

2.8 Caracterización y Desafíos del Sistema Nacional de Salud español



Caracterización del Sistema Nacional de Salud en Transición (2000-2010).

Si en los 80 se trataba de ampliar cobertura y acceso a los servicios sanitarios y en los 90 de contener costes e innovar gestión, el tema de la última década en el SNS ha sido “coordinación y cohesión tras la descentralización” ¿Cómo ha funcionado?

Autora: Sandra García Armesto

Investigadora senior ARAI+D

*Unidad de investigación en servicios sanitarios y políticas de salud-ARiHSP
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) IIS Aragón*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

García Armesto S. Caracterización y Desafíos del Sistema Nacional de Salud español [Internet].

Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 2.8 Disponible en:
direccion url del pdf.



Resumen:

Este texto didáctico está basado en el último informe HiT sobre España del Observatorio Europeo de sistemas y políticas sanitarias (informe Spain Health in Transition 2010). En él se traza un perfil detallado del SNS así como de las iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en nuestro país hasta 2010.

Analizaremos las distintas formas de organizar, financiar y prestar servicios sanitarios en el SNS y las funciones que desempeñan los principales actores del sistema, el marco institucional, el proceso, el contenido y la implantación de políticas de salud y de atención sanitaria e identificaremos los desafíos que precisan

seguimiento. Nos centraremos en la última parte del periodo, describiendo las consecuencias de la plena descentralización consolidada en 2002 y la hoja de ruta fijada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Introducción

1 ¿Cómo se organiza el SNS?

1.1 Financiación

1.2 Regulación y planificación

1.3 Recursos materiales y humanos

2 Principales reformas sanitarias en la última década

3 Evaluación del SNS

3.1 Calidad y seguridad del paciente

3.2 Satisfacción

3.3 Equidad

3.4 Eficiencia

3.5 Retos para el gobierno del SNS: ¿qué piensan los actores involucrados?

4 Políticas 2011-2012 ante el agravamiento de la crisis económica.

Conclusiones

Referencias bibliográficas

También plantearemos una evaluación del sistema, comparando su desempeño en ese periodo con el de los países de nuestro entorno. Descenderemos al nivel Comunidad Autónoma siempre que sea posible y utilizaremos los datos consolidados más recientes a nuestra disposición. Esta descripción del SNS responde a un esfuerzo por hacerlo directamente comparable con los sistemas sanitarios de otros países sin perder lo que le es genuino. Tal empeño requiere la traducción de algunos rasgos peculiares a conceptos internacionales. El alumno estará por tanto expuesto al marco de análisis de la comparación internacional y tendrá oportunidad de ver cómo funciona en el caso que quizá mejor conoce.

Se añade un epígrafe para reseñar de forma sucinta los cambios que en 2011-12 se han producido como resultado de las políticas de austeridad ante el agravamiento de la crisis económica.

Introducción

El objetivo de nuestro análisis es ofrecer una descripción del SNS que facilite la comparación internacional destacando los rasgos

diferenciales y las lecciones relevantes desde el punto de vista de la política sanitaria. Se describe un sistema en proceso, ocupándonos tanto de sus elementos estructurales como de aquellos dinámicos, sujetos a evolución.

Este texto didáctico está basado en el último informe HiT sobre España del Observatorio Europeo de sistemas y políticas sanitarias (informe Spain Health in transition 2010¹, también disponible en español². En él se traza un perfil detallado del SNS así como de las iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en nuestro país hasta 2010. En la **figura 1** se reproduce la portada del informe.



Figura 1: Informe HIT de España 2010

El marco de análisis de sistemas ya clásico en la comparación internacional fue “consagrado” hace más de una década cuando en 2000 la OMS decidió dedicar su informe anual sobre la salud mundial a los sistemas sanitarios como determinante de salud. Este enfoque establece como objetivo último de cualquier sistema sanitario maximizar la salud de la población a la que sirve mostrándose receptivo a las preferencias y expectativas (no sólo médicas) y valores de la gente a la que atiende, sosteniéndose con un sistema de financiación justo.

En la figura 2 se refleja el esquema básico de este modelo que diferencia entre las funciones (recursos y actividades del sistema de salud) y los resultados que obtiene.

¹ <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-hits/spain-hit-2010>

² http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT_SP.pdf

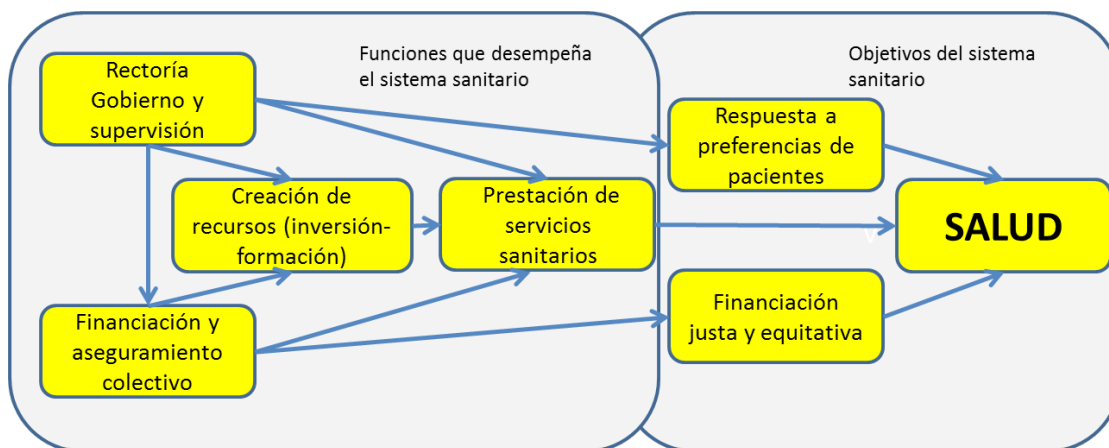


Figura 2: Funciones y Objetivos de los Sistemas Sanitarios: tomado de: World Health Report 2000, WHO <http://www.who.int/whr/2000/en>, traducido y adaptado.

Para lograr tales objetivos el sistema ha de desempeñar una serie de funciones:

La más inmediata es la de garantizar la provisión de servicios, pero para ello ha de crear/comprar y mantener los recursos necesarios (desde lo más tangible –edificios, suministros, personal- hasta el intangible conocimiento). Esto cuesta dinero, así que otra función básica es recoger fondos y encargarse de comprar con ellos los factores de producción o servicios que le permitan desarrollar sus actividades.

El desempeño de un sistema se valora en función del grado de equidad (para quiénes y de quiénes) que alcancen los objetivos finales del sistema y la calidad (qué y cómo) y eficiencia (relación entre los resultados y los recursos invertidos) con las que se consigan. Cabe resaltar que, dado que el sistema sanitario es sólo uno de los determinantes de la salud de las poblaciones, los resultados a medir son aquellos que sean atribuibles a la acción del sistema. Los apartados que siguen tratarán de describir la forma en que las funciones básicas están organizadas en el SNS para concluir con una evaluación comparativa de su desempeño.

1 ¿Cómo se organiza el SNS?

El Sistema Nacional de Salud español es un sistema de cobertura universal, financiado mediante impuestos y que opera

principalmente dentro del sector público.

Los servicios son gratuitos en el punto de prestación, con la excepción de los medicamentos recetados a personas menores de 65 años de edad, que deben participar en el pago con una aportación del 40% del precio de venta al público, con algunas excepciones³.

Las competencias en materia de salud están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales de 2002. Esta descentralización dio lugar a 17 consejerías o departamentos de salud que tienen total jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio.

El sistema de financiación autonómica promueve la autonomía regional tanto en el capítulo de los gastos como en el de los ingresos (sobre todo, tras su revisión de 2009).

El Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) conserva la autoridad sobre determinados ámbitos estratégicos, como la legislación relativa a medicamentos, y también continúa siendo el garante de que la prestación de los servicios de salud se realice en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

Los rasgos generales se reflejan en la Figura 3 (aunque se recomienda consultar el capítulo 4 para conocer los cambios en cobertura y copagos introducidos por el Real Decreto Ley 16/2012).

³ El copago no es aplicable en el caso de los pacientes hospitalizados y de determinados pacientes exentos, como las personas con discapacidades graves o quienes han sufrido accidentes laborales. Existe un determinado grupo de medicamentos para enfermedades crónicas en el que el usuario sólo paga el 10% del precio, con un techo que se actualiza anualmente. Desde diciembre de 1995, esta reducción se aplica también a los pacientes de SIDA. Todos los usuarios de las mutualidades de funcionarios, incluidos los ya jubilados (a partir de 65 años) pagan el 30% del precio de venta al público de los medicamentos. Ver capítulo 4 para conocer los cambios en cobertura y copagos introducidos en 2012.



Figura 3: Rasgos generales del SNS

Ver capítulo 4 para conocer los cambios en cobertura y competencias regulatorias introducidos en 2012 y en proceso de aplicación.

El órgano que ostenta la responsabilidad máxima en la coordinación del Sistema Nacional de Salud es el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**, del que forman parte los 17 consejeros de sanidad y que está presidido por la persona que ostenta el cargo de Ministro de Sanidad. Las decisiones del CISNS se adoptan por consenso y se traducen en recomendaciones, ya que afectan a cuestiones que han sido transferidas a las comunidades autónomas que son en última instancia “soberanas”.

La estructura más habitual de los **sistemas regionales de salud** comprende una **consejería o departamento de salud**, responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria, y un **servicio regional de salud** que se encarga de la provisión de servicios. A estos departamentos de salud compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la configuración del mapa sanitario (áreas de salud y zonas básicas de salud) y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. El modelo más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria),

en cada **área de salud**. Sin embargo, cada vez con mayor frecuencia, los servicios de salud autonómicos están poniendo en marcha gerencias únicas de área que integran la atención primaria y la especializada.

Las **zonas básicas de salud** son la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria. Normalmente, se organizan en torno a un único equipo de atención primaria (EAP) que constituye la puerta de entrada al sistema. La posibilidad de elección de médico de familia por parte de los pacientes está relativamente generalizada frente al relativo menor desarrollo de la elección de especialista y hospital (con algunas diferencias entre comunidades autónomas). En cualquier caso, para acceder a atención especializada es preciso que el médico de familia o pediatra derive al paciente a la misma.

Las responsabilidades en el área de **la salud pública** suelen estar centralizadas en la consejería o departamento de salud, aunque funcionalmente sigan la estructura básica de las áreas de salud. Cada área de salud debe cubrir una población de no menos de 200.000 habitantes y no más de 250.000.

El sector privado sin ánimo de lucro desempeña una función primordial en la atención de **accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**. Estas contingencias están cubiertas por una serie de mutualidades, que financia la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, en su mayor parte mediante contribuciones de los empleadores.

Además, el sistema público subcontrata tradicionalmente con **entidades privadas** (con o sin ánimo de lucro) entre el 15% y el 20% aproximadamente de la prestación de servicios sanitarios especializados. Por lo general, esta fórmula se utiliza para la adquisición de determinados servicios de diagnóstico de alta resolución o de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el marco de la gestión de las listas de espera.

Los **seguros privados voluntarios** tienen un papel relativamente menor, aunque cada vez más relevante, en el sistema sanitario español. Estos seguros privados voluntarios son independientes del sistema público (ya que no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas) y de carácter complementario (en muchas

ocasiones, se contratan para acceder a servicios para los que hay listas de espera en el sistema público, como la atención sanitaria especializada, o a servicios como la atención bucodental de los adultos, que están incluidos de forma muy limitada en la cartera de servicios). Estos seguros cubren aproximadamente al 13% de la población, si bien existen considerables variaciones regionales (**figura 4**)

Tipos de cobertura sanitaria por comunidades autónomas (%).				
	Exclusivamente pública	Exclusivamente privada	Ambas	Otras situaciones
Total	85,1	1,4	13,2	0,3
Andalucía	90,8	2,3	6,6	0,4
Aragón	86,9	0,9	11,8	0,4
Asturias	86,1	0,3	13,5	0,1
Islas Baleares	74,1	0,7	25,0	0,2
País Vasco	79,5	0,6	19,9	0,0
Islas Canarias	92,8	2,0	4,9	0,3
Cantabria	92,7	1,7	5,4	0,3
Castilla-León	88,8	0,7	10,4	0,1
Castilla-La Mancha	92,4	0,7	6,5	0,5
Cataluña	74,9	1,1	23,9	0,2
Extremadura	97,3	0,4	2,3	0,0
Galicia	91,1	0,3	8,5	0,0
Madrid	75,3	1,9	22,7	0,1
Murcia	91,6	2,4	5,4	0,6
Navarra	94,4	0,8	4,2	0,5
La Rioja	92,0	0,3	7,8	0,0
Comunidad Valenciana	88,5	1,8	8,8	1,0
Ceuta y Melilla	96,0	1,8	2,3	0,0
Fuente	INE 2006.			

Figura 4: Cobertura sanitaria pública y privada por Comunidades Autónomas

Existe una notable excepción al sistema general descrito: las tres mutuas denominadas Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) cubren exclusivamente a los funcionarios públicos y sus beneficiarios (el 4,8% de la población). Se financian mediante un sistema mixto de contribuciones por nómina e impuestos. Los funcionarios son el único grupo que puede renunciar a la cobertura del Sistema Nacional de Salud, optando por servicios totalmente privados.

1.1 Financiación

El gasto sanitario en España ha seguido a lo largo de los años

la tendencia internacional al alza, alcanzando los 2.671 dólares estadounidenses per cápita (en términos de paridad del poder adquisitivo o PPA) y el 8,5% del Producto Interior Bruto (PIB) en 2007 y 9.5 en 2009 (incremento achacable a la disminución del PIB más que al aumento del gasto); no obstante, como se observa en el cuadro adyacente, sigue por debajo de la media europea (**figura 5**).

	gasto sanitario % PIB		
	2006	2007	2009
Luxembourg	7.3		7.8*
Finland	8.3	8.2	9.2
Ireland	7.1	7.6	9.5
Italy	9	8.7	9.5
Spain	8.4	8.5	9.5
Greece	9.5	9.6	9.6
United Kingdom	8.5	8.4	9.8
Sweden	9.1	9.1	10
Portugal	9.9		10.1
Belgium	10	10.2	10.9
Austria	10.2	10.1	11
Denmark	9.6	9.8	11.5
Germany	10.5	10.4	11.6
France	11	11	11.8
Netherlands	9.7	9.8	12
EEUU	16	15.8	17.4
Source OECD HEALTH DATA 2011			
*sólo asegurados, no todos los residentes			

Figura 5: Comparación de gastos sanitario (total) como porcentaje del PIB

La mayor parte del gasto sanitario (73,6% en 2009) se paga con fondos públicos (recaudados principalmente a través de los impuestos). El porcentaje del gasto que corresponde a los seguros privados asciende al 5,4% y los gastos sufragados directamente por los ciudadanos han registrado un ligero descenso hasta alcanzar el actual 20,1%. Estos últimos gastos incluyen principalmente el copago en el caso de las recetas extendidas a personas de menos de 65 años, así como la atención dental para adultos y los productos ópticos.

El gasto sanitario público se desglosa de la siguiente forma: un 54% corresponde a la atención especializada (hospitalaria y ambulatoria), el 16%, a la atención primaria, el 19,8% gasto farmacéutico y el 1,4% salud pública y prevención. Todas estas partidas de gasto se han incrementado durante la última década, aunque la magnitud de los avances difiere. Cabe destacar que

el crecimiento anual del gasto farmacéutico se ha desacelerado (**figura 6**)

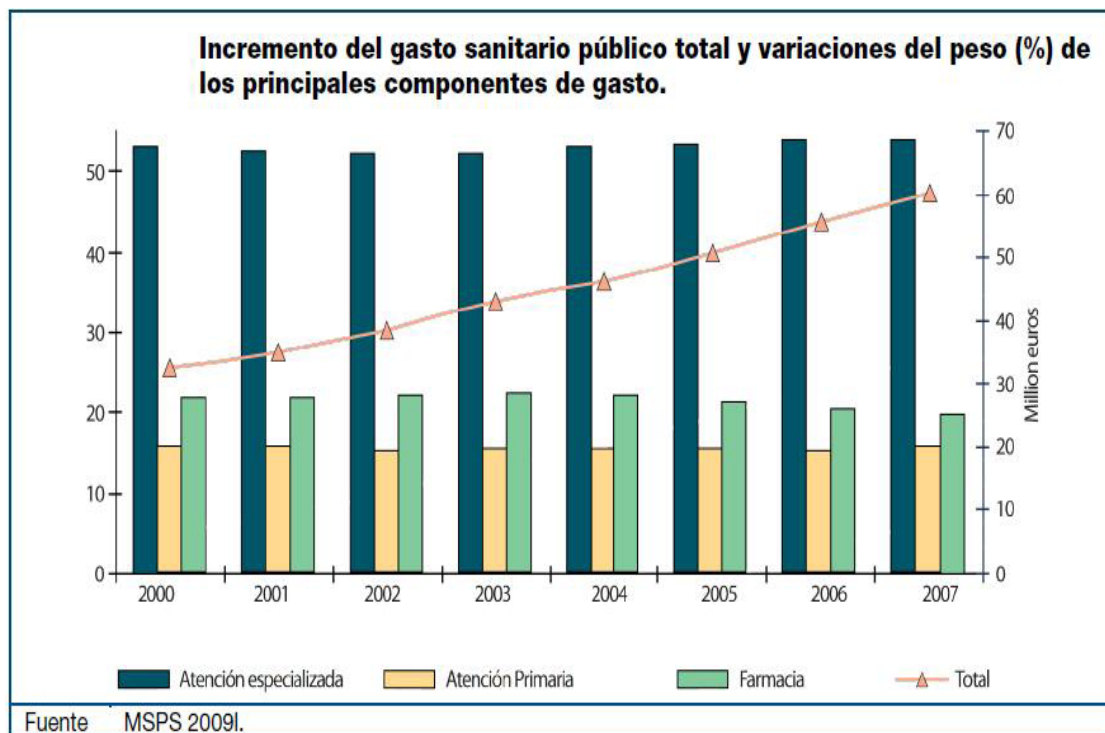


Figura 6: Evolución de los componentes del gasto sanitario público entre 2000 y 2007.

Las Comunidades Autónomas administran el 89,81% de los recursos sanitarios públicos, mientras que la administración central gestiona el 3% de los mismos y los municipios el 1,25%. La atención sanitaria es la competencia más importante de las comunidades autónomas. En promedio, representa más del 30% de su presupuesto total de las Comunidades Autónomas.

En la actualidad, la práctica totalidad del gasto público en sanidad (excluyendo las mutualidades de funcionarios) se financia a través del sistema tributario general. Por esta vía se genera el 94,07% de los recursos públicos, mientras que las contribuciones de trabajadores y empleadores a las mutualidades de accidentes laborales y enfermedades profesionales ascienden al 2,53% de los fondos sanitarios y las mutuas de funcionarios proporcionan el 3,4% de los recursos.

Desde el año 2002, las comunidades autónomas financian la atención sanitaria con cargo a sus presupuestos generales; las transferencias del Estado central no son finalistas. Es, por

tanto, potestad de la CA decidir el volumen destinado a gasto sanitario. El sistema incluye varios fondos específicos destinados a cubrir las necesidades estimadas de gastos en cada comunidad autónoma y a compensar las distintas necesidades de inversión y combatir las desigualdades entre las regiones. La fórmula utilizada para la adjudicación de fondos se basa en un criterio per cápita ajustado, ponderado por la estructura y la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio. El cuadro siguiente (**tabla 1**) explica la estructura de la fórmula de determinación de necesidad en vigor desde la revisión del sistema de financiación en 2009.

**Cuantificación de las necesidades de gasto autonómicas:
“habitante ajustado” o “unidad de necesidad”**

Variables	Ponderación
Población total	30.0 %
Superficie	1.8 %
Dispersión (nº entidades singulares)	0.6 %
Insularidad	0.6 %
Población protegida equivalente*	38.0 %
Población > 65 años	8.5 %
Población entre 0 y 16 años	20.5 %

Fuente: LOFCA 22/2009

* Indicador de las necesidades de gasto sanitario. Se construye a partir de la desagregación de la población en siete tramos de edad, ponderando cada uno de ellos de acuerdo con el nivel relativo de gasto esperado. Más detalles en **Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Septiembre 2007.** disponible <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/infAnalisGasto.htm>

Tabla 1: Ponderación para ajuste de necesidades de financiación en el modelo 2009

Además, se han creado o ampliado fondos finalistas para promover la puesta en práctica de políticas destinadas a incrementar la eficiencia y reducir las desigualdades en España. Estos fondos se utilizan, por ejemplo, para compensar a las regiones expuestas a demanda relacionada con la asistencia sanitaria transfronteriza.

En el tema 1.7 “El sistema de financiación autonómica y la sanidad”, Alfonso Utrilla hace una exposición más amplia, que incluye el modelo de 2009.

1.2 Regulación y planificación

El marco jurídico básico del Sistema Nacional de Salud es el establecido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Dentro de este marco, los gobiernos autonómicos suelen repartir sus funciones en el ámbito de la salud entre la autoridad sanitaria, que es la consejería o el departamento de salud regional, y el servicio regional de salud. Normalmente, además de ejercer como autoridad sanitaria, el departamento competente del gobierno autonómico es responsable de la regulación y la planificación estratégica (incluida la planificación de la atención sanitaria), mientras que el servicio de salud de cada región se encarga de la planificación operativa, la gestión de la red de servicios y la coordinación de la prestación sanitaria.

La mayor parte de los proveedores de servicios del SNS pertenecen al sector público y el modelo de gobierno predominante tiene muchos elementos de gestión directa. La principal herramienta de este modelo es el contrato programa, que funciona como un sistema de gestión por objetivos, incorporando incentivos para reforzar determinadas líneas estratégicas. No se establecen sanciones por el incumplimiento de objetivos, ni tampoco se produce una transferencia real del riesgo a los proveedores. Los equipos, y en ocasiones profesionales individuales, pueden recibir incentivos económicos por el cumplimiento de determinados objetivos estratégicos (por ejemplo, la prescripción racional de medicamentos, el uso de medicamentos genéricos, la reducción de los tiempos de espera en determinados procedimientos, etc.). No obstante, el importe de dichos incentivos es siempre marginal con respecto a la retribución total.

Además de este modelo predominante, existen otras formas de gestión de la prestación de servicios sanitarios, que pueden enmarcarse también en la gestión directa, pero que permiten la existencia de entidades con personalidad jurídica propia diferenciadas del servicio de salud regional. Todas estas fórmulas de gestión directa pueden clasificarse en función del tipo de régimen contractual, del personal y presupuestario. En un extremo se encontrarían las estrictas limitaciones impuestas por el Derecho administrativo y, en el otro, los sistemas caracterizados por la existencia de entidades sujetas a Derecho

privado (aunque la propiedad puede seguir siendo pública y la misión de la organización continúa siendo el servicio público). Entre estos dos extremos, el resto de las fórmulas entre las que pueden elegir los gobiernos regionales.

También se utilizan algunas fórmulas de gestión indirecta o subcontratación que, en la mayoría de las comunidades autónomas, están confinadas a la realización de pruebas diagnósticas complementarias y procedimientos ambulatorios, así como a servicios auxiliares, como el catering hospitalario, la lavandería, el mantenimiento, la limpieza y la seguridad.

Algunas comunidades autónomas (Valencia, Cataluña y Madrid) han ensayado con fórmulas de iniciativas de financiación privada, realizando en su territorio concesiones administrativas a una empresa o una unión temporal de empresas para la prestación de atención sanitaria a un área de salud entera.

En otros casos, el experimento tiene las características de una iniciativa de financiación privada clásica para la construcción de hospitales.

En **la figura 7** se muestra un esquema ya clásico de ordenación de fórmulas de gestión sanitaria de José Martín; para mayor ampliación, consultar con el Tema 5.4 de dicho autor "Formas directas e indirectas de gestión institucional de centros y servicios sanitarios".

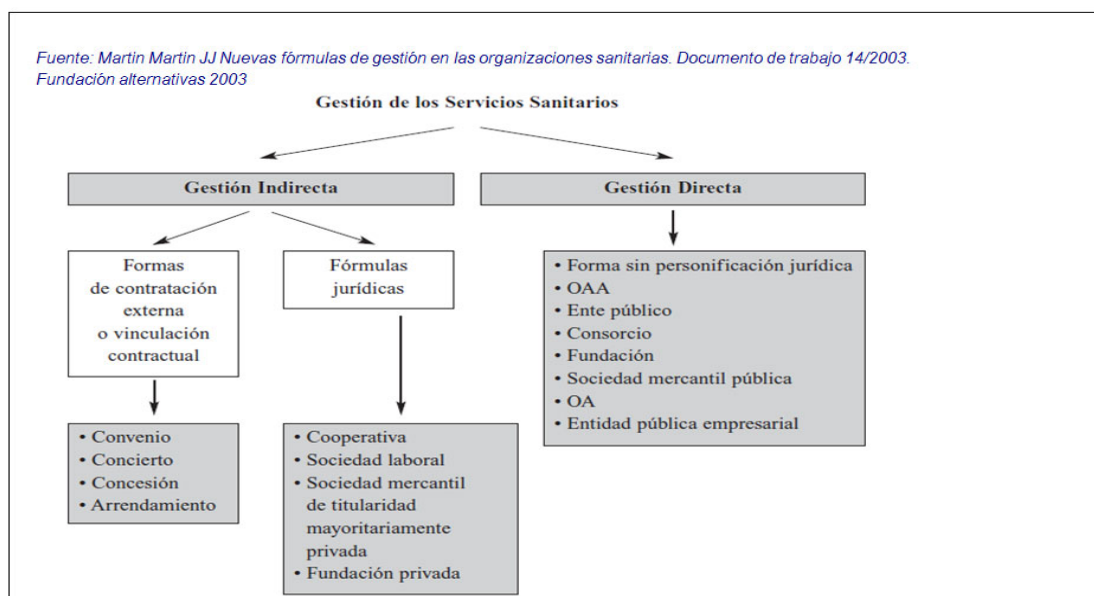


Figura 7: Fórmulas de gestión de organizaciones sanitarias.

1.3 Recursos materiales y humanos

La **red de atención primaria** es pública en su totalidad y la mayor parte de los proveedores son profesionales asalariados del sector público, con escasas excepciones (en la Comunidad Valenciana y Cataluña se subcontrata con arreglo a distintas fórmulas a proveedores privados para prestar servicios de atención primaria). Los centros de atención primaria están atendidos por un equipo multidisciplinar integrado por médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales. Algunos cuentan también con fisioterapeutas y dentistas y todos tienen adscritos recursos básicos de laboratorio y diagnóstico por imagen, que pueden encontrarse en el mismo centro o estar centralizados y prestar servicio a varios centros próximos. En total, hay 13.121 centros de atención primaria, cada uno de los cuales atiende a una media de 3.523,3 ciudadanos.

Aproximadamente el 40% de los **hospitales** pertenecen al Sistema Nacional de Salud. El resto son de titularidad privada, aunque con frecuencia se vinculan a la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio y reciben financiación pública por su actividad, de tal forma que cerca del 40% de las altas de hospitales privados en España están financiadas con cargo al presupuesto del SNS.

La cifra total de **camas hospitalarias** asciende a 160.981, es decir, 3,43 camas por cada 1.000 habitantes; el 71,2% de las camas instaladas dependen funcionalmente del sector público. En términos globales, aproximadamente el 40% de la dotación total de camas instaladas se concentra en grandes hospitales de alta tecnología con más de 500 camas (principalmente públicos). Todas las comunidades autónomas cuentan como mínimo con uno de estos centros, con variaciones en función de consideraciones de acceso, como el volumen y la dispersión de la población (ver **figura 8**)

Número de hospitales y ratios de camas por comunidad autónoma, año 2007.														
	Hospitales de agudos				Larga estancia				Psiquiátricos				Total	
	Públicos		Privados		Públicos		Privados		Públicos		Privados		Hospital es	Camas x 1000 habitant es
	Hospitales	Camas x 1000 habitant es	Hospital es	Camas x 1000 habitant es	Hospital es	Camas x 1000 habitant es	Hospital es	Camas x 1000 habitant es	Hospital es	Camas x 1000 habitant es	Hospital es	Camas x 1000 habitant es		
Andalucía	42	2,05	48	0,54	–	–	4	0,04	1	0,02	5	0,12	100	2,78
Aragón	12	2,89	5	0,37	3	0,11	2	0,14	4	0,40	2	0,25	28	4,16
Asturias	9	3,02	7	0,80	–	–	2	0,15	–	–	2	0,07	20	4,05
Baleares	8	2,00	13	1,27	2	0,23	–	–	1	0,17	–	–	24	3,67
Canarias	9	2,01	20	1,20	5	0,32	2	0,15	–	–	2	0,07	38	3,75
Cantabria	4	2,78	2	0,28	–	–	1	0,27	1	0,19	1	0,73	9	4,26
Castilla-La Mancha	14	2,90	20	0,59	–	–	3	0,09	1	0,02	3	0,21	41	3,81
Castilla y León	15	2,32	9	0,20	1	0,12	2	0,06	3	0,21	–	–	30	2,91
Cataluña	28	1,35	71	1,40	5	0,10	57	0,85	3	0,14	17	0,57	181	4,41
Com. Valenciana	27	1,97	23	0,47	3	0,09	2	0,02	3	0,10	3	0,03	61	2,68
Extremadura	8	2,80	8	0,24	–	–	2	0,16	2	0,76	–	–	20	3,96
Galicia	15	2,87	20	0,76	–	–	3	0,08	1	0,07	5	0,08	44	3,86
Madrid	21	2,01	39	0,83	3	0,12	3	0,12	2	0,10	7	0,30	75	3,48
Murcia	10	2,11	6	0,40	–	–	8	0,71	1	0,07	2	0,07	27	3,37
Navarra	5	2,28	4	1,12	–	–	–	–	1	0,03	3	0,59	13	4,01
País Vasco	11	2,15	18	0,61	3	0,24	2	0,11	4	0,38	6	0,48	44	3,97
La Rioja	2	2,17	2	0,42	–	–	–	–	1	0,58	–	–	5	3,17
Ceuta y Melilla	4	3,10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	3,10
TOTAL	244	2,11	315	0,75	25	0,08	93	0,22	29	0,13	58	0,23	764	3,53

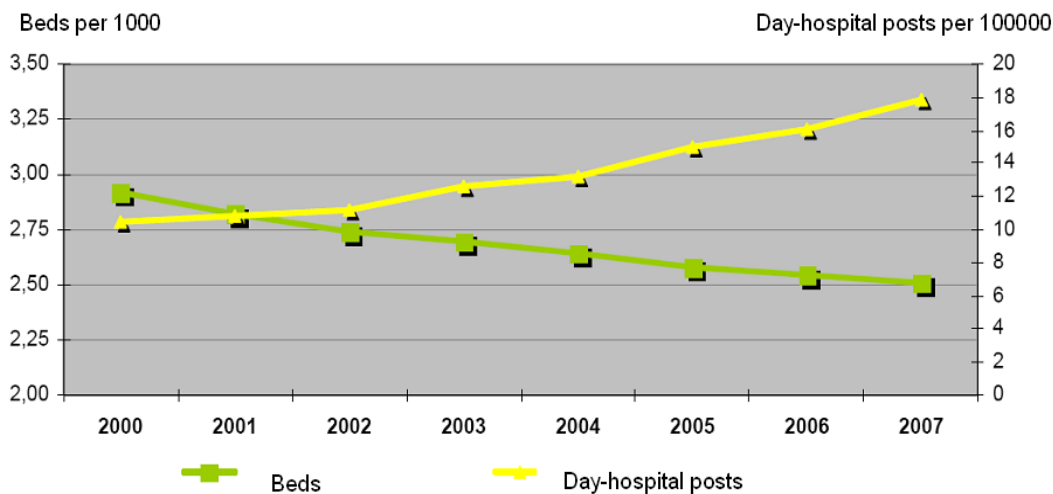
Fuente ESCRI 2008; MSPS 2010h.

Figura 8: Estadística de Hospitales 2007: hospitales, camas por mil habitantes, públicos y privados, y por Comunidad Autónoma.

Durante las dos últimas décadas se ha producido una fuerte reducción de las camas psiquiátricas, mientras que el número de camas para tratamientos de larga duración ha experimentado cierto incremento. El SNS gestiona el 80% de la dotación de camas de agudos, pero sólo el 36% de las camas de hospitales psiquiátricos y el 30% de las camas en hospitales de larga estancia. Estos datos parecen indicar que la capacidad de camas instaladas para este tipo de atención sanitaria presenta una tendencia de desplazamiento al sector privado. El número de camas de agudos por 1.000 habitantes se ha reducido igualmente, una tendencia que se ha observado también en otros países europeos.

Como se ilustra en la **figura 8**, uno de los factores que ha pesado en esta reducción de las camas de agudos es la progresiva introducción de la ambulatorización, en detrimento de la hospitalización de ciertos procedimientos quirúrgicos, la quimioterapia y la diálisis, entre otros tratamientos.

Fig. 5.3 Evolution of hospital beds and day-hospital posts* in Spain, 2000–2007



Source: EESRI 2008. Reproduced from SNS Annual Report 2008, MSPS 2010a.
 Note: * Structural capacity dedicated to day-care either medical or surgical.

Figura 8: Evolución 2000-2007 de camas y puestos de hospital de día.

La inversión en **tecnologías de la información** (TI) se ha acelerado en los últimos años. Una de las acciones en el marco del desarrollo de servicios públicos digitales es el programa Sanidad en línea. Este programa ha permitido la cofinanciación de la infraestructura de tecnologías de la información y la evolución en este ámbito de las comunidades autónomas, así como los avances del nodo central de información del SNS, posibilitando así la extensión de la implantación del identificador único del paciente y la historia clínica digital del SNS.

Como en la mayor parte de los países europeos, las cifras de **personal sanitario** por 100.000 habitantes se han incrementado con el transcurso del tiempo en todas las categorías. No obstante, conviene destacar el crecimiento experimentado en España por determinados perfiles profesionales, como las enfermeras, los dentistas o los farmacéuticos (cuyas cifras se han multiplicado varias veces en el contexto de una población en crecimiento), que contrasta con la relativa estabilidad del número de médicos (aunque sigue por encima de la media europea). Este fenómeno refleja bien la ampliación de las funciones de estos profesionales dentro de la gama de servicios ofrecidos. De media, los ratios de población por profesional de atención primaria son 1.410 personas por cada médico de familia, 1.029 niños y niñas por cada pediatra y 1.663 pacientes por cada enfermera. Los trabajadores

sanitarios disponibles por cada 1.000 habitantes en el ámbito hospitalario se distribuyen como se indica a continuación: 1,7 médicos, 2,93 enfermeras y 2,47 profesionales de áreas asociadas a la enfermería. Las tasas de médicos se encuentran entre las más altas de la unión europea.

Durante un tiempo, España fue un exportador neto de médicos y enfermeras a países como el Reino Unido y Portugal. Sin embargo, durante la mayor parte de la última década, la escasez de profesionales sanitarios en determinadas especialidades se ha convertido en el principal problema de la planificación de los recursos humanos en el campo de la salud.

2 Principales reformas sanitarias en la última década

Las reformas sanitarias de la década de los 80 del pasado siglo tuvieron como principal objetivo la ampliación de la cobertura y del acceso a los servicios sanitarios, completando así la transición desde un sistema de seguridad social restringido hasta un servicio nacional de salud de cobertura universal financiado a través de impuestos. Como consecuencia del contexto económico imperante en los años 90, las reformas de esta década se centraron en la contención de los costes y la innovación en la gestión. Las reformas puestas en marcha en la primera década del siglo XXI estaban destinadas a lograr la coordinación y la cohesión tras el traspaso de las competencias de salud.

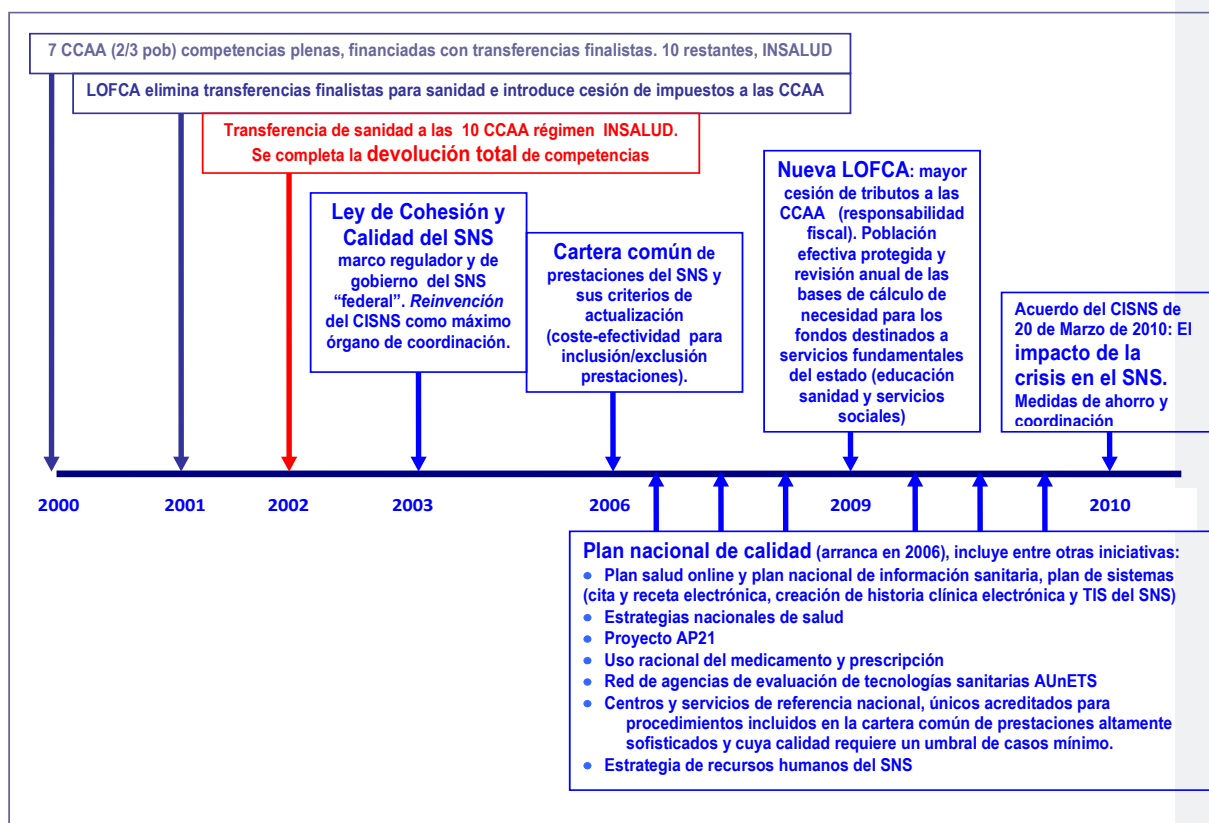


Figura 9: Cronología de las Reformas 2000 - 2010

La finalización del traspaso pleno de las competencias en materia de salud a las comunidades autónomas se tradujo en una búsqueda de mecanismos para equilibrar la tensión entre la federalización y un punto de vista nacional coherente que garantice la igualdad de derechos de los españoles con independencia de la comunidad autónoma en la que residan. Las reformas pueden agruparse en torno a los cuatro elementos clave en un contexto de descentralización:

1. Adaptación de los organismos y las herramientas a la nueva arquitectura federal. Partiendo de la base de la Ley General Sanitaria, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 estableció la hoja de ruta. Se elevó al CISNS a la posición de máxima autoridad del Sistema Nacional de Salud, allanando así el camino para un novedoso proceso de formulación de políticas de forma consensuada basado en la gestión del conocimiento. Este enfoque se reforzó con la aprobación en 2005 del Plan de Calidad del SNS, que se ha convertido en uno de

los principales motores del diseño, la implantación y el seguimiento de normas de calidad en todo el SNS, con el desarrollo de Estrategias Nacionales en Salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes.

2. Cartera de servicios comunes. La nueva cartera de servicios que preveía la Ley de Cohesión y Calidad del SNS debía ser lo suficientemente amplia para incluir todos los servicios enumerados en el catálogo de 1995 y también las nuevas prestaciones que se habían consolidado desde entonces. En vigor desde 2006, también abordaba la modernización de determinados conceptos, como las prestaciones de salud pública. La otra innovación de la nueva Ley era el establecimiento de un procedimiento de actualización acordado de la cartera de servicios que regulaba explícitamente los mecanismos y requisitos para la inclusión de nuevas prestaciones en la cartera. Se hacía especial hincapié en el papel de la evaluación de las técnicas, tecnologías o procedimientos sanitarios y en la aplicación de un enfoque de evaluación basado en la relación entre coste y efectividad.

3. Adjudicación y distribución de fondos para ayudar a las administraciones regionales a asumir las competencias traspasadas. La revisión de la ley de financiación autonómica de 2001 dio lugar al primer sistema de financiación en el que se suprimieron las transferencias finalistas de fondos para sanidad y estos fondos se integraron en el sistema general de financiación (con el resto de las competencias traspasadas). Sin embargo, el funcionamiento de este sistema presentaba algunos defectos, que se pretendieron solucionar con la modificación de la ley aprobada en 2009, y aplicada a partir de los presupuestos generales de 2011. Las modificaciones aprobadas se traducen en una mayor autonomía fiscal de las comunidades autónomas, incrementando el porcentaje de cesión de los tributos parcialmente cedidos a éstas hasta el 50% en el caso de los impuestos generales (IRPF, IVA) y hasta el 58% para los impuestos especiales de fabricación (hidrocarburos, alcohol, tabaco). Asimismo, se redefinieron las herramientas de mejora de la equidad horizontal

y vertical: se establecieron fondos de compensación y garantía a fin de asegurar que las comunidades autónomas con rentas más bajas pudieran prestar la misma cantidad de servicios, y con la misma calidad, que las de rentas más elevadas. Asimismo, se modificaba el criterio de reparto per cápita, que pasaba a basarse en la población ajustada por la población protegida efectiva, la población en edad escolar y mayor de 65 años, además de los factores geográficos tenidos en cuenta anteriormente. La actualización anual de las bases de cálculo poblacional constituían otra mejora para el ajuste de fondos a necesidad.

4. Un sistema nacional de información, capaz de dar cobertura tanto el nivel autonómico como al nacional.

El objetivo es posibilitar la transparencia en el seguimiento de los resultados y la distribución de recursos en todo el territorio nacional. El Plan de Calidad del SNS incluye las actividades en curso para la implantación del Sistema de información sanitaria del SNS, un sistema de identificación fiable de los pacientes que incluya información clínica relevante y el desarrollo de una historia clínica digital o electrónica para todo el territorio nacional, estableciendo así los fundamentos para que el SNS actúe de facto como asegurador único y garantizando a los pacientes la continuidad de la atención sanitaria fuera de la comunidad autónoma en la que residan.

Como balance de esta década de reformas, es notable que las medidas tomadas desde el momento de las transferencias (y que *ex-post* encajan perfectamente en los 4 ejes descritos), presentan, sin embargo, una cronología y una dinámica de adopción que se ajusta más a una toma de decisiones reactiva que a un plan proactivo como refleja el cuadro de arriba

3 Evaluación del SNS.

Este diagrama de la **figura 10** resume el marco teórico de evaluación del desempeño propuesto por la OCDE e internacionalmente aceptado. La intención es identificar los elementos que será necesario medir para emitir un juicio sobre cuan efectivo, eficiente y equitativo es un determinado sistema sanitario.

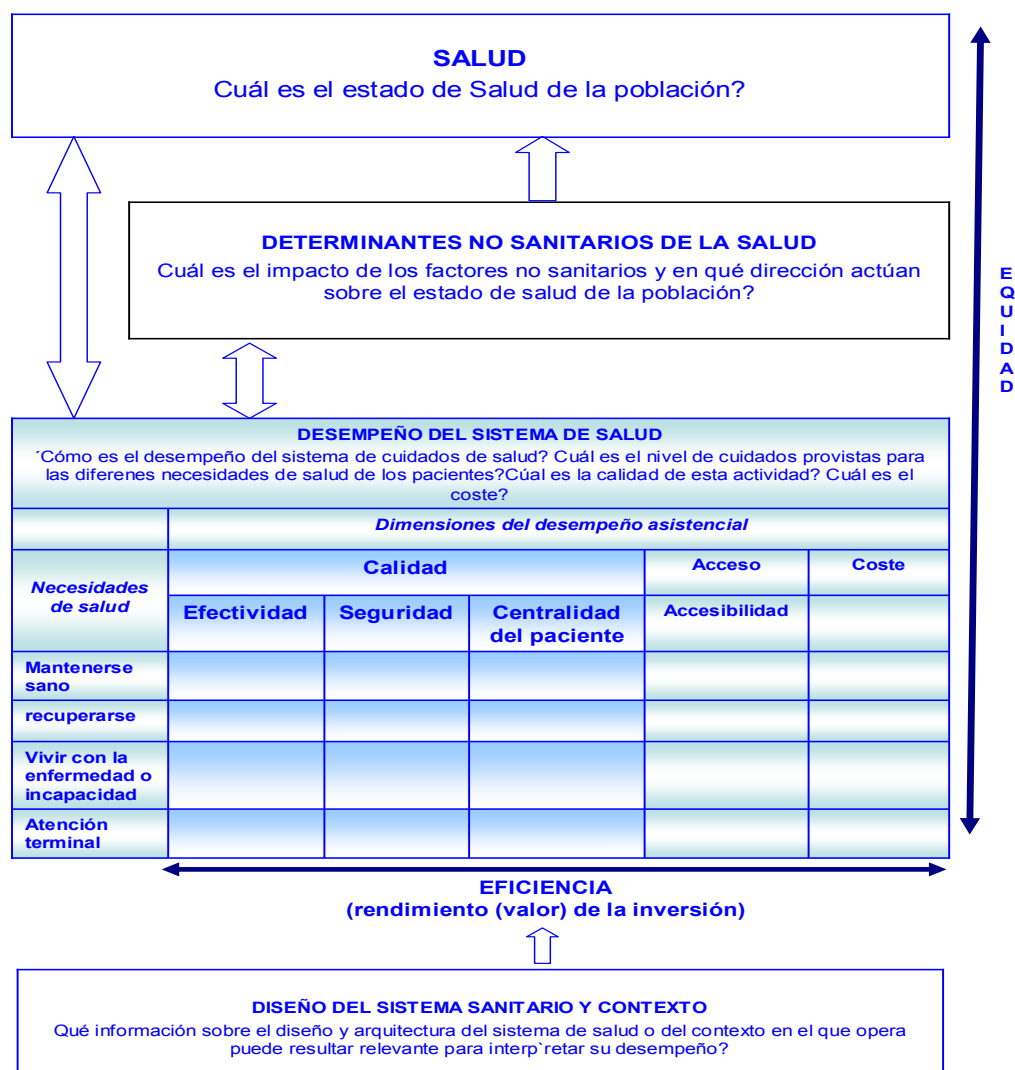


Figura 10: Marco teórico de la evaluación del desempeño del sistema de salud

La medida última de resultado son los niveles de salud que presenta la población a la que protege. Como es bien sabido, el estado de la salud de las poblaciones viene determinado por un conjunto de factores de los cuáles el sistema sanitario es tan sólo uno más. Es, pues, importante elegir indicadores cuya evolución pueda relacionarse con logros del sistema. Uno de los más populares es la tasa de mortalidad por condiciones sensibles a la acción del sistema. Así, por ejemplo, las tres principales causas de mortalidad en España desde 1970 hasta hoy han sido las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias.

En la serie temporal se observa un constante descenso en las

tasas de mortalidad reales debidas a dichas causas. Como se aprecia en esta **figura 11**, las tasas más recientes se sitúan entre las más bajas de Europa.

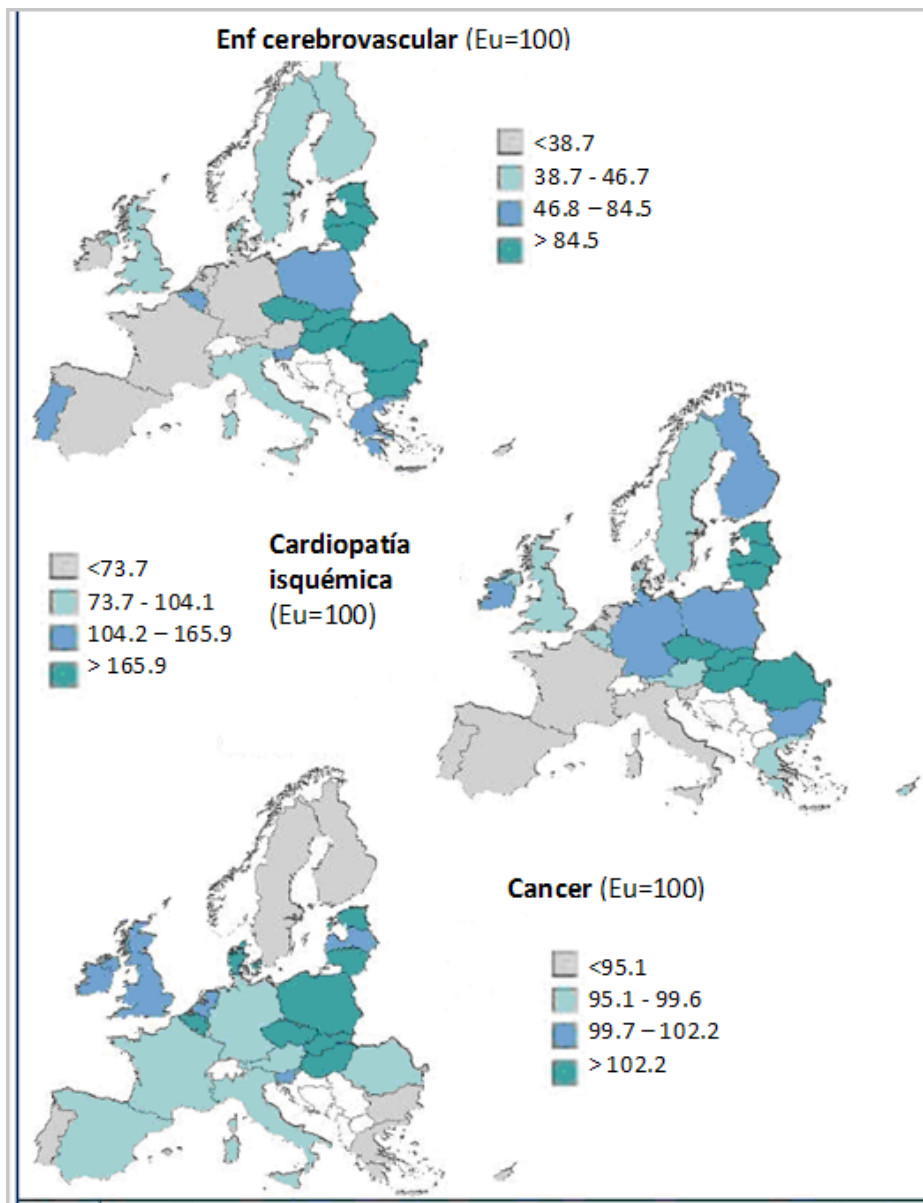


Figura 11: Tasa de mortalidad ajustada por edad, causas seleccionadas en países de la UE, último año disponible (2004–2007); Fuente: Datos del Instituto de Información Sanitaria 2009a modificados; datos originales de la Oficina Regional para Europa de la OMS 2009.

Sin embargo, la **figura 12** muestra como la distribución de estas tasas (2006) dentro del país está lejos de ser homogénea entre comunidades autónomas. De hecho, presenta un rango de variación intra-país comparable al europeo.

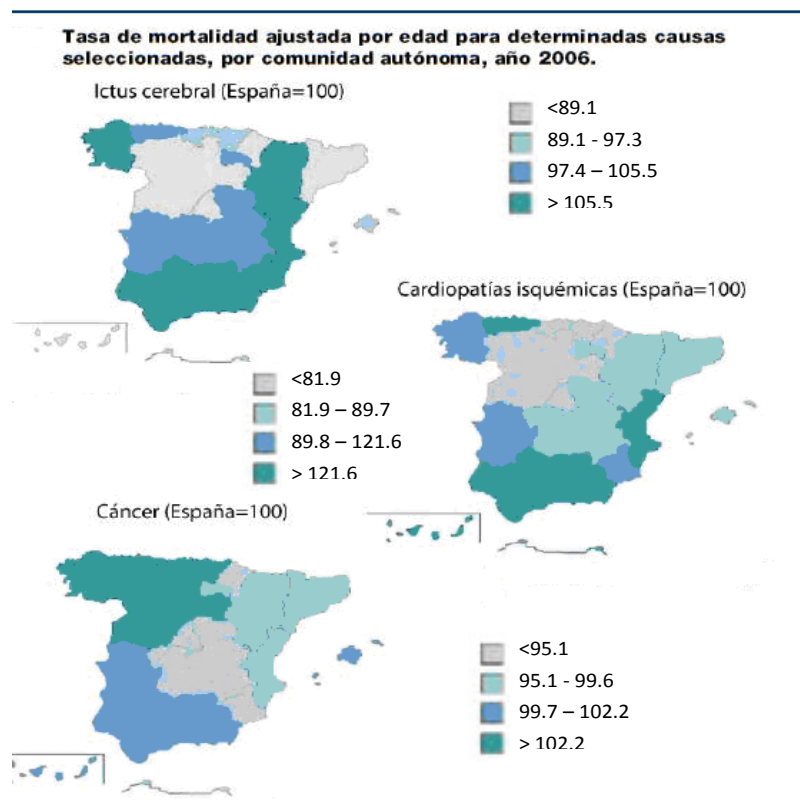


Figura 12: distribución de tasas de mortalidad 2006 por CCAA en España

Indudablemente, determinantes no sanitarios de salud también jugarán su papel en estos resultados. Por ello para determinar el efecto específico del sistema se recurre a medir cómo de efectivos "a priori" son los cuidados que provee. Esto se traduce en valorar la calidad técnica de sus actividades (grado de efectividad y seguridad) y la calidad humana (cómo se compadece con las necesidades y valores de los usuarios). Los parámetros de la calidad técnica valoran los resultados de salud derivados de la intervención sanitaria concreta o, en ocasiones, analizan el propio proceso para ver si se ajusta a los estándares que la evidencia científica reconoce como efectivos y seguros.

Siguiendo con este marco teórico, resultará también relevante saber cuánto gasta en obtener tales resultados, de forma que sea posible determinar la eficiencia en el uso de los recursos que invierte. Un sistema eficiente minimiza el gasto que realiza para obtener los resultados que persigue o, más frecuentemente, sujeto como está a una limitación presupuestaria, maximiza los resultados que es capaz de obtener empleando los recursos disponibles. Ahí es donde interviene el diseño del sistema y el

contexto institucional en el que se desenvuelve.

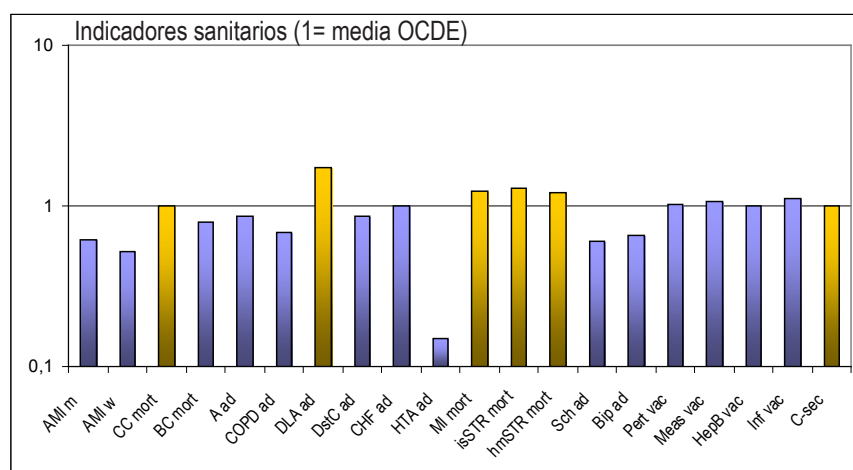
Quedaría por abordar la dimensión del desempeño que se refiere a cómo se distribuyen los beneficios y las obligaciones del sistema. ¿Los resultados de salud y la calidad técnica y humana de los cuidados prestados son accesibles a toda la población protegida de acuerdo con el criterio de necesidad -sin que medien factores de localización geográfica, edad, sexo, condición socioeconómica o estado de salud? La medida en que la respuesta se aproxima al si nos señala el grado de equidad en el acceso a los servicios.

Para evaluar la distribución de las cargas del sistema (equidad financiera) la pregunta sería ¿la contribución a la financiación del sistema sigue criterios de progresividad –se aporta en función de la riqueza, no de la necesidad o de la pertenencia a un determinado grupo social?

Veamos como aplica este marco al SNS cuando lo comparamos con otros países y cuando analizamos sus componentes.

3.1 Calidad y seguridad del paciente

Atendiendo a criterios de medición internacionales, el SNS ocupa, en general, una posición bastante elevada, ya que obtiene de forma sostenida buenos resultados en distintos ámbitos evaluados. En la **figura 13** se muestra en trazos gruesos la posición del SNS en relación a la media de los países de la OCDE para los indicadores más frecuentemente medidos. Se observa que los resultados obtenidos son en general iguales o mejores, con la excepción de la mortalidad por cáncer colorrectal, la tasa de amputaciones de origen diabético y la mortalidad intrahospitalaria por IAM e ictus que se sitúan ligeramente por encima de la media. La tasa de cesáreas coincide con la media OCDE.



Mortalidad potencialmente evitable: AMI infarto agudo de miocardio (*m*=hombres, *w*=mujeres). *CCmort* cáncer colorrectal. *BCmort*, cáncer de mama. **Hospitalización potencialmente evitable:** *Aad*, Asma. *COPD ad*, EPOC. *DLA ad*, amputaciones miembro inf por diabetes. *DstC ad*, complicaciones agudas de la diabetes. *CHF ad*, enf cardíaca congestiva. *HTA ad*, hipertensión. **Tasa de fatalidad intrahospitalaria (30 días):** *AMI mort*, infarto agudo de miocardio. *iscSTR mort*, ictus isquémico. *HemSTR mort*, ictus hemorrágico. **Readmisión psiquiátrica no planeada** *Sch ad*, esquizofrenia. *Bip ad*, enf bipolar. **Vacunación:** *Pert vac*, tosferina. *Meas vac*, rubeola. *HepB vac*, hepatitis B. *Inf vac*, gripe. **C-sec** Cesáreas

Figura 13: SNS español en relación a indicadores sanitarios de OCDE seleccionados.

Por lo que se refiere a la seguridad de los cuidados provistos, los indicadores basados en dato secundario (CMBD) no resultan todavía fiables para la comparación entre países -dada su sensibilidad a la tradición de codificación y los elementos de información contenidos en estas bases de datos en cada país-.

Sin embargo, una comparación realizada por Aranaz et al, basada en revisión de historias clínicas arrojaba una conclusión igualmente positiva al comparar el desempeño del SNS con el de Australia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Canadá y Londres (ver gráfico adjunto). De acuerdo con esta evidencia, la tasa de eventos adversos en los hospitales españoles estaría entre las más bajas (**figura 14**).

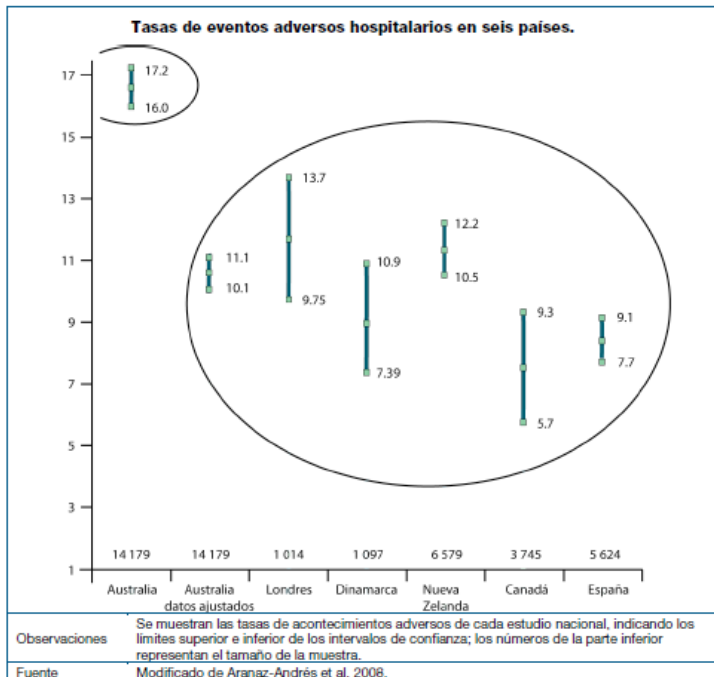


Figura 14: Comparación de eventos adversos en hospitales en seis países seleccionados.

Sin embargo, los estudios nacionales, señalan diferencias notables entre los hospitales españoles. Bajo estas líneas (**figura 15**) se muestra la considerable variación, no atribuible al case-mix, que se detecta entre hospitales: el hospital con la tasa de mortalidad en GRDs de baja mortalidad más alta prácticamente dobla la tasa del menor (una razón de variación de 2,2); 4,5 veces en la úlcera de decúbito; 3,8 en la infección asociada a catéter; 2,2 en el embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda postoperatorio y 4,2 en la sepsis postoperatoria.

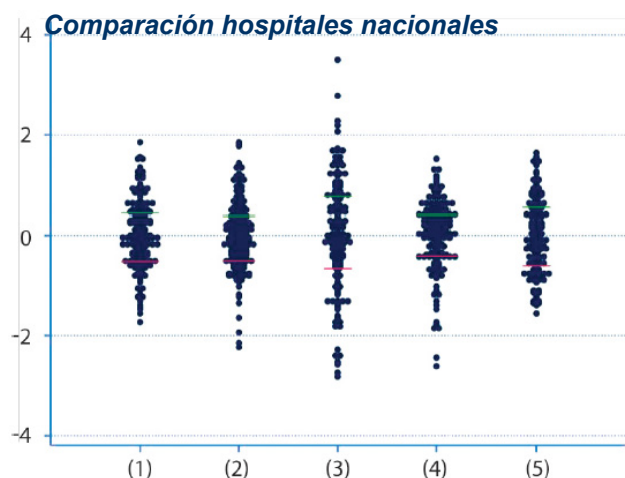
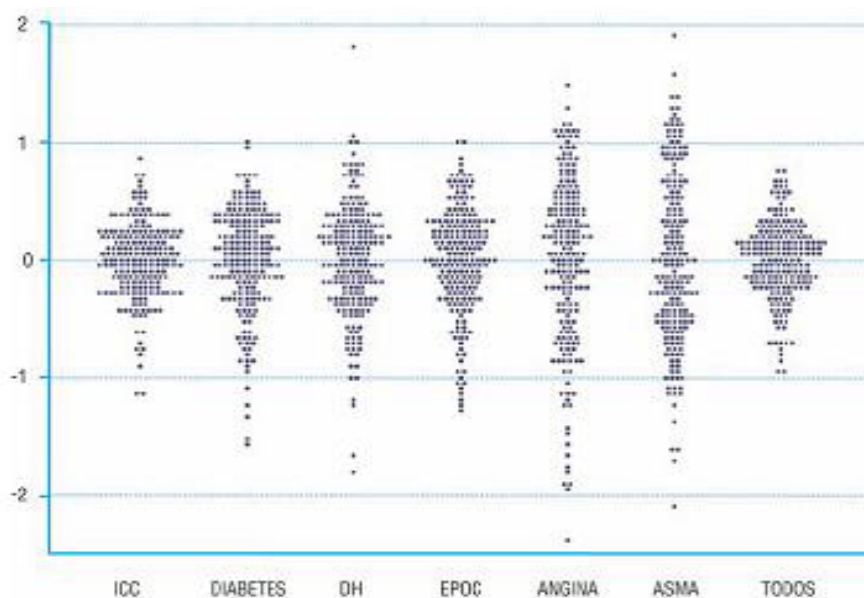


Figura 15: Comparación tasas de eventos adversos por hospital del Atlas de Variación de la práctica Médica; Los puntos representan las tasas de los indicadores de seguridad de pacientes por hospital; (1) mortalidad en GRD de baja mortalidad; (2) úlcera de decúbito; (3) infección asociada a catéteres; (4) embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorio; y (5) sepsis postoperatoria. Fuente: Atlas VPM 2009

La iniciativa Atlas de Variación de la práctica Médica también nos muestra varias instantáneas sobre las diferencias en otros indicadores de calidad. Por ejemplo, examinemos el comportamiento de las áreas sanitarias en todo el país con respecto a las hospitalizaciones potencialmente evitables (indicador de la calidad de los cuidados ambulatorios en enfermedades crónicas –la lógica es que las reagudizaciones que provocan la hospitalización serían evitables con un buen manejo extrahospitalario-).

Como se aprecia en el siguiente gráfico (**figura 16**), el grado de variación según el área en el que habitan los pacientes es considerable para todas las patologías analizadas



Tasas estandarizadas de ingresos hospitalarios potencialmente evitables por causas individuales y agregadas según área de residencia en 2008-2009.

Observaciones: cada punto representa un área sanitaria. Las tasas se calculan por 10.000 habitantes y se presentan en escala logarítmica centrada en el 0

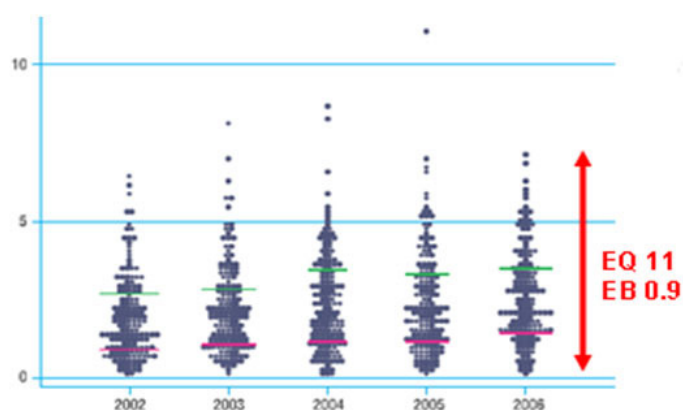
Fuente: Atlas VPM

Figura 16: variabilidad entre áreas para procesos seleccionados.

Cuando se analiza el grado de utilización de procedimientos que se consideran muy efectivos como la mastectomía conservadora, o de escasa utilidad como la prostatectomía, o bien aquellos en los que la indicación basada en la evidencia se restringe a un grupo relativamente reducido de pacientes bien identificados, como

la cesárea, lo que observamos es que el grado de variabilidad según el area sanitaria en la que habiten los individuos sigue siendo considerable y no se justifica ni por el azar ni por la carga de morbilidad (ver figuras 17 con distintos gráficos combinados). Y esta variabilidad aumenta con el tiempo.

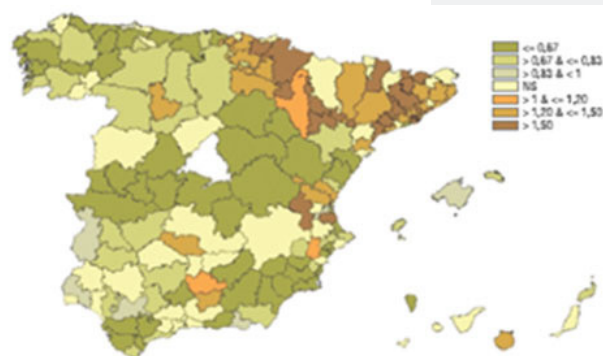
Figura 17: Ejemplos de variabilidad en el uso de intervenciones (prostatectomía, cirugía conservadora de cáncer de mama y cesárea) por áreas de residencia y su evolución. Fuente; Atlas de Variación en la Práctica Médica.



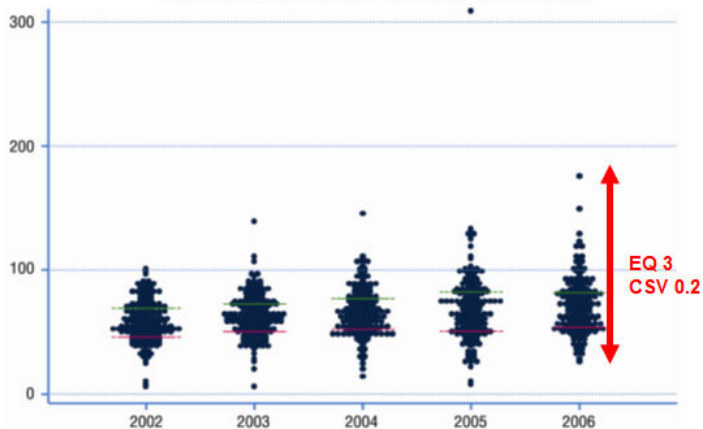
Evolución tasas estandarizadas de Prostatectomía en cáncer próstata por 10.000 habitantes

Observaciones: en los gráficos de puntos, cada punto representa un área sanitaria. Las tasas se calculan por 10.000 habitantes

En el mapa las áreas en color crema presentan tasas de Mastectomía conservadora equivalentes a lo esperado (media nacional). Los tonos marrones identifican áreas con uso mayor de la media y los verdes utilización por debajo de lo esperado
Fuente: Atlas VPM



Razón de utilización de cirugía conservadora en cáncer de mama



Evolución de las tasas estandarizadas de cesárea por área de residencia

3.2 Satisfacción

La encuesta Eurobarómetro de 2007 sobre servicios de salud transfronterizos proporciona algunas pruebas indirectas (Gallup Organization 2007). Cuando se preguntó a los ciudadanos las razones por las que no viajarían a otros países para recibir

asistencia sanitaria, entre los que mencionaron su "Satisfacción con la atención sanitaria en su propio país", España ocupaba un lugar ligeramente inferior a la media de la UE15, con un 88% de satisfacción declarada (**figura 18**)

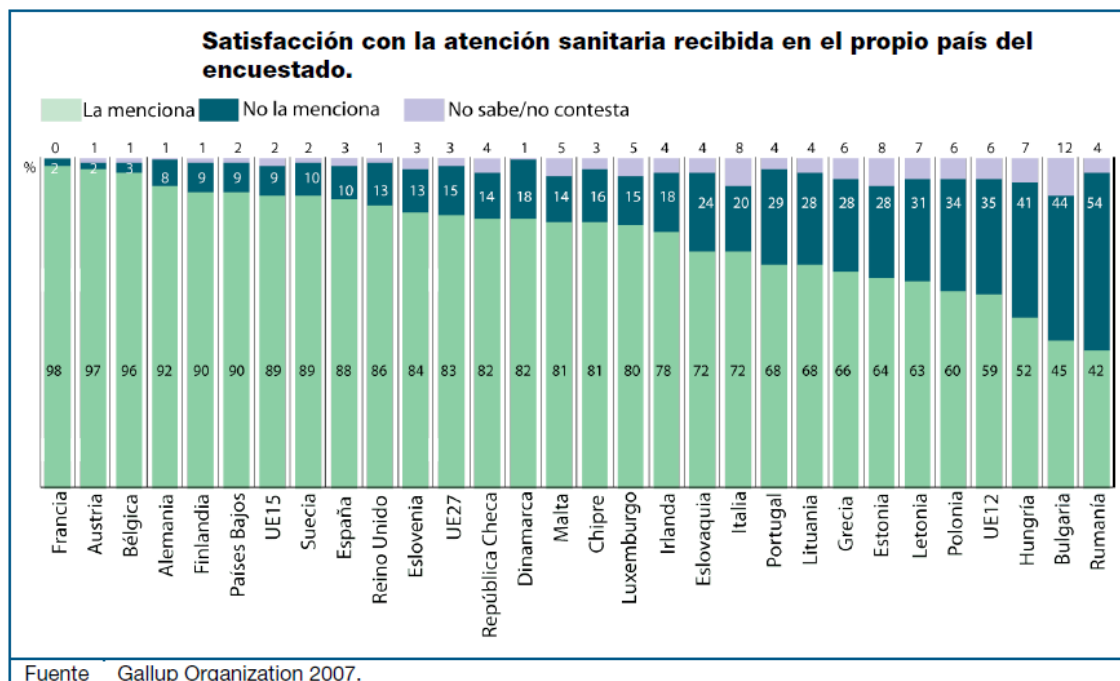


Figura 18: Encuesta de satisfacción con la atención sanitaria en países seleccionados. Fuente: Eurobarómetro 2007.

En España, desde 1995 una encuesta específica denominada Barómetro Sanitario investiga las expectativas y opiniones de los ciudadanos. En 2010 (última oleada publicada), la sanidad era el servicio social más importante para el 29,2% de los ciudadanos. La encuesta detectó que la población estaba en general satisfecha con el rendimiento sanitario del SNS: el 73,9% de los ciudadanos consideraba que el sistema funcionaba bien, aunque eran necesarios algunos cambios. En la atención primaria, la atención de urgencias y la atención hospitalaria, los encuestados mostraban una clara preferencia por el sistema público en detrimento del privado. Sin embargo, en el caso de las consultas de especialidades, aunque el sistema público también era el preferido, los porcentajes de ciudadanos que se decantaban por el sistema público y el sistema privado eran muy similares (48,0% frente al 42,9%).

En general, los ciudadanos muestran una gran confianza en los

profesionales y otorgan puntuaciones elevadas al equipamiento y la tecnología. Asimismo, consideran apropiada la interacción personal con los profesionales en todos los niveles de atención (la puntuación superaba los 7 puntos de un máximo de 10). Sin embargo, la información institucional recibió peores puntuaciones. Los ciudadanos siguen teniendo problemas con la información sobre los servicios prestados en su zona (5,1), las medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias (4,6) y los derechos y vías de reclamación a su disposición (4,4).

la percepción que los pacientes tienen de la evolución de las listas de espera es negativa, con el 61,4% de los encuestados opinando que en los últimos 12 meses el problema ha empeorado o sigue igual. A esto se suma la sensación de que las autoridades sanitarias no toman medidas para mejorar esta situación (el 62,8 % de los encuestados considera que no se hace nada o ignora qué se hace). De hecho, los aspectos relativos a las listas de espera son los que recibieron peores puntuaciones en el Barómetro Sanitario 2010: la satisfacción con las listas de espera no alcanza el aprobado (sobre un máximo de 10 puntos) en ninguno de los niveles asistenciales; el tiempo de espera para una consulta una vez que el paciente solicita cita recibe una puntuación de 4,89, el tiempo de espera para la realización de pruebas diagnósticas también se puntúa con un 4,87 y el tiempo de demora para el ingreso no urgente recibe un 4,74.

3.3 Equidad

Para analizar esta dimensión del desempeño se ha adoptado un enfoque que asume que las diferencias en la utilización pueden ser un *proxy* de la inequidad del acceso en los servicios basados en la evidencia (es decir, caracterizados por una importante carga de conocimiento sobre su eficacia y seguridad). En estos casos, las diferencias por nivel de renta de las tasas estandarizadas por sexo y edad se considerarán inequidades en el acceso.

Como puede comprobarse en la **figura 19** con la salvedad de la mastectomía conservadora entre los 50 y los 70 años de edad, que parece que presenta razones de utilización estandarizadas más elevadas en las áreas de salud más ricas (sólo la primera es significativa desde el punto de vista estadístico), el resto

de los procedimientos, o bien se realizan más a las personas más desfavorecidas (por ejemplo, la ACTP) o bien no muestran diferencias estadísticamente significativas con respecto a la curva de equidad (curva de Lorenz de 45°).

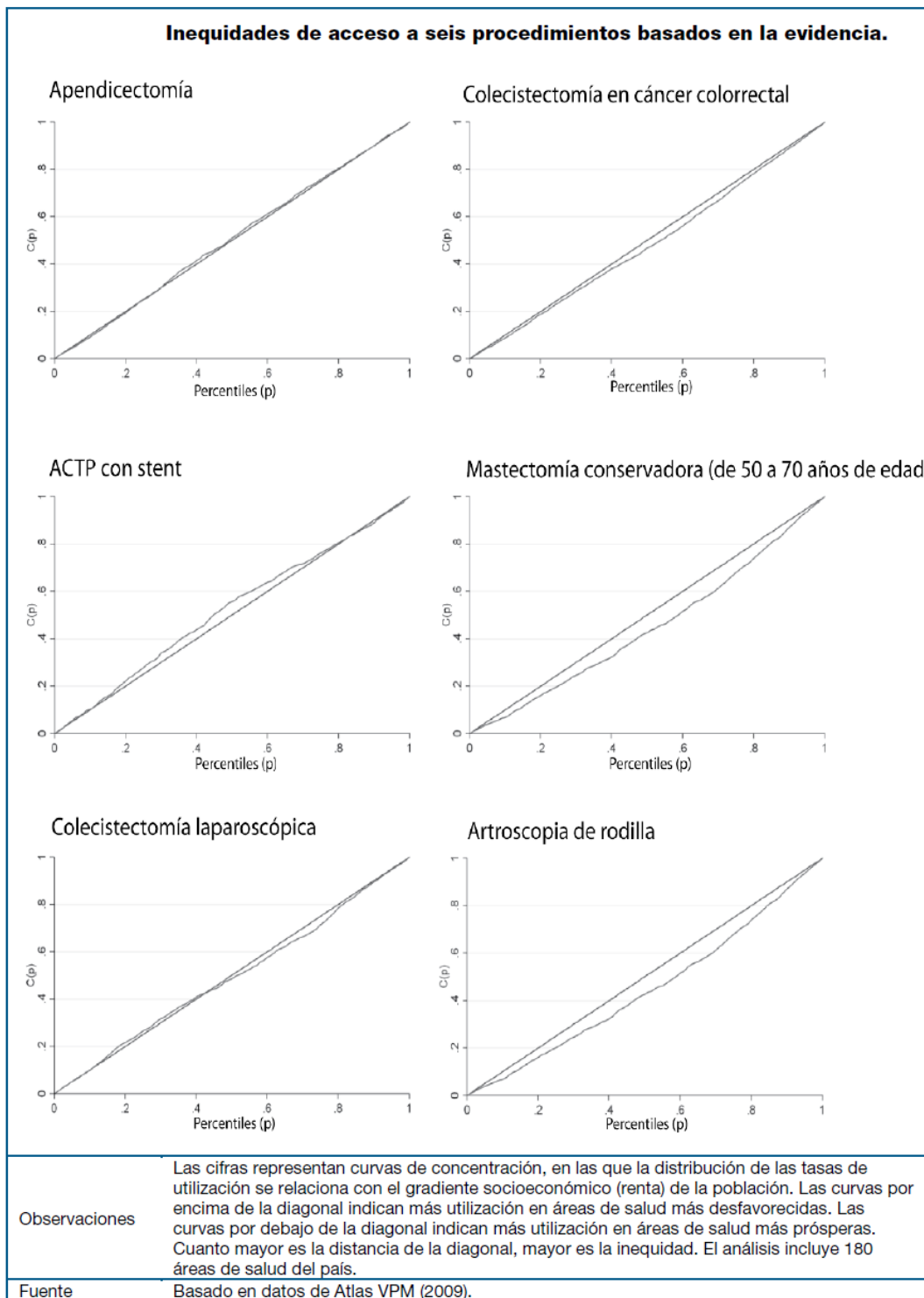


Figura 19: Utilización en función del gradiente socio-económico de procedimientos efectivos seleccionados, en 180 áreas de salud. Fuente: Atlas VPM 2009.

3.4 Eficiencia

Los resultados expuestos aguantan bien la comparación europea y sugieren que, aunque con claras limitaciones, el sistema alcanza sus objetivos de forma razonable. Cuando se analizan los recursos invertidos se comprueba que se han alcanzado con un nivel relativamente bajo de gasto (en la actualidad, el 8,5% del PIB español, un porcentaje inferior al promedio europeo). La conclusión que puede extraerse de estos datos es que, en términos generales, los ciudadanos españoles disfrutan de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad (ver figura 20)

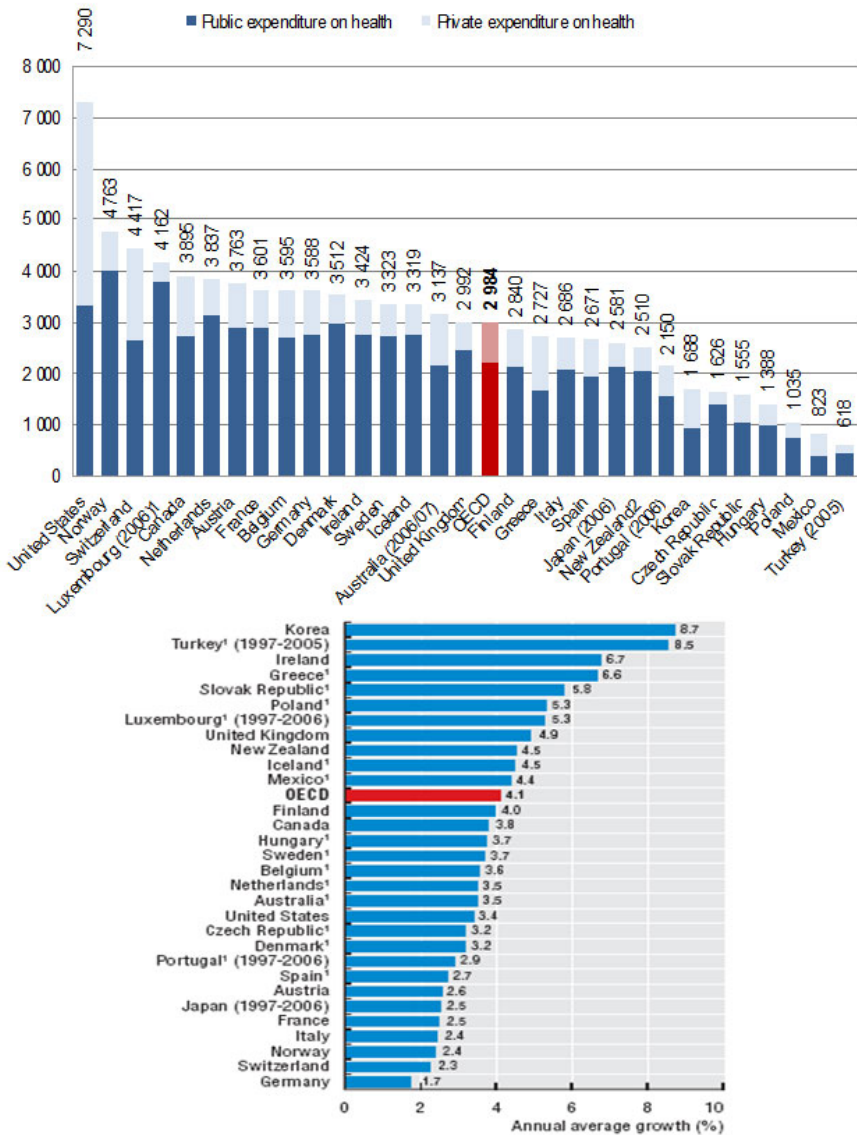


Figura 20: Gasto per cápita (en US \$ y ajustado por PPP) en países seleccionados, y tasa de crecimiento anual (1997-2007)

3.5 Retos para el gobierno del SNS: ¿qué piensan los actores involucrados?

Más allá de estas evidencias cuantitativas, se han llevado a cabo varias iniciativas destinadas a recoger las opiniones de las partes involucradas del SNS sobre los principales problemas del mismo. Uno de estos ejercicios merece especial atención porque recoge la opinión de los tres principales grupos de actores del SNS (pacientes, profesionales y políticos y gestores) en tres análisis Delphi distintos realizados entre 2005 y 2009 (Fundación SIS 2006, 2008, 2009). A estas partes interesadas se les pidió que hicieran una predicción para las próximas décadas sobre distintos aspectos: gobernabilidad y financiación, salud pública y atención sanitaria, grado de orientación al paciente, calidad, retos futuros, etc. Los distintos actores del sistema coincidían en muchas de sus predicciones sobre varios temas –resumidas en la **tabla 2**-.

Tabla 8.6 Predicciones de los distintos actores del SNS sobre los cambios esperables.		
Pacientes/ciudadanos (2008)	Profesionales sanitarios (2007)	Políticos y gestores (2005)
La confrontación política frenará las reformas necesarias.	Las transferencias de las competencias sanitarias a las CC.AA. incrementarán las inequidades.	El gasto sanitario va a aumentar.
El actual sistema de copago de los medicamentos evolucionará para convertirse en un sistema progresivo basado en la renta.	El número de personas con seguros sanitarios privados disminuirá debido a la recesión económica.	Se aplicarán impuestos específicos y se concederá capacidad normativa en el ámbito fiscal a las comunidades autónomas.
El mercado de los seguros sanitarios privados y proveedores privados de atención sanitaria crecerá, al igual que los problemas para mantener la actual cartera de servicios comunes con cobertura universal.	El uso de procedimientos de desarrollo profesional y la evaluación continua de las competencias será fundamental para conservar e incrementar la confianza de pacientes y ciudadanos.	El actual sistema de copago de los medicamentos evolucionará hasta ser un sistema progresivo basado en la renta con exenciones.
La corresponsabilidad del paciente en la toma de decisiones informadas (incluso compartidas) será asumida por pacientes y profesionales.	Se aplicará un sistema de copago de medicamentos e innovaciones terapéuticas.	Se mantendrá la hegemonía de la contratación estatutaria.
Se facilitará información sobre el rendimiento de los proveedores y para ayudar a pacientes y ciudadanos a escoger las mejores opciones.	Se publicará información sobre variaciones no justificadas en utilización, resultados y costes con el fin de contribuir a las políticas de calidad y seguridad.	El desarrollo de la TI será básico para la rendición de cuentas del SNS.
	Prevalecerán el empoderamiento de ciudadanos y pacientes y la toma de decisiones informadas (incluso compartidas).	Los gestores tendrán un perfil más profesional.
	La información sobre los resultados de los proveedores se facilitará a pacientes y ciudadanos.	La retribución de los profesionales se alineará con la consecución de objetivos.
	Los pacientes participarán en el diseño de indicadores de calidad orientados al paciente.	Aumentarán los fondos para I+D.
		Se hará mayor hincapié en la especialización de los hospitales, reduciendo la influencia de la atención primaria como centro del SNS.
		La información a pacientes y ciudadanos será básica para la sostenibilidad del sistema.
		Se facilitará información para ayudar a pacientes y ciudadanos a elegir proveedores de atención sanitaria y planes de seguros.

Tabla 2: Predicciones de estudios Delphi sobre evolución del SNS español en 2005, 2007 y 2008, Fuente: Fundación FSIS.

Especialmente notables son las menciones al sistema de copago vigente en aquel momento, así como el rechazo general a la extensión del copago a otros servicios médicos, o la referencia a la información como la base para mejorar la calidad del SNS y para tener un sistema fiable y sostenible. Por otra parte, es evidente que existe un sentimiento de que el propio SNS presenta ciertos obstáculos que suelen dificultar la realización de grandes reformas: el régimen contractual estatutario, los límites de la recertificación de competencias o la fragmentación de la atención, así como el desequilibrio en la prevalencia de la atención hospitalaria. También parecen coincidir en que la información es básica para la mejora de la calidad, la fiabilidad y la sostenibilidad del SNS.

Pese a que se han puesto en práctica importantes acciones para desarrollar la base tecnológica, la información del sistema sanitario en España carece de un marco común de valoración de los resultados. De hecho, el sistema está todavía basado en exceso en datos de recursos o de actividad (en detrimento de la información sobre resultados) y la conectividad entre los sistemas de información sanitaria continúa siendo limitada (tanto dentro de las comunidades autónomas como entre ellas). Esta situación frena la posibilidad de una evaluación sistemática del rendimiento del SNS a cualquier nivel de desagregación.

4 Políticas 2011-2012 ante el agravamiento de la crisis económica.

La secuencia de cambios desde que en 2008 se inicia la crisis económica, puede verse en la Tabla 3.

2008 Elecciones Generales: Ignorancia o negación de la crisis

2009 Minimización del efecto de la crisis: se plantea como política promover la confianza y se promueven obras públicas para estimular la economía (Plan E de estímulo de la Economía y el Empleo).

- **2010 Mayo:** EURO-GROUP + ECOFIN: RDL 8/2010 (24 Mayo), Cambio radical de políticas para ajustarse a exigencias europeas: reducción del 5% del salario a empleados públicos.
- **2010 Noviembre:** Cataluña, elecciones; CiU comienza a hacer ajustes en sanidad.
- **2010 Diciembre :** Presupuestos para 2011: paquete adicional de austeridad
- **2011 22 Mayo :** Elecciones autonómicas y municipales: grave derrota electoral del PSOE
- **2011 27 Septiembre** – Enmienda rápida de la Constitución Española (prioridad a la estabilidad financiera y al pago de la deuda)
- **2011 20 Noviembre : Elecciones Generales :** El PP gana por mayoría absoluta: Rajoy Presidente
- **2011 Diciembre:** Primer paquete de austeridad (16mM € ahorros)
- **2012 Febrero:** Reforma Laboral
- **2012 Marzo:** Huelga general contra la Reforma Laboral
- **2012 Marzo:** Elecciones en la CA Andalucía: el PP no puede gobernar contra todo pronóstico
- **2012 24 Abril Reforma Sanitaria de Rajoy; RDL 16/2012: ASEGURAMIENTO Y COPAGOS**
- **2012 27 Abril : Ley de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (capacidad de intervenir CCAA)**
- **2012 Mayo:** segunda reforma financiera y rescate y nacionalización de BANKIA
- **2012 Julio:** Eurogrupo establece condiciones de intervención en el sector financiero español y en las políticas económicas. Nuevo paquete de austeridad de Rajoy (IVA al 21%, retribuciones de funcionarios, horarios y libranzas, reducción de cargos públicos, etc.)

Tabla 3: Eventos significativos en la respuesta política a la crisis económica. Cedido por Repullo JR, y Freire JM.

El Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, de “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, constituye la pieza básica de las políticas sanitarias que el Partido Popular ha articulado en la legislatura iniciada en 2012 en el contexto de crisis económica. <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

Su extensión, prolijidad de materias y urgencia, llevo a una extensa corrección de errores que modificó algunos aspectos relevantes de la regulación.

(<http://www.boe.es/boe/dias/2012/05/15/pdfs/BOE-A-2012-6364.pdf>), utilizando incluso otra norma para modificar aspectos de la distribución y dispensación de medicamentos (<http://www.boe.es/boe/dias/2012/05/26/pdfs/BOE-A-2012-6929.pdf>).

Básicamente, las políticas sistémicas suponen cambios en cinco ámbitos:

- a) La definición de la cobertura del SNS en términos de aseguramiento de grupos poblacionales, y la incorporación de la Seguridad Social (INSS) como entidad determinante en la certificación de la cobertura y en la centralización de la información para la gestión de prestaciones y copagos.
- b) La exclusión de cobertura general de los inmigrantes no regularizados; en estos términos:

«Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles

- c) La diferenciación de la cartera de prestaciones del SNS en varias categorías:
- Común básica: sin copagos
 - Común suplementaria: productos con copago: farmacia, prótesis, transporte sanitario no urgente...
 - Común accesoria: con copago pero no bien definido su contenido
 - Complementaria de las CCAA: no entra en la cobertura común.
- d) El establecimiento de un sistema de copagos (ver tabla 4).
- e) La limitación competencial de las CCAA en la definición de algunas de las políticas tales como la cobertura, las prestaciones y el copago farmacéutico. En particular, para que una CA otorgue prestaciones complementarias

Receta Médica

Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

- 60% del PVP: Para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las personas físicas.
- 50% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- 40% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios que no se encuentren incluidos en los apartados anteriores.
- 10% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el primer apartado.

Topes máximos de aportación

- Medicamentos de aportación reducida: 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima expresada en euros.
- Pensionistas (y sus beneficiarios):
 - 8 €/mes para los que tengan una renta inferior a 18.000 euros.
 - 18 €/mes para los que tengan rentas entre 18.000 y 100.000 euros.
 - 60 €/mes para las rentas superiores.

Exentos de aportación

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30%.

Observaciones : En los medicamentos de aportación reducida con un máximo de 4,13 € por envase.

Tabla 4: información de la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, donde se explica el nuevo sistema de aportación en recetas de medicamentos.

Las políticas macroeconómicas parecen muy adversas hacia el gasto sanitario público. El documento de Actualización del Plan de Estabilidad del Reino de España 2012-15 presentado a la Unión Europea en 2012 lleva un escenario de reducción del porcentaje del gasto público en sanidad del 6,5 al 5,1% del PIB. (ver **tabla 5**) <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/8A9ED6BD-9183-41EA-A8AC-E4DA56487D8E/202009/ActualizacinProgramaEstabilidad2.pdf>

Cuadro 3.3.5 Cambio en la estructura del gasto por funciones			
	Peso gasto 2010 PIB	Peso gasto 2015 PIB	Variación %
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (S.13)			
01 Servicios públicos generales	5,2	5,4	3,9
02 Defensa	1,1	0,8	-30,4
03 Orden público y seguridad	2,1	1,5	-28,9
04 Asuntos económicos	5,2	2,4	-53,0
05 Protección del medio ambiente	0,9	0,5	-43,9
06 Vivienda y servicios comunitarios	1,2	0,5	-61,0
07 Salud	6,5	5,1	-21,5
08 Actividades recreativas, cultura y religión	1,6	0,8	-48,3
09 Educación	4,9	3,9	-21,3
10 Protección social	16,9	16,1	-5,0
Gasto total	45,6	37,0	-19,0
Fuentes: INE y Ministerios de Economía y Competitividad y Hacienda y AAPP			

Tabla 5: Actualización del Plan de Estabilidad del Reino de España 2012-15

Conclusiones

La conclusión general es que, a lo largo de los años, el SNS ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados mantenidos a lo largo del tiempo con arreglo a distintos parámetros de rendimiento:

- Parámetros relativos al estado de salud de la población y resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario
- Parámetros de equidad en la cobertura, el acceso y la financiación calidad y seguridad de la atención sanitaria
- Satisfacción de los usuarios y legitimación del sistema por la población.

Estos logros se han alcanzado con un nivel relativamente bajo de gasto, si se compara con el porcentaje del PIB que se dedica a la sanidad en otros países europeos. En términos generales, los ciudadanos españoles disfrutaban de un sistema sanitario con una buena relación calidad-precio.

Para poder evaluar correctamente esta información es preciso tener en cuenta también factores políticos. Desde su creación a finales de los años 70 del pasado siglo, el SNS se concibió para ser, además de un componente clave del estado del bienestar a desarrollar, un reflejo de los nuevos valores políticos: la redistribución, la equidad y la transferencia de competencias a los nuevos gobiernos regionales (las comunidades autónomas) eran sus principios rectores. El punto de partida era un estado de salud de la población muy modesto en términos generales, elevadas desigualdades tanto en salud como en asistencia sanitaria y una red sanitaria pública centrada en la atención hospitalaria y de gestión centralizada, que se financiaba con las contribuciones a la seguridad social, en el caso de los trabajadores con rentas medias y bajas, y con pagos directos en el caso de los ciudadanos con las rentas más altas. El SNS debía tener una cobertura universal, financiarse mediante la recaudación tributaria, basarse principalmente en la atención primaria y estar plenamente transferido a las 17 comunidades autónomas, un cambio bastante radical con respecto al anterior "statu quo" que se ha llevado a cabo en un plazo aproximado de 20 años.

En 2010 el sistema se enfrentaba a algunos de los retos generados por sus propios objetivos:

- Promover la cohesión una vez finalizado el proceso de descentralización:
 - Gobernar un sistema nacional de salud integrado por 17 sistemas sanitarios autonómicos independientes, que tienen la jurisdicción principal sobre la planificación y la organización de la salud y la atención sanitaria en sus respectivos territorios
 - Garantizar la equidad horizontal, es decir, la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud, con independencia de su comunidad de residencia, así como la equidad vertical, reduciendo las diferencias consecuencia de los distintos niveles de renta en la prestación de servicios en todo el territorio nacional;
 - Desarrollar nuevos instrumentos que permitan la evaluación comparativa y el aprendizaje mutuo en todo el SNS.
- Adoptar un modelo centrado en el usuario en una estructura de prestación predominantemente pública, dotada, fundamentalmente, con funcionarios y personal estatutario.
- Coordinar la atención sanitaria en una estructura gerencial que, por lo general, es doble, con una división cultural y funcional entre la atención primaria y la atención especializada.

También estaban presentes otros retos a los que también se enfrentan muchos países occidentales desarrollados:

- la transición de un modelo basado en la atención de agudos a un modelo basado en la gestión de enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales;
- en el mismo sentido, la incorporación de la asistencia sociosanitaria y la atención a la dependencia como elemento de equidad para garantizar una atención sanitaria de media

y larga duración, oportuna y de calidad, dando prioridad a las soluciones basadas en la comunidad;

- la organización y prestación de cuidados paliativos y en el final de la vida;
- la adopción de un sistema de evaluación basado en la evidencia en la gestión de la cartera de servicios y la aplicación de un análisis coste-efectividad incremental para evaluar las nuevas prestaciones;
- la mejora del marco de gestión clínica para reducir la distancia entre la evidencia y la práctica clínicas;
- la necesidad de adecuar los incentivos de los proveedores con los objetivos de calidad y eficiencia del sistema (distintos niveles de gestión, profesionales sanitarios, profesionales no sanitarios, proveedores externos, etc.);
- la mejora de las políticas basadas en la evidencia en el ámbito de la equidad y la calidad de la atención sanitaria, incrementando la producción y el uso de evidencia clínica sobre variaciones injustificadas de la práctica médica y de los resultados;
- la rendición pública de cuentas en relación con las políticas aplicadas y la relación coste-efectividad de las mismas;
- la rendición pública de cuentas de los proveedores para posibilitar la elección informada de los pacientes;
- la sostenibilidad financiera, ya en el primer plano de la actualidad como consecuencia de la crisis financiera.

Epílogo

Hasta aquí la descripción de los retos que el sistema español tenía planteados en el 2010. Es en ese momento cuando la negativa evolución de los parámetros macroeconómicos y la adopción de estrictas políticas de austeridad provocan una brusca contracción en los presupuestos públicos.

Los Consejos Interterritoriales a lo largo de 2010 y 2011 parecían haber recogido el guante, adoptando sucesivos acuerdos para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sin abandonar los objetivos planteados. Como ejemplo la batería de medidas aprobadas en los acuerdos de **18 de marzo de 2010** destinadas a dos fines: mantener el ritmo de las medidas de mejora de la cohesión y la calidad en todo el sistema y promover medidas de contención de costes por medio de políticas de utilización racional destinadas tanto a profesionales como a los usuarios y el agrupamiento de recursos en todo el SNS para mejorar las economías de escala. El acuerdo proponía varias estrategias a corto plazo para su inmediata aplicación y anunciaba las principales prioridades a largo plazo de la agenda del CISNS.

Entre las **medidas a corto plazo** destinadas a *mejorar la cohesión y la calidad* cabe citar las siguientes:

- Desarrollo de una norma sobre tiempos máximos de espera con criterios comunes a todo el SNS;
- Culminación de la implantación de una historia clínica electrónica común y el uso extensivo de recursos de e-Salud para facilitar la interacción de las personas con los servicios sanitarios;
- la adopción de un calendario vacunal único para todo el SNS

En el ámbito de la *contención de costes*, las medidas a corto plazo se centraban en:

- II Plan Estratégico de Política Farmacéutica, que incluía la modificación del vigente sistema de precios de referencia, la rebaja de los precios de los medicamentos genéricos y la fijación de precios máximos para medicamentos indicados para síntomas menores.

- Creación de una central unificada de compras para todos los productos médicos incluidos medicamentos. Reconociendo el papel de las comunidades autónomas (e incluso determinados hospitales) como compradores para el suministro a sus respectivos sistemas de atención sanitaria (sin tener en cuenta la prescripción ambulatoria), el nuevo procedimiento de compras agregadas para todo el SNS (al que las comunidades autónomas se sumaban de forma voluntaria), debía mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores.
- La inclusión de cualquier nueva tecnología (también los medicamentos) en la cartera de servicios basada exclusivamente en análisis coste-efectividad incremental, así como la aplicación de guías clínicas de farmacoterapia fundamentadas en criterios de coste-efectividad.
- implantación de un sistema de "facturas sombra" de los servicios del SNS, con el fin de concienciar a los pacientes sobre los costes en que se incurre y mejorar la utilización de los servicios.
- la unificación de los criterios de retribución en todo el SNS para abordar la cuestión de los costes salariales.

El mismo acuerdo del CISNS otorgaba la máxima prioridad a varias iniciativas a largo plazo para su puesta en marcha en el periodo 2010–2013:

Reforma del Fondo de Cohesión Sanitaria y análisis de la necesidad de introducir un fondo finalista de mínimos para la atención sanitaria en el sistema general de financiación de las comunidades autónomas. El objetivo: contribuir a impulsar políticas de cohesión en el SNS.

- Revisar y mejorar los actuales mecanismos de reembolso a los sistemas sanitarios de los gastos de la atención prestada en caso de accidentes laborales y de tráfico (asegurados por compañías de seguros especializadas o por mutualidades), así como los costes derivados de la atención a pacientes de la UE.
- Incrementar el número de Estrategias en salud enmarcadas en el Plan de Calidad del SNS; se consideraba prioritario el establecimiento de una Estrategia para la atención a los pacientes crónicos.
- En el ámbito de los recursos humanos, las prioridades incluyen

el establecimiento de mecanismos comunes para incrementar la participación de los profesionales en la gestión y la asignación de recursos en los servicios regionales de salud, así como el desarrollo de un sistema común para la planificación de recursos humanos para abordar las necesidades futuras de determinados perfiles profesionales con criterios de distribución y necesidad para el SNS. Este sistema debía basarse en la plena puesta en marcha del Registro Nacional de Profesionales Sanitarios.

- Establecer un sistema nacional de información de resultados de salud del SNS.
- Promover estilos de vida saludables, continuando el trabajo realizado en los programas sobre obesidad, alimentación equilibrada, ejercicio y tabaquismo, priorizando la salud pública.
- Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias en relación con la inclusión de nuevas tecnologías en la cartera de servicios, reorganizando la red de agencias de ETS con el fin de incrementar su capacidad para generar oportunas evidencias de coste-efectividad para la toma de decisiones.

Algunas de estas medidas dieron lugar a reales decretos, órdenes y convenios durante 2011, sin embargo, la reforma del sistema introducida en 2012 con el decreto de medidas urgentes 16/2012 es de tal calado que deja en el aire los cursos de acción previos y hace difícil prever las consecuencias inmediatas y en el medio plazo para el SNS.

Las primeras reacciones sugieren una quiebra del modelo de consenso que con tanta dificultad había ido cuajando en el CISNS. Además de cuestionar el carácter urgente al amparo de la lucha contra el déficit público, varias comunidades autónomas de distinto signo político se han declarado en contra de aspectos centrales de la reforma. Los copagos introducidos, la exclusión de los adultos extranjeros en situación irregular, así como la modificación de los criterios de titularidad del derecho a prestación son algunos de los temas más controvertidos.

Demasiados aspectos de la implantación resultan todavía confusos, algunos logísticos (mecanismos para la recaudación de los copagos y reembolsos...) otros parecen de concepto (la

financiación sigue siendo a través de impuestos generales y el sistema se declara universal, pero el derecho se vincula al régimen de la seguridad social y cada vez afloran más situaciones de exclusión del sistema en ciudadanos que hasta este momento tenían pleno derecho –mayores de 26 años sin filiación a la seguridad social). Las sucesivas rectificaciones o disposiciones adicionales, así como las medidas que finalmente se vayan adoptando en cada una de las CCAA configurarán el escenario final. No cabe duda de que el impacto de estas medidas en el desempeño del sistema debe ser cuidadosamente evaluado tanto a corto como a medio y largo plazo.