

# Los instrumentos extra-competenciales para el gobierno del SNS

*José Ramón Repullo Labrador*

Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud  
Escuela Nacional de Sanidad  
Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo  
Correspondencia a [jrepullo@isciii.es](mailto:jrepullo@isciii.es)

**INDICE** - 1- Introducción. 2- Cohesión política, cohesión social y cohesión sanitaria. 3- Un marco general de los instrumentos extra-competenciales. 4- El marco económico del fondo de cohesión. EPILOGO

## **1- Introducción**

Las instituciones sociales responden a modelos de “organizaciones complejas adaptativas” (también llamados sistemas abiertos o caóticos), cuyos equilibrios y comportamientos son difícilmente inteligibles desde el paradigma cartesiano y racionalista, cuyo devenir es difícilmente predecible y cuya respuesta a nuestras intervenciones es frecuentemente paradójica y trufada de sorpresas e imprevistos.

En estas condiciones, la forma de pensar racional, que tiende a expresarse en el mundo normativo a través de frases tales como coordinación, planificación, integración, etc., suele perder rápidamente su poder explicativo y su utilidad. Y en ocasiones, si intentamos que la norma suplante a la realidad, pueden convertirse en una barrera para entender y actuar sobre los verdaderos problemas que presentan estos sistemas sociales.

En relación al Sistema Nacional de Salud (SNS en lo sucesivo), cabe predicar de manera rotunda su naturaleza compleja, así como reconocer un déficit de conceptualización sobre su arquitectura organizativa. Esto se traduce en evidentes disfuncionalidades y problemas operativos que jalonan de noticias e

incidentes cada momento de gestión; por ejemplo, cada convocatoria del Consejo Inter-Territorial del SNS (CISNS en lo sucesivo): así, en las 20 reuniones celebradas desde enero de 2002 hasta marzo de 2007, y siguiendo la repercusión en prensa, cabría decir que 7 han sido de normalidad, tres de bloqueo, y las 10 restantes de escenificación de diferencias políticas, con ruedas de prensa separadas y tendencia a escenificar diferencias políticas, incluso sobreactuando hacia el exterior unas divergencias que no eran tan acusadas en la propia reunión.

Desde una perspectiva normativa no es fácil explicar esta situación; la Ley General de Sanidad de 1986 queda lejos, y quizás no anticipó suficientemente cómo funcionaría un SNS ampliamente descentralizado. Sin embargo, la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, refrendada por la inmensa mayoría de fuerzas políticas en el Parlamento, sí que debería haber actualizado y engrasado las estructuras y los métodos de funcionamiento del CISNS, garantizando una adecuada capacidad de enfrentar y resolver los problemas de gestionar un sistema.

Sin embargo, parece que con esta Ley de 2003 se hubiera abierto la caja de los truenos, de forma que cada convocatoria del CISNS se ha convertido

en un hito para escenificar nuevas divergencias, o para tensar las ya existentes. Divergencias que llegan a tribunales, como la propia configuración del orden del día de las reuniones (reciente sentencia que obliga al Ministerio de Sanidad y Consumo a aceptar la convocatoria solicitada por una parte de las Consejerías de Sanidad), o que legitiman una suerte de desobediencia civil a normas (registro listas de espera, tabaco...), o a consensos de órganos técnicos (calendario vacunal).

Ante esta situación poco satisfactoria, que lleva claramente a la disgregación del SNS, corresponde analizar si se trata de un fallo de implementación o de concepción. Ambos son posibles, pues ningún sistema, por perfecto que sea, puede sostenerse si los agentes que lo componen no están mínimamente motivados en su desarrollo. Dicho en otras palabras: ninguna estructura organizativa asegura el éxito, si sus componentes no tienen la implicación y responsabilidad necesarias. Pero también es verdad que algunas estructuras organizativas no sólo no garantizan el éxito, sino que llevan al fracaso.

Debemos pues explorar en qué medida el problema organizativo del SNS se debe a un fallo de concepción, es decir, a un defectuoso diseño, donde son precisamente los comportamientos menos alineados con los intereses globales del sistema los que están siendo permanentemente alimentados por unas reglas del juego realmente existentes. Si es así, difícilmente podremos esperar conductas virtuosas o sinérgicas, sin cambiar algunos de los mecanismos de estructura, organización y funcionamiento.

De hecho, muchos expertos y estudiosos de los sistemas sanitarios, han identificado que la clave puede estar en que el nivel central o nacional del SNS (nucleado por el Ministerio de Sanidad y Consumo pero no necesariamente coincidente con él), sea capaz de desarrollar nuevas dimensiones en su función de integración del sistema, que vayan más allá de los elementos de regulación o legislación organizativa o funcional.

Esto no quiere decir que no exista un ámbito de debate sobre la dimensión primariamente normativa del SNS (y de hecho, otras dimensiones acaban teniendo que materializarse en clave legislativa), sino que debemos hacer un escrutinio de en qué medida una organización como la sanitaria, basada en el conocimiento, con enormes costes, y sometida a un

permanente cambio tecnológico y de expectativas sociales, puede hacer frente a estos ámbitos de transformación disruptiva manteniendo y fortaleciendo su identidad y funcionalidad sistémica.

Porque es precisamente la identidad sistémica la que puede hacer que todos sus miembros obtengan ganancias en eficiencia, al maximizar las economías de escala en aquellas funciones de la cadena de valor que las tengan, al utilizar el poder de compra colectivo ante agentes externos, y al minimizar los problemas de descoordinación entre los sistemas autonómicos ante otros agentes y entidades que tienen su estructura estratégica centralizada a nivel nacional o internacional.

Y por otra parte, desde esta identidad sistémica es donde se deben buscar formas de garantizar que las expectativas políticas y sociales de equidad interterritorial y social, queden adecuadamente servidas y garantizadas

El objetivo de este trabajo, es revisar por lo tanto algunas de estas dimensiones no estrictamente normativas para volver la mirada hacia la actual organización del SNS y enriquecer el debate de cómo rediseñar sus estructuras e instrumentos de actuación. A esto hemos llamado instrumentos extra-competenciales, para enfatizar que recogen iniciativas que no se derivan de cambios en la distribución de la autoridad y poder de decisión, sino de otras dimensiones conectadas con la inteligencia, la organización y la gestión.

A estos efectos, en este trabajo debemos formalizar y aclarar algún concepto esencial, cuya ambigüedad lastra muchos debates: aclarar el significado y alcance de los términos de cohesión política, social y sanitaria, puede ser una buena base para construir la reflexión sobre los instrumentos necesarios para el funcionamiento del SNS.

A dichos efectos, además de trazar una panorámica general sobre instrumentos extra-competenciales, en los siguientes puntos abordaremos con algo mayor de detalle el relativo a los sistemas de asignación y modulación de recursos económicos, ya que estos tienen un enorme poder explicativo en el comportamiento de los agentes.

## **2- Cohesión política, cohesión social y cohesión sanitaria.**

Aunque el término cohesión social está consolidado en el mundo de las ciencias políticas y sociales, conviene indicar que engloba diversas realidades. Puede ser útil partir de las acepciones etimológicas (cohaerere = estar unido), o de los significados físicos (acción o efecto de reunirse o adherirse las cosas entre sí, o la materia de que están formadas); en ella vemos que el estar unidos es el significado sustantivo de la cohesión, y que en buena medida es una fuerza dispersa que proviene y se comparte por todas las partículas que se tienden a adherirse entre sí.

La cohesión política determinaría en qué medida los habitantes de un determinado territorio desean otorgar a su interacción política una densidad institucional tangible y diferenciada de otras: en el límite el Estado nacional sería la máxima expresión de autonomía política frente a otros, y de cohesión política desde la perspectiva interna.

La cohesión social determinaría en qué medida los habitantes de una determinada colectividad desean conceder a las personas y grupos menos favorecidos de la misma, unos niveles básicos de derechos, servicios, subsidios o ayudas, para asegurar un bienestar mínimo a todos en caso de infortunio.

Ambas realidades suelen ir acopladas, pues precisamente los Estados (cohesión política) son el marco donde cristalizan las principales instituciones que hacen realidad la cohesión social (servicios de bienestar social).

Pero también hay divergencias entre ambas cohesiones: así, las políticas liberales radicales (neo-conservadores) pueden apelar a un nacionalismo de Estado (por ejemplo ante agresiones externas reales o figuradas) que produzca una gran cohesión política (todos en torno a la bandera), y a la vez puede estarse produciendo un deterioro rápido de la cohesión social a través de una erosión de los servicios de bienestar social, alimentada por valores de individualismo e insolidaridad. Posiblemente la deriva de los últimos años de Estados Unidos sea el más claro exponente de esta combinación.

Y también puede darse en Estados con procesos radicales de descentralización (creación de una nueva cohesión política en los entes sub-nacionales) en los cuales la cohesión social puede mantenerse como

elemento de soporte de la identidad de estado nación, o fragmentarse para constituir una pieza esencial de la nueva arquitectura política e institucional sub-nacional, y de la identificación de ciudadanía de los habitantes de estos territorios.

El Estado de las Autonomías en España, es un buen ejemplo de este desajuste entre cohesión política y cohesión social, y precisamente ahora nos encontramos en un punto crítico a la hora de definir el papel de los servicios sanitarios como parte esencial de los servicios de bienestar social y como definidores de los contenidos reales de la ciudadanía.

El debate de la cohesión sanitaria, como parte de la cohesión social, no puede extenderse hasta los confines del debate de la cohesión política; y ello porque la cohesión social es una variable subordinada a la cohesión política. Esto es más claro en el caso de los Estados-Nación: así por ejemplo, aunque puede ser objeto de estudio académico si Luxemburgo es un Estado viable con menos de medio millón de habitantes, es poco práctico en términos políticos cuestionar su existencia (máxime cuando resulta ser el país más rico del mundo en términos de renta per cápita). Pero también cabe predicarse de entidades sub-nacionales: así tendría también tendría poco sentido desde la perspectiva de los servicios de bienestar social el formular una propuesta de reconsiderar si La Rioja con sus 300.000 habitantes debería ser una Comunidad Autónoma.

De hecho, buena parte de las sensatas propuestas de algunos autores, como Javier Rey<sup>14</sup>, que proponen un acuerdo nacional para definir el papel coordinador y de modulación financiera de la administración central, van a contracorriente de la forma en la cual los agentes y el juego de la política van definiendo los parámetros de cohesión política y social. El propio autor reseña contrariado esta deriva:

*“La actual situación se caracteriza por una definición ambigua de las responsabilidades y competencias de las Administraciones central y autonómicas en relación con los servicios sanitarios. Esa definición se ha ido deslizando, sin acuerdo legal expreso para ello, hacia*

<sup>14</sup> Rey del Castillo J. Una propuesta alternativa para la coordinación del SNS español. Fundación Alternativas; documento de trabajo 9/2003. Accesible en [http://www.falternativas.org/base/download/dd13\\_30-06-05\\_9\\_2003.pdf](http://www.falternativas.org/base/download/dd13_30-06-05_9_2003.pdf)

*el incremento del papel autonómico en la organización y gestión de los servicios sanitarios, a la vez que se reducía el papel central (en especial el del Ministerio de Sanidad), incluso en funciones de coordinación que tenía legalmente fijadas. Una segunda característica es la falta de definición de los instrumentos de coordinación adecuados y necesarios para intervenir en una situación de descentralización completa de la gestión de los servicios públicos sanitarios. Un último aspecto es la reducción, hasta casi su desaparición, de la participación estatal en la financiación de los servicios sanitarios en general, y de instrumentos financieros específicos para intervenir en el mantenimiento de la universalidad y equidad de la protección sanitaria.”*

El problema de perseverar en un discurso racionalista, por apropiado que sea en términos de eficiencia y equidad, estriba en que puede arrinconarnos en un debate de lo que pudo ser y no fue, que lleva a apartarnos de otros objetivos, subóptimos, pero alcanzables, donde podemos reducir la entropía y conseguir mejoras apreciables de la eficiencia y la equidad.

En el escenario actual de cambio institucional en España, lo relevante de esta interacción entre las cohesiones política y social es clarificar en qué medida los valores de cohesión social los predicamos para el conjunto del país o para las nuevas Comunidades Autónomas. La posición de las Comunidades Autónomas, si se induce de sus comportamientos, parece clara: los servicios públicos de salud son un elemento esencial de la nueva identidad autonómica, y constituyen una de las cartas de presentación más apreciadas por los políticos regionales para salir al encuentro de sus votantes y para consolidar una pertenencia regional, e incluso un sentimiento de ciudadanía de región o nacionalidad. Obviamente este comportamiento es más explícito en los territorios donde dominan las fuerzas políticas y sociales que quieren avanzar hacia modelos de vinculación con el Estado español más tenues que los de las autonomías, pero se corresponde también con una conducta centrípeta más o menos abierta en el resto de regiones, que por la vía de la igualación institucional y administrativa (agravios comparativos) siguen el sendero que otros han trazado con similar o mayor entusiasmo.

De hecho, la tendencia a capitalizar autónomamente los servicios sanitarios públicos lleva a que domine la necesidad de diferenciar, de cambiar nombres, de hacer cosas originales y llamativas, de jugar en cierta forma a mostrar elementos distintivos, aunque en la práctica las estructuras, problemas, sueños y pesadillas sigan siendo esencialmente similares.

Mientras que en la política autonómica domina claramente las tendencias centrífugas, la posición de la administración general del Estado es más difícil de caracterizar. Por una parte, en el largo período en el que intentó retener competencias y no transferirlas (1981-Cataluña a 2002-diez autonomías de INSA-LUD-tardío), el gobierno central se fue persuadiendo de la inutilidad de mantener el “control directo” del sistema público de salud, aunque no se preparó para ejercer el “control remoto”. La arquitectura política del nuevo sistema de reparto de competencias y de financiación autonómica que se estrenó en enero de 2002, consistía en que la administración central centrifugaba a la periferia autonómica todos los servicios de bienestar social, imponiéndoles una disciplina por el lado de los gastos, limitando el endeudamiento y déficit, y aportando algunas posibilidades fiscales para compensar mayores gastos (corresponsabilidad fiscal).

Por lo tanto, en la segunda legislatura del Partido Popular parece buscarse una combinación en la cual la cohesión política radicaría en el reforzamiento de las funciones nucleares del Estado (exterior, defensa, interior, justicia, regulación básica...) estimulada por un discurso de nacionalismo español, mientras que la cohesión social, a excepción de la Seguridad Social, pasaría a ser sub-arrendada a las Comunidades Autónomas, aunque de forma tasada por el gobierno de España, en lo que se refiere al límite de gasto y endeudamiento.

Por lo tanto, se concibe un esquema en el cual podría decirse que el centro se quita de encima la gestión de servicios inflacionarios y de difícil gestión (como son los servicios de bienestar social), pero coloca a la periferia ante la difícil tesitura de racionar localmente y enfrentarse a las ilimitadas necesidades y demandas con recursos limitados centralmente (exigiendo una disciplina en el gasto que raramente cumplió la administración central cuando gestionaba los servicios). Por lo tanto, nos encontramos ante una divergencia entre cohesión política y cohesión social

a nivel de gobierno de España, similar a la predicada por los neoconservadores en otros lugares.

En este contexto, y en sólo tres años de nuevo modelo de financiación sanitario-autonómico, los problemas de suficiencia financiera han venido a alterar la aparente calma política e institucional, y a desvelar problemas más amplios de sostenibilidad, gobernabilidad y racionalidad del conjunto del Sistema Nacional de Salud. El tema no es del todo nuevo, pues la Ley de Cohesión y Calidad fue un exorcismo temprano contra el horror al vacío que en el 2002 invadió a todos ante la débil institucionalización que había quedado el SNS cuando desapareció el INSALUD; pero fue un exorcismo de corto alcance, lo mínimo para quitarse entre todos el miedo, y que cada cual se garantizara el seguir conservando el mismo margen de maniobra que tenía. El problema eclosiona tras las elecciones autonómicas de 2003, y se introduce en la agenda política en la nueva legislación del gobierno español.

El problema central a la hora de buscar alternativas reside en determinar en qué medida se quiere que el SNS exista realmente o sólo virtualmente. La existencia real implica una cesión de iniciativa e identidad por parte de las Comunidades Autónomas, a la que parecen poco proclives, y que sólo podría darse si se ponen sobre la mesa fuertes contrapartidas económicas y de servicios; no está claro que las CCAA quieran participar en este juego, pero mucho menos que el gobierno central desee entrar a jugar de verdad en un proceso que ya da por descontado políticamente en favor de las CCAA (es decir, se trataría de un tipo de juego en el que el gobierno de España, gaste lo que gaste, y se esfuerce lo que se esfuerce, tendrá que acostumbrarse a que todo lo bueno será mérito autonómico, y todo lo malo será por racanería o desconsideración del Estado central).

¿Hay fuerzas o alianzas posibles para buscar una tercera vía en la que una mínima cohesión política nacional pueda avalar una articulación interterritorial de los servicios autonómicos de salud que garantice un marco de equidad y de ciudadanía sanitaria española?

El debate de la cohesión sanitaria, y del fondo de cohesión sanitaria se enmarca en esta búsqueda de una tercera vía, que exige esfuerzos tanto de las administraciones central como de las autonómicas; los agentes sociales y económicos pueden jugar un papel

importante impulsando en la agenda social la voluntad de encuentro y la idea de que España tiene eficiencias sociales y económicas que no pueden ser desaprovechadas, y que hay un marco de “win-win” (ganancia para todos) que puede surgir de una buena articulación de las estructuras y servicios de salud y bienestar social.

### **3- Un marco general de los instrumentos extra-competenciales**

Los seres humanos tenemos tendencia a pensar en clave de jerarquía; esta tendencia se acentúa en el contexto del trabajo administrativo dentro de las instituciones públicas. Desde el funcionalismo weberiano, esperamos que el buen gobierno sea el resultado de un adecuado ajuste de las competencias y tareas que deben asignarse a las unidades y personas, de forma que se alineen las capacidades, conocimientos, y responsabilidades.

Sin embargo, el universo burocrático weberiano no puede dar cuenta de la diversidad y la complejidad; cada vez el organigrama dice menos; y las distribuciones competenciales con frecuencia ocultan una parte más importante de la realidad.

Como afirman González Páramo y Onrubia<sup>15</sup>:

*“El nuevo análisis económico de la gestión pública (...) insiste en la idea de que el Estado, como organización, tiene rasgos que, articulados mediante un diseño organizativo y una gestión pública adecuados, pueden ser explotados por la sociedad para conseguir ganancias de eficiencia en otro caso inalcanzables. (...)”*

*En este sentido cabe sostener que la crisis del Estado de bienestar es, en buena medida, una crisis del modelo tradicional de gestión pública, más que un cambio en las prioridades de la intervención del gobierno en la economía”.*

Con independencia de que sea discutible hasta qué punto influyen los parámetros ideológicos que recetan una cura de adelgazamiento del Estado, lo cierto es que al menos una buena dosis de problemas actuales tienen relación con los métodos por los que

<sup>15</sup> González Páramo JM, Onrubia Fernández J. Información, evaluación y competencia al servicio de una gestión eficiente de los servicios públicos. *Papeles de Economía Española*, 2003. (95): 2-23.

se establecen e implementan las decisiones colectivas. Y la razón es que el aparato del estado y los mecanismos políticos tradicionales, cada vez tienen más dificultad para ofrecer respuestas adecuadas en una época con cambios turbulentos en los entornos tecnológicos, y de transformaciones radicales en las necesidades, demandas y expectativas de la población, que de manera especial se materializan en los servicios públicos, como es el caso de la sanidad.

Por ello, a los clásicos mecanismos regulatorios y competenciales, hay que añadir un elenco de instrumentos que modulen el comportamiento de los agentes, y creen un substrato adecuado para la gobernabilidad, efectividad, calidad y eficiencia en los sectores públicos. Hablamos de lo que también se conoce por modernización del Estado, por más que el término pueda ser asumido con cautela por su atractiva ambigüedad.

De forma puramente enunciativa, citaremos una serie de dimensiones que son vehículos para influir en el comportamiento de instituciones, organizaciones, agentes e individuos, y que por tanto, compondrían un arsenal de herramientas para vehicular políticas de cohesión, cooperación y alianzas.

### 3.1- Cultura y clima organizativo.

Nos referimos a activos intangibles que consolidan un capital social de cohesión, lealtad institucional y confianza mutua. Además, estos valores compartidos e internalizados por todos los agentes, suponen también criterios muy útiles para informar millares de decisiones cotidianas, por lo que suponen mecanismos de alto valor añadido para la toma de decisiones en organizaciones complejas. Por ejemplo, el valor de la eficiencia social para los clínicos, o de la equidad socio-económica para los planificadores.

La cultura y clima organizativo se crea, destruye y transforma por muchos mecanismos, entre los cuales destaca el papel educador y ejemplificador de los responsables políticos e institucionales. Los medios de comunicación y las personas de reputación relevante en el campo científico y social, también tienen capacidad de influir en lo que socialmente se considera valioso o inaceptable.

### 3.2- Estructura de incentivos económicos

Por estructura de incentivos no nos referimos a las conocidas pagas de productividad por cumplir compromisos o alcanzar objetivos. Debemos entender que cualquier estructura de vinculación de agentes produce una serie de efectos en los que participan en dicha relación. Así, un pago por acto o servicio, lanza una señal que favorece conductas de sobreproducción de actividad, mientras que un contrato salarial con poca vigilancia de cumplimiento o de desempeño, "incentiva" una conducta de llegar tarde, irse temprano, y dedicar el tiempo de trabajo al ocio o a asuntos particulares.

Por lo tanto, debemos entender qué conductas están siendo alentadas por las reglas del juego (estructura de incentivos) en un momento y escenario dado, y analizar qué modificaciones podemos ensayar para alinear los incentivos de los agentes hacia los objetivos más apropiados para el bienestar social.

Si la estructura de incentivos favorece conductas inapropiadas, seguro que habrá individuos virtuosos que seguirán manteniendo comportamientos socialmente responsables contra viento y marea, pero el grueso de agentes se irán deslizando hacia las conductas facilitadas; los métodos de influencia sobre los incentivos económicos lo que buscan es que las conductas virtuosas naden a favor de la corriente, modificando la corriente de forma que éstas sean recompensadas y por lo tanto recluten a la mayor parte de los componentes de la organización.

Un ejemplo de esto sería el sistema de compensación de enfermos atendidos en comunidades autónomas diferentes a la de residencia; si no se compensan estos servicios, la señal que está dando el sistema es "tratar lo menos posible a los de fuera", ya que incurren en costes y no aportan ingresos; con independencia de las razones legales (hay que atenderlos porque en 2002 se asignó financiación con el criterio de coste efectivo que incorporaba la asistencia a no residentes), o de las razones éticas, la tendencia inexorable será a este comportamiento. Por lo tanto lo más sensato y seguro es hacer que la virtud de atender al necesitado no residente, tenga algún beneficio económico para los que lo atienden (o al menos no le resulte oneroso): así facilitamos la virtud, y hacemos menos rentable el pecado insolidario.

### 3.3- Gestión del conocimiento.

En un contexto de disrupción tecnológica, la sostenibilidad del sistema se basará cada vez más en determinar qué intervenciones son las efectivas y eficientes, y cómo extraer “valor del dinero”. Por ello, es necesario conseguir el conocimiento, y la legitimidad del mismo para la toma de decisiones.

Por ejemplo, si tuviéramos un órgano científico de alto nivel, y unos valores de respeto a la evidencia y legitimidad de dicho órgano, es posible que nunca se planteara un debate sobre si romper o no el calendario vacunal para introducir una vacuna adicional en una Comunidad Autónoma. Simplemente se esperaría a que las recomendaciones llegaran de dicho organismo, cuando las ventajas fueran superiores a las desventajas y costes.

No parece que el Ministerio de Sanidad y Consumo tenga bien identificada esta necesidad de contar con instrumentos de gestión del conocimiento con gran capacidad de legitimación y racionalización de las decisiones en contextos de poder político e institucional muy distribuido. Algunas decisiones no son muy coherentes, como la de redefinir el Instituto de Salud Carlos III como Agencia Estatal fundamentalmente orientada a la función de investigación biomédica, minimizando su componente en Salud Pública y apoyo científico técnico a las decisiones de gobierno del sistema<sup>16</sup>.

Por otra parte, los cambios que introdujo en 2003 la Ley de Cohesión y Calidad, se materializan en la creación de una serie de órganos en el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, tales como la Agencia de Calidad, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud; todos ellos son potencialmente órganos que permitirían asumir funciones de gestión del conocimiento; sin embargo al estar “empotrados” dentro de la propia estructura de línea del Ministerio, tienen poca movilidad y agilidad de funcionamiento, están lejos de aquellos lugares donde se genera y difunde el conocimiento legitimado, y también adolecen de

una relación clara con el Consejo Inter-territorial como para poder ser internalizados por éste como su propia infraestructura de conocimiento.

Así como los británicos están basando en el NI-CE (*National Institute for Clinical Excellence*) buena parte de su estrategia de gobierno clínico y modulación de la innovación tecnológica y farmacéutica, parece que en España la posibilidad de un Hispa-Nice no va más allá de un reforzamiento (necesario pero insuficiente) de las agencias de evaluación de tecnologías (con particular referencia a la del Instituto de Salud Carlos III).

### 3.4- Liderazgo y capacidad de gestionar los procesos de cambio.

Las ideas no pueden existir en el aire; necesitan un adalid que las encarne y defienda. Lo mismo pasa con las organizaciones, para las cuales los directivos deben asumir la escenificación y representación de su propia esencia. Por ello, el liderazgo, la conducción, la alta dirección son funciones esenciales en los procesos de decisión y cambio institucional.

Por lo tanto la implicación de los responsables políticos e institucionales a la hora de explicar, defender y gestionar las decisiones y transformaciones, son un elemento fundamental e inexcusable en la creación de valor y la mejora de los problemas.

Y el SNS, además, tiene un problema de anomia; no tiene una cara, no tiene logotipo, carece de una dirección postal o una sede de referencia. Ninguna figura encarna la propia complejidad de su arquitectura multi-institucional. Una ventaja potencial de la figura de comisionado que se explicita en el punto siguiente, sería poder ponerle cara al SNS.

### 3.5- Organización y diseño institucional

La organización es un recurso. Como los recursos financieros y materiales. Por ello debemos saber utilizarlo, y buscar los mecanismos más eficientes de estructuración y funcionamiento. Hablamos en este contexto sobre el buen gobierno en clave de métodos de nueva generación para la gestión pública.

Se trata de revisar a la luz de las nuevas ideas de modernización, transparencia, participación y rendición de cuentas nuestras organizaciones, la realidad que nos rodea, y buscar oportunidades de mejora. Hay ideas y experiencias interesantes que debemos

<sup>16</sup> El borrador de Estatutos de la Agencia Estatal de Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud Carlos III determina claramente este sesgo funcional y organizativo hacia la investigación básica, y como mucho hacia la vinculación con la aplicada o clínica (la llamada investigación traslacional), pero supone un claro abandono del perfil para el cual fue creado el Instituto de Salud Carlos III por la Ley General de Sanidad, sin aclarar quién asumirá este papel y quién puede desarrollar el necesario liderazgo.

evaluar: las nuevas formas de gestión, las agencias, los Organismos Públicos de Investigación, las nuevas Agencias Estatales ...

E incluso, donde los costes de interferencia políticos son habitualmente altos, se buscan diseños de órganos colegiados de gobierno donde se exija un equilibrio político, y una autonomía del nivel ejecutivo del organismo que garantice un funcionamiento más técnico; esta es la idea al elegir el Gobernador del Banco de España, o el consejo de Radio-Televisión; también entrarían como ejemplos el Consejo Económico y Social, el Defensor del Pueblo, y otros organismos o nombramientos singulares donde se pretende un perfil lo más amplio y lo menos partidario posible.

¿Cabría intentar un diseño de esta naturaleza para el Sistema Nacional de Salud?; por ejemplo, una Agencia del SNS con un Comisionado al frente, cuyo nombramiento sea parlamentario (Senado) o exija un notable consenso del CISNS, pero que una vez nombrado goce de suficiente autonomía, personalidad y estabilidad como para encarnar y representar al SNS, asumiendo la ejecución de procesos gestores e informativos comunes a todos los servicios autonómicos.

Beatriz González y Patricia Barber proponen un SNS multicéntrico con coordinación federada, donde el CISNS pueda asumir una función más ejecutiva a través de un voto ponderado. Esta es otra línea de propuestas convergente con la anterior, que buscar crear una infraestructura organizativa para gestionar las sinergias y gestionar temas donde las economías de escala y de alcance sean relevantes.<sup>17</sup>

### 3.6- Regulación e implementación de la norma

La regulación sigue siendo la arquitectura de las organizaciones; el esqueleto donde deben insertarse todos los componentes. Pero el esqueleto, sin el resto del organismo no puede mover al cuerpo social.

El problema de la regulación, incluida la competencial, es que cuando aborda la modelización de funciones en organizaciones complejas y con alto nivel de cambio, suele tener un déficit de cobertura, y una gran obsolescencia. Hay que legislar muy bien

en sanidad, para que no nos dejemos cosas fuera, y para que no quede fuera de juego en pocos años. Así, normas muy recientes como la cartera de servicio del SNS es posible que tengan enormes dificultades para superar el paso del tiempo, por el enorme esfuerzo que suponen de actualización, y el escaso beneficio que implica en sistemas integrados como el nuestro, donde el criterio de cobertura tiene más que ver con la oferta instalada de servicios, que con la garantía específica de cobertura.

Por otra parte, es frecuente que las conductas de compulsión normativa de las administraciones (¿para qué sirve un Ministerio o una Consejería si no saca leyes?) lleven al uso creciente de la retórica para parecer que se cubren temas relevantes para las organizaciones, sin tener que pagar el coste de proponer o desarrollar cambios reales que afecten al balance de poder o influencia de los agentes.

La prueba más sencilla del carácter transformador o retórico de una norma, serían las dos siguientes preguntas: ¿qué se puede hacer después de esta norma, que no se pudiera hacer antes de su publicación?; y ¿qué no se puede hacer después de esta norma, que se pudiera hacer antes?. Si aplicamos estas preguntas, veremos que en la "ley antitabaco de 2005" hay muchos componentes transformadores, pero en la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 domina de forma abrumadora lo retórico.

### 3.7- Nuevos modelos de influencia

En el ámbito de la gestión y las ciencias de la empresa, se están buscando nuevos instrumentos o modelos de influencia que permitan modificar el comportamiento de los agentes de forma más sutil y catalizadora que los métodos jerárquicos o racionalistas al uso.

Se trata de una ramificación de los estudios de teoría de complejidad y caos, que permite ensayar innovaciones en la gerencia de centros y servicios a partir de una mejor comprensión de los elementos que motivan a los agentes, y de los atractores que condicionan y desencadenan cambios en las organizaciones.

Algunos de estos métodos y modelos de catalización del cambio en organizaciones complejas adaptativas serían los siguientes:

<sup>17</sup> Gonzalez López Valcarcel B, Barber P. *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.*



La creación de órganos colegiados y participativos para el gobierno de la instituciones, y sobre esta base, fomentar la profesionalización de los directivos sobre bases meritocráticas abiertas, formalizadas y transparentes.

Desarrollar enfoques por procesos en el trabajo de la administración, fomentando la formalización y planificación de las intervenciones públicas, como mecanismo de mejora de la calidad y de transparencia.

Revitalización de organizaciones y gestión del cambio, de forma que se faciliten procesos de cambio donde domina la rigidez y la dificultad de evolución (por ejemplo, la idea de AP21 –proyecto de renovación y revitalización de la atención primaria impulsado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo-).

Utilización de sistemas de Benchmarking, emulación, comparación con ajustes y métodos modernos de difusión amplia de información (repositorios de conocimiento, data mining, etc.)

Empleo de sistemas tipo Cuadro de Mandos Integral (Balanced Scorecard de Kaplan y Norton) como forma de que la información actúe de elemento atractor de la conducta de las organizaciones hacia objetivos definidos de mejora del sistema.

Desarrollo de estudios de investigación operativa para identificar y demostrar problemas, desempeños y oportunidades de mejora.

Fomento de la participación y pilotaje de proyectos para crear una base de legitimidad y perfeccionamiento de las innovaciones tecnológicas y organizativas.

Evaluación y reformulación periódica de Planes, programas, estrategias, etc.

Acreditación como sistema de influencia en conductas a través de métodos indicativos y educativos de tipo voluntario e incentivado.

Desarrollo de sistemas de gobierno basados en la formulación de metas y logros de objetivos finales, y que luego son descodificados localmente (en la base o periferia de la organización) por unidades y servicios inteligentes y proactivos.

Identificación de la innovación, las buenas prácticas y las estrategias emergentes en las organizacio-

nes; y difusión y emulación de dichas buenas prácticas.

Todos estos son ejemplos de un amplio elenco de métodos que pueden ensayarse, y que reconociendo la insuficiencia o inconveniencia de los modelos jerárquicos para poner en marcha iniciativas o actividades, pueden sin embargo ser una alternativa buena para promover cambios y transformaciones en condiciones de poder escaso, alta incertidumbre y baja controlabilidad.

#### **4- El marco económico del fondo de cohesión**

La apertura de un ámbito de actuación propio del Sistema Nacional de Salud, para hacer posible la cohesión del sistema como un todo, exige articular acciones que van a gravitar de forma fundamental en torno al “Fondo de Cohesión Sanitaria”.

A dichos efectos, dicho Fondo de Cohesión debería cumplir tres tipos de funciones, que implican un cierto gradiente o nivel de gestión de la solidaridad inter-territorial:

##### ***a) Cohesión vía compensación de servicios prestados.***

Habría una cohesión sanitaria de mínimos, que consistiría en compensar de forma razonable la asistencia a pacientes extranjeros y a desplazados de otras CCAA, de forma que no se alimenten las tendencias centrífugas o insolidarias. A esta función se refiere Beatriz González y Patricia Barber como “fondo de atención a los desplazados”, mientras que las dos siguientes se incluirían en un “fondo de igualdad” (propuesta que formaliza y desarrolla José Martín<sup>18</sup>), señalando la distinta naturaleza o propósito de ambos fondos.

##### ***b) Cohesión vía reequilibrio del capital sanitario.***

Habría también una cohesión via capital (tangible e intangible) que buscaría cumplir una segunda función de financiar ámbitos de innovación y capitalización del propio sistema, como por ejemplo: la evaluación de nuevas tecnologías e intervenciones a través de experiencias de uso tutelado, bajo apoyo

<sup>18</sup> Martín JJ, Sánchez-Campillo J. Fondo de Igualdad del SNS (FISNS). En: Cabasés JM. La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Bilbao: Fundación BBVA, 2006: 419-436.

financiero del fondo de cohesión; el apoyo económico a determinados servicios o procedimientos de alta especialización o excelencia, de forma que se favorezca el acceso racional de todos los ciudadanos a servicios terciarios nacionales; y también el apoyo a la adquisición y mejora de capital intelectual a través de formación y difusión del conocimiento, y de la articulación de redes científicas y profesionales, para que ninguna CA quede retrasada o al margen de los desarrollos del conocimiento y pueda poner sus activos científicos y profesionales en línea de avance y progresión a partir de un apoyo financiero y técnico central.

**c) *Cohesión por reequilibrio de las oportunidades de salud.***

Y finalmente habría una cohesión vía asignación para nivelar las oportunidades de salud, que a pesar de las dificultades técnicas y las controversias políticas que puede generar, sería una vía irrenunciable para facilitar el despegue de las regiones y grupos sociales más desfavorecidos, a través de acciones concertadas bien diseñadas y gestionadas de forma muy abierta y transparente.

Evidentemente, para hacer las cosas anteriores habría que estar preparado para gastar mucho más dinero y para desarrollar una estructura de gobierno del sistema que hoy sólo existe de forma embrionaria. Aunque el dinero del fondo de cohesión, tras la Conferencia de Presidentes de septiembre de 2005 ha subido notablemente (se ha pasado de 50,89 millones en 2005 a 99,03 en 2006), la condición necesaria no se ha tornado condición suficiente: importa tanto el “cuanto dinero” como el “cómo gestionarlo”, y en la actualidad no tenemos buenos instrumentos técnicos ni informativos para hacer una buena gestión de estas funciones. Sin órganos de gobierno del SNS legitimados y sin buenos métodos de información y gestión de subvenciones, el uso de esta función financiadora central implicaría muchas controversias, y riesgos de arbitrariedad e ineficiencias, y de incumplimiento periférico de compromisos contraídos.

La experiencia de gestión de fondos europeos puede ser útil, y en especial a través de fórmulas de co-financiación que refuerza la implicación mutua y evita el desplazamiento oportunista de las cantidades financiadas centralmente hacia otros objetivos. En todo caso, parece que lo lógico sería trazar una ruta ascendente en el dinero asignado, en el desarrollo de

consensos de gobierno y en el diseño y aplicación de instrumentos de gestión.

Debemos ser conscientes de que existe un riesgo en el manejo de los fondos de cohesión por parte de la administración central: cuando las competencias se han trasferido de forma tan amplia a las CCAA como se ha hecho en España, muchos Ministerios y agencias centrales quedan vacíos de competencias reales, y pasan a perder peso político y administrativo; para estas instancias es una tentación tener unos fondos que repartir que les rehabiliten en su función gestora, y les concedan un nuevo protagonismo a través del instrumento asignativo (que reemplazaría al instrumento normativo o competencial).

Sin embargo, el uso de dicho instrumento asignativo sea con buenas intenciones (reequilibrar e influir para bien), o con propósitos menos confesables (pulsión burocrática de supervivencia e influencia política), introduce graves distorsiones en unas políticas ya trasferidas a las CCAA, además de implicar una segunda ola de re-financiación de competencias ya trasferidas y financiadas.

La hostilidad de los ámbitos económicos y de hacienda a estas prácticas, sólo pueden ser vencidas cuando se justifique adecuadamente que el uso de fondos de cohesión actúa en puntos donde la acción central no es substitutiva de la inacción autonómica, en estrategias donde el criterio de la subsidiariedad puede aplicarse, y en acciones donde pequeñas intervenciones desencadenan amplias economías de escala para el conjunto del sistema; en otras palabras, “la carga de la prueba” debe caer en aquellas administraciones que piden fondos de cohesión sustanciales, para demostrar que no están paliando la financiación por gastos corrientes que ya fue acordada, y que su aplicación se hará de forma que construya elementos nuevos de bienestar y reequilibrio territorial que no podrían alcanzarse por otras vías.

Particularizando los temas apuntados en anteriormente, a continuación planteamos forma indicativa, algunas de las modalidades de actuación que cabrían en los tres ámbitos de desarrollo del fondo de cohesión.

**a) *Cohesión vía compensación de servicios prestados.***

Este ámbito exige una detallada manufactura técnica que tiene una gran relación con los sistemas

de información de los que se disponga o que puedan estructurarse en el futuro próximo. Indicativamente podríamos abrir varios tipos de compensación en función de la naturaleza de la necesidad sanitaria por las que las CCAA proveedoras de servicios plantean ser compensadas. Este ámbito es el que de forma más específica se relaciona con la definición del Fondo de Cohesión que hace el Artículo 4 de la Ley de financiación de CCAA de 2001<sup>19</sup>. Como se ve la Ley de Cohesión transcribe el mismo párrafo<sup>20</sup>.

Como se ve, la casuística de la atención a desplazados es amplia y variada, contemplando desde la movilidad de personas y pacientes entre países, hasta la atención a inmigrantes no regularizados. No obstante, desde la perspectiva de la cohesión sanitaria del SNS, lo más importante es la forma en la cual el sistema resuelve la utilización de servicios en una comunidad autónoma, por parte de aquellos ciudadanos o residentes no empadronados en la misma.

Analicemos ahora las distintas situaciones, desde la perspectiva de la Comunidad Autónoma donde se proveen los servicios sanitarios (a la que denominaremos proveedora, CA-p); y reseñaremos la situación por la cual un residente empadronado en otra Comunidad Autónoma (a la que denominaremos de residencia, CA-r) puede acceder a utilizar estos servicios. Obviamente, las CCAA actúan enviando y recibiendo pacientes (por eso se habla de compensación), pero a efectos de mayor simplicidad expositiva, es preferible fijarse en los flujos de llegada a una CA hipotética que actúe como proveedora.

La CA-proveedora (CA-p) de servicios no obtendrá ninguna ventaja económica directa de estos

pacientes, mientras que la CA-residencial (CA-r) verá que sus costes disminuyen cuantos más censados suyos consuman realicen su consumo fuera sin repercutir posteriormente los costes.

Con la anterior estructura de incentivos, se irá produciendo inexorablemente una tendencia a que las CA-p rechacen o limiten esta asistencia y estos costes, a no ser que se habiliten alternativas de compensación. Y de poco valen los argumentos de que en la Ley 21/2001 se utilizó el criterio de coste efectivo de servicios, el cual incluía los patrones seculares de referencia y utilización, que por lo tanto financiaban los excesos de capacidad y gasto de algunas CA (presuntamente las proveedoras); porque dichos argumentos pierden peso cuando se valora que el origen del cálculo es la liquidación del año 1999 (hace casi 8 años), y que en este intervalo se han producido cambios demográficos muy relevantes, así como cambios en las variables económicas generales y de gasto sanitario público.

Por ejemplo, la población empadronada creció entre 1999 y 2005 casi 4 millones de habitantes (3.906.370) pasando de 40 a 44 millones, lo que supone un crecimiento de un 10%. Y además, este crecimiento ha sido enormemente desigual, de forma que algunas CCAA han recibido un incremento mucho mayor (por ejemplo, la CA de Madrid, con un incremento del 15% en este mismo período).

Si lo anterior no fuera suficiente para debilitar los argumentos normativos de las reglas actuales de financiación autonómica, la deriva del Estatuto de la CA de Cataluña, la generalización que tendrá ésta en las demás, y los ajustes incrementales que se pusieron en marcha tras la Conferencia de Presidentes autonómicos de Septiembre de 2005, tienen un claro efecto de replantear el modelo de 2001 en el sentido de dar mayor autonomía fiscal a las CA y relegar el papel de la administración central al de modulador y garantizador de mínimos. Esta mayor libertad por el lado de los ingresos, que complementa a la gran libertad por el lado de los gastos de la que ya se disfrutaba anteriormente, condicionan un modelo de corte claramente federal en lo sanitario, que exige sistemas de compensación de los flujos poblacionales y de usuarios, dado que si no se ponen en marcha se generará una clara tendencia insolidaria y limitativa que amenazará claramente la cohesión del SNS.

<sup>19</sup> *ARTICULO 4-B LEY 21/2001 de 27 de Diciembre (sistema de financiación de las CCAA): (El FONDO DE COHESIÓN SANITARIA) " ... , tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. ... La distribución de estos fondos se articulará de acuerdo con su regulación específica. Dicho Ministerio establecerá el procedimiento para compensar con cargo a este Fondo a las Comunidades Autónomas por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados".*

<sup>20</sup> *Disposición adicional quinta LEY 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS: "El Fondo de Cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo".*

El modelo de compensación debe ser capaz de responder a situaciones muy heterogéneas como las que se dibujan de forma sencilla en la figura 1. En el eje de abcisas se representa el gradiente de tiempo de estancia en la CA-p; en el eje de ordenadas caracterizamos si el propósito o motivo de la estancia es de tipo general (no relacionado con la salud), o sanitario (para acceder a asistencia o por otros motivos relacionados con la mala salud). La combinación de ambos ejes nos permite visualizar una serie de situaciones tipo, que desarrollaremos seguidamente.

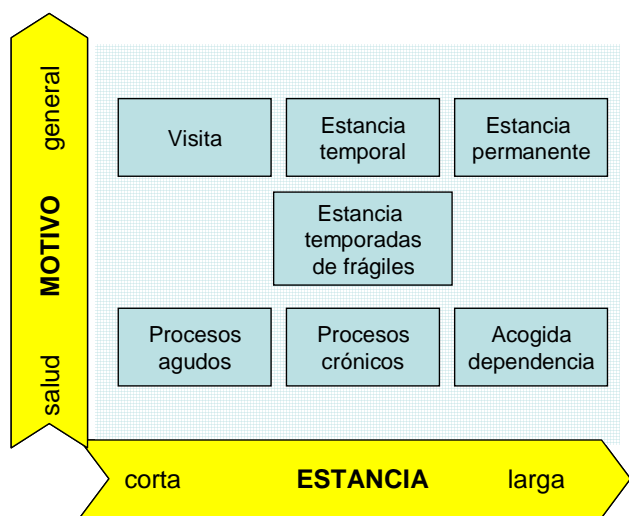


Figura 1: Tipología de situaciones de usuarios en función de extensión de la estancia y de la causa que la motiva.

Así, en la figura 2 se representan algunas posibilidades de la atención de problemas asistenciales en estancias cortas fuera de la CA de residencia; como se ve, en la parte superior se representan las necesidades del turista, transeúnte, o persona que viaja por propósitos generales (no sanitarios), pero que durante los días o semanas que dura su desplazamiento puede tener alguna urgencia o emergencia sobrevenida, necesitar algún contacto con los servicios médicos (fundamentalmente atención primaria) para control de sus problemas de salud, para obtener una receta de continuación de tratamiento, o bien para conseguir en las oficinas de farmacia de la CA-p la dispensación de recetas prescritas en la CA-r.

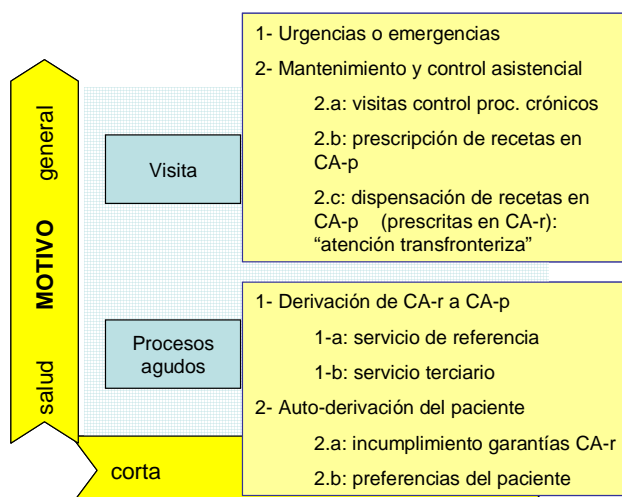


Figura 2 Situaciones que pueden darse de utilización de servicios sanitarios en no residentes que efectúan estancias cortas en la CA-proveedora.

En la parte inferior se representan cuatro situaciones en las cuales el desplazamiento de la persona (paciente en este caso) tiene como motivo un problema de salud, para el cual busca respuesta en la CA-p. Las dos primeras se refieren a derivaciones regladas y formalizadas entre la CA-r y la CA-p, bien sea a través del mecanismo general que establece el artículo 4 del Real Decreto 1207/2006 de gestión del fondo de cohesión, o de lo que se refiere en el artículo 6 referido a derivaciones hacia centros, servicios o unidades de referencia del SNS; esta última modalidad se entiende como alternativa con mayor focalización de las unidades y procesos asistenciales de la CA-p, y su regulación y procedimiento se acaba de iniciar al amparo del Real Decreto 1302/2006 para la designación y acreditación de servicios de referencia en el SNS.

La autoderivación del paciente se refiere a las situaciones donde no existe una remisión o envío formalizado, ni queda reflejado en el sistema de información del fondo de cohesión. El matiz que se introduce puede ser relevante: si la CA-r incumple plazos legislados de garantía de tiempos o servicios, o no presta los mismos en un tiempo razonable, el paciente gana una legitimidad que incluso puede ser esgrimida en base a la legislación europea, e incluso podría irse a otro país, al amparo de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (reforzado por la sentencia C-372/04 del caso Watts).

Cuando consideramos tiempos de estancia más prolongados, nos encontramos con nuevas situaciones, tal y como lo recoge la figura 3. En ella podemos ver que existen personas que pasan temporadas más amplias (semanas o meses) fuera de su CA-r (estudiantes, trabajadores temporales, personas que residen en una CA y trabajan en otra, segundas residencias de verano, etc.); el riesgo de esta población puede ser similar a la de la población general, e incluso algo menor, pues la población que sale de su residencia hacia otros lugares (por ocio, estudio o trabajo), tendería a replegarse a su núcleo de vivienda habitual en el caso de que su salud comience a debilitarse.

Podemos incluir en esta categoría situaciones difíciles de clasificar: visitas periódicas, personas que trabajan en un lugar y viven en otro próximo, población en zonas limítrofes entre dos CCAA, etc. Aunque hay cierta heterogeneidad en las situaciones, comparten el patrón anteriormente descrito, al tratarse de población general, con riesgos poblacionales convencionales, y con un uso de servicios en la CA-p que no está seguido de movimientos de asignación o compensación de recursos por parte de la CA-r (salvo formalización de acuerdos asistenciales “trans-fronterizos” entre las CCAA limítrofes).

Existe una situación intermedia, estancias más dilatadas, pero con propósitos mixtos generales y sanitarios, en la cual personas ancianas o de salud frágil se replegarían de su residencia habitual (por ejemplo en un pueblo o pequeña ciudad) hacia los domicilios de sus familiares cercanos; se llaman a veces “*ancianos golondrina*”, y residen por temporadas, en general invernales, en diversos domicilios de los hijos. En este caso, a diferencia del anterior, el perfil de riesgo y consumo de servicios es mayor, dado que es la morbilidad el factor que tiende a propulsar la residencia con familiares, y la mayor duración de la misma.

Finalmente, la derivación o autoderivación por motivos de salud, puede con facilidad entrar en estancias mucho más amplias y recurrentes que la de la atención de agudos. En efecto, es habitual que una vez que un servicio asume la atención de un paciente para una condición grave o compleja, se mantenga un vínculo asisten-

cial que convierte al paciente en un usuario crónico de dicho servicio (oncología, trasplante, enfermedades raras, etc.). Buena parte de la auto-derivación puede venir condicionada por el interés del paciente en mantener el vínculo iniciado con un médico, unidad u hospital.

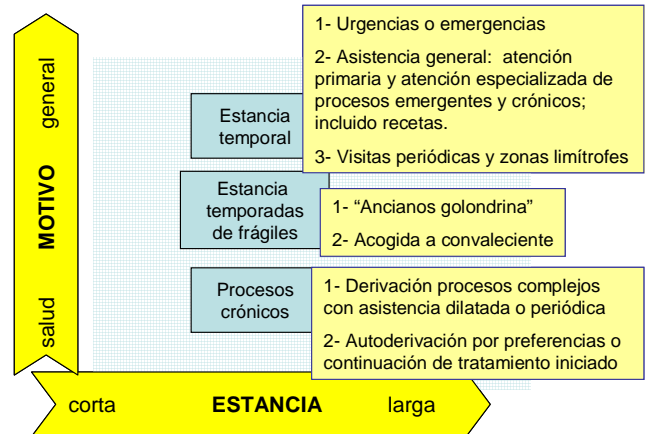


Figura 3: Situaciones que pueden darse de utilización de servicios sanitarios en no residentes que efectúan estancias intermedias o periódicas en la CA-proveedora.

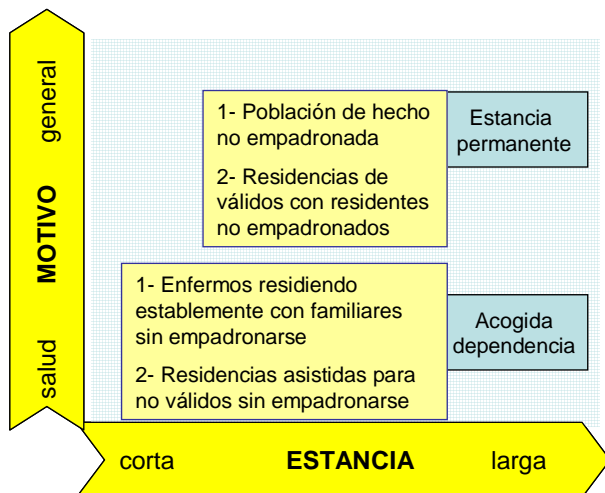
Y finalmente, y como se reseña en la figura 4, encontramos a la población de hecho, pero no de derecho (no empadronada o censada) que reside de forma habitual por preferencias personales (incluidas también las formas de institucionalización para ancianos válidos que con frecuencia acogen a personas que mantienen el empadronamiento en su residencia habitual anterior). Esta población puede asimilarse en su demanda a la población general (con los necesarios ajustes por edad).

También puede considerarse la situación de graves problemas de salud, que llevan a los pacientes a ser acogidos por familiares o por instituciones; aunque lo habitual es que se cambie el empadronamiento, puede fácilmente ocurrir que se mantenga la residencia habitual anterior como domicilio oficial.

Como se ve, se trata de una amplia casuística, a partir de la cual parecerían extraerse al menos tres conclusiones provisionales.

1- Dada la complejidad legal, psicológica y social, y las implicaciones de la fijación de domicilio, debería quizás contemplarse una afiliación sanitaria (vía Tarjeta Sanitaria Individual) que permitiera gestionar las situaciones tanto de

residencia (temporal o estable) como de derivaciones y utilizaciones puntuales de servicios.



**Figura 4:** Situaciones que pueden darse de utilización de servicios sanitarios en no residentes (de derecho) que efectúan estancias largas y tienen el domicilio habitual en la CA-proveedora (residentes de hecho).

2- Un sistema de compensación bien armonizado, puede no sólo evitar las tendencias insolidarias, sino animar a “exportar” servicios e “importar” pacientes, dado que las CA-p ampliamente dotadas pueden trabajar a costes marginales optimizando las capacidad y tecnología que tienen instalada. Esto no va contra el bienestar general, dado que evitar el solapamiento y duplicación se entiende como un factor de eficiencia social del sistema; y tampoco tiene porqué ir contra el bienestar de la CA-r, ya que si se modulan los precios de compensación, en un punto razonable entre los costes medios y los costes marginales de la asistencia, entonces a los que envían pacientes les interesará hacerlo, pues comparten el ahorro que se produce por las economías de escala y de red.

3- Al esquema anterior, hay que adicional al menos dos poblaciones: las que vienen del extranjero (comunitarios o con acuerdos de asistencia sanitaria recíproca), y los inmigrantes sin papeles. Igualmente, hay que revisar la situación de los otros subsistemas de aseguramiento de riesgos: tanto el mutualismo administrativo, como los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como los de vehículos y otros que tengan asegurador primariamente preocupado con el riesgo. Se debe buscar

un esquema que determine y delimite la acción protectora y las coberturas, que evite el parasitismo sobre el sistema público, y que establezca los cauces apropiados para compensar a los proveedores públicos, encuadrados en los servicios de salud de las CCAA.

#### *b) Cohesión vía reequilibrio del capital sanitario.*

Enumeramos a continuación algunas iniciativas de actuación sobre el capital tangible e intangible que podrían ser muy útiles a la hora de garantizar un reequilibrio de activos (instalaciones, tecnologías, competencias ...) dentro del Sistema Nacional de Salud, como forma de mejorar la igualdad de acceso y calidad de servicios. Lo agrupamos en tres tipologías:

**Co-inversión:** Fondos de ayuda al desarrollo de infraestructuras de atención sanitaria (centros, unidades, tecnologías), que se asignan con una participación no mayoritaria de la administración central (la CCAA ha de aportar en todo caso más del 50%, y con un porcentaje de co-inversión del Fondo decreciente en función de la prioridad otorgada al objeto de la inversión y al mayor nivel de desarrollo económico y sanitario de la CCAA que recibe la subvención.

**Apoyo a la Alta Especialización:** Se trataría de una subvención vía co-inversión o co-participación en gastos corrientes de determinadas unidades de alta especialización, o servicios de referencia, así como también de determinadas tecnologías o procedimientos, bien en su etapa de uso tutelado o bien en su primera etapa de curva de difusión tecnológica; en contraprestación de este apoyo financiero de la administración central, habría especiales garantías de accesibilidad a pacientes derivados de otras CCAA, así como de rendición de información sobre actividad y resultados para evaluar rendimientos, calidad y condiciones de generalización de las tecnologías. Este ámbito está muy relacionado con la temática de servicios de referencia y de uso tutelado que introducía la Ley de Cohesión y Calidad<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD:

**Artículo 22.** Uso Tutelado: 3.El uso tutelado se financiará con cargo al Fondo de Cohesión al que se refiere el artículo 4 de la Ley 21/2001, de

Desarrollo de capital intelectual: recogería un conjunto de acciones con participación financiera y/o de organización de la administración central, actuando en clave de transferencia de competencias, reforzamiento de estructuras científico-profesionales, y generación de conocimiento innovador.

La transferencia de competencias profesionales incluiría la colaboración entre CCAA, Centros, Servicios y equipos profesionales para mejorar las competencias a través de la formación y entrenamiento en nuevas técnicas, de la rotación por servicios de alta especialización para difusión de tecnologías y prácticas excelentes, y en general de iniciativas de difusión del conocimiento y la excelencia vía formación e intercambio profesional.

El reforzamiento de estructuras científico-profesionales, visualiza como instrumento central de dinamización del conocimiento y el intercambio desde la sociedad civil a las sociedades científicas, a los grupos de trabajo de organizaciones colegiales y profesionales, y las publicaciones y revistas en las cuales se expresan y difunden el conocimiento funcional que custodian. El apoyo económico, logístico y político a estas estructuras no sólo crea un instrumento de acción, sino que puede minimizar los conflictos de interés que existen ante la actual financiación comercial mayoritaria.

La generación de conocimiento innovador, a través de políticas de investigación que permitan una relación fluida entre problemas y prioridades de investigación, y que faciliten la incorporación en redes de investigación cooperativa de distintos centros y regiones para crear y difundir conocimiento válido y con capacidad para ser incorporado a los ciclos de innovación y de mejora de la calidad.

### ***c) Cohesión por reequilibrio de las oportunidades de salud.***

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS se hacía eco de esta vía de aplicación del Fondo de Cohesión, a través de un instrumento como son los Planes Integrales que han resultado controvertidos antes incluso de haberse iniciado su primera aplicación<sup>22</sup>. Desde el punto de vista técnico la posibilidad de aportar fondos en función de indicadores o problemas de salud, puede plantear bastantes objeciones teóricas, dado que unos malos resultados en salud, para ser justamente financiados por los demás, debería ser ajenos a la capacidad de acción de la administración sanitaria autonómica responsable.

No obstante cabría buscar un modelo de alianzas, en el cual a nivel central se establecieran unos temas prioritarios y líneas generales de acción (estrategias quizás menos elaboradas o formalizadas que los Planes Integrales de la Ley de Cohesión, que son los que sin embargo se mencionan como llave para abrir el cofre del Fondo de Cohesión). No queda claro si este papel pueden asumirlo las nuevas “estrategias” que está poniendo desde 2004 en marcha el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad; lo relevante sería que los objetivos comunes se plasmaran en acuerdos de acción con diversas CCAA, en los cuales podría darse una subvención para co-financiación de acciones para períodos largos (4-6 años) vinculada al desarrollo de un programa del Plan de Salud de la CCAA (o en su caso de un Plan específico); en contraprestación la CCAA debe asumir la evaluación de las acciones y la rendición de información de actividad y resultados de las acciones conveniadas.

27 de diciembre, de conformidad con las normas por las que se rige dicho Fondo. **Artículo 28.** Garantías de Calidad y Servicios de Referencia. El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará aquellos Servicios de Referencia, que queden establecidos como tales, atendiendo a los criterios de calidad que para cada servicio establezca y los reevaluará periódicamente. La atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de Cohesión ...

22

**LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS; Disposición adicional quinta.** El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Fondo de Cohesión Sanitaria y según se determine reglamentariamente, realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar.

## **EPILOGO**

La agenda de investigación, reflexión y debate profesional sobre la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud es absolutamente central para el futuro del sistema público de salud. Nos jugamos la sostenibilidad futura del mismo, así como ahorrar un enorme desgaste, estrés e ineficiencia que en el corto plazo serán el resultado de visiones e intereses muy mal alineados.

Para introducir cambios estructurales necesitamos una oleada reformista. No necesariamente una nueva Ley. Pero sí un buen proceso que parta de un análisis con un fuerte componente técnico, y que luego articule un apropiado consenso político y social.

Una alternativa en tres pasos podría ser la siguiente:

Constitución de una comisión mixta Congreso-Senado con un claro mandato de buscar las claves de un nuevo contrato social por un SNS sostenible, y que de aquí al final de la legislatura aprovechara para desarrollar su trabajo técnico. Esto posibilitaría que en el inicio de la

siguientes legislatura nacional (y con los responsables autonómicos ya asentados tras los comicios de 2007), se tuviera un punto de partida para la siguiente fase.

Elaboración de un texto refundido de la Ley General de Sanidad de 1986, de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, con el añadido de algunos artículos que introduzcan la ciudadanía sanitaria, la normalización del modelo de aseguramiento poblacional, y el desarrollo de un nuevo modelo de gobierno del SNS.

Buscar sobre la base de este proyecto con fuerzas políticas, sindicales y profesionales un gran pacto social, emulando el alcanzado por los agentes sociales en el Pacto de Toledo de la Seguridad Social.

Esta ruta puede parecer difícil, pero es posiblemente el reto necesario ante la naturaleza de los problemas que nos enfrentamos. Obtener un SNS eficiente, sostenible y de calidad, es un gran premio como para no hacer esfuerzos y apostar claramente, aunque debemos asumir riesgos políticos e institucionales. Porque merece la pena el resultado, y porque no hacer nada no es ya una alternativa válida.