

MEDIDAS PARA ABORDAR LA DESVERTEBRACIÓN INSTITUCIONAL SANITARIA SIN IMPUGNAR LOS MARCOS COMPETENCIALES.

*José Ramón Repullo Labrador;
Profesor de Planificación y Economía de la Salud,
Escuela Nacional de Sanidad y,
Director Técnico de la Fundación para la Formación,
Organización Médica Colegial.*

La configuración actual del Sistema Nacional de Salud, dentro del llamado “Estado de las Autonomías” es más bien el resultado de **determinantes exógenos a la sanidad**, que de los propios requerimientos de descentralización sanitaria. El reajuste institucional que se produce en la transición, con la creación de las Comunidades Autónomas, crea la senda de transferencia de recursos y competencias, que en un largo proceso (1981 a 2002) culmina con un modelo fuertemente descentralizado, que enseguida muestra problemas de disfuncionalidad.

Un estudio del autor describe este proceso históricamente determinado:

Repullo JR. La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas. En: Presno-Linera MA. Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias (libro electrónico, colección PROCURA); 2012.
<https://presnolinera.files.wordpress.com/2013/09/crisis-econ3b3mica-y-atencic3b3n-a-las-personas-y-grupos-vulnerables.pdf>

Desde una perspectiva económica se planteó la pregunta de si el modelo altamente descentralizado tenía **más ventajas o más inconvenientes** que otro centralizado. Por más que la contrafactualidad es particularmente especulativa, en este artículo se intentó responder la pregunta, enfatizando los problemas de haber transferido recursos y competencias sin haber tenido previamente un esquema informativo e institucional apropiado.

Repullo JR. Gasto sanitario y descentralización: ¿saldrá a cuenta haber transferido el INSALUD?. Presupuesto y Gasto Público. 2007; 49 (4): 47-66. <http://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/revistas/pgp/49.pdf>

Y desde lo más sanitario, recomendamos este otro balance, que dibuja algunas alternativas para superar las barreras a la gobernabilidad identificadas:

Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22(Supl 1): 118-25 <http://www.gacetasanitaria.org/es/gobernabilidad-del-sns-mejorando-el/articulo/S0213911108760837/>

Tras la **crisis económica y las políticas de austeridad**, se acrecienta la necesidad de revisar el esquema funcional de la sanidad pública española. Hay una clara conciencia de que el servicio público de mayor prestigio y comparabilidad internacional de España está en proceso de deterioro, y no remonta con la reactivación económica. Un aspecto substancial de los problemas radica en la desvertebración institucional y económica de su gestión, siendo enormemente difícil cooperar en procesos sanitarios, o superar las interferencias de la política, economía y función pública autonómica.

La ciudadanía española no observa complaciente las diferencias en cobertura, financiación u organización entre las diferentes CCAA; tampoco los profesionales sanitarios en relación a sueldos y condiciones de trabajo. Algunas voces reclaman la vuelta atrás; otras dicen que asumir diferencias es lo lógico para un estado descentralizado. En todo caso, la factibilidad de retrotransferir recursos y competencias en sanidad es prácticamente inexistente, ya que el proceso ha sido coherente con el marco Constitucional; y además han creado una malla de intereses locales que serían muy difíciles de remover. También hay que decir, que la Administración Central del Estado se ha acostumbrado a no tener que gestionar servicios personales (complejos e inflacionarios), y a estas alturas ni tiene medios, ni ganas ni necesidad de pugnar por asumir nuevas funciones.

Dado que el genio escapó de la lámpara, y no volverá a ella, lo más práctico y sensato es reeducar al genio; y para ello se necesitan instrumentos poderosos, aplicados de forma estable y sistemática.

Se revisan seis instrumentos que pueden promover una funcionalidad sistémica en modelos de servicios profesionales complejos altamente descentralizados, a través de ejemplos (que han funcionado o no) en nuestro país:

- **Regulación:**
 - RDL 16/2012 de austeridad en la sanidad y copagos.
 - Mostró la capacidad de recortar de forma inespecífica pero contundente, a través de una reversión hacia el modelo previo de Seguridad Social. Difícil gobernar el recorte, y evitar los efectos adversos que hoy se notan en la erosión de los servicios (recortes en capital) y desafección del personal (caída de empleo y salarios).
 - En general la regulación funciona mal en servicios profesionales complejos, que requieren una arquitectura competencial multinivel integrada.
- **Asignación (económica):**
 - Programa de Seguridad del Paciente, dentro del Plan de Calidad (2005-2018).
 - Permitió observar una gran dinamización del programa con fondos modestos, que al ser “dinero fresco” eran particularmente deseados y catalizaban procesos en las administraciones autonómicas.
 - En general, poner algo de dinero para fomentar acciones conjuntas es efectivo; la coletilla de “que se haga sin gastos” es una rémora para dinamizar políticas públicas (siempre es difícil reasignar presupuestos y recursos sin tener algún fondo catalizador).

- **Conocimiento:**

- Sistema de Información del SNS, en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad.
- Aunque la estrategia de gestión del conocimiento ha sido la gran abandonada en la Administración Sanitaria nacional, un ejemplo de buen funcionamiento lo tiene este portal estadístico, que esa permitiendo la “competencia por comparación” (particularmente con los indicadores clave del SNS).
- La información comparativa con buenos sistemas infográficos, con visualización de metas y desempeños, marca sendas (“balanced scorecard” o cuadro de mando integral); si están bien hechas, prestigiadas y difundidas, las guías y documentos de estandarización son esenciales para influir desde lo macro en millones de decisiones clínicas y organizativas atomizadas.

- **Coordinación:**

- El Consejo Interterritorial del SNS permite visualizar los altos costes de interferencia políticos del sistema; el reciente intento de lanzar un Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria ha evidenciado la desvertebración funcional y la rivalidad política, incluso en un tema clave donde había un aparente consenso entre agentes.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
- No es fácil visualizar los instrumentos de coordinación que se precisan, pero se precisarían algún tipo de “cortafuegos” para los altos costes de interferencia política, y algunos instrumentos de intervención central (económico, conocimiento, informativo, etc.)
- A pesar de la mala fama de las “agencias” (¿administración paralela?), pueden ser un buen recurso para reducir la interferencia política y favorecer la calidad técnica de las decisiones.

- **Logística:**
 - La Organización Nacional de Trasplantes, muestra como a través de un instrumento logístico y organizativo, se pueden integrar servicios, sobre los cuales no hay competencias formales ni institucionales.
 - Crear plataformas logísticas de coordinación de servicios, de compra – aprovisionamiento, de información y TICs, etc. ayuda a obtener economías de escala, y a usar el gran poder “disciplinador” del conocimiento y las tecnologías para reducir la irracionalidad de sistemas centrífugos.
- **Liderazgo y Planificación:**
 - Los dos sistemas de planificación, el de la Ley General de Sanidad de 1986 (Planes de Salud) y el de 2003 (Planes integrales por enfermedades, de la Ley de Cohesión y Calidad), no han funcionado ni para integrar, ni para dirigir al conjunto del SNS hacia objetivos comunes. No parece claro que en un modelo tan descentralizado se pueda concebir sistemas de TOP-DOWN sino con un importante componente de formato BOTTOM-UP.
 - Los sistemas de planificación en modelos complejos con descentralización multinivel tienen que estar basados en visiones compartidas, grandes objetivos, información comparativa visible, alianzas con agentes implicados, y programas de actuación bien diseñados y con efectos movilizadores y multiplicadores; hacer grandes libros que nadie lee parece un estilo racionalista con poco futuro en la postmodernidad.

Las propuestas concretas para articular medidas parten del concepto de “**radicalismo selectivo**”; mejor medidas específicas que desencadenen mejoras a problemas estructurales, que grandes debates sobre modelos racionales de futuro. En esta referencia se ofrecen 20 medidas clave, ordenadas en macro, meso, micro y entorno, y formuladas desde las nuevas teorías y enfoques del Buen Gobierno.

Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2016;30(S1):3–8. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/implementando-estrategias-mejorar-el-gobierno/articulo/S0213911116300620/>

Finalmente, queda un tema polémico, cual es la **financiación finalista de la sanidad**; aunque este autor alberga dudas (y los hacendistas son claramente contrarios), seguramente será una opción a valorar si el oportunismo de todos los agentes impide soluciones menos radicales y más razonables. Otras opciones a medio camino, serían habilitar fuertes fondos centralizados de co-inversión, cohesión y garantía asistencial, que permitan catalizar acciones importantes, mejorar la conectividad y cohesión, y minimizar errores de planificación local. Un debate sobre este tema se puede consultar en esta referencia:

Repullo JR. La financiación finalista de la sanidad, ¿es la peor solución, una vez descartadas las demás? Estudios sobre la Economía Española - 2018/26. Tercer Informe Observatorio de Sanidad de FEDEA. Madrid: FEDEA. 2018, Noviembre. Pags: 8-14. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2018-26.pdf>