
Áreas sectoriales

Coordinación en la cartera de servicios: visión desde un servicio autonómico de salud

Francisco Agulló Roca

Director Gerente del Servicio Murciano de Salud.
Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Analizar la situación actual en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, entendido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), en materia de coordinación en la Cartera de Servicios ofertados y en la equidad de las prestaciones ha de hacerse, según mi criterio, bajo el prisma de la “ecuación clave” que debería regir la política y la macroeconomía sanitaria en la dirección de cualquier sistema que pretenda ser sostenible.

Dicha sencilla ecuación (fig. 1) consta de tres elementos y debe estar íntimamente ligada a un cuarto factor, la necesaria existencia de un órgano de gobierno, de tal forma que para que un sistema sanitario sea sostenible debe ocurrir que la cartera de servicios que se oferta a la población

asegurada sea costeada con una financiación suficiente, y para que ello se consiga es absolutamente necesario la existencia de un gobierno fuerte en las funciones que se le atribuyan.

Órgano de Gobierno

Aseguramiento x Prestaciones = Financiación

Figura 1. Ecuación clave.

Lejos de cualquier dramatismo o visión catastrófica es un hecho que, después de 5 años desde la culminación del proceso de transferencias sanitarias a las CCAA, en la prensa general son publicados titulares que preocupan, como el último que leí el pasado día 29 de abril de 2007 en el diario *La Razón*: “La desigualdad sanitaria abre la brecha entre comuni-

dades”; o que la sanidad (al menos a nivel organizativo, de acceso o en materia de prestaciones) es relevante y muy importante para la sociedad y los ciudadanos, como leemos casi a diario en la prensa regional de una Comunidad Autónoma como la de Murcia; o que los temas sanitarios han alcanzado un nivel de prioridad más alto en las agendas de los partidos políticos, como pudo comprobarse en la campaña electoral, previa a las Elecciones Autonómicas y Municipales del próximo 27 de mayo.

Para continuar con el análisis planteado, es necesario discernir si se cree aún en la existencia “real” de un SNS en nuestro Estado (independientemente de lo regulado por la legislación vigente), o si por el contrario se entiende como algo “virtual” conformado únicamente como el mero sumatorio de los servicios de salud de las CCAA, sin liderazgo, sin identidad propia, sin órganos de gobierno efectivo, sin presupuesto, sin estructura, etc.

Personalmente continúo creyendo en la existencia de un SNS formado por el conjunto de los servicios de salud de las CCAA, pero que debe gobernarse de forma competente para lograr su sostenibilidad futura.

Pasaré a analizar cada uno de los factores de la citada ecuación.

Aseguramiento

Está muy extendida la idea de que el SNS es un sistema universal que cubre a toda la población española y, aunque no se puede negar esta afirmación, sí que es absolutamente necesario matizarla. Como sabemos, nuestro actual SNS es el fruto de la evolución y transformación de un sistema previo de Seguridad Social durante un proceso prolongado en el tiempo, a veces errático y falto de liderazgo, que ha devenido en una situación de casi universalización de la asistencia, fruto de la incorporación o yuxtaposición paulatina de colectivos al sistema, hasta completar la casi totalidad de la población.

Esta composición por adición ha ocasionado que en la actualidad la supuesta universalidad esconda un sistema complejo con numerosas situaciones de aseguramiento, hasta, según algunos autores, 17 formas distintas, entre ellas:

I. Afiliados al régimen general de la Seguridad Social: titulares y beneficiarios, activos o pensionistas; colectivos singulares: emigrantes retorna-

dos, excombatientes de la zona republicana, titulares de pensiones causadas por actos de terrorismo, menores a los que afecta la Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor; los extranjeros en lo que dispone la Ley 4/2000, Orgánica de Extranjería; población sin recursos acogida al Real Decreto 1088/1989; colectivos que eligen a los servicios sanitarios del SNS, pero que no están asegurados directamente en el Régimen General de la Seguridad Social y el Financiador es la mutualidad correspondiente.

2. Población cubierta por regímenes especiales de Seguridad Social de funcionarios de la Administración: MUFACE, MUGEJU e ISFAS.

3. Población cubierta por la sanidad penitenciaria.

4. Aseguramiento sanitario público (obligatorio) para situaciones o riesgos diferentes al de enfermedad común o accidente no laboral: mutuas patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEPSS); seguro de vehículos: atención sanitaria derivada de accidentes de tráfico; seguro escolar.

Esta multiplicidad de situaciones de aseguramiento genera una gran paradoja ya que, aunque nuestro Sistema se financia íntegramente por

impuestos y es de cobertura universal, contradictoriamente sigue teniendo un proceso de acceso diferente para cada una de las formas citadas (contrato de trabajo, pertenencia a un colectivo profesional, edad, situación de falta de recursos, origen del accidente, etc.).

Además, en algunos casos, ese derecho no está claramente adquirido conforme a la normativa vigente y sólo se concede por el incumplimiento “consentido” de la norma (por ejemplo la concesión de tarjeta sanitaria a personas sin recursos, aunque extraoficialmente los tengan), generándose situaciones diferentes para casos iguales (inequidad), que puede llevar a la situación extrema de alguna CCAA en la que parece que hay establecida una prima mensual para el acceso al sistema de aquellas personas sin derecho. Estas contradicciones devienen necesariamente en deslegitimidad del Sistema.

La inequidad citada es aún más tangible si comparamos prestaciones diferentes para las distintas formas de aseguramiento: el copago farmacéutico diferente, la mayor cartera de servicios en prestaciones protésicas, dentales y oculares, o la capacidad de elección del provisor.

Pero aún más este desorden de aseguramiento repercute de manera muy importante en la financiación de los servicios de salud, sobre todo en los siguientes casos: a) asegurados de regímenes especiales (por ejemplo MUFACE) que optan por el sistema público como proveedor; b) gran parte de la asistencia sanitaria que deviene de contingencias profesionales y que debía ser cubierta por las MATEPSS, carga al SNS desde el principio de la actuación o, sobre todo, a partir de la cronificación del caso. Lo mismo sucede con los accidentes de tráfico. Se trata de dos casos importantísimos cuantitativamente en los que la financiación de la asistencia no va al sistema público pero, en su condición de universal, se hace cargo de la parte más costosa de la misma; c) lo mismo sucede con otros seguros, el escolar y deportivo, que suponen sencillamente una detracción de financiación para el sistema y que, en la práctica, realiza casi toda la asistencia.

Podemos concluir en este apartado que esta diversidad en las formas de aseguramiento y la situación de desregulación actual repercute negativamente en el sistema sanitario público en forma de deslegitimidad del

Sistema, inequidad y detracción importante de financiación.

Prestaciones

A pesar de haber sido recientemente publicado el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, es conocida la existencia de algunas diferencias entre las diversas CC.AA. en la Cartera de Servicios ofertados a los ciudadanos, diferencias que han ido apareciendo poco a poco, sobre todo a partir de la culminación del proceso de transferencias y que existían previamente a la promulgación de la citada norma o que se está valorando su inclusión en estos momentos. Entre ellas podríamos destacar las siguientes:

1. Cirugía de cambio de sexo.
2. Salud bucodental infantil.
3. Salud bucodental en pacientes discapacitados.
4. Tratamiento podológico en pacientes diabéticos.
5. Inclusión de nuevas vacunas en el calendario vacunal.
6. Financiación de medicamentos contra el tabaquismo.

7. Financiación de medicamentos para la disfunción eréctil en determinados colectivos de pacientes.

8. Financiación de material ortoprotésico adicional para determinados colectivos de discapacitados.

9. Financiación completa de pañales de incontinencia en pacientes discapacitados “activos”.

Como puede verse, afectan a diferentes prestaciones del SNS: Atención Primaria, Atención Especializada, Farmacéutica, Ortoprotésica y salud pública. Si bien entiendo que la Cartera de Servicios no puede plantearse como algo cerrado e inmovible, sino todo lo contrario, no es menos cierto que ya se están produciendo desigualdades en el acceso a las prestaciones entre las CCAA, y por tanto indicios de inequidad del Sistema.

Pero el mayor riesgo en lo que se refiere al ámbito de la Cartera de Servicios proviene de la posible generación de una dinámica incrementalista. En un mundo como el nuestro, en el que la información no tiene coto, la existencia de un Sistema de Salud descentralizado, sin un decidido gobierno o autoridad, y en el que la política tiene una gran influencia, puede ocurrir que las decisiones au-

tonómicas tengan una tendencia favorable a la concesión de nuevas prestaciones, y que éstas se conviertan en “lo mínimo” para nuevas concesiones en otras CC.AA.

Volviendo a la ecuación del principio y conociendo que los incrementos en financiación sanitaria nunca serán tan ágiles y específicos como para seguir esa posible tendencia incrementalista, una situación de este tipo solo podrá dar lugar a dos consecuencias, a mi juicio, indeseables: a) el incumplimiento de la ecuación y, por tanto, la insostenibilidad manifiesta del Sistema; b) el origen de diferencias entre CCAA, de tal forma que las “ricas” pueden financiar, al margen de la financiación sanitaria común, nuevas prestaciones, frente a otras que no pueden y, por tanto, se produce inequidad.

Esta situación podría complicarse aún más ante la participación de las Administraciones locales en esta carrera de prestaciones añadidas.

Pero no se puede terminar este apartado sin citar dos aspectos que tienen un protagonismo singular: la prestación socio-sanitaria y la prestación farmacéutica.

Como sabemos la prestación socio-sanitaria tenía que haber sido de-

sarrollada en el antes citado Real Decreto de Cartera de Servicios, pues así se establecía en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, eso no sucedió así porque, según versiones más o menos oficiales, al coincidir su elaboración y tramitación con la de la “Ley de la Dependencia” se consideró adecuado postergar tal regulación para evitar solapamientos.

Posteriormente se ha podido comprobar que no hay tales solapamientos y, por contra, continúa siendo urgente la definición de la prestación socio-sanitaria. Y ello para delimitar claramente qué parte de la cartera socio-sanitaria debe ser realizada por la organización sanitaria y cuál por los servicios sociales. La indefinición actual nos puede llevar a tres consecuencias que se irán agudizando conforme se alargue la indefinición:

1. Desorganización o conflicto de competencias.
2. Diferencias entre las distintas CCAA.
3. Mayor gravamen para las cuentas de los Servicios de Salud, porque, en mi opinión, la asistencia a muchísimos pacientes crónicos, tanto institucionalizados como ambulatorios, está

siendo atendida por el sistema sanitario y dicha tarea debería ser adjudicada a los servicios sociales y financiada con contribución del usuario.

Respecto de la prestación farmacéutica su singularidad reside en que, aun encontrándose regulada por el Real Decreto 1030/2006, su continua actualización al ser aprobados nuevos medicamentos incumple dos preceptos básicos de dicha normativa: en ella no participan las CCAA y no va acompañada de la financiación correspondiente. Esta última circunstancia redundante también negativamente en las cuentas de los servicios autonómicos de salud.

Desde la postura manifestada anteriormente de seguir creyendo en la existencia de un SNS, no parece aceptable pensar en la posible ruptura de la equidad interterritorial por meras decisiones políticas o por diferencias en el nivel socioeconómico. La dinámica de que cualquier prestación adicional que quiera introducir un Servicio de Salud debe costearse con fondos propios, puede generar una peligrosa espiral de crecimiento del gasto, de desigualdades y de falta de equidad territorial, pudiéndose originar tales decisiones de forma irresponsable, inconsciente o prepotente.

Como conclusión de este segundo apartado mencionar que, aunque de momento no existen diferencias significativas en cuanto a la cartera de servicios ofertados entre las distintas CCAA, éstas pueden hacerse manifiestas y desencadenar una espiral incrementalista si no hay un gobierno del SNS que lo impida, y con el riesgo importante que ello supone para la sostenibilidad futura del Sistema.

Financiación

La financiación sanitaria es, a mi juicio, uno de los principales instrumentos para lograr un SNS cohesionado.

A lo largo de este artículo se han señalado diversas realidades de nuestro Sistema que lo están gravando de forma inadecuada y, en particular, que están perjudicando la situación financiera de los Servicios Autonómicos de Salud:

1. En determinados regímenes especiales la elección como proveedor de servicios al sistema público no se acompaña de la financiación específica necesaria para el proveedor. La propia existencia de este régimen grava al sistema público, porque la capacidad de elección de sus bene-

ficiarios perjudica financieramente siempre al primero.

2. Las MATEPSS, las aseguradoras de tráfico o las de otros seguros obligatorios, casi nunca cubren las necesidades asistenciales de manera completa, recayendo éstas, en mayor o menor grado, en el sistema público que no recibe la correspondiente financiación.

3. El coste de la asistencia socio-sanitaria está recayendo en gran medida en el sistema sanitario público por la ausencia de una regulación que marque normativamente el límite, de tal forma que el SNS pueda centrarse en su razón de ser, expresada en el artículo 6 de la Ley General de Sanidad, es decir, en la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

4. Las incorporaciones en la Cartera de Servicios de la prestación farmacéutica están recayendo en las CCAA en su dimensión de coste, pero no en la de financiación.

Pues bien, a pesar de todo esto el principal factor de deterioro financiero y de inequidad en el actual sistema financiero es el hecho de la no actualización de la población como referencia principal de distribución de recursos en un país como el nuestro, donde hay CCAA que están sopor-

tando en crecimiento vegetativo del 3% anual, frente a otras que casi no crecen. Sin entrar en la concreción de cálculos, parece obvio que, desde la puesta en marcha del actual sistema de financiación en el año 2001 hasta la actualidad, las proporciones de distribución marcadas entonces deben ser modificadas, so pena de aceptar conscientemente que se prefiere no reconocer la necesidad de cambios por no abordar el problema.

Gobierno del Sistema Nacional de Salud

Considero que no es demasiado exagerado expresar que hay una amplia conciencia general de que el “bien máspreciado de nuestro sistema social” está generando una dinámica de crecimiento de gasto que hace peligrar en el futuro su sostenibilidad financiera. El análisis de los factores de la ecuación me lleva a pensar que ésta es posible, pero que para ello es precisa la adopción de decisiones y medidas determinantes que, entre otras cosas, requieren de un amplio consenso. Sin embargo, parece también obvio que en los últimos tiempos este consenso se encuentra muy lejos de lo deseable, y que para que

exista son necesarios cambios muy importantes.

En mi opinión, el actual SNS necesita de la conformación urgente de un Órgano de Gobierno reconocido y aceptado por todos los actores con la capacidad ejecutiva de poner en marcha el conjunto de medidas que, ineludiblemente, serán necesarias en los próximos años.

Algunas de las características de este Gobierno deberían ser, a mi juicio, las siguientes: su principal misión será la búsqueda de la sostenibilidad en el SNS y en todo momento debe estar al servicio del máximo órgano de decisión del SNS, que no es otro que el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), pero debe tener la facultad de hacer propuestas y de buscar el consenso en el mismo. Salvando las distancias las relaciones entre el CISNS y el Gobierno del SNS podrían ser como las del Consejo de Europa y la Comisión Europea. El primero tiene la capacidad de decisión y el segundo la ejecutiva, pero a través de los países miembros o, en este caso, las CCAA.

Para ello debe poseer una estructura propia con capacidad de realizar estudios, desarrollar normas, etc. Pero sobre todo ha de ser un Órgano de

consenso y, para ello, debería ser independiente del Gobierno de la Nación.

Creo que todas las CCAA deberíamos asumir que la creación de dicho Órgano es beneficioso para todos, porque es necesario comenzar a trabajar seriamente en la sostenibilidad del SNS, y para ello, en las

actuales circunstancias, no es suficiente con medidas únicamente autonómicas. De lo contrario, estaremos creyendo más en un SNS resultante del sumatorio de los 17 servicios autonómicos de salud, hasta que una futura norma pueda hacer extinguir el Sistema Nacional de Salud español.

