



Centro de Negociación y Mediación



**FORO NEGOCIA**

*Cuadernos  
Foro Negocia*

**5**

# **El Sistema Nacional de Salud en la Encrucijada**

... José María Fidalgo ...



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<i>pág 5</i>
<b>2. REPASO HISTÓRICO</b> .....	<i>pág 7</i>
<b>3. EVOLUCIÓN DEL SNS</b> .....	<i>pág 9</i>
<b>4. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DEL SNS</b> .....	<i>pág 12</i>
<b>5. POSIBLES SOLUCIONES</b> .....	<i>pág 14</i>
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<i>pág 19</i>
<b>TEXTOS ALUDIDOS</b> .....	<i>pág 21</i>



## 1. INTRODUCCIÓN

La situación crítica de la economía española, las obligaciones asumidas sobre consolidación fiscal y sobre la inclusión de este aspecto en la Constitución Española (CE), con el compromiso de no permitir a las AA.PP. funcionar con déficit de carácter estructural, ponen con vigor sobre el tapete la sostenibilidad del Sistema de Bienestar, y, en particular, de uno de sus segmentos más esenciales: el sistema sanitario público.

La preocupación sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS) es evidente, y la discusión bastante acalorada, centrada en propuestas como el “copago”, ya barajadas desde la publicación en los años ochenta del conocido “Informe Abril”, ha evitado una reflexión más desapasionada y sistémica sobre un asunto de tanta trascendencia.

En otros campos del Sistema de Bienestar, concretamente en el del sistema de pensiones, el llamado Pacto de Toledo, de mitad de los ochenta, ha logrado encarrilar el sistema de pensiones en más de un cuarto de siglo de consenso político y social para, mediante reformas paramétricas, proyectar un sistema más sostenible frente al reto del envejecimiento de la población.

Una primera reflexión obligada, aborda la complejidad de la arquitectura institucional del SNS a la hora de establecer un proyecto reformista.

Porque, como es sabido, no estamos hablando de un modelo de “Servicio Nacional de Salud” como el NHS británico, sino de un “Sistema” que integra los diecisiete “Servicios Regionales” más un pequeño añadido, el llamado INGESA, para la gestión de los servicios sanitarios de las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Es sobre estas consideraciones sobre las que se debería hacer una reflexión de fondo con una hoja de ruta que, al menos, despejara las dudas razonables sobre el futuro del

SNS y permitiera garantizar sus características fundacionales o esenciales: sostenibilidad, suficiencia, equidad, racionalidad y gobernabilidad.

La **sostenibilidad** tiene que ver con un control de los costes que garantice que los ciclos de la economía nacional no harán mella en la esencia y los valores básicos del sistema. La suficiencia es (o depende de) un consenso social sobre las prestaciones y sobre la legitimación necesaria de la institución.

La **equidad** es necesaria no sólo por mandato constitucional, sino para cuidar la cohesión económica y social del país.

La **racionalidad** es la garantía de que el sistema, que es una pieza del engranaje económico y social, no es pervertido o parasitado o desviado de su trayectoria por los agentes que operan en él, mediante la vigilancia firme de las consecuencias de su actividad.

Y la **gobernabilidad** es la casi garantía máxima o el mayor compromiso de las instituciones y agentes concernidos para resistir a las evidentes presiones entrópicas.

Las instituciones políticas han comenzado, quizás demasiado tarde, a sensibilizarse sobre las inquietudes evidentes de la población en relación con el futuro del SNS y, por ello, en febrero de 2009 se constituyó en el Congreso de los Diputados una “Subcomisión del Congreso para el Pacto de Estado en Sanidad” en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados.

En el mismo escenario de sensibilidad política, el 18 de marzo del 2010 el Consejo interterritorial del SNS abordó un debate sistémico sobre los retos a asumir, y aprobó una serie de medidas, unas de inmediata aplicación y otras para un medio plazo antes del año 2013.

Quizás, el antecedente más notorio en relación con la percepción política de la necesidad de cuidar de las arriba expuestas precondiciones de “buen gobierno” del sistema sanitario público, fue la aprobación de la Ley 35/2003 de “Cohesión y Calidad del SNS”, donde se establecieron nuevos objetivos e instrumentos de coordinación, en un loable intento de reconstruir la cualidad sistémica del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta cualidad es un componente axial de su “kit de supervivencia”.

## 2. REPASO HISTÓRICO

Uno de los hitos de mayor relieve en la construcción del Sistema de Bienestar español fue la generalización del derecho a la cobertura sanitaria pública, consagrado por la Constitución Española de 1978 en su Art.41 y desarrollado con la aprobación de la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de Abril.

La historia de la generación de instrumentos públicos de protección a la salud tiene un hito de relieve en la Ley del “Seguro obligatorio de Enfermedad” (SOE), de 1942.

En la extensión de la protección de dicho seguro, jugaron un papel determinante, su imbricación en la Seguridad Social y una compleja organización para las prestaciones sanitarias que contribuyó al establecimiento de una gran infraestructura pública.

Esta infraestructura, financiada con cotizaciones sociales para dispensar las prestaciones fue, a su vez, decisiva al optar la LGS por un modelo de prestador público frente al de otros países en los que los prestadores o proveedores privados, con financiación pública, se encargaban de las prestaciones asistenciales dispensadas por los agentes privados.

El modelo SNS es conocido como “modelo sajón”, reconociendo al sistema británico como su referencia paradigmática. El “modelo continental”, por el contrario, es el del aseguramiento obligatorio, con proveedores de servicios de carácter privado.

Así, mientras el primero es financiado con impuestos generales, el segundo lo es con cotizaciones sociales, sendo por ello, en origen, no universal. El primero se ha revelado más eficiente en términos económicos en los países europeos en los que se pueden comparar los parámetros con fiabilidad. (Eurostat.).

La imbricación del sistema en la Seguridad Social hacía beneficiarios a los trabajadores y sus familias, y ubicaba en los llamados “servicios de beneficencia pública” (dependiente de las Diputaciones Provinciales y con escasa dotación económica) la asistencia sanitaria de las personas en situación de exclusión social.

Más tarde el sistema fue ampliando el campo de cobertura dando entrada a colectivos profesionales, de forma que en 1954 el SOE cubría a un tercio de la población, en 1964 a la mitad de la población y en 1978 al 82% de la población.

Tras la aprobación de la LGS la organización de las prestaciones se articuló en torno al SNS, que se define como el “conjunto de los servicios de salud de las CC.AA.” y que no tiene personalidad jurídica propia.



### 3. EVOLUCIÓN DEL SNS

La preocupación creciente sobre la sostenibilidad financiera del SNS está justificada por la tendencia al alza de los costes de la atención sanitaria provocada, tanto por factores de oferta (recursos humanos cada vez más cualificados o innovación tecnológica en constante progresión), como de demanda (crecimiento del uso de los dispositivos asistenciales debido al envejecimiento de la población, a la cronicación de las patologías, a la insuficiencia de los llamados “servicios sociosanitarios” y a la creciente tendencia a la “medicalización de la población”).

Estas tendencias están establecidas en los países de nuestro entorno. En la UE.15 en la última década se da un crecimiento sostenido del gasto sanitario sobre el gasto total que llega a alcanzar hasta el 15% entre gasto público y privado, convirtiéndolo en la segunda partida de gasto por detrás sólo del gasto en pensiones. El incremento del gasto en salud se va produciendo en tasas de crecimiento interanual que superan las del incremento del PIB. No se ha producido una reducción de la diferencia que separa a España de la media de la UE 15 en lo que se refiere al gasto público (6.1% a 6.9% en 2008).

Sobre la suficiencia financiera de los sistemas de Sanidad hay suficiente conocimiento empírico como para establecer que por debajo de determinados niveles de gasto hay claras insuficiencias para responder a demandas racionales, siempre ligadas a desarrollos sociales, económicos y culturales, pero también, que, por encima de determinado nivel de gasto, se aplanan la curva de la eficiencia, posiblemente, por la “parasitación del sistema de salud” para otros fines y que, si sigue incrementándose el gasto, la curva de eficiencia toma una tendencia descendente.

El modelo de gestión descentralizada español exige también la atención sobre las notables diferencias del ratio del gasto sanitario en relación con la renta regional con datos de 2007, donde los extremos se sitúan en 3.5% de Madrid y el 8.5% de Extremadura.

De la misma forma se puede ver en los extremos a la C.A. de La Rioja con 1877 euros por persona y a la C.A. de Andalucía con 1164. En relación con el ratio Gasto sanitario / gasto total, el arco va del 25.7% de la CA. valenciana al 13.9 % de La Rioja.

La sanidad pública, según estudios de opinión solventes, se percibe en relación con el resto de los servicios públicos como el que más ha mejorado en los últimos quince años, el más universal, el más útil y necesario-junto con las pensiones-, el menos dificultoso en el acceso y el mejor gestionado.

Pero, aunque se considera el que más justifica la carga impositiva a mucha distancia del resto de los servicios públicos, al mismo tiempo es el que se ve con más margen de mejora y el que sufre la peor utilización. (I.EE.FF. "Opiniones y actitudes fiscales de los españoles" 2008).

La financiación de un SNS descentralizado se ha revelado como un reto difícil para conseguir la necesaria equidad y, para permitir un avance en la dirección de lograr la universalización de los parámetros de calidad en todo el territorio y evitar, así, la producción de significativas desigualdades regionales.

La financiación de la sanidad no se produce con aportaciones finalistas y, aunque el sistema de financiación del régimen común incorpora desde su origen mecanismos de nivelación de los recursos para buscar equidad en la financiación per cápita, también se ha basado en criterios "históricos" como el coste inicial de los servicios transferidos, y criterios claramente "políticos", lo que ha supuesto fricciones e inestabilidad permanentes.

Han existido intentos, no muy satisfactorios, de corregir los efectos negativos de la débil corresponsabilidad fiscal entre las AA.PP. que no ha favorecido las políticas de racionalización del gasto o de aumento de los ingresos por parte de las CC. AA.

Un mecanismo de compensación como el Fondo de Cohesión, de dotación residual, se dedica casi únicamente a compensar a las CC.AA. por la atención a personas desplazadas.

La descentralización supone retos para la eficiencia y la racionalidad del SNS. Esto es así porque puede suponer una pérdida de economías de escala en ámbitos muy relevantes para controlar el gasto sanitario.

La alta especialización requiere, para ser eficiente, que el grupo de riesgo presente un tamaño suficiente, y la descentralización de la gestión de compras de equipamientos, medicamentos y tecnología limita mucho la capacidad de los gerentes para negociar unos precios cuya evolución ha sido y será determinante en el campo de la sostenibilidad.

Lo mismo ocurre en la gestión de los RR.HH., en la que la fragmentación de este mercado laboral de los profesionales sanitarios, bloquea su movilidad y es fuente de tensiones reivindicativas por “agravio comparativo” de difícil digestión en la negociación colectiva.

Políticas de salud pública y de educación sanitaria o de investigación sanitaria, requieren masas críticas de suficiente tamaño y están dificultadas por la fragmentación de la gestión. La aparición de diferencias en las carteras de prestaciones y en las condiciones de acceso al sistema, tienen su expresión en la imposibilidad de confeccionar una “tarjeta sanitaria” única, dejando en entredicho la existencia del derecho a la “portabilidad del derecho” en todo el territorio nacional.

Por último, al no haberse establecido fuertes mecanismos institucionales de información, evaluación y control de las políticas sanitarias, se ve dañada la gobernabilidad del sistema para progresar en sostenibilidad, equidad, suficiencia y racionalidad.

Tras el giro que supone en la política nacional la adopción de la constitucionalización de la consolidación fiscal de todas las administraciones públicas, es de prever que se aborden con decisión, negociaciones y acuerdos entre las AA.PP. de distintos ámbitos.

También es previsible que se asuman, por la mayoría de fuerzas políticas de representación parlamentaria, los programas reformistas que hagan posible lo que parece un programa común de sostenimiento del Sistema de Bienestar.

Todo ello en un momento, largo, de crisis financiera internacional donde los países o ámbitos monetarios con fuerte endeudamiento, para financiar fuertes déficits fiscales estructurales, están viendo cómo son obligados a reducir el endeudamiento o a recortar políticas públicas y someterse a la erosión de la deslegitimación y a la inestabilidad política e institucional.

## 4. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DEL SNS

El abordaje del SNS, con el fin de salvaguardar su sostenibilidad, debería estar precedido de una correcta valoración de su función social y económica para relegitimarlo y establecer su eficiencia como un objetivo de país.

El SNS puede ser analizado desde varias facetas o características. Por una parte, es el dispensador de servicios de salud el más netamente redistributivo de todos los servicios públicos. Por otra, es el mayor empleador de profesiones y empleos cualificados de nuestro país por su tamaño y por su trabajo.

Así mismo, es una pieza básica de la economía productiva, generadora de riqueza y de empleos cualificados. Desarrolla su actividad en el campo del conocimiento y de la tecnología que le vincula, a su vez, con mercados internacionales altamente innovadores y, por lo tanto, estratégicos.

El SNS es, como se estableció anteriormente, el resultado de un largo y complejo proceso, que no se detuvo con cambios políticos de envergadura y de ahí su alto nivel de legitimación social y la amplia conciencia de la necesidad de abordar cambios, ahora subrayada por las nuevas expectativas de ajuste a que obliga la crisis económica.

Para la mayoría de expertos y analistas la dirección de los cambios debe buscarse en parámetros de cooperación entre los Servicios Regionales de Salud y, en este sentido, una buena base sería la citada Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad, que propuso el marco legal para la cooperación de las AA.PP.

En esta ley se distinguen ámbitos donde esto debe ser imprescindible, donde reforzar la colaboración de Gobierno central y CC.AA. Estos ámbitos son: prestaciones del Sistema, Farmacia, Profesionales, Investigación, Sistema de Información y Calidad.

No es difícil imaginar que la activación de los trabajos concertados en estos campos permitirá el fortalecimiento del Ministerio de Sanidad y de su función de dirección política del SNS y que requerirá una reactivación del Consejo Interterritorial del SNS, sede de decisiones como la cartera de servicios y prestaciones básicas o complementarias, sistemas de Información o tiempos de acceso a las prestaciones- las llamadas “listas de espera”-, así como la reactivación y fortalecimiento de la Alta Inspección de Servicios, para garantizar la calidad de las prestaciones y la igualdad de los parámetros de calidad.

Las tendencias en materia de atención sanitaria otorgan a los Servicios Sanitarios más contenidos de prevención y salud públicas, de calidad basada en la evidencia científica (racionalidad), de capacidad de gestionar con un marco regulador claro la actividad del entramado empresarial de base científica y tecnológica. Todo ello vinculado a las ciencias de la salud y a la provisión de servicios sanitarios, a la movilidad del personal y los pacientes dentro del SNS, y a la diversificación sin riesgos de las diversas formas de gestión.

Por ello, basándose en esas tendencias se pide a voces la necesidad de una mejor gobernanza del SNS y esta se mejoraría enormemente con los desarrollos anotados en el párrafo precedente.

El olvido de reflexiones añejas de los teóricos del llamado “Estado del Bienestar” parece causa relevante de las actuales dificultades e incertidumbres. Recuerdo lo dicho en los años setenta por J. O’Connors (1) en “La crisis fiscal del Estado”, o las advertencias de C. Offe (2) en los ochenta sobre los riesgos de deslegitimación de estas políticas acosadas desde la izquierda por su presunta insuficiencia y, simultáneamente, desde los discursos más conservadores, por el presunto carácter confiscatorio de la presión fiscal, o las reflexiones de A. Giddens (3) en los noventa sobre los riesgos de “parasitación” del E.B. por agentes proveedores internos y externos.

Iluminado lo ocurrido por estas luces el trayecto recorrido por nosotros, quizás tengamos un relato más explicativo y menos justificativo de lo que oímos en los ámbitos del poder.

## 5. POSIBLES SOLUCIONES

Cualquier proyecto reformista que pretenda mejorar y viabilizar el SNS debería confrontarse con los interrogantes y retos que arrojan las consideraciones sobre los cinco campos expuestos al principio: sostenibilidad, suficiencia, equidad, racionalidad y gobernabilidad.

1º. El flanco sobre **sostenibilidad** se descubre desde la evidencia del incremento del gasto sanitario en relación con el producto nacional y respecto al de otras políticas como ya dijimos por factores de oferta y de demanda.

Este crecimiento es particularmente acusado en partidas como las de personal y los llamados “consumos intermedios” (material, farmacia hospitalaria y tecnología). Las medidas racionalizadoras que están aplicándose en el campo de la prescripción parecen haber afirmado una tendencia a la desaceleración del gasto en recetas (farmacia extra-hospitalaria) pero esto queda ensombrecido por el incremento del gasto farmacéutico hospitalario. Porque el sector de la medicina hospitalaria y especializada sigue concentrando la mayoría del gasto y ganando espacio al de la atención primaria a pesar del incremento de la demanda de atención no especializada, suponiendo esto simplemente el incremento de la expectativa de vida y la longevidad de los pacientes con patologías crónicas.

Dejamos aquí anotadas algunas políticas sobre las que hay amplio consenso para generar un ahorro potencial.

**\*Mejora de los sistemas de compras:** para influir en una fijación de precios más beneficiosa, como la apuntada construcción de una unidad central de compras.

**\*Medidas de uso racional de medicamentos:** Parece que la opción copago, que

ya existe en la farmacia extrahospitalaria, excepto para pensionistas, no tiene respaldo político, tampoco tiene mucho aval de expertos y se ha optado por gobernar la disminución de la prescripción (precios de referencia, genéricos o “listas negativas” de medicación financiada).

**\*Desarrollo de centros y sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias.** Políticas de uso eficiente de las tecnologías.

**\*Impulso de políticas preventivas de salud:** con el consiguiente impacto en la salud de la población y el ahorro en prestaciones sanitarias.

**\*Refuerzo de la capacidad resolutoria de la red de atención primaria** y conexión con la red de atención socio-sanitaria y de atención a las dependencias.

**\*Sistemas de información potentes** que permitan ver la actuación del sistema, a la luz de los principios de eficacia, eficiencia y equidad, que es tanto como los de racionalidad y buen gobierno.

**\*Sistemas de cooperación entre los dispositivos sanitarios de las CC.AA.** para favorecer economías de escala y frenar la duplicación de centros especializados deficitarios por ineficientes.

En el ámbito de la **suficiencia** el consenso generalizado, pero no articulado, podría pasar por medidas como las siguientes.

**\*Construcción de una cartera única de servicios** que supere las insuficiencias e indefinición de formulaciones anteriores (1995 y 2006), eliminando la opacidad de las normas que rigen el campo de los llamados “servicios complementarios” que establecen las CC.AA. y la presunta financiación con “fondos propios”. Esto acabaría con la “carrera emulativa” que rompe con cualquier criterio, no solo de equidad, sino también de racionalidad y gobernabilidad.

**\*Mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a las prestaciones:** el “Barómetro Sanitario” de 2009 nos dice que la mitad de los ciudadanos a los que se remitió la demanda de información decían que tuvo que esperar entre uno y tres meses para ser atendido por el especialista, un 7.6% entre cuatro y cinco meses y el 7% seis o más meses y esto con una amplia variabilidad geográfica. Esto justifica el reforzar la gestión que mejore el acceso de los ciudadanos a las prestaciones, no sólo en lo relativo a las “listas de espera” sino también en la mejora de la capacidad de coordinación y resolución de los procesos de los profesionales de la atención primaria.

En el campo de la **equidad** también hay opiniones coincidentes sobre líneas de actuación convenientes. Algunas de ellas son líneas de actuación estratégicas.

**\*Consenso político sobre carrera profesional:** el modelo retributivo del personal ha sido fuertemente desarmado por la descentralización. Las diferencias retributivas entre unas y otras CC.AA. parecen señalar una especie de carrera competitiva que ha limitado la movilidad intra-sistema del personal y hacer reversibles quince normas que regulan distintos modelos de carrera profesional requieren un fuerte consenso político, ya expresado en 2006 en la Comisión de RR.HH. del SNS, tras la aprobación del Estatuto Marco del personal, y también firmeza en los desarrollos.

**\*Puesta en marcha de instrumentos creados por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS,** arriba citada para converger en prestaciones, farmacia, profesionales, investigación, sistemas de información y calidad. La puesta a punto o la confección de algunas de estas herramientas ha sido lenta y poco resolutive, con derivas a la ambigüedad a pesar de los consensos explicitados en el Consejo Interterritorial del SNS.

En el campo de la **racionalidad**, la reflexión arranca de las constataciones empíricas, muy dificultadas por la veladura interesada y generada por la ausencia de sistemas de información internos.

La quiebra de la racionalidad se evidencia fácilmente por el relato y la lista de consecuencias negativas del llamado “desgobierno” de un sistema que es dirigido y zarandeado desde los agentes, proveedores en general, que lo van desviando de su hoja de ruta fundacional y lo llevan a la difícil encrucijada de la insostenibilidad. Un gran sistema basado necesariamente en el conocimiento y en el profesionalismo no dispone de sistemas de autoconocimiento y autoevaluación que, a la hora del ajuste, la permita desde su propia capacidad de análisis del valor que incorpora su cadena y cada uno de los eslabones, desprenderse de aquellos que no añadan o resten valor y reforzar sólo los que añadan valor.

La quiebra de la racionalidad se puede diagnosticar a todos los niveles del sistema, macro, meso y micro, esto es, desde las actitudes y actuaciones en el Consejo interterritorial, donde hay ciclos de actuaciones adversariales y ciclos de tendencias cooperativas, hasta los niveles de gestión meso como las gerencias de áreas de salud, o micro, en la gestión por las unidades clínicas de procesos diagnósticos y terapéuticos. Aquí, de nuevo, también parece haber fuertes consensos sobre medidas a adoptar (algunas ya adoptadas formalmente pero insuficientemente implementadas). Traemos algunas de las diseñadas en el Plan de Calidad de 2007.



**\*Realización del Primer Plan Nacional de efectos adversos** (Estrategia 8). La “yatrogenia” o patología resultante de una mal indicada o realizada intervención en materia de salud empieza a ser la primera causa de muerte en países desarrollados.

**\*Puesta en marcha de un Banco de datos del SNS**, con información del Ministerio, las CC.AA. y Fuentes internacionales. (Estrategia 12). El sistema debe ser fiable, oportuno y accesible.

**\*Establecer y mantener actualizado un Registro de profesionales** y desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas en base a un modelo troncal.

**\*Desarrollar mecanismos comunes para aumentar la participación de los profesionales** en la gestión y en la dirección de los servicios de salud y en la asignación de recursos.

En el campo de la **gobernabilidad** se puede decir que las encrucijadas claramente críticas, como la actual, pueden ser propicias para la reconstrucción de la autoridad, entendiendo por tal la instancia responsable de la relegitimación del sistema mediante su recomposición transparente y participativa. El proceso debe arrancar tras una reevaluación y re-jerarquización de sus piezas para garantizar, con transparencia, sus condiciones y posibilidades de viabilidad.

Se aprecia en este periodo de vulnerabilidad una clara tendencia de las autoridades políticas a reagrupar sus programas y a conjurar una más que probable crisis de legitimación del sistema que siempre es un cruce funesto de inflación de expectativas con un déficit de recursos.

Esto puede ser un buen augurio y la base de la consolidación de un “frente reformista”, como ocurrió en los años noventa para afrontar el salvamento del sistema público de pensiones que desembocó en el conocido “Pacto de Toledo”. También hay consenso explicitado en varias medidas.

**\*Reforzar el papel rector del Ministerio de Sanidad y de sus instrumentos para el gobierno del sistema**, tales como el Consejo Interterritorial del SNS, estimulando su funcionamiento para que supere la dificultad y lentitud en la toma de decisiones, la opacidad informativa de sus actividades y la tambaleante y variable aplicación de sus acuerdos.

**\*Reforzar la Alta Inspección Sanitaria del Estado**. Entre sus funciones y competencias atribuidas por la Ley de Cohesión está la garantía de aplicación de

la política sanitaria y la congruencia de las disposiciones, planes y programas con los objetivos de carácter general establecidos por el Estado. Paradójicamente las tareas encomendadas contrastan con la escasa información disponible sobre su desarrollo efectivo.

**\*Reforzamiento del Fondo de Cohesión Sanitaria** al que la Ley de cohesión le atribuyó, como nueva finalidad, la de dar cobertura a las políticas de cohesión sanitaria y de corrección de desigualdades mediante la realización de Planes Integrales de Salud, ya previstos como instrumentos de gobernabilidad del sistema en los Art. 74 y 75 de la Ley Gral. de Sanidad.

## 6. CONCLUSIONES

La supervivencia de los sistemas de bienestar está siendo cuestionada por la realidad de la economía actual (globalización de la economía por la globalización de los mercados de capitales y de bienes y servicios, crisis financiera internacional y falta de consensos políticos en escala micro, meso y macro y dificultades de las élites políticas para hacer una lectura de la situación no demagógica ni disgregadora) y no por conjuras o conspiraciones de centros de pensamiento perverso.

Por ello, conviene establecer conexiones firmes con la realidad, limpiando el campo de la reflexión de relatos contaminados por intereses de “parte”, e intentar rescatar, con lealtad al sistema, sus funciones fundacionales y no olvidarse de los cambios económicos y sociales que han transcurrido desde su inicio.

Desde esa perspectiva es básico establecer con contundencia que la supervivencia del sistema de bienestar, en sus variadas realidades, depende de la existencia de economías competitivas y de sociedades “decentes”, en la acepción de Avishai Margalit, (4) sociedades formadas, informadas y reflexivas con un fuerte sentido de cohesión comunitaria.

Las élites políticas deben contribuir a la construcción de este tipo de sociedades o no podrán sobrevivir a los cambios económicos, demográficos y culturales que en muy poco tiempo nos instalarán en un mundo radicalmente distinto.

Una sociedad informada asume los esfuerzos y las reformas que mermen algunas expectativas próximas –costes de transición- porque así asegurarán su futuro.

Una sociedad responsable se preocupa de la sostenibilidad de sus logros porque incluye en su reflexión a las generaciones siguientes y una sociedad con sentido comunitario

tiene más recursos ético-valorativos para sobrevivir incentivando el buen gobierno y la seguridad que las sociedades fragmentadas.

Las élites políticas corren serios riesgos de deslegitimación si persisten en acudir al mercado de votos prometiendo lo que no pueden dar, y la sociedad debe ser reflexiva para no dejarse enfeudar o estabular hasta la sectarización, que es una forma de ceguera y de alejamiento de la realidad.

Las necesidades de la sociedad y su cobertura dependen objetivamente de una base económica fuerte, de la capacidad de producir recursos y de la generación de un grado más alto de cohesión, solidaridad y responsabilidad. No hay más recetas, porque los recursos son limitados, objetivamente y siempre, no sólo ahora, mientras que las aspiraciones pueden ser infinitas.

## TEXTOS ALUDIDOS

- (1) Ó'Connor, James, 1973, "The Fiscal Crisis of the State"; New York, St. Martin's Press.
- (2) Offe, Claus, 1990, "Contradicciones en el Estado del Bienestar", Madrid, Alianza Editorial.
- (3) Giddens, Anthony, 1996, "Más allá de la izquierda y la derecha", Madrid, Cátedra.
- (4) Margalit, Avishai, 1997, "la Sociedad decente, Barcelona", Paidós.



<http://centronegociacion.ie.edu>

<http://negotiation.blogs.ie.edu>



**Centro de Negociación y Mediación**

Serrano, 118 - Bº dcha.

28006 Madrid. Spain

Tel.: (34) 91 782 00 40