



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS.

NATIONAL SYSTEM SPANISH OF HEALTH. CHARACTERISTICS AND ANALYSIS.

***Macia Soler, M. L., **Moncho Vasallo, J.**

*Profesora de Administración de Servicios de Enfermería. **Profesor de Bioestadística y Demografía.
Universidad de Alicante.

Palabras clave: Competencia sanitaria, Gasto sanitario, descentralización, gestión, calidad asistencial.
Key words: health competition, health expense, decentralization, management, health quality.

RESUMEN

La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril permitió el tránsito del antiguo modelo de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado con impuestos y de cobertura prácticamente universal.

Desde entonces se han producido profundos cambios en el sistema que culminaron en el año 2002 con la descentralización total de competencias en materia de salud en las Comunidades Autónomas. La regulación nacional de competencias en materia de salud se realiza desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, organismo que agrupa a los máximos responsables autonómicos en materia de salud de cada Comunidad Autónoma y que tiene entre otras, la responsabilidad de evitar las desigualdades en servicios sanitarios dentro del territorio nacional. La creación y competencias del Consejo Interterritorial quedan recogidas en la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

La cartera de servicios comunes del SNS se establece en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, actualizando el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre Ordenación de las prestaciones sanitarias, resultando del actual marco legislativo con la descentralización de competencias y gestión de los presupuestos un horizonte de posible variabilidad en los modelos de gestión de cada CCAA, que, si bien deben garantizar la universalidad de las prestaciones, también ofrece una diversidad de modalidades de gestionar los recursos en materia de salud.

En cuanto al estado de salud de los españoles, destacar que la esperanza de vida al nacer se sitúa en 79,9 años, superior a la media europea, 78,3 años, y la esperanza de vida ajustada por incapacidad fue en 2002 de 72,6 años en España respecto a los 70,8 de la UE.

Según cifras del propio Ministerio de Sanidad, la percepción de la salud de los ciudadanos fue positiva para un 73% de los hombres y un 63,2 de las mujeres. Alrededor del 60% de la población tiene un peso normal y la morbilidad sitúa en los primeros lugares las enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer y las enfermedades del aparato respiratorio (CIE-9).

El gasto sanitario en España, es un capítulo presupuestario importante, al situarse en torno al 7,5 del P.I.B, y los recursos e inversiones presentan aparentes desigualdades autonómicas. Los modelos de gestión y dependencia patrimonial de los recursos, variables entre Autonomías, plantean la necesidad de monitorizar un seguimiento que permita evaluar en los próximos diez años el impacto de la descentralización de competencias del Sistema. La estructura del Sistema tiene dos niveles asistenciales mayoritarios, atención primaria y especializada, absorbiendo la atención especializada la mayor parte del presupuesto. El incremento del gasto sanitario y la universalidad de las prestaciones han condicionado en gran medida la implantación de modelos de gestión diferentes a los tradicionales. Esta situación no es exclusiva del Estado Español. En los Estados del entorno de la Unión Europea, el Consejo de Ministros de Sanidad de la UE en su sesión celebrada los días 1 y 2 de Junio de 2006²⁵ concluyeron un documento que recoge los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea, resaltando los principios y valores de los sistemas sanitarios como soporte estructural de dichos estados.

Como conclusión, en este momento (2007) el Sistema Nacional de Salud Español, está inmerso en un proceso de transformación orientado a garantizar la eficiencia de las prestaciones de manera responsable, es decir, ofertar al ciudadano la mejor calidad de servicios al mínimo coste.

ABSTRACT

The Health General Law 14/1986 of April 25 made possible the step from the old Social Security model to the current Health National System model. Since then it has taken place deep changes of the system which culminate in 2002 in the total decentralization of the Comunidades Autonomas health competitions. The result of the current legislative frame is the competitions decentralization and budgets management with a possible variability of the CCAA management models, which shows us the need to monitor a follow-up that make possible to evaluate the System competitions decentralization in the next ten years.

INTRODUCCIÓN

Para la O.M.S. la salud se define como: estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad.¹

Otros expertos como Debos y Blum la definen como: conseguir un *modus vivendi* que permite a los hombres imperfectos una existencia enriquecedora sin ser demasiado penosa, esforzándose por acomodarse con un entorno que es esencialmente imperfecto. Diversos autores coinciden en que un individuo con buena salud es capaz de funcionar tan eficazmente como le es posible en su medio y consagrarse plenamente a sus proyectos.

Un Sistema de Salud lo integran todos aquellos elementos que son capaces de influir sobre el estado de salud de las poblaciones humanas.

Ya desde el Tratado de Corpus Hipocrático de título “Sobre aires, agua y lugares” se afirma que la salud está relacionada con “las alteraciones del año y sus efectos, los vientos, ya cálidos o fríos, las aguas si son de pantano, delgadas o duras; la colocación de las Ciudades respecto al sol; el género de vida de sus habitantes o el ejercicio, el trabajo .”²

Dos mil quinientos años después de Hipócrates, Cos Dever Gea, en “Epidemiological Model for Health Analysis” (Estados Unidos) publican los resultados siguientes respecto a la relación de los costes invertidos en programas de salud y la influencia sobre los individuos, en concreto sobre las tasas de mortalidad, demostrándose que entre la Biología humana, el Entorno, los Estilos de vida y el Sistema de cuidados, precisamente son los estilos de vida los que más intervienen sobre la salud de la población y en lo que menos dinero se invierte.

Tabla 1. Determinantes epidemiológicos y gastos en E.E.U.U.

| Contribución potencial en la Reducción de la mortalidad % | Determinantes epidemiológicos | Afectación actual de gastos en EE.UU % |
|---|-------------------------------|--|
| 27 | Biología humana | 6,9 |
| 19 | Entorno | 1,6 |
| 43 | Estilo de vida | 1,5 |
| 11 | Sistema de cuidados | 90 |

Fuente: Muñoz Manchado, A. “Los sistemas sanitarios: Comentarios acerca de su organización”

Este estudio desprende datos de Estados Unidos donde se observa que el estado de salud de las poblaciones está realmente relacionado con aquellos determinantes epidemiológicos a los que menos proporción de recursos se destina. Además del estudio pueden concluirse dos aspectos importantes:

- Todas las personas que influyen sobre la población, educadores, medios de comunicación y personal sanitario, son agentes de salud.
- El debate acerca de los fondos que se invierten en sistemas de salud y en qué aspectos deben invertirse adquiere sentido con el tiempo.

De hecho, ya afirmaba Haggerty en 1973: “Nos vemos forzados a buscar mucho y con cuidado para encontrar la evidencia de que los cuidados médicos afectan de manera importante las tasas de mortalidad y morbilidad”

Por otra parte, un Sistema Sanitario es una parte de los Sistemas de Salud formado por el conjunto de elementos que influyendo sobre el estado de salud de las poblaciones emplean las técnicas médicas como preponderantes o intensivas. Los Sistemas sanitarios abarcan las prácticas de los cuidados curativos, preventivos y rehabilitadores².

Todos los países intentan conseguir una organización adecuada para la prestación sanitaria pero es difícil su homogeneidad, puesto que juegan un papel importante el Estado, la

Historia, los Cuidados sanitarios, las organizaciones filantrópicas y un conjunto de variables que, al combinarse, consiguen los resultados en salud de cada país. La O.M.S. reconoce que no es fácil trasladar la organización de un sistema sanitario de un país a otro. De hecho no existen en el mundo dos sistemas de salud iguales.

Como en cualquier empresa o grupo de empresas, dentro de los Sistemas Sanitarios existen comportamientos diferentes:

- Económicos, como los citados por Newhouse en 1970, que se explican diciendo que se deben optimizar la cantidad y calidad de la asistencia por tratarse de elementos de prestigio para el personal de las instituciones y por tanto su incentivo.
- Basados en la negociación continua entre los profesionales sanitarios y el administrador del Centro como gestor de recursos económicos.
- Los de las administraciones públicas que entienden como un compromiso asumir servicios sanitarios públicos (Lluís Bohigas) y este compromiso genera dificultades para cambiar un sistema estatal por uno de libre mercado.

Al analizar los comportamientos empresariales, resulta sencillo entender que el entorno interno entre profesionales y entre profesionales y clientes constituye otro grupo de variables que contribuyen a individualizar los sistemas sanitarios.

En la Tabla 2 observamos las variables que influyen en la configuración de un sistema sanitario junto con los resultados sobre la salud de la población.

Tabla 2. Variables que configuran los Sistemas de Salud y resultados ^{3,2}

| VARIABLES QUE INTERVIENEN EN LOS S.N.S. | RESULTADOS DE LOS S.N.S. |
|---|---|
| Modelo Socio – Político de Estado | Mejorar la salud de los ciudadanos |
| Modo de financiación del Sistema | Sistemas eficientes |
| Procedimientos de gestión | Sistemas eficientes |
| Participación del usuario | Satisfacción del usuario |
| Participación de los profesionales | Sistemas eficientes |
| Distribución de competencias entre el Centro y las CCAA en materia de salud. | Igualdad interterritorial de las prestaciones |
| Propiedad de los medios de prestación de la asistencia sanitaria | Equidad y accesibilidad a los servicios |
| Papel que juegan los políticos y las organizaciones políticas en la gestión del sistema sanitario | Equidad y accesibilidad a los servicios |
| Modo en el que se verifica el pago de las prestaciones | Sistemas eficientes |

Resulta bastante evidente que las consecuencias del comportamiento de las variables implicadas y sus resultados contribuyen a individualizar los sistemas sanitarios de cada país.

En el Entorno de la Unión Europea (UE), el Consejo de Ministros de Sanidad de la UE en su sesión celebrada los días 1 y 2 de Junio de 2006⁴, concluyeron un documento que recoge los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea. El documento se publicó en el Diario Oficial de la Unión Europea de 22 de Junio de 2006 destacando que los valores esenciales de Universalidad, acceso a una atención sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad han sido ampliamente aceptados por las instituciones representantes de los países de la UE.

Así mismo se recoge en el documento que todos los sistemas sanitarios deben centrarse en el paciente y atender sus necesidades individuales, y que todos los sistemas deben ser sostenibles desde un punto de vista financiero.

Los principios operativos compartidos en toda la unión europea son: la calidad, la seguridad, la atención basada en las pruebas y en la ética, la participación del paciente, el derecho a la reparación, la intimidad y confidencialidad.

Concluyen así mismo que los sistemas sanitarios forman parte de la infraestructura social europea.

En España existe Sistema Nacional de Salud desde 1986 con características, resultados y costes en continuo proceso de estudio, análisis y desarrollo. Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad han pasado 20 años de evolución continua de un sistema de carácter abierto que se mantiene en continuo proceso de mejora⁵.

Antecedentes históricos del Sistema Nacional de Salud en España hasta 1986.

En España el Sistema Sanitario se ha caracterizado a lo largo de la historia porque las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de necesidades, sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época. Al realizar un breve repaso a la legislación más relevante hasta 1986, se puede contrastar este hecho.

El último tercio del siglo XIX caracterizado por una tasa de mortalidad del 30 por mil⁶, superior al resto de países de Europa tiene las iniciativas sanitarias centradas en la higiene y la salud pública.

En 1822, se intentó regular desde el Estado la intervención en problemas de salud con poco éxito.

En 1855, se publica la Ley Orgánica de Sanidad y se crea la Dirección General de Sanidad. (Ministerio de la Gobernación del Consejo de Sanidad, Juntas locales y provinciales de Sanidad y beneficencia pública dependiente de las Diputaciones provinciales). Es el primer marco organizativo español. (Libre ejercicio médico y facultativos titulares para pobres).

Esta Ley se va desarrollando con distintas modificaciones hasta la promulgación de la Ley de Bases de 1944.

En 1942, se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (Instituto Nacional de Previsión) vinculado a cuotas obreras. Cobertura a riesgos sanitarios, prestación de servicios médicos y farmacéuticos conducentes a restablecer la salud de los beneficiarios.

La organización del modelo de S.O.E consistía en zonas médicas como unidad primaria de organización. Servicios provinciales con unidades asistenciales completas y Servicios nacionales y regionales, con asistencia especializada de referencia para todo el estado o para una región.

La consecuencia de este sistema fue el desarrollo de grandes hospitales en los núcleos urbanos importantes, la falta de definición de un modo de financiación, la multiplicidad de organismos e instituciones con competencias sanitarias con la consiguiente falta de coordinación y la existencia de tres redes colectivas de asistencia dependientes del Estado, la Seguridad Social, las corporaciones locales y los Ministerios de Defensa y Justicia, sin olvidar las ONG tipo Cruz Roja.

Realmente es una etapa caracterizada por el desarrollo de la hospitalización y tecnologías avanzadas con el consiguiente distanciamiento y la falta de relación entre las actividades asistenciales y las de prevención e higiene del medio.

Este modelo de Seguridad Social combinado con Asistencia privada y Beneficencia pública, estuvo vigente hasta la Constitución española de 1978. Desde 1942 hasta 1978 la asistencia sanitaria mejora ostensiblemente, si bien existen desigualdades en salud importantes.

La Constitución española define el modelo organizativo y político del país y rompe, entre otras, la dinámica en materia de salud, al reconocer en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas de las prestaciones y servicios sanitarios.

Después de la Constitución española, las primeras legislaciones se realizan desde las Comunidades autónomas a través de sus Estatutos de Autonomía. Las CCAA apoyan un desarrollo legislativo en materia de salud. Un ejemplo es el Real Decreto 137/84⁷ de 11 de Enero sobre Estructuras básicas de salud de la Comunidad Valenciana en el que según las líneas marcadas por la OMS se reconsideraba la tradicional organización sanitaria del Estado y se establecían las pautas a las que había que ajustar la nueva legislación para desarrollar las premisas constitucionales.

El SNS, como ya se ha mencionado, queda definitivamente estructurado en España a partir de la promulgación de la Ley General de sanidad 14/ 1986 de 25 de Abril

Sistema Nacional de Salud Español a partir de 1986.

Soporte legislativo.

La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril es la base del proceso de Reforma Sanitaria español. La Ley estableció los criterios básicos de aplicación en todo el territorio, que habían de ser desarrollados por las Comunidades Autónomas y la creación de un Sistema Nacional de Salud concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

El artículo 50 de esta Ley se inspira en el proceso de integración en cada Comunidad de todos los Servicios Sanitarios. “En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los Centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intercomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

En el artículo 47 de la citada Ley se crea el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud como el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos mismos y con la administración Estatal.

Los aspectos más relevantes recogidos en la Ley General de Sanidad se concretan en:

- Financiación pública de la asistencia a través de impuestos.
- Acceso universal para todos los ciudadanos.
- Gratuidad de las prestaciones en el momento de recibirlas.
- Definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos.
- Descentralización de competencias sanitarias en las CCAA.
- Prestación de atención integral a la salud con niveles de calidad adecuados y controlados.
- Coordinación interterritorial garantizada.

Entre 1986 y 2003 se legisla progresivamente la descentralización de competencias en distintas Autonomías en materia de salud quedando definitivamente descentralizadas las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas a partir de la promulgación de la Ley de Cohesión de la calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003 de 28 de Mayo.

La Ley General de Sanidad, su posterior desarrollo y la Ley de Cohesión de la calidad del Sistema Nacional de Salud garantizan el cumplimiento de los artículos 41 y 43 de la Constitución española. Se mantiene con soporte legal el régimen de seguridad social y la garantía de prestaciones de necesidades en materia de salud con responsabilidad del estado para todos los ciudadanos. Tal como queda recogido en la propia ley de cohesión de la calidad y a la vista de la evolución social, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se orienta hacia resultados en materia de salud para la población, garantizando los principios de equidad, calidad y participación ciudadana. En cuanto a la cartera de Servicios el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, deroga al anterior de 1995 sobre ordenación de las prestaciones sanitarias, regulando la cartera de Servicios comunes a todo el Sistema Nacional de Salud.

Son titulares de los derechos a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000, los nacionales de los Estados miembros de la Unión europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y nacionales no comunitarios sujetos a los distintos tratados que suscriba el Estado Español.

Los extranjeros suponen en 2004, el 8,4% del total de la población censada, 44,108 millones de habitantes, y el acceso a los Servicios de salud se realiza mediante la tarjeta sanitaria individual expedida por los servicios de salud.⁸

El Estado a través del Ministerio de Sanidad mantiene las competencias en materia de Sanidad Exterior y acuerdos sanitarios internacionales, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos. Sin menoscabo de las competencias de las CCAA, el MSC es responsable además de la Salud medioambiental y de los alimentos.

La descentralización de competencias sanitarias a las CCAA pretende acercar al ciudadano la gestión de los servicios de salud y el órgano de cohesión ínter autonómico es el Consejo Interterritorial del SNS, organismo que debe garantizar los principios de igualdad en todo el Estado Español en materia de prestaciones sanitarias, profesionales sanitarios, farmacia, investigación sanitaria, sistemas de información, calidad del sistema sanitario, planes integrales, acciones conjuntas en salud pública y participación de los ciudadanos y profesionales. El Consejo Interterritorial se gestiona directamente desde el MSC resultando ser una de sus competencias.

Las CCAA actualmente tienen competencia plena en Planificación Sanitaria, Salud Pública y Asistencia sanitaria. La asistencia sanitaria se recibe en forma de prestaciones recogidas en un catálogo y en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos.

El catálogo de prestaciones asistenciales que recibe el ciudadano se define como “el conjunto de servicios preventivos terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, asistencia primaria, especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario. La cartera de Servicios incorpora además las prestaciones recogidas en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre de Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones de salud pública como conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población con actuaciones como la vigilancia epidemiológica, la prevención de enfermedades, la promoción de la seguridad alimentaria o la prevención de efectos ambientales sobre la salud humana. Así mismo permite a las CCAA en uso de sus competencias, incrementar la cartera de servicios, previo debate y aprobación de los mismos en el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud.

En atención primaria se incluyen entre otros, los cuidados paliativos, la atención comunitaria, salud bucodental y salud mental.

Sistemas sanitarios en el entorno de la UE

En el entorno europeo existen dos modelos básicos de sistema sanitario: El modelo Bismarck y el modelo Beveridge o de Sistema Nacional de Salud.

Tabla 3. Modelos de Sistemas de Salud en el Entorno de la UE.

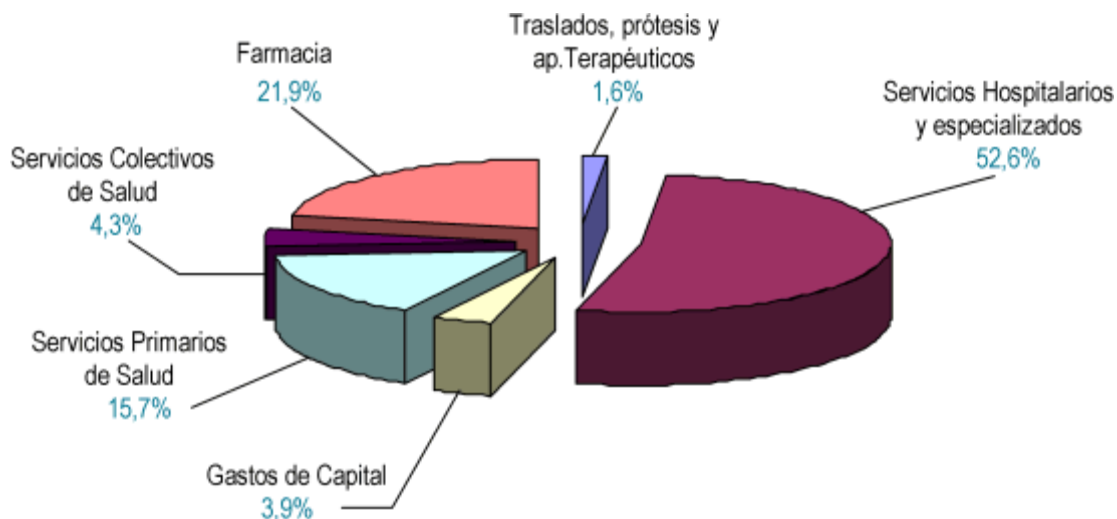
| SISTEMA | MODELO BEVERIDGE SISTEMA NACIONAL DE SALUD | MODELO BISMARCK SEGURIDAD SOCIAL |
|-------------------------|--|--|
| Inspiración | Informe Beveridge (1942) que formaliza la organización adoptada por Suecia en 1930 | Legislación social de Alemania de 1883 |
| Concepto | Reconocimiento del derecho de todo ciudadano a la protección de la salud | Conveniencia de cubrir el riesgo de enfermar de los trabajadores |
| Nivel de cobertura | Universal | Obligatoria inicialmente para los trabajadores (tendente a la universalidad) |
| Sistema de financiación | Por impuestos (presupuestos generales del estado) | Cotizaciones sociales obligatorias de empresarios y trabajadores |
| Medios de producción | Básicamente de propiedad pública | Propiedad pública y privada |
| Prestación de servicios | Básicamente pública | Pública y privada |
| Países | Reino Unido, Italia, España, Grecia, Portugal, Noruega, Finlandia, Suecia y Dinamarca. | Alemania, Francia, Suiza, Holanda, Turquía, Austria, Bélgica, Luxemburgo |

El gasto sanitario en España. Modelos de gestión.

El gasto sanitario en España durante el año 2003, ascendió a 41.199,7 millones de euros, cifra que supone un 7,7% del PIB del mismo año, correspondiendo el 5,5% al gasto público y el 2,2% al privado.

España se sitúa en 6º lugar dentro de la Unión Europea en cifras de gasto sanitario público. Los Servicios especializados y hospitalarios constituyen el 52%; la Atención Primaria de Salud el 16%; la Salud Pública el 1,3%; los gastos farmacéuticos el 22,3%; las prótesis y traslados el 1,7% y los Servicios colectivos de salud el 2,8%.

ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL GASTO SANITARIO. ESPAÑA 2001



Fuente. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se muestra a continuación la evolución del gasto sanitario en España durante el periodo 1997-2001

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN MILLONES DE EUROS Y SU RELACIÓN CON EL P.I.B.

Tabla 4. España 1997-2001. Fuente. Ministerio de Sanidad y Consumo.

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Gasto Total | | | | | |
| Millones de euros | 37.052 | 39.594 | 42.511 | 45.537 | 49.118 |
| % sobre el P.I.B. | 7,5 | 7,5 | 7,5 | 7,5 | 7,5 |
| Gasto Público | | | | | |
| Millones de euros | 26.877 | 28.616 | 30.681 | 32.671 | 35.131 |
| % sobre el P.I.B. | 5,4 | 5,4 | 5,4 | 5,4 | 5,4 |
| Gasto Privado | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Millones de euros | 10.176 | 10.978 | 11.831 | 12.866 | 13.987 |
| % sobre el P.I.B. | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |

Existe, por tanto, una situación que es común en la mayoría de países de la OCDE, caracterizada por un crecimiento económico importante destinado a mantener la salud de la población y un derecho de los ciudadanos a que sea el Estado el responsable de la cobertura sanitaria.

La financiación del SNS español se realiza través de impuestos y está incluida en los presupuestos de cada Comunidad Autónoma. Tiene carácter no contributivo y contiene dos fondos adicionales, el de Cohesión, gestionado por el propio Ministerio de Sanidad, y el Programa de Ahorro temporal e incapacidad temporal. Las competencias autonómicas en materia de salud están vinculadas a la competencia fiscal, es decir, se unen competencias y decisión sobre la gestión presupuestaria. Esta descentralización queda plasmada en la Ley 21/2001 de 27 de Diciembre por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del sistema de financiación de las CCAA. A partir del año 2002 tiene precisamente como novedad su rango de Ley que le otorga carácter de permanencia, pues hasta el momento de su promulgación, la financiación autonómica se publicaba en B.O.E.

La mencionada Ley 21/2001 se fundamenta en los siguientes principios:

- Generalidad. Este principio abarca la financiación de todas las competencias susceptibles de traspaso a las Comunidades autónomas.
- Estabilidad. Es un principio que pretende garantizar la permanencia e implícitamente la planificación a largo plazo.
- Suficiencia. Que garantiza los recursos necesarios en cada CCAA.
- Autonomía. Amplia la potestad fiscal de las autonomías en la toma de decisiones en materia fiscal, tanto en la forma de obtener sus recursos como en las condiciones de prestación de servicios.
- Solidaridad. Garantiza la equivalencia de servicios entre CCAA
- Coordinación. Con este principio el sistema de financiación incorpora normas concretas de localización y administración de los tributos cedidos a las CAA así como la colaboración con la administración en gestión, liquidación, recaudación e inspección de tributos y en la revisión de actos de gestión tributaria con el fin de dar mayor seguridad y estabilidad al ejercicio de las potestades fiscales de las CCAA.

Como consecuencia de la aplicación de estos principios, se genera una participación tanto en la agencia estatal de Administración Tributaria como en los tribunales económico-administrativos.

La financiación autonómica y la descentralización de competencias se regulan entre los años 2002 y 2003, lo que condiciona en este momento que la realización de estudios de

gasto sanitario considere la diversidad autonómica española. Comparando recursos, inversiones y prestaciones entre CCAA se podrá evaluar el principio de equidad de servicios que se debe asegurar en todo el Estado Español.

Estructuras autonómicas. Recursos e inversiones

A partir de la promulgación de las Leyes de cohesión de la calidad del SNS y Ley de regulación de medidas fiscales las competencias en materia de salud quedan totalmente descentralizadas desde el Estado hacia las CCAA., Atención primaria, Especializada y Salud pública. Cada CCAA respetando el catálogo de prestaciones en condiciones de igualdad con el resto de Comunidades, tiene capacidad de distribución y organización de los recursos sanitarios y sociosanitarios⁹, así como de organizar los mencionados recursos y los modelos de gestión de acuerdo a criterios propios.

La distribución de recursos por Comunidades autónomas refleja los siguientes datos:

En Asistencia especializada, España cuenta con 3,59 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, situándose en la media europea, siendo Cataluña la Comunidad Autónoma con mejor tasa de camas hospitalarias, con 4,52 por cada 1.000 habitantes, y la Comunidad Valenciana la peor con 2,71

Los hospitales españoles disponen de un total de 157.926 camas, lo que supone una tasa de 3,59 camas por cada 1.000 habitantes, menos de la mitad de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (entre 8 y 10 camas por cada 1.000 habitantes), según datos del Catálogo Nacional de Hospitales 2005 y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los últimos datos del Instituto de Información Sanitaria, perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo, ponen de manifiesto que, a 31 de diciembre de 2004, había en España 779 hospitales, con una media de 202 camas por cada centro.

Por comunidades autónomas, Cataluña es la que dispone de una mayor tasa de camas hospitalarias, con 4,52 por cada 1.000 habitantes, seguida de Cantabria (4,30), Aragón (4,29), Canarias (4,25), País Vasco (4,02), Asturias (3,94), Extremadura y Navarra (3,93) y Galicia (3,76).

Baleares cuenta con la misma tasa per capita que la media nacional (3,59 camas por cada 1.000 habitantes), y por debajo se encuentran Madrid (3,51), Melilla (3,40), La Rioja (3,37), Murcia (3,22), Andalucía (2,91), Ceuta (2,84), Castilla-La Mancha (2,72) y Comunidad Valenciana (2,71).

La comunidad autónoma con más camas por hospital es Madrid (289), seguida de Andalucía (245), Cantabria (241), Galicia (221), Castilla y León (218), Asturias y Extremadura (212) y Comunidad Valenciana (204).

En la media nacional se encuentra La Rioja (202), y por debajo Aragón (201), País Vasco (194), Castilla-La Mancha (184), Canarias (181), Navarra (179), Murcia (165), Cataluña (163), Baleares (147), Melilla (111) y Ceuta (106).

Del total de hospitales existentes en España, el 61,4% son privados (478), frente al 38,6% de centros públicos. No obstante, el número de camas en hospitales públicos representa el 66,5% del total (105.052), frente al 33,5% de los privados (52.874).

Entre los hospitales públicos, 208 están adscritos al Sistema Nacional de Salud, 22 a diputaciones o cabildos, 13 a comunidades autónomas, 8 al Ministerio de Defensa, 5 a municipios, 2 a la Administración Penitenciaria, y 43 a otros organismos públicos.

En cuanto a hospitales privados, hay 333 no benéficos (el 42,7% del total), 57 benéficos dependientes de la Iglesia, 8 de Cruz Roja, 56 catalogados como 'otros privados benéficos', y 24 de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En números absolutos, las Comunidades Autónomas con más camas hospitalarias son Cataluña (31.626), Andalucía (22.784), Madrid (20.814), Comunidad Valenciana (12.676) y Galicia (10.405). En cuanto al número de hospitales, Cataluña tiene 194 (el 25% del total), frente a los 93 de Andalucía, 72 de Madrid, 62 de la Comunidad Valenciana, 47 de Galicia, 46 de Canarias y 44 de País Vasco y Castilla y León.

En Atención primaria, la relación nacional de Centros de salud es de 2.702 todos de carácter público distribuidos por todo el territorio nacional, lo que muestra una tasa de 6,3 centros por cada 100.000 habitantes.

Modelos de gestión

En la actualidad coexisten modelos tradicionales de gestión donde la propiedad de los medios y la gestión son públicas, con poca innovación en los métodos de contabilidad y adscripción de puestos de trabajo e incentivos, con modelos de propiedad pública de los medios y gestión pública pero actualizando sus sistemas de gestión y modelos concertados donde la entidad titular patrimonial es pública y la gestión la realiza una empresa privada de acuerdo a baremos diferentes a las entidades públicas. Los modelos mayoritarios son los que están en proceso de transformación, desde los métodos de gestión tradicionales a los más actuales, en el marco de la propiedad de los medios de carácter público y la gestión pública, es decir, un cambio en los modelos asumiendo la responsabilidad total de la gestión.

Existe un movimiento progresivo de control de la gestión que tiende a utilizar métodos de pago prospectivo basado en Sistemas de Clasificación de pacientes, con el modelo GRD. Comenzó a aplicarse en Cataluña en la década de los 80 del pasado siglo y 25 años después está extendido por todas las CCAA. Desde la promulgación de la Ley de Cohesión de la calidad del Sistema han proliferado los modelos de evaluación económica coste-efectividad y coste-utilidad¹⁰ que, sin duda, complementan cualitativamente los análisis y mejoras de la adecuación de recursos. Cada vez resulta más frecuente asistir a la voluntariedad de los procesos de acreditación que sin duda otorgan prestigio al Sistema Nacional de Salud y contribuyen a mejorar su calidad

CONCLUSIONES

El Sistema Nacional de Salud español es un modelo de Sistema con competencias y financiación descentralizadas por Comunidades Autónomas en 17 Servicios Autonómicos de Salud. Está regulado desde el Consejo Interterritorial de Salud, organismo de competencia estatal dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

No obstante, parecen evidenciarse desigualdades en la distribución de recursos y en los modelos de gestión. En 2007 resulta prematuro adelantar la repercusión en materia de salud y gasto sanitario que puede suponer el cambio en los modelos de gestión y la dependencia patrimonial de los recursos. Parece pertinente monitorizar por Comunidades Autónomas

indicadores de satisfacción, gasto y resultados en salud de manera que la evaluación continuada del modelo permita corregir las posibles desviaciones presupuestarias y de impacto sobre la salud de los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.ocde.org/health/healthdata
2. Muñoz Manchado, Andrés. "Los sistemas sanitarios, comentarios acerca de su organización". FISS 19885.
3. Sicras Mainar, Antoni "Impacto económico de las enfermedades y pacientes atendidos en atención primaria. Adaptación de los grupos clínicos ajustados (ACGS) en nuestro medio." Tesis Doctoral.Universidad de Barcelona. División de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. 2002.
4. Dictamen del Comité económico y social europeo sobre "La asistencia sanitaria". Bruselas Julio de 2003. Pleno nº 401.
5. Ley General de Sanidad. 14/1986 de 25 de Abril. B.O.E.
6. Blanes,A; Gil,F; Perez, J. "Población y actividad en España: Evolución y perspectivas". Centre d'estudis demògrafs. Fundació La Caixa. Colección Estudios e Informes. Nº 5 1996.
7. Real Decreto 137/84 sobre Estructuras básicas de salud.
8. Blanes, A; Gil, F; Perez, J. "Población y actividad en España: Evolución y perspectivas". Centro de Estudios demográficos. Fundación La Caixa. Nº 5. 1996
9. Ley 21/2001 de 27 de Diciembre
10. Puig-Junoy,J; Ortun-Rubio,V; Pinto-Prades,J.L. "Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias" Rev. Atención primaria. Vol. 27 nº 3. Febrero de 2001.
11. www.msc.es

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](http://www.msc.es) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia