

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud  
Health Systems in Transition

# España

## Análisis del sistema sanitario 2010 Resumen y conclusiones

Presidencia  
Española

*eu*

2010.ES



**SESPAS**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

European

**Observatory**



on Health Systems and Policies



# Health Systems in Transition

Autores:

Sandra García Armesto, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), SESPAS-Sección de investigación en servicios de salud  
Begoña Abadía, I+CS  
Antonio Durán, Técnicas de Salud  
Enrique Bernal, I+CS, SESPAS-Sección de investigación en servicios de salud

España:  
Análisis del Sistema Sanitario 2010  
Resumen y conclusiones

*EM* 2010.es

 SESPAS

European  
**Observatory**   
on Health Systems and Policies

## Descriptor:

SERVICIOS SANITARIOS  
ESTUDIOS DE EVALUACIÓN  
FINANCIACIÓN SANITARIA  
REFORMA SANITARIA  
PLANIFICACIÓN DE SISTEMAS SANITARIOS – organización y  
administración  
ESPAÑA

© Organización Mundial de la Salud 2010, en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud

Reservados todos los derechos. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud acepta solicitudes de autorización para reproducir o traducir total o parcialmente esta publicación.

Pueden remitir las solicitudes relativas a esta publicación a: Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Dinamarca.

También es posible cumplimentar en Internet un formulario de solicitud de documentación, información sanitaria o autorización de reproducción o traducción, en el sitio web de la Oficina Regional para Europa de la OMS (<http://www.euro.who.int/PubRequest>).

Los puntos de vista expresados en el presente documento por sus autores o editores no representan necesariamente las decisiones ni las políticas del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, ni tampoco las de sus organizaciones colaboradoras.

Las denominaciones utilizadas y la presentación de información en esta publicación no constituyen en ningún caso la expresión de un juicio de valor por parte del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud ni de ninguna de sus organizaciones colaboradoras sobre el estatus jurídico de un país, territorio, ciudad o área, sus órganos de gobierno o su delimitación territorial. Cuando en los títulos de los cuadros se utilice la denominación «país o área», se referirá a países, territorios, ciudades o áreas. Las líneas de puntos en los mapas representan fronteras aproximadas sobre las que puede no existir todavía un acuerdo definitivo.

La mención de empresas concretas o de determinados productos de fabricantes no implica que el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud los apoye o recomiende de forma preferente con respecto a otros similares que no se mencionen. Salvo error u omisión, los nombres de productos patentados se escriben con mayúscula inicial.

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud no garantiza que la información incluida en la presente publicación sea completa ni correcta y no aceptará responsabilidad por cualesquiera daños sufridos como consecuencia de su utilización.

Impreso y encuadernado en el Reino Unido.

Cita sugerida:

García Armesto, S., Abadía Taira, B., Durán, A. y Bernal Delgado, E. España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición. 2010; 12(4): 1–240.

## Prólogo

Los informes sobre sistemas sanitarios en transición (HiT) son perfiles nacionales que proporcionan una exhaustiva descripción de un sistema sanitario, así como de las reformas e iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en un país concreto. Expertos del país objeto del informe, conjuntamente con personal del Observatorio, elaboran cada uno de los perfiles nacionales. A fin de facilitar las comparaciones entre países, los perfiles se redactan siguiendo una plantilla, que se revisa periódicamente. La plantilla proporciona directrices detalladas, así como un cuestionario, definiciones y ejemplos concretos necesarios para la elaboración de un perfil.

Los informes HiT tienen por objeto proporcionar información relevante que los responsables políticos y los analistas puedan utilizar en el desarrollo de sistemas sanitarios en Europa. Así, pueden servir como base para:

- conocer de forma exhaustiva las distintas formas de organización, financiación y prestación de servicios sanitarios y la función de los principales actores de los sistemas sanitarios;
- describir el marco institucional, el proceso, el contenido y la implantación de los programas de reforma sanitaria;
- identificar los desafíos y las áreas que requieren un análisis más profundo;
- proporcionar una herramienta para la divulgación de información sobre sistemas sanitarios y para el intercambio de experiencias de estrategias de reforma entre responsables políticos y analistas de distintos países;
- ayudar a otros investigadores que realizan análisis comparativos más exhaustivos de políticas sanitarias.

La elaboración de los perfiles conlleva una serie de problemas metodológicos. En muchos países, la información disponible sobre el sistema sanitario y sobre la incidencia de las reformas es relativamente escasa. Como consecuencia de la ausencia de una fuente de datos uniforme, la información cuantitativa sobre servicios sanitarios se basa en una serie de distintas fuentes, entre las que cabe citar la base de datos Health for All (HFA-DB) de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de Salud (OMS), los institutos nacionales de estadística, Eurostat, la Base de Datos de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y cualquier otra fuente que los autores consideren de utilidad. Los métodos de recogida de datos y las definiciones terminológicas varían en ocasiones, pero suelen ser coherentes dentro de cada una de las series de datos.

La utilización de un perfil normalizado presenta algunos inconvenientes, ya que la financiación y la prestación de los servicios sanitarios son diferentes en cada país. Sin embargo, también ofrece ventajas, puesto que aborda temas y genera preguntas similares. Los perfiles HiT pueden usarse para dar a conocer a los responsables políticos experiencias en otros países que pueden ser pertinentes para su propia situación nacional. Asimismo, pueden emplearse para la realización de análisis comparativos de sistemas sanitarios. Esta serie editorial continúa publicándose y el material se actualiza periódicamente.

Se ruega que se envíe cualquier comentario o sugerencia que pueda contribuir al desarrollo y a la mejora de la serie editorial HiT a la dirección de correo electrónico .

Los perfiles HiT y sus versiones resumidas pueden consultarse en el sitio web del Observatorio: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory). Asimismo, puede encontrarse un glosario de términos utilizados en los perfiles en la siguiente dirección: [www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage](http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage).

## Agradecimientos

**E**l perfil sobre España de la serie editorial Sistemas sanitarios en transición (HiT) ha sido producido conjuntamente por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y SESPAS.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) es una sociedad con personalidad jurídica propia formada por 11 asociaciones y sociedades científicas y profesionales. En la actualidad, forman parte de SESPAS siete sociedades científicas temáticas de ámbito nacional: la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), la Asociación de Economía de la Salud (AES), la Asociación de Juristas de la Salud (AJS), la Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA), la Red Española de Atención Primaria (REAP), la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP) y la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC); así como cuatro asociaciones regionales: la Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears (SSPCiB), la Asociación Andaluza de Salud Pública (HIPATIA), la Sociedad Canaria de Salud Pública (SCSP) y la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS).

A través de estas sociedades, en la actualidad están integrados en SESPAS 3.800 profesionales de la salud pública con distintos perfiles y experiencias profesionales y procedentes de instituciones y ámbitos geográficos diferentes. SESPAS publica informes bienales sobre salud pública y configura su actividad en torno a varios grupos de trabajo o secciones de carácter temático: Políticas y planes de salud, Género y salud pública e Investigación en servicios de salud.

Los autores de la presente edición del perfil sobre España de Sistemas sanitarios en transición (HiT) son Sandra García Armesto, Begoña Abadía Taira y Enrique Bernal Delgado, todos ellos adscritos a la Unidad de Investigación en servicios de salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) y a la Sección de

investigación en servicios de salud de SESPAS, y Antonio Durán (Técnicas de Salud). El informe ha sido editado por Cristina Hernández Quevedo (Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud). El director de investigación del Análisis del sistema sanitario español ha sido Elías Mossialos. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud desea dar las gracias especialmente a Javier Carnicero, Mercedes Alfaro, Concha Colomer, Pablo Rivero, Ildefonso Hernández y Alberto Infante, por su revisión del informe y sus importantes aportaciones.

La presente edición ha hecho uso del contenido de diversos capítulos del primer HiT sobre España, publicado en 2000 y cuyos autores son Ana Rico y Ramón Sabés.

Los autores han contado con la inestimable ayuda de los exhaustivos comentarios, sugerencias y datos facilitados por José Ramón Repullo (Escuela Nacional de Sanidad), Andreu Segura (Instituto de Estudios Sanitarios del Gobierno de la Generalitat de Catalunya, IES), Rosa Urbanos (Universidad Complutense de Madrid) y Joan Ramon Villalbí (Agencia de Salud Pública de Barcelona). Ninguna de las personas u organizaciones citadas es responsable de las interpretaciones de los autores ni de cualesquiera errores presentes en el texto. También es preciso hacer constar el especial agradecimiento de los autores a Manuel Ridao, Natalia Martínez y Joaquín Beltrán (I+CS), por su contribución al análisis basado en el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica que se presenta en el capítulo 8, así como a Rosa Sáez y Miriam Seral, por la edición de los gráficos que acompañan al texto.

Los autores están también especialmente agradecidos a los administradores de las bases de datos Health for All de la Oficina Regional para Europa de la OMS, de las que se han extraído los datos sobre servicios de salud, y a la OCDE, por los datos sobre servicios sanitarios, indicadores económicos e indicadores de salud en España y Europa Occidental. Por último, es preciso dar las gracias también al Instituto Nacional de Estadística y al Instituto de Información Sanitaria del SNS, que han facilitado un buen número de importantes datos nacionales.

Salvo cuando se indica lo contrario, en este perfil HiT se han incluido los datos disponibles a finales de 2009. En el presente informe se utiliza el acrónimo

“UE15” para referirse a los 15 países que entraron en la UE antes de mayo de 2004, el acrónimo “UE12” para hacer referencia a los 12 Estados que completaron su proceso de adhesión en mayo de 2004 y enero de 2007 y el acrónimo “UE27” cuando se alude a los 27 Estados que eran miembros de la UE en 2009.

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud es fruto de la colaboración de la Oficina Regional para Europa de la OMS, los Gobiernos de Bélgica, Eslovenia, España, Irlanda, Finlandia, Noruega, Países Bajos y Suecia, la región italiana de Veneto, la Comisión Europea, el Banco Europeo de Inversiones, el Banco Mundial, UNCAM (la unión nacional francesa de fondos de seguros sanitarios), la London School of Economics and Political Science y la London School of Hygiene & Tropical Medicine. El equipo del Observatorio que se encarga de la elaboración de los perfiles HiT está encabezado por Josep Figueras (Director), Elias Mossialos (Codirector) y Martin McKee, Reinhard Busse and Richard Saltman (directores de investigación).

## Resumen

Los informes sobre sistemas sanitarios en transición (HiT) son perfiles nacionales que proporcionan una exhaustiva descripción de un sistema sanitario, así como de las iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en un país concreto. Los perfiles HiT analizan las distintas formas de organizar, financiar y prestar servicios sanitarios y las funciones que desempeñan los principales actores de los sistemas sanitarios, describen el marco institucional, el proceso, el contenido y la implantación de políticas de salud y de atención sanitaria e identifican los desafíos y las áreas que precisan un análisis más profundo.

Esta edición del perfil HiT sobre España se centra en las consecuencias de la plena descentralización que se consolidó en 2002 y en la puesta en práctica de la hoja de ruta fijada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Muchas de las medidas que ya se han tomado subrayan el procedimiento de mejora elegido: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), del que forman parte el Ministerio de Sanidad y Política Social y las consejerías de salud de las comunidades autónomas, se ha convertido en la máxima autoridad del SNS, allanando así el camino para un novedoso proceso de formulación de políticas de forma consensuada, basado en la gestión del conocimiento, cuyos efectos comienzan a apreciarse. Dicha Ley preveía también la definición del catálogo de prestaciones del SNS y del marco de la política de recursos humanos del SNS, estableciendo las piedras angulares de la coordinación y puesta en vigor del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este Plan incluye las actividades en curso para la implantación del Sistema de información sanitaria nacional, un sistema de identificación inequívoca de los pacientes que incluirá 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. El Plan se ha convertido también 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 de salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes.

El Sistema Nacional de Salud tiene que afrontar todavía un buen número de desafíos, algunos comunes al resto de países occidentales desarrollados y otros derivados de sus propias características idiosincrásicas. La agenda fijada por el CISNS aborda aparentemente muchos de esos desafíos. Sin duda alguna, su puesta en práctica pondrá a prueba la madurez política del sistema, así como la de las herramientas de coordinación y cohesión desarrolladas. Los resultados que se deriven de su implantación merecerán un análisis detallado, determinando la agenda de evaluación de los próximos años.

## Resumen ejecutivo

### Introducción

**E**spaña es una monarquía parlamentaria desde 1978. A lo largo de los últimos 30 años, se ha llevado a cabo de forma progresiva la transferencia de las competencias a los gobiernos regionales. Así, la organización política del Estado español comprende actualmente el Estado central y 17 regiones muy descentralizadas (que reciben el nombre de comunidades autónomas), con sus respectivos gobiernos y parlamentos. España tiene una población de 46.661.950 habitantes (a 1 de enero de 2009) y una extensión de 505.955 km<sup>2</sup>, lo que la convierte en el tercer país con mayor superficie de Europa Occidental.

La tasa de fertilidad es una de las más bajas de la Unión Europea (1,4 hijos por mujer en 2007), pero muestra una ligera tendencia alcista con respecto a las cifras registradas hasta los primeros años del presente siglo. La llegada de población inmigrante, especialmente en la última década, ha tenido consecuencias demográficas, puesto que ha rejuvenecido a una población que, por lo demás, envejece a gran velocidad. La esperanza de vida española es una de las más altas de Europa: 82,2 años en el caso de las mujeres y 77,8 años en el caso de los hombres, en datos de 2007.

Las tres principales causas de mortalidad en España desde 1970 han sido las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias, si bien se ha producido un constante descenso en las tasas de mortalidad reales que se deben a dichas causas. No obstante, las tasas de mortalidad por las enfermedades citadas se encuentran entre las más bajas de la región europea. Los indicadores de salud materno-infantil (tasas de mortalidad neonatal, perinatal y materna) han experimentado una espectacular mejora y las tasas actuales se sitúan por debajo de las medias europeas.

En lo que respecta a los factores del estilo de vida que afectan al estado de salud, el porcentaje de personas que fuman a diario ha ido descendiendo, aunque el consumo habitual de alcohol está bastante generalizado y el consumo peligroso afecta a aproximadamente el 7% de los hombres y el 3% de las mujeres. El sobrepeso y la obesidad están aumentando y la tasa registrada en la población adulta, un 15,6%, dobla ya la cifra de 1987.

## Estructura organizativa

El Sistema Nacional de Salud español es un sistema de cobertura universal (incluidos los inmigrantes irregulares), 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 excepciones. 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 departamentos de salud (consejerías o departamentos de sanidad) que tienen la principal 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. El órgano que ostenta la máxima responsabilidad en la coordinación del Sistema Nacional de Salud es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que está constituido por la Ministra de Sanidad (que ostenta la presidencia) y por los 17 consejeros competentes en materia de salud de las comunidades autónomas. Las decisiones del CISNS se adoptan por consenso y se plasman exclusivamente en recomendaciones, ya

que afectan a cuestiones que han sido transferidas a las comunidades autónomas.

La estructura más habitual de los sistemas regionales de salud comprende una consejería o departamento de salud (o sanidad), 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 designación de 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, los servicios de salud de las comunidades autónomas están poniendo en marcha cada vez con mayor frecuencia 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 que constituye la puerta de entrada al sistema. En lo que respecta a las posibilidades de elección de los pacientes, la posibilidad de elegir especialista y hospital está relativamente menos desarrollada (con algunas diferencias entre comunidades autónomas) que en la atención primaria. En cualquier caso, para acceder a atención sanitaria 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 de atención hospitalaria (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 el catálogo de prestaciones). Estos seguros cubren aproximadamente al 13% de la población, si bien existen considerables variaciones regionales.

Existe una notable excepción al sistema general descrito: las tres mutuas MUFACE, MUGEJU e 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 sanitarios totalmente privados.

## Financiación

**E**l gasto sanitario en España ha seguido la tendencia al alza internacional, alcanzando los 2.671 dólares estadounidenses per capita (en términos de PPA) y el 8,5%

del PIB en 2007; no obstante, sigue por debajo de la media europea. La mayor parte del gasto sanitario (71%) se paga con fondos públicos (recaudados principalmente a través de los impuestos); el porcentaje del gasto que corresponde a los seguros privados asciende al 5,5% y los gastos sufragados directamente por los ciudadanos han registrado un ligero descenso hasta alcanzar el actual 22,4%. 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%, al gasto farmacéutico y el 1,4% se dedica a 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 ha experimentado una desaceleración.

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

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. 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 capita, ponderado por la estructura de la población, la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio.

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 todo el SNS. Estos fondos se utilizan, por ejemplo, para compensar a las regiones expuestas a problemas relacionados con la asistencia sanitaria transfronteriza.

## Marco jurídico 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 una autoridad sanitaria, es decir, 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 formas de gestión indirecta o subcontratación que, en la mayoría de las comunidades autónomas, están confinadas a la prestación 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 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 toda una zona básica de salud. En otros casos, el experimento tiene las características de una iniciativa de financiación privada clásica para la construcción de hospitales.

## Recursos físicos 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 las escasas excepciones descritas (en la Comunidad Valenciana y Cataluña se subcontrata con arreglo a distintas fórmulas a proveedores privados para prestar 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 da servicio a una media de 3.523,3 ciudadanos.

Aproximadamente el 40% de los hospitales pertenecen al Sistema Nacional de Salud; el resto de hospitales son de titularidad privada, aunque varios de ellos conforman 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. 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 estancia 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, como se ha observado también en otros países europeos. Uno de los factores que ha pesado en esta reducción de las camas de agudos es la progresiva ambulatorización, en detrimento de la hospitalización, de determinados procedimientos quirúrgicos, la quimioterapia y la diálisis, entre otros.

La inversión en tecnologías de la información 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 los avances en este ámbito de las comunidades autónomas, así como los progresos del nodo central de información del SNS, posibilitando así la implantación de la identificación inequívoca 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 profesionales; no obstante, conviene destacar el crecimiento experimentado en España por determinados perfiles, 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. Este fenómeno refleja bien el crecimiento 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.

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 se ha convertido en el principal problema de la planificación de los recursos humanos en el campo de la salud.

## Principales reformas sanitarias

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 últimas reformas puestas en marcha en la primera década del siglo XXI estaban destinadas a lograr la coordinación y la cohesión tras la descentralización de las competencias de salud. 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 comunidad autónoma en la que residan. Las reformas pueden agruparse en torno a los cuatro elementos clave que pretenden mejorar 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 a seguir. 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 de salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes.

2. Catálogo de prestaciones. El nuevo catálogo de prestaciones que preveía la Ley de cohesión y calidad del SNS debía ser lo suficientemente amplio para incluir todos los servicios enumerados en el catálogo de 1995 y 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 del nuevo catálogo 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 de fondos finalistas para sanidad y estos fondos se integraron en el sistema general de financiación (con el resto de las competencias traspasadas). Sin embargo, se han detectado varios defectos en este sistema, que se prevé solucionar con la nueva modificación de la ley aprobada en 2009, que se aplicará 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 las comunidades autónomas 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 redefinen las herramientas de mejora de la equidad horizontal y vertical: se establecen fondos de compensación y garantía a fin de asegurar que las comunidades autónomas con rentas más bajas puedan prestar la misma cantidad de servicios, y con la misma calidad, que las que tienen rentas más elevadas. Asimismo, se modifica el criterio de reparto per capita, que se basa ahora 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.

4. Un sistema nacional de información, que abarque tanto el nivel autonómico como el nacional y que dote de transparencia al seguimiento de los resultados y a 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 nacional, un sistema de identificación fiable de los pacientes que incluirá 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.

## Evaluación del sistema sanitario

Con arreglo 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:

- parámetros relativos al estado de salud de la población;
- parámetros de cobertura, acceso y equidad financiera;
- resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario, calidad y seguridad de la atención sanitaria;
- la satisfacción de los usuarios y la legitimidad del sistema según la opinión de la población (con la excepción de la información dirigida a los pacientes y la gestión de las listas de espera).

Estos logros 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 disfrutaban de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad.

Aunque la comparación internacional ofrece información importante, en el caso de un país cuasifederal como España es esencial evaluar el sistema en todo el territorio nacional. De hecho, desde el punto de vista de las diferencias geográficas de utilización y resultados, se ha comprobado la existencia de una amplia variabilidad injustificada en el acceso, la calidad, la seguridad y la eficiencia, no sólo entre regiones, sino también y sobre todo entre áreas de salud y hospitales. Algunos ejemplos:

- La utilización de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) presenta un rango de variación en el que las áreas de salud con mayor utilización quintuplican las tasas de aquellas con menor utilización, pese a que el uso de ACTP se ha incrementado con el transcurso del tiempo. Igualmente, el riesgo de mortalidad tras una ACTP puede ser el doble en un hospital que en otro.
- También se ha analizado la variabilidad en el uso inapropiado de procedimientos; así, las tasas de prostatectomía (con toda la controversia sobre su incidencia en la supervivencia en caso de cáncer) aumentan con el tiempo, de la misma forma que crece

la variabilidad entre áreas de salud (la razón de variación llega hasta 7,7); la cifra de cesáreas, por otra parte, se incrementa de forma injustificada, aunque la variabilidad entre hospitales está reduciéndose debido a la convergencia en tasas altas de todos los proveedores.

- Indicadores de seguridad, como la tasa de mortalidad causada por grupos diagnósticos de baja mortalidad, las úlceras de decúbito, las infecciones relacionadas con el uso de catéteres, el tromboembolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda después de procedimientos quirúrgicos o la sepsis postoperatoria, registraron diferencias entre áreas de salud que se expresan en razones de variación de entre 2,2 y 4,5.
- En cuanto a la gestión de las afecciones crónicas, las hospitalizaciones evitables relacionadas con las complicaciones a corto plazo de la diabetes pueden ser hasta 12 veces más frecuentes en un área de salud que en otra, una variabilidad que, además, se ha incrementado con el paso de los años. De forma similar, los ingresos en hospitales de agudos debido a psicosis afectivas pueden ser 28 veces más frecuentes en un área que en otra.
- Las diferencias entre hospitales (clasificados por tamaño) en el índice de eficiencia técnica son notables: el 26% de los hospitales con entre 501 y 1.000 camas eran, como mínimo, un 15% más ineficientes que el estándar (la eficiencia "media" calculada a partir del universo de ingresos que se han producido en los hospitales de la muestra). Asimismo, el 12% de los hospitales con entre 201 y 500 camas eran, como mínimo, un 25% menos eficientes que el estándar para el tratamiento de pacientes similares.

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. Los distintos actores (pacientes, profesionales y responsables políticos) parecen estar de acuerdo 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 actuaciones 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 ha frenado la posibilidad de una evaluación sistemática del rendimiento del SNS a cualquier nivel de desagregación.

## Conclusiones

**E**n los capítulos precedentes se han revisado de forma pormenorizada las evidencias cuantitativas y cualitativas disponibles sobre los resultados del Sistema Nacional de Salud español. La conclusión general es que, a lo largo de los años, el SNS ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados sostenibles 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 cobertura, acceso y equidad financiera;
- 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. La cifra actual en España, el 8,5% del PIB, es inferior al promedio europeo. La conclusión que puede extraerse de estos datos es que, en términos generales, los ciudadanos españoles disfrutaban de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad.

Para poder evaluar correctamente esos datos es preciso tener en cuenta factores políticos. Desde su creación a finales de los años 70 del pasado siglo, el Sistema Nacional de Salud español se diseñó para ser, además de un componente clave del estado del bienestar que se iba 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 los principios rectores del nuevo sistema. 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 centros hospitalarios 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. Esta reforma, que supuso un cambio radical del status quo, se ha llevado a cabo en un plazo aproximado de 20 años. De hecho, en un contexto internacional propenso a la descentralización, España se ha convertido en un interesante estudio de caso en el ámbito de las políticas de descentralización y la organización del sistema debido a lo ingenioso y lo complejo de su fórmula.

Pese a estos positivos resultados, el SNS sigue teniendo problemas para superar algunos de los retos que generan 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 atribuibles a 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, en cuanto a los recursos humanos, 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.

Otros retos a los que también se enfrentan muchos países occidentales desarrollados se manifiestan en la realidad del SNS:

- 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;
- de forma similar, 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 a enfermos terminales;
- 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 clínica y la práctica clínica;
- la adecuación de los incentivos a proveedores a los objetivos de calidad y eficiencia del sistema en la totalidad del mismo (distintos niveles de la dirección, 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, que ha saltado al primer plano de la actualidad como consecuencia de la actual crisis económica.

El traspaso de las competencias de sanidad se completó en 2002. 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). Varios años de experiencia con el nuevo marco político han generado un fructífero debate (aunque no siempre tranquilo) entre los principales actores relevantes; los temores iniciales a la fragmentación y desarticulación del Estado han dado paso a un enfoque más pragmático, ya que las partes interesadas han tenido que rendirse a la evidencia de que reforzar un espacio de cohesión y coordinación favorece a todos. Existe un consenso general, basado en una voluntad inquebrantable de salvaguardar los objetivos y los logros del SNS, sobre la necesidad de reforzar y mejorar las herramientas de gobierno con el fin de garantizar la sostenibilidad del SNS, al tiempo que se incrementa su orientación al paciente, su calidad, su relación coste-efectividad y su equidad.

Muchas de las medidas que ya se han tomado subrayan el procedimiento de mejora elegido: 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 a seguir. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que está integrado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y las

consejerías de salud de las comunidades autónomas, fue elevado a la posición de máxima autoridad del SNS, allanando así el camino para un novedoso proceso de formulación de políticas de forma consensuada, basado en la gestión del conocimiento, cuyos efectos comienzan a apreciarse. Asimismo, dicha Ley preveía la definición del catálogo de prestaciones del SNS y del marco de la política de recursos humanos del SNS, estableciendo las piedras angulares de la coordinación y puesta en vigor del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este Plan incluye las actividades en curso para la implantación del Sistema de información sanitaria nacional, un sistema de identificación fiable de los pacientes que incluirá 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. El Plan se ha convertido también 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 de salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes.

## Actuaciones pendientes

**E**l ejemplo más reciente del funcionamiento de este marco político tuvo lugar en la reunión del CISNS del 18 de marzo de 2010, en la que el principal órgano decisorio del SNS renovó su compromiso con una estrategia común destinada a garantizar la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS. El documento firmado por la Ministra de Sanidad y Política Social y los consejeros autonómicos constata la incidencia que la crisis económica puede tener sobre los ingresos fiscales y sus consecuencias para el SNS. A este respecto, incluye una batería de medidas destinadas a cumplir dos objetivos: 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 del agrupamiento de recursos a escala del SNS para mejorar las economías de escala. El acuerdo propone varias estrategias a corto plazo para su inmediata aplicación y anuncia las principales prioridades a largo plazo de la agenda del CISNS, que se pondrán en práctica durante 2010.

Entre las medidas a corto plazo destinadas a mejorar la cohesión y la calidad cabe citar las siguientes: el desarrollo de una norma sobre tiempos máximos de espera, que establezca criterios comunes a todo el SNS y se aplique en cada una de las comunidades autónomas; la finalización de la implantación de una historia clínica electrónica común y el uso extensivo de recursos de e-Health 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 acordadas se centran en la política farmacéutica; se pone en marcha el II Plan Estratégico de Política Farmacéutica, que incluye la modificación del actual 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. Se calcula que con estas medidas se pueden ahorrar unos 1.500 millones de euros. Aunque la regulación de precios es competencia exclusiva de la administración central, las comunidades autónomas (e incluso determinados hospitales) actúan como compradores de medicamentos para el suministro a sus respectivos sistemas de atención sanitaria (sin tener en cuenta la prescripción ambulatoria). El acuerdo anuncia la inmediata creación de un procedimiento de compras agregadas para todo el SNS (al que las comunidades autónomas pueden sumarse de forma voluntaria), con el fin de mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores mediante el intercambio de información sobre precios; este procedimiento será de aplicación a todos los productos médicos, incluidos los medicamentos. También se hace especial hincapié en la necesidad de que la inclusión de cualquier nueva tecnología (incluidos los medicamentos) en la cartera de servicios se realice

exclusivamente en función de un análisis coste-efectividad incremental, así como en la aplicación de guías clínicas de farmacoterapia fundamentadas en criterios de coste-efectividad. Como parte de la campaña para favorecer una mejor utilización de los servicios se prevé la implantación de un sistema de “facturas sombra” de los servicios del SNS, que permita concienciar a los pacientes sobre los costes en que se incurre. Asimismo, la cuestión de los costes retributivos se aborda mediante la unificación de los criterios de retribución en todo el SNS.

El CISNS ha otorgado la máxima prioridad a varias iniciativas a largo plazo que se debatirán y evaluarán antes de que termine 2010 y se pondrán en práctica en el periodo 2010-2013:

- Reformar el Fondo de Cohesión Sanitaria y analizar 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 que se pretende alcanzar es 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 nacionales de salud enmarcadas en el Plan de Calidad del SNS; se considera prioritario el establecimiento de una Estrategia nacional para la atención a los pacientes crónicos.
- En el ámbito de la gestión 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 que permita abordar las necesidades futuras de determinados perfiles profesionales con

criterios de distribución y necesidad para el SNS. Este sistema debe basarse en el pleno funcionamiento del Registro Nacional de Profesionales Sanitarios. Otro aspecto abordado es el desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas, basado en un modelo troncal de formación con itinerarios flexibles de especialización.

- 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 Evaluación de Tecnologías Sanitarias con el fin de incrementar su capacidad para generar oportunas evidencias científicas y de coste-efectividad para la toma de decisiones.

La agenda fijada para el SNS aborda aparentemente muchos de los desafíos descritos. Sin duda alguna, su puesta en práctica pondrá a prueba la madurez política del sistema, así como la de las herramientas de coordinación y cohesión desarrolladas. Los resultados que se deriven de su implantación merecerán un análisis detallado, determinando la agenda de evaluación de los próximos años.



## Sistemas Sanitarios en Transición: España

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud es una asociación entre la Oficina regional para Europa de la OMS, los Gobiernos de Bélgica, Eslovenia, España, Irlanda, Finlandia, Noruega, Países Bajos y Suecia, la región italiana de Veneto, la Comisión Europea, El Banco Europeo de Inversiones, el banco Mundial, UNCAM (la unión nacional francesa de fondos de seguros sanitarios), la London School of Economics and Political Science y la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Los informes HiT son perfiles que ofrecen un exhaustivo análisis de los sistemas y las políticas en el ámbito de la salud y que se elaboran mediante la aplicación de un enfoque normalizado que permite la comparación entre países. Estos informes proporcionan datos, cifras y análisis y hacen especial hincapié en las reformas en marcha.