

# El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones <sup>1</sup>

Dr José-Manuel Freire<sup>2</sup>

**Resumen:** Este trabajo realiza un análisis del SNS español en perspectiva comparada con los sistemas sanitarios de la UE, con los que comparte las características básicas (financiación pública y provisión pública integrada) y dentro de aquellos con los más ejemplares (Países Nórdicos, Reino Unido). Para ello en primer lugar, se repasan las características que dan al sector salud su gran complejidad y especificidad y que son comunes a todos los sistemas sanitarios. En segundo lugar, se ofrece una visión general de los sistemas sanitarios existentes de la Unión Europea; se destaca que no existe un modelo único sino dos grandes prototipos, a su vez también muy diversos entre sí. Estos dos tipos de sistemas son convencionalmente definidos por sus fuentes de financiación (Seguridad Social o Impuestos), pero es el *carácter integrado o no* de la provisión de sus servicios la característica que más condiciona las similitudes y diferencias de un sistema sanitario de aseguramiento-financiación pública. España comparte con los países Nórdicos, Reino Unido, Italia y Portugal la financiación por impuestos de su sistema sanitario y el carácter integrado de éstos (profesionales sanitarios son parte del sector públicos). En tercer lugar, se comparan algunas características del SNS español con las de los más ejemplares de este grupo, especialmente en los aspectos de gobierno y gestión, que son los más críticos para el buen funcionamiento de la sanidad pública. Del análisis realizado se concluye, entre otras cosas, la necesidad de dar a la sanidad española una mayor prioridad en la agenda política (comparativamente muy baja), y la importancia de abordar a tiempo los problemas en lugar de posponerlos como se viene haciendo sistemáticamente desde hace años, usando para ello la mejor evidencia de aquello que, en la experiencia propia y de otros, ha demostrado que funciona. Se plantea una reflexión reformista sobre el SNS –en realidad sobre todo el sector público- posiblemente llevaría a optar entre los dos paradigmas de culturas organizativas que hoy conviven en Europa y se mezclan en el sector público español: el modelo anglosajón-nórdico de gestión pública, flexible y similar en sus instrumentos al sector privado empresarial, y el modelo administrativo (tradicional en España), cuyo referente sería la administración pública francesa, en su versión más dinámica, abierta continuamente reformándose a sí misma. Una cosa queda clara, para que la sanidad pública (cualquier organización) sea buena es imprescindible acometer constantemente reformas, realizar ajustes en lo que no funciona; esto es mucho importante y útil que la búsqueda de nuevos *modelos* ideales, porque en un sector tan complejo como la sanidad, los problemas más tener *solución* definitiva son –afortunadamente siempre- susceptibles de grandes mejoras.

## 1 Introducción.

Conocer qué sucede en otros países, y especialmente en aquellos más cercanos y parecidos es obligado para todos los sectores. Las comparaciones internacionales ofrecen un medio excelente para analizar la propia realidad con otra perspectiva, ampliar horizontes y aprender viendo cómo funcionan en otros países distintas combinaciones de recursos, esquemas organizativos y normativas. En cierta medida, lo que sucede en otro país puede ser considerado un valiosísimo experimento natural –gratuito- del que sacar conclusiones. Por ello existe una amplia literatura de análisis comparado de todo tipo de políticas públicas que es utilizado por gobiernos y oposición para sus respectivas estrategias, siendo las comparaciones también esenciales para la supervivencia de las organizaciones empresariales, como demuestra el peso del *benchmarking* (emular a los mejores) en los textos de *management*.

Sin embargo, en políticas públicas raramente se hacen realidad las enormes ventajas de analizar sistemáticamente cómo en otros países abordan problemas específicos y con qué resultados. Y sin embargo aunque raramente es posible copiar las soluciones de otros, es obligado aprender de los demás.

No obstante sus ventajas, las comparaciones internacionales presentan no pocos problemas y peligros. Un problema clave deriva de que las políticas tienen lugar en un contexto generalmente muy específico y complejo, fuera del cual sus resultados pueden ser muy diferentes (ejemplo: a principio de los 80 se importó de la figura del director gerente para los hospitales públicos españoles, copiando una reforma británica, pero no se trajo los consejos de administración ante los que los gerentes dan cuenta en el Reino Unido; consecuencia en España: más discrecionalidad con menos control, politización de los gerentes, etc. ). Como demuestra el ejemplo, el peligro fundamental es sustituir el análisis comparado de políticas aprendiendo de ello, por la simple importación de medidas aisladas de su contexto original en el afán de

---

<sup>1</sup> Documento de de trabajo. No citar sin permiso del autor. Se agradecen aportaciones y comentarios. E-mail: [jmfreire@isciii.es](mailto:jmfreire@isciii.es).

<sup>2</sup> Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

dar respuesta a las demandas, cada vez más exigentes, del mercado de innovaciones política que tanto presiona a los gobernantes.

El análisis internacional comparado de la sanidad es especialmente necesario por la complejidad del sector –sin duda el más complejo de las sociedades modernas–, por la importancia de los temas en juego –la salud individual y colectiva, cuantiosos recursos, etc.– y por la gran diversidad de tomar decisiones basadas en la evidencia de efectividad y calidad que se dan en el sector salud.

Además, comparar al Sistema Nacional de Salud (SNS) español con otros sistemas sanitarios –en este caso con los de la Unión Europea (UE)- es particularmente útil porque España es más bien país importador de reformas, más seguidor que líder innovador<sup>3</sup>. También porque en el debate sanitario español frecuentemente se utiliza como arma dialéctica lo que sucede o no sucede en otros países, que se convierte en argumento de autoridad definitivo dependiendo del prestigio del país y de la ignorancia del interlocutor sobre su realidad. Es lo que el economista de la salud canadiense Robert G Evans ha llamado *contrabando de ideas*.

El objetivo de este trabajo es pues realizar un análisis del SNS español en una perspectiva comparada con los sistemas sanitarios de otros países de la UE, especialmente con aquellos con los que los que nuestro sistema sanitario tiene más similitudes (Países Nórdicos, Reino Unido, Italia, Portugal, etc.). Se trata de un análisis que, sin renunciar al rigor académico, quiere ser un texto que impulse a la acción, dirigido a un lector informado e interesado en la sanidad pública, no sólo como usuario potencial, sino sobre todo por un compromiso de ciudadanía activa que le lleva a propugnar una sistema sanitario público, universal, equitativo y de alta calidad, y a preguntarse cómo hacerlo posible, y qué se puede aprender de los países con una sanidad más ejemplar.

La gran diversidad de temas y perspectivas y las limitaciones de espacio impiden una exposición minimamente detallada de los sistemas sanitarios de otros países de la UE pero para conocerlos existen muchos y excelentes medios<sup>4</sup> al alcance del lector interesado. Por ello, para ofrecer elementos de juicio sobre el SNS español en una perspectiva comparada, en primer lugar, se presentan aquellas características específicas del sector salud que le dan a este su gran complejidad y que son comunes a todos los sistemas sanitarios. En segundo lugar, se ofrece desde una visión general de los sistemas sanitarios existentes en la Unión Europea, insistiendo en que no existe un único modelo europea, sino dos grandes prototipos, sistemas de Seguridad Social y sistemas tipo Servicio Nacional de Salud (al cual se adscribe España), y que es dentro de cada uno de los dos grupos donde tiene más sentido y utilidad el análisis comparativo detallado. En tercer lugar, se repasan algunas características del SNS español comparándolas con las de los sistemas sanitarios de la UE a más similares (y ejemplares) como son los de los países nórdicos y el Reino Unido; esta comparativa tiene un carácter analítico y se centra en los aspectos de gobierno y gestión que son más críticos para el buen funcionamiento de la sanidad. Pública. Por último se presentan algunas conclusiones sobre lo que el SNS puede (y debe) aprender de los sistemas sanitarios europeos con los que comparte valores y características.

---

<sup>3</sup> La importancia de la introducción en España desde el Reino Unido de la financiación privada de hospitales públicos (*PFI -Private Finance Initiative-*) o *PPP-Public Private Partnership*), primero utilizada en la Comunidad Valenciana y más recientemente en ocho hospitales de Madrid (ambas CCAA con gobiernos del PP) refuerza el interés de estudiar del análisis comparado de políticas.

<sup>4</sup> Los sitios más interesantes para el análisis internacional comparado de los sistemas sanitarios son, entre otros: El *European Observatory on Health Systems and Policies* (<http://www.euro.who.int/observatory>) impulsado por la OMS, varias instituciones y gobiernos europeos (entre ellos España); el *International Network Health Policy & Reform* (<http://www.healthpolicymonitor.org/>) que cuenta con un excelente sistema de seguimiento y análisis de reformas sanitarias; la OCDE ([www.oecd.org](http://www.oecd.org)) cuyos datos sobre el sector sanitario son el estándar de referencia para las comparaciones internacionales.

## **2 El sector salud: características y complejidad.**

Es conveniente empezar este análisis señalando las características que dan al sector salud su complejidad y especificidad porque explican mucho de los problemas de los servicios sanitarios y de la dificultad que en todos los países encuentra su reforma. Para empezar, la salud es un bien esencial para la vida, el bienestar, y la economía, que tiene una dimensión ética que entronca con valores profundos sociales, políticos y religiosos; en ellos se entrecruzan distintas visiones del mundo, ideología, y grandes intereses de todo tipo. Así, lo que es derecho a la salud para muchos, constituye para algunos un bien mercantil más; igualmente son polémicos los dilemas éticos del comienzo y final de la vida (sexualidad aborto, prevención del SIDA, muerte digna, eutanasia).

Es igualmente importante señalar que los determinantes más importantes de la salud individual y colectiva no dependen del sector salud. Siendo éste muy importante junto con la biología humana, son sin embargo los factores ambientales externos (medio ambiente físico y, sobre todo el entorno socioeconómico) y los estilos de vida (a su vez determinados por el entorno social), los que más influyen en el nivel de salud. Por ello la política de salud (su protección y promoción) es una política intersectorial que va más allá de los ministerios de sanidad y constituye una importante prioridad política, tanto más cuanto más avanzado socialmente es un país. La Unión Europea tiene en el campo de la Salud Pública un papel activo (es la única competencia sanitaria de la Unión) con una influencia positiva en toda la UE. Un aspecto de gran interés en la política sanitaria de los países más avanzados de la UE es la atención a las desigualdades socioeconómicas en salud, como indicador de justicia social y como instrumento para mejorar la salud de la población. Lamentablemente esta preocupación es todavía marginal en la política española.

Las servicios sanitarios tienen unas características que hacen los economistas<sup>5</sup> los excluyan de los bienes que el mercado puede proveer, tanto por razones de eficiencia (no se cumplen las condiciones para la existencia de mercado), como de equidad<sup>6</sup>; de hecho, ningún país desarrollado –incluso los EEUU- deja totalmente en manos del mercado los aspectos claves de los servicios sanitarios. La consideración de la salud y los servicios sanitarios como una responsabilidad pública y un derecho cívico es uno de los rasgos más importantes del modelo social europeo y una de las señas de identidad internacionales de la UE.

Por otro lado, la sanidad es prototipo sociológico de *actividad profesional*<sup>7</sup> y de hecho el *carácter profesional* es uno de sus rasgos más específicos de los servicios sanitarios. En ellos el médico es el decisor fundamental, en nombre del paciente, pero con un amplio margen real de autonomía. Es la *medicina* y las decisiones médicas las que determinan en última instancia la calidad y eficiencia del conjunto del sistema sanitario, por lo que lograr un alto nivel de calidad en la práctica clínica es quizá el reto más importante de los sistemas sanitarios modernos. Sin embargo y paradójicamente, la práctica profesional médica, sólo puede ser “gestionada” muy marginalmente, en el ámbito de la *gestión clínica*, colegiada y basada en la autoridad profesional que da el conocimiento, pero no a través de la autoridad administrativa propia de una jerarquía organizativa. Por ello, alinear la práctica médica -con sus incentivos e intereses- con la misión y valores del sistema sanitario es objetivo primordial de la política sanitaria de todos los países. En los últimos años se está dando en muchos países de la UE un creciente interés en la renovación de los que se ha venido a llamar “el contrato social” de la medicina, revisando y reforzando los valores del profesionalismo médico por su potencial para contribuir al a la calidad de la practica profesional y control social de la profesión.

---

<sup>5</sup> Hsiao W. What should macroeconomists know about health care policy? A primer. IMF Working Paper. July 2000 WP/00/135

<sup>6</sup> Barr N. *The Economics of the Welfare State*. 3<sup>rd</sup> Edition. Stanford University Press, 1998

<sup>7</sup> Freidson Eliot. *Professional Dominance: The social Structure of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead 1970.

Las nuevas tecnologías (medicamentos, medios diagnósticos, etc.) y los constantes avances de la medicina son otra característica importante de los servicios sanitarios modernos. Si bien son positivos, también plantean difíciles dilemas económicos, organizativos y éticos, tanto a los clínicos como a los responsables de los servicios sanitarios. Por ello, el papel del *conocimiento* en la práctica médica, y la necesidad de basar ésta en la mejor evidencia<sup>8</sup> científica de efectividad y eficiencia, es uno de los temas de más calado de la medicina y de la política sanitaria, presente en todos los países de la UE. Por ello Suecia, el Reino Unido, Alemania, Francia y otros países de la UE han creado y potenciado Agencias de Evaluación de tecnologías y prácticas médicas, bien dotadas de medios y capacidad de decisión en estas materias. Lamentablemente España presenta un panorama de Agencias (una central y varias de las CCAA) que carecen de la masa crítica para desempeñar un papel relevante en un tema tan crítico para el sistema sanitario.

Por otro lado el sector salud en las sociedades desarrolladas tiene tal peso económico que la política sanitaria es –cada vez más– parte de la macroeconomía del país: en 2004 el gasto sanitario total en porcentaje del PIB<sup>9</sup> fue 10.9% en Alemania, 15.3% en los EEUU, 10.5 en Francia y 9.1% en Suecia, y 8.1% en España. Esta enorme cantidad de recursos tiene un gran impacto en el gasto público (en la EU-15 el 78.5% del total es público), y genera poderosos intereses en actores económicos con gran influencia en la política sanitaria (seguros, industria farmacéutica, equipamiento médico, profesiones sanitarias, etc.). El gran volumen de recursos de la sanidad junto con las poderosas tensiones para incrementar su tasa de crecimiento hace que la preocupación por la eficiencia y la contención de costes sea universal en la UE<sup>10</sup>.

Otra dimensión del peso económico de la sanidad es su contribución al empleo total (10.6% en Alemania y Noruega, 8% en Francia y Canadá, 4.6% en España)<sup>11</sup>, pues son intensivos en personal. La gran diferencia entre España y estos países que indica la existencia de una importante margen de crecimiento del empleo sanitario, especialmente para ofrecer servicios de *cuidados* a enfermos crónicos y ancianos (enfermería comunitaria, residencias asistidas, servicios socio-sanitarios). En otro orden de cosas, el gran número del personal sanitario, su concentración en grandes instituciones (hospitales) dependientes de un mismo empleador (generalmente público), su *mix* de categorías profesionales distintas con intereses diferentes, dan al sector sanitario una gran capacidad de presión social y laboral, cuya gestión es especial problemática. Más adelante veremos algunos rasgos diferenciales entre España y los países con sistema sanitario similar en relación a este tema.

### **3 Los servicios sanitarios en Europa: visión de conjunto.**

Todos los países europeos –de hecho todos los países desarrollados, con la excepción de los EEUU– cuentan con sistemas de protección social que dan cobertura sanitaria a toda la población. En este sentido el modelo social de la UE es el referente de lo que se podría considerar el “Estándar Internacional de Servicios de Salud”, que incluye: (1) Cobertura universal de toda la población con un sistema de seguro público y/o obligatorio, (2) Financiación pública de este seguro, de acuerdo con el nivel de renta, (3) Cobertura amplia de prestaciones -medicamentos, tecnologías, servicios, y (4) Mecanismos de control de costes que aseguren la sostenibilidad financiera del sistema.

Dentro del *estándar* común coexisten una gran diversidad de esquemas organizativos de la sanidad, resultado de combinar de diferente forma los tres elementos básicos con los que están contruidos todos

---

<sup>8</sup> Crochran AL. *Effectiveness and Efficiency. Random reflections on Health Services*. The Rock Carling Fellowship 1971. The Nuffield Trust 1972.

<sup>9</sup> OECD-HEALTH DATA 2006, June 2006 (disponible en [www.oecd.org](http://www.oecd.org))

<sup>10</sup> Mossialos E, LeGrand J (Edit). *Health Care and Cost Containment in the EU*. Adershot UK, Ashgate Publishing, 1999.

<sup>11</sup> ECO-SALUD OCDE 2005, Octubre 05.

los sistemas sanitarios: (1) fuentes de financiación –recursos económicos-, (2) proveedores –médicos, hospitales, farmacias, etc.-, y (3) y mecanismos de asignación de los recursos a los proveedores.

Por lo que respecta a las fuentes de financiación sanitaria, en la UE existen básicamente dos grandes sistemas, que sirven para clasificar los sistemas sanitarios europeos en dos grandes bloques-prototipo: (1) países de sistema Seguridad Social (modelos Bismarck), financiados por cotizaciones sociales obligatorias, y (2) países financiados por impuestos, tipo Servicio Nacional de Salud (también conocidos como modelos Beveridge). En todo caso, lo más importante es señalar que la financiación sanitaria en la UE es fundamentalmente *pública* (con una media 78.5% del gasto sanitario total, España 70.9%), y que este es el rasgo común más importante de los países de la UE.

De los países con modelos Seguridad Social, Alemania es el referente histórico desde que el Canciller Bismarck<sup>12</sup> anunció la creación del sistema en 1881. La Seguridad Social ha sido –y continua siendo- la piedra angular no solo de los sistemas de protección social, sino del desarrollo económico. Casi todos los países han desarrollado sus sistemas sanitarios públicos a partir de ella, posibilitando en algunos casos – como Italia y España- una posterior migración a financiación por impuestos. En la actualidad en la EU-15, además de Alemania, tienen sistemas financiados fundamentalmente por la Seguridad Social: Francia, Bélgica, Austria; en todos estos países existe una importante aportación de impuestos, una tendencia que es más clara en las recientes reformas de Alemania y Francia. Con el ingreso en la UE-25 de los nuevos países del Este que han migrado a sistemas de Seguridad Social desde su anterior financiación estatal, el modelo Bismarck es el dominante en la UE.

El referente internacional de los países con financiación sanitaria por impuestos es Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*) del Reino Unido, creado en 1948 por el gobierno laborista de Clement Atlee tras el Informe Beveridge de 1942. A este grupo se adscriben todos los países nórdicos (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Islandia), Irlanda y, en las últimas décadas, los países del sur (Italia, España, Portugal). Existen países –como Grecia- que no encajan plenamente en ningún grupo y, además, en casi todos los países existe algún grado de combinación de entre financiación por impuestos y por cuotas sociales. La financiación pública por impuestos va unida a cobertura universal, igual para toda la población, y con ello a una aproximación de planificación racional a la organización sanitaria. De este modo todos los sistemas europeos tipo Servicio Nacional de Salud desarrollan esquemas de provisión basados en la planificación tanto territorial-poblacional (organizar los servicios en función de la población a atender), creando Regiones sanitarias dotadas de hospital de alta especialización, Áreas sanitarias dotadas de un hospital general y zonas de ámbito menor atendidas por centros de salud. De igual modo estos sistemas han generalizado la organización funcional de los servicios médicos según su complejidad, siendo su característica más importante y valiosa el estar basados en la *medicina de Atención Primaria* (médico general, de familia o de cabecera), sistema que no tienen los países europeos de Seguridad Social (aunque sus reformas más recientes tienden a ello).

Aunque la clasificación según la fuente pública de financiación es la más usada y tiene gran importancia, el elemento que más caracteriza a los servicios sanitarios de un país -tanto desde la perspectiva de la población/paciente, como para la política y gestión sanitarias- es la forma en la que los recursos financieros terminan llegando a los proveedores (médicos, hospitales, etc.), y la relación que ello establece entre financiadores-proveedores. Existen para ello dos alternativas básicas: (1) contratación, e (2) integración. En los sistemas no-integrados, basados en contratos, el asegurador-financiador compra, mediante *contratos (conciertos* en España), a los proveedores privados y públicos los servicios sanitarios que precisa para su población. Este es el modelo típico de los *sistemas clásicos* de Seguridad Social (Alemania, Francia), los cuales no poseen hospitales ni emplean médicos.

---

<sup>12</sup> Ver en Papeles de Economía Española, 12-13, 1982, pág 118 el texto integro del Mensaje imperial de 17 de nov de 1981 en el que se anuncia la creación de la Seguridad Social.

Por el contrario, en el *modelo integrado* la Seguridad Social o Administración pública producen ellas mismas sus servicios sanitarios médicos, *integrando* a los proveedores en su misma organización, configurando de este modo una red propia de instalaciones y servicios sanitarios (caso de la Seguridad Social española). En este esquema el financiador (Estado o Seguridad Social) *emplea directamente* al personal sanitario y gestiona sus centros. Este es el modelo típico de todos los sistemas sanitarios europeos financiados históricamente por impuestos (Reino Unido, Países Nórdicos), pero también el de países del sur de Europa (España, Italia, Portugal) que crearon tardíamente sus sistemas de Seguridad Social y luego pasaron a financiar sus servicios sanitarios por impuestos extendiéndolos a toda la población. En los modelos integrados los trabajadores sanitarios son –de una u otra forma- empleados públicos y los sistemas sanitarios operan dentro de las coordenadas del sector público o parapúblico (Seguridad Social) de cada país. Veremos más adelante que dentro de este grupo de países existe a su vez una gran diversidad, pues hay países (Reino Unido, Italia) cuyos médicos de Atención Primaria y dentistas no están integrados (empleados) sino que tienen una relación contractual con los mismos, otros países como España contratan externamente un volumen importante de servicios (*conciertos*), etc.

La naturaleza integrada pública o por contratos de un sistema sanitario tiene muy importantes repercusiones en la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, y en los *incentivos* de todo tipo que operan dentro de los mismos para la cadena de proveedores (hospitales, médicos, dentistas, etc.).

La distinción entre sistemas integrados públicos o de contratos ha tenido y tiene un gran interés para el debate sobre política sanitaria; las reformas propugnadas por M. Thatcher en el NHS británico, en 1991, proponían la separación de las funciones de “compra” y “provisión” de servicios médicos, con la idea de crear un “mercado interno” en el que la competencia entre proveedores daría lugar a una mayor eficiencia. A pesar del fracaso de aquel experimento, sus ideas tuvieron una gran difusión e influenciaron notablemente el debate sanitario español, viendo muchos en la no-integración una respuesta a los problemas de los sistemas integrados públicos. De hecho en algunas Comunidades como Cataluña y Madrid se crearon por ley agencias “compradoras” de servicios, como el *Servicio Catalán de la Salud*, (SCS) y otras “proveedoras” como el *Instituto Catalán de la Salud*, ICS. Esta reforma nunca ha sido evaluada en España, a pesar de que la comparación entre CCAA ofrece un experimento natural susceptible de aportar datos de interés

Como hemos visto, en la UE podemos clasificar a los sistemas de salud a grandes rasgos según dos criterios: (1) fuente de financiación pública (impuestos o Seguridad Social) y (2) naturaleza integrada o contractual de la relación ente financiador-proveedores. En cada uno de estos dos criterios existen solapamientos y dentro de cada categoría grandes variaciones que impiden generalizar con precisión. No obstante, hemos visto que son los países con sistemas de financiación predominantemente por impuestos los que tienen sistemas predominantemente integrados, con sistemas de planificación poblacional-territorial, basados en la medicina de Atención Primaria. Por el contrario, los países no-integrados con sistemas Seguridad Social funcionan mediante contratos financiador-proveedores; estos esquemas no facilitan la distribución planificada racionalmente de médicos y hospitales en el territorio, ni la coordinación entre niveles asistenciales (médicos de Atención Primaria), pero dan al paciente una gran libertad de elección. Con todo ello es posible realizar una comparativa general entre los dos grandes prototipos de sistemas sanitarios dentro de la UE que permiten tener una visión global de sus características generales, con sus respectivas ventajas y problemas (Tabla 1).

#### [TABLA 1 AQUÍ]

La Tabla 1 permite apreciar claramente las diferencias entre los sistemas sanitarios europeos de Seguridad Social respecto a los financiados por impuestos. No obstante conviene insistir en que las diferencias entre ambos dos grupos provienen tanto o más del hecho de ser sistemas integrados o no-integrados que del tipo de financiación (recuérdese que SNS español ha pasado de financiación vía Seguridad Social a impuestos sin que lo notaran profesionales ni pacientes). La comparación entre los

dos grupos es un ejercicio complejo por los múltiples puntos de vista y dimensiones a tener en cuenta. Por otro lado, su utilidad desde la perspectiva de este trabajo -lecciones para el SNS español- es muy limitada pues difícilmente cabe pensar cambios de modelo sanitario. No obstante sí que es importante señalar que los sistemas tipo Servicio Nacional de Salud disponen de instrumentos de planificación y organización de los servicios muy directos y eficaces, con las mayores garantías de equidad, calidad y eficiencia; por ello *cuando funcionan bien* (importante el condicional) logran la valoración más alta por parte de la población, como es el caso de todos los países nórdicos, en los cuales *lo público es altamente eficiente* y de alta calidad. Por el contrario, donde no se da esta circunstancia los modelos integrados públicos presentan grandes ineficiencias y grandes problemas para la población y los pacientes –entre ellos listas de espera injustas-, con la consiguiente valoración negativa de la población que alcanza en los *Eurobarómetros* los niveles europeos peores, como es el caso de Italia, Portugal y Grecia. En estas encuestas europeas de satisfacción el SNS español queda ubicado entre los dos extremos, junto con el NHS británico.

De todo lo anterior queda claro que el SNS español es parte del grupo de sistemas integrados públicos tipo Servicio Nacional de Salud, junto con los países nórdicos, el Reino Unido, que por ser los sistemas más ejemplares dentro del grupo serán los que principalmente utilizaremos como referente principal, dejando más de lado los casos de Italia y Portugal..

Los sistemas tipo Servicio Nacional de Salud comparten muchos puntos en común, pero presentan también importantes diferencias entre sí, existiendo una gran variedad de instrumentos para planificar, organizar, gestionar los servicios que reciben los pacientes. Estas diferencias son debidas fundamentalmente a la cultura política de cada país, que determina los sistemas de gestión y gobierno de lo público. Aunque los objetivos y valores de universalidad, equidad son comunes y compartidos por todos, existen entre países similares grandes diferencias en los instrumentos organizativos y gestión. Por ejemplo: una característica aparentemente homogénea, como el carácter público de sus hospitales, presenta un amplio espectro de soluciones, que van desde su integración poco diferenciada en la administración pública general (España)<sup>13</sup>, a su entidad y gestión muy autónoma como los nuevos y polémicos *Foundation Hospitals* de Inglaterra (no de todo el Reino Unido)<sup>14</sup>; ello tiene importantes repercusiones en aspectos críticos de la gestión, pues los trabajadores de los hospitales británicos y suecos son empleados de su hospital que les contrata autónomamente, no del “sistema”, como sucede en España. Igualmente, si bien todos los trabajadores sanitarios del NHS británico y de los países nórdicos son empleados públicos, su estatus laboral es totalmente independiente del de los funcionarios, y muy comparable en todo punto al general de los trabajadores de su país. Esta diversidad de instrumentos de gestión y gobierno se da también en la organización de servicios clínicos: así, aunque la medicina de Atención Primaria es común a todos estos países, en España los médicos de familia son empleados públicos, mientras que en el Reino Unido, Italia y Dinamarca son profesionales autónomos.

El que los sistemas Servicio Nacional de Salud europeos (y crecientemente sus Regiones con autonomía polaca) compartan objetivos y valores al tiempo que muestran una gran diversidad en los instrumentos para lograrlos hace especialmente útil su estudio comparado. En las secciones que siguen se realizan estas comparaciones en varios aspectos especialmente relevantes para el debate sanitario español. (1) Características generales: cobertura, prestaciones, gasto sanitario, gobierno y gestión; (2) organización de los servicios de Atención Primaria, (3) Organización y gobierno de los hospitales. No obstante antes

---

<sup>13</sup> La existencia en España (Comunidad Valenciana) no solo de Hospitales públicos sino de todas unas Áreas sanitarias (que atienden a cientos de miles de personas) gestionadas por empresas privadas mediante una concesión administrativa (sistema planeado para alguno de los nuevos hospitales de Madrid) ilustra sobre la complejidad que anidad dentro del sistema sanitario cada país. Vale la pena señalar aquí en la UE no existe ningún país en el que se haya adoptado un esquema de gestión privada de los *servicios médicos* similar a este.

<sup>14</sup> La descentralización política de la sanidad hace cada vez más difícil utilizar los Estados como entidad homogénea para el análisis de políticas públicas. En el Reino Unido existe una gran diferencia entre las políticas sanitarias de Escocia (más típicamente socialdemócrata) y la de Inglaterra (más abierta al mercado). Igualmente sucede en España donde empiezan a ser claras las diferencias entre CCAA gobernadas durante largos períodos por partidos políticos con diferentes programas (Valencia vs Andalucía).

vamos a ver brevemente algunas características del SNS español relevantes para su comparación con los sistemas similares de la UE.

## **4 El sistema sanitario español, comparado con los sistemas similares de la UE.**

### **4.1 Aspectos generales, de gobierno y gestión.**

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de la extensión a (casi) toda la población española de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), resultado de la evolución del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) - creado a principios de los años 40<sup>15</sup>, para asegurar a trabajadores de bajos ingresos y sus familias (*A productores económicamente débiles*). En 1978 la reforma del Instituto Nacional de Previsión (INP) creó dentro de la Seguridad Social diferentes institutos (TGSS, INSS, INSERSO e INSALUD), siendo el INSALUD responsable de gestionar de lo que hasta entonces había sido la ASSS.

Los cambios socioeconómicos de los años 60 y siguientes permitieron el desarrollo un sistema de Seguridad Social relativamente moderno, en el cual la ASSS fue progresivamente expandiendo su cobertura poblacional (82% del total en 1978) y sus instalaciones, haciendo de hecho posible su extensión a toda la población. No obstante, esta evolución hacia lo que es el SNS actual, no respondió a un objetivo claro de cobertura universal hasta la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad (1986), que creó el SNS, reflejando la voluntad política de aplicar a la sanidad española la mejor experiencia internacional: la de los Servicios Nacionales de Salud, tanto por ser la que ofrecía mayores garantías de equidad y de eficiencia macroeconómica, como por constituir la evolución más coherente con el desarrollo alcanzado en 1986 por la ASSS (INSALUD). La LGS tuvo la gran virtud de dar a la sanidad española una perspectiva coherente, que antes no tenía, orientándola claramente hacia el modelo de Servicio Nacional de Salud, basado en la idea de servicio público universal y equitativo. Transcurridos 20 años de la LGS de sanidad las características del SNS español ofrece luces y sombras como refleja el repaso a algunas de sus características actuales vistas en relación a las de los sistemas sanitarios comparables de la UE.

#### Cobertura poblacional.

El SNS español tiene una cobertura poblacional casi total, es universal *de facto* pero no todavía *de iure*, en cuanto que derecho cívico igual para todos y ligado a la condición de ciudadanía o residencia, como en todos los países de la UE en los que la sanidad es financiada por impuestos. La cobertura poblacional de la ASSS fue incrementándose durante los 50 años posteriores a la creación del SOE hasta que en 1990 los gobiernos socialistas completaron la universalización *de facto* de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social española, con la inclusión de la Beneficencia dentro de la misma (RD 1088/89)<sup>16</sup>. A pesar de la financiación de la sanidad por impuestos al 100%, quedan ciudadanos que no tienen derecho al SNS, mientras que existen importantes colectivos, como los funcionarios del Gobierno central y otros (empresas colaboradoras, periodistas, profesionales liberales) con sistemas de Seguridad Social propios que entrañan diferencias y privilegios injustos. Esta situación no sólo es injusta sino que dualiza el acceso a los servicios sanitarios, privando a la sanidad pública de usuarios influyentes e informados, que contribuirían decisivamente a elevar sus estándares de servicio y calidad.

---

<sup>15</sup> El Seguro Obligatorio de Enfermedad recogió muchos elementos de de la propuesta de Seguros Unificados elaborada por el Instituto Nacional de Previsión (INP) por mandato del ministro Largo Caballero (Orden Ministerial de 10 de mayo 1932, Ministerio de Trabajo y Previsión –Gaceta del 10).

<sup>16</sup> Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR y Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel: 2005.p.61-99.

La equidad e igualdad en la cobertura es un objetivo de gran trascendencia estratégica para el futuro del SNS, que depende críticamente de la valoración positiva de la opinión pública. En los servicios públicos universales, calidad y equidad son interdependientes: un servicio para pobres termina siendo un pobre servicio y al revés: si las clases medias y otros grupos sociales influyentes utilizan los servicios, existirá una presión política y social para que éste mantenga estándares dignos. La dualización de la sanidad en España es a medio plazo su amenaza más preocupante, del mismo modo que la utilización generalizada por parte de las sociedades nórdicas de sus servicios públicos es su mejor garantía de futuro.

#### Recursos-Financiación.

España tiene uno de los más bajos gastos sociales de la UE-15 en porcentaje de su PIB (28.3% de media en la UE, 19.7% España)<sup>17</sup> y el gasto sanitario público per cápita es igualmente de los más bajos. La Tabla 2 muestra cómo el gasto sanitario español en poder paritario de compra per capita (US\$ ppp ocupa el penúltimo lugar de la UE-15.

[Tabla 2 aquí]

El diferencial entre el gasto español per capita y la media de la EU-15 en 2003 fue de 717 dólares por persona/año y 315 dólares respecto a la media de los países europeos con sistemas tipo Servicio Nacional de Salud, en negrita en la Tabla); en relación a esto últimos países la diferencia (déficit) de financiación del SNS para toda la población española sumaría 13.860 millones de dólares (10.823 mill. de euros al cambio). Es bien conocido que el nivel de funcionamiento actual el SNS español arrastra una importante deuda estructural que cuyos problemas fueron el tema central de la Conferencia de Presidentes, pero es que en el nivel actual de funcionamiento existen evidentes problemas con listas de espera y, sobre todo, en los cuidados para pacientes crónicos, enfermos mentales, y salud dental, problemas que obviamente requieren incremento de los recursos.

#### Prestaciones.

El SNS población española todos los servicios *curativos* de la medicina moderna, a través de una red de centros que cubre todo el territorio, con un acceso razonablemente eficaz y equitativo, similar al de otros países. Sin embargo, el SNS tiene un déficit claro en los servicios *cuidados*, un área donde persisten graves carencias, que dejan desprotegidas a muchas personas, y que repercuten negativamente en la parte *curativa* de la atención sanitaria, bloqueando camas hospitalarias. La atención a pacientes crónicos, ancianos, enfermos mentales, etc., que precisan más *cuidados* que tratamientos constituye el déficit de servicios más grave de la sanidad española (crecientemente importante con el envejecimiento de la población). Este es un área donde hay mucho que aprender de otros países europeos, especialmente los nórdicos. Existe otro gran conjunto de prestaciones sanitarias en las que el SNS no responde a las necesidades de la población y presenta déficits respecto a otros países europeos: odontología, prótesis auditivas y gafas.

#### Coordinación y estándares comunes en un sistema descentralizado.

Desde enero de 2002 el SNS es, en su totalidad, gestionado descentralizadamente por las CCAA que son los responsables de la asistencia sanitaria en sus respectivos territorios. De este modo, se culminó un proceso que comenzó con la transferencia a Cataluña en 1981 y que ha durado más de 20 años. Este proceso ha sido sin duda la reforma estructural más importante de la sanidad española en toda su historia. La culminación de las transferencias a las CCAA ha dado como resultado una situación bien distinta a la que diseñó la LGS de 1986; las transferencias han hecho de los Servicios de Salud de las CCAA una realidad pujante, que hace patente la precariedad de los mecanismos de cohesión y coordinación del

---

<sup>17</sup> Navarro V. La situación social de España. Biblioteca Nueva, Madrid 2005.

conjunto del sistema español. Éste no tiene otra entidad institucional que la se materializa en las reuniones de un Consejo Interterritorial del SNS, el cual por otro lado, cada vez tiene menos peso en el SNS y más protagonismo como escenario de las discrepancias partidarias de la oposición con el Gobierno.

Suecia, Reino Unido e Italia, son países sanitariamente similares al nuestro, por ser Estados compuestos, con un grado de descentralización política y fiscal comparable. Sus regiones tienen competencias sanitarias y una organización muy similar a la del SNS español, por lo que de todos ellos cabe sacar lecciones. De estos países Suecia es el que ofrece un ejemplo más elaborado, estable y eficaz de coordinación cooperativa, tanto interterritorial como sociosanitaria, compatible con una gran autonomía de las regiones responsables de los servicios. Para ello cuenta con el Consejo de Salud y Bienestar (*Socialstyrelsen*<sup>18</sup>) que aúna responsabilidades sobre servicios sociales y sanitarios al servicio de las regiones. Fuera de Europa, el sistema político y sanitario de Canadá que en múltiples aspectos estructurales es similar al español, ofrece también valiosas lecciones para articular el sistema sanitario de un estado complejo, como por ejemplo la institucionalización de las conferencias de Presidentes, creadas en España por el actual Gobierno.

#### Gobierno y gestión del sistema sanitario público integrado.

La Seguridad Social española construyó una red sanitaria propia (Ambulatorios, Hospitales) convirtiéndose de este modo en una gran organización sanitaria *integrada* –similar en ello a otros Servicios Nacionales de Salud, como el NHS británico o los países nórdicos. No obstante existe una diferencia de gran importancia respecto a estos países: en España los centros sanitarios y su personal están integrados indiferenciadamente en la administración pública común (ahora de las CCAA), que no destaca precisamente por su eficiencia y agilidad. Las transferencias no han cambiado mucho esto, pues incluso donde ha habido cambios importantes –transformación de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en ente público de derecho privado- éstos no han afectado a la política de personal. Como se ha comentado, los países nórdicos, el Reino Unido, e incluso Italia –con independencia de que sus respectivas administraciones sean más eficientes que la nuestra- sus servicios sanitarios públicos están organizados y son gestionados diferenciadamente de la administración pública común, de modo muy similar a otros sectores de la economía, y con un alto grado de autonomía.

Como consecuencia de su integración indiferenciada en la administración pública, el SNS español carece, a todos sus niveles (Servicios de Salud de las CCAA, Hospitales, Atención Primaria) de la autonomía necesaria para su buen funcionamiento. Esta falta de autonomía y de la especificidad que exige un sector tan especializado es un lastre que afecta a todos los aspectos del gobierno y gestión del SNS español: gobierno, gestión económica, política de personal, etc.

Sorprendentemente en las últimas décadas el SNS ha generado una floreciente *cultura de gestión* sin comparación en ningún otro campo del sector público. Lamentablemente ésta no ha ido acompañada de la correspondiente reflexión y decisiones sobre el buen *gobierno* del sistema y de sus centros sanitarios. Una carencia que es común a todo el sector público español pero que es más visible en el sector salud por sus dimensiones, dinamismo técnico-profesional, importancia económica y complejidad. A este respecto es significativo que España sea casi el único país europeo cuyos hospitales públicos carecen de un órgano colegiado de gobierno –Consejo de Administración, Junta de Gobierno, como sucede también en las Gerencias de Atención Primaria, de Área o en los propios Servicios de Salud. Por el contrario, todos los puestos de responsabilidad son de nombramiento discrecional político, desde el Director General de un Servicio Regional de Comunidad Autónoma hasta el más modesto responsable organizativo –con la excepción de los médicos Jefes de Servicio. En esto se da en el sector sanitario un gran mimetismo respecto a la Administración pública española plagada, hasta sus escalones más distales,

---

<sup>18</sup> Accesible (inglés) en: <http://www.sos.se/sosmenye.htm>, visitado 29/08/2006

de “puestos de confianza”. Como es bien sabido en los países más avanzados de Europa su administración pública un carácter apartidario, técnico y estable, al servicio del político. En el sector sanitario de los países nórdicos, Reino Unido, Italia, etc. la autoridad máxima corresponde a Consejos de Administración ante los cuales responden los gestores profesionales, como sucede en todas las organizaciones complejas.

La reparación de esta carencia del SNS español, y la puesta en marcha de órganos colegiados de gobierno a todos los niveles del sistema sanitario (desde los Servicios de Salud de las CCAA a los Hospitales y Centros de Salud) es sin duda una de las medidas más urgentes y con mayor potencial de cambio para la sanidad de nuestro país.

Hemos visto que el sector salud es intensivo en personal y que éste es su activo más crítico. Pues bien, la inclusión indiferenciada del SNS dentro de la administración pública común española tiene una consecuencia especialmente negativa en los temas de personal. Esta es otra área donde las diferencias con los países nórdicos y el Reino Unido son de gran calado. El SNS tiene un marco de laboral poco adecuado al servicio que debe prestar a la sociedad; su referente es el esquema funcional, con contratos con el “sistema sanitario” en lugar de con los centros, con un sistema de convocatorias obsoleto y disfuncional (incluido el derecho de traslado del personal médico). Todo ello es difícilmente compatible con las exigencias y la complejidad de la medicina moderna. Cambiar este panorama exige autonomía de gestión local y ello, a su vez cambios en el gobierno de la sanidad, para evitar que una mayor autonomía no sea sino mayor discrecionalidad sin el control exigible.

#### Aspectos de contexto político.

El sistema sanitario de un país es el resultado de su contexto social, cultural, económico y político que lo condiciona, y del que a su vez es parte importante. Hemos visto como la cultura política de la administración española se proyecta negativamente en el SNS en ausencia de órganos colegiados de gobierno, inestabilidad y politización de los gestores; por otro lado el mimetismo de una función pública obsoleta, junto con la falta de autonomía de gestión local, conforma una política de personal claramente inadecuada a las funciones de los modernos servicios sanitarios.

Cabe preguntarse por la causa de todo ello porque sus repercusiones negativas en el SNS son muy evidentes. Sin duda alguna son múltiples y complejas, pero es conveniente –tan solo sea por su potencial provocador- argumentar la hipótesis, muy plausible, de este estado de cosas es baja prioridad que la sanidad tiene en la agenda política española, que en lugar de abordar los problemas los pospone agravándolos<sup>19</sup>. No faltan argumentos en apoyo de esta explicación causal. En primer lugar argumentos de política comparada: en relación a otros países europeos –sean tipo Seguridad Social o Servicio Nacional de Salud-, en España han sido escasas las reformas sanitaria legales (¡hace 20 años de la LGS!), los debates políticos y sociales, la presencia de la sanidad en la agenda de los políticos, etc.

En segundo lugar está el dato muy objetivable, no solo de la ausencia de reformas y de actualización del marco legal, si no del incumplimiento frecuente de normas sanitarias importantes (por ejemplo en temas de organización de hospitales y de personal), siendo el ejemplo más grave las decenas de miles de médicos, enfermeras y otro personal en interinidad durante décadas, que ha forzado una gigantesca oferta pública de empleo (OPE); otra consecuencia directa de ello, es que las normas se van quedando

---

<sup>19</sup> Para una discusión más completa de esta reflexión ver: Freire JM. *El Sistema Sanitario Público: Perspectivas de Futuro*. En Fernández García, T; Marín Sánchez, M. *Estado de Bienestar y Socialdemocracia. Ideas para el debate*. Pág. 157. Alianza Editorial, Madrid 2001

obsoletas y no se cumplen, ello su vez refuerza su obsolescencia, lo que no impide su discrecional en ocasiones especiales<sup>20</sup>.

Otro tema de contexto que afecta profundamente al SNS el escenario sindical y la regulación de las negociaciones colectivas. Contrariamente a lo que sucede en los países nórdicos y en el Reino Unido, en panorama sindical español se caracteriza por la existencia de múltiples centrales sindicales en competencia. Esta situación ocasiona en el sector público español –quizá también por reflejo histórico de de antes de la democracia- una cultura mucho más *adversarial* que *cooperativa* en relación al sector público. A las importantes implicaciones negativas de ello en las negociaciones y conflictos, se añade la posición de debilidad de responsables y gestores políticos para defender los intereses públicos, debido a su limitado horizonte temporal y a los incentivos y restricciones con los que operan en una administración fuertemente politizada. Por otro lado, los médicos cuya importancia para el SNS es crítica, tienen un encaje difícil en el sistema de negociación colectiva vigente. Todo ello es muy diferente en los países nórdicos y en el Reino Unido donde apenas existe competencia intersindical, las condiciones de trabajo son muy similares en la administración, la sanidad y el resto de la economía, y se da una cultura sindical de *cooperación* en las relaciones laborales del sector público en las que los médicos y otros grupos profesionales significados tienen mecanismos abiertos de negociación.

## **4.2 La organización de la atención sanitaria del SNS español en perspectiva comparada.**

### La Atención Primaria.

En los países con Servicios Nacionales de Salud (Reino Unido, países nórdicos, Portugal e Italia), existe medicina y otros servicios de Atención Primaria (AP) como un nivel asistencial diferenciado y puerta de entrada del paciente a la atención especializada. Esta es una de las mejores características de estos sistemas sanitarios y por su contribución a la calidad de la atención médica y a la eficiencia del conjunto del sistema sanitario está siendo progresivamente adoptada por otros sistemas sanitarios como el de Francia y Alemania en sus reformas recientes.

### [TABLA 3 AQUÍ]

La existencia de AP en todos estos países es compatible con sistemas organizativos y de funcionamiento son muy diversos. La Tabla 3 muestra algunas de las características relevantes de la AP en los países de la UE. Un elemento clave de diferenciación respecto al SNS es el hecho de que en varios países los médicos generales no son empleados a sueldo de las organizaciones sanitarias, sino profesionales independientes con un contrato de prestación de servicios, retribuidos por una mezcla de conceptos entre los que el pago capitolativo (según las personas en su lista o cupo) es el más importante. El ejemplo más ilustrativo de este sistema es, sin duda, el Reino Unido, cuya medicina general (*General Practice*) ha sido un referente internacional durante muchos años, pero también Italia y Dinamarca tiene un sistema así; el SNS español es junto con Portugal, Finlandia y Suecia, uno de los países con médicos de AP empleados en lugar de vinculados con contratos. De estos países vale la pena señalar que Suecia, no tiene tradición de AP y que sus pacientes pueden acudir libremente a las consultas externas de los hospitales. Queda pues Finlandia como el país europeo actualmente más similar a España en la organización de AP.

Uno de los aspectos mas llamativos de la AP española es que, transcurridos más de 22 años desde el RD137/1984 que puso en marcha el “nuevo” modelo de Atención Primaria, todavía no está disponible para toda la población y, a pesar de lo mucho que ha cambiado la sociedad y la sanidad, el modelo

---

<sup>20</sup> El cese de cinco médicos Jefes de Servicio en el Hospital de Leganés en agosto de 2006, con todas las características de una represalia política, ha sido posible por el incumplimiento anterior -durante décadas- de la normativa existen sobre nombramientos de Jefes de Servicio.

implantado entonces no ha sido revisado, por más que existan razones claras para ello<sup>21</sup>. Son muchas las voces que reclaman para la AP española una mayor personalización de la atención médica, más medios y capacidad resolutoria, una mayor cultura general de servicio, de un modo especial una muy necesaria reorientación del papel de la enfermería hacia los cuidados domiciliarios (*Enfermería Comunitaria*), un aspecto en el que los países nórdicos y el Reino Unido tienen una gran experiencia.

### La Atención Especializada y los Hospitales.

Gracias a los hospitales públicos la altura técnica de la medicina española es en todo comparable a la de otros países de nuestro entorno, a un nivel francamente superior a cualquier otro sector de actividad de nuestro país. Este reconocimiento de partida es importante porque constata una realidad globalmente positiva y apunta la gran potencialidad de mejora de los hospitales públicos si éstos operaran en un entorno más favorable, incorporando alguna de las buenas prácticas de otros países europeos.

En la comparación de los hospitales públicos españoles con los otros países de nuestro entorno una de las primeras cosas que destaca es su corto horario de funcionamiento regular (de 8 a 15h), en lugar de 8 a 17h. La importancia de esta situación anómala justificaría, por sí misma, una revisión a fondo del funcionamiento de nuestros hospitales. Por contraste, los hospitales públicos españoles mantienen fuera de estos horarios unas dotaciones de personal de guardia, sobre todo médicos, que muchas veces consideran excesivo<sup>22</sup> y que no tienen comparación con otros países. Este fenómeno responde, en gran medida, al papel que históricamente han desempeñado las “guardias” –físicas o de alerta- en el total de los ingresos de los médicos hospitalarios, que se estima en un 30%.

Con ser esta diferencia importante, la más trascendente es la existente en el esquema de gobierno y gestión. Los hospitales públicos españoles –con la excepción de algunos hospitales nuevos, creados con un régimen jurídico especial- responden a un patrón organizativo cuyo referente es el Real Decreto 521/1987 sobre organización y funcionamiento de los hospitales del INSALUD. Esta norma, que sigue vigente para una gran parte de los hospitales españoles, define la estructura organizativa de los hospitales, que junto con otras normas –como el Estatuto Marco del personal- constituyen el entramado legal de los hospitales públicos.

Como se ha indicado más arriba lo más relevante de la normativa actual es la inexistencia de un órgano colegiado de gobierno –equivalente a un Consejo de Administración- ante el cual responda el Gerente: este es el elemento más negativo de la actual situación. De hecho, el RD 521/87 suprimió las Juntas de Gobierno que, con todos sus defectos, cumplían algo de esta función, sin reemplazarlas por ningún órgano equivalente. Esta ausencia en los hospitales públicos de Consejos de Administración o Juntas de Gobierno, proyecta sus efectos negativos sobre todos los aspectos importantes del funcionamiento del hospital público (siendo esto aplicable igualmente a los Centros de Salud y a todos los demás ámbitos de gestión).

La ausencia de un Consejo o Junta que asuma la autoridad superior de los hospitales limita radicalmente sus posibilidades de tener autonomía y personalidad propia. Ésta no es posible, ni razonable si el hospital –con toda su complejidad y recursos- depende únicamente de una gerencia unipersonal cuya propia situación difícilmente puede garantizar nada. En el contexto actual, el nombramiento del Gerente tiene un carácter totalmente discrecional que, además, reproduce hacia abajo en cascada, a toda la

---

<sup>21</sup> J. Gervas L. Palomo R. Pastor-Sánchez M. Pérez-Fernández C. Rubio. Problemas acuciantes en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 472 - 477

<sup>22</sup> Esparza J, Carrillo R Estudio sobre el sistema de guardia en los servicios españoles de neurocirugía. *Neurocirugía (Astur)*. 2003 Apr;14(2):81-106

estructura de gestión hospitalaria (dirección médica, gestión, enfermería -hasta las supervisoras de planta, etc.). En una estructura así, en la que no existe el control de un Consejo, mayor autonomía de gestión corre el peligro transformarse simplemente en mayor discrecionalidad.

En un intento de solucionar evidentes problemas de gobierno y gestión, el inmovilismo reformador de lo importante ha sido sustituido en el SNS por una notable creatividad de “nuevas fórmulas de gestión”, exclusivamente para los hospitales de nueva creación (empresas públicas, fundaciones), siendo la Comunidad Valenciana la que Valencia ha introducido una fórmula más radical –sin precedentes en la UE-; la gestión de todo un Área de Salud por una empresa privada a través de una concesión administrativa.

La experiencia internacional en este campo es clara: *todos* los países de nuestro entorno cuentan para el gobierno de sus hospitales públicos con Consejos de Administración. Estos Consejos ante los cuales son responsables sus respectivos Gerentes varían con la cultura organizativa de cada país: en Francia son más representativos de instituciones (Ayuntamientos, Colegios profesionales, etc.), mientras que en el R. Unido tienen un carácter más discrecional, con rasgos de voluntariado cívico y vocación de reflejar la sociedad a la que el hospital sirve. Lo importante es que dichos Consejos son el órgano decisorio del hospital, en el cual reside su representación y autonomía.

Igualmente, en todos los países europeos con los que nos interesa compararnos, el *personal* de los hospitales públicos es *gestionado y contratado por el propio hospital*, aunque generalmente en el marco de normas de ámbito más amplio, nacionales o regionales. Por ejemplo, el sistema hospitalario público de Francia, que en esto es el país que más se podría parecerse a España, cuenta con una *función pública hospitalaria* específica y claramente diferenciada de la función pública general, cuyas normas son actualizadas de continuo, contrariamente a lo que ha sucedido en España con los Estatutos del personal médico que nunca (¡) fueron actualizados formalmente desde su promulgación en 1966<sup>23</sup>.

Al mismo tiempo que se constatan estas diferencias para aprender de ellas, es necesario apuntar la existencia coincidencias en múltiples aspectos positivos. Entre ellas: (1) la definición del hospital como segundo nivel asistencial, al que se accede por referencia del médico de atención primaria; la planificación territorial de los hospitales (cada Área de Salud un Hospital); (2) el empleo a tiempo completo y retribución por sueldo (no por acto médico) de los médicos de hospital (aunque estos en todos los países tienen cauces propios de negociación de sus condiciones de trabajo); (3) peso creciente de los temas de Gestión Clínica centrada en la calidad y efectividad de la práctica médica.

## **5 Consideraciones finales.**

En conjunto y en relación con el de países similares en términos de desarrollo socio-económico, el sistema sanitario español es, en general, comparable en casi todas las dimensiones: cobertura de la población, equidad global, equidad de acceso, calidad técnica, eficiencia económica, etc. El SNS es en sí mismo un gran éxito de la sociedad española, por su capacidad tecnológica y capital humano, por la accesibilidad de su red de servicios que llega a todos los rincones del país, por ofrecer acceso a los últimos avances de la medicina y la tecnología médica, porque significa seguridad y tranquilidad ante la enfermedad y accidentes para toda la población española. Sus problemas -que no crisis- tienen que ver con la equidad, calidad, eficiencia de sus servicios. Afortunadamente los valores y principios en los que se basa el SNS (cobertura universal, financiación pública, intervención y regulación del Estado, equidad

---

<sup>23</sup> El ejemplo más flagrante de esta situación es el incumplimiento hasta 2003 (¡con 17 años de retraso!) del compromiso establecido en La Ley General de Sanidad de 1986 de promulgar un nuevo Estatuto Marco para el personal sanitario.

en el acceso) cuentan con un gran consenso y apoyo social, solo nublado por la sorprendentemente baja prioridad que la sanidad –y en menor medida otros servicios públicos- tienen en la agenda política española.

No obstante, existe también un amplio consenso entre expertos, médicos y otros profesionales sanitarios, directivos y los sectores más informados de la sociedad, sobre la necesidad de cambios que mejoren la sanidad pública española. Es ciertamente menor el consenso al apuntar soluciones. Al hacerlo es necesario distinguir nítidamente lo importante –los principios, los valores y objetivos del sistema sanitario público- de lo instrumental –las formas y medios con los cuales éste se organiza y funciona, que únicamente son útiles en la medida en que sirven a sus fines, por lo que habrá que reformarlos siempre que sea necesario. En este ejercicio es especialmente útil el análisis comparado de las experiencias de otros países especialmente si son países con los que comparten no sólo valores sino también los principales aspectos estructurales del sistema sanitario (sistema de financiación, integración pública, etc.).

Otro punto de partida obligado para dar respuesta a los problemas de gobierno, organización y gestión del SNS es partir del análisis riguroso de los problemas realmente existentes con la voluntad de encontrar soluciones prácticas y viables. La realización de este ejercicio, llevado a cabo con método, transparencia, debate y legitimidad democrática, permitirá reformas y *políticas sanitarias basadas en la evidencia*<sup>24</sup> (PSBE), capaces de fortalecer los valores en los que se basa el SNS. Ante problemas reales, el *statu quo* no sirve de blindaje para los valores y aspectos esenciales del sistema sanitario público, precisamente porque para mejorar y defender el Estado de Bienestar en sanidad son precisos cambios y reformas. En un sector tan altamente profesional, donde los clínicos deben basar decisiones clínicas en la mejor evidencia científica –la expresión *medicina basada en la evidencia*<sup>25</sup>, *MBE*, es más que un eslogan de moda- no se entiende que los políticos no respondan a un imperativo similar en relación a las reformas del sistema sanitario. Para ello es obligado el análisis riguroso de lo que funciona –en términos de equidad y eficiencia- en la propia experiencia y la de otros países.

De este análisis muy probablemente se derive la necesidad de optar entre dos paradigmas de culturas organizativas para el sector público: el modelo anglosajón-nórdico de gestión pública, flexible y similar en sus instrumentos al sector privado empresarial, y el modelo administrativo dinámico, abierto continuamente a su propia reforma, cuyo referente internacional sería la administración pública francesa. Será imprescindible acometer reformas, en lugar de aplazar el abordaje de los problemas, pero es importante tener en cuenta que en un sector tan complejo como la sanidad, los problemas que más tener *solución* son siempre susceptibles de una gran mejoría, de minimización. Ello requiere como ajustes constantes en lo que no funciona, reformas continuas y dinámicas, mucho más que nuevos *modelos* ideales de difícil implementación. También estas reformas aparentemente menores y sin embargo tan importantes es de interés la experiencia de otros países.

---

<sup>24</sup> Muir Gray JA Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión sanitaria y política sanitaria. Churchill Livingstone. Madrid 1997

<sup>25</sup> Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based Medicine. How to practice & teach EBM*. Churchill Livingstone, London 1997.

## ANEXO DE TABLAS.

TABLA 1.

<b>Comparación entre los dos grandes modelos sanitarios de la Unión Europea</b>	
<b>Sistemas de Seguridad Social</b> (Alemania, Francia, Austria)	<b>Sistemas de impuestos</b> (Reino Unido, Países Nórdicos, España)
Contratos entre los sistemas de Seguridad Social y los proveedores sanitarios, públicos (hospitales públicos de Francia) o privados. El personal sanitario del país pertenece a una gran variedad de entidades diferente.	Sistemas integrados: con carácter general los servicios son de patrimonio y gestión del financiador (gobiernos). El personal sanitario es empleado público (excepciones en Atención Primaria).
El sistema no favorece la planificación organizativa ni la coordinación entre niveles asistenciales.	Organización basada en la planificación poblacional y territorial de los servicios sanitarios. Coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales ( <i>continuum</i> de cuidados)
No existe formalmente Atención Primaria (aunque las reformas de Alemania y Francia favorecen el modelo de médico general-de familia).	La atención está basada en la medicina de Atención Primaria (médico general-de familia, responsable de una lista de población y puerta de entrada a los especialistas – <i>gatekeeping</i> ).
En la medicina no-hospitalaria trabajan tanto generalistas como especialistas, profesionales autónomos, que cobran por acto médico (en algunos casos también los médicos de los hospitales)	Los médicos generales-de familia pueden ser empleados públicos (España, Finlandia) o también profesionales autónomos (Reino Unido, Italia) pero no cobran por acto médico (capitación).
Las características del sistema y de los proveedores determinan una gran libertad de elección para los pacientes (tipo de médicos, veces, etc.)	Los pacientes deben acudir a su médico general en primer lugar y si es el caso éste les remite al especialista correspondiente.
Listas de espera prácticamente inexistentes (mercado de servicios médicos muy abierto)	Existencia de importantes listas de espera, cuya importancia varía mucho según países.
Satisfacción: un alto nivel de satisfacción de la población con el sistema sanitario, sin variaciones significativas entre países.	Satisfacción: grandes variaciones entre países. Muy alta (la mejor) en los países nórdicos (más ejemplares), muy baja en los países de funcionamiento peor (Italia, Portugal) e intermedia en España y Reino Unido.
Gasto sanitario más alto (mayor influencia de la demanda).	Gasto sanitario menor (alto grado de control por los gobiernos)

TABLA 2.

**EU 15, GASTO SANITARIO TOTAL per capita, US\$ PPP**

(Países ordenados según el gasto en 2003)

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Luxemburgo	2982	3263	3729	4611	5089 e
Francia	2450	2611	2886 b	3048	3159 e
Bélgica	2277	2425	2612	3044	..
Alemania	2670	2785	2918	3005	..
Austria	2667	2748	2857	2958	3124
Holanda	2257	2519	2775	2909	3041 e
<b>Suecia</b>	2271	2404	2593	2745	2825 e
<b>Dinamarca</b>	2380	2555	2656	2743	2881 e
<b>Irlanda</b>	1809	2099	2395	2455	2596
<b>Reino Unido</b>	1858	2029	2228	2347	2546 d
<b>Italia</b>	2039	2139	2236	2261	2392
Grecia	1616 e	1805 e	1971 e	2141	2162 e
<b>Finlandia</b>	1716	1857	2012	2104	2235
<b>España</b>	1520	1613	1723	1952	2094 e
<b>Portugal</b>	1624 b	1681 e	1783 e	1717	1813 e

OECD HEALTH DATA 2006, June 06

**NOTA:** "b" indica una ruptura en la serie y "e" estimación. En **negrita** los países que financian su sanidad fundamentalmente por impuestos.

**TABLA 3.**

**Características –según tipo de Sistema sanitario- del primer nivel del primer nivel de atención (Medicina General) en Europa (organización-trabajo, retribución, lista-cupo, puerta de entrada a especialistas.**

	% MG <sup>(1)</sup> autónomos	Sistema pago <sup>(2)</sup>	Cupo	Puerta
<b>Servicio Nacional de Salud</b>				
<b>Dinamarca</b>	100	capitativo + ppa	Si	Si
<b>Finlandia</b>	2	salario	No	No
<b>Grecia</b>	30	salario (Aut: ppa)	No	No
<b>Italia</b>	98	capitativo	Si	Si
<b>Noruega</b>	58	ppa (Empl: salario)	No	Si
<b>Portugal</b>	1	salario	?	Si
<b>España</b>	4	salario	Si	Si
<b>Suecia</b>	1	salario	No	No
<b>Reino Unido</b>	99	capitativo + otros	Si	Si
<b>Sistemas de Seguridad Social</b>				
<b>Austria</b>	99	ppa	No	No
<b>Bélgica</b>	97	ppa	No	No
<b>Francia</b>	97	ppa	No	No
<b>Alemania</b>	100	ppa	No	No
<b>Irlanda</b>	91	capitativo	Si	Si
<b>Holanda</b>	93	capitativo + ppa	Si	Si
<b>Suiza</b>	99	ppa	No	No

**Fuente:** Boerma , Fleming, 1998; Boerma e.a., 1993; Boerma, Van der Zee, Fleming, 1997).  
**Abreviaturas:** MG = Médicos Generales; PPA = pago por acto; Cap = Pago capitativo).

**Notas:** (1) El porcentaje de MG autónomos proviene de una encuesta europea de 1993-94, (Boerma, Fleming, 1998). (2) Sistema de pago dominante; en paréntesis si >25% pero <50% tiene un sistema diferente (Aut = pago si autónomo, Emp = pago si empleado)