

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2010
JULIO
9

El papel de las Comunidades
Autónomas y la cohesión del
Sistema Nacional de Salud

JOAN CANALLS



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo (www.1mayo.ccoo.es):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL
Carmen Sánchez

EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESIÓN DEL SNS.

Joan Canalls

Últimamente estamos asistiendo a una gran cantidad de reflexiones, opiniones, y propuestas sobre la "desintegración" de nuestro sistema sanitario, sobre su sustitución" por 17 sistemas sanitarios prácticamente independientes, sobre el incremento de las desigualdades entre las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), en definitiva sobre la falta de cohesión y de coordinación en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Puede parecer paradójico que uno de los principales retos de los servicios de salud autonómicos sea mantener la cohesión del propio SNS. En realidad, ésta cohesión es una aspiración y un problema antiguo, como reconocía ya la Ley General de Sanidad (LGS) en su preámbulo.

El propio tránsito histórico de un sistema de seguridad social a un sistema nacional de salud incompleto, puede explicar que aquellos viejos problemas de coordinación no hayan sido completamente resueltos y que se hayan añadido amenazas territoriales a su cohesión con el nacimiento de un modelo descentralizado y transferido. Pero, también ha influido la baja prioridad que en la agenda política han tenido los problemas de la sanidad. Prioridad que no se corresponde con la importancia que la ciudadanía concede a los problemas sanitarios y al propio SNS como elemento clave de nuestro estado de bienestar, como lo confirman los datos del barómetro sanitario 2008.

Tras la intensa descentralización de la organización y gestión sanitaria, al Ministerio de Sanidad (MS) se le reservan muy pocas competencias. La imprescindible coordinación del sistema de salud se realiza de forma "voluntarista", por consenso, en el Consejo Interterritorial (CI). Esta forma de operar lo hace vulnerable a las vicisitudes de los enfrentamientos políticos y le resta operatividad y capacidad de ejecución.

El Ejecutivo es en éste caso poco "ejecutivo", ya que define normativamente los límites de lo "tolerable" en cuanto a desigualdades territoriales pero no tiene capacidad para tomar medidas contra aquellas CCAA que no cumplan esos mínimos. Por otro lado los límites "tolerables" de la desigualdad en España no están definidos de forma precisa, y aunque lo estuvieran, no hay mecanismos financieros que redistribuyan recursos entre territorios para reducir las supuestas desigualdades intolerables que se podrían producir.

El llamado Fondo de Cohesión del SNS no responde a su nombre. Sólo se ocupa de financiar pacientes desplazados. Las políticas de salud a nivel nacional que incorporen objetivos de reducción de desigualdades necesitan de financiación específica.

Descentralización sanitaria. Ventajas e inconvenientes

Podemos definir la "descentralización sanitaria" como la transferencia de la autoridad y del poder de la planificación pública, la gestión y la toma de

decisiones a nivel sanitario, desde los niveles más altos a los más bajos de gobierno (en general desde el nacional al regional). Se ha convertido en una estrategia de gestión adoptada en muchos países europeos, tanto en aquellos con modelo tipo sistema nacional de salud como en aquellos con modelo tipo seguridad social. Hay países (Suecia, Noruega, Finlandia) que descentralizan en sus municipios, algunos (Australia, Nueva Zelanda) lo hacen en grandes áreas o regiones; en Canadá la descentralización sanitaria forma parte de un proyecto de Estado federal en el que las regiones tienen también autonomía fiscal y política, y en otros (Inglaterra, Escocia, Gales) el sector público está centralizado pero se reconoce una diferenciación territorial según necesidad y asignación de recursos para la salud.

Existen diversas formas de descentralización en función de distintos criterios que se muestran en la Tabla 1. Destacar que al hablar de descentralización no nos referimos a la "privatización horizontal", que implica la transferencia de las funciones de gobierno a una compañía privada para la provisión de servicios, financiación de los mismos o ambas, y que requiere una fuerte autoridad de control, que los gobiernos regionales no tienen suficiente capacidad de manejar, para evitar que la igualdad y la sostenibilidad de un sistema universal se vea amenazada.

El debate descentralización-centralización tiene un amplio recorrido en el mundo académico; las evidencias no son concluyentes, y la evaluación de ventajas e inconvenientes dependen de quien las defina. Los defensores de la descentralización argumentan que ésta permite incorporar elementos más democráticos de control local, lo que redundaría en una mejor eficacia en la gestión de recursos humanos y económicos. Por contra los detractores esgrimen que la contención de gastos precisa de una administración y planificación centralizada de los servicios sanitarios y una mayor centralización dentro del sector sanitario.

Descentralización y recentralización no son sistemas necesariamente opuestos sino que se pueden desarrollar de forma paralela, con unas funciones reguladas a nivel central y otras descentralizadas. En cualquier caso parece existir acuerdo en que hay materias como la regulación y el ordenamiento de la política sanitaria, decisiones estratégicas sobre la aplicación de recursos, y la evaluación y análisis de la salud de la población general que no se deberían descentralizar.

En los dos puntos siguientes analizaremos los argumentos esgrimidos por los defensores/detractores de la descentralización/centralización.

Ventajas

- El decisor se acerca al usuario, por lo que puede conocer mejor y de primera mano las necesidades, problemas y prioridades en salud de las personas.
- La descentralización aumenta la capacidad de gestión, de control de calidad y de evaluación de resultados por parte de las organizaciones

regionales, lo que permite gestionar mejor los recursos propios y mejorar la eficiencia.

- Al estar más definidos los objetivos de población se reduce la duplicidad de servicios y se produce una mayor integración de actividades.
- Permite a los entes descentralizados mayor capacidad de innovación, diseñar modelos organizativos propios, la experimentación organizativa y la mejora por comparación ("benchmarking").

Inconvenientes

- Con la descentralización sanitaria se pierde la "economía de escala" y la mayor parte de los territorios descentralizados se marcan como objetivo la "cartera de servicios completa" sin que, como sucede en algunos casos, la población alcance el tamaño mínimo crítico para que determinados servicios queden justificados desde la perspectiva de la eficiencia económica.
- Se generan costes adicionales debidos, por un lado, a la necesidad de coordinación, y por otro a la falta de capacidad del personal del nivel local de gestionar la financiación.
- Un mercado nacional amplía el poder de compra y de negociación con los proveedores, dándose la paradoja de que frente a una progresiva concentración industrial por el lado de la oferta, los compradores públicos descentralizados se disgregan.
- Puede ser fuente de inequidades interterritoriales, tanto en los niveles de atención sanitaria como de financiación (impuestos, copagos...).
- Si bien una ventaja evidente de la descentralización es la flexibilidad salarial para adaptarse a las condiciones de los mercados (escasez, desajustes entre oferta y demanda, incentivos a profesionales que ejerzan en zonas rurales o poco atractivas) en la práctica se puede generar una espiral inflacionista causada, tanto porque es más fácil negociar localmente, como por partir las negociaciones de los máximos conseguidos en otros territorios vecinos.
- La investigación contribuye a consolidar y cohesionar los sistema de salud. Las redes de investigación que traspasan las fronteras regionales contribuyen a dicha cohesión y la colaboración entre regiones aumenta los tamaños muestrales de los estudios multicéntricos.
- La ventaja de "centralizar" la información (del conocimiento científico, de profesionales sanitarios, de precios, de costes, de coste/efectividad de tecnologías médicas...) está en el hecho de poder compartirla sin tener que asumir completamente los costes y el esfuerzo de generarla.

Cohesión del SNS y descentralización

Inequidades territoriales

Hay evidencia suficiente de la existencia de una gran disparidad en la situación de los servicios sanitarios de las CCAA. El ejemplo clásico, la inexistencia de un calendario vacunal común en todo el SNS, sin que existan razones epidemiológicas ni sanitarias que sustenten estas diferencias.

El Informe del Defensor del Pueblo de 2008 señala problemas de inequidad territorial relativos al acceso a múltiples prestaciones y servicios (píldora "del día después", salud mental, atención bucodental, etc.), además de la existencia de "listas de espera" excesivas, con diferencias muy notables de unas CCAA a otras, que desgraciadamente solo conocemos por datos indirectos (encuestas de organizaciones de consumidores, barómetro sanitario, etc.).

De entre estos estudios comparativos de la situación de la atención sanitaria en las CCAA, destacar el que anualmente realiza la FADSP, que detecta una diferencia entre CCAA claramente excesiva (de 20 puntos sobre un máximo alcanzado de 48) y evidencia una gran disparidad en los servicios sanitarios entre CCAA que pone en peligro la necesaria cohesión y equidad territorial. Resaltar del estudio que en la serie comparativa 2004-2009 las últimas CCAA siguen siendo mayoritariamente las mismas, que 3 de ellas (Madrid, Murcia y Valencia) permanecen en los 5 últimos puestos durante los 5 años analizados y que Valencia es la última 5 de los 6 años analizados (entre ellos los 3 últimos). Ver Tabla 2. Por otro lado se ha favorecido la aparición de desigualdades interterritoriales que en algunos casos no se justifican por las distintas necesidades y que, de manera general, podría decirse que tienen como causas básicas:

- Ausencia de un diseño pretransferencial: cuando se quiere realizar un proceso de descentralización, es imprescindible hacer de manera previa una definición de las competencias de los entes autónomos y del organismo de centralización / coordinación. Este no ha sido el caso entre otras cosas porque el proceso transferencial se ha realizado de manera desordenada y en algún caso incluso antes de la LGS. Las autonomías han ido generando su propio desarrollo (legislativo y organizativo) y luego ante unos hechos consumados, resulta difícil reconducir la situación. Téngase en cuenta que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCCSNS) se aprueba 2 años después de finalizadas las transferencias.
- Utilización partidista de la Sanidad, como ariete de desgaste en los enfrentamientos políticos, lo que ha provocado una reacción que ha convertido los datos que se consideran sensibles (listas de espera por ej) en objeto de sistemático maquillaje u ocultamiento.
- Falta de mecanismos efectivos de cohesión que penalicen o incentiven a las CCAA a adoptar las medidas de cohesión. Ésta ausencia de carácter ejecutivo, incluso de las decisiones del CI, ha hecho que en más de una ocasión acuerdos adoptados por unanimidad no hayan sido llevados a la práctica. La LCCSNS de 2003 pretendía establecer los mecanismos para conseguir un funcionamiento más integrado del SNS, y entre otras cuestiones desarrollaba sistemas de actualización de la cartera de servicios, garantía de las prestaciones, sistemas comunes de información sanitaria, reordenación del CI para hacerlo más eficaz y establecía que el fondo de cohesión sanitaria se destinaría a "políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades". Desgraciadamente la Ley no establecía mecanismos efectivos para hacer operativas, ni sus disposiciones ni tampoco las decisiones del CI, de manera que 6 años después la situación no ha cambiado significativamente.

La finalización de las transferencias ha hecho que prácticamente desaparezca la información detallada y homologable en el conjunto del SNS, y en algún caso como el de las listas de espera, los datos no aparecen desagregados por CCAA, lo que les resta una parte importante de su interés. Se carece de un sistema de información nacional que permita comparar logros y recursos entre CCAA y la informatización de las historias clínicas no es territorialmente compatible ni equiparable.

Los sistemas de información presentan paradojas curiosas, como la creciente disponibilidad de bases de datos poblacionales y la creciente capacidad de la econometría para procesarlas, frente a las barreras del diseño de esas bases de datos para poder analizar comparativamente las CCAA. No parece lógico que se hurten a la población y a los investigadores datos fundamentales del funcionamiento del SNS, y por supuesto hay que ser conscientes de que esta ausencia de datos obstaculiza de manera importante cualquier intento de planificación racional.

Finalmente, al hilo de todo lo expuesto, comentar que la LCCSNS no ha sido el instrumento que todos esperábamos para garantizar la vertebración de nuestro sistema sanitario una vez completado el proceso transferencial de los servicios sanitarios a las CCAA, y es una muestra de cómo para lograr aprobar una ley prácticamente por unanimidad se puede dejar a ésta sin margen operativo.

Desigualdades de utilización

Las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos son también una realidad constatable, aun cuando las poblaciones comparadas tengan perfiles de morbimortalidad muy similares. Estas diferencias no responden a factores relacionados con las características de los pacientes, sino, más bien, a factores que tienen que ver con la oferta disponible. Cuanto mayor es la cantidad de recursos disponibles, en términos de camas hospitalarias, alta tecnología o recursos humanos, mayores son los niveles de utilización.

Es necesario resaltar que los criterios de dotación de oferta pocas veces responde a necesidades basadas en evidencia científica, antes bien, a situaciones de inercia histórica o a criterios puramente políticos, y que una mayor utilización de servicios sanitarios no implica necesariamente mejores resultados en salud (no siempre más es mejor). Pero tanto si las diferencias se deben a una sobreutilización de servicios no efectivos (que imponen un gasto sanitario alto e innecesario), como a la infrautilización de recursos o tecnologías de demostrada eficacia o a su mala utilización, es imprescindible contar con criterios de carácter científico que permitan la toma de decisiones de dotación y ordenación de recursos, en un entorno con la menor incertidumbre posible.

Las desigualdades en la oferta y en el acceso a los servicios sanitarios son más evidentes que las de salud. Estudios en nuestro país demuestran la existencia de una importante variabilidad de utilización entre áreas de salud, a modo de ejemplo: ¿qué factores pueden explicar que en algunos

territorios de nuestro país la probabilidad de recibir una artroplastia o una intervención de espalda, hombro o túnel carpiano sea de 1 de cada 8-10 personas, mientras que en otros sea de 1 cada 50 personas? Es evidente la necesidad de arbitrar políticas sanitarias que mitiguen esta variabilidad entre CCAA hasta las puramente aleatorias.

Desde el punto de vista de la política y gestión sanitaria, las estrategias para reducir esta variabilidad entre territorios deben provenir de tres vías: una primera, basada en la difusión, estandarización y protocolización del conocimiento científico para reducir la incertidumbre; una segunda basada en el control de la oferta para mitigar la correlación positiva entre intervenciones y recursos disponibles; y una tercera vía, basada en conseguir decisiones que respondan, no sólo a los criterios del facultativo, sino que el paciente juegue también un papel activo en las mismas.

Desigualdades de acceso

Las desigualdades de acceso a la atención sanitaria que afectan a los ciudadanos van desde las que se refieren al tiempo que se tarda en llegar al centro de salud o al hospital de referencia, hasta las demoras para recibir asistencia debido a las listas de espera. Desde el punto de vista de "acceso", la equidad se conseguiría igualando el acceso entre aquellos con igual necesidad sanitaria (equidad horizontal) y facilitando un mayor acceso a aquellos con mayor necesidad sanitaria (equidad vertical).

Buena parte de los estudios internacionales sobre la equidad en la utilización y acceso a los servicios sanitarios se han centrado en investigar inequidades entre distintos grupos socioeconómicos tras ajustar por factores de necesidad, pero también hay estudios cuya investigación es el área de residencia, y más concretamente la CCAA. Dentro del contexto español, la CCAA de residencia parece jugar un papel importante en los niveles de acceso y utilización de servicios sanitarios, una vez se ajusta por factores socioeconómicos y de necesidad.

Estas disparidades regionales pueden estar relacionadas no sólo con la existencia de desigualdades en salud entre la población de las distintas CCAA sino también con el hecho de que la oferta de servicios sanitarios varía entre CCAA por distintos factores, entre los que cabe destacar el desigual proceso de traspaso de competencias en materia sanitaria, la distinta provisión de programas sanitarios a nivel regional, y la desigual distribución de recursos sanitarios entre regiones (camas hospitalarias, alta tecnología sanitaria, etc.).

Parece evidenciarse que la CCAA de residencia es un factor que afecta a la utilización de servicios sanitarios públicos en España, una vez ajustado (a nivel individual) por necesidad sanitaria y otras características demográficas y socioeconómicas que influyen sobre la utilización sanitaria. A nivel territorial es donde se reflejan los conflictos entre eficiencia y equidad, ya que en determinados territorios tener una cartera de servicios "completa" no es aconsejable porque no se alcanza el umbral de tamaño poblacional para la eficiencia, y no se trata sólo de una cuestión económica, sino de que

los equipos médicos aprenden con la experiencia. Y la atención de calidad requiere un volumen de práctica que no se alcanza en territorios de estas características.

El gran reto es encontrar el equilibrio socialmente deseable entre eficiencia y equidad. Hay riesgo de que ciertas nuevas tecnologías que mejoran la efectividad diagnóstica o terapéutica empeoren la equidad al aparecer diferencias relevantes entre territorios.

Las desigualdades que la sociedad percibe como más graves son los tiempos de acceso en términos de listas de espera, que desarrollamos con más detenimiento en el capítulo siguiente de la publicación.

Inequidades de financiación

Otro tema importante que condiciona diferencias entre CCAA es la financiación. El sistema sanitario está subfinanciado crónicamente, pero además las fórmulas de financiación territorial no incorporan objetivos de reducción de desigualdades territoriales. El llamado "fondo de cohesión" apenas cubre, en la práctica, la atención de pacientes desplazados. Todavía no se ha encontrado una fórmula satisfactoria para resolver los flujos interiores de pacientes ni para compensar a las CCAA por la atención a pacientes extranjeros.

Otro aspecto a considerar es que debido al carácter no finalista de la financiación sanitaria se produjo una dispersión muy notable del gasto sanitario por habitante entre CCAA, dispersión que se ha mantenido (e incluso incrementado) en estos años tanto en números absolutos como en relación a la media de presupuesto anual. Además a partir de las transferencias han sido las CCAA las que han tomado las decisiones sobre los presupuestos que se dedicaban a la sanidad, de manera que se ha abierto una gran brecha entre ellas.

Por poner solo un ejemplo, para 2009 el presupuesto per cápita aprobado oscila entre los 1.125,33 € de Valencia y los 1.595,28 del País Vasco, con un promedio de 1.351,57 €. Esta diferencia entre los máximos y mínimos lejos de haber disminuido ha aumentado desde la finalización de las transferencias, tal y como se recoge en la Tabla 3, donde se observa que el porcentaje de diferencia sobre la media se ha incrementado en 11,96 puntos desde entonces. Naturalmente estas diferencias tan acusadas de financiación, favorecen diferencias también cada vez mayores en dotación de recursos humanos y materiales (profesionales de medicina y enfermería, camas, etc.), que a la postre produce distorsiones en el funcionamiento del sistema (por ej. listas de espera) y rompe con la equidad y la accesibilidad del sistema de salud.

Entre las principales causas de esta situación estarían:

- Bajo nivel del gasto público en España, sobre todo si lo comparamos con los países europeos desarrollados de la UE-15 (38,8% frente a 46,1% lo que supone un 15,8% menos en el año 2007), y que tiene como

- consecuencia que se destine a sanidad pública un punto menos de PIB respecto de los mismos (5,7% frente a 6,7% en 2007).
- Modelo de financiación autonómica y sanitaria basado en un conjunto de impuestos transferidos, en su mayor parte indirectos, que gravan la actividad económica en detrimento de las CCAA de menor nivel de desarrollo y que son muy sensibles a la reducción de actividad comercial y productiva consecuencia de la actual crisis.
 - Incremento de población no contemplado por este modelo de financiación (aprobado en 2001) que tuvo como referente para el reparto de recursos la población de 1999 y que no ha tenido en cuenta la llegada de inmigrantes de los últimos años (la población española pasó de 41 millones en 2002 a 45,3 en 2008) que ha supuesto casi 5 millones más de usuarios.
 - Crisis económica que ha reducido el crecimiento del PIB del 3% anual a valores negativos (cada punto de PIB supone un billón de euros), lo que supone una reducción de 73.500 millones de euros para la financiación sanitaria del conjunto del Estado. Esta reducción tan importante vendría a agravar aún más el déficit que soportan las CCAA y que algunos expertos estiman en 13.300 millones y coincide con un incremento de las necesidades asistenciales como consecuencia del paro y del empobrecimiento de la crisis (CCOO asegura que cada millón de parados generará 167.000 enfermos y 6.000 suicidios en los próximos diez años).
 - El gasto sanitario no responde a criterios de racionalidad y está hegemonizado por los hospitales (53%) y farmacia (23%) en detrimento de la Atención Primaria (15%) y Salud Pública (1,5%).
 - Carácter no finalista del modelo de financiación, que permite que incluso aportaciones extraordinarias que se realizan al modelo, como las que resultaron tras la conferencia de presidentes, puedan dirigirse a conceptos distintos de los sanitarios.

Parece poco probable el que pueda tener éxito a corto plazo una propuesta de financiación finalista que se vincule a las necesidades de salud de la población. Lo que sí que sería factible es que los incrementos presupuestarios dedicados a Sanidad se posicionen en fondos de cohesión que se adjudiquen a las CCAA en razón del cumplimiento de objetivos de salud o de iniciativas concretas en el ámbito sanitario. Existe normativa legal en la LCCSNS para utilizar los fondos de cohesión para disminuir los desequilibrios entre los territorios y no sería difícil el conseguir que las nuevas aportaciones al modelo de financiación pudieran vincularse a estos objetivos, muchos de los cuales están ya recogidos en el Plan de Calidad del SNS.

Otras inequidades

Otro hecho llamativo es el que se da en cuanto a la situación de los modelos de cobertura sanitaria de los funcionarios mediante las mutualidades generales de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) que suponen una anomalía, no solo en cuanto se les dota de un sistema de cobertura diferenciado, sino además porque es un modelo centralizado que entra en contradicción con las transferencias sanitarias a las CCAA.

Otras dos dimensiones de la equidad que no suelen abordarse son la equidad intergeneracional (desde 1980 hasta 2000 el grupo de edad más avanzada ha ganado recursos públicos a costa de la generación de trabajadores más joven) y la relacionada con los "nuevos españoles", los inmigrantes (en 2007 la tasa de residentes extranjeros alcanzaba el 10% de la población).

Ideas básicas

1.- En España el nivel de desigualdad territorial muestra más diferencias de las que se justificarían por la simple situación de salud de la población, tanto en organización, prestaciones, como sistemas de información. No obstante, es posible que las desigualdades intracomunitarias sean tanto o más acusadas que las desigualdades entre CCAA y, en éste sentido, la descentralización también ha tenido efectos positivos en cuanto a la "equidad" al contribuir a reducir desigualdades internas en salud.

2.- Las formas de colaboración bilateral y multilateral entre CCAA enriquecen el tejido sanitario del país. Estas relaciones deben basarse en el principio de aprovechar las sinergias de compartir, coordinar, colaborar y evitar las fricciones de la uniformidad obligatoria. Desarrollar mecanismos de coordinación que favorezcan ésta cooperación entre CCAA a través de políticas públicas que, desde el respeto a la autonomía de las CCAA para la organización de sus servicios sanitarios, permitan la consolidación del SNS debería ser una de las prioridades

3.- El SNS español debe aprovechar mejor las ventajas de la descentralización, empezando por compartir determinados costes (como el político de decir no a la financiación pública de tratamientos no coste-efectivos). Para alcanzar estos fines, el CI, tal como proponemos después, debería ganar poder ejecutivo, trascendiendo más allá de su actual carácter meramente consultivo y voluntarista. No hay duda de que debe fijar límites mínimos de prestaciones, acceso, calidad, tiempos, etc., pero la gran cuestión es qué competencias debe tener para intervenir si se aprecia claramente que una comunidad no está alcanzando esos mínimos o entra en un proceso de insubordinación.

4.- Es precisa una reforma en profundidad del modelo de financiación en general, y del Fondo de Cohesión en particular, para reducir las inequidades interterritoriales que se producen en la actualidad. El SNS debe ser un espacio abierto en donde los servicios sanitarios gestionados por las CCAA han de ser receptores incondicionados de otros ciudadanos sanitarios no ubicados en el ámbito de dicha CCAA. Esta visión fomenta la migración de pacientes y usuarios entre CCAA. En cualquier caso es necesario, a la hora de transferir fondos, partir de las necesidades reales de salud de la población, para lo que es imprescindible la elaboración de un Plan Integrado de Salud como instrumento para favorecer las políticas de salud y la cohesión del SNS.

Recomendaciones

1.- Es imprescindible reforzar el papel del CI, con el fin de recuperar el ámbito de las decisiones comunes, aprovechar sinergias, reducir costes políticos y de transacción y ganar economías de escala y alcance. Para ello se debería de considerar como un órgano con mayor capacidad de decisión que el actual, basado en la regulación y coordinación, teniendo entre sus funciones el evitar la existencia de diferencias en la prestación sanitaria entre CCAA, garantizando que sea efectiva en todo el territorio nacional una cartera de servicios básica y común y promoviendo los acuerdos necesarios que aseguren la cohesión y sostenibilidad del SNS. Para todo ello:

- Se deberían articular mecanismos que permitieran la toma de decisiones vinculantes en el seno del CI, por ejemplo facilitando sistemas de votación que permitieran mayorías cualificadas.
- Determinar cuál debe ser la cartera de servicios del SNS, estableciendo un proceso de revisión y evaluación de la cartera actual bajo el consenso de todas las CCAA. La cartera de servicios comunes del SNS español recoge uno de los paquetes de servicios sanitarios más amplios del mundo. Proponemos el establecimiento de mecanismos que compatibilicen la agilidad con la rigurosidad científica, para garantizar la incorporación de las nuevas tecnologías y procedimientos a la cartera de servicios comunes en el más breve tiempo posible (siempre que se haya demostrado suficientemente su efectividad, seguridad y eficiencia). Las CCAA pueden tener sus propias carteras de servicios pero, teniendo en cuenta que ésta, como se ha comentado, es una de las más amplias del mundo, si somos capaces de ir actualizándola con la suficiente agilidad no hay por qué suponer que se vayan a producir inequidades en el acceso a las prestaciones y servicios sanitarios entre ciudadanos de distintas CCAA.

2.- Es imprescindible diferenciar, en cualquier revisión del modelo de financiación, entre fondos de cohesión destinados a reducir desigualdades entre CCAA, como es el caso de los servicios de referencia, y otros fondos destinados a compensar a las CCAA por la asistencia que presten a pacientes desplazados, tanto nacionales como comunitarios y, en su caso, extranjeros. Proponemos una reforma en profundidad del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, y un fondo de cohesión (o "fondo de igualdad" propiamente dicho), para reducir desigualdades no deseadas y para realizar políticas de salud de ámbito suprarregional. En cualquier caso los cambios en el modelo de financiación sanitaria pasarían por dotarlo de carácter finalista y condicionar las transferencias de fondos al cumplimiento de objetivos de salud, como por ejemplo incentivando el cumplimiento de los objetivos del Plan Integrado de Salud, antes expuesto, o la facilitación de información sanitaria básica, incluyendo la relativa a listas de espera.

TABLAS

TABLA 1. TIPOS DE DESCENTRALIZACIÓN.

<i>TIPO DE DESCENTRALIZACIÓN</i>	<i>DEFINICIÓN</i>
MÉTODO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	
Devolución	Implica la transferencia de la autoridad a un nivel político inferior.
Delegación	Transferencia de la responsabilidad a un nivel organizacional inferior
Desconcentración	Transferencia de la responsabilidad a un nivel administrativo inferior
Privatización	Transferencia de la responsabilidad desde el ámbito público al privado
VERTICAL vs. HORIZONTAL	
Descentralización vertical	Aumento de autonomía para niveles organizacionales inferiores, entidades territoriales y/o representantes de la sanidad.
Descentralización horizontal	Incremento de la autonomía entre los diferentes sectores de la sanidad (público no estatal, privado con o sin ánimo de lucro).
TERRITORIAL vs. FUNCIONAL	
Territorial	Cuando las responsabilidades son atribuidas a las organizaciones locales dentro de un determinado ámbito geográfico.
Funcional	Potestad para desarrollar una función específica de la atención sanitaria que es transferida a una oficina local especializada.

Fuente: Bankauskaite V, Dubois H, Saltman R. (2007)

TABLA 2. COMPARACION DE LA POSICION RELATIVA DE LAS CCAA EN LOS INFORMES REALIZADOS.

2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cantabria Extremadura Navarra País Vasco Aragón Asturias Castilla-La Mancha La Rioja Andalucía Castilla – León Cataluña Balears Canarias Galicia Murcia Madrid Valencia	Cantabria Extremadura Aragón Navarra Asturias País Vasco Castilla – León La Rioja Castilla-La Mancha Cataluña Balears Andalucía Canarias Murcia Galicia Madrid Valencia	Cantabria Navarra Extremadura Asturias País Vasco Aragón Castilla-León Andalucía La Rioja Castilla-La Mancha Galicia Cataluña Balears Madrid Canarias Valencia Murcia	Aragón Navarra Cantabria Asturias País Vasco Extremadura Castilla-La Mancha Castilla – León Cataluña La Rioja Andalucía Balears Galicia Canarias Madrid Murcia Valencia	Asturias Andalucía Navarra País Vasco Cataluña Castilla y León Castilla-La Mancha Extremadura Aragón Balears La Rioja Cantabria Galicia Madrid Murcia Canarias Valencia	Extremadura País Vasco Navarra Castilla- León Cataluña Andalucía Cantabria Aragón Asturias Castilla-La Mancha Galicia Balears Murcia La Rioja Madrid Canarias Valencia

FUENTE. Los servicios sanitarios de las CCAA. INFORME 2009. FADSP

TABLA 3. PRESUPUESTOS SANITARIOS CCAA (Euros/habitante/año)

	2002	2009
<i>Media</i>	836,90	1351,57
<i>Máximo</i>	943,80	1595,98
<i>Mínimo</i>	752,44	1125,33
<i>Diferencia entre máximo y mínimo</i>	191,36	470,65
<i>% de diferencia sobre la media</i>	22,86	34,82

Fuente: Sánchez Bayle M, "Reflexiones sobre el sistema sanitario en España".
Fundación Primero de Mayo. Informe 05, Abril 2009.

BIBLIOGRAFÍA

-Repullo J.R., "La construcción de un sistema universal de salud en la perspectiva del federalismo en salud". Salud Pública Méx, 2007; 49:341-44.

-Sánchez Bayle M., "La nueva propuesta de financiación de las Comunidades Autónomas, ¿supone un avance para la financiación sanitaria?" Revista de la Fundación. Fundación Primero de Mayo. 2009; 2:20-23. (Disponible en www.1mayo.ccoo.es)

- González López-Valcárcel B, y Barber P., "Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España". (2006) Fundación Alternativas. Madrid.

-Bankauskaite V, Dubois H, Saltman R., "La descentralización sanitaria en Europa". Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias. 2004 (Disponible en www.msc.es)

-González López-Valcárcel B., "Descentralización y reformas sanitarias en España" (2004). Guión de la presentación en el Seminario del Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.2004. (Disponible en www.ief.es/investigacion/Recursos/Seminarios/EconomiaPublica/2004_07octubre.pdf)

- Sánchez Bayle M., "Comparecencia del portavoz de la FADSP en la subcomisión para el Pacto de Estado en Sanidad: La cohesión en el Sistema Nacional de Salud". (Disponible en www.ribas-salud.org)

-Roldós Caballero M, Carcedo Rocés M.L, de Juan Urien J.A, Riera Reñé I., "Sostenibilidad del sistema sanitario público en el marco del Estado de Bienestar". En, "La sanidad pública en España: Reflexiones". Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2006.

-Repullo Labrador J.R., Oteo Ochoa L.A., "Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible" Editorial Ariel. Barcelona. 2005. -Asociación de Economía de la Salud. "Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad". Barcelona. 2008. (Disponible en www.saludinnova.com/communities/economia/docs/download/Sintesis%20AES%20Pacto%20por%20la%20Sanidad.pdf).

- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1247/2002, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, (BOE 21/10/2006).

- Informe Anual del Defensor del Pueblo 2008 (Disponible en www.defensordelpueblo.es).

- Sánchez Fernández A, "La ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: nuevo intento de coordinación" Rev Adm Sanit. 2007; 5 (3): 427-33.

-Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. "Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2009". Madrid. 2009.

- González López-Valcárcel B, Hernández Aguado I, Meneu de Guillerna R, Urbanos Garrido R.M, Luisa Vázquez Navarrete M, "Síntesis final y recomendaciones para las políticas" Informe SESPAS 2008 Gac Sanit. 2008; 22(Supl 1):244-53.
- Repullo J.R, Freire J.M., "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.
- Sánchez Bayle M., "Reflexiones sobre el sistema sanitario en España". Fundación Primero de Mayo. Informe 05, Abril 2009. (Disponible en www.1mayo.ccoo.es).
- Sevilla F, "La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social" Documento de trabajo 86/2006. Fundación Alternativas. Madrid. 2006.
- Beltrán Aguirre J.L, "La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: Fundamentos del Sistema Nacional de Salud". Der. y Sal. ; Vol. 10, Nº 2 (2002) pág 125-56.
- Antequera Vinagre J.M., "Las garantías y la exigibilidad de las prestaciones sanitarias como factor de cohesión del Sistema Nacional de Salud. Breves reflexiones" Rev Adm Sanit. 2003; 1:171-87.
- Abásolo Alessón I, Pinilla Domínguez J, Negrín Hernández M.A., "Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autónomas en España: un análisis multinivel" Hac. Públ. Esp. /Rev. Econ. Públ. 2008; 187 (4):87-108.
- Quintana Pantaleón R., "Situación y perspectivas de la coordinación del Sistema Nacional de Salud (Cantabria)" Rev. Adm. Sanit. 2006; 4(1):101-3.
- Barómetro sanitario 2008. MSC. (Disponible en www.msc.es)
- Jiménez Palcios A., "La cohesión del Sistema Nacional de Salud : situación actual y expectativas" Rev. Adm. Sanit. 2007; 5(3):439-49.
- Fundación Alternativas "Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos". Seminarios y jornadas 54/2008. Madrid. 2008.
- Urbanos R.M., "El impacto de la financiación de la asistencia sanitaria en las desigualdades" Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):90-5.
- López-Casanovas G, Rico A., "La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?" Gac Sanit 2003; 17(4):319-26.
- Julios Reyes M.M., "Propuestas para un pacto social por la sanidad en España: financiación y algo más" Rev Adm Sanit. 2005; 3(4):549-51.