

La Evolución del Sistema Nacional de Salud Español

The Evolution of the Spanish National Health System

Autora: Cristina Cañuelo Moreno

Dirección de contacto: cristina_cm_1991@outlook.es

Cómo citar este artículo: Cañuelo Moreno C. La evolución del Sistema Nacional de Salud Español. NURE Inv [Internet]. Mar-Abr 2014 [citado día mes año];11(69):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/NURE69_TFG_SNSE.pdf

Fecha recepción: 16/09/2013

Aceptado para su publicación: 07/01/2014

Resumen

Objetivo. Conocer la evolución que ha experimentado el Sistema Nacional de Salud Español en los últimos 10 años.

Métodos. Las bases de datos empleadas fueron: Pubmed, Medline Plus, Biblioteca Cochrane Plus, Google Académico y Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Sólo se incluyeron los artículos científicos escritos en inglés o español. Dada la particularidad del tema estudiado, se incluyeron documentos relevantes del Instituto de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad y Política Social), Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España y Fundación BBVA. Se estudiaron las consecuencias de la descentralización sanitaria en el Sistema Nacional de Salud Español, las desigualdades existentes en materia de salud, las dificultades financieras a las que se enfrenta la sanidad española, así como los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario y una serie de propuestas para solucionarlos. **Resultados.** Fueron encontrados 51 artículos o informes científicos y, se clasificaron en función del tema a tratar. Del análisis de los informes se extrajeron cuatro grupos según el tema en el que se centran: 20 se centraron en las políticas sanitarias y la descentralización; 10 que resaltaban el tema de las desigualdades en materia de salud y equidad en el SNS; 13 que señalaban aspectos relacionados con la sostenibilidad del SNS; y otros 8 que resaltaban el gasto sanitario español.

Palabras clave

Sistema Nacional de Salud Español; Evolución; Financiación; Gasto Sanitario; Indicadores de Salud.

Abstract

Objective. To know the evolution that has experienced the Spanish National Health System in the past 10 years.

Methods. The databases used were: Pubmed, Medline Plus, library Cochrane Plus, Google Scholar and Higher Council for Scientific Research. We included only scientific articles written in English or Spanish. Given the particularity of the studied subject, included relevant documents from the Institute of health information (Ministry of health and Social policy), General Council of official colleges of nursing of Spain and Foundation BBVA. We studied the consequences of health decentralization within the national system of health Spanish, the existing health inequalities, the financial difficulties which confronts the Spanish health, as well as the problems of sustainability of the health system and a series of proposals to solve them. **Results.** Were found 51 items or scientific reports, and were classified according to the subject to be treated. Reports analysis extracted four groups according to the topic in which focus: 20 focused on sanitary politics and decentralization; 10 that highlighted the issue of inequalities in health and equity in the NHS; 13 signaling aspects related to the sustainability of the NHS; and other 8 protruding Spanish health costs.

Key words

Spanish National Health System; Evolution; Financing; Sanitary Expense; Health indicators.

Centro de Trabajo: Facultad de Enfermería. Universidad de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Un Sistema de Salud lo integran todos aquellos elementos que son capaces de influir sobre el estado de salud de las poblaciones humanas (1).

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 rehabilitadores.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de España es fruto del trabajo de varias generaciones de españoles, y se origina a partir de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, consagrados en la Constitución Española (2).

El sistema sanitario español nació con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP) (3).

Los antecedentes oficiales se remontan al año 1883, con la creación de la llamada Comisión de Reformas Sociales para el estudio de todas las cuestiones que interesaban a la mejora o bienestar de las clases obreras, y que posteriormente se transformó en el Instituto de Reformas Sociales.

Con la creación del INP se establece el régimen legal español de Retiros Obreros, bajo el sistema de la libertad subsidiada de las pensiones de vejez que libremente contrataran los obreros con este Organismo.

Un avance social importante en el tercer decenio del siglo, es el establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad, en Noviembre de 1929, que amplía y refuerza el Subsidio de Maternidad de 1923.

La SS en España partía de un modelo laboral-profesional, que se fue generalizando de forma progresiva, con la incorporación de nuevos colectivos, fundamentalmente en la etapa 1953-1962, en forma de regímenes especiales. En Diciembre de 1963, se suprimen los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, y se instrumenta el desarrollo del sistema de SS.

En mayo de 1974 se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social que modifica y amplía las prestaciones de asistencia sanitaria de la SS.

En 1977, se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Los cambios fundamentales en el ordenamiento político del país se producen con la aprobación en 1978 de nuestra Constitución. En ella se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Asimismo se establece la nueva organización territorial del Estado, con el establecimiento de las Autonomías, y se inicia una reforma que prevé transferir a las 17 Comunidades Autónomas el poder de todos los niveles de la Administración Central.

En diciembre de ese mismo año se publica el Real Decreto-Ley 36/1978, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, por el que el Instituto Nacional de Previsión se suprime y se escinde en tres institutos, el de Seguridad Social (INSS), el de Servicios Sociales (INSERSO) y el de Salud (INSALUD).

Con la LGS, de abril de 1986, se configura el nuevo modelo de organización creándose el SNS, tomando forma el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

A partir de 1989, se amplía la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos, por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado, y por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la SS a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

El SNS es el conjunto de servicios de salud de las CCAA suficientemente coordinados. Su filosofía y principios se pueden resumir en: extiende sus servicios a toda la población; atención integral; coordinación en un dispositivo único gestionado por 17 CCAA y dos Ciudades Autónomas; financiación básicamente con cargo a presupuestos de las CCAA y presupuestos generales del Estado; cada Comunidad Autónoma tiene un Servicio de Salud que dirige y ordena, hay una cartera de servicios común para todas las CCAA, pero cada una de ellas puede ofrecer otros servicios; y colaboran en el sistema las oficinas de farmacia (4).

Las competencias en materia de salud están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales de 2002. El Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) conserva la autoridad sobre determinados ámbitos estratégicos, como la legislación relativa a medicamentos, y también continúa siendo el garante de que la prestación de los servicios de salud se realice en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. El órgano que ostenta la máxima responsabilidad

en la coordinación del Sistema Nacional de Salud es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) (5).

La sanidad en España es una **prestación no contributiva** cuya financiación se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma, existiendo dos fondos adicionales, el de Cohesión gestionado por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo y el Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal (6).

La red de atención primaria es pública en su totalidad y la mayor parte de los proveedores son profesionales asalariados del sector público.

Las cifras de personal sanitario por 100.000 habitantes se han incrementado con el transcurso del tiempo en todas las categorías profesionales.

La cifra total de camas hospitalarias asciende a 160.981, es decir, 3,43 camas por cada 1.000 habitantes (7).

La esperanza de vida al nacer en España en 2007 era 81,1 años (8).

Las tres principales causas de mortalidad en España (enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias), han registrado un constante descenso en las tasas de mortalidad desde 1970, encontrándose actualmente entre las más bajas de la región europea. Las diferencias entre CCAA son, sin embargo, notables (9).

Se observa que, en el periodo de 1999 a 2003, el gasto sanitario consolidado del sector Comunidades Autónomas pasa de 27.372,22 millones de euros a 38.648,62. Con un ritmo de crecimiento medio anual del 9,01%. Es decir, en cuatro años se ha incrementado en 11.276,40 millones de euros (10,11).

El gasto sanitario público en España, en el año 2005, se estimó en 50.053,25 millones de euros. Esto representa un 5,53% del Producto Interior Bruto (PIB) y un 15,19% del gasto de las Administraciones Públicas (12,13)

El gasto total del sistema sanitario español ascendió, en el año 2009, a 100.231 millones de euros. Esto representa un 9,5% del PIB, del cual un 7,0% fue financiado con recursos públicos y un 2,5% con recursos privados (14).

La crisis económica ha reducido notablemente la tasa de crecimiento del gasto. Los presupuestos iniciales de las CCAA disminuyen 4,11% de promedio en el año 2011 en relación al 2010 (15).

En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría así entre el 5,7% y el 6% del PIB. En otros términos, el gasto sanitario público podría crecer, en términos reales, un 35% hasta el año 2013 (16).

La revisión sistemática de la literatura científica realizada ha sido con el fin de analizar la evidencia actual disponible sobre el Sistema Nacional de Salud Español para estudiar las mejoras que se han producido en dicho sistema, así como, las desigualdades que aún se producen en materia de salud, a través de los cambios legislativos llevados a cabo.

OBJETIVOS

El **objetivo general** de esta revisión bibliográfica fue:

- Conocer la evolución que ha experimentado el Sistema Nacional de Salud Español en los últimos 10 años.

Los **objetivos específicos** son:

- Describir los rasgos generales del SNS español.
- Identificar los rasgos positivos y negativos del proceso de descentralización.
- Conocer la evolución del gasto sanitario en España.
- Describir las desigualdades territoriales en materia de financiación sanitaria.
- Profundizar a cerca de las medidas de gestión que son necesarias para garantizar la sostenibilidad del SNS Español.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño empleado es el de un estudio de revisión bibliográfica. Por lo que se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos con el propósito de recopilar una serie de artículos relacionados con el tema a tratar, además también se buscó información en diferentes páginas o sitios web, durante un período de tiempo comprendido entre 1993-2013, teniendo en cuenta que sobre el tema de estudio, existen muchos documentos técnicos, válidos para la revisión propuesta.

Las bases de datos empleadas fueron: Google Académico, Pubmed, Medline Plus, Biblioteca Cochrane Plus y Consejo Superior de Investigaciones Científicas. También he extraído documentos relevantes del Instituto de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad y Política Social), Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España y Fundación BBVA. El período de consulta tuvo lugar desde el 18 de Marzo al 7 de Abril de 2013.

El método de búsqueda consistió en utilizar como palabras clave en las diversas bases de datos: Sistema Nacional de Salud Español (Spanish National Health System); Evolución (evolution); Sistema Sanitario Español (Spanish Health System); Financiación (financing); Gasto Sanitario (Health Spending); Indicadores de Salud (Health Indicators). Empleando los distintos descriptores en singular, plural y que los descriptores empleados estuvieran presentes en el resumen, título del artículo y, si la base de datos lo presenta, en palabras claves.

Criterios de inclusión

- Para ser elegibles los documentos debían de estar publicados en un período de tiempo de 10 años (1993-2013). Con el objetivo de obtener información sobre la evolución del SNS español.
- Sólo se aceptaron artículos e informes escritos en inglés o en castellano, puesto que son las dos lenguas con mayor producción científica y que el revisor conoce.

Criterios de exclusión

- Al inicio de la búsqueda se aceptaron, se aceptaron artículos e informes científicos, así como tesis doctorales para obtener mayor conocimiento sobre el tema a tratar. Pero posteriormente, después de la depuración de los documentos, sólo se aceptaron artículos e informes técnicos validados.

Selección de artículos

Se inició la búsqueda general en las diversas bases de datos con el propósito de ver la cantidad de producción científica existente en el tema y obtener mayor conocimiento en el tema. Posteriormente, se colocaron los criterios de inclusión/exclusión en las distintas bases de datos.

También se extrajeron informes validados de diferentes páginas o sitios web, teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión.

Diversas bases de datos no permitían introducir como criterios de exclusión el lenguaje del artículo ni permitían obtener únicamente artículos científicos (no excluía las revisiones). Una vez obtenida la producción científica empleando los descriptores en las bases de datos con los distintos métodos de búsqueda, los artículos extraídos se recopilaron en una carpeta.

Posteriormente se llevó a cabo la lectura de los resúmenes y títulos de todos los artículos extraídos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, con el objetivo de eliminar los que no guardaran relación con el tema tratado. En este punto, se eliminaron las tesis doctorales, los artículos que no guardaran relación con el tema tratado y, aquellos artículos que no estuvieran en inglés o castellano, puesto que las demás lenguas de las que existe producción sobre el tema, el investigador al no tener dominio de la lengua las excluyó.

Tras este proceso de cribado, se procedió a recopilar toda la producción científica y eliminar aquellos artículos que pudieran estar repetidos y, se volvió a hacer una nueva lectura de los artículos que anteriormente habían pasado el cribado pero que se dudaba de su relación con el tema a tratar, revisando el artículo completo.

Finalmente, los artículos recopilados seleccionados se guardaron en un mismo archivo o carpeta, excepto aquellos a los que no se ha podido acceder. Dichos artículos seleccionados se dividieron, a su vez, en cuatro carpetas diferentes según el tema en el que se centran (políticas sanitarias y descentralización; desigualdades territoriales y equidad en el SNS; gasto sanitario español; y sostenibilidad del SNS).

RESULTADOS

Selección de estudios preliminar

El método de búsqueda varió en función de las diversas bases de datos, empleando diferentes métodos.

En total, de los 77 documentos preseleccionados de todas las bases de datos y sitios web, tras eliminar aquellos que estaban repetidos y los

que no cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión establecidos en este estudio de revisión, se quedaron 69 artículos.

Análisis de los resultados

De los 69 documentos seleccionados; 19 se eliminaron tras la lectura del texto completo, ya que se trataban de documentos con información breve sobre el tema a tratar, así como, una tesis doctoral y una presentación en power point.

Los 50 artículos/informes restantes son artículos completos. Estos 50 artículos se clasificaron en función del tema a tratar.

Del análisis de los informes se extrajeron cuatro grupos según el tema en el que se centran: 20 que se centraron en las políticas sanitarias y descentralización; 10 que resaltaban el tema de las desigualdades en materia de salud y equidad en el SNS; 12 que señalaban aspectos relacionados con la sostenibilidad del SNS; y otros 8 que resaltaban el gasto sanitario español.

Descripción de los resultados

En determinados artículos (17,19) se aprecia que el sistema sanitario español es el resultado de una transición avanzada, pero aún incompleta, desde el sistema de SS anterior. El sistema se financia públicamente, proporciona cobertura casi universal y un paquete de prestaciones comprehensivo a todos los ciudadanos independientemente de su riqueza, prácticamente gratuito en el acceso y, se gestiona de forma descentralizada. Además, su nivel de gasto global es muy moderado.

El Proceso de Descentralización en España

En varios artículos encontrados (17,21,22,26), se comenta que el principal motor impulsor de la descentralización no fue la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión del sistema, sino la demanda de mayor autogobierno por parte de determinados territorios.

Sin embargo, la descentralización parece haber generado un aumento claro de la capacidad del Estado de reformar las instituciones a través de la adopción de experiencias internacionales y de procesos

de innovación basados en la experimentación autónoma; y un incremento paralelo en la capacidad del Estado de responder a las preferencias políticas y necesidades de salud de los ciudadanos (18,20).

Para contrarrestar, el proceso de descentralización lleva inherente ciertos riesgos, tales como, las dificultades para implantar políticas comunes en materia de salud pública y de recursos humanos; las disputas competenciales entre el Estado y las CCAA y; el incremento de desigualdades entre los distintos territorios en diferentes aspectos como: cartera de servicios, accesibilidad y tiempo de espera, infraestructuras sanitarias, nuevas tecnologías (21,23,24,27).

Evolución del Gasto Sanitario

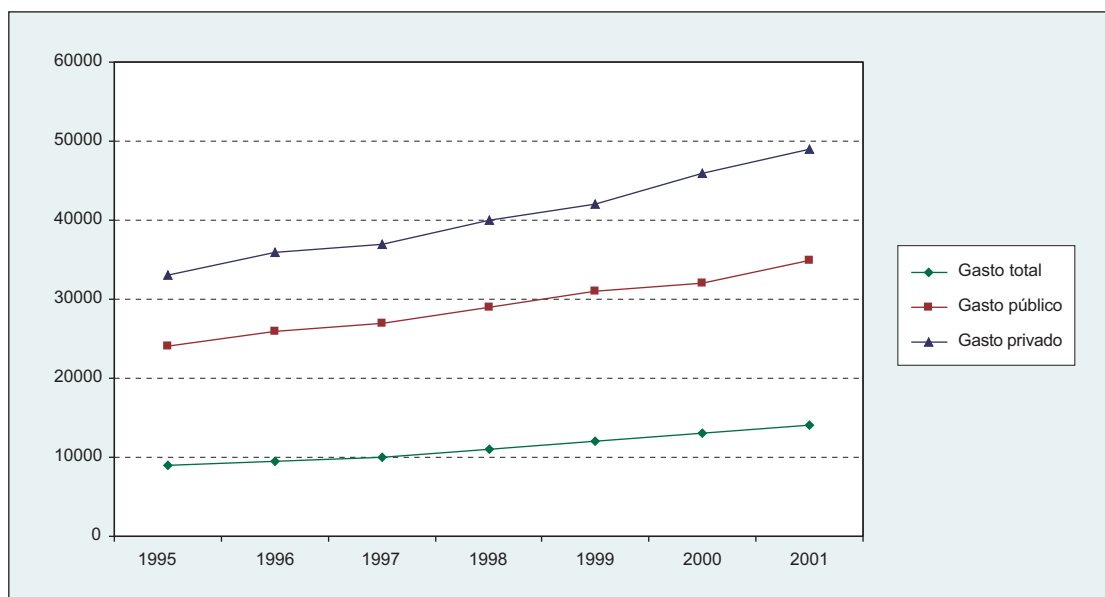
El gasto sanitario ha sufrido un incremento muy importante en los últimos años en España. Durante un período de tan sólo 7 años, comprendido entre 1995 y 2001, el gasto sanitario ha pasado de 33.387 a 49.118 millones de euros, lo que supone un incremento del 47%. La proporción de gasto sanitario que derivada del gasto público se incrementa ligeramente hasta 1997, y a partir de ese año cambia la tendencia para reducirse en un 1% hasta un 71,52% en el año 2001. En 2004, el porcentaje de gasto sanitario correspondiente a la financiación pública se había estabilizado y fue del 71%, ligeramente menor a este mismo porcentaje referido a la media de los países pertenecientes a la OCDE (73%) (OECD Health Data, 2006).

Como consecuencia de esta tendencia, el gasto privado ha incrementado su peso específico en el gasto sanitario en el periodo mencionado (**Figura 1**) (29).

La serie de gasto sanitario sobre el PIB está estabilizada en torno al 5,4% desde finales de los noventa (el gasto sanitario público en el año 2005 ha pasado a ser del 5,53% frente al 5,28% de 1999), pero registra un repunte a partir del año 2002 (pasa a ser del 5,26%), coincidiendo con la finalización de los traspasos de competencias sanitarias a las CC.AA (31,32,35).

En cuanto a la distribución autonómica del gasto en España, el gasto promedio (liquidado) por persona protegida en 2003 ha sido de 988 euros, en 2005 el inicial ha sido de 1094 euros y, en 2009 ha sido de 1395 euros existiendo diferencias de hasta más de un tercio entre algunas CCAA en ese indicador (31,35).

Figura 1. Evolución del gasto sanitario en España (1995-2001).



Para continuar, en cuatro de los artículos encontrados (28,29,32,33,36), se identifican tres partidas principales en el gasto sanitario público atendiendo a su clasificación funcional: la atención hospitalaria y especializada, la atención primaria, y los gastos de farmacia. La atención hospitalaria y especializada es la partida con mayor peso específico, y presenta una evolución contrapuesta a la del gasto en farmacia. Sin embargo, el peso específico de la atención primaria muestra una tendencia decreciente a lo largo del periodo de 1960 a 2002, pasando de un 30% a un 15% del gasto. Mientras, la atención hospitalaria y especializada, en los últimos años ha perdido importancia relativa al bajar del 57% en los primeros años de la década de 1990 al 51% en 2002.

Desigualdades Territoriales

El sistema de financiación autonómica (2002) contempla para la financiación de las competencias en materia sanitaria, las siguientes variables: población protegida (75%), población mayor de 65 años (24,5%) e insularidad (0,5%) (37).

Las diferencias en gasto sanitario público por CCAA son evidentes. Así, el gasto sanitario no se corresponde con la población protegida existente en cada CCAA, para el 2003. En 2003, las 4 CCAA más pobladas (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid) absorben el 57,5% de la población protegida española y tan sólo disponen del

54,2% del gasto sanitario total. Por el contrario, esa relación se invierte a medida que las CCAA son más pequeñas en términos poblacionales (**Figura 2**).

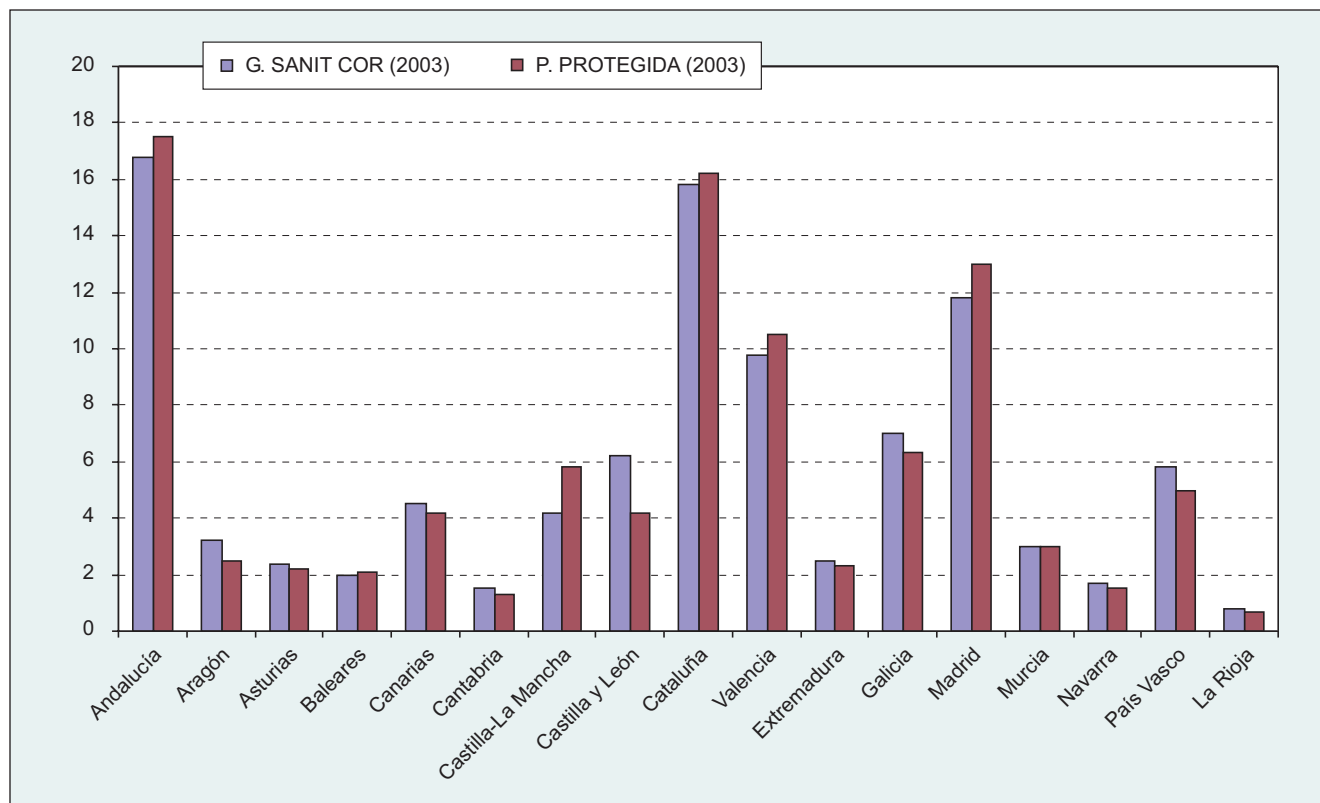
Para continuar, el presupuesto per cápita de las diferentes CCAA durante los años 2007 al 2009 es, en general, incrementalista y hay diferencias notables: desde un presupuesto de alrededor de 1150 € en la Comunidad Valenciana y Madrid a cerca de 1700 € per cápita en el País Vasco y Extremadura (43).

Desigualdades de Utilización

La equidad es un objetivo fundamental para la mayoría de los Servicios Nacionales de Salud (51). Sin embargo, las desigualdades en la oferta y acceso a los servicios sanitarios resultan más intuitivas que las desigualdades de salud. La demanda inducida por la oferta operaría también a este nivel y los trabajos empíricos demuestran que cuanto mayor es la cantidad de recursos disponibles, en términos de camas hospitalarias, alta tecnología o recursos humanos (profesionales sanitarios), mayores son los niveles de utilización («desigualdades menos visibles») (35,37).

Por otra parte, es conocida la existencia de algunas diferencias entre las diversas CC.AA. en la Cartera de Servicios ofertados a los ciudadanos; lo cual se debe a que las CCAA más ricas pueden financiar, al margen de la financiación sanitaria común, las nuevas prestaciones, frente a otras CCAA que no pueden y, por tanto, se produce inequidad (39).

Figura 2. Gasto público en sanidad y población protegida por CCAA (2003), en % sobre el total nacional.



Desigualdades en Salud

El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud de los colectivos menos favorecidos (37,39,41,42,50).

La desigualdad en salud busca sus raíces en las desigualdades económicas, sociales y políticas presentes en la sociedad. Estas desigualdades se manifiestan claramente a nivel territorial; además, tienden a incrementar en las últimas décadas, y son mayores entre provincias que entre regiones, por lo que los gobiernos autonómicos deben incorporarlas en sus políticas públicas.

Las personas de clases menos privilegiadas presentan un peor estado de salud, mayor limitación en la actividad habitual debido a problemas de salud, y presentan trastornos crónicos con mayor frecuencia que las personas de clases más privilegiadas. Las desigualdades de género ponen en evidencia que la salud percibida de las mujeres siempre es peor que la de los varones.

A nivel de CCAA los estados de salud de la población han mejorado, en el período 1987-2003: esperanza de vida al nacer (EVN) y tasa de mortalidad infantil (MI). La EVN ha aumentado 3,1 años para el territorio español, pasando de 75,6 años en 1980 a 78,7 años en 1998. La evolución de la EVN por CCAA nos muestra una ligera divergencia entre las distintas CCAA (en unas comunidades autónomas la EVN ha crecido por encima del 4,5%, mientras que otras han disminuido por debajo del 3,5%).

Desde 1981 a 2002 se observa una disminución de la mortalidad general y la mortalidad por causas evitables en la mayoría de las comunidades autónomas. Hay mayor mortalidad en las comunidades autónomas del sur y noroeste del país, además son éstas las que presentan menor nivel socioeconómico. El deterioro de la tasa bruta de mortalidad debe asociarse al envejecimiento de la población española. Para todas las CCAA, la población mayor de 65 años experimenta aumentos muy superiores a los de la población total, lo cual afectará negativamente a sus TM.

En uno de los artículos (40), se observa una tendencia creciente de la natalidad, principalmente debido al incremento de nacimientos de niños de madres extranjeras.

Sostenibilidad del SNS Español

El SNS español presenta problemas de sostenibilidad derivados de deficiencias en su diseño institucional y de gobierno, agravados por la crisis económica que padece (15,44).

Una estrategia de reformas en el gobierno de la sanidad española debe articularse en el marco de una revisión más amplia de las políticas públicas que permita estabilizar las líneas de defensa del Estado del Bienestar. En el ámbito del sector sanitario se debe mejorar su sistema de financiación y desarrollar cambios institucionales para la eficiencia. Por ejemplo, necesita mantener la igualdad de acceso (equidad), mejorar la rapidez en la atención (control de las listas de espera), mejorando la humanización, y la personalización en el trato, todo ello con la máxima calidad (43,49).

Por último, se proponen una serie de propuestas para garantizar la sostenibilidad del SNS en España:

- Es necesario conseguir la adecuación del gasto sanitario a los resultados reales en salud para conseguir eficiencia y equidad incidiendo en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de actuaciones intersectoriales para mejorar los estilos de vida.
- Reducción de las desigualdades en salud a través de la equidad. Financiación capitativa ajustada por Comunidades Autónomas.
- Legislación y regulación eficiente a nivel estatal que permita la autonomía de gestión y el cambio de régimen jurídico de las instituciones sanitarias de forma ágil.
- Coordinación entre niveles e integración de la asistencia sociosanitaria en un mismo sistema, de manera que se trate al paciente de manera integral en el lugar más eficiente y sin duplicidades.
- Reorientación de los sistemas regionales de salud hacia la atención a la cronicidad.
- Innovar en la gestión fomentando la agrupación de servicios.

- Nuevas competencias profesionales.
- Disminuir la variabilidad en la práctica médica.
- Selección y utilización racional de tecnologías sanitarias (incluidos los medicamentos).
- Incentivar la productividad y rendimiento.
- Mejorar y controlar la prescripción a través de vías clínicas, guías de práctica clínica y protocolización. Medicina basada en la evidencia y Gestión Clínica.
- Fomentar la investigación tendente a mejorar la práctica clínica: detectando los procesos y tratamientos innecesarios.
- Trabajar en mejorar la motivación el trabajo en equipo y la fidelización institucional del personal.
- Controlar y mejorar la Gestión energética de los centros sanitarios.

DISCUSIÓN

Uno de los principales hallazgos de esta revisión bibliográfica es que tanto la creación del SNS como la transferencia de los servicios sanitarios a las CCAA en España se realizaron por motivos políticos en lugar de tratarse de una decisión basada en la mejora de dichos servicios sanitarios.

Este hecho lo confirman determinados artículos (17,21,22), los cuales sostienen la idea de que la decisión de la descentralización sanitaria no fue una decisión centrada en la mejora de la gestión de los servicios, o al acercamiento de éstos a los ciudadanos. Sino que, la decisión de crear esas entidades se adoptó para resolver problemas de integración política general.

En otros artículos empleados (18,46), se aprecia que la creación del SNS supuso la extensión de la cobertura sanitaria al conjunto de la población española. También supuso un importante salto en la concepción del Estado, al asumir el compromiso de proteger a toda la ciudadanía frente a la enfermedad y a las desigualdades en salud.

Otro aspecto a señalar es que los problemas presupuestarios se han ido reproduciendo en los últimos años como resultado de un cada vez mayor desfase entre el crecimiento de ingresos y gastos autonómicos. Por lo que en las últimas décadas, el gasto sanitario público en España no ha dejado de crecer (15,24,25,27,31,32).

En otros artículos (29,31,33,35,38), se afirma que el incremento del gasto sanitario se ha atribuido tradicionalmente tanto a la incorporación de tecnologías cada vez más costosas como un crecimiento de la demanda o utilización de servicios sanitarios. Así mismo, el envejecimiento no se relaciona con un mayor gasto sanitario público, aunque sí con un moderado gasto en atención primaria y en medicamentos públicos.

También existen dificultades para contar con un notable sistema de información, ausencia de mecanismos de control eficaces y eficientes, duplicación ineficiente de servicios al no aprovecharse las economías de escala de no efectuarse acuerdos de cooperación entre CCAA, problemas de coordinación ante la falta de un sistema de sanciones en caso de incumplimiento y las dificultades relacionadas con la puesta en práctica del principio de la lealtad institucional. Así, las diferencias en gasto sanitario público por CCAA son evidentes (el gasto sanitario no se corresponde con la población protegida existente en cada CCAA) (24,27,39). Pues bien, el principal factor de deterioro financiero y de inequidad en el actual sistema financiero es el hecho de la no actualización de la población como referencia principal de distribución de recursos en un país como el nuestro, donde hay CCAA que están soportando un crecimiento vegetativo del 3% anual, frente a otras que casi no crecen.

En otro de los artículos (22) se afirma que para conseguir mejoras en calidad, equidad y eficiencia son necesarios varios cambios estructurales, cuyos ejes podrían ser los cuatro que se proponen a continuación:

- Completar el desarrollo normativo del sistema público de salud, para constituir un SNS basado en la ciudadanía sanitaria derivada del aseguramiento público como derecho cívico.
- Revisar y ajustar el sistema de financiación autonómico para la sanidad y los mecanismos de compensación y de cohesión e igualdad.
- La redefinición del papel del gobierno central (Ministerio de Sanidad) en relación con el SNS, en clave de rectoría general del sistema, reequilibrio de oportunidades de salud, y gestión del conocimiento.
- Creación de la Agencia del SNS como instrumento organizativo y ejecutivo para gestionar las interacciones entre los servicios de salud autonómicos, y dotar de entidad institucional al SNS y su ámbito de acción cooperativa entre las CCAA.

Para proseguir, otro tema relevante es que con la creación del SNS se ha mejorado el estado de salud de la población. Han disminuido la mortalidad y la morbilidad, y ha aumentado la esperanza de vida. También han disminuido las listas de espera. Y se ha incrementado la satisfacción de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario (20,24,27,33,35,37,38,41,46).

Sin embargo, la existencia de desigualdades en materia de salud a nivel territorial son evidentes. Las diferencias en salud entre las CCAA tienden a aumentar en el tiempo en términos de esperanza de vida (al nacer, libre de incapacidad, en buena salud), tasa de mortalidad infantil y autovaloración de salud. Asimismo, los indicadores de salud muestran un patrón de desigualdad noroeste-suroeste. Y son mayores entre provincias que entre regiones, por lo que los gobiernos autonómicos deben incorporarlos en sus políticas públicas. Asimismo, las diferencias en la oferta y acceso a los servicios sanitarios (variabilidad de utilización entre áreas de salud), injustificadas en ocasiones, resultan más intuitivas que las de salud, incluso a pesar del escaso sistema de información y, en todo caso, a que sea homogénea entre CCAA.

En uno de los artículos revisados (50), se resalta que las CCAA de mayor nivel de renta, y por tanto con mayores recursos sanitarios, manifiestan una demanda más acusada de atención sanitaria, que al final redundaría en la exigencia de mayores recursos sanitarios adicionales.

Para terminar, en otro de los artículos analizados (43), se afirma que en el ámbito específico del sector sanitario existen dos estrategias básicas para garantizar la sostenibilidad del SNS: incrementar los ingresos fiscales dedicados a esa finalidad, y aumentar la eficiencia del sistema del sistema de provisión sanitaria.

En relación a la primera, es previsible la opción de impuestos finalistas que la opción de crear sistemas de copago sanitario; tanto en términos de eficiencia como de justicia. Por ejemplo, la creación de un fondo de Igualdad del SNS de carácter estatal, cuyos recursos se utilizarían para financiar políticas de salud orientadas a la corrección de desigualdades y a la lucha contra los principales causantes de la morbimortalidad en España. Se financiaría con recursos fiscales de carácter finalista y sería gestionado por una agencia con personalidad jurídica propia y autonomía en la que estarían representadas las CCAA y el gobierno central. Esta opción permitiría al Estado intervenir directamente en toda España en función de planes previamente definidos, y recuperar cierto poder de gasto y orientación de políticas como sucede en otros países.

En relación a la mejora de la eficiencia del SNS pueden apuntarse algunos elementos clave para mejorar la gobernanza del sistema:

En primer lugar, un Código de Buen Gobierno del SNS que establezca los principios para la gobernanza, transparencia y la rendición de cuentas.

En segundo lugar, el desarrollo de una creación de una Agencia de Información Estatal con personalidad jurídica propia y participación de las CCAA y el Ministerio de Sanidad y Consumo podría ser la solución.

En tercer lugar, se necesita una política estratégica integrada de salud pública a nivel estatal, que impida rupturas unilaterales de una CA sobre cuestiones que generen externalidades negativas sobre las poblaciones de otras CCAA.

En cuarto lugar, para impedir que las desigualdades de oferta se traduzcan en desigualdades de acceso y uso, el mejor camino es protocolizar la atención sanitaria mediante guías clínicas a nivel nacional, y la creación de una Agencia Nacional de Calidad Clínica y Evaluación de Tecnologías.

En quinto lugar, deben desarrollarse marcos institucionales y organizativos que integren servicios sociales y sanitarios. Se debe diseñar un plan estratégico que reoriente los servicios sanitarios para dar respuesta a problemas de enfermedad que permanecen en el tiempo y en el que la atención hospitalaria sólo puede jugar un papel limitado, al menos en su forma convencional.

En sexto lugar, es imprescindible un acuerdo sobre política de recursos humanos a nivel estatal que junto a un pacto de rentas, proponga un nuevo escenario para la formación, selección y retribución de médicos y otros profesionales de la sanidad, en el que el profesionalismo y la vocación sustituyan al excesivo énfasis que hasta ahora se ha puesto en las recompensas exclusivamente monetarias. Este pacto debe incluir una profesionalización urgente de la gestión sanitaria.

Finalmente, en relación con las innovaciones organizativas y de gestión de las últimas décadas, el frenesí reformador debe dejar paso a la evaluación.

Es necesario realizar estudios sistemáticos e independientes que permitan una evaluación comparativa de los resultados que obtienen las nuevas formas de gestión directa frente a las formas burocráticas de gestión pública predominantes en el sector.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macia Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema nacional de salud español. Características y análisis. National system spanish of health. Characteristics and analysis. *Enferm Global* (10), Mayo 2007. Disponible en: www.um.es/eglobal/
2. Sistema Nacional de Salud de España 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Madrid. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>
3. Martínez Ramos C. El sistema Nacional de Salud. Situación actual. *Reduca (Recursos Educativos)*. Serie Medicina. 1 (1):1-18,2009.
4. Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una cobertura universal en salud. Universidad Nacional Autónoma de México. Organización Panamericana de la Salud. Seminario de Medicina y Salud. 22-24 de Abril 2009. Memoria. México.
5. Sistemas Sanitarios en Transición. España: Análisis del sistema sanitario 2010 (resumen y conclusiones). Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.
6. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. NIPO: 351-06-006-6. Depósito Legal: M-16.259-2006. Disponible en: <http://publicaciones.administracion.es>
7. Los Sistemas de Salud de Iberoamérica de cara al siglo XXI. Universidad de Guadalajara. Julio 2004.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Información y estadísticas sanitarias 2010. Disponible en: <http://www.msps.es>
9. Health systems in transition: Spain. Informe 2010. Economía y salud. Boletín informativo. Marzo 2011, nº 70. Disponible en: www.aes.es
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Patrones de Mortalidad en España, 2010. Información y Estadísticas Sanitarias 2013.
11. Grupo de trabajo de la conferencia de presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE. Informe para el Análisis del Gasto Sanitario. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Julio 2005. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/IGTGS2005.pdf>

12. Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario. Portal Estadístico del SNS. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/infAnalisisGasto.htm>
13. Fundación BBVA. La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Informes 2010. Economía y Sociedad.
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Informes, Estudios e Investigación 2012. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2010/informeAnualSNS2010.pdf>
15. Martín JJ, López del Amo MP. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. The sustainability of the Spanish National Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6): 2773-2782, 2011.
16. Ortún Rubio V. Desempeño y Deseabilidad del Sistema Sanitario: España. *Revista Asturiana de Economía*, RAE Nº 35, 2006.
17. Rey del Castillo J. Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español. *Rev. Esp. Salud Pública*, Nº 1 Enero-Febrero 1998.
18. Rico Gómez A, López Casasnovas G. ¿Qué podemos aprender de la experiencia previa? Evaluación de las políticas sanitarias en el Estado de las Autonomías (1979-1999). Ministerio de Sanidad y Consumo.
19. Esteban Gonzalo Santiago. Sistema de información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria.
20. García Ortega C, Almenara Barrios J. Nuevo escenario para el Sistema Nacional de Salud: transferencias y novedades legislativas. Artículo Especial. *Med Clín (Barcelona)* 2004; 123(2): 61-5.
21. Moreno Fuentes FJ. Descentralización y Coordinación en el Sistema Nacional de Salud. Congreso de la REPS-ESpanet España 2009. Panel 3: "Reformas de las políticas sociales y cambios en el Estado del Bienestar". Instituto de Políticas y Bienes Públicos (CSIC).
22. Repullo J, Freire J. Gobernabilidad Del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008.
23. Mingo Zapatero M. Propuestas de futuro. La coordinación sanitaria en España. Presente y futuro. *Rev. Adm. Sanit.* 2008.
24. Cantarero Prieto D. Descentralización administrativa: su impacto sobre la investigación. Tendencias y repercusiones futuras. Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.
25. Hernández Yáñez JF. Políticas de Personal en el Sistema Sanitario Público. Presupuesto y Gasto Público 41/2005: 287-307. Secretaría General de Presupuestos y Gastos 2005, Instituto de Estudios Fiscales.
26. Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 2003; 17(2):150-6.
27. Cantero Prieto D. Descentralización y financiación sanitaria en España: Consideraciones para su reforma. *Ekonomiaz* (61); ene-abr 2006.
28. Sánchez Bayle M. Los retos del Sistema Nacional de Salud. *Rev. Adm. Sanit.* 2003; 1(3):471-86. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
29. García Goñi M. Análisis Descriptivo del Gasto Sanitario Español: Evolución, Desglose, Comparativa Internacional y Relación con la Renta.
30. Repullo Labrador JR. Gasto sanitario y descentralización: ¿saldrá a cuenta haber transferido el INSALUD? Presupuesto y Gasto Público 49/2007: 47-66. Secretaría General de Presupuestos y Gastos 2007, Instituto de Estudios Fiscales.
31. Cantarero Prieto D, Blázquez Fernández C. Sistema Sanitario Español: Análisis del gasto actual. Documento de Trabajo MADGS (Julio, 2010).
32. Urbanos Garrido R. El Gasto Sanitario y su Financiación: Evolución, Tendencias y Reflexiones para el Futuro. *Revista Asturiana de Economía – RAE Nº 35*, 2006.
33. Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Originales. Aten Primaria*. 2007; 39(3)127-32. Disponible en: <http://www.doyma.es>
34. Puig i Junoy J. Sanidad, Gestión y Economía: ¿Relaciones peligrosas? *Todo Hospital*/104. Marzo 94.
35. Cantarero Prieto D. Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español. Cuadernos económicos de ICE Nº. 75.

36. Simó Miñana J. Universalización de nuestra sanidad pública y origen del déficit de financiación de nuestra atención primaria. Artículos de Investigación. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/102638/tribuna-deuda-historica-de-financiacion-de-nuestra-atencionprimaria>
37. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades Territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Documento de trabajo 90/2006.
38. Jiménez Aguilera JD. La distribución territorial de los recursos sanitarios: algunas propuestas. Universidad de Granada.
39. Agulló Roca F. Áreas sectoriales. Coordinación en la cartera de servicios: visión desde un servicio autonómico de salud. Rev. Adm. Sanit. 2008; 6(1):41-9.
40. Jansà M, García de Olalla P. Salud e inmigración; nuevas realidades y nuevos retos. Agència de Salut Pública de Barcelona, España. Gac Sanit 2004; 18(Supl):207-13. Parte II. Temas actuales de Salud Pública.
41. Borrell C. Las desigualdades sociales en salud en el Estado Español. Atención Primaria 2008; 40(2):59-60. Editorial. Artículo 197.213.
42. Clavero Barranquero A, González Álvarez ML. Desigualdades Socioeconómicas en la utilización de servicios sanitarios. Universidad de Málaga.
43. Arenas CA. Sostenibilidad del sistema sanitario en España. Documento Sanifax. Dossier especial. 26 de noviembre de 2012.
44. Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos. Revista de Calidad Asistencial 2011. Editorial. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
45. Fernández Ruíz JS. Resultados del estudio español sobre confianza en el Sistema Nacional de Salud. Editorial. Semergen. 2006; 32(10):473-4.
46. Montero Cuadrado MJ. El Sistema Nacional de Salud 10 años después. Caminando hacia el futuro. Rev. Adm. Sanit. 2007; 5(2):205-14.
47. Peiró S. Los Indicadores deben bajar a las Trincheras. Editorial. Revista Calidad Asistencial 2004.
48. Bernal Delgado E, Ortún Rubio V. La Calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. Políticas en salud pública. Gac Sanit; 2010.
49. PWC. Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas. Crecimiento Inteligente. Disponible en: <http://www.pwc.es>
50. Ferrándiz Manjavacas FA. Algunas cuestiones relativas a la eficacia del Sistema sanitario público en España. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/cee/doc/9815/9815.htm>