

---

# La coordinación de las políticas de recursos humanos en el SNS

## La coordinación de las políticas de recursos humanos en los sistemas descentralizados de la Unión Europea

---

Javier Elola Somoza

Director de Elola Consultores. Madrid.

El Capítulo III de la Ley de Cohesión<sup>(1)</sup> está dedicado a los profesionales y, dentro de este capítulo, a la “planificación y formación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS)”. Como señalan B. González y P. Barber<sup>1</sup>, la Administración Central conserva una gran parte de las competencias de formación, acreditación y homologación de los profesionales sanitarios y la planificación global del SNS, mientras que las Comunidades Autónomas, en tanto que gestoras de sus respectivos servicios de salud, ejercen las competencias de empleo. Aunque en el seno de la Comisión de Recursos

Humanos del SNS se ha llegado a algunos acuerdos<sup>(2)</sup>, la coordinación de las políticas de planificación y gestión de los recursos humanos del SNS es uno de los aspectos en donde existe un acuerdo bastante generalizado en la necesidad de su replanteamiento.

B. González y P. Barber señalan, por una parte, la acusada (y creciente) segmentación geográfica de los mercados

---

<sup>(1)</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>(2)</sup> Resolución de 29 de enero de 2007, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, por la que se dispone la publicación del acuerdo por el que se fijan los criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional del personal de los servicios de salud; Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, por el que se regula la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada; relación laboral de carácter especial de los MIR.

de médicos, así como, por otra, que “la ilusión de autosuficiencia —autonómica— es falsa... Los salarios están sometidos a una espiral inflacionista, dado que el objetivo es igualar en máximos”. Existen, no obstante, importantes disparidades en la aplicación de los sistemas retributivos, carrera profesional, etc. entre Comunidades Autónomas<sup>2</sup>.

Una mirada sobre cómo coordinan las políticas de recursos humanos (RR.HH.) en los países de la Unión Europea (UE) con sistemas descentralizados puede eventualmente sugerir ideas para afrontar algunos de los problemas que, en relación con este aspecto, encara actualmente el SNS y que son objeto de análisis en otras colaboraciones en este número de la *Revista de Administración Sanitaria*. Para realizar este ejercicio me basaré en un reciente trabajo que, sobre Cohesión Sanitaria en Europa<sup>3</sup>, he tenido el privilegio de dirigir por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>(3)</sup>;

---

<sup>(3)</sup> Una de las premisas para la elaboración del Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa fue el de la autonomía técnica y política del Director del Informe y los miembros del Grupo de Expertos en relación con el Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que las opiniones y recomendaciones contenidas en el Informe son atribuibles exclusivamente a los autores del mismo.

de este trabajo extraeré los siguientes temas:

1. Aspectos relativos a la comparación del SNS y otros sistemas sanitarios de la UE.
2. Tendencias observadas en los países de la UE que pueden ser relevantes para la coordinación de las políticas de RR.HH. en el SNS.
3. Recomendaciones del Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa para el SNS en materia de RR.HH.

### **Aspectos relativos a la comparación del Sistema Nacional de Salud y otros sistemas sanitarios de la Unión Europea**

---

Cuando nos referimos al SNS generalmente se asume que responde a un modelo sanitario de “servicio nacional de salud”, con gestión descentralizada en las Comunidades Autónomas. Esta asunción debe ser matizada, pues a diferencia de los servicios nacionales de salud paradigmáticos (por ejemplo, los del Reino Unido y Suecia), el SNS español no es, 20 años después de su constitución, el “asegurador universal”, como señalan, entre otros, F. Sevilla<sup>4</sup> y A. Segura<sup>5</sup>.

Sistema económico	Capitalista/corporatista		Capitalista/Liberal
Régimen del bienestar	Universal	Corporatista	Liberal
Ideología	Socialdemócrata	Democratacristiana	Liberal
Valores	Igualitaristas	Doctrina social de la iglesia	Individualistas
Derecho a la protección de la salud	+	+	+
Acceso vinculado al trabajo	-	+	-
Modelo sanitario	Servicio Nacional Salud	Seguros sociales	Individualistas
Financiación	Pública (impuestos)	Pública (cotizaciones)	Privado (pólizas)
Aseguramiento	Público (universal)	Público (múltiple)	Privado
Provisión	Pública	Privada	Privada
Ejemplo paradigmático	Suecia	Alemania	EE.UU.
Países de la UE objeto del Informe	Dinamarca, España, Finlandia, Reino Unido, Suecia	Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda	

  

**Figura 1.** Modelo sanitario de los países analizados en el Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa.

Las instituciones y mecanismos de financiación, aseguramiento y provisión de los sistemas sanitarios puede agruparse en distintos modelos. Desde Roemer<sup>6</sup> se distinguen tres tipos básicos de modelos sanitarios: servicios nacionales de salud, sistemas de seguros sociales y liberales. Estos modelos se originan en sistemas socioeconómicos, ideologías políticas y valores sociales distintos y su “arquitectura” (estructura, organización y funcionamiento) responde a estas coordenadas. Una visión esquemática del entramado de relaciones entre sistema socioeconómico, valores y

tipologías básicas de sistemas sanitarios utilizada en otros trabajos<sup>7</sup> permite clasificar, en la medida de lo posible, los modelos sanitarios de los países analizados en el mencionado Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Reino Unido y Suecia (fig. 1).

Como puede observarse en la figura 1 los sistemas sanitarios de los países de la UE analizados en el mencionado Informe pueden agruparse en dos modelos: servicios nacionales de salud (a los que se asimila el SNS español) y sistemas de seguridad so-

cial. Entre los estados con sistemas sanitarios basados en el modelo de seguros sociales Alemania, Austria y Bélgica tienen una forma federal de estado, estando la gestión de la asistencia sanitaria descentralizada en una doble dimensión: hacia los entes territoriales con autonomía política (Länder en Alemania y Austria) y hacia las instituciones “autorreguladas” características de este modelo de sistema sanitario: los seguros de enfermedad y las corporaciones profesionales<sup>(4)</sup>,8-10.

Entre los estados con sistemas sanitarios basados en el modelo de servicio nacional de salud España, Finlandia, Reino Unido y Suecia han descentralizado su gestión hacia entes territoriales con autonomía política: Comunidades Autónomas (España), municipios (Finlandia); países de Escocia, Gales e Irlanda del Norte (Reino Unido) y condados (Suecia), si bien el número de estos entes territoriales, así como su tamaño geográfico y poblacional, varía notablemente

entre estados, así como dentro de los mismos. Con todos los matices precisos éste es el subgrupo de sistemas que más se podría prestar a comparación con el SNS español<sup>(5)</sup>,11,12. Como se muestra en la figura 1 Dinamarca ha iniciado un camino de retorno hacia un sistema sanitario más centralizado, camino en el que sigue a Noruega y que puede preceder a Suecia; sobre este aspecto volveré más adelante, pues antes conviene tomar en consideración algunos datos que obligan a relativizar la comparación entre el SNS y los sistemas sanitarios de los países analizados.

Los sistemas sanitarios públicos se insertan dentro de las instituciones del Estado del bienestar. De conformidad con los datos de un reciente estudio de Eurostat<sup>13</sup>, España se sitúa en el nivel más bajo de protección social de los países que se incluyeron en el estudio (tabla 1), tanto en términos de gasto por habitante en poderes paritarios de compra (4.453 euros frente a los 7.517 euros de la media de países estudiados), como en el peso que el gasto so-

<sup>(4)</sup> Para mayor información sobre los sistemas sanitarios de estos países (Alemania, Austria y Bélgica) se pueden consultar los respectivos Anexos del Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa<sup>2</sup>, así como las recientes monografías publicadas por el Observatorio Europeo (referencias 8-10).

<sup>(5)</sup> Para mayor información sobre los sistemas sanitarios de estos países (Finlandia, Reino Unido y Suecia) se pueden consultar los respectivos Anexos del Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa<sup>2</sup>, así como las monografías citadas en las referencias 11 y 12.

<b>Media países estudio</b>	<b>27,3</b>
Bélgica	27,9
Dinamarca	29,7
Alemania	28,4
<b>España</b>	<b>19,5</b>
Francia	29,4
Holanda	26,7
Austria	28,2
Finlandia	25,9
Suecia	31,6
Reino Unido	25,8

**Tabla 1.** Gasto en protección social en los países incluidos en el Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa (euros por habitante en PPC, 2004).

<b>Media países estudio</b>	<b>9,4</b>
Austria	10,2
Bélgica	10,3
Dinamarca	9,1
Finlandia	7,5
Francia	11,1
Alemania	10,7
Holanda	9,2
<b>España</b>	<b>8,2</b>
Suecia	9,1
Reino Unido	8,3

**Tabla 2.** Gasto sanitario en los países incluidos en el Informe (2005).

cial tiene sobre el producto interior bruto (PIB) (19,5 frente a 27,3%):

Sin embargo, el peso del gasto sanitario público sobre los gastos de protección social es en España el más elevado de entre los países analizados (un 30,8 frente a un 27,3% de media), frente a lo que ocurre con el resto de los renglones de protección social, y aun a pesar de que la contabilización del gasto sanitario en España no incluye, a diferencia de la mayoría de los países incluidos en el Informe, algunos gastos “socio-sanitarios”.

De entre los 10 países que fueron incluidos en el estudio, España tiene el menor gasto sanitario total (tabla 2), medido tanto en términos de su par-

ticipación sobre el PIB—con la excepción de Finlandia—, como en gasto por persona protegida en poderes paritarios de compra (indicador en el que se sitúa a un 75% de la media). Sin embargo, el indicador de porcentaje de gasto sanitario total sobre el PIB en España no se diferencia de la media de los países con “servicios nacionales de salud” (8,2: 8,3), pues estos países tienen, como promedio, 1,8 puntos porcentuales menos de gasto sanitario total sobre el PIB que aquellos con sistemas sanitarios basados en los seguros sociales (8,3: 10,1).

En la definición de la OCDE—fuente utilizada para comparar el gasto sanitario entre los países analizados— “gasto sanitario” comprende también

<b>Media países estudio</b>	<b>77,2</b>
Austria	75,7
Bélgica	72,3
Dinamarca	84,1
Finlandia	77,8
Francia	79,8
Alemania	76,9
Holanda (2002)	62,5
<b>España</b>	<b>71,4</b>
Suecia	84,6
Reino Unido	87,1

**Tabla 3.** Gasto sanitario público/ gasto sanitario total en los países incluidos en el Informe (2005).

el “cuidado de personas que requieren asistencia de enfermería”, así como “el cuidado de personas con minusvalías relacionadas con la salud, o discapacidad, que requieren asistencia de enfermería”. En las cuentas de gasto sanitario en España no se incluye el gasto en residencias asistidas y otros gastos “socio-sanitarios” que sí lo están en los países estudiados.

En cuanto a la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario (tabla 3), España se sitúa en un 71,4%, 6 puntos porcentuales por debajo de la media de los países incluidos en el Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa (77,4%). Se debe señalar que, al contrario de lo que podría esperarse de

la implantación de un sistema basado en el esquema de “servicio nacional de salud”, el peso del gasto sanitario sobre el total se ha reducido en 8,5 puntos porcentuales desde 1986 (año de aprobación de la Ley General de Sanidad) —79,9%— al 71,4% en último año disponible (2005)<sup>14</sup>. En relación con este indicador el contraste es acusado entre España y los países de la UE con servicios nacionales de salud (83,4%, 12 puntos porcentuales de diferencia).

Por último, en cuanto a la cautela con la que hay que manejarse para comparar el SNS español con otros “servicios nacionales de salud” de la UE haré mención a los datos que sobre recursos humanos (médicos/as y enfermeros/as) ofrece la OCDE<sup>14</sup>.

En relación con el número de médicos (tabla 4), la OCDE incluye los médicos licenciados y con autorización para ejercer (excluyendo dentistas o estomatólogos), incluyendo médicos internos y residentes, así como médicos extranjeros con ejercicio en el país. Excluye profesionales trabajando en la administración, investigación y otros puestos sin contacto directo con los pacientes, así como profesionales jubilados o en paro, o que trabajan en el extranjero.

<b>Media países estudio</b>	<b>3,4</b>
Austria	3,5
Bélgica (2004)	4,0
Dinamarca	3,6
Finlandia	2,4
Francia	3,4
Alemania	3,4
Holanda	3,7
<b>España</b>	<b>3,8</b>
Suecia (1999)	3,4
Reino Unido	2,4

**Tabla 4.** Médicos/1.000 habitantes en los países incluidos en el Informe (2005).

<b>Media países estudio</b>	<b>9,0</b>
Austria	9,4
Bélgica	6,1
Dinamarca (2004)	7,7
Finlandia (2004)	7,6
Francia	7,7
Alemania	9,7
Holanda	14,5
<b>España</b>	<b>7,4</b>
Suecia (2004)	10,6
Reino Unido	9,1

**Tabla 5.** Enfermeros/as/1.000 habitantes en los países incluidos en el Informe (2005).

La OCDE incluye como enfermeros (tabla 5) a personas que han completado un programa de educación básica en Enfermería y están autorizadas en el país para ejercer la Enfermería en todos los ámbitos. Incluye tanto enfermeros con formación de alto nivel, como enfermeros asociados, auxiliares y vocacionales, incluyendo profesionales extranjeros autorizados para trabajar en el país. No incluye auxiliares y asistentes que no tienen certificación en enfermería, matronas (salvo que trabajen a tiempo parcial como enfermeros), profesionales trabajando en la administración u otros puestos sin contacto directo con los pacientes y personas que trabajan en el extranjero. Las

cifras de España incluyen matronas, así como auxiliares de enfermería.

Existen otros muchos datos, pero los ofrecidos habilitan suficientemente para poner un acento de cautela en cuanto a poder comparar el SNS con otros servicios nacionales de salud:

**1.** El SNS no es, a diferencia de otros países con el modelo de servicio nacional de salud, el asegurador público universal.

**2.** El gasto social es, en España, notablemente más bajo (en términos porcentuales sobre el PIB y en poderes paritarios de compra) que el del resto de los países incluidos en el Informe.

**3.** El gasto sanitario es, en España, similar (en términos de su participa-

ción sobre el PIB) al de otros países con servicios nacionales de salud, llamando notablemente la atención el bajo peso que en España tiene el gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total, lo que contrasta notablemente con otros países con servicios nacionales de salud.

4. La tasa de médicos es, en España, superior a la media de los países incluidos en el estudio, especialmente cuando se compara con países con servicios nacionales de salud (Reino Unido y Suecia). Por el contrario, la tasa de enfermeros es notablemente inferior a la media de los países incluidos en el estudio, especialmente cuando se compara con el Reino Unido y Suecia.

Los datos ofrecidos no sólo señalan las importantes diferencias entre el SNS y los servicios nacionales de salud de otros países de la UE, especialmente los más paradigmáticos (Reino Unido y Suecia), sino también muestran que España gestiona el sistema sanitario público de forma distinta que esos países, lo que abre un número de interrogantes en relación con la gestión de los recursos humanos como, entre otras: ¿el menor peso del gasto sanitario público sobre el total en España tiene algo que ver

con el cada vez más extendido pluriempleo médico, combinando —en numerosas ocasiones— una insuficiente dedicación en el sector público con unas bajas tarifas de pago por servicio en el sector asegurador privado? ¿No estarían mejor alineados los intereses del sistema sanitario público con los de los profesionales si éstos tuvieran una mayor dedicación al SNS, sus remuneraciones en él fueran más elevadas y estuvieran vinculadas al funcionamiento que hace atractivo el sector privado para la población ya cubierta por el sistema: eficiencia, capacidad de elección, ausencia de lista de espera, mejor información y trato, etc.? ¿Existe en España un problema de número de médicos o se debe también “repensar” su dedicación y el reparto de actividades con las de enfermería?

### **Tendencias observadas en los países de la Unión Europea**

---

#### **Descentralización y coordinación en los sistemas sanitarios de la Unión Europea**

La definición de coordinación adoptada en el Informe sobre Coordinación Sanitaria en Europa: “la armonización de algunas políticas y programas

entre el gobierno central y los gobiernos territoriales”<sup>15</sup>, aplica a aquellos sistemas en los que existe una descentralización en entes territoriales con autonomía política. El análisis de los sistemas sanitarios de los países seleccionados conduce a una doble constatación: la importante centralización de los sistemas sanitarios con modelo de seguros sociales, incluso en países federales y la potente tendencia, en los países con servicios nacionales de salud, hacia la centralización de la regulación y dirección del sistema sanitario y la descentralización de la gestión de los servicios.

Un paradójico hallazgo del estudio de los sistemas sanitarios de los países con estado federal, como Alemania, Austria y Bélgica, es la importante centralización —bien en el gobierno, como en Austria y Bélgica, bien en las estructuras “autorreguladas”, como en Alemania— de aspectos muy relevantes de la organización y gestión del sistema sanitario, al mantenerse la asistencia sanitaria de la seguridad social como una competencia estatal.

En los países nórdicos analizados en el Informe (Dinamarca, Finlandia y Suecia), con una tradición muy importante de descentralización (“devo-

lución” en la clasificación de Rondinelly<sup>16</sup>) hacia entes territoriales con autonomía política, existe una tendencia hacia la centralización de la gestión del sistema sanitario en el estado. Dinamarca ha suprimido el nivel de condados, creando regiones sanitarias gestionadas desde el estado<sup>17</sup>; en Suecia un Comité ha propuesto la misma medida<sup>18</sup>, adoptada también en Noruega, y una estructura federal, la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales (SALAR), tiene un importante papel en la negociación de las condiciones de trabajo de los empleados de municipalidades y condados, y la tendencia es que asuma un mayor papel, junto con el Ministerio de Salud sueco, en el desarrollo de políticas de cohesión.

Francia e Inglaterra, con modelos distintos de sistemas sanitarios, mantienen estructuras notablemente centralizadas en relación con la financiación y regulación del sistema, situación que aplica (al menos en cuanto a la financiación, pero también en relación con numerosas agencias reguladoras) en lo que al Reino Unido se refiere también a Escocia, Irlanda y País de Gales, en donde se ha producido un reciente proceso de descentralización político-administrativa muy profundo.

Por tanto, de los 9 sistemas sanitarios analizados en el Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa, 6 de ellos (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda y el Reino Unido) están notablemente centralizados; un país (Dinamarca) ha centralizado la gestión del sistema sanitario en el nivel estatal, suprimiendo los condados; otro país (Suecia) está evaluando desarrollar una estructura más centralizada, siguiendo la tendencia de otros países nórdicos a la asunción por el estado de las competencias en salud y servicios sanitarios de los condados, mientras que Finlandia tiene un muy elevado grado de descentralización en los municipios, parcialmente contrabalanceado por la cooperación de éstos entre sí para el desarrollo de los “distritos hospitalarios”. En este marco, la actual estructura del sistema sanitario sueco sería la más parecida (de entre los países analizados) a la del SNS español, salvando las notables diferencias poblacionales, geográficas, políticas, económicas, históricas y socioculturales que separan a España de Suecia.

### **Tendencias en relación con las políticas de recursos humanos**

El Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa abordaba, en relación

con los instrumentos de coordinación y cooperación en el desarrollo de las políticas de RR.HH. en los países analizados de la UE, tres aspectos:

1. Distribución geográfica de recursos.
2. Garantías de competencias profesionales.
3. Instrumentos de cooperación para la gestión de los recursos humanos.

### **Distribución geográfica de recursos**

Existen en relación con este aspecto diferencias notables entre países con servicios nacionales de salud y con sistemas de seguros sociales. El *National Health Service* inglés condiciona la distribución geográfica de RR.HH. y físicos a través de la disponibilidad de recursos económicos de los consorcios de Atención Primaria. Este mecanismo de redistribución (aunque no su fórmula específica) tiene, además, una larga tradición de asignar recursos económicos con base geográfica, con fórmulas que ajustan por la población y sus necesidades<sup>19</sup>.

En los servicios nacionales descentralizados en entes territoriales con autonomía política (Finlandia y Suecia, y hasta 2007 Dinamarca) la

distribución geográfica de los servicios queda en manos de los condados y, en el caso de Finlandia, municipios. En la búsqueda de un ámbito poblacional razonable para los servicios hospitalarios, los tres países nórdicos estudiados han desarrollado fórmulas de cooperación: regiones de asistencia sanitaria (Suecia) y los distritos hospitalarios (Finlandia) están participados por varios condados y municipios, respectivamente.

Prácticamente todos los países estudiados con sistemas sanitarios basados en el modelo de los seguros sociales han desarrollado instrumentos para corregir las inequidades en la distribución geográfica de recursos físicos y humanos, que son, en general, mayores que en los países con servicios nacionales de salud, incluso que aquellos con descentralización en entes con autonomía política e impositiva. En Alemania las entidades “autorreguladas” (seguros de enfermedad y proveedores, en el Comité Federal Conjunto) regulan la distribución de profesionales en la práctica privada; en Bélgica es el Ministerio de Sanidad asesorado por el Comité para la Oferta de Médicos (que también se encarga de la planificación del res-

to de los profesionales de la salud). Sin embargo, los controles sobre la planificación hospitalaria en los sistemas de seguros sociales son débiles, salvo en Francia.

### **Garantías de competencias profesionales**

Probablemente el Consejo Regulador de la Excelencia en Asistencia Sanitaria —*Council for Healthcare Regulatory Excellence*<sup>(6)</sup>— sea el ejemplo más paradigmático en relación con las tendencias de desarrollo de instrumentos de cohesión que tienden a garantizar la calidad de las competencias profesionales, y lo es por varios motivos:

1. Sus actividades alcanzan al conjunto del Reino Unido, incluyendo los tres países descentralizados (Escocia, Irlanda del Norte y País de Gales).
2. Supervisa las actividades de los colegios profesionales de la totalidad de las profesiones de Ciencias de la Salud.
3. Desde la supervisión de las actividades de los colegios profesionales vela por los intereses de los ciudadanos y pacientes.

---

<sup>(6)</sup> Página web del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia —*National Institute for Health and Clinical Excellence*— ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

4. Introduce una mayoría de miembros legos para controlar a los controladores.

5. Media en la resolución de demandas de mala práctica y tiene la potestad de remitir a los tribunales de justicia casos de indulgencia indebida.

Todos los países analizados con servicios nacionales de salud han desarrollado instrumentos para garantizar las competencias profesionales desde el ámbito estatal (Consejo Nacional de Salud de Dinamarca; Autoridad Nacional para Asuntos Médico-Legales de Finlandia y el Consejo Nacional de Salud y Bienestar y el Consejo de Responsabilidad Médica, en Suecia), por el contrario los sistemas basados en seguros sociales dejan en manos de las instituciones “autorreguladas” (seguros de enfermedad y proveedores —profesionales—) esta importante función.

Asimismo, con carácter generalizado, existe en prácticamente todos los países analizados un registro centralizado de profesionales de salud.

#### **Instrumentos de cooperación para la gestión de los recursos humanos**

La mayor parte de las instituciones “autorreguladas” de los sistemas sani-

tarios basados en los seguros sociales emergen de la cooperación entre entes autónomos, como los seguros de enfermedad que, a su vez, son de titularidad de las organizaciones sociales y los proveedores de los servicios. El ejemplo paradigmático de este tipo de institución es el Consejo Federal Conjunto en Alemania y las instituciones que de este Comité emanan, como por ejemplo el Instituto para la Calidad y Eficiencia.

Un elemento común para todos los sistemas sanitarios de los países analizados es la existencia de una instancia estatal para la negociación de las condiciones laborales de los profesionales de la salud. En los sistemas de seguros sociales esta negociación se lleva a cabo en el seno de las instituciones autorreguladas (seguros de enfermedad y organizaciones profesionales), si bien en Francia es el Estado quien fija las tarifas y reglas de juego, incluyendo la contraprestación económica de muchos profesionales.

En todos los países estudiados con servicios nacionales de salud descentralizados en entes territoriales con autonomía política se han desarrollado instrumentos de cooperación entre estos entes para negociar las condiciones laborales del per-

sonal de salud: SALAR (Suecia)<sup>20</sup>, asociación de condados y Corporación Hospitalaria de Copenhague (hasta 2007; a partir de este año es probable que la negociación se lleve a cabo por el gobierno estatal) y la Comisión Patronal de las Autoridades Locales en Finlandia.

### **Recomendaciones del Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa para el Sistema Nacional de Salud en materia de recursos humanos**

---

El Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa concluía con un conjunto de recomendaciones para una nueva concepción y configuración del SNS en un contexto político, social, económico y cultural notablemente distinto al que alumbró su origen en 1986. José Ramón Repullo y José Manuel Freire han publicado recientemente un artículo<sup>21</sup> sobre la gobernabilidad del SNS que apunta algunas recomendaciones, con una orientación general similar a las propuestas en el Informe.

Uno de los aspectos que recomendaba el Informe era la creación de “agencias” del SNS, las cuales deberían estar adscritas al Consejo Interterri-

torial, con la función de ser instituciones de soporte técnico y científico para la toma de decisiones políticas. Además de este soporte técnico, para que el Consejo Interterritorial pudiera ejercer de gestor del SNS sería preciso modificar su proceso de toma de decisiones, desde la actual unanimidad a fórmulas que, por ejemplo, podrían inspirarse en el sistema de mayorías y proporcionalidad que recoge el Tratado de la UE. En este contexto cabría otorgar al Consejo Interterritorial del SNS competencias de iniciativa legislativa, reguladoras y de gestión del sistema diferenciadas de las Administraciones del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Las agencias del sistema deberían participar de las características identificadas en el análisis de los sistemas sanitarios incluidos en el Informe, realizándose las siguientes recomendaciones:

I. Adoptar formas jurídico-administrativas de autonomía institucional (agencias, fundaciones, empresas públicas) distintas de la dependencia orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, que posibiliten establecer:

– Objetivos concretos vinculados a una financiación determinada (el “fon-

do de cohesión” debería atender a la financiación de las agencias del SNS), que se relacionan entre sí mediante instrumentos como acuerdos o contratos-programa.

- La evaluación externa de sus rendimientos y gestión financiera (auditorías).

- El desarrollo de instrumentos de gestión empresarial (planes de empresa, planes estratégicos).

**2.** El Consejo Interterritorial del SNS debería integrar los Consejos de Administración de estas agencias, nombrando a sus componentes. La integración de miembros legos (personas que no tienen intereses directos en el sistema sanitario) en estos Consejos puede contribuir a la transparencia del sistema. Los responsables de las agencias deberían ser nombrados por el Consejo Interterritorial SNS, mediante un proceso formal de selección, y vincularse por tiempo definido, estando sujeta su renovación a la evaluación de los resultados.

**3.** Otro aspecto relevante en relación con la estructura organizativa y de gestión de las agencias del SNS, en especial aquellas que tienen actividades con contenido científico, es que todas ellas deberían tener un Co-

mité Científico con reconocida solvencia de sus integrantes.

Asimismo se recomendaba que las agencias del SNS y, en su caso, sus distintos centros, deberían, como en los países de la UE analizados o como ha hecho la UE entre los estados miembros, distribuirse a lo largo del territorio nacional y adoptar formas de funcionamiento en red que posibiliten cohesionar todas las iniciativas existentes.

Una de las agencias del SNS podría estar relacionada con las competencias profesionales (registro, formación—pre-grado, post-grado, continuada—, acreditaciones, etc).

Las agencias del SNS, así concebidas, serían instrumentos técnicos de cohesión promoviendo la coordinación de la administración del Estado y de las Comunidades Autónomas en sanidad para aquellas competencias “compartidas”. Sin embargo, para determinados aspectos, por ejemplo de gestión de personal, como los relativos a la negociación de condiciones retributivas y otras vinculadas al desarrollo del marco laboral (movilidad en el SNS, carrera profesional, etc.), en donde las Comunidades Autónomas tienen competencias plenas, se puede

promover el desarrollo de estructuras de cooperación entre los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (similares al SALAR sueco) para que actúen como “patronal”.

La misma aproximación (desarrollo de estructuras de cooperación) podría hacerse en relación con otros aspectos vinculados con la gestión de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, por ejemplo la negociación de compra para el conjunto de servicios de salud de determinados bienes y servicios.

## Conclusiones

---

La comparación de nuestro sistema sanitario público con el de otros países de la UE es un ejercicio recomendable. No se debe olvidar que el SNS español, diseñado en 1986, lo fue inspirado en los modelos europeos, especialmente el *National Health Service* (NHS) del Reino Unido y en el servicio nacional de salud de Suecia; desde entonces no sólo estos sistemas sanitarios han evolucionado—junto con la inmensa mayoría de los sistemas sanitarios de los países de la UE— introduciendo profundos cambios, sino que también el marco en el que el SNS se desenvuelve en

España se ha modificado de forma muy importante. Corresponde a mi juicio abrir un proceso de reflexión, debate y cambios en el SNS para hacerlo sostenible, preservando lo que de él es esencial: garantizar el derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas a una asistencia sanitaria pública de calidad. En este proceso puede ayudar el análisis comparado con otros sistemas.

Existen diferencias notables en indicadores relevantes cuando se compara el SNS con los servicios nacionales de salud de otros países de la UE, especialmente aquellos como el Reino Unido y Suecia, que se pueden considerar “paradigmáticos”. La traslación de lo que revelan algunos de estos indicadores a las políticas de RR.HH. conduce a una reflexión sobre si realmente estamos en el camino correcto en algunas de estas políticas.

El análisis comparado de sistemas sanitarios en la UE muestra que, si bien la descentralización de la gestión de los servicios ha sido una tendencia, no lo es en absoluto la gestión del sistema en los aspectos de regulación y dirección estratégica. Los instrumentos de cohesión (instituciones de coordinación y cooperación) desarrollados en los países

de la UE pueden servir de referentes para el desarrollo de estas instituciones de “gestión del SNS”.

Desde la perspectiva de las políticas de recursos humanos, y en el marco de un SNS reconfigurado, se podrían considerar dos tipos de instituciones de cohesión, basadas en experiencias de otros países de la UE. Una sería la creación de una “agencia” del SNS —con las características generales propuestas— de coordinación en relación con los aspectos relativos a las competencias profesionales (registro, formación, acredi-

taciones, etc.), en donde existen competencias “compartidas” entre el Estado y las Comunidades Autónomas. La otra sería el desarrollo de instituciones de cooperación (que podrían inspirarse en el modelo SALAR sueco) en aquellos aspectos de gestión de recursos humanos en los que las Comunidades Autónomas (también el Estado para la gestión de los recursos que gestiona directamente) tienen plenas competencias: desarrollo del marco laboral, marco retributivo, movilidad, carrera profesional, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. González B, Barber P. Coordinación sanitaria. Recursos Humanos del Sistema Sanitario. En: Coordinación Sanitaria en España. "Hablemos claro". Jornada virtual organizada por la Revista de Administración Sanitaria, febrero de 2007.
2. Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el Análisis del Gasto Sanitario Presidido por la IGAE. 2º Informe para el Análisis del Gasto Sanitario (1999-2005). Ministerio de Economía y Hacienda. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2007.
3. Elola J, director. Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 86/2006.
5. Segura A. Continuidad y Cambio. Rev Adm Sanit. 2007;5:623-34.
6. Roemer MI. Health care departments and medical care - world scanning. Am J Public Health. 1960;50:154-60.
7. Elola J. Health care system reforms in western European countries: the relevance of the health care organization. Int J Health Serv. 1996;26:239-51.
8. Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition. Germany. The European Observatory on Health Systems and Policies. Ginebra:WHO; 2004.
9. Hofmarcher MM, Rack HM. Austria: Health system review. Health Systems in Transition. 2006;8(3):32.
10. Corens D. Health system review: Belgium. Health Systems in Transition. 2007;9(2):1-172.
11. OECD Review of Health Systems. Finland: OECD; 2005.
12. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health system review. Copenhagen: World Health Organization; 2005.
13. Living conditions and welfare. Statistiska in fokus. 99/2007. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-07-099/EN/KS-SF-07-099-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-07-099/EN/KS-SF-07-099-EN.PDF).
14. OECD Health Data 2007. OECD: Paris; 2007.
15. France G. Coordination of health care policies in countries with decentralized systems of government. Jornadas de debate Sanitario. Rev Adm Sanit. 2007;5(3):391-406.
16. Rondinelli DA. Decentralization in developing countries. Staff Working

- Paper 581. Washington, DC: World Bank; 1983.
- 17.** Public Economy after the Local Government Reform. The local government reform— In brief. Chapter 4. Disponible en: [http://www.ism.dk/publikationer/government\\_reform\\_in\\_brief/kap04.htm](http://www.ism.dk/publikationer/government_reform_in_brief/kap04.htm).
- 18.** Committee on Public Sector Responsibilities. Summary SOU 2007: 10.2
- 19.** Department of Health and Social Security. Sharing resources for health in England: report of the resource allocation working party. London: HMSO; 1976.
- 20.** Statutes of the Swedish Association of Local Authorities Adopted at the extraordinary Congress of 1997 Including changes adopted at the 1999 Congress and at the 2003 Congress. Disponible en: <http://www.skl.se>.
- 21.** Repullo JJ, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS. 2008;22 Supl 1:118-25.

