

LA COHESIÓN DEL SNS Y SU SOSTENIBILIDAD: EN EL ANIVERSARIO DE UNA LEY QUE BUSCÓ DE FORMA TARDÍA E INSUFICIENTE GOBERNAR UN SISTEMA DESCENTRALIZADO

José R. Repullo Labrador

*Profesor del Departamento de Planificación y Economía de la Salud.
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III*

Alberto Infante Campos

*Profesor del Departamento de Salud Internacional.
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. LA “INSOPORTABLE” DEBILIDAD DEL SNS
3. LOS CONTENIDOS Y DESARROLLOS DE LA LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS (LECC)
4. EL SIGNIFICADO POLÍTICO E INSTITUCIONAL DE LA LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD
5. LOS COSTES DE INTERFERENCIA POLÍTICOS DEL MODELO
6. LOS DESAJUSTES DE LA FINANCIACIÓN
7. ANALIZANDO LAS DEBILIDADES TÉCNICAS PARA LA NUEVA FUNCIÓN CENTRAL DE “RECTORÍA SANITARIA”
8. LA CRISIS ECONÓMICA Y FINANCIERA: ¿AMENAZA U OPORTUNIDAD?
9. CINCO VÍAS DE REDISEÑO INSTITUCIONAL DEL SNS
10. EPÍLOGO: UN PASO PARA ADELANTE O DOS PARA ATRÁS

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas políticos y sociales buscan denodadamente una narrativa que les explique y legitime. La Ley General de Sanidad de 1986 (LEGSA) promovida por Ernest Lluch en la primera legislatura del Partido Socialista es a menudo citada como el origen y fundamento de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, a día de hoy, pareciera que semejante cimiento no ha resistido bien el paso del tiempo.

“Desde su promulgación en 1986, la Ley General de Sanidad (Ley14/1986) ha sufrido sucesivos cambios que han consolidado un modelo de Sistema Nacional de Salud... Tras la revisión de toda la legislación aparecida desde 1986 hasta la actualidad podemos ver que hay 106 artículos (74,2%) que han perdido efectividad normativa y merecen un análisis o reflexión...Tras un cuarto de siglo de vigencia de la Ley hay dos tercios de la misma que deben ser revisados. Vista esta debilidad jurídica, parece que una nueva Ley del Sistema Nacional de Salud para el siglo XXI

*debería ser el objetivo central del pacto político por la sanidad”.*¹

No ha sido la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003 (LECC), promovida por Ana Pastor en la segunda legislatura del Partido Popular (PP), la que ha discontinuado los contenidos de la LEGSA, si bien cambia conceptos (de “planificación” a “coordinación”), añade nuevos contenidos organizativos bajo el concepto de “cohesión”, y abandona tácitamente el Plan Integrado de Salud para proponer en Planes Integrales por problemas o patologías. En cierta forma, ambas leyes se complementaban. El análisis en detalle de la propia LEGSA nos desvela la “insoponible levedad” del cambio que propugnaba. Levedad que quedó en evidencia cuando en enero de 2002 se traspasó el INSALUD a las 10 CCAA que faltaban² y entró en vigor la Ley 21/2001 de financiación autonómica³ que puso final a la financiación finalista de la sanidad. El horror al vacío y la necesidad de un marco normativo adaptado a un funcionamiento cuasi-federal llevaron a la promulgación, en 2003, de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS⁴ (LECC). En los siguientes apartados trazaremos un panorama sintético de la contribución de esta norma a la hora de dotar de una solidez institucional al SNS en el contexto de las nuevas coordenadas organizativas y financieras⁵.

1 Criado JJ, Repullo JR, García-Millán A. Vigencia de la Ley General de Sanidad tras 25 años. Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 447-456 http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol85/vol85_5/RS855C_437.pdf

2 Conviene recordar que el proceso de traspaso de la gestión de los establecimientos sanitarios de la seguridad social (INSALUD) a las CCAA comenzó en 1981 con la transferencia a la Generalitat de Cataluña. Se trató por lo tanto de un dilatado y complejo proceso iniciado antes de la LEGSA, y que continuó hasta 16 años después de la misma.

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 Ciudades con Estatuto de Autonomía. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-24962

4 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

5 Para una comprensión más amplia de la evolución histórica de nuestro SNS pueden consultarse: - Freire Campo, JM, Infante Campos, A. *Universalización y aseguramiento sanitario en España*. Med Clin(Barc) 1995;105:96-98; - Repullo JR. *La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas*. En: Presno-Linera MA. *Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables*. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias (libro electrónico, colección PROCURA); 2012.

http://www.procuradorageneral.es/catedra/pdf/02_procura/05_jose_ramon_repullo_sostenibilidad_prestaciones_sanitarias.pdf

2. LA “INSOPORTABLE” DEBILIDAD DEL SNS

En primer lugar, es preciso entender la naturaleza de la contribución de la LEGSA a la creación del SNS. Esta creación no fue tanto el resultado de un salto cuántico, y menos de un estallido creacionista, sino fruto de un proceso histórico en buena medida incrementalista: muchas de las claves del SNS tienen su origen en la senda evolutiva seguida primero por el INP (Instituto Nacional de Previsión) y después por la rama sanitaria de la Seguridad Social (el INSALUD creado en 1978). En el escenario de la transición a la democracia, y un contexto de enormes expectativas regeneracionistas de la vida política y social en España, la LEGSA tenía que cubrir un amplio y complejo papel:

“La LEGSA tiene como una misión fundamental encauzar éste proceso de cambio turbulento, caótico y desajustado, y cabría decir que tiene un cierto éxito en formalizar un marco narrativo para identificarnos con los modelos del Norte de Europa (inspiración Beveridge = SNS) con los que ya compartíamos muchos elementos estructurales (red de provisión pública), para dotarnos de una fuerte orientación hacia la salud poblacional (atención primaria y salud pública), para diseñar un modelo descentralizado en regiones (CCAA), Áreas y Zonas Básicas de Salud, y para señalar objetivos claros de universalización.

*No obstante, se quedó corta en su capacidad de otorgar derechos de ciudadanía sanitaria (cobertura por el hecho de ser ciudadano, y aseguramiento público común y único). Tampoco está claro que fuera motor directo del cambio de fuentes de financiación (de cuotas a impuestos), que se culminó en 1999 (100% financiación sanitaria por impuestos), ya que no estableció claramente este mandato, y también porque parece que más bien fue la propia reorganización del sistema de seguridad social el que quiso que las prestaciones en especie y no contributivas se reubicaran fuera del mismo (¿más que salirnos nos echaron?). Parece que esta Ley General tenía un formato más inspirador que regulador, y más narrativo (llegando a lo retórico) que operativo”.*⁶

De lo anterior no cabe deducir que la LEGSA careciera de efectos normativos u organizativos. Pero

6 Repullo JR. ¿Entraría en un “Pacto de Estado” la revitalización de los cimientos legales de la sanidad española? El Médico, 2009 Octubre; (1103): 12-15.

sí que fue más bien un catalizador que una fuerza de cambio directa. La falta de prioridad de la sanidad en la legislatura 1982-1986 (centrada en la salida de la crisis económica, la reconversión industrial y la estabilidad política), llevó a que la reforma sanitaria tuviera un papel muy secundario y hubiera de adaptarse a todas las restricciones externas, particularmente a las económicas. Pero no solo. De hecho, la filosofía universalista que impregna la LEGSA no era aceptada por una amplia franja del estamento político por lo que la externalización del aseguramiento de grandes colectivos como los funcionarios (mutualismo administrativo) se mantuvo (y se mantiene) separado del resto de trabajadores y (ahora) de ciudadanos. Además, la LEGSA nació con una falta de consenso político y profesional notables: su aprobación no contó con el voto de Alianza Popular y tuvo enfrente a los colegios y sindicatos médicos.

Para adaptarse a las restricciones anteriores y no lesionar derechos adquiridos, la LEGSA creó un entramado institucional que resultó extremadamente débil. Y el SNS se cimentó en la ambigüedad: sin dejar formalmente de ser una extensión poblacional de la acción protectora de la Seguridad Social en la sanidad, se ha acabado financiando por impuestos, articula una red asistencial donde se han integrado prácticamente todos los centros y servicios de salud de titularidad pública, y se ha delegado su gestión a las Comunidades Autónomas, las cuales han blindado sus competencias de gestión en sus propios Estatutos o normas legales. Sin negar el alcance transformador de todo este proceso, el incrementalismo del mismo permite dudar sobre si sigue el SNS siendo Seguridad Social o no, y de hecho algunos autores han argumentado que no cabría hablar ya de dicho modelo⁷.

El consenso político en torno a la LEGSA fue tardío e indirecto: solo se obtuvo diez años después de su aprobación, cuando el Partido Popular en el gobierno, a través de la sub-comisión parlamentaria para la consolidación y modernización del SNS, promovida por el Ministro José Manuel Romay (del PP), acaba aceptándola⁸. Sin embargo la re-emergencia

del concepto de afiliación, asegurado y beneficiario en el Real Decreto Ley 16/2012, promovido por la Ministra Mato (también del PP) en el contexto de la actual crisis económica parece indicar que hay quienes pretenden resucitar la naturaleza de seguridad social del modelo.

3. LOS CONTENIDOS Y DESARROLLOS DE LA LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS (LECC)

En la **Tabla 1** se muestran de forma muy sintética las temáticas de los doce capítulos de la LECC y un breve comentario sobre su desarrollo y aplicación.

El capítulo preliminar y primero de esta norma ha sido profundamente modificado por el mencionado RDL 16/2012. Llama la atención que un gobierno del mismo partido pueda reorientar de forma tan radical la filosofía de una ley: del consenso universalista a la reintroducción del marco de seguridad social; de la amplitud de cobertura a la contracción de la población cubierta (inmigrantes no regularizados y ciertos colectivos de rentas alta y media-alta); de las prestaciones garantizadas a la extensión del copago. Se ha argumentado la influencia de la crisis económica en este reposicionamiento pero el cambio de filosofía va mucho más allá y contradice el espíritu de la norma. Por ello se puede hablar con propiedad de “contra-reforma”. La Asociación de Economía de la Salud lo expresa con claridad:

“En suma, el RDL 16/2012 cambia la naturaleza del derecho a la prestación sanitaria pública, recuperando la distinción entre titulares y beneficiarios del aseguramiento, para lo cual soslaya que la asistencia sanitaria pública está definida desde hace casi dos décadas como una “prestación de naturaleza no contributiva expresamente excluida de la financiación de la Seguridad Social”. La universalidad se trunca al desligarse de cualquier condición de ciudadanía⁹.”

La LECC enmarca temáticas que se desarrollan específicamente en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) y del Estatuto Marco del

7 Juan Luis Beltrán Aguirre, “¿Sistema Nacional de Salud o asistencia sanitaria de la seguridad social?”, en Foro de Ciudadanía Sanitaria, XV Congreso de Derecho y Salud, Asociación de Juristas de la Salud, Oviedo, 22 a 24 de noviembre de 2006, publicado en: Derecho y Salud 2007 (número extraordinario); vol 15: 27-39. Disponible en: <http://www.ajs.es/download/attach/284>

8 Puede consultarse el texto de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS en esta dirección: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/>

vol21/n2/legis3.html

9 Asociación de Economía de la Salud. *Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012. 10 de Julio de 2012.* Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf

Personal Sanitario del SNS, por lo que es en estos textos del mismo año (2003) donde debemos buscar los verdaderos contenidos de la regulación (más adelante se insiste en ello). En todo caso, conviene señalar el escaso desarrollo efectivo de estos temas: la difícil consecución del consenso en el mundo profesional y en las instituciones sólo es una parte del problema; la falta de músculo de la Administración General del Estado (AGE) ha limitado la posibilidad efectiva de poner en marcha muchas de las iniciativas que se señalan (por ejemplo, el Registro Estatal de Profesiones Sanitarias ha tenido que esperar diez años para estar próximo a ver la luz).

El énfasis que el texto imprime a la investigación (Capítulo IV), no se compadece con lo que sucedió ulteriormente: el Instituto de Salud Carlos III migró al Ministerio de Ciencia e Innovación en 2009 (con un gobierno del PSOE). A pesar de que desde la oposición el PP denunció este movimiento como una merma de la capacidad de liderazgo sanitario, en 2012, de nuevo en el gobierno, lo hizo depender del Ministerio de Economía y Competitividad. Y si bien la posterior co-dependencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha paliado algo la situación, este desarrollo contraría también el espíritu de la LECC.

El desarrollo del sistema de información sanitaria ha sido quizá el capítulo más relevante en la implementación de la LECC. La razón de ello radica probablemente en que en su desarrollo se implicaron profesionales que habían quedado disponibles tras la extinción del INSALUD (los que no quedaron en IN-GESA o fueron transferidos a las CCAA) junto con otros del Ministerio de Sanidad. Estos profesionales fueron capaces de sacar ventaja del nuevo marco regulatorio para impulsar la construcción de un más que aceptable sistema integrado de información e indicadores (el portal estadístico del SNS).

También se avanzó, aunque en menor medida, en los instrumentos organizativos para promover la calidad: Agencia de Calidad y Observatorio del SNS. Aunque aquí también hubo valiosas contribuciones de los cuadros técnicos propios y procedentes del INSALUD, las funciones que se pretendían requerían una autonomía de gestión que no aportaba su condición de unidades de línea del propio Ministerio (no se consiguió que fueran realmente entes autónomos y con capacidad de autogestión).

Además, tras las transferencias sanitarias, Hacienda y Función Pública consideraron de forma muy

restrictiva las necesidades de plantilla del Ministerio de Sanidad, estableciendo normas de amortización sistemática de la mayor parte de vacantes. Esto tuvo el efecto de hipotecar la (re)construcción de un nuevo Ministerio de Sanidad, para crear una institución que fuera capaz de ejercer la rectoría mediante una adecuada combinación de legislación adecuada, información transparente, normas técnicas oportunas y fondos complementarios de asignación finalista y condicionada que influyeran en el comportamiento de los distintos actores.

Cuando en 2005 la II Conferencia de Presidentes acordó el rescate de la deuda contraída por las CCAA desde 2002, el Ministerio de Sanidad consiguió retener una cuantía para el Fondo de Cohesión y para los Planes de la Agencia de Calidad. Esto permitió un conjunto de acciones de gran valor (por ejemplo, la introducción de la temática de seguridad del paciente, o de la evaluación de las tecnologías sanitarias) a través de procedimientos de contratación externa, encomiendas de gestión, convocatoria de proyectos de investigación evaluativa y convenios con otras entidades. Estas actividades duraron mientras duraron esos fondos y se detuvieron o se ven amenazadas en cuanto llegaron los recortes.

Con los Planes Integrales ocurrió algo curioso: el Ministerio de Sanidad se lanzó a normalizar acciones contra el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, etc., con la positiva intención de mejorar la práctica clínica y promover mayor homogeneidad en la respuesta asistencial en todo el territorio nacional. Pero a menudo los estándares propuestos implicaban cambios organizativos y/o gastos para las CCAA. Para evitar la confrontación hubo que quitarles su carácter normativo, denominarlas Estrategias de Salud y asegurar una amplia participación de las propias CCAA en su elaboración, y aún así no siempre se consiguió. Este clima de confrontación se vio, además, agudizado tras el cambio de color político del gobierno central en 2004 y la polémica por el modo de calcular las listas de espera en la Comunidad de Madrid.

Para poco sirvió la prolija enumeración de funciones del Consejo Interterritorial (capítulo X), o su nueva estructura más autonómica (de 17 + 17 se pasó a 17 + 1)¹⁰. La paradoja fue que cuando se creó un nuevo marco normativo para que funcionara mejor el Consejo fue cuando se desencadenó una relación

¹⁰ Se refiere al cambio de una composición con 17 representantes de la Administración General del Estado y 17 de las CCAA, a la combinación de 1 de la AGE (el Ministro de Sanidad) y los 17 Consejeros Autonómicos.

adversarial más fuerte (en buena medida condicionada por la actitud de los Consejeros del partido que acababa de pasar a la oposición). Con el paso del tiempo, los gerentes de los Servicios Regionales de Salud comenzaron de facto a tener reuniones discretas (no secretas) donde en muchas ocasiones no era invitado el Ministerio de Sanidad. Curiosa deriva de la realidad frente a la norma. Con todo, en el plano

técnico no se produjo este cisma, y las comisiones y subcomisiones del Consejo siguieron trabajando a buen ritmo.

Renunciamos a comentar otros aspectos de la norma que exceden el propósito de esta revisión; en la **Tabla 1** se señalan de forma telegráfica.

Tabla 1: Temas de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y comentarios a su desarrollo y aplicación.

CAPÍTULOS	TEMÁTICA REGULADA	DESARROLLO Y APLICACIÓN
Capítulo Preliminar	Titulares de derecho y avance hacia ciudadanía sanitaria	Desmontado por el RDL 16/2012 que reintroduce el concepto de asegurado, beneficiario y criterios de inclusión y exclusión; y también al INSS como certificador de derechos.
Capítulo I Prestaciones SNS	Ordenar y homogeneizar	Dificultad técnica Redefinir para recortar y controlar: RDL 16/2012
Capítulo II Farmacia	Enmarcar y referir a tronco normativo	Desarrollo acelerado 2010 / 2012 (ahorros rápidos para objetivos de reducción del déficit).
Capítulo III Profesionales	Planificación: enmarcar y referir LOPS	No desarrollo efectivo de reordenación de especialidades ni modalidades formativas
	Desarrollo y carrera	Movilidad? Deriva centrípeta y funcionarizante de la regulación estatutaria Evaluación de competencias?
Capítulo IV	Investigación	Y el Instituto Carlos III se mudó de ministerio (educación, innovación, economía), con actual doble dependencia (secundariamente a sanidad).
Capítulo V	Sistema de Información Sanitaria	Buen desarrollo técnico, con escaso apoyo político: buena parte del músculo técnico es heredado del extinto INSALUD
Capítulo VI	Calidad: Agencia, Observatorio	Nacieron empotrados en el Ministerio (sin autonomía) y no creció en inteligencia interna (sólo contratos y encomiendas con % de rescate autonómico de 2005)
Capítulo VII	Planes Integrales de Salud	Los rompe el “invito yo y pagas tú” (protesta autonómica), y se cambian en 2004 por estrategias menos normativas.
Capítulo VIII	Salud Pública: enmarcar	Superado en 2011 por Ley 33/2011 General de Salud Pública
Capítulo IX	Participación social... comité consultivo, foro abierto, foro virtual	Muchos instrumentos pero escasa utilización y papel nulo en la definición de las políticas
Capítulo X	Consejo Interterritorial: 17+17 POR 17+1 (y recomendaciones como antes por consenso)	Enorme y alambicado desarrollo de funciones: resultados paradójicos: mayor politización partidaria y planteamientos sistémicos
Capítulo XI	Alta Inspección: reitera marco anterior con poca innovación	Misma ausencia de funcionalidad, y modulación política en las decisiones de actuación.

4. EL SIGNIFICADO POLÍTICO E INSTITUCIONAL DE LA LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD

La LECC de 2003 es un texto que formalmente se dirigió a llenar el vacío de coordinación entre administraciones y consiguió un amplísimo consenso político en el Parlamento ante la preocupación por el potencial desgobierno de un SNS cuya gestión acababa de ser transferido en su totalidad.

4.1 Contexto político

El texto adolecía de dos defectos graves: el primero era que fue elaborado a posteriori de la transferencia con lo que su ámbito competencial quedaba ya muy mermado; y el segundo, consecuencia del anterior, era que no otorgaba competencias al Ministerio para hacer cosas que no pudiera hacer antes de la Ley, ni restringía las que otros tuvieran anteriormente atribuidas (las competencias autonómicas están ancladas en los Estatutos de Autonomía, los cuales tienen el máximo rango normativo).

La gran extensión del articulado de la LECC se proyecta sobre todo hacia una regulación organizativa interna, que si bien no modificaba las reglas básicas de juego dentro del SNS, buscaba estructuras y condiciones propicias para mejorar la relación entre partes del sistema (por ejemplo, reformando el Consejo Inter-territorial).

El contexto político de la LECC parte de la remodelación del gobierno de Aznar de julio de 2002: fue nombrada Ministra Ana Pastor con un estilo y una agenda mucho más reformista que la de su antecesora Celia Villalobos, vehiculizando la creciente preocupación existente en el sector sanitario por la debilidad del modelo de coordinación del SNS. Y se intenta dotar “ex post” de unas reglas de juego al SNS descentralizado, a través fundamentalmente de tres Leyes: la propia Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS (que buscaba actualizar la LEGSA en condiciones de creciente fragmentación territorial), la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (desbloqueando un tronco normativo que llevaba mucho tiempo esperando) y la Ley 44/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud (que actualizaba las bases de gestión del personal sanitario substituyendo normas pre-constitucionales).

4.2 Contexto institucional

El amplio e intenso impulso regulatorio fue meritorio pero tardío: como hemos mencionado, el marco regulador estaba ya fuertemente condicionado por la fuerza de los Estatutos de Autonomía y la escasa capacidad habilitante que deja la Constitución para retener el control de los servicios; y, también, por el hecho de que los servicios ya se habían traspasado: casi siempre es difícil acordar las reglas básicas de un juego cuando el juego está en marcha.

En consecuencia, el paquete normativo de 2003 no parece haber conseguido lo que pretendía. El SNS ha continuado una deriva divergente, y no se han resuelto satisfactoriamente los principales retos de gobierno y gestión de problemas compartidos¹¹ (habiendo gobernado en el nivel central ocho años el PSOE y más de 2 el PP con este marco institucional).

Además, otro factor de primer orden agravó las dificultades para hacer funcionar a los 17 servicios de salud como un conjunto coordinado: el fallo del modelo de financiación autonómica. Este modelo, estrenado en 2002, y en el que la financiación de la sanidad tiene un peso determinante, se demostró enseguida incapaz de regular tanto aspectos económicos (es decir, la suficiencia dinámica derivada de los cambios de población ocasionados por la importante inmigración de esos años) como de armonizar el comportamiento de los responsables institucionales. Por la importancia de esta dimensión, la analizaremos en el apartado cuarto.

5. LOS COSTES DE INTERFERENCIA POLÍTICOS DEL MODELO

Desde el punto de vista de la gobernanza del SNS, el cambio fundamental de un modelo de tipo “Bismarck” a un modelo de tipo “Beveridge”, supuso que el centro de gravedad del sistema público de salud pasara de una Agencia especializada en gestión sanitaria (el INSALUD, como agencia de la Seguridad Social para la gestión sanitaria respondía a un modelo de “delegación” en terminología de la descentralización de Rondinelli¹²), a la propia autoridad

¹¹ Beatriz González-López-Valcárcel B, Patricia Barber, “Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, documento de trabajo 90/2006, Fundación Alternativas, Madrid, 2006.

¹² RONDINELLI, Dennis: «Decentralization in developing countries», Staff Working Paper 581, World Bank Washington DC, 1983. Para una revisión más amplia y actual del

política autonómica como gestora de la red sanitaria (patrón de “devolución”).

Es cierto que las CCAA crearon entes autónomos especializados (los “Servicios Regionales de Salud”), con denominaciones y esquemas organizativos diferentes. Pero en la mayoría de los casos, la distancia entre éstos entes y la autoridad política autonómica era (y sigue siendo) mínima. En realidad, no existía (ni existe) más que una tenue diferencia de especialización funcional. En todo caso, se trataba (y se trata) de una distancia mucho menor que la que hubo entre el INSALUD y el Ministerio de Sanidad (la cual estaba además reforzada por la tradición y por la influencia que ejercían tanto la tecno-estructura de la Seguridad Social, como los agentes sociales y el propio Ministerio de Trabajo que tutelaba al sistema de Seguridad Social).

En la intimidad del pequeño universo de las CCAA, los costes de interferencia políticos crecieron rápidamente. Por una parte, el cálculo electoral pasó a tener una presencia inmediata en el establecimiento de prioridades, en la legitimación de las acciones y en el mercadeo social. Por otra parte, los equilibrios intra-regionales se tradujeron (y se traducen) en presiones para igualar provincias o subregiones, promoviendo a menudo supuestos “equilibrios” en las dotaciones de recursos que tenían que ver poco con la racionalidad técnica.

La falta de esa “*distancia terapéutica*” erosionó la lógica planificadora e introdujo la política local en un ámbito que se había caracterizado por lógicas nacionales. Con esto no pretendemos embellecer las lógicas antiguas que, con frecuencia, adolecían del sesgo opuesto: lejanía, tendencia al despotismo tecnocrático y abandono de algunos territorios a favor de concentraciones exageradas de tecnologías y recursos en otros. Solamente señalar que cambió el sesgo de las políticas. Y lo hizo en un momento claramente expansivo del ciclo económico cuando, supuestamente, había recursos (o crédito) disponible para gastar (con los resultados que están hoy a la vista).

Esta “politización” sanitaria de base autonómica (y en menor medida local) se extendió al plano del funcionamiento cotidiano del SNS y socavó rápidamente el funcionamiento del Consejo Inter-Territorial. Es decir, se produjo una doble politización: hacia abajo (en la toma de decisiones de gestión al interior de las CCAA) y hacia arriba (entre el Ministerio y las Consejerías, sobre todo las de signo político distinto). Esta politización creciente se representaba en las declaraciones y las ruedas de prensa anteriores y posteriores a cada reunión del Consejo – incluso aunque el nivel de acuerdo durante las sesiones hubiera sido elevado - y ofreció una desalentadora imagen de división entre los máximos responsables del SNS.

6. LOS DESAJUSTES DE LA FINANCIACIÓN

Como hemos mencionado, desde enero de 2002 todas las CCAA (no así Ceuta y Melilla) tienen transferida la gestión de la asistencia sanitaria de la seguridad social. Se trata de prestaciones que siempre han tenido tensiones inflacionarias al enfrentar necesidades potencialmente ilimitadas, no tener un carácter contributivo, e incorporar redes complejas donde actúan los profesionales de la salud. En el caso de los médicos, es muy relevante considerar el papel decisivo que tienen, al modular al mismo tiempo la demanda y la oferta (el denominado “rol de agencia”).

En el año 2001 se negociaron los traspasos de las 10 CCAA que aún dependían del INSALUD; por razones políticas y financieras, ninguna CCAA podía dejar de aceptar la transferencia, lo que les llevó a transigir con las condiciones poco favorables establecidas por los Ministerios de Economía y Hacienda (que lideraron el proceso). Por ello, la primera etapa de gestión (2002) se vio lastrada con asignaciones muy ajustadas al gasto real, o incluso menores, si bien algunas comunidades “salvaron los muebles” gracias a la fórmula de asignación diseñada en la Ley 21/2001 de financiación autonómica: criterio per cápita de población protegida (75%) ajustado por la población mayor de 65 años (24,5%) y la insularidad (0,5%).

Recordemos que ésta Ley otorgó a las CCAA una amplia autonomía en el gasto (no hay partidas finalistas) pero no les asignó instrumentos relevantes para generar ingresos (por la vía del manejo de tributos propios, cedidos y compartidos). Además, la AGE obligó a las CCAA a ajustarse a un techo presupuestario, intentando que desde el principio las

tema de descentralización sanitaria, ver: SALTMAN, Richard B., BANKAUSKAITE, Vaida, VRANGBAEK, Karsten: «Decentralization in healthcare. Strategies and outcomes», Open University Press - European Observatory on Health Systems and Policies series., Berkshire, 2007. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/decentralization-in-health-care.-strategies-and-outcomes>

CCAA gestionaran estos servicios sin generar déficit: es decir, pretendiendo que hicieran lo que aquella nunca había conseguido. El ajuste económico inicial y la estabilidad financiera exigida implicaron un cierto oportunismo “ex ante” de la AGE (aprovechando su situación de más poder, información e iniciativa).

Las CCAA respondieron a ésta situación de partida con un cierto oportunismo “ex post”, generando déficit por la vía del gasto, gran parte del cual se fue trasladando a los proveedores. Esto permitió un crecimiento rápido y escasamente sustentable por el marco financiero establecido. Este incremento del gasto sirvió en parte para atender necesidades y desequilibrios previos de la red sanitaria. Pero a menudo se llevó más allá de los criterios de racionalidad técnica y económica para nutrir un creciente clientelismo político, local y sindical; o, si se prefiere, podríamos decir que fue debido a los mayores “costes de influencia” por la mayor “proximidad” del decisor a los colectivos implicados. De hecho, la etapa pre-electoral de las elecciones autonómicas y locales de mayo de 2003 estuvo sembrada de promesas de ampliación y mejora de la red asistencial, con un fuerte sesgo en favor de nuevos hospitales, mayor dotación de servicios de atención primaria en ciertos municipios, y homologaciones al alza de las retribuciones del personal.

Este oportunismo “ex post” se completó con la evidencia de que las CCAA que incurrían en déficit no solían utilizar el pequeño margen de maniobra de que disponían para incrementar sus ingresos; en ciertos casos, incluso redujeron sus impuestos como un reclamo electoral... ¡al tiempo que exigían mayor financiación a la AGE!

En 2004 cambió el signo del Gobierno central (del PP al PSOE) e, inmediatamente, la mal llamada “deuda sanitaria” (déficit financiero de las administraciones autonómicas desplazado y presentado como pagos pendientes de hospitales y centros sanitarios a sus proveedores) emergió como un problema político de primer orden, responsabilizándose de ella al sistema de financiación de 2002. El fuerte crecimiento económico del momento llevó al Gobierno a intentar cancelar esa deuda en la II Conferencia de Presidentes de 2005. Sin embargo, esto se hizo sin cuestionar el modelo de financiación ni establecer pactos y esquemas de gobernanza que previnieran su repetición.¹³

Hay que constatar una meritoria iniciativa que surge de esta Conferencia, que fue la creación de un grupo de trabajo para el análisis del gasto sanitario, y en donde además de contabilizar las deudas con proveedores, se inicia una puesta al día y difusión de estadísticas de gasto sanitario, y se formulan mejoras para el sistema de financiación (población protegida equivalente y análisis por siete ramos de edad), que fueron recogidas en la siguiente ley de financiación autonómica (Ley 22/2009). Excede a este artículo analizar los problemas de información y coordinación inter-institucional que llevaron al declive de este grupo y esas iniciativas (el grupo no se extinguió pero acabó disolviéndose de facto).

Por tanto, en la legislatura 2004-2007 se repitió en esencia la misma lógica expansiva del gasto. Ampliada, si cabe, por la introducción en algunas CCAA de nuevas fórmulas de colaboración público-privada: concesiones de obra o de servicio que permitían invertir en nuevos hospitales sin tener que afrontar el gasto hasta el inicio del funcionamiento, eludiendo así el Sistema Europeo de Cuentas y no contabilizando el capital privado “adelantado” como deuda de la Administración. Estas fórmulas supusieron una tentación irresistible para muchos políticos autonómicos pues permitían prometer un hospital, hacerlo sin pagar nada, inaugurarlos en el cuarto año (antes de las siguientes elecciones) y trasladar el coste a las siguientes legislaturas (y a las generaciones venideras). Estas fórmulas fueron una señal distintiva de los gobiernos del Partido Popular en Valencia y Madrid, y supusieron una ruptura radical de los escasos consensos aún existentes sobre la provisión de servicios públicos.

El hecho fue que el volumen de deuda acumulada a finales de 2004, tanto considerando la generada durante la vigencia del modelo como la existente con anterioridad (cuantificado en el segundo Informe de Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario creado por la Iª Conferencia de Presidentes y presidido por la Intervención General de la AGE (IGAE) en 5.574 millones de € al final de 2005), podría haber sido enjugado con los fondos adicionales aprobados para ello por el Consejo de Política Fiscal y Financiera (algo más de 6.000 millones). Sin embargo, esto no sucedió ya que las liquidaciones presupuestarias siguientes, con excepción de la de 2005, fueron siempre inferiores al gasto real; es decir, las CCAA siguieron contrayendo más deuda que la cancelada.

13 Repullo JR. ¿Es de buena calidad nuestro sistema de financiación? (ed.) Rev Calidad Asistencial. 2005; 20(7): 357-8. <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/>

[es-buena-calidad-nuestro-sistema-financiacion-13081921-editorial-2005](http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/)

Tras las siguientes elecciones autonómicas de mayo de 2007 se volvió a acumular déficit con la esperanza de una nueva operación de saneamiento, la cual quedó desactivada por la llegada de la crisis. Para acabar de complicar la situación, durante 2008 y 2009, debido a las inercias de asignación del sistema de financiación, el sector sanitario público recibió más dinero “a cuenta” que el correspondiente al cálculo final (que se desplomó a la vez que lo hacían los *Ingresos Tributarios del Estado*). Muchas CCAA no solo vieron caer su principal fuente de financiación de unos gastos que ellas mismas habían incrementado sino que tenían que devolver dinero a la AGE. Además, la deseable continuidad del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario para evaluar de manera continuada la asignación de recursos y la eficiencia en su uso, no tuvo lugar.

De esta forma, y sin haberse preparado para el nuevo escenario (más bien al contrario), la sanidad se enfrentó de forma brutal a un choque de contracción financiera e insuficiencia fiscal, que cambió el panorama y supone un enorme reto a la suficiencia económica del SNS.

7. ANALIZANDO LAS DEBILIDADES TÉCNICAS PARA LA NUEVA FUNCIÓN CENTRAL DE “RECTORÍA SANITARIA”

El cambio operado en enero de 2002 obligaba a una modificación en los métodos de gobierno y alta dirección del SNS. Distintos factores explican la dificultad para que el Ministerio de Sanidad pudiera reorientar su función, a pesar de que las líneas definidas por la LECC pretendieron promover esta reorientación de la función de rectoría.

Durante el periodo 2000–2004 (PP), hubo dos ministras de sanidad (Celia Villalobos y Ana Pastor); entre 2004 y 2011 (PSOE) hubo cuatro (Elena Salgado, Bernat Soria, Trinidad Jiménez y Leire Pajín); la actual Ministra (PP) lleva algo más de un año (Ana Mato). Por tanto el promedio de desempeño de cada Ministra/o se situó levemente por debajo de los dos años, con la inestabilidad en materia de altos cargos que ello conlleva. Además, el organigrama del Departamento fue modificado con cada cambio ministerial, en algunos casos de forma sustancial (por ejemplo, para desgajar el Instituto de Salud Carlos III y añadir los servicios sociales y las políticas de igualdad). Al final, lo que empezó siendo un Ministerio de Sanidad (con el añadido “menor” del Consumo) ha terminado siendo un macro-departamento de tutela

de políticas públicas cuya gestión está en su mayor parte transferida y donde la Sanidad solo tiene rango de Secretaría General.

Todo lo anterior ha significado una dificultad importante a la hora de consolidar una tecno-estructura funcional adaptada a los cometidos que les son propios en un modelo de organización fuertemente descentralizado. Esta tecno-estructura se ha consolidado más en aquellas parcelas donde el Ministerio mantiene competencias relevantes (por ejemplo, farmacia) o allí donde, desde el principio, se ha contado con una masa crítica de funcionarios cualificados procedentes del antiguo INSALUD (por ejemplo, ordenación profesional, información sanitaria o cartera de servicios).

Lo adecuado hubiera sido aprovechar la experiencia del 20-30% de funcionarios de nivel medio y alto, gran competencia y edades superiores a los cincuenta años para entrenar a una nueva generación de funcionarios más jóvenes en las modalidades de diseño, gestión y evaluación de las políticas sanitarias en un contexto descentralizado. Muchos estaban dispuestos a ello. Cuando se dispuso de dinero procedente de la II Conferencia de Presidentes, se hicieron algunas contrataciones vinculadas a proyectos concretos que reforzaron a la tecno-estructura. Y que, lógicamente, concluyeron en cuanto se terminó el dinero. Mientras tanto, la política de amortización de vacantes seguida por los departamentos encargados (básicamente Hacienda y Administraciones Públicas) no ha facilitado la reconversión de vacantes ni la reposición de efectivos, y las plantillas han ido paulatinamente disminuyendo y perdiendo capacidad técnica, una tendencia que la actual situación de congelación y recortes tenderá a agravarse.

A esto se ha unido una paulatina tendencia a la “gabinización” del Ministerio; es decir, al peso cada vez mayor de los gabinetes del Ministro, los Secretarios Generales y los Subsecretarios (incluido el gabinete de prensa) en el diseño y el control de las políticas en detrimento de las unidades de técnicas de línea (es decir, de las Direcciones Generales) con el riesgo de subjetivismo y arbitrariedad que ello a menudo implica.

8. LA CRISIS ECONÓMICA Y FINANCIERA: ¿AMENAZA U OPORTUNIDAD?

Desde mayo de 2010 se empezaron a aplicar medidas para reducir el déficit público ante la presión

de los mercados financieros y los requerimientos de las autoridades económicas y monetarias de la Unión Europea. En el siguiente año y medio se plantearon medidas sanitarias para controlar el coste del medicamento e insumos, y se empezaron a tomar acciones de recortes en algunas CCAA con mayores desequilibrios presupuestarios (por ejemplo Cataluña). Finalmente, la necesidad de adoptar medidas anti-crisis de creciente dureza e impopularidad obligan a anticipar las elecciones generales.

En diciembre de 2011 el Partido Popular formó un gobierno presidido por Mariano Rajoy, cuya prioridad es luchar contra el déficit y el endeudamiento. Inmediatamente, se inició una política de austeridad que se fue endureciendo en función de la creciente dificultad de financiar la deuda.

Formado parte de esa política, en abril de 2012, se publicó el Real Decreto Ley 16/2012 el cual introdujo cambios importantes en el ámbito de la cobertura, la co-financiación y la extensión de la acción protectora. Esta norma, tramitada de urgencia y de manufactura técnica y jurídica precaria, tiende a romper consensos anteriores y supone un cambio radical en la trayectoria evolutiva del SNS antes descrita. En cierta forma, vuelve a los orígenes *Bismarckianos* pero en condiciones en las que ese retorno no es posible sin generar problemas importantes y pagar altos costes por el rediseño.

El principal proviene de que la medicina moderna se basa en profesionales muy especializados y en tecnologías sofisticadas y con pocos usos alternativos: son activos específicos que no pueden ser fácilmente reasignados a otras utilidades. Sin perjuicio de que existen aún reservas de eficiencia que deberían ser puestas en valor rápidamente (por ejemplo, la Central de Compras) si se efectúan recortes por encima del 1,5- 2% anual se destruyen “activos” (factores fijos de producción); si se pretende que el SNS reduzca su financiación por debajo de los 1.300 € per cápita (gasto sanitario público real por persona protegida) a lo largo de varios años (en algunas CCAA esto ya ha sucedido en 2010, y veremos cómo queda la contabilidad del gasto ejecutado en 2011 y 2012), la calidad se erosionará de forma poco reversible. Puede que haya sectores interesados en que esto suceda. Pero las encuestas demuestran que la mayoría de la sociedad (incluida una mayoría de votantes del Partido Popular) desea un SNS sostenible, de calidad y equitativo. Por tanto, el apoyo financiero al SNS no debería rebajarse en el grado que plantea el Gobierno. Si se hace, los procesos reformistas perderán pié y se arruinará una gran oportunidad de transformación.

9. CINCO VÍAS DE REDISEÑO INSTITUCIONAL DEL SNS

Quizás la forma más simple y positiva de definir las lagunas y debilidades del SNS dejadas tras las incapacidades y deficiencias de la LECC, consistiría en formular una serie de sendas para su rediseño institucional. A continuación exponemos cinco que consideramos fundamentales.

9.1 Alinear autoridad y poder: el papel de un pacto

Los pactos sobre las políticas públicas buscan esencialmente dos cosas: modificar reglas de juego (para conseguir un nuevo equilibrio donde el interés general salga favorecido y, si es posible, además todos ganen); y repartir los costes (y eventuales beneficios) del cambio entre todos los agentes políticos.

La situación actual apunta en ambas direcciones: las reglas de juego del SNS no parecen favorecer la cohesión sanitaria y social; y los ajustes económicos suponen enormes costes que no pueden ser fácilmente soportados por mayorías políticas simples.

En un reciente documento promovido por la Organización Médica Colegial, se formula de manera clara esta necesidad de buscar un pacto político:

“Necesidad de un Acuerdo político. Los médicos consideramos que se necesita urgentemente un Acuerdo político al máximo nivel que facilite la imprescindible y, desde hace años, postergada, reforma del SNS, de manera que se garantice su solvencia y no sólo se evite la vulnerabilidad con que se enfrenta en la actualidad a la profunda crisis económica en la que el país se encuentra sumido, sino que habilite a la sanidad pública como una institución robusta e independiente, capaz de ofrecer servicios de la máxima calidad y eficiencia de cara al futuro. Para ello:

a) Este Acuerdo debe promover un mayor protagonismo profesional en los niveles estratégicos de decisión, lo que creemos impedirá que se instrumentalice la gestión por intereses partidistas y se malgasten energías en enfrentamientos estériles, que sólo sirven para confundir a la población, en los que se lanzan propuestas no avaladas por evidencia alguna que justifique su idoneidad.

b) Asimismo, debe servir para liberar las enormes potencialidades del Sistema y sus agentes, ahora encorsetadas en un entramado burocrático muy desincentivador, y ha de contribuir a facilitar la creación de estructuras de gobierno estables y profesionales, en las que exista una clara identificación de responsabilidades acompañada de mecanismos de evaluación y control totalmente transparentes".¹⁴

9.2 Alinear intereses e incentivos: el sistema de financiación

En distintos barómetros y encuestas parece que la expectativa de la población española sobre la protección a la salud es que esté *ecualizada* para toda España; es decir, que no haya grandes diferencias de financiación, cobertura y prestaciones. El actual modelo de financiación incondicionada y no finalista no encaja con esta expectativa, y se ha convertido en un elemento de inestabilidad que promueve conductas oportunistas por parte del gobierno central (principal recaudador) y de los gobiernos autonómicos (principales gastadores).

La opción sería mantener el papel planificador, co-asegurador y gestor de las CCAA en la sanidad (el blindaje Estatuario hace difícil y poco práctico concebir horizontes de corte más jacobino); pero estableciendo un sistema de garantía de financiación específica, donde el gobierno central estime un per-cápita, ajustado por factores de necesidad que afecten a costes, y que asegure esta línea específica de financiación; y que incluya el re-cálculo periódico en función de los cambios demográficos. Junto a ello, se establecerían fondos de compensación por la asistencia que unas CCAA prestan a residentes de otras, así como fondos de solidaridad, cohesión e inversiones, que faciliten una mayor racionalidad en el funcionamiento del sistema como un todo, altamente descentralizado, pero integrado en sus funciones esenciales.

La tecnología disponible ayuda a gestionar sistemas de compensación y éstos evitan tentaciones de insolidaridad: en efecto, si se garantiza que los flujos inter-autonómicos se facturan mutuamente a costes variables (o marginales) razonables, se consolida un

espacio de cooperación, y pueden ser fácilmente viables modelos de gestión transfronteriza y de remisión para la alta y mediana especialización. Y, sobre todo, se conjuran los peligros de rechazo o de limitación del esfuerzo asistencial (asistencia inmediata al infarto de miocardio o a la fractura pero derivación a la Comunidad de origen para poner el marcapasos o la prótesis).

Respecto a las inversiones, sería muy útil que un Fondo estatal pudiera co-financiar aquellos centros, servicios o tecnologías que fueran apropiadas desde el punto de vista de la planificación del conjunto del SNS; esto además de un incentivo positivo en proyectos que cumplen el criterio técnico de necesidad, serviría en sentido negativo como estigmatizador a los rechazados, ayudando a los políticos regionales a contar con una razón externa para no avanzar en inversiones insensatas (que pueden estar promovidas a nivel local y provincial por fuerzas partidarias próximas).

En todo caso, hay que insistir en que se preciaría mantener y ampliar un fondo de cohesión para nivelar las oportunidades de salud de la población y para dinamizar proyectos y acciones de interés general para el SNS.

9.3 Buscar diseños organizativos que minimicen los problemas y faciliten la acción racional

La coordinación de 17 servicios de salud de las CCAA requiere una nueva generación de instrumentos y mecanismos de gobierno y gestión. Debemos partir de la idea de la federalización de facto del SNS y adecuar los instrumentos de coordinación a esta autoridad repartida que existe. Y podemos mirar a otros países que tienen un vértice organizativo con bajo nivel competencial.

Sin entrar en este ámbito por razones de extensión, señalamos la posibilidad de poner en marcha una Agencia del SNS que sea la casa común de las acciones colaborativas de los 17 servicios regionales (incluidos los sistemas de información, centrales de compras, fondos de compensación, etc.)¹⁵; una Agencia tipo NICE para la gestión del conocimiento, nacida de la actual red de agencias de evaluación de

¹⁴ Altisent R, Bernal E, Burgos I, Castellón E, Conde J, Gutiérrez-Martí R, Hernansanz F, Mayol J, Repullo JR, Vidan L. Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata. Madrid: OMC. Diciembre 2012. http://www.actasanitaria.com/filesset/file_PROFESI_N_Me_DICA_Y_REFORMA_SANITARIA_OK_61081.pdf

¹⁵ Sobre este tema ya ha habido propuestas desde 2008: Repullo JR, Freire JM. *Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización*. Informe SEESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22(Supl 1): 118-25

tecnologías sanitarias; y un Instituto de Salud Carlos III que esté verdaderamente alineado con las tareas de salud pública, formación, investigación e innovación en los servicios sanitarios del SNS.

Cuando los instrumentos de gestión competencial o legal decaen, debemos ser inteligentes para poner otros mecanismos de gestión del conocimiento, de incentiación económica y de liderazgo organizativo: mecanismos que han de tener bajo nivel de politización, para que todos puedan compartir los logros y los costes, y se establezca una base de convivencia efectiva.

9.4 Abrir un espacio reformista para las funciones de gobierno y gestión de la sanidad pública

El debate sobre la externalización o privatización de los servicios sanitarios, posiblemente no se habría producido si los gobernantes del SNS hubieran tenido el talento y la capacidad para modernizar la gestión de hospitales y otros centros sanitarios públicos, siguiendo los ejemplos de buen gobierno y gestión pública de algunos países europeos (particularmente en los sistemas integrados del Norte de Europa).

En esencia: órganos colegiados de gobierno con participación y rendición de cuentas (en vez de jerarquía directa politizada, discrecionalidad y ocultismo); profesionalización de gestores (en vez nombramientos partidarios y conductas cortesanías); apertura de sistemas de información al escrutinio público; desburocratización e instrumentos más potentes para desarrollar la gestión económico-presupuestaria, de personal y de compras. Quizás el ejemplo de *Osakidetza* (Servicio Vasco de Salud) pueda ser un referente en el plano de la desburocratización de los instrumentos de gestión.

Hoy toca dar por fallida la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el SNS pues la desregulación ha interferido en la sostenibilidad (produciendo recalentamiento económico debido a las inversiones pro-cíclicas que están suponiendo una carga financiera adicional en tiempos de crisis); ha introducido el ánimo de lucro en el corazón del sistema; ha producido una quiebra en los consensos básicos existentes; y ha generado de facto un abandono de intentos reformistas serios en los modelos administrativos y presupuestarios, que son los dominantes y que incluyen los grandes y medios hospitales del SNS. De hecho, el PSOE que votó a favor en su día, acaba de anunciar su intención política de derogarla si llegara a gobernar.

Y dentro de esta redefinición de los instrumentos de gestión pública, hace falta trabajar en dos dimensiones: dotar de un marco específico de gestión a los centros sanitarios públicos; un traje a medida para que las funciones de personal, financiera y contractual sean apropiadas, ágiles y socialmente eficientes. Hoy es posible combinar transparencia con autonomía responsable de gestión: los órganos colegiados de gobierno para hospitales y áreas (con participación de ciudadanía experta e ilustrada) han funcionado bien en otras latitudes para poner muchos ojos sobre la gestión sanitaria. También se trata de dotar a las áreas de gestión clínica de contenidos que alineen el profesionalismo sanitario con la responsabilidad en la organización y decisiones institucionales.

Y, finalmente, el marco estatutario para el personal clínico (fundamentalmente el médico, aunque no sólo), resulta claramente insuficiente; máxime cuando ha migrado hacia definiciones *funcionarizantes* por presión del Estatuto Básico del Empleado Público (Ley 7/2007), y del efecto normalizador y controlador de las poderosas Consejerías de Hacienda y Función Pública autonómicas. ¿Por qué no pensar un régimen especial estatutario para profesionales clínicos que tuviera una forma diferente, y que sin extinguir el habitual permitiera ensayar modelos más *meritocráticos* y ágiles de gestión de las especialidades médicas? Un sistema de habilitación o acreditación nacional con concurso local de acuerdo a requisitos específicos del propio puesto de trabajo, juzgado por comisiones de credenciales con profesionales de dentro y de fuera del hospital, y de dentro y de fuera de la especialidad, y de dentro y de fuera de la Comunidad Autónoma. Y donde la re-certificación periódica de lo profesionales esté debidamente regulada.

Toca pensar en este tipo de cambios. No se puede demorar una práctica reformista sensata pero decidida.

9.5 Una Ley del Sistema Nacional de Salud para definir en positivo la ciudadanía sanitaria

La LEGS de 1986 y la LECC de 2003 tienen la ventaja de estar alineadas y expresar consensos políticos básicos (de ambos partidos mayoritarios), y el inconveniente de que en muchos aspectos han quedado obsoletas o superadas. Además, los sistemas que diseñaron para coordinar las 17 CCAA no han resultado eficaces. Por ello sería necesario resolver la debilidad institucional del Sistema Nacional de Salud y con una nueva Ley del SNS facilitar un nuevo

marco consensuado de gobierno y gestión de la sanidad española. Este nuevo marco debería apartarse de la grave distorsión que ha producido el precipitado Real Decreto Ley 16/2012, realizado bajo la presión de la austeridad, y que abdica del proyecto colectivo de un sistema universal para todos los ciudadanos.

Una Ley del SNS posiblemente hoy no es fácil de visualizar por el entorno de crisis, la rivalidad entre los partidos políticos, el ataque cerrado a la sanidad pública de algunos, la erosión económica de los servicios públicos y los intereses creados en torno a la “balcanización” autonómica. Pero esta Ley es más necesaria que nunca, y contaría con un amplio apoyo de los ciudadanos y los profesionales. Como en tantas esferas de la vida social, el poder político está llamado a promover o sumarse a un proceso fuertemente reformista y de regeneración de la vida política, social e institucional de España.

La ciudadanía sanitaria no puede quedar al albur político de interpretar en menos de un año que tenemos un sistema universal (Ley 33/2011 de Salud Pública – disposición adicional sexta¹⁶) o que en realidad seguimos teniendo la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y reinstaurando el papel del INSS para determinar quién es afiliado y quién es beneficiario en función de la situación laboral, de renta y de nacionalidad (RDL 16/2012). Estos bandazos no parecen propios de un país serio. Y por ello, procede la creación de un marco inequívoco de garantías jurídicas y sanitarias a partir de un modelo de aseguramiento sanitario universal, público, común y único.

10. EPÍLOGO: UN PASO PARA ADELANTE O DOS PARA ATRÁS

Como se ha señalado, la sanidad española requiere una segunda transición: esta abogaría por una clara definición de la ciudadanía sanitaria, sus derechos, los instrumentos de aseguramiento universal, y los requerimientos para que el gobierno y la gestión de la sanidad pública se mantengan dentro de la esfera del interés general, alejando al SNS del ánimo de lucro y acercándolo a la eficiencia social equitativa y solidaria que inspiró su fundación. Algo que probablemente también requieren otros servicios públicos básicos y que afecta al núcleo mismo de la acción protectora y de generación de seguridad y confianza del Estado.

¹⁶ “Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico...”

Hablar de la sanidad pública y de la sostenibilidad del SNS hoy es hablar también del por qué y el para qué del Estado que tenemos. Y de las relaciones entre ese Estado, la sociedad y los ciudadanos que la forman. Lo que, siendo sin duda muy importante, excede los límites de este artículo.