

LUCES Y SOMBRAS DE LA ACTUAL DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

*José María Martínez García
Director New Medical Economics y
Foro para la Innovación de la Salud en los Pacientes
de la Fundación Azierta
Director, Máster Universitario Dirección y
Gestión de Instituciones Sanitarias
Universidad Pontificia de Salamanca*

El mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en casi las dos últimas décadas fue probablemente el de la generalización de la transferencia a las CCAA que integran el Estado ya que este hecho podía generar tensiones en el status quo y entonces surgían preguntas como: ¿es compatible la descentralización sanitaria con un Servicio Nacional de Salud cohesionado?, ¿es la descentralización sanitaria parte del problema o de la solución?

La generalización de las transferencias de una manera tan rápida como la experimentada en nuestro país, negociada en poco menos de 6 meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales explícitos en los ámbitos de la coordinación y del desarrollo de normativa básica, etc. ofrecía, y sigue haciéndolo, un panorama lleno de interrogantes.

Porque un posible mal uso de las amplias competencias transferidas por parte de las nuevas comunidades en ejercicio de sus poderes sería fácilmente utilizable por parte de quienes añorasen el centralismo preconstitucional, para levantar todo tipo de temores entre la población de resquebrajamiento de la sanidad pública en tanto pilar fundamental del Estado de bienestar.

El 2001 pasó a la historia sanitaria como el año en el que se culminó la descentralización autonómica de la gestión de la Sanidad. El proceso duró todo el año y las órdenes de traspaso de las competencias se aprobaron en el último consejo de ministros del 27 de diciembre. En 2019 se cumplen pues 17 años de la descentralización sanitaria efectiva, ya que esta no culminó de manera definitiva hasta el verano de 2002.

La descentralización sanitaria ha sido una consecuencia directa del Estado Autonómico diseñado por la Constitución de 1978, esto es, de la instauración de un Estado descentralizado políticamente, que permitió el surgimiento de Comunidades Autónomas (CCAA) y la asunción por estas de competencias en materia de sanidad, cosa que, obviamente, hicieron todas.

No obstante, a pesar de la inmediata asunción estatutaria de competencias en sanidad, que conllevó el pronto traspaso a todas las CCAA de las funciones de Sanidad e Higiene y de los centros asistenciales no integrados en el INSALUD, la asunción de competencias en asistencia sanitaria y los consiguientes traspasos por el Estado de las funciones, centros y servicios de asistencia sanitaria del INSALUD, ha sido paulatina y desigual en contenidos, por lo que puede afirmarse que el proceso de descentralización sanitaria ha sido complejo y largo en el tiempo.

Buena parte de los problemas que aquejan al Sistema Nacional de Salud español son iguales a los que tienen otros sistemas sanitarios públicos europeos: recurrente insuficiencia financiera, serias dificultades para afrontar los problemas del envejecimiento de la población, medicalización de la sociedad, dificultad para sostener financieramente el vertiginoso ritmo de innovación tecnológica característico de la sanidad moderna, o los efectos de los enormes cambios culturales y familiares que han experimentado las sociedades europeas.

También se sufre aquí una creciente judicialización de la medicina que induce una carísima práctica defensiva, ante el riesgo cada vez más frecuente de petición de responsabilidades civiles, e incluso penales, por parte de ciudadanos que se creen perjudicados por la actuación del personal facultativo dependiente del servicio público sanitario.

Otros problemas sin embargo, son específicos de España y no aparecen en ningún otro lugar de Europa porque tienen estrecha relación con la situación institucional, cultural y económica española y en la mayor parte de los casos son los que traen causa de las características de nuestro sistema autonómico.

Esos caracteres estaban ya presentes en 1986, en el momento de configuración del modelo sanitario vigente, pero con el paso del tiempo y los cambios políticos e institucionales que se han sucedido desde entonces se han agravado y, a veces, cronificado los defectos de partida del S.N.S., haciéndole discurrir por derroteros que en aquel momento no se previeron, o que aun habiendo sido tenidos en cuenta, no se consideraron relevantes, ni susceptibles de poner en riesgo la estabilidad del sistema nacional de salud.

La mayor parte de los problemas del SNS, y sobremanera los de índole económica, están sufriendo ya un serio agravamiento, que será mayor cuando más profunda sea la crisis fiscal de las administraciones españolas, que a mi juicio no ha hecho más que empezar.

Hasta ahora los usuarios y los trabajadores de la sanidad pública apenas han notado efectos de esa crisis: las plantillas son las que son, las prestaciones se siguen realizando y los ciudadanos aun no sienten que las cosas han cambiado negativamente en este terreno, pero obviamente las cosas van a cambiar en muy breve plazo de tiempo y previsiblemente habrá que hacer ajustes y cambios en nuestra sanidad pública, algunos seguramente muy profundos.

Entre otros efectos, la crisis económica ha puesto de manifiesto descarnadamente los límites y las dificultades que plantea la arquitectura institucional del estado autonómico para la resolución de grandes problemas, algo que la sostenida bonanza económica anterior y el no menos sostenido crecimiento de los ingresos fiscales de los últimos años anteriores había ocultado.

Nuestro sistema autonómico nació y se desarrolló cuando la práctica totalidad de los españoles creía a pie juntillas que el futuro necesariamente iba a ser, tenía que ser, mejor que el pasado y que el presente, algo que hoy, tras la crisis se pone en cuestión.

La verdad es que resulta preocupante y sorprendente que tengamos que enterarnos ahora de que nuestro sistema solo funciona bien en las maduras y que difícilmente soporta las duras. La verdad es que ello demuestra que no estábamos preparados para asumir en su tremenda dimensión esa nueva realidad, y además revela una tendencia hacia la autocomplacencia y un

respeto por lo llamado políticamente correcto que resultan excesivos en una sociedad democrática, en la que el espíritu crítico debería ser excitado por encima de todo por instituciones y gobiernos, aunque les dolieran las especulaciones heterodoxas.

La sanidad pública, es uno de los paradigmas de la descentralización autonómica, además de ser el servicio público que más recursos públicos consume en cada autonomía y el que, en general, suscita mayor aprecio ciudadano. Por ello, en muchas zonas de España el test más efectivo sobre la legitimidad del sistema autonómico lo va a proporcionar el resultado que este obtenga en la gestión de la sanidad pública durante las crisis.

La descentralización de la sanidad pública española no se pensó, ni se realizó porque se hubiera llegado a la generalizada convicción de que una acción pública es tanto más eficaz cuanto mejor se conoce y se inserta en el ámbito local de la misma, como ocurrió en Inglaterra, algo que la justificaría por la búsqueda de la mayor racionalidad económica posible.

El proceso descentralizador de la sanidad española solo secundariamente ha buscado amparo en la racionalidad y en conseguir el mejor funcionamiento de las instituciones públicas, por más que al tiempo de redacción de la constitución y de promulgación de los estatutos de autonomía y de la ley general de sanidad fuese mayoritaria la idea de que un sistema de gestión sanitaria descentralizado favorecería per se la gestión de los intereses generales y los particulares de los usuarios, a los que se pensaba que afectaba en negativo la centralización en Madrid de las decisiones del Insalud.

Efectivamente, la descentralización sanitaria ha supuesto indudables mejoras en muchos campos, aunque sea escasa la evidencia empírica de sus efectos sobre los resultados en salud.

En la mayor parte de las comunidades autónomas ha sido importante el incremento de servicios y medios asistenciales, siendo especialmente perceptible el cambio en las regiones, zonas urbanas y comarcas rurales que anteriormente tenían más deficiente infraestructura sanitaria.

No obstante, tal y como se ha hecho, la descentralización causa muchos problemas sanitarios. Unos eran viejos y no se han resuelto o se han agravado y otros son nuevos.

La descentralización ha determinado, por ejemplo, redundancias y duplicaciones, y también ha dificultado el establecimiento de nuevos centros sanitarios de referencia supracomunitaria, cuya necesidad resulta evidente dadas las diferencias de tamaño y de medios sanitarios que existen entre las comunidades autónomas españolas, varias de las cuales se sitúan por debajo del millón de habitantes, pese a lo cual ha resultado difícil resistir la opción de ofertar todo para todos en todas partes.

Hasta cierto punto esas consecuencias podían ser objeto de fácil rectificación, si no fuera porque la sanidad ha sido y es uno de los terrenos de la acción pública donde todas las comunidades han tratado de reflejar con mayor contundencia los avances y los logros obtenidos por la gestión descentralizada, exaltándose al máximo las virtudes y las capacidades autonómicas en comparación con el anterior estadio sanitario centralizado, reputado como peor y menos brillante.

De hecho, el papel del servicio público sanitario como factor de cohesión social nacional se ha difuminado, en paralelo a la creciente importancia que tiene como instrumento para conseguir mayores cotas de identidad y de poder autonómico, siendo evidente que, al contrario de lo que ocurre en el resto de Europa, la sanidad pública española tiene mayor significación para la política territorial que para la cohesión social.

En ese sentido nuestra sanidad pública no “hace país” en la dirección que lo hacen los servicios sanitarios europeos, ya que se limita a hacer región, nacionalidad o “nación”, según sea en cada caso la terminología estatutaria.

Eso no ocurre ni siquiera en los países que, junto a España, son los más descentralizados de Europa occidental, como Alemania y Bélgica.

Hay que decir que en buena medida y en los últimos tiempos esa visión se ha desvanecido en la mayor parte de las comunidades, a partir del momento en que por huelgas, insuficiencias inherentes a la acción sanitaria y crecientes

demandas financieras, se advirtió lo grande y avieso que era el toro y sobre todo la dificultad que tenía su toreo y lo difícil que resultaba obtener resultados políticos partidarios a corto plazo en este terreno, pasada la inauguración y las celebraciones.

Pese a ello, cualquier observador imparcial del mundo sanitario puede constatar que los sistemas de salud de las comunidades autónomas se han convertido de forma mayoritaria en espacios acotados para la capitalización política partidista, y que los datos sobre la salud y la sanidad han quedado de facto de propiedad de los políticos autonómicos, que pueden manejarlos en ventaja propia, lo que resulta especialmente útil si se tiene en cuenta que en muchas comunidades la valoración ciudadana de la sanidad pública es uno de los principales argumentos de legitimación política.

Los fallos de coordinación producidos tienen un primer gran causante: el Consejo Interterritorial, ineficiente e insuficiente, que había sido regulado en la Ley General de Sanidad y en el que se estableció que estuvieran presentes todos los consejeros autonómicos y los representantes de la administración central del Estado que tuvieran que ver con la Sanidad.

Posteriormente, se cambió en la Ley de Cohesión y Calidad, con lo que el Consejo Interterritorial ha quedado limitado, exclusivamente, a representantes autonómicos. Y, desde luego, no está cumpliendo sus funciones. Es uno de los puntos clave del sistema sanitario, que tal y como establece la Ley General de Sanidad, debe estar constituido por 17 servicios regionales de salud. Y eso requiere coordinación. Porque, de lo contrario, se gasta dinero en inversiones que generan auténticas ineficiencias.

El segundo aspecto, que se considera inexcusable e inaplazable, es la necesidad de configurar un Consejo Interterritorial con competencias auténticas y respetando la necesidad de cumplir los acuerdos a los que se lleguen. Y que sea, verdaderamente, el órgano rector del sistema sanitario público. Porque, de lo contrario, no va a haber nunca un órgano rector y los sistemas autonómicos funcionarán de forma totalmente autónoma. Me parece un error grave. Y también que el Ministerio de Sanidad tenga cada vez menos competencias y que quede diluido, porque el mantenimiento de un sistema sanitario público coordinado es mucho más verosímil que el mantenimiento y desarrollo de 17

sistemas de salud, que son más débiles y que necesariamente van a ir deteriorándose si no están coordinados y si no tienen el apoyo del Estado. Por ejemplo, teniendo en cuenta la desigualdad que hay en población entre distintas comunidades autónomas, no es verosímil pensar que sea posible hacer el mismo desarrollo de infraestructura sanitaria en una comunidad autónoma con seis millones de habitantes que en una con 600.000 o con 200.000. Los recursos económicos son finitos y, por tanto, deben optimizarse. Y en la optimización de los recursos económicos está la coordinación como uno de los ejes del sistema.

A lo largo de los años, el Sistema Nacional de Salud ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados sostenibles, y la consecución de esos buenos resultados es causa de factores políticos introducidos, tales como la equidad y la asunción de competencias por los gobiernos autonómicos, factores y valores que cimentaron el diseño del Sistema Nacional de Salud. En un contexto internacional propenso a la descentralización, España se ha convertido en un interesante estudio de caso en el ámbito de las políticas de descentralización y la organización del sistema, debido a lo ingenioso y lo complejo de su fórmula.

En definitiva, puede calificarse la descentralización sanitaria de muy positiva, pues su implantación y pleno asentamiento ha logrado una destacable mejora del nivel de salud de la población española. La descentralización sanitaria ha permitido planificar mejor las actuaciones en función de las necesidades de salud detectadas, ha disminuido las desigualdades existentes, posibilitando la construcción de sistemas autonómicos más equitativos, ha permitido experimentar fórmulas y nuevos métodos de organización y gestión buscando la eficiencia, ha permitido aprender de la rica diversidad generada, y ha posibilitado emular las mejores prácticas y experiencias contrastadas.

Creo, pues, que nuestro sistema sanitario descentralizado ha sido bueno en resultados, si bien, ante la crisis económica actual y la que se anuncia... conlleva un gran riesgo para la pervivencia o disminución del Estado de Bienestar. Por ello, debe cuidarse, racionalizando al máximo su estructura, el uso de sus recursos y su coste.