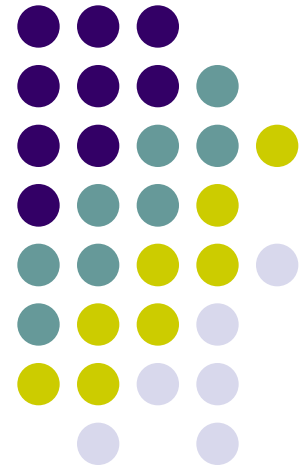


LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA: PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Carme Valls-Llobet
Fundación Catalunya Segle XXI

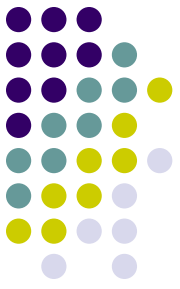


BASES PARA EL FUTURO



- “Hay que reivindicar el Estado como espacio idóneo de poder público para acometer las tareas que le han sido propias desde el nacimiento del estado moderno y aquellas que le van a ser exigidas por el nuevo modelo social, un Estado fuerte en el que la unidad y la diversidad se dan la mano..... La respuesta es difícil pero es posible. **Exige de equilibrios sutiles, de juristas finos y de políticos generosos.** De estadistas que sepan hablar a sus ciudadanos con las ideas necesarias y al derecho con las palabras precisas.” Jose Tudela Aranda^[1].
- ^[1]Tudela Aaranda, José.(2009) El estado desconcertado y la necesidad federal. CIVITAS.

Concurrencia múltiple etnoterritorial



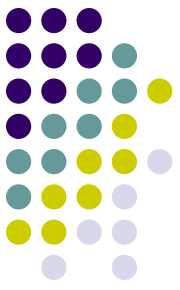
- Con el gradual establecimiento del Estado de las Autonomías se han desarrollado relaciones complejas que según Luis Moreno se pueden explicar como un modelo de “concurrencia múltiple etnoterritorial”^[1], entendiéndolo que es una fórmula para que se realicen las mismas acciones políticas simultáneas, sin que se establezca competitividad, y por lo tanto eliminación del competidor.
- ^[1] Moreno, Luis. (1995). “Multiple Ethnoterritorial Concurrence in Spain”. *Nationalism and Ethnic Politics*, 1 (1) 11-32.

Cooperación y Eficiencia



- La descentralización puede ser parte de la solución y no de los problemas de nuestro sistema sanitario en la actualidad, y en palabras del profesor Lopez-Casasnovas, después de veinte años de experiencia con el Estado de las Autonomías “el objetivo principal en este campo debería consistir en promover la cooperación horizontal y procurar reorientar la competencia (ahora por poder y por recursos) a las mejoras de la eficiencia”[\[1\]](#).
- [\[1\]](#) Lopez-Casasnovas, Gabriel y Rico, Ana. (2003) La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?. *Gac Sanit* 17 (4): 319-26

FORTALEZAS Y RIESGOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA.

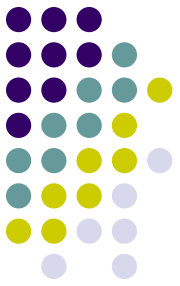


Fortalezas:

- más flexibles y responder con mayor rapidez
- más eficaces
- más innovadores
- generar mayor motivación, más dedicación y una productividad más elevada

Riesgos:

- fragmentación de los servicios
- debilitamiento de los departamentos sanitarios centrales
- inequidad
- manipulación política para favorecer intereses o partes y debilitamiento de la posición o el estatus del sector público



Responsabilidades de la centralidad:

- definir el marco básico de la política sanitaria
- tomar decisiones estratégicas sobre el desarrollo de los recursos sanitarios
- regular la seguridad pública
- seguir, evaluar y analizar tanto la salud de la población como la prestación asistencial



Marco conceptual del análisis:

- falta de claridad respecto a los conceptos, definiciones y medidas de la descentralización
- carencia de madurez y sofisticación adecuadas para disponer de evidencia robusta
- Carencia del soporte de un modelo teórico o de consistencia en la evidencia disponible para ciertos posicionamientos políticos

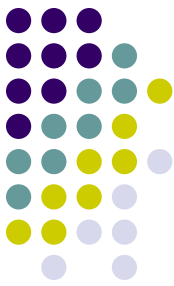
Áreas de análisis

- impacto económico: gasto y eficiencia
- impacto sobre la equidad
- impacto sobre la gobernabilidad del sistema
- *Impacto sobre la eficiencia de las asistencia*



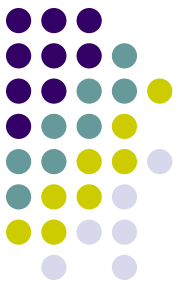
Impacto económico:

- la introducción de mercados internos en Suecia parece que aumentó substancialmente la eficiencia del sistema sueco de provisión de servicios (al igual que en Noruega o Italia)
- la introducción de sistemas de pago abiertos acabó derivando en un aumento incontrolado de los costes
- los vínculos entre la provisión y la demanda en entornos especialmente descentralizados afectan al control del coste y a la eficiencia productiva



Impacto sobre la equidad:

- estrategias de mitigación de antiguas desigualdades territoriales (como es el caso del proceso de devolución del Reino Unido)
- en casos como Suecia la responsabilidad fiscal de los County Councils parecen haber ayudado a minimizar las tensiones con el poder central y evitar confusiones competenciales
- en Québec y Nueva Zelanda el gobierno central ha mantenido bastantes competencias incrementando así el grado de suspicacia en el proceso de descentralización *sanitaria*. *Cambios de estrategia en Nueva Zelanda*.
- Los sistemas sanitarios descentralizados requieren de ciertos criterios de estandarización y mecanismos de cohesión
- en Suecia el Estado compensa a aquellos County Councils con menores rentas



Impacto sobre la gobernabilidad:

- durante la década de los 80 las reformas sanitarias en muchos países resaltaron la descentralización como un medio para aumentar la productividad
- las reformas consolidadas en los 90 añadieron a los procesos de descentralización la introducción de mecanismos de mercado
- a finales de los 90 ha crecido la preocupación por la fragmentación y la ineficiencia que la competitividad del mercado
→ relación interinstitucional de naturaleza e inspiración más integrado funcionalmente y territorialmente



Revisión histórica:

- **1981:** Transferencia de las competencias de Salud a Cataluña (temas aun pendientes: patrimonio, empresas colaboradoras SS...)
- **1986:** Aprobación de la Ley General de Sanidad (adecuación constitucional, SNS, universalidad, gratuidad, financiación por vía fiscal, reconocimiento proceso descentralización como antesala “federalizante”)
- **1990:** Ley de ordenación sanitaria de Catalunya (LOSC)
- **2001:** Transferencia completa de las competencias en Sanidad a todas las Comunidades Autónomas



Consecuencias del modelo de descentralización:

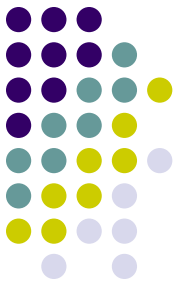
- buenos resultados en salud
- convergencia en el gasto per cápita en salud
- crecimiento del gasto sanitario total respecto el PIB
- mejora en la equidad
- la opinión sobre el sistema sanitario ha mejorado
- España presenta un porcentaje de retorno a la economía del gasto realizado en sanidad cercano a países como Suecia y muy superior al Reino Unido o Francia

ASIGNATURAS PENDIENTES



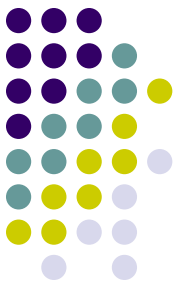
- *Coordinación sanitaria, basada en la eficiencia y en la equidad.*
- *Necesidad de revisión del marco normativo.*
- *El marco fiscal actual requiere una actualización.*
- *Ejercicio de las competencias compartidas por parte del Estado.*
- *Coordinación sociosanitaria.*
- *Participación ciudadana.*

Coordinación sanitaria, basada en la eficiencia y en la equidad



- “La competencia vertical y horizontal entre gobiernos para la ampliación de su poder institucional y sus recursos financieros ha tenido aparentemente, consecuencias negativas sobre la capacidad de coordinación y actuación en el ámbito de la salud pública, los niveles de endeudamiento y la transparencia y legitimidad democráticas en política sanitaria”[\[1\]](#)

- [\[1\]](#) Lopez-Casasnovas, Gabriel y Rico, Ana. (2003) La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?. *Gac Sanit* 17 (4): 319-26

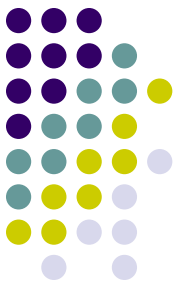


- Equidad en accesibilidad al sistema y a la resolución de las listas de espera.
- Equidad en la cartera de servicios básica.
- Equidad en el diagnóstico y equidad en los tratamientos.
- Garantizar asistencia sanitaria de calidad.

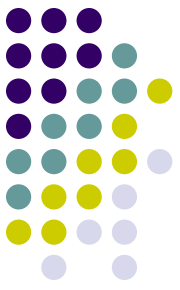
Necesidad de revisión del marco normativo



- Nuestro contexto normativo viene limitado por los vacíos de la Ley General de Sanidad y de la Ley de Cohesión y por el despliegue de los Estatutos.
- Los vacíos heredados de la Ley General de Sanidad: se habla de un sistema nacional (en imagen del inglés) con retraso histórico. La ley no establecía conceptos como el de divisiones de funciones sanitarias y se hereda una cultura de gestión administrativista **CENTRALIZADA**.



- Ley de cohesión y calidad del SNS: define la responsabilidad financiera de las CCAA y la necesidad de que la inclusión de una nueva prestación sea elevada al Consejo de Política Fiscal y Financiera. También determina que las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos deben ser sometidas a evaluación por el Ministerio, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos y finalmente consolida que la farmacia se financia a cargo de las CCAA (competencias corresponden al Ministerio y a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).
- Las CCAA participan con una representación de las mismas en el Consejo Rector, todavía sin papel claro. La ley también define las bases para la creación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, a quien se le reserva un escaso papel y sin representación de las CCAA. Es una ley con claras deficiencias.



- ley de cohesión y calidad del SNS → baja orientación federal e inconsistencia en ámbitos clave: participación de la CCAA en los órganos de coordinación, insuficiencia financiera.
- inexistencia de mecanismos de ajuste automático a las necesidades asistenciales o de modificación del sistema (actualización de variables) y problemas en la aplicación de la lealtad institucional (MSC - CCAA)
- inadecuación de los índices de evolución (ITE) como mecanismos de actualización de los sistemas de reparto financiero



- Comparabilidad en las asignaciones resultantes con la de los sistemas forales
- Se enmarca en modelos de financiación poco flexibles a los cambios de ciclo económico que penalizan especialmente a los ingresos financieros de las CCAA
- La reducción progresiva de los fondos europeos ha dado lugar a una presión de otras necesidades de gastos de la CCAA.

***El marco fiscal actual* requiere una actualización:**



- El modelo de financiación no se corresponde a nivel de descentralización de competencias ya que actualmente hay una combinación de elementos federales (participación impuestos) con rasgos propios de una pura desconcentración administrativa (fondo de cohesión).
- Inexistencia de mecanismos de ajuste automático a las necesidades como pueden ser los comportamientos demográficos no previstos.

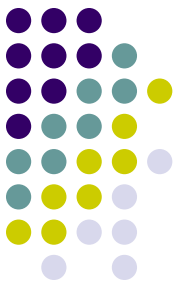


- Mala evolución de los tributos cedidos a la CCAA que han puesto en crisis la sostenibilidad financiera de los autogobiernos con mayores competencias.
- Impacto a los cambios de ciclo económico (fragilidad del modelo de financiación)

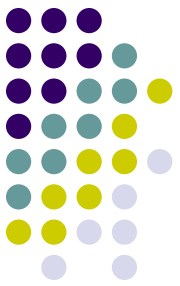
La centralidad debe ejercer también sus competencias compartidas con las CCAA:



- El Consejo Interterritorial es un órgano pionero de coordinación y colaboración en la construcción de un modelo federal pero mantiene algunas limitaciones relevantes como órgano de coordinación federal, especialmente por el hecho que existe demasiado protagonismo del MSC. Es un órgano de naturaleza consultiva y no deliberativo. Además ha sido un órgano utilizado históricamente de forma partidista. Con la actual falta de normativa de orientación federal del Estado, en que los órganos de coordinación inter autonómica no tienen bien definidas sus competencias, se ha convertido en un foro en que se pueden ejercer presiones políticas con intereses partidistas o simplemente siguiendo intereses de otros grupos de presión..



- Hemos asistido en los tres últimos años a diversas decisiones, que se han tomado algunas con debate social y entre los/las profesionales de cada sector implicado. La decisión sobre el “parto es nuestro” y la aplicación del derecho al respeto de las mujeres y la ausencia de la manipulación excesiva del momento del parto. Pero también hemos asistido a la toma de decisiones como la recomendación de la vacunación de niñas de 10 años con la vacuna del dos cepas del papiloma virus humano y la vacunación de la gripe A, con la carencia de mecanismos para participar en la toma de decisiones en el marco Europeo, que adolece también de la imposibilidad de gobierno compartido.



- El Ministerio no siempre aborda con suficiente determinación algunas de las competencias que le son propias (especialmente por lo que corresponde a la salud pública y la política de recursos humanos, formación, modelos retributivos o investigación).
- Coordinación vertical y horizontal entre administraciones (coordinar= ordenar, regular conjuntamente).

LEALTAD INSTITUCIONAL RECÍPROCA



- El liderazgo que algunas CCAA toman en algunas políticas sanitarias se tropieza con mecanismos de consenso lentos y a veces atrofiados desde la centralidad. Dicha lentitud en las decisiones competenciales centrales genera inseguridad jurídica (p.e. terapias alternativas) y posible desprotección de los intereses de los usuario/ciudadano.
- El hecho que la centralidad no tome en consideración los efectos que sus decisiones tienen sobre la capacidad asistencial de la CCAA da lugar a tensiones (p.e. política de recursos humanos: homologación de títulos, desarrollo de especialidades, formación especializada).
- En los últimos años se han dado procesos legislativos también re-centralizadores: leyes del medicamento del 93, 98, 06, mecanismos de financiación finalista de prestaciones o estructuración de los fondos de cohesión (especialmente financiación de desplazados y no residentes).

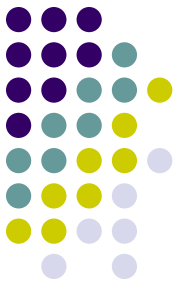
COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA



- Trabajo en paralelo con servicios sociales. Falta integración del conjunto de sus componentes en un único nivel administrativo. “Reparto de competencias crea modelo muy complejo. Además del estado, 17 comunidades autónomas, 54 diputaciones o corporaciones insulares, más de 70 entes comarcales (en Aragón y Cataluña), 384 municipios de más de 20 mil habitantes y buena parte de los menores, así como un número difícil de establecer de mancomunidades de municipios, cuentan con autonomía política en su territorio para desarrollar servicios sociales.”
- Modelo Lapad/ modelo concertado a tres bandas..... complicación excesiva que podría resolverse con otras medidas más claras como garantía de derechos básicos por parte del Estado y atención local.
- Atención generalista y atención especializada^[i]

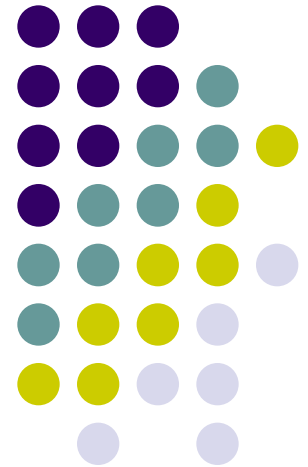
^[i] Aguilar Hendrickson, Manuel (2009).”los servicios sociales: las tribulaciones de un sector emergente, en Moreno Fernández, Luis (ed). *Reformas de las políticas de bienestar en España*.Madrid. Siglo XXI, pp 171-206.

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.



- Participación de entidades usuarios, lobbies de pacientes, sindicatos, y asociaciones ciudadanas en los Consejos de Salud.
- Los Consejos de Salud. El embrión de la participación en Cataluña en consejos en que participan administración, proveedores, y usuarios.

PROPUESTAS DE FUTURO

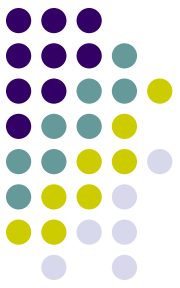


Superación disfunciones generadas por el actual modelo de gobernanza del sistema



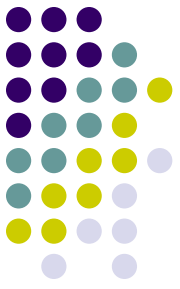
- Avanzar hacia una gobernanza compartida real, con retos compartidos y soluciones compartidas pero adaptadas a las realidades específicas de cada territorio.
- Estas son las concepciones básicas de un estado federal en la que primamos la autonomía y no la independencia. Reorientar la competencia en la mejora de la eficiencia.
- Trabajar por la coordinación horizontal y vertical.

La coordinación horizontal y el Constitucional

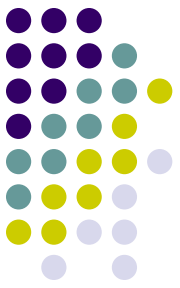


- Tribunal Constitucional en diversas sentencias (p ej., 32/1983 y 102/1995): “ Se trata de una función instrumental consistente en fijar medios, sistemas, y procedimientos de relación entre CCAA que hagan posible sobre la base de la información recíproca y la acción conjunta, la integración del sistema sanitario desde la diversidad de las acciones de las diferentes CCAA.”
- “El principio de igualdad no puede ser entendido en modo alguno como una monolítica uniformidad...(sentencias del TC 37/1981 y 37/1987).

REFORMA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL



- Reforma del Consejo Interterritorial para convertirse en un auténtico órgano de deliberación federal sobre los elementos de conflicto competencial: recursos humanos, salud pública, política farmacéutica, salud internacional o establecimiento de garantías de cartera de servicios básicos mínimos en todo el territorio que garanticen los derechos a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas españoles.
- El debate pendiente de la cartera de servicios.
- “La competencia vertical y horizontal entre gobiernos para la ampliación de su poder institucional y sus recursos financieros ha tenido, aparentemente, consecuencias negativas sobre la capacidad de coordinación y actuación en el ámbito de la salud pública, los niveles de endeudamiento, y la transparencia y legitimidad democráticas en política sanitaria”-“Cooperación y competencia, puede gestionarse.” (G Lopez Casasnovas.



- *Los mecanismos de coordinación deben fomentar la cooperación entre CCAA (el federalismo es cooperativo o no es):* Aprender de otras CCAA en el marco de un “benchmarking cooperativo” fomentado en el marco del Consejo Interterritorial.
- Algunos ejemplos: Andalucía (gestión de la farmacia), Aragón (medicina rural), Navarra (transplantes), I.Balears (terapias alternativas), C. Valenciana y Galicia (innovación en la gestión) o el País Vasco (estrategias de investigación e innovación). Efecto mimético entre CCAA.

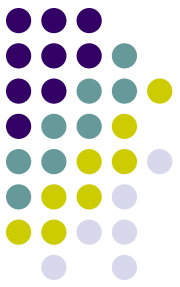
LA FINANCIACIÓN



- *Los presupuestos sanitarios suponen la parte más grande de los presupuestos de las CCAA.*
- *Disponer de un marco fiscal general de financiación de la CCAA que blinde la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud:*



- Adecuación y mecanismos de ajuste automático a las necesidades de gasto (demográfica, crecimiento tecnológico, diferencial de inflación entre Comunidades Autónomas).
- Reforma del sistema de financiación actual con ampliación de la corresponsabilidad fiscal: esfuerzo fiscal diferencial adecuado a las necesidades de cada CCAA y no penalizado por efectos redistributivos.
- Ampliación del espacio fiscal hacia fuentes de ingresos más estables



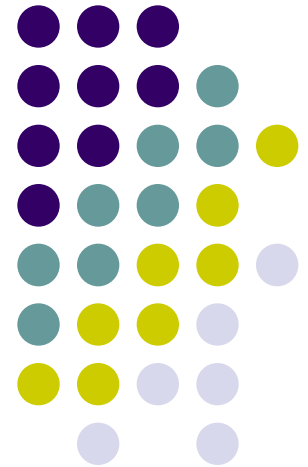
- Aumento del peso relativo de los tributos cedidos.
- Evasión de competencias fiscales entre CCAA (ex: impuesto de sucesiones).
Dificultad añadida cuando las competencias diferentes y la fiscalidad diferente entre CCAA puede ser negativo para algunas CCAA
- Reconocimiento del esfuerzo fiscal diferenciado entre CCAA

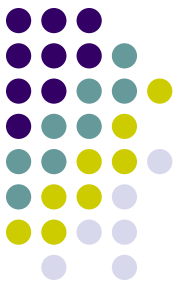
COORDINACIÓN SECTORIAL



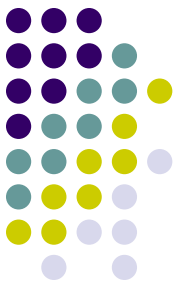
- Coordinación sociosanitaria:
- Definir mejor las responsabilidades de los servicios sociales. Gradación de servicios o prestaciones.
- Modelo territorial descentralizado pero eficiente.
- Coordinación de Salud y medio ambiente.

REFORMA FEDERAL DEL ESTADO

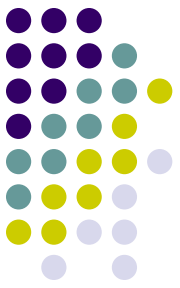




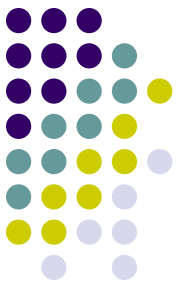
- *Creación de verdaderos mecanismos de participación de las Comunidades Autónomas en algunos ámbitos de decisión estatal: imprescindible reforma del Senado y refuerzo de los organismos de coordinación multilateral (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud).*



- *Adecuación constitucional del nuevo marco estatutario de las CCAA:* el despliegue ambicioso y completo de los nuevos estatutos autonómicos es un proceso no exento de tensiones: como la posible necesidad adecuación constitucional (reforma Senado).



- *Capacidad de intervenir en la toma de decisiones a nivel internacional:*
Europeanización. interlocución más directa con el mundo, imprescindible en el contexto en el que la UE ejerce competencias de las CCAA/ regiones.
- La creación de la UE ha supuesto que ésta asumiese una serie de competencias como la protección del medio ambiente, la salud pública y la protección de la salud.



- Por otra parte ha supuesto una serie de cambios que tienen su repercusión sobre el sistema sanitario, como la libre circulación de trabajadores (movilidad de profesionales sanitarios) o como el futuro espacio europeo de educación superior que supondrá una mayor movilidad de nuestros universitarios y una reforma de los estudios universitarios (p.e. Licenciatura de Enfermería).
- Avanzar hacia una Federación de Estado Europeos y de Gobierno compartido sectorial a nivel Europeo.

**“El siglo XX será el precursor de
la era de las federaciones, o la
humanidad reanudará sus mil
años de purgatorio”**

Pierre-Joseph Proudhon (1809-1865).
1863.

MUCHAS GRACIAS POR SU
ATENCIÓN

