

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

L. Bohigas

Director General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Correspondencia: Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 4018-4020. 28014 Madrid, España.

Correo electrónico: c.bohigas@economistes.com

Recibido: 7 de abril de 2003.

Aceptado: 30 de abril de 2003.

(The law of the cohesion and quality of the Spanish National Health System)

Nota de los editores:

En esta sección especial se presentan dos aportaciones sobre el proceso de las transferencias y la nueva Ley de Cohesión y Calidad. Las opiniones de los autores describen los procesos desde diferentes perspectivas.

En un asunto de esta naturaleza, las cuestiones técnicas –de equidad, de gestión o de eficiencia– pueden aparecer combinadas con otras de carácter social y político (según el modelo de Estado que cada autor o lector puede tener en su pensamiento), por lo que desde estas líneas nos gustaría, al equipo editorial de GACETA SANITARIA, brindar esta sección para acoger otras ideas sobre lo que damos por seguro que ha marcado un antes y un después en la sanidad: las referidas terminación del proceso de transferencias y la nueva Ley de Cohesión y Calidad.

Fernando Antoñanzas Villar
Equipo Editorial

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

El 2002 fue un año clave en el proceso de descentralización sanitaria, iniciado en España el año 1979, con el traspaso de los servicios estatales de salud pública a las comunidades autónomas (CCAA). En 1981 se inició el traspaso de los servicios sanitarios gestionados por el Insalud –el Gobierno de la UCD fue el responsable del primer traspaso a la Comunidad Autónoma de Catalunya–. Durante los años que gobernó el PSOE se realizaron las transferencias del Insalud a seis CCAA: Andalucía, Valencia, Euskadi, Navarra, Galicia y Canarias. La transferencia a Andalucía se produjo el año 1984 y la de Canarias diez años más tarde, en 1994. El año 2002, con un gobierno del Partido Popular, se

producen las transferencias a las diez CCAA regidas por el artículo 143 de la Constitución. Después de veinte años de la primera transferencia del Insalud, se ha logrado el objetivo de un Sistema Nacional de Salud completamente descentralizado, con autonomía de gestión en las 17 CCAA.

El nuevo modelo de financiación autonómica

La sanidad es el primer capítulo en volumen económico de los servicios gestionados por las CCAA y representa entre el 30 y el 40% del presupuesto global autonómico. Desde el año 1981 hasta el año 2001, la dotación de fondos para financiar los servicios del Insalud se efectuaba mediante una transferencia finalista que provenía de repartir el presupuesto que las Cortes Generales asignaban al INSALUD, entre las diferentes administraciones que gestionaban la asistencia sanitaria. En el año 2002, la financiación sanitaria se integra dentro de la financiación general de las CCAA.

El nuevo modelo de financiación autonómica, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera antes del verano de 2001, introduce una mayor autonomía financiera con el principio de la corresponsabilidad fiscal. Las CCAA dejan de ser administraciones dedicadas al gasto público para asumir responsabilidades en los ingresos fiscales: un 68% de sus ingresos procederá directamente de la recaudación por ellas obtenida. Una parte importante de los impuestos más rentables en España, el IRPF y el IVA, se asignan directamente a las CCAA que, además, van a ingresar directamente otra serie de impuestos. Para compensar a las comunidades con menos ingresos fiscales se constituyen dos fondos de solidaridad que redistribuyen los ingresos públicos hacia dichas comunidades.

El volumen de gasto asignado a las administraciones públicas es un indicador del grado de descentralización del Estado. Tras la descentralización sanitaria,

las CCAA gestionarán un volumen de gasto similar a la Administración Central del Estado.

Las CCAA pueden decidir qué volumen de recursos dedican a la sanidad, respetando un mínimo que corresponde al gasto de 1999, actualizado según el crecimiento de los impuestos. El gasto sanitario público del Estado no es el fruto de la decisión anual de las Cortes Generales, sino que ya en el 2002 y en el futuro, es la suma de las decisiones de los 17 parlamentos autonómicos.

La transferencia del Insalud a las diez CCAA

La transferencia del Insalud a las diez CCAA que se rigen por el artículo 143 de la Constitución ha sido posible porque todas estas comunidades modificaron en los últimos años sus estatutos para poder aceptar esta transferencia. Estas modificaciones legales eran a la vez un requisito previo a la transferencia y también la expresión de la voluntad de estas diez regiones de asumirla.

El importe económico implicado en esta transferencia ha superado los 1,7 billones de pesetas, lo que lo convierte en el proceso de transferencia más importante desde que se iniciaron las transferencias a las CCAA. La transferencia representa unos recursos humanos y materiales muy importantes. En grandes cifras, se transfirieron 80 hospitales, más de 1.000 centros de salud y unas 140.000 personas.

La transferencia a las siete CCAA en el pasado se había realizado de forma individualizada y a medida de cada caso. Cada comunidad fue un caso aislado y se negoció la transferencia de forma específica. En cambio, en el proceso que se realizó durante el año 2001 se negociaron en paralelo diez CCAA con unos criterios homogéneos, es decir, es la primera ocasión en que se puede hablar de un proceso de transferencia en vez de una negociación aislada. Las negociaciones han sido complejas, como corresponde a un traspaso de esta magnitud, y al final, en el último Consejo de Ministros del año, el día 27 de diciembre se aprobaron los diez reales decretos que sancionaban los acuerdos de las Comisiones Mixtas de Transferencias con cada una de las comunidades. El día 1 de enero de 2002 se hacía efectivo el traspaso. A partir de este día, las 17 CCAA gestionan autónomamente los servicios sanitarios públicos.

La Ley de Cohesión y Calidad

El marco que regula los servicios de salud de todas las CCAA es la Ley General de Sanidad, aprobada en

1986. Esta Ley establece las bases del funcionamiento del Sistema Nacional de la Salud y la división de competencias entre el Estado y las CCAA. Dicha Ley se aprobó cuando solamente se habían producido las transferencias a dos comunidades autónomas: Cataluña y Andalucía. La Ley ha facilitado la construcción del Estado de las Autonomías en materia sanitaria, pero es necesaria una actualización normativa para regular el funcionamiento habitual del Sistema Nacional de la Salud.

El Congreso de los Diputados del día 14 de mayo de 2003 aprobó la Ley de Cohesión y Calidad que complementa la Ley General de Sanidad en los aspectos de coordinación y cooperación entre las CCAA y la Administración General del Estado. La Ley se aprobó por unanimidad de todas las fuerzas políticas con representación parlamentaria, lo que le otorga una fuerza política muy importante. Esta Ley es fruto de la experiencia acumulada durante estos 20 años de gestión autonómica y tiene por finalidad regular el Sistema Nacional de la Salud para lograr los objetivos de equidad y eficiencia.

La Ley de Cohesión y Calidad tiene dos propósitos fundamentales: garantizar la cohesión entre los Servicios de Salud de un Sistema descentralizado y facilitar su modernización. Para plasmar el segundo objetivo en el título de dicha Ley se ha utilizado la palabra calidad, por entender que es el objetivo de la modernización del sistema sanitario.

La Ley está formada por once capítulos, de los cuales seis se refieren al núcleo básico del Sistema Nacional de la Salud, dos a fórmulas de cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las CCAA, y tres a los organismos que apoyan al Sistema. Los seis primeros capítulos definen lo que se considera común en el Sistema Nacional de Salud y, por tanto, lo que los ciudadanos pueden esperar del sistema público. Estos elementos comunes son: las prestaciones, los medicamentos, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información y la calidad. Las prestaciones se refieren a lo que los ciudadanos van a recibir del servicio público sanitario independientemente de donde residan. Una prestación relevante es la de los medicamentos, para los que existe una regulación específica y que la Ley complementa. La Ley regula varios aspectos de los profesionales sanitarios, entre los que destaca una apuesta por su movilidad entre los diferentes centros del Sistema Nacional de Salud. La investigación es un bien común de éste y la mencionada Ley busca fomentar la investigación relevante para el Sistema Nacional de Salud y su traslado a la práctica clínica. El sistema de información es el elemento vertebrador de cualquier sistema social, y es también un requisito para su dirección. Finalmente, la calidad es un objetivo esencial para facilitar el logro del cual la Ley establece una serie de mecanismos.

Dos capítulos están dedicados a facilitar instrumen-

tos para la cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las CCAA: los Planes Integrales de Salud y las acciones de cooperación en Salud Pública. Los Planes Integrales se diseñarán para una enfermedad o problema de salud en los que se considere que sea eficiente una acción coordinada de las autoridades sanitarias.

Los tres últimos capítulos de la Ley se refieren a tres organismos que facilitarán la coordinación; se trata del Consejo Interterritorial, la Alta Inspección y el Consejo Consultivo. La Ley reforma el Consejo Interterritorial y le da el papel de garantizar la cohesión del Sistema

Nacional de Salud. A la Alta Inspección se le atribuyen funciones de seguimiento de los acuerdos del Consejo Interterritorial y, finalmente, el Consejo de Participación Social es el vehículo para fomentar la participación de los ciudadanos y los profesionales sanitarios en el devenir del Sistema Nacional de Salud.

La Ley de Cohesión y Calidad es el marco que define el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud para los próximos años. La actualización y modernización del Sistema Nacional de la Salud es una necesidad para garantizar que el sistema público se adapta a las necesidades de los ciudadanos.