataluña) concluyó en 2002 con el traspaso de competencias sanitarias a las diez Comunidades cuyo sistema sanitario había sido gestionado hasta ese momento por el INSALUD. La creación de un SNS verdaderamente integrado había sido obstaculizada hasta ese momento por una serie de factores, entre los que destaca la asimetría institucional existente, la confusión respecto

3. La transformación del sistema de financiación de la sanidad pública (desde 1999 asumida íntegramente por los presupuestos generales del Estado) abrió al mismo tiempo importantes interrogantes respecto a la legitimidad de la negación de la cobertura gratuita en función del (en este caso supuestamente alto) nivel de renta del potencial usuario.

4. La literatura centrada en el análisis de los procesos de descentralización atribuye una serie de ventajas potenciales a dichos procesos de reasignación de responsabilidades y competencias entre distintos niveles de la administración del Estado (Rico y Moreno Fuentes, 2006). El primero de los impactos positivos potenciales de la descentralización sanitaria estribaría en la mayor eficiencia técnica derivada del mejor conocimiento de los costes locales de producción de servicios, la mayor capacidad para estimular la competencia, mejorar la coordinación entre niveles de atención y la mayor eficacia en el fomento de los mecanismos de innovación organizativa e institucional. Junto a estas cuestiones de orden fundamentalmente organizativo, se apuntan las potenciales ventajas de carácter político que se derivarían de la mayor capacidad para satisfacer las necesidades y prioridades locales, de la posibilidad de reforzar los mecanismos democráticos al aproximar la toma de decisiones al ciudadano, así como de incrementar la responsabilidad de los decisores políticos ante la ciudadanía.

al reparto preciso de competencias entre el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias autonómicas, la resistencia de algunas autoridades sanitarias regionales a cumplir las directrices de las autoridades estatales (en particular si el partido en el poder en cada ámbito era de distinto signo político), así como por los desacuerdos acerca de la financiación del sistema y, en general, por el reparto de recursos financieros entre las distintas CCAA (especialmente en lo relativo a la asunción de los déficits presupuestarios incurridos).

3. Retos económicos y políticos para el funcionamiento del SNS

Los sistemas sanitarios de los países occidentales afrontan una serie de retos comunes derivados de las transformaciones sociales y demográficas que afectan a dichas sociedades. Una de las manifestaciones más claras de estos retos es el incremento del gasto sanitario experimentado durante las últimas décadas, significativamente mayor que el incremento de la riqueza. En un contexto recesivo como el actual la tendencia hacia el incremento del gasto constituye un problema de primer orden, por lo que conviene detenerse brevemente en la naturaleza de las tensiones inflacionistas en el ámbito sanitario con objeto de contextualizar los recortes y reformas adoptados recientemente en este ámbito, así como el impacto de dichas medidas sobre el SNS.

El primero de dichos factores inflacionistas es el envejecimiento, que afecta al conjunto de sociedades europeas y de modo particular la española. Dada la alta concentración del gasto sanitario en el segmento de población de edad más avanzada, las organizaciones sanitarias internacionales aconsejan a los países desarrollados redirigir su atención desde las enfermedades agudas (episodios de enfermedad independientes, generalmente resueltos mediante la intervención de un único nivel de atención sanitaria) hacia las patologías crónicas y las discapacidades (enfermedades que requieren una gestión y atención continuadas durante largos periodos de tiempo, involucrando a varios niveles de atención sanitaria) (OMS, 2003). Estas modificaciones requieren una redefinición de las prioridades y una modificación sustancial de los procedimientos de asignación de recursos en el ámbito sociosanitario.

Las desigualdades sociales han experimentado también un incremento en los países desarrollados a lo largo de los últimos lustros como consecuencia de la polarización de rentas provocada por los

procesos de transformación económica derivados de la creciente integración de los mercados globales (OCDE, 2011). La retroalimentación existente entre desigualdades sociales y deterioros de la salud ha sido bien documentada (Marmot y Bobak, 2000), por lo que es previsible que estas crecientes desigualdades se traduzcan en un deterioro de las tasas de discapacidad severa, enfermedades crónicas y morbilidad autopercibida entre los estratos sociales más desfavorecidos, y todo ello, a su vez, en un incremento del gasto sanitario agregado.

Las expectativas sociales acerca de los resultados, actuaciones y responsabilidades de los sistemas sanitarios han crecido también como consecuencia del incremento del nivel educativo de la población. Una población mejor formada y con acceso a diversas fuentes de información presta mayor atención a la transparencia en el proceso de toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios y de los gestores del sistema sanitario, incrementando sus demandas acerca de la cantidad y la calidad de las prestaciones sanitarias que espera recibir por parte del sistema sanitario público.

Junto a esos procesos de naturaleza fundamentalmente social, el creciente uso de la tecnología en el ámbito sanitario aparece como otro de los factores explicativos del incremento del gasto. El impacto del avance tecnológico sobre el sector sanitario es múltiple y resulta visible en numerosas facetas (telemática, equipamiento médico, fármacos, investigación y sistemas de información). Contrariamente a la alta prioridad profesional, social y política que suele concedérsele a la inversión en tecnología médica, la evidencia empírica disponible muestra, sin embargo, que su rendimiento es relativamente limitado.⁵

La intensidad y combinación específica de estos retos en los diferentes países está determinada tanto por las características de cada sociedad como por los rasgos centrales de sus sistemas sanitarios. Aquellas sociedades que han conseguido mantener estructuras demográficas más equilibradas (como las escandinavas, o Francia) se verán menos afectadas por el envejecimiento. De igual modo, aquellos sistemas sanitarios menos expuestos a procesos de "demanda inducida por la oferta" (como los universalistas, de los cuales el SNS es un ejemplo) podrán ejercer un control más efectivo sobre las

5. Como señala Jacobzone, la inversión en alta tecnología parece estar sujeta a rendimientos marginales decrecientes, dado que ésta se aplica inicialmente a enfermos relativamente sanos y a medida que los profesionales ganan experiencia en su aplicación se extiende su uso a enfermos de mayor severidad (y con menores posibilidades de mejora) como los ancianos (OCDE, 2003).

tendencias hacia el incremento de la tecnología sanitaria (algo más difícil de lograr en sistemas sanitarios liberales, o incluso en los de aseguramiento social).

Tabla 2. Evolución del gasto sanitario total como % del PIB.

	1970	1980	1990	2000	2010
Alemania	6,0	8,4	8,3	10,4	11,6
Bélgica	3,9	6,3	7,2	8,1	10,5
Francia	5,4	7,0	8,4	10,1	11,6
España	3,5	5,3	6,5	7,2	9,6
Italia	–	–	7,7	8	9,3
Suecia	6,8	8,9	8,2	8,2	9,6
Reino Unido	4,5	5,6	5,9	7,0	9,6
EEUU	7,1	9,0	12,4	13,7	17,6

Fuente: OCDE, 2012.

Como puede observarse en la Tabla 2, la evolución del gasto sanitario a lo largo de las últimas décadas muestra una clara tendencia ascendente en los países desarrollados, pero los sistemas de carácter universalista (España, Italia, Suecia y Reino Unido) consiguen contener el incremento del gasto sanitario de manera más eficiente que los sistemas de aseguramiento social (Alemania, Bélgica y Francia), y por supuesto que EEUU.

Con un 6,5% de su PIB destinado a gasto público sanitario, España se sitúa por debajo de la media de la UE-10 (7,6%), y ligeramente por debajo de la media de la OCDE en gasto sanitario per cápita (OCDE, 2012). Pese al importante aumento experimentado en la última década (5,6% en promedio anual en el período 2000-2009, ligeramente superior al 4,7% del conjunto de la OCDE), dicho porcentaje resulta ligeramente inferior al de otros países con sistemas sanitarios universalistas. La proporción de financiación pública en España (73,6%) fue también ligeramente superior a la media de la OCDE (72,2%). Las razones que explican la posición relativamente favorable del SNS en gasto sanitario obedecen a factores de diseño del sistema sanitario público, entre los que destacan el relativamente elevado control en el acceso a los tratamientos especializados (modulado por el sistema de atención primaria), el alto nivel de regulación del personal y del material sanitario, y las relativamente bajas retribuciones de los profesionales sanitarios (Hernández de Cos y Moral-Benito, 2011).

El debate sobre la evolución de los costes sanitarios en España se ha centrado con frecuencia en el carácter profundamente descentralizado del SNS, percibido como un mosaico de subsistemas (los diecisiete servicios regionales de salud, SRS) potencialmente proclive a una escalada de los costes. La complejidad del SNS implica, efectivamente, que el control del gasto no puede ser decidido por una autoridad sanitaria unificada (como ocurre en el NHS británico), sino que se deriva de la combinación de medidas aplicadas en los distintos niveles del sistema. En este sentido, la gobernanza del SNS constituye, en sí misma, uno de los retos principales a los que ha de hacer frente dicho sistema (Subirats y Gallego, 2011). La divergencia en los procedimientos operativos de los SRS (carteras de servicios diferenciadas, multiplicación de organismos evaluadores de medicamentos, tecnología o práctica médica, movilidad de pacientes y profesionales entre CCAA), la pérdida de economías de escala (política de compras y suministro), la dificultad de elaborar una política sanitaria adecuada a nivel regional y/o local (necesidad de proporcionar servicios altamente especializados a poblaciones relativamente pequeñas), o la potenciación de desigualdades entre regiones (potencial ruptura del principio de igualdad) son con frecuencia señalados como potenciales problemas derivados de la descentralización (Costa i Font, 2012).

La culminación del proceso de transferencia de competencias a las CCAA en 2002 introdujo en la agenda política sanitaria la reflexión acerca de la necesidad de avanzar hacia un mayor grado de coordinación en el seno del SNS, clarificando las funciones y responsabilidades respectivas de los gobiernos central y autonómico. Con el objeto de tratar de responder a estas cuestiones, en 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS, 16/2003), que estableció la creación de una serie de agencias estatales de nuevo cuño (Agencia de Calidad, Observatorio del SNS, Instituto de Información Sanitaria), así como la dinamización de otras ya existentes (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud –CISNS–, Alta Inspección), con el objeto de diseñar un nuevo marco regulador y de asignar con mayor precisión las responsabilidades de gobierno del sistema sanitario público.

Tabla 3. Presupuesto sanitario por persona protegida en CCAA (Euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalucía	1.145,59	1.231,34	1.249,25	1.238,72	1.174,58	1.177,69
Aragón	1.334,81	1.390,73	1.474,49	1.495,80	1.450,49	1.455,17
Asturias	1.284,13	1.305,88	1.480,35	1.557,40	1.478,54	1.484,82
Balears	1.090,66	1.152,61	1.184,66	1.097,39	1.089,41	1.125,85
Canarias	1.298,79	1.406,64	1.449,13	1.404,26	1.243,86	1.282,59
Cantabria	1.307,97	1.345,22	1.396,21	1.391,71	1.275,90	1.316,40
Castilla y León	1.284,94	1.387,55	1.414,90	1.462,32	1.438,65	1.430,91
Castilla-La Mancha	1.272,83	1.345,98	1.429,97	1.449,56	1.386,81	1.281,43
Cataluña	1.232,06	1.271,86	1.289,46	1.346,11	1.247,75	1.183,69
C. Valenciana	1.080,72	1.123,33	1.150,57	1.158,86	1.116,53	1.110,29
Extremadura	1.425,86	1.548,83	1.655,22	1.595,64	1.503,01	1.692,50
Galicia	1.284,64	1.372,52	1.414,42	1.397,89	1.330,68	1.332,00
Madrid	1.135,54	1.174,03	1.178,75	1.157,36	1.159,78	1.164,86
Murcia	1.186,85	1.305,72	1.348,29	1.427,76	1.447,01	1.281,48
Navarra	1.362,64	1.438,36	1.468,83	1.582,36	1.545,02	1.449,97
País Vasco	1.392,86	1.543,52	1.662,29	1.696,64	1.632,23	1.618,58
Rioja	1.576,58	1.444,89	1.463,77	1.329,36	1.398,50	1.189,95
TOTAL	1.215,43	1.283,34	1.320,28	1.329,47	1.272,85	1.256,98

Fuente: MSPS, 2012.

Persisten, sin embargo, importantes dudas respecto a la capacidad del gobierno central de mejorar el funcionamiento del sistema sanitario, dado su escaso margen de influencia sobre las decisiones de gasto de las autoridades autonómicas (Solozábal Echavarría, 2006). El control del uso final de los recursos financieros asignados a las CCAA ha sido severamente limitado por el Tribunal Constitucional, por lo que incluso los fondos excepcionalmente transferidos a las CCAA para hacer frente a los problemas de deuda sanitaria (como los asignados a raíz de la Conferencia de Presidentes en 2005) pueden ser utilizados por los gobiernos autonómicos como consideren oportuno, sin garantía alguna de que sean aplicados al ámbito sanitario (Rey Biel y Rey del Castillo, 2006).

Desde la década de los 1990, las autoridades sanitarias de las CCAA han venido experimentando por su parte con diversas iniciativas de reforma encaminadas a frenar el incremento del gasto, iniciándose también un proceso de emulación y aprendizaje de políticas

entre las distintas administraciones. Pese a esto, el gasto sanitario de las CCAA experimentó un crecimiento del 75,5% en el periodo 2002-2008. Las diferencias en el gasto sanitario entre las diferentes CCAA son sin embargo significativas, reflejando las diferentes prioridades políticas de sus gobiernos. Los problemas de deuda sanitaria acumulada, así como los enormes retrasos en el pago a proveedores de productos farmacéuticos y sanitarios, constituyen un patrón recurrente en el funcionamiento de los SRS, que se ha agravado en los últimos años como consecuencia de la crisis presupuestaria que atraviesan el conjunto de las administraciones públicas en nuestro país (Riesgo y González-Estéfani, 2011).

Como puede observarse en la Tabla 3, la tendencia ascendente en el gasto sanitario ha sido frenada en el actual contexto de crisis económica, produciéndose desde 2010 una reducción general de los presupuestos. Ante las dificultades financieras a las que han de hacer frente, tanto el gobierno central como los gobiernos autonómicos han adoptado medidas encaminadas a la contención del gasto y a la reorganización interna de los sistemas sanitarios en los últimos años en busca de una mayor eficiencia.

4. Crisis, recortes y reformas: el riesgo de desvirtuar las características básicas del SNS

Los sistemas sanitarios son instituciones extremadamente complejas, y reflejan equilibrios entre diferentes intereses y percepciones acerca del bienestar público y respecto al papel del Estado en su consecución. Pese a que, en términos generales, dichos sistemas tienden a mantener en el tiempo sus rasgos principales, estos no constituyen estructuras cristalizadas e inmutables, y pueden sufrir transformaciones que modifiquen de forma clara su naturaleza. En esta sección analizaremos las reformas introducidas recientemente en el SNS, señalando aquellos aspectos que pueden resultar en una transformación sustancial de las características básicas del sistema. Dichas medidas, adoptadas tanto por el gobierno central como por las administraciones sanitarias de las CCAA, pueden clasificarse en torno a cuatro ejes básicos: recortes en el gasto sanitario, restricciones en el rango de cobertura del SNS, redefinición de los equilibrios institucionales entre mercado y Estado, e intentos de mejora de la coordinación entre diferentes niveles de la administración sanitaria.

4.1. Recortes en el gasto sanitario

Entre las medidas de naturaleza fundamentalmente presupuestaria adoptadas por el gobierno central destacan las dirigidas a controlar el gasto en la partida de personal (una de las más importantes en este ámbito): reducciones salariales a empleados de las administraciones públicas incluido el personal sanitario (entre un 5 y un 15% en función del nivel de ingresos en 2010, supresión de la extra de Navidad en 2012), incremento de la jornada laboral, y establecimiento de una tasa de reposición del personal sanitario no superior al 10%.

El ámbito de los medicamentos constituye el segundo frente de carácter esencialmente presupuestario: recortes en los precios de referencia de buen número de medicamentos (incluyendo los genéricos) y productos sanitarios, incremento de los copagos para determinados grupos de población (en función de criterios de renta, edad y grado de enfermedad), establecimiento de un sistema de dispensación en dosis individualizadas, así como la obligación de prescribir genéricos (médicos) y de sustituir las prescripciones de marca por genéricos (farmacéuticos).

El gobierno central ha tratado también de arrancar compromisos de recortes en el gasto sanitario de los SRS por parte de los gobiernos autonómicos (7.000 millones de euros en el presupuesto sanitario global para 2012).⁶ El gasto sanitario constituye uno de los principales componentes de los presupuestos de las CCAA (el 36% de media en los presupuestos anuales del período 2007-2010), por lo que cualquier política de reducción de gasto público habrá de afectar de modo prácticamente inevitable a este ámbito de política. El presupuesto sanitario de las CCAA para 2012 mantuvo la pauta descendente iniciada en 2010 (se prevé un descenso de en torno al 2% en conjunto para 2012), pero la aplicación de medidas de austeridad a nivel autonómico parece estar siendo relativamente heterogénea. Al menos diez CCAA han aplicado planes de recorte en el gasto sanitario complementarios a

6. Aparte de los casos de la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra (comunidades que funcionan en régimen de concierto), el resto de las CCAA negocian con el gobierno central el volumen global de los recursos que reciben para gestionar las competencias que gestionan en su territorio (incluyendo la sanidad). Coincidiendo con la última ronda de descentralización del SNS en 2002, el gobierno central y las CCAA modificaron sustancialmente el marco de sus acuerdos financieros, de modo que los gobiernos regionales incrementaron su participación en determinados impuestos recaudados en su territorio, y a cambio asumieron el coste total de la atención sanitaria, entrando así (al menos teóricamente) en un modelo de corresponsabilidad fiscal (Cabasés Hita, 2010).

los del gobierno central, algunas de ellas, como Cataluña o Castilla-La Mancha, con particular intensidad (Riesgo y González-Estéfani, 2011). En el caso catalán dichas medidas de control presupuestario han incluido reducciones de personal, así como incrementos adicionales en las horas trabajadas por el personal sanitario, introducción de copagos adicionales en medicamentos (euro por receta), cierre temporal de camas hospitalarias y de otros centros y servicios sanitarios, congelación de inversiones, etc. (Gené-Badia *et al.*, 2012).

En términos generales, estos recortes en el gasto sanitario han sido criticados por no ser resultado de una reflexión estratégica y/o de un esfuerzo de coordinación entre los diferentes niveles del SNS, sino reacciones improvisadas y rápidas a las presiones para reducir el déficit público (Gené-Badia *et al.*, 2012). Dicho conjunto de medidas, adoptadas con escasa participación del personal sanitario, han sido acusadas de tensionar las relaciones laborales en el SNS, con el riesgo de desmotivación de unos profesionales relativamente mal retribuidos (en comparación con otros países europeos), muchos de los cuales se encuentran sometidos a condiciones laborales particularmente estresantes (con altas tasas de temporalidad en sus contratos, realizando gran número de guardias, a caballo entre la sanidad pública y la privada para complementar sus ingresos, etc.) (Clavier *et al.*, 2011). De igual modo, dichos recortes han generado importantes resistencias entre las empresas farmacéuticas y otros proveedores del SNS que se resienten de los recortes en los precios de referencia, de los retrasos en los pagos y del importante volumen de deuda acumulada por los SRS con sus proveedores. Dicho malestar se ha manifestado hasta la fecha fundamentalmente en amenazas, más o menos explícitas, de interrumpir los suministros a los centros sanitarios, y de abandonar sus inversiones tanto en producción como en I+D en España.

4.2. Restricciones en el rango de cobertura del SNS

El segundo bloque de medidas adoptadas por el gobierno central afecta a la definición de las condiciones de acceso al SNS. El proceso de universalización gradual de la cobertura sanitaria había concluido en enero de 2012 con la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública (33/2011), que pretendía eliminar los últimos intersticios por los que se colaban determinados colectivos (ciudadanos que no cotizaban a la SS y que disponían de rentas por encima de un determinado umbral) que no podían acceder a las prestaciones del SNS. La aprobación

del Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en abril de 2012, ha supuesto un vuelco radical en dicho proceso de universalización.

Al recuperar la figura del "asegurado" como criterio básico de elegibilidad para las prestaciones del SNS, reforzar el papel de la SS en la comprobación del derecho de acceso al sistema sanitario público⁷ y expulsar a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años del sistema (con la excepción de los menores de edad, las embarazadas, los afectados por enfermedades infecto-contagiosas y los necesitados de tratamientos urgentes), dicha medida revierte a un estadio claramente superado en el largo proceso de consolidación de un SNS de naturaleza universalista.

En agosto se aprueba el RD 1192/2012, que regula la condición de "asegurado", establece el umbral de cien mil euros de ingresos anuales para definir el acceso de los españoles no cotizantes a la SS (o dependientes de un asegurado) a las prestaciones del SNS, y dicta la expulsión de dicho sistema de los inmigrantes indocumentados (estableciendo la fecha del 31 de agosto para materializar la anulación de las tarjetas sanitarias de los inmigrantes indocumentados que hasta ese momento dispusiesen de la misma). En octubre de 2012, el CISNS aprobó la propuesta del gobierno de establecer convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria, por los cuales los inmigrantes indocumentados (así como los españoles no asegurados con ingresos superiores a los cien mil euros anuales) podrán acceder a la cartera básica de servicios del SNS (sin ayudas para la adquisición de medicamentos, que habrán de ser abonados íntegramente por los pacientes) previo pago de una póliza anual (710 euros para menores de 65 años, 1.864 euros para los mayores de esa edad).

Como era de prever en un sistema profundamente descentralizado como el SNS, el grado de aplicación de dichas medidas de restricción de acceso ha variado mucho, no solo entre diferentes CCAA, sino también entre centros sanitarios y niveles de atención (MDM, 2012). Una parte de la explicación de dicha variación reside en el color político del gobierno de cada CCAA (los gobiernos autonómicos del Partido Popular han tendido a aplicar las medidas restrictivas con mayor diligencia, siguiendo las indicaciones del gobierno central, controlado por el mismo

7. Este proceso choca, de hecho, con la transferencia de la financiación del SNS a los presupuestos generales del Estado, concluida en 1999, y que había materializado la desconexión financiera definitiva del sistema sanitario respecto de la SS.

partido, mientras que las CCAA gobernadas por otros partidos han desarrollado estrategias propias, generalmente encaminadas a circunvalar las disposiciones más restrictivas de dichas políticas). Así, cinco CCAA gobernadas por partidos de la oposición (Andalucía, Asturias, Cataluña, Canarias y País Vasco) han expresado su voluntad de seguir tratando a los inmigrantes indocumentados, mientras que Galicia y la Comunidad Valenciana han señalado su intención de atender a los inmigrantes indocumentados sin recursos. Por otra parte, Castilla y León mantiene el acceso a la atención primaria, y Navarra ha asegurado que mantendrá vigentes las tarjetas sanitarias de los inmigrantes indocumentados expedidas con anterioridad al 30 de abril de 2012. Como señala Médicos del Mundo (2012), hasta la fecha tan solo seis comunidades (Aragón, Asturias, Castilla y León, Galicia, Madrid y Valencia) han desarrollado algún tipo de regulación explícita respecto al modo en que debe aplicarse dicha restricción (en forma de circular informativa, instrucción, comunicado o carta a los profesionales sanitarios).

La discrecionalidad de los profesionales sanitarios a la hora de aplicar con mayor o menor celo dichas medidas restrictivas constituye el segundo elemento explicativo a la hora de dar cuenta del diferente grado de implementación de las restricciones en el acceso a las prestaciones sanitarias, especialmente cuando éste se observa en el seno de un mismo SRS. Sin embargo, de esta discrecionalidad cabe esperar no solo la continuación del tratamiento por vías informales en aquellos SRS que formalmente denieguen dicho derecho (a través de la intervención de profesionales sanitarios que, de modo implícito o explícito, se declaren "objetores de conciencia" a la aplicación de dicha restricción), sino también la obstaculización del acceso a la atención sanitaria en centros de aquellas CCAA en las que se haya explicitado la voluntad política de seguir atendiendo a los inmigrantes indocumentados por parte de profesionales con actitudes negativas hacia la inmigración. Citando el informe de MDM, "Parece que en cada centro de servicio se está aplicando una práctica distinta, según las ordenes implícitas de las gerencias provinciales, de la jefatura de servicio o según el criterio del mismo personal administrativo o sanitario que recibe al paciente. [...] este desigual desarrollo de la reforma sanitaria está provocando caos, desinformación, prácticas discriminatorias por parte de algunos centros y confusión en las personas inmigrantes" (MDM, 2012:2).

La aprobación del RD 16/2012 ha supuesto una clara ruptura con el modelo de SNS de naturaleza universalista y financiado a través de los presupuestos generales del Estado que se encontraba en la base del sistema puesto en marcha por la LGS de 1986. Esta transformación,

que en buena medida desanda los avances de las últimas décadas, constituye una opción claramente política hacia la que se habían dado ya algunos pasos durante anteriores gobiernos del PP (Beltrán Aguirre, 2002).⁸ Frente a un SNS descentralizado que reconoce el derecho individual a la atención sanitaria en base a la residencia, esta reforma trata de recentralizar responsabilidades (la SS que ha de certificar el derecho de acceso de asegurados y beneficiarios al sistema sanitario es competencia del gobierno central) y vuelve a situar el concepto de "aseguramiento" en el centro de la lógica de elegibilidad del SNS.

Se renuncia a la atención sanitaria universal excluyendo a los sectores más débiles de la sociedad española con argumentos relativos a la necesidad de poner fin a los "abusos" al SNS, a terminar con el "turismo sanitario" y con el "uso fraudulento" del sistema sanitario público, al tiempo que se hace referencia a unas difusas cifras de supuesto ahorro derivado de la implementación de esta reforma. Realizando un ejercicio de confusión entre la necesidad de regular la atención sanitaria a ciudadanos de la UE (para los que ya existen convenios de compensación financiera con los sistemas sanitarios del resto de países de la Unión), y con el difuso concepto de "turismo sanitario" (situación más anecdótica que real), se proyecta una imagen de la población inmigrante como "abusadores" del SNS. Obviando el hecho de que incluso los inmigrantes indocumentados contribuyen a la financiación del SNS mediante sus impuestos (indirectos), y de que el uso del sistema sanitario por la población inmigrante es inferior al que realiza la población autóctona (Moreno Fuentes y Bruquetas, 2011), se recurre a argumentos que se apoyan en actitudes de sospecha hacia la población de origen inmigrante (al tiempo que las refuerzan), con objeto de revertir el proceso de universalización del sistema sanitario. Los supuestos ahorros derivados de estas medidas no se producirán,⁹

8. Como señala Beltrán Aguirre (2002), anteriores gobiernos del PP trataron de reforzar los debilitados vínculos entre la prestación de asistencia sanitaria y el INSS a través de diversas iniciativas legales, incluyendo la Ley 24/1997, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social, que insistía en integrar la asistencia sanitaria en la acción protectora de la Seguridad Social, y la Ley 21/2001, de medidas fiscales y administrativas del sistema de financiación autonómica, que hablaba también de la "asistencia sanitaria de la Seguridad Social".

9. De hecho, los costes sanitarios de atender a la población indocumentada posiblemente se incrementarán, ya que resulta más caro prestar atención sanitaria a través de las urgencias. Además, los cuadros clínicos que habrá que tratar serán de mayor gravedad al no haberse prestado la adecuada atención sanitaria a nivel primario. Se deteriorará también el seguimiento médico de las intervenciones realizadas, al tiempo que surgirán externalidades que pueden repercutir en la salud pública del conjunto de la población.

y volverá a surgir una red de atención sanitaria informal (incluyendo profesionales, centros sanitario públicos y organizaciones del Tercer Sector) para atender a la población excluida del SNS, de manera similar a como ya existía antes de la aprobación de la Ley 4/2000 (Moreno Fuentes, 2004).

4.3. Redefinición de los equilibrios entre mercado y Estado

La reflexión acerca de la conveniencia de redefinir el reparto de responsabilidades en el ámbito sanitario entre el Estado y el mercado se fundamenta en planteamientos críticos con la actuación del sector público y que reivindican un mayor papel para la iniciativa privada. Se plantea la conveniencia de crear "cuasi-mercados" en diversos ámbitos sanitarios y de desarrollar una cultura de externalización de servicios, inicialmente periféricos (lavandería, restauración, etc.) y de carácter más central (análisis clínicos, contratación del personal sanitario, transformación de hospitales públicos en fundaciones gestionadas de modo autónomo y bajo principios de mercado, privatización de la gestión de hospitales o incluso de áreas sanitarias completas) a medida que dicho modelo se vaya consolidando. Paralelamente se propone la reducción de la responsabilidad pública en la prestación directa de servicios y en la financiación de los mismos (introducción de copagos, reducción de la cartera de servicios, etc.).

Cada SRS ha adaptado estas tendencias a su propia idiosincrasia, destacando tradicionalmente la administración sanitaria catalana como una de las más comprometidas con la introducción de procedimientos de gestión indirecta y de provisión mixta (público-privada), aprovechando la propia naturaleza del sistema sanitario catalán (tradicionalmente caracterizado por una gran diversidad de proveedores y una débil presencia de los hospitales del sistema de la SS en su territorio) (Gallego, 2001). La naturaleza relativamente consensual de estas políticas, así como el carácter sin ánimo de lucro de buena parte de los proveedores (tradicionalmente responsables de la atención sanitaria en los ámbitos territoriales en los que están implantados), habría supuesto la amplia aceptación social de un modelo de separación entre financiación y provisión de prestaciones sanitarias en el ámbito del Servei Català de la Salut. El despliegue de un "cuasi-mercado" en los servicios sanitarios de Cataluña facilitó un proceso de aprendizaje y emulación entre diferentes CCAA, adoptando buen número de ellas medidas como la separación de las funciones de compra y provisión

de servicios sanitarios, o la creación de fundaciones y consorcios hospitalarios.

En los últimos años, las CCAA de Valencia y Madrid, bajo gobiernos del PP, han adoptado una posición particularmente proactiva en la introducción de nuevas formas de colaboración público-privada basadas en la concesión administrativa de la gestión de hospitales y áreas sanitarias a empresas privadas que se responsabilizan de la gestión (tanto de los servicios sanitarios como no sanitarios) de dichos centros o áreas sanitarias a cambio de un canon anual abonado por el SRS.¹⁰ Estas iniciativas privatizadoras han provocado una fuerte contestación ciudadana y de los profesionales sanitarios, al ser percibidas como medidas marcadamente ideologizadas, no basadas en evidencia empírica que demuestre el mayor grado de eficiencia de la iniciativa privada en la gestión sanitaria, y generalmente adoptadas sin consenso social ni profesional.

Pese a que la introducción de mecanismos de colaboración público-privada puede contribuir a mejorar la atención sanitaria bajo determinadas condiciones, se han señalado también los riesgos para la igualdad y la equidad de los sistemas sanitarios como consecuencia de la introducción de mecanismos de mercado en la gestión los mismos. La posible aparición de procesos de "selección adversa" (*cream skinning*, o selección de los pacientes que requieren tratamientos de menor coste y redireccionamiento de aquellos casos más complejos hacia centros públicos), o de un incremento de la segmentación de los sistemas sanitarios a través de la introducción de copagos, constituyen argumentos de entidad suficiente como para plantear la necesidad de evaluar sistemáticamente el funcionamiento de estos procesos de privatización en la provisión (y en parte también en la financiación) de servicios sanitarios antes de generalizarlos.

Las implicaciones de este tipo de procesos han sido estudiadas con mayor grado de detalle en países donde el papel del mercado en la provisión de servicios sanitarios es mucho más importante (EEUU), así como en aquellos en los que se ha tratado de avanzar hacia una mayor colaboración entre el sector público y el privado en el ámbito

10. Ribera Salud, Capio, Adeslas, Asisa, Sanitas y DKV son los principales actores implicados en estos procesos de privatización. En la Comunidad Valenciana gestionan la atención sanitaria en varias zonas (incluyendo Denia, Manises, La Ribera, Vinalopó y Torrevieja). En la Comunidad de Madrid gestionan ya varios hospitales (Collado Villalba, Móstoles, Torrejón y Valdemoro), así como el laboratorio central del Servicio Madrileño de Salud. En este momento se discute el traspaso a gestión privada de otra serie de hospitales y áreas sanitarias.

sanitario (Reino Unido). Los riesgos de “captura del regulador” por parte de los proveedores sanitarios privados en detrimento de los intereses públicos (Dixon *et al.*, 2011; NHS Global, 2011), así como los fenómenos de “puerta giratoria”, en los que se diluyen las barreras entre intereses públicos y privados por las complejas relaciones que se establecen entre decisores públicos y empresas (Blanes i Vidal *et al.*, 2012), señalan la necesidad de abordar los procesos de innovación organizativa y de colaboración entre el sector público y la iniciativa privada desde la estricta aplicación de protocolos de transparencia y rendición de cuentas.

Aprovechar la actual coyuntura de crisis para forzar el avance de la agenda privatizadora (sin que exista certeza de que por esa vía se garantiza una mayor eficiencia en el uso de los recursos escasos, o se mejora la calidad de la atención sanitaria) amenaza con desvirtuar unos sistemas sanitarios autonómicos plenamente consolidados, con un alto grado de legitimidad social y que, además, funcionan de un modo relativamente coste-efectivo (particularmente si se comparan con otros sistemas que parecen inspirar las recetas de reforma y que no solo son más inequitativos, sino que son además claramente menos eficientes en la asignación de recursos), cuestionando así su sostenibilidad social, económica y organizativa.

4.4. Reformas en la gobernanza del SNS

El cuarto eje de reformas en el ámbito sanitario (hasta la fecha tan solo apuntado) en el actual contexto de crisis económica y fiscal es el que hace referencia a la modificación de los equilibrios de funcionamiento entre los diferentes niveles de gobierno de la sanidad en busca de una mejor coordinación y de una mayor eficiencia.

La LCCSNS de 2003 (la última reforma de la LGS) trató de definir de modo más preciso las funciones de las autoridades sanitarias del gobierno central en busca de una mejor coordinación del conjunto del sistema sanitario, pero se ha enfrentado a la complejidad de la interacción entre gobierno central y CCAA. La reforma del funcionamiento del CISNS concentraba las principales esperanzas depositadas en dicha Ley. Este foro ha servido en determinados contextos para acordar cuestiones puntuales que afectan al ámbito sanitario (con frecuencia de carácter marcadamente técnico), pero generalmente no para reflexionar sobre cuestiones de política sanitaria general, organización y futuro del SNS. El hecho de que este foro no tenga capacidad

para discutir de cuestiones financieras de la sanidad (que se tratan en el Consejo de Política Fiscal y Financiera) constituye una evidente limitación para su eficaz intervención en la coordinación de la política sanitaria en España.

La LCCSNS es generalmente percibida como una iniciativa legislativa voluntarista, cuyo buen funcionamiento depende en buena medida de la disposición para colaborar de las autoridades sanitarias autonómicas, ya que este marco normativo no establece instrumentos coercitivos para aquellos que rechacen la colaboración o incumplan sus compromisos, ni define tampoco incentivos explícitos que premien las actitudes colaborativas (Bohigas y de la Puente, 2007). Dicha Ley obtuvo un amplio consenso político durante el proceso de ratificación precisamente porque no planteaba mecanismos precisos de actuación y evitaba abordar frontalmente temas polémicos. La principal esperanza para mejorar la cohesión del sistema sanitario público podría residir en la articulación de estructuras más horizontales en las que las diferentes CCAA pudieran jugar un papel más importante en el proceso de toma de decisiones, avanzando hacia la corresponsabilidad en el funcionamiento del sistema del que son parte integrante.

Tras el fracaso de las iniciativas encaminadas a firmar un pacto de Estado por la sanidad en 2010, destinado a blindar los elementos centrales del modelo y resolver los problemas crónicos de financiación del sistema (iniciativa en la que jugó un activo papel el CISNS), el gobierno actual ha puesto en marcha una serie de iniciativas que recogen algunos de los puntos discutidos durante los debates mantenidos en torno a dicho pacto de Estado, y que aspiran a materializar algunos de los objetivos genéricos plasmados en la LCCSNS. Así, el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, señalaba la voluntad del gobierno de impulsar el establecimiento de una central de compras de medicamentos hospitalarios, productos sanitarios y tecnología médica que permita neutralizar algunos de los efectos no deseados de la descentralización (pérdida de economías de escala). Este RD señala también la necesidad de avanzar en la reordenación de los recursos humanos del SNS (facilitando la movilidad de los profesionales sanitarios entre los diferentes SRS, elaborando un catálogo homogéneo de categorías profesionales, así como un registro estatal de profesionales, cuestiones todas ellas pendientes hasta la fecha), en la implantación de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario (culminación del proceso de armonización de las tarjetas sanitarias de los SRS, establecimiento de la receta electrónica y de la historia clínica digital), así como de promover una mayor integración de los servicios sociosanitarios para

atender de modo más eficaz y eficiente a los enfermos crónicos y a las personas dependientes.

Además de estas medidas ampliamente debatidas en el seno de la comunidad sanitaria, y sobre las que existe un consenso relativamente amplio, dicho RD plantea algunas cuestiones más controvertidas que abren la puerta a un cuestionamiento de los objetivos básicos del SNS y que podrían generar problemas de articulación entre el gobierno central y las CCAA. Así, el establecimiento de una nueva cartera común de servicios que debería crearse en el futuro próximo aspira a redefinir el catálogo de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y transporte sanitario urgente para el conjunto del SNS. La red de agencias de evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias debería plantear los criterios por los que habría de elaborarse dicha cartera común de servicios. Emerge la duda de si se intentará aprovechar la elaboración de esta nueva cartera común de servicios para recortar las prestaciones incluidas en el catálogo de prestaciones del SNS aprobado por el RD 1030/2006 a partir de lo estipulado por la LCCSNS. Una reducción significativa de los tratamientos incluidos en dicho catálogo, un incremento de los copagos para determinados procedimientos o el establecimiento de diferentes niveles de cobertura sanitaria a partir de las diferentes categorías establecidas por el RD 16/2012 ("asegurados", "beneficiarios", o firmante de convenio) rompería la premisa básica de la igualdad de acceso a las prestaciones del SNS que se encuentra en la base del modelo.

5. Conclusiones

Los estudios sobre la posible evolución futura del gasto sanitario señalan que éste dependerá fundamentalmente del desarrollo de estrategias de prevención capaces de mejorar la calidad de vida de las personas, de la adopción de tratamientos más coste-efectivos, así como de la regulación (limitación) de la inversión y acceso a la alta tecnología médica.¹¹ El previsible aumento del gasto sanitario derivado

11. Existe un amplio consenso en torno al potencial de mejoras derivadas de la ampliación de la cobertura pública en atención preventiva, comunitaria y sociosanitaria, así como de la atención integrada prestada vía equipos multidisciplinares autogestionados. La evidencia existente sobre los países avanzados indica que una mejora de la financiación destinada a mejorar la coordinación intraorganizativa e interorganizativa repercute a largo plazo en una disminución de los costes en asistencia farmacéutica, especializada y ambulatoria.

del envejecimiento podría ser abordado a partir de modificaciones por el lado de la oferta: atención primaria y comunitaria con suficientes recursos y poder de coordinación respecto a otros niveles de atención, una mayor dimensión del sector público respecto al privado, políticas de control y planificación del número de profesionales en ejercicio y de la inversión en alta tecnología y sistemas de pago basados en la capitación y mecanismos de reembolso (Gerdtham y Jönsson, 2000). No se trataría por tanto necesariamente de incrementar los recursos, sino de adaptar el funcionamiento de los sistemas sociosanitarios al crecimiento de la demanda y de los componentes de gasto relacionados con la cronicidad y la dependencia (Ahn *et al.*, 2003).

En algunos países como Reino Unido y Australia se maneja el concepto de "desinversión sanitaria", entendiendo por ello la eliminación de aquellas prácticas, tratamientos o tecnologías que aportan escasos beneficios para la salud según la evidencia científica disponible, pero que siguen siendo utilizados por inercias de los protocolos sanitarios (Puig-Junoy, 2011). Avanzar en dicha dirección permite mantener los elementos centrales del sistema en un contexto de crisis fiscal y de incremento del gasto sanitario.

Los recortes y reformas adoptados recientemente en el SNS español han supuesto un incremento de las listas de espera (y por tanto de la insatisfacción ciudadana con el funcionamiento del sistema), la ampliación de las desigualdades de acceso a las prestaciones del sistema (por los copagos y las diferentes oportunidades de acceder a tratamiento sanitario en función de la renta sin un análisis de las implicaciones de dichas medidas en términos de equidad), así como el incremento de la contratación de aseguramiento privado (Gené-Badia *et al.*, 2012). El regreso a conceptos como "asegurado" y "beneficiario" rompe la dinámica de universalización del SNS y de vinculación del criterio de elegibilidad a la residencia en el territorio que habían sido aplicados durante las tres últimas décadas.

El SNS precisa de un consenso entre las fuerzas políticas y sociales acerca de cómo diseñar una agenda de reformas que preserven las características básicas de un sistema que goza de un alto nivel de apoyo ciudadano y que ha conseguido garantizar un excelente nivel de protección sanitaria al conjunto de la población con un coste extremadamente ajustado en términos comparativos. La introducción de nuevas formas de gestión y la descentralización generan un espacio compuesto por un complejo conjunto de actores, incrementando el rango de posibles alianzas y coaliciones, pero también los puntos potenciales de veto y de obstrucción a las reformas. Esto queda agra-

vado por la dificultad de aplicación de las funciones reguladoras del Estado, así como por la relativa debilidad de los mecanismos de coordinación entre las autoridades sanitarias centrales y autonómicas. En este contexto, la preocupación respecto a la financiación autonómica, y dentro de ésta la financiación de la sanidad, constituirá uno de los ejes de conflicto más claros entre el gobierno central y las CCAA en el futuro próximo.

Desde un punto de vista político, el problema de la adecuada atribución de responsabilidades entre autoridades sanitarias nacionales y autonómicas, y por tanto de la rendición de cuentas ante las decisiones adoptadas en este ámbito, se hace particularmente grave por el hecho de que los ciudadanos parecen tener dificultades a la hora de atribuir la responsabilidad sobre la gestión del sistema sanitario al nivel adecuado de gobierno. Este tema pone en cuestión el control de los políticos por los ciudadanos (*accountability*), y con ello amplía el margen para la aplicación de estrategias de "evitación de la culpa" (*blame avoidance*) y de obstrucción a la tarea de gobiernos de partidos de signo opuesto.

La creación de sistemas de generación y circulación de información (elaboración de indicadores, mecanismos de intercambio de información, etc.), con la participación de los diferentes niveles de gobierno, así como de los profesionales sanitarios, puede contribuir a mejorar la eficiencia y el coste-efectividad de los sistemas sanitarios. La articulación de mecanismos que garanticen la calidad en las prestaciones de los sistemas a través de la potenciación de la medicina basada en la evidencia, la evaluación del desempeño, la elaboración de guías de práctica clínica, la difusión de modelos de referencia y buenas prácticas, la evaluación de tecnologías sanitarias, la redacción de planes de calidad o la elaboración de registros (de prácticas, reacciones adversas, etc.) de utilización por el conjunto del sistema, constituyen herramientas a disposición de las autoridades sanitarias que, de ser utilizadas adecuadamente, pueden resultar de inestimable ayuda en la contención de los costes sanitarios, manteniendo la calidad e intensidad de las prestaciones sanitarias. La puesta en marcha de estos mecanismos debe estar basada, en cualquier caso, en el desarrollo de una cultura de evaluación de las políticas sanitarias.

El objetivo principal de los sistemas sanitarios públicos ha de ser el de garantizar la protección sanitaria universal y funcionar como instrumento de cohesión social y territorial. Las lógicas de mercado pueden contribuir a mejorar la gestión de los recursos sanitarios desde una perspectiva de complementariedad a los sistemas públicos,

circunscritas al ámbito de la provisión de servicios sanitarios (y no de la financiación) y bajo una estricta regulación y supervisión pública. Como señala Barr (2012), esta conclusión no constituye una percepción ideológicamente sesgada acerca del mejor modo de organizar un sistema sanitario, sino la mera aplicación de los criterios analíticos básicos para dictaminar el grado de cumplimiento de las condiciones necesarias para que el mercado opere como el mejor asignador de recursos en un ámbito de política concreto, en este caso el de la sanidad.

Referencias bibliográficas

- ACERETE, B.; STAFFORD, A., Y STAPLETON, P. (2011): "Spanish healthcare Public Private Partnerships: the "Alzira model"", *Critical Perspectives on Accounting* 22(6): 533-549.
- AHN, N.; MESEGUER, J., Y HERCE, J. (2003): *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*, Fundación BBVA: Madrid.
- BARR, N. (2012): *The Economics of the Welfare State*, Oxford University Press: Oxford.
- BELTRÁN AGUIRRE, J. L. (2002): "La frustrada independización de la asistencia sanitaria pública del sistema de Seguridad Social", en *Invertir para la salud: prioridades en salud pública*. Informe SESPAS 2002.
- BLANES I VIDAL, J.; DRACA, M., Y FONS-ROSEN, C. (2012): "Revolving Door Lobbyists", *The American Economic Review*, vol. 102 (7): 3731-3748.
- BOHIGAS SANTASUSAGNA, L., Y DE LA PUENTE MARTORELL, M. L. (2007): "El SNS i els sistemes de salut autonòmics. Evolució i perspectives", en *Política sanitària i comunitats autònomes*. Institut d'Estudis Autonòmics: Barcelona.
- CABASÉS HITA, J. M. (dir.) (2010): *La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad*. Fundación BBVA: Madrid.
- CLAVIER, C.; HASSENTEUFEL, P.; MORENO FUENTES, F. J., Y SCHWEYER, F. X. (2011): "Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe", *Revue Française des Affaires Sociales*, nº 2-3: 227-254.
- COSTA I FONT, J. (2012): "Descentralización de los sistemas sanitarios europeos: ¿entre la innovación y la eficiencia?", *Ekonomiaz*, nº 81: 131-147.
- DIXON, A.; HARRISON, T., Y MUNDLE, C. (2011): "What can we learn from other regulators? Economic regulation in health care", The King's Fund: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Economic-regulation-in-health-care-paper-The-Kings-Fund-November-2011_0.pdf.
- ESPIG-ANDERSEN, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*, Polity Press: Cambridge.
- EVANS, R. (2002): "Who gains and who loses from changes in the public-private mix?", en *Alternative approaches to financing health care in Canada*,

- report submitted to the Commission on the future of health care in Canada: <http://healthcoalition.ca/archive/evans.pdf>.
- FIGUERAS, J., y MCKEE, M. (2012): *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being*, Open University Press: Maidenhead.
- FREIRE, J. M. (2007): "Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España", *Derecho y Salud*, vol. 15, Foro Extraordinario SESPAS.
- GALLEGO, R. (2001): "La política sanitaria catalana: la construcció d'un sistema universal de provisió pluralista", en Gomà, Ricard, y Subirats, Joan (eds.), *Autonomia i benestar. Govern i polítiques públiques a Catalunya 1980-2000*, UAB: Barcelona.
- GENÉ-BADIA, J.; GALLO, P.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., y GARCÍA-ARMESTO, S. (2012): "Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish?", *Health Policy* 106: 23-28.
- GERDTHAM, U., y JÖNSSON, B. (2000): "International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis", en Culyer, A., y Newhouse, J. (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. I. Elsevier: Amsterdam.
- HERNÁNDEZ DE COS, P., y MORAL-BENITO, E. (2011): "Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE", *Documentos Ocasionales* n° 1107, Banco de España: Madrid.
- MARMOT, M., y BOBAK, M. (2000): "International Comparators and Poverty and Health in Europe", *British Medical Journal*, 321:1124-1128.
- Médicos del Mundo (MDM) (2012): "Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor": <http://www.medicosdelmundo.org/derechoacurar/mapa-semaforo>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSPS) (2012): "Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social": <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>.
- MORENO FUENTES, F. J. (2004): *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Consejo Económico y Social: Madrid.
- MORENO FUENTES, F.J., y BRUQUETAS CALLEJO, M. (2011): "Inmigración y Estado de bienestar en España", Colección de Estudios Sociales de La Caixa n° 3: Barcelona.
- NHS Global (2011): *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model from the region of Valencia*. The NHS Confederation: Bruselas.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2012): "Health Data": <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecd-healthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>
- . (2003): *A disease-based comparison of health care systems*. OCDE: París.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003): *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. OMS: Ginebra.
- PUIG-JUNOY, J. (2011): "¿Recortar o desinvertir?", *Boletín AES*, diciembre.

- REY BIEL, P., Y REY DEL CASTILLO, J. (2006): "La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver", Documento de trabajo 100/2006. Fundación Alternativas: Madrid.
- RICO, A., Y MORENO FUENTES, F. J. (2006): "La arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa", en Ibern, P. (ed.), *Integración asistencial: fundamentos y aplicaciones*, Ed. Masson: Barcelona.
- RIESGO, I., Y GONZÁLEZ-ESTÉFANI, A. (2011): "Diez temas candentes de la sanidad española para 2011. El momento de hacer más con menos", Price Waterhouse Coopers: <http://www.consorci.org/accessos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interes/10-temas-candentes-sanidad-espanola.pdf>.
- SESPAS (2002): *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe 2002*, Madrid.
- SEVILLA, F. (2006): "La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social", Documento de trabajo 86/2006. Fundación Alternativas: Madrid.
- SOLOZÁBAL ECHAVARRÍA, J. J. (2006): "Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico", Documento de trabajo 89/2006. Fundación Alternativas: Madrid.
- SUBIRATS, J., Y GALLEGO, R. (eds.) (2011): *Autonomies i desigualtats a Espanya: percepcions, evolució social i polítiques de benestar*. Institut d'Estudis Autònoms: Barcelona.

RESUMEN

Universalismo y descentralización constituyen las características centrales del SNS español. Además de las presiones presupuestarias comunes a todos los sistemas sanitarios de los países occidentales (crecimiento del gasto sanitario vinculado al envejecimiento, el incremento de las expectativas sociales, las consecuencias de la creciente desigualdad social y el desarrollo tecnológico) existen tensiones estructurales específicas que señalan los puntos débiles en la arquitectura institucional del sistema sanitario español (complejidad de la gobernanza multinivel). El actual contexto de crisis económica y fiscal ha llevado a las autoridades sanitarias a adoptar una serie de medidas (recortes presupuestarios, reducción de la cobertura del sistema, privatización y reforma de la gobernanza sanitaria) que amenazan con desvirtuar el SNS como el sistema sanitario público, universalista y descentralizado construido durante las tres últimas décadas.

Palabras clave: política sanitaria; descentralización; universalidad; recortes; reformas.

RESUM

Universalisme i descentralització constitueixen les característiques centrals del SNS espanyol. A més de les pressions pressupostàries comuns a tots els sistemes sanitaris dels països occidentals (el creixement de la despesa sanitària vinculat a l'envelliment, l'increment de les expectatives socials, les conseqüències de la creixent desigualtat social i el desenvolupament tecnològic) existeixen tensions estructurals específiques que assenyalen els punts febles en l'arquitectura institucional del sistema sanitari espanyol (complexitat de la governança multinivell). L'actual context de crisi econòmica i fiscal ha portat les autoritats sanitàries a adoptar una sèrie de mesures (retallades pressupostàries, reducció de la cobertura del sistema, privatització i reforma de la governança sanitària) que amenacen amb desvirtuar el SNS com a sistema sanitari públic, universalista i descentralitzat construït durant les tres últimes dècades.

Paraules clau: política sanitària; descentralització; universalisme; retallades; reformes.

ABSTRACT

Universalism and decentralization constitute the main characteristics of the Spanish SNS. In addition to the budgetary pressures common to all health systems in Western countries (growth of age-related health costs, increased social expectations, the consequences of the growing social inequality, and technological development) there are specific structural tensions that signal the weaknesses in the institutional architecture of the Spanish healthcare system (complexity of its multilevel governance structure). The current context of economic and fiscal crisis has led Spanish health authorities to adopt a series of measures (budget cuts, reduction in the coverage of the system, privatization, and reform of health governance) that threaten to undermine the SNS as a universalist and decentralized system as it has been built during the last three decades.

Keywords: Health Policy; decentralization; universalism; welfare cuts; welfare reforms.