



Política sanitaria en la España de las autonomías

Health Care Policy in the Spain of Autonomous Regions

■ Josep M.^a Via i Redons

Resumen

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha completado este año la transferencia del Instituto Nacional de la Salud a todas las Comunidades Autónomas. Este hecho supone un cambio profundo del papel que hasta ahora ha ejercido el Ministerio de Sanidad y Consumo y de su relación con las Comunidades Autónomas en el marco de la coordinación general del Sistema Nacional de Salud. En este artículo, el autor da su visión del papel del Ministerio de Sanidad y Consumo una vez consumada la transferencia del Insalud, y analiza cómo debería ser la coordinación general del Sistema Nacional de Salud en un modelo de Estado descentralizado.

Palabras clave

Transferencias sanitarias. Ley General de Sanidad. Descentralización Sanitaria. Insalud. Coordinación del Sistema Nacional de Salud.

Abstract

The Ministry of Health and Consumer Affairs has completed the transfer of the National Institute of Health to all the Regional Communities. This fact means a deep change in the role that the Ministry of Health and Consumer Affairs has played up to now and its relationship with the Regional Communities within the framework of the general coordination of the National Health Care System. In this article, the author gives his view of the role of the Ministry of Health and Consumer Affairs, once the transfer of the Public Health Care System is finished, and analyzes how the general coordination of the National Health Care System should be, in a model of decentralized State.

Key words

Health care transfer. General Law of Health. Health Care Decentralization. National Institute of Health. Coordination of National Health Care System.

El autor es Doctor en Medicina y Máster en Administración de Servicios de Salud (Universidades de Barcelona y Montréal), Profesor de ESADE y Presidente-Consejero Delegado de GESAWORLD S.A.

Sistema sanitario y descentralización política

Consideraciones previas

Los más de veinte años de vigencia del modelo autonómico han evidenciado los problemas derivados de un diseño constitucional que no detalla la distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA). Durante años, se ha debatido sobre qué eran exactamente "leyes de bases" y "competencias de desarrollo", o sobre cómo entender las labores de coordinación o dirección que a menudo establece la Constitución para los órganos estatales.

Durante este período, la labor clarificadora del Tribunal Constitucional y la progresiva concienciación de las partes para encontrar fórmulas de menor litigiosidad en las relaciones estado-CCAA facilitaron la gobernabilidad del sistema. Pero el hecho de que la Constitución no haya cerrado el modelo deja a la discrecionalidad política del momento la interpretación de los litigios. Así, a las tradicionales tensiones entre centro y periferia —financiación autonómica, reconocimiento de las diferencias y de la "asimetría" de las CCAA—, se añade una apuesta por la re-centralización (incluso el propio Tribunal Constitucional en los últimos tiempos, parece actuar con menor grado de independencia del ejecutivo); que incluso hace temer por el mantenimiento del consenso que hizo posible la transición española de la dictadura a la democracia. Éste, y no otro, es el marco de análisis sobre el futuro del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) una vez el Insalud ha sido transferido.

Políticas sanitarias y transición democrática

El sistema sanitario público ha estado dominado por la fragmentación y el incrementalismo. Al final del franquismo, alrededor del 80% de la población se encontraba cubierta por el sistema, y tres cuartas partes del gasto sanitario total era público. Existían tres redes distintas: la de la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo), la de salud pública y la de beneficencia (Ministerio del Interior). Ya entonces, la falta de integración del sistema era uno de los principales temas a resolver. En 1978, se crearon los cuatro nuevos institutos de la Seguridad Social que sustituyeron al Instituto Nacional de Previsión, y en 1981 el MSC. A partir de este mismo año se procedió al traspaso de las competencias de sanidad a algunas CCAA (en concreto a Cataluña), abriéndose el proceso que acaba de concluir con la transferencia del Insalud a las diecisiete CCAA.

El camino descentralizador no ha sido fácil y prueba de ello son los conflictos elevados al Tribunal Constitucional y la creación de órganos de concertación. En 1986, con la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) se pretendía racionalizar y adaptar las políticas sanitarias a la nueva realidad autonómica.

Ley General de Sanidad

La promulgación de la LGS pretendía finalizar la coexistencia ineficaz de distintos sistemas sanitarios, así como la adecuación normativa del sistema a las disposiciones constitucionales y estatutarias preestablecidas.

Persiguiendo la integración del sistema, la ley considera a las CCAA como eje del Sistema Nacional de Salud (SNS), reservando al Estado labores de dirección en lo básico y de coordinación general. La LGS no establece pormenorizadamente el reparto de competencias entre Estado y CCAA, entendiéndose que las líneas generales de esa distribución vienen marcadas por los preceptos constitucionales y las previsiones de los Estatutos de Autonomía. Se añade, además, que las decisiones y actuaciones públicas que no se reserven expresamente en la ley al Estado, se entenderán atribuidas a las CCAA.

Uno de los aspectos más significativos de la LGS es su voluntad de compatibilizar el objetivo de integrar los servicios públicos sanitarios con la estructura descentralizada del Estado. Si la propia concepción de SNS parecía indicar una fuerte propensión a la centralización, su adaptación a la realidad autonómica implicó que el Sistema se convirtiese en un agregado de servicios integrados, organizados y dirigidos bajo la dependencia de cada una de las CCAA¹. La integración del Sistema se debería lograr, según ese diseño legislativo, mediante la labor conjunta Estado-CCAA en materia de coordinación y planificación.

Todo parece indicar que la voluntad del legislador es la de entender esa labor de coordinación y planificación más como el resultado de la interrelación, de la puesta en común de información y del esfuerzo de homogeneización técnica, que como una responsabilidad ejercida desde posiciones jerárquicas por parte de la Administración central del Estado.

Hay que señalar, además, que la descentralización sanitaria se inició con anterioridad a la promulgación de la LGS y, lógicamente, las CCAA que fueron recibiendo el traspaso del Insalud (Cataluña en 1981, Andalucía en 1984) no esperaron a la aprobación de la LGS para desarrollar sus sistemas sanitarios. Incluso las CCAA que recibieron el traspaso con posterioridad a la aparición de la LGS normalmente han legislado sin esperar el desarrollo de la misma.

Entretanto, teniendo en cuenta que el MSC estuvo concentrado principalmente en la gestión del Insalud, que la LGS no detalla las fronteras competenciales entre MSC y CCAA, y que las CCAA receptoras del traspaso del Insalud han impulsado su propio desarrollo legislativo, no parece exagerado afirmar que el MSC, más que actuar como Ministerio para el conjunto del SNS, ha actuado como un "macro-Departamento de Sanidad" de lo que se denominaba "territorio Insalud".

Haber culminado el traspaso del Insalud da al MSC la oportunidad de dejar de gestionar y concentrarse en ejercer el papel político y planificador que le corresponde, desarrollando adecuadamente las competencias previstas por la LGS (elaboración de los Planes Integrados de Salud, coordinación general del SNS, singularmente a través del Consejo Interterritorial, creación de un concepto moderno de la Alta Inspección, etc.), que o bien se han ejercido de forma insuficiente o bien se han ejecutado de forma marginal o, simplemente, no se han desarrollado.

¹ Véase al respecto la opinión de Santiago Muñoz Machado, *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza, Madrid, 1995, p.124.

Ministerio de Sanidad y Consumo y Control del Sistema Nacional de Salud

En el año 1997, un trabajo encargado por el MSC (1), en el que se pretendía contribuir a definir el nuevo cometido del Ministerio, apuntaba —y sigue siendo vigente— el cambio que determinará si la existencia del MSC tiene o no sentido. Este cambio deberá producirse en el terreno cultural y en el de las actitudes de los implicados, no en el terreno normativo. Ello obliga a aceptar con realismo el punto de partida: el sistema ha privilegiado el traspaso de competencias sanitarias de planificación ("autoridad") sobre las de gestión a unas CCAA que han asumido y desarrollado dichas competencias de forma asimétrica, generando una heterogeneidad notable, coherente por otra parte con la realidad plurinacional y diversa del Estado español. Además, la práctica demuestra que las capacidades reales de intervención de cada nivel de gobierno dependen, más que de sus competencias formales, de factores como las disponibilidades presupuestarias, el acceso a información relevante o la magnitud y capacidad de sus recursos técnicos. Así, los sistemas de control y de coordinación acaban siendo el resultado de complejos procesos de negociación intergubernamental, y no tanto de las previsiones formales del derecho constitucional.

El nuevo cometido del MSC, en el marco de la articulación de poderes en el sistema autonómico español, no puede entenderse exclusivamente desde un tratamiento normativo-constitucional basado en la separación formal y estática de sus competencias. La complejidad de las relaciones e interdependencias existentes entre los distintos niveles de gobierno hace que, en el SNS, el margen para el ejercicio del control coercitivo desde el centro sea menor. En este entorno, el buen funcionamiento del MSC exige tener la capacidad de consensuar y obtener el consentimiento y la colaboración de las CCAA. De otro modo, conceptos tales como "autoridad central" pueden quedarse en expresiones grandilocuentes vacías de contenido. No se trata en absoluto de que la autoridad central abandone la posibilidad de ejercer controles coercitivos. Pero la coerción para ser eficaz, además de ser legal, ha de ser percibida como legítima: debe ser selectiva (no de aplicación generalizada); debe ser reversible, cuando se compruebe que causa más costes que beneficios, y lo más importante, debe ser viable, lo que implica capacidad de verificar su aplicación e imponer sanciones por incumplimiento. No obstante, en general, la legitimidad de dicha autoridad debe derivarse de una lógica de co-determinación y de liderazgo estratégico, que proporcione al nivel central capacidad de aportar valor añadido al conjunto del sistema.

Y más allá de que este planteamiento sea el más acorde con la lógica constitucional y normativa que preside la redacción de las normas básicas del sistema y las propias sentencias de la alta corte, dada la lógica evolutiva que rige la consolidación del Estado de las Autonomías en España, no parece que un planteamiento extensivo y jerárquico del uso de las competencias que la LGS concede al MSC sea políticamente lo más oportuno. No hay que olvidar que la jurisprudencia constitucional ha ido descartando las interpretaciones "abusivas" del con-

cepto de bases², como descartó en su momento (sentencia LOAPA y otras) una lógica de armonización abstracta que diluyera la capacidad de diferenciación de cada autonomía en el marco constitucional. La misma LGS, como ya hemos señalado, mantiene un escrupuloso respeto por las competencias de las CCAA, entendiendo las potestades de coordinación, planificación y alta inspección más desde una perspectiva en la que el Ministerio logre aportar valor añadido al Sistema a partir de sus capacidades de desarrollo de parámetros de información transversal y de canalización y gestión de los conflictos, que desde una lógica jerárquica y de ejercicio formal de autoridad.

Sin duda, desde la perspectiva central, el ejercicio que se propone no carece de riesgos. El MSC ha de identificar el punto de equilibrio entre el exceso de intervencionismo y el riesgo de abandono. La coyuntura política actual, poco dada a potenciar el Estado autonómico, no ayuda. Pero hay que tener en cuenta que en el caso de la sanidad, cualquier intento de reinstaurar formas arcaicas de autoritarismo central, además de topar con las dificultades anteriormente expuestas, chocará con la restricción derivada de diluir el sistema de financiación sanitaria en el sistema de financiación general de las CCAA. No debe olvidarse que ésa fue la razón –y no las de índole sanitaria– de que se acelerase el traspaso del Insalud a las CCAA. Se trata de un sistema de financiación que concede escasas posibilidades al MSC de condicionar la ejecución de sus políticas a la asignación presupuestaria.

Ministerio de Sanidad y Consumo y coordinación general del Sistema Nacional de Salud

A partir del marco descrito, a continuación nos adentraremos en "cómo" deberían ejercerse las principales competencias del MSC en materia de coordinación sanitaria.

El Plan Integrado de Salud

La planificación en un sistema centralizado se basa en el principio jerárquico. Pero en el sistema descentralizado español, sólo puede ser el resultado del consenso entre las autoridades dotadas de autonomía política, que, en un juego de suma positiva, identifiquen necesidades comunes, acuerden prioridades superiores y coincidan en asignar recursos conforme a estas prioridades. El énfasis, más que en el contenido, está en el proceso, y el MSC acabará combinando en grado diverso funciones de experto, de árbitro y de autoridad central, en función de sus capacidades y recursos, en especial los financieros

En el SNS, la planificación se concibe como una tarea compartida por el MSC y las CCAA. A éstas les corresponde aprobar sus respectivos Planes de Salud, estableciendo las áreas de

² Véase al respecto la Sentencia del TC 89/88 de 19 de abril y los comentarios de Muñoz Machado, op.cit., p.122.

intervención y los programas de actuación. El MSC, por su parte, define planes estatales, que establecen programas intersectoriales a desarrollar por las distintas administraciones y fijan áreas de actuación. En ambos casos, nos encontramos ante instrumentos de planificación de orden fundamentalmente jerárquico, de forma que cada administración programa sus actuaciones en sus respectivas jurisdicciones.

El Plan Integrado de Salud previsto en la LGS se sitúa en el marco de la planificación descentralizada o no jerárquica, y ha de permitir establecer la política sanitaria para el conjunto del Estado, basándose en las prioridades de las CCAA. Es un instrumento ligado a los valores de solidaridad y equidad –que no es lo mismo que igualdad en el sentido de idéntico– y a la necesidad de equilibrar el acceso a las prestaciones del sistema en todo el territorio. También es el mecanismo idóneo para incorporar prioridades y obligaciones de política sanitaria asumidas por el Estado ante la Unión Europea y las instituciones internacionales, pero que deben ejecutarse de forma descentralizada por los servicios de salud competentes.

No se trata, por tanto, de una mera adición de políticas autonómicas, sino más bien, de complementar éstas, dado su alcance parcial y la limitación de recursos de cada autoridad sanitaria. Sólo buscando una lógica supraautonómica, el Plan Integrado de Salud puede proporcionar valor añadido y dotar de mayor integración al conjunto del sistema sanitario.

El Plan Integrado de Salud debería, entre otras cosas, fijar un catálogo de servicios supra-comunitarios que, por razones de economía de escala, deban ser provistos por centros que presten servicios al conjunto del sistema, identificando aquéllos que cumplen esta función o planificando su localización en el futuro. Pero es importante destacar que no es factible –ni resulta serio– pretender hacer esto sin asignar suficientes recursos económicos a las CCAA. Si el Plan Integrado de Salud no ha podido elaborarse, más allá de aguardar a que las Comunidades Autónomas realicen sus planes, ha sido por la dificultad de fijar objetivos y prioridades conjuntas entre autoridades descentralizadas, sin que la financiación sanitaria esté vinculada a las mismas.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

El CI se ha caracterizado más por ser un ámbito de encuentro entre autoridades sanitarias dotadas de gran autonomía, que un verdadero órgano colectivo de dirección y coordinación del SNS. La transferencia completa de las competencias sanitarias a todas y cada una de las CCAA exige reconsiderar tanto el funcionamiento del CI como el papel que en el mismo ejerza el MSC.

Sin embargo, debe valorarse lo conseguido. En primer lugar, los diversos actores institucionales presentes (Estado y CCAA) han mantenido posiciones relativamente simétricas, no jerárquicas, y la toma de acuerdos se ha basado más en el consenso y la colaboración, que en la imposición vertical. Igualmente, el CI ha puesto más énfasis en los problemas a resolver que en las prerrogativas o las atribuciones formales de cada administración allí repre-

sentada. No obstante, deben definirse mejor las responsabilidades del Consejo, aclarar su composición, estructurar su funcionamiento y sus mecanismos de toma de decisiones, y determinar de forma más clara los medios e instrumentos necesarios para ser el ámbito fundamental de coordinación y dirección de la sanidad española.

Responsabilidades del Consejo Interterritorial

Entre los temas que atañen al CI algunos competen básicamente a las CCAA, y pueden ser tratados a efectos de información mutua; otros precisan de una decisión conjunta de todos los responsables sanitarios del país, y, finalmente, están los que son competencia exclusiva del Estado, que dada la lógica cooperativa en la que se fundamenta el SNS, sería aconsejable la consulta no vinculante del MSC a los responsables sanitarios de las distintas CCAA. El CI deberá por tanto funcionar de forma flexible, adaptando su proceder a las distintas categorías de asuntos a tratar y de decisiones a tomar.

En el primer tipo de cuestiones, las propias de las CCAA, el MSC actuará como facilitador de la información transversal y como organismo de consulta sobre los posibles efectos de las decisiones individuales o conjuntas de una o más Comunidades en el resto del sistema. Su labor se parece más a la de consultor y forjador de acuerdos, que a la de un organismo situado en una posición superior. Su posible función arbitral sólo sería concebible previo acuerdo en este sentido de las CCAA afectadas.

Si se trata de situaciones en las que el CI deba decidir, porque requieren de una posición conjunta de todas las administraciones sanitarias, el Ministerio deberá asumir un mayor protagonismo. Esto, lejos de equipararse a una actividad jerárquicamente superior, ha de entenderse como un papel funcionalmente diferenciado.

En el caso de competencias exclusivas del MSC, o en compromisos internacionales, el Ministerio acaba siendo el responsable único, pero aún así, la participación de las CCAA, que al fin y al cabo son las que llevarán a la práctica dichas decisiones, puede resultar enriquecedora.

Composición y funcionamiento

La composición del CI no parece idónea. En la actualidad, como es bien sabido, el Consejo Interterritorial funciona en Pleno y en órganos dependientes del mismo, como Comisiones, Ponencias, etcétera. Existe además un órgano de participación comunitaria en la política sanitaria llamado Comité Consultivo.

El Pleno está compuesto por un representante de cada CCAA y por un número igual de miembros de la administración central del Estado. Este carácter paritario, que incluye por parte del Estado a actores de Ministerios muy alejados de la problemática sanitaria, y cuya función aparente es la de mantener la paridad numérica, ha provocado numerosas críticas y una sensación de poca efectividad de las reuniones plenarias. Un CI que adaptara su funcionamiento al tipo de asuntos a tratar debería adoptar una estructura de "geometría variable".

Si, además, el mecanismo habitual de toma de decisiones en el CI no pasa por someter las cuestiones a votación, la estructura actual tiene aún menos sentido.

En el esquema expuesto anteriormente, la cuestión del peso que ha de tener el Estado y las CCAA sólo puede generar problemas en el supuesto de aquellas cuestiones a decidir de forma conjunta en el seno del CI, pero no así en los temas de competencia exclusiva de las CCAA o del Estado. En el caso de que el CI sea decisorio, el Estado ha de mantener una representación similar a la de las CCAA, sin que ello signifique presencia física de tantos representantes del Estado como representantes de las CCAA. Sería deseable encontrar fórmulas flexibles que permitieran al Estado participar con un número de representantes como máximo parejo al de los del conjunto de las CCAA.

En la medida que esta idea lleva implícita la aceptación que el CI ejerza como órgano colectivo de gobierno del SNS, este organismo ha de poder tomar decisiones vinculantes, que, en especial en situaciones de restricción del gasto público, no siempre serán unánimemente compartidas. Hay que aceptar que en ciertos casos se vote, que existan mayorías y minorías, y que se realice un seguimiento del grado de cumplimiento de los acuerdos alcanzados. Pero sugerir el ejercicio de votar no equivale a que éste sea el sistema habitual de toma de decisiones en el CI. No es imaginable que pueda funcionar con garantías de gobernabilidad un sistema que, por ejemplo, imponga criterios de tiempos máximos de espera en ciertas intervenciones o la localización de centros de referencia supracomunitarios basándose estrictamente en criterios de mayoría de ciertas CCAA frente a minoría de otras, o sólo por decisión unilateral del Estado (con su voto de calidad) frente al conjunto de las CCAA. Por tanto, no debe perderse el elemento de consenso en la adopción de decisiones, a menos que provoque ralentización en la toma de decisiones o bloqueo en temas conflictivos. No hay que olvidar que el sistema reposa en un frágil equilibrio entre centros de decisión y centros ejecutores, entre los que no siempre existe coincidencia ni de protagonismos ni de voluntades.

Por otra parte, la práctica hasta ahora desarrollada de comisiones, ponencias y grupos de trabajo en el seno del CI, constituye una de las experiencias a preservar. Sus contenidos claramente técnicos y su capacidad de respuesta a problemas o vacíos que han ido apareciendo así lo aconsejan. Convendría consolidar y reforzar los medios a disposición de tales organismos, de manera que constituyan la base material y técnica que aminore recelos y explore vías de salida ante posibles contenciosos. En la estructuración de estos organismos, debería existir más preocupación por mantener su operatividad y flexibilidad y su adaptación a las circunstancias cambiantes, que por mantener estructuras rígidas, piramidales y permanentes. Todo lo que desde las CCAA sea visto como una tecnoestructura central fuerte y rígida puede dificultar que el CI funcione de acuerdo con las necesidades de un SNS plenamente descentralizado.

En cuanto al Comité Consultivo –poco operativo hasta el momento–, podría reconsiderarse su composición y funciones. Dado que en el seno del CI el Ministerio es el único agente

que opera con una voluntad transterritorial, la existencia de otro organismo, aunque sólo fuera meramente consultivo, podría ser útil para la gobernación del sistema.

Tanto si el Comité tiene vocación sectorial (ordenación profesional, acreditación...) al representar distintos intereses, como si es más general, la existencia en el seno del CI de un organismo que refleje los intereses sociales y profesionales en juego supone un valor intrínseco indudable. Difícilmente el SNS podrá abordar ciertas temáticas —determinación de prestaciones, priorización de intervenciones según tiempos de espera, etcétera— sin combinar las lógicas política, técnica y social.

Medios e instrumentos

Un CI así concebido precisa de medios e instrumentos con que operar. En este aspecto, conviene que no existan discrepancias entre índices de representación e índices de financiación del CI y de los organismos de él dependientes. Pero la misma atención prestada a las respectivas cargas financieras de los actores del sistema debe dedicarse a garantizar la pericia técnica de esos mismos actores en las agencias, comisiones y grupos de trabajo, a fin de legitimar sus actuaciones.

Alta Inspección

La Alta Inspección se configura en la LGS como una competencia del MSC destinada a garantizar el correcto desarrollo de las responsabilidades de los distintos actores del SNS, detectando posibles discriminaciones en la prestación de los servicios sanitarios. Se trata, por tanto, de una función de garantía y verificación general que la legislación reserva al MSC sin especificar "cómo" debe ejercerse.

Hasta ahora, el Ministerio ha entendido y ejercido la función de Alta Inspección de forma muy restringida. En la práctica, se ha limitado a un seguimiento sistemático de las normas de las CCAA en materia sanitaria, con objeto de detectar posibles inadecuaciones de dicha normativa al marco constitucional, en general, sin consecuencias prácticas de ninguna clase.

Sería deseable que la función de Alta Inspección se caracterizara más como aquella que anticipa problemas del SNS, suministra información de posibles inequidades, detecta índices preocupantes sobre determinadas cuestiones, evalúa los resultados obtenidos y por tanto se convierte en una fuente de emisión de información de alto valor añadido para los órganos de coordinación y dirección conjunta del Sistema, que no como un organismo de supervisión, tutela y control central.

En un sistema como el dibujado en la LGS y después de un desarrollo dispositivo y de despliegue de modelos de prestación sanitaria relativamente heterogéneos en el conjunto del Estado, la definición exacta del contenido de la Alta Inspección debería producirse en el CI. Sólo con ésta corresponsabilización, la Alta Inspección puede percibirse como una contribución general a la gobernabilidad del sistema sanitario y no como amenaza o fuente de conflictos. Y sería recomendable que los agentes encargados de llevar a cabo esa misión fueran

los propios del conjunto de responsables que componen y dirigen el SNS. La labor del Ministerio, actuando en nombre del CI, será la de organizar encuentros y grupos de trabajo entre los equipos autonómicos encargados de tal labor, a fin de intercambiar información sobre métodos de trabajo, pautas en la recogida de información, comparación de los indicadores, grado de coherencia en la determinación de irregularidades, creación de indicadores-señales de alarma de utilización conjunta, definición de grados de éxito en los impactos de las políticas, etcétera. Sólo a partir de una decisión del CI sería aconsejable la presencia física de los comisionados o técnicos del Ministerio en un territorio específico, a fin de contrastar ciertas informaciones recibidas o a fin de completar lagunas que no hayan sido cubiertas por la Comunidad responsable del tema.

La utilidad de la Alta Inspección, el que se incorpore como un elemento valioso en la conducción y gobierno del SNS, dependerá de que de su labor surjan conclusiones relevantes para el buen funcionamiento de ese sistema. Y ello quiere decir básicamente establecer parámetros que permitan sacar consecuencias de mejora y aprendizaje para el conjunto del sistema y para cada actor en concreto sobre el grado de cumplimiento de las premisas, sobre las causas de las posibles desviaciones y sobre dónde buscar líneas de avance.

Acceso equitativo a la cartera de servicios básicos

El papel del MSC como garante de la ordenación de las prestaciones es indiscutible. Lo que no parece tan claro es la fórmula empleada para ello en el Real Decreto 63/95 con el que se pretendía establecer de forma genérica las prestaciones del SNS y regular los criterios generales para su inclusión o exclusión. Las dificultades de definir de forma normativa y centraliza todas las prestaciones ya se habían detectado en experiencias similares (Oregón-EE.UU. y Nueva Zelanda): a los problemas políticos propios del proceso, se añade que las prioridades estatales no tienen porqué reflejar las necesidades locales, y que la vía normativa es demasiado rígida para responder a tiempo a los continuos cambios que experimenta la medicina³.

Si bien está claro que hay que priorizar, lo que no lo está tanto es cómo hay que hacerlo y quién debe hacerlo. En cualquier caso, el MSC debe tratar de conciliar lo legal con lo factible y, en su condición de garante de la ordenación de las prestaciones, velar para que no se produzcan inequidades manifiestas en las reglas de reparto y en las restricciones al acceso a los servicios de financiación pública.

Para ello, el Ministerio, de forma coordinada con las CCAA, debería establecer los tipos de servicios y las funciones básicas de éstos, que deberían garantizarse en todo el territorio. Todo ello iría ligado a las funciones de Planificación (Plan Integrado de Salud) y a la financiación básica, definiendo aquellos servicios comunes que habría que financiar con los fon-

³ Menos deseable aún sería regular mediante ley el catálogo básico de prestaciones. El trámite legislativo, que involucra a los poderes legislativo y ejecutivo, es todavía más farragoso que el del Real Decreto. No parece razonable ni conveniente tener que modificar una ley cada vez que se desee introducir o eliminar una prestación.

dos transferidos por el nivel central y que deberían dar respuesta a la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

Para responder eficazmente a las necesidades de la población, las CCAA deberían desarrollar las prestaciones específicas a proveer desde los servicios sanitarios considerados como básicos. Esta definición debe ser explícita y transparente a efectos de salvaguardar los derechos de los ciudadanos y asegurar que éstos los conozcan. Las CCAA además de garantizar la cobertura del paquete mínimo de servicios traduciéndolo a prestaciones específicas, podrían aumentar el contenido del mismo garantizando la existencia de fondos adicionales para su financiación. La financiación de servicios adicionales deberá responder a los criterios de planificación (técnicos, políticos y sociales) de cada CCAA y al esfuerzo económico de los ciudadanos de esa Comunidad, ya sea en forma de impuestos adicionales, del traspaso de fondos de otros capítulos de gasto público o de otros mecanismos. En teoría, y a reserva de que se dé el siempre difícil concepto de suficiencia financiera, el actual sistema de financiación debería facilitar la fórmula que se propone.

En España, como en todas partes, existe cierta variabilidad en la prestación sanitaria. El MSC ha de poner límites a esta variabilidad, aceptando las variaciones debidas a necesidades locales pero no las variaciones en la calidad de la atención.

La equidad en la transferencia de fondos desde el nivel central a las CCAA para la financiación de la sanidad –inviabile si no se usa adecuadamente el fondo de compensación sanitaria, y se acuerda la cantidad total y los criterios de la transferencia– y la existencia de un paquete común de servicios, deberían garantizar la equidad de acceso.

Finalmente, ninguna prestación o tecnología sobre la que no exista evidencia científica de su eficacia y efectividad debería incluirse como prestación financiable por el SNS.

Coordinación general del sistema sanitario y sistemas de información

Sin flujos de información suficientes y veraces no se pueden ejercer las funciones de coordinación del sistema, de planificación y asignación de recursos, de verificación de los compromisos adquiridos ni muchas otras, como por ejemplo, el funcionamiento coherente de la tarjeta sanitaria en todo el Estado, en el marco del sistema de financiación.

La LGS señala en su artículo 40 la competencia del Estado para el desarrollo de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de criterios generales supracomunitarios. Esto se ha plasmado en la creación de diversos registros de información en materia de salud pública, ordenación de las profesiones sanitarias, farmacia y asistencia sanitaria. Sin embargo, no existe un auténtico sistema de información sanitaria del SNS que sirva de base para desempeñar las funciones de coordinación. Los problemas se sitúan tanto en la inexistencia de una infraestructura de información en red que permita la circulación de los datos, como en la indefinición del modelo de datos supracomunitario y la inexistencia de estándares de recogida, procesamiento y almacenamiento de la información por parte de los distintos operadores sanitarios.

La naturaleza compartida de los sistemas de información y la necesidad de garantizar criterios profesionales y objetivos en todas las fases del ciclo de información hace aconsejable optar por una figura de nueva creación, vinculada al CI. Sólo desde una base de lealtad y claridad de las reglas de juego, tanto el Ministerio como las CCAA percibirían las ventajas de compartir información. Se ha de evitar la percepción de que todo trasvase de información es una amenaza potencial para la autonomía de cada Comunidad o para su acceso a los recursos económicos.

La creación de una Agencia de Información y Evaluación Sanitaria bajo la dependencia del CI, responsable de establecer los criterios de base para almacenar, procesar y recuperar la información obtenida del sistema, de naturaleza intergubernamental y con estricto carácter profesional, parece la vía idónea para garantizar la objetividad e independencia necesarias y superar los actuales recelos a la circulación de la información.

La Agencia podría adoptar la naturaleza de un Consorcio, con la participación en sus órganos de gobierno tanto de las CCAA como del MSC; todos ellos participarían, además, en su financiación. A nuestro entender, el actual Centro Nacional de Información Sanitaria, del Instituto de Salud Carlos III, sólo puede considerarse un embrión de las capacidades técnicas con las que dotar a la Agencia, pero no la base de su configuración institucional, dados sus antecedentes y perfil institucional.

Otras funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo

El MSC debe continuar ejerciendo o asumiendo nuevas funciones en materia de política farmacéutica, de salud pública, de política de personal sanitario, así como impulsar la reforma y la mejora del SNS. Cada uno de estos apartados permitiría exponer una considerable relación de funciones del MSC, muchas de ellas clave para su función de coordinación. Nos limitaremos sin embargo a señalar algunos ejemplos de competencias exclusivas del MSC que, de desarrollarse, mejorarían el SNS en algunos aspectos esenciales.

En la editorial del último número del Periódico del Consejo General de Colegios Médicos de España (2), se señala: "...Esperamos de la nueva ministra (de Sanidad y Consumo) afrente de una vez por todas, la ordenación de las profesiones sanitarias y establezca una carrera profesional básica para todo el Estado, que evite las disparidades y las arbitrariedades entre territorios autonómicos, permitiendo la libre circulación de profesionales entre comunidades. Es necesario sacar adelante también el Estatuto Marco de la profesión y concluir con las situaciones de precariedad laboral en las que se encuentran muchos profesionales de la Medicina". No se trata ahora de analizar el contenido, de cómo ordenar las profesiones o de si la solución está o no en un Estatuto Marco. Lo que se quiere resaltar es que el MSC ha de desarrollar aquellas competencias propias y esenciales para el buen funcionamiento del SNS, y sacar así presión política a quienes tienen la responsabilidad de gestión: los Consejeros de Sanidad de las CCAA. Se deberá restringir la oferta farmacéutica financiable, sustituir el sistema incrementalista de pago a las oficinas de farmacia por uno escalonado, tomar como

base del sistema de precios de referencia los productos menos caros, e introducir una política racional y equitativa de co-pago de medicamentos y de determinados servicios. Estas medidas, con independencia de que competan o no en exclusiva al MSC, deben adoptarse con el acuerdo del Consejo Interterritorial. Establecer el racionamiento de prestaciones o las medidas de disciplina presupuestaria resulta más fácil al fundamentarse en un compromiso político asumido comúnmente.

Por último, sería deseable que existiera una fuerte "generosidad mutua" entre el MSC y las CCAA a la hora de interpretar el concepto de competencia exclusiva. La salud pública puede ser un buen ejemplo, ya que el ordenamiento actual confiere amplias competencias a las CCAA. Sin embargo, el Ministerio debe mantener una función de liderazgo y coordinación del conjunto del SNS en los temas relacionados con la protección y la promoción de la salud de los ciudadanos y constituirse en el garante último del derecho a la protección de la salud, sin perjuicio de las competencias de las CCAA. Basta analizar los principales problemas de higiene alimentaria y de salud medioambiental, ampliamente regulados por la propia UE, para concluir que la coordinación, no ya entre CCAA sino incluso entre países y regiones de la UE, es una necesidad. Difícilmente pueden aplicarse límites administrativos a los agentes del entorno, a los riesgos alimentarios o a determinadas enfermedades transmisibles.

De igual manera, no se trata de que el MSC invada competencias autonómicas. El Ministerio debería, a través del CI, estar abierto a las CCAA en ámbitos como la organización y actualización de los Centros Nacionales que dependen del Instituto de Salud Carlos III, o también en las decisiones europeas que les afectan directamente en sus actividades o productos.

La fórmula de estructuración y funcionamiento que hemos propuesto para el CI, facilitaría la colaboración a la hora de adoptar decisiones políticamente difíciles o interpretar el concepto "competencia exclusiva" tanto por parte del Estado como de las CCAA.

La financiación de la sanidad

La financiación de la sanidad había permanecido, desde el inicio de las transferencias, al margen del sistema general de financiación autonómica. Desde 1982 hasta 1993, el sistema estuvo caracterizado por la heterogeneidad de los criterios de asignación y las tensiones presupuestarias. Entre 1994 y 2001, los criterios para la asignación presupuestaria fueron la población protegida y la evolución del sistema en función del PIB nominal. El nuevo modelo recientemente aprobado que incorpora el presupuesto sanitario a los presupuestos generales de las CCAA (3), toma como punto de partida la liquidación de 1999. El presupuesto final depende en un 75% de la población protegida, en un 24,5% de la población de mayores de 65 años y en un 0,5% de la insularidad donde este criterio se aplica. Se prevé que los desplazados y la capacidad de ahorro en materia de incapacidad laboral incidan en la asigna-

ción, así como la existencia de un fondo de cohesión sanitaria. El resultado es que ninguna CA recibirá menos recursos que los resultantes si se aplica el sistema que ha estado vigente durante el período 1988-2001 y, a la vez, se establece que durante los tres primeros años el Estado garantizará que el índice de evolución de los recursos asignados será el PIB nominal a precios del mercado.

Que el nuevo sistema conserve el criterio capitativo como eje de la financiación es positivo, así como la introducción de factores correctores de la cuantía y coste basándose en el envejecimiento o en los desplazados⁴. Lo menos deseable es que no se tiene en cuenta el punto de partida diferente con relación al grado de cobertura de la demanda de servicios en cada CA.

De haberse contemplado esta vertiente correctora del principio capitativo, existiría un punto de anclaje para facilitar la ejecución de la política sanitaria. En el trabajo antes citado (4), se recomendaba tomar este criterio para desarrollar el Plan Integrado de Salud. Se proponía distinguir en el sistema de financiación sanitaria dos fondos diferentes en cuanto a sus mecanismos de administración y gestión. El primero sería asignado automáticamente en función del criterio capitativo corregido de acuerdo con los factores estructurales que condicionan el coste de la prestación. El segundo sería asignado en función de las prioridades de política sanitaria establecidas en el Plan Integrado de Salud y permitiría incentivar su aprobación y cumplimiento. El MSC sería el responsable de la administración de este fondo a partir de las prioridades fijadas en el Plan.

Se recomendaba distribuir recursos a todas las CCAA y no sólo a las menos dotadas. Aunque estas últimas recibiesen la mayor parte de los recursos vinculados a objetivos de mejora de la equidad, el impulso de prioridades globales haría aconsejable extender los incentivos económicos al conjunto de las CCAA. De este modo, la existencia de un fondo estatal adquiere la naturaleza de un instrumento de valor estratégico por la vía de los incentivos económicos, con la capacidad de condicionar positivamente las intervenciones autonómicas que se comprometan a desarrollar las actuaciones previstas en el Plan Integrado de Salud.

Al margen de que el Plan Integrado de Salud consigne los criterios de reparto del fondo entre las diferentes prioridades y objetivos aprobados, se proponía que la mecánica de distribución de los recursos pudiese obedecer a una lógica bilateral entre el MSC y las CCAA. Nos inclinábamos por un instrumento como el contrato-programa, al que pudieran adherirse voluntariamente las CCAA, en el que ambas partes fijasen de común acuerdo en un período plurianual las actuaciones a realizar en el marco del Plan Integrado de Salud y pactasen su aportación financiera. El contrato-programa establecería también mecanismos conjuntos de seguimiento, control y evaluación de las actuaciones comprometidas.

⁴ Siempre y cuando el concepto "desplazado" incluya también el consumo de servicios que, aún estando disponibles en la CCAA de origen, se acaban consumiendo en otra.

Proponíamos que las reglas de funcionamiento de los fondos adicionales, así como la transparencia de su administración, se fijasen a través de una norma estatal, previamente discutida en el seno del CI. De esta manera, se aseguraría la confianza en el nuevo sistema, se evitarían las tentaciones de favorecer arbitrariamente a unas CCAA frente a otras y se incentivaría la lealtad de las autoridades autonómicas a los intereses generales, sancionándose con la pérdida de los recursos el incumplimiento de las obligaciones asumidas o las desviaciones insolidarias, como por ejemplo, la financiación de centros o servicios de alto coste al margen del Plan Integrado de Salud.

Potencialmente, el fondo de cohesión sanitaria podría cumplir esa función. La cuantía del fondo y los criterios para asignarlo son claves para dilucidar si puede dar respuesta a la propuesta expuesta o no.

Ley de coordinación del Sistema Nacional de Salud

Dado que el MSC ha decidido legislar con carácter básico en materia de coordinación sanitaria, resulta inevitable recordar las iniciativas legislativas desarrolladas en otros ámbitos, recientemente en el de educación, que más que coordinar han perseguido recuperar poderes transferidos a las CCAA, como sucedió en su momento con la LOAPA. Esto no debería suceder en el caso de la sanidad.

La voluntad del legislador —la Constitución, los Estatutos de Autonomía y la propia LGS, sitúan los servicios de salud de las CCAA como eje del SNS— es clara a la hora de visualizar el ejercicio de competencias clave (planificación, coordinación, etc.) como el resultado de la interrelación MSC-CCAA, de la puesta en común de información y del esfuerzo de consensuar criterios técnicos, y no tanto como fruto del ejercicio de una función jerárquica de tipo "top-down" regulada con carácter básico. Además, el hecho de que el modelo sanitario autonómico con transferencia de "autoridad" precediera a la elaboración y el desarrollo de la LGS, unido a que durante años el MSC, muy concentrado en la gestión del Insalud, haya relegado a segundo término el ejercicio de muchas de las competencias que le reserva la LGS, ha dado como resultado que el presupuesto —y eso no varía con el nuevo sistema de financiación de la sanidad—, la información veraz y, en parte, la capacidad técnica se hayan desplazado del centro a la periferia.

Ignorar esa realidad podría provocar una pérdida importante de legitimidad. Legalidad no equivale a legitimidad y, en el marco actual, el liderazgo del MSC dependerá, más que de una iniciativa legislativa, de su capacidad de aportar valor añadido e inteligencia estratégica al sistema.

No se nos oculta que el desarrollo acertado de estas funciones supone un gran reto, no sólo para el MSC, cuyos instrumentos de trabajo y su organización interna y, sobre todo, su cultura organizativa deberán sufrir profundas modificaciones, sino también para el conjunto

del SNS. El cambio que se precisa, el verdadero cambio, más que legal es de orden cultural y de actitudes. Ello requiere, además de asumir el modelo de organización del Estado establecido en la Constitución, profundamente descentralizado, dotar al conjunto del sistema de la capacidad institucional necesaria para desarrollar y concebir las previsiones de la LGS de acuerdo con el espíritu que presidió la elaboración de la Constitución y los Estatutos de Autonomía.

El eje sobre el que debe girar una Ley de coordinación sanitaria es el de transformar el CI en el verdadero órgano colegiado de dirección del SNS. No hay que olvidar que, hasta hoy, el CI ha desarrollado su labor de forma consensual, y acumulando experiencia sobre lo que era posible solventar en esa conferencia sectorial y lo que requería otros ámbitos u otras vías de acuerdo. Si la aprobación de un texto legislativo modificara bruscamente esta situación, los conflictos y los "orillamientos" de la ley podrían acabar ejerciendo una excesiva tensión sobre el sistema.

El CI ha contribuido más de lo que pueda parecer al buen gobierno del SNS, generando mecanismos que han permitido sortear dificultades paso a paso y acomodar sensibilidades y ritmos distintos. Una Ley de coordinación sanitaria debería servir para que el CI evolucionara hacia un órgano en cuyo seno el Estado y las CCAA compartieran los temas de competencia de estas últimas, decidieran conjuntamente en el caso de competencias compartidas y, aún en el caso de los temas de competencia exclusiva del Estado, buscaran el Consenso, sin perjuicio de reservar al MSC la potestad final de decisión y actuación.

Bibliografía

1. Via, JM., Echevarria, K., Subirats, J.: El rol del Ministerio de Sanidad y Consumo en un Sistema Nacional de Salud descentralizado. Documento de análisis y propuestas. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona, 1997.
2. Sierra G.: Nueva Etapa en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Periódico del consejo General de Colegios Médicos de España. nº83. Septiembre 2002.
3. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y las Ciudades con estatuto de Autonomía.
4. Via, JM., Echevarria, K., Subirats, J.: El rol del Ministerio de Sanidad y Consumo en un Sistema Nacional de Salud descentralizado. Documento de análisis y propuestas. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona, 1997.