

Los países federales desarrollados que gozan de protección sanitaria universal sólo la han alcanzado mediante el acuerdo de cooperación positiva entre regiones, incluyendo como condición la aportación financiera del Gobierno federal, que, en contrapartida, es responsable y garante del mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad del sistema sanitario.

En España, el proceso ha sido de sentido contrario. Alcanzada la protección sanitaria casi universal con la Seguridad Social al iniciarse la democracia, se ha producido la descentralización progresiva de la gestión, completándose ésta con el acuerdo básico entre el PP y el PSOE que aprobó las normas que regulan su funcionamiento descentralizado: la Ley 21/2001, orgánica de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, y la 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Este acuerdo supuso en la práctica:

— La liberación de la Administración General del Estado (AGE) de cualquier responsabilidad directa en la financiación y seguimiento del control del sistema sanitario, además de la ausencia de sistemas de información eficaces.

— La no definición explícita de principios generales de funcionamiento que garanticen la universalidad y equidad de la protección. No se define el papel del Ministerio de Sanidad, ni los mecanismos de corrección de las posibles desviaciones de alguna comunidad autónoma.

— La incapacidad de los organismos de coordinación sanitaria de adoptar decisiones ejecutivas. La aplicación de cualquier acuerdo del Consejo Interterritorial en una determinada comunidad autónoma queda supeditado a la decisión discrecional por parte de la autoridad sanitaria autonómica correspondiente.

Todo ello supone la atribución positiva y exclusiva de la totalidad de las responsabilidades sanitarias a cada comunidad sobre su población, y a nadie de la protección de toda la población en todo el territorio español. En esa posición, las comunidades autónomas carecen de cualquier clase de incentivos, mucho menos financieros, para coordinarse. Esta situación, muy poco "federal", se ajusta más a la realidad que la descrita por algunos gobiernos autónomos, como el catalán, para justificar sus demandas de un nuevo sistema de financiación.

Se están observando ya algunas consecuencias de estas normas:

El sistema sanitario, ante la próxima conferencia autonómica

PEDRO REY BIEL y JAVIER REY DEL CASTILLO

Los autores consideran que la situación española ofrece oportunidades para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario si se abordan cambios en la estructura y en los mecanismos de coordinación con las comunidades autónomas.

— Los déficit financieros atribuidos al sistema sanitario se han hecho públicos por numerosas comunidades autónomas. Algunas razones aportadas, como el aumento poblacional por la inmigración, podrían ponerse en cuestión, al menos como causa principal. Buena parte de esos déficit existían desde antes de la implantación del nuevo sistema financiero. Tampoco se han comprobado los efectos de distintas modalidades nuevas de gestión

Faltan políticas comunes en sectores clave, como el personal o el gasto farmacéutico

de centros y servicios en diversos territorios, ni las diferencias en retribuciones del personal de distintas comunidades autónomas.

— El Consejo Interterritorial hace agua. La ausencia de consejeros socialistas de la última de sus reuniones en la legislatura pasada se ha respondido ya en varias ocasiones por los consejeros populares en la presente.

— Faltan políticas comunes en sectores clave para los servicios sanitarios, como el personal. En otros, como la política farmacéutica, el diseño estructural del sistema impide economías de escala en un sector responsable de una proporción desmesurada del gasto público sanitario, comparado con cual-

quier otro país de nuestro entorno.

— Se oculta a la opinión pública el rechazo de atención de pacientes de unas comunidades autónomas por otras. Al mismo tiempo, cada comunidad amplía su cartera de servicios sin tener en cuenta la existencia de una "dimensión mínima (poblacional) eficiente" para los servicios más complejos, iniciando además diferencias significativas en la calidad de la atención entre comunidades.

Sólo disponemos de indicios sobre las propuestas que se llevarán a la próxima Conferencia de Presidentes autonómicos, pero no son muy halagüeños. Pretenden centrarse en los aspectos financieros del sistema, recurriendo a la cesión de capacidad normativa o de un porcentaje aún mayor de impuestos ya cedidos de manera parcial a las comunidades autónomas. Una cesión más amplia de tributos a éstas, que gestionan el 39% del gasto público, sin establecer nuevos impuestos sería incompatible con la gestión por la AGE (19%) de sus propias competencias.

Reforzar el que comunidades autónomas con distinta capacidad fiscal sean las únicas responsables de afrontar un mismo nivel de prestaciones sanitarias aboca a desigualdades previsibles, sea en la accesibilidad a las prestaciones, en la cobertura o en el endeudamiento. Cabría cuestionar si estas desigualdades son razonables, cuando las prestaciones se derivan de la condi-

ción de ciudadanía estatal, y pretenden tener efectos redistributivos entre personas de diferente renta, y no entre entidades territoriales.

Se habla de la posibilidad de una aportación "extraordinaria" y única de financiación para mejorar la suficiencia financiera del sistema. Este tipo de actuaciones, aunque habituales, tienen un problema de credibilidad y no inducen a la corresponsabilidad fiscal.

En ausencia de medidas estructurales, el sistema sanitario parece abocado a repetir la quiebra financiera en un plazo corto. Por ello, pronto resurgirán las propuestas de introducir copagos que, además de romper el acceso libre y gratuito, provocan diferencias personales y/o territoriales, aún más contrarias a la equidad si se plantean de manera libre por cada comunidad autónoma.

En la revisión de las reformas sanitarias de otros países es difícil diferenciar las propuestas socialdemócratas y conservadoras. Todas ellas cuestionan el crecimiento económico con el mantenimiento del Estado de bienestar. La situación española ofrece, sin embargo, oportunidades de mejorar la eficiencia del sistema y, en consecuencia, su sostenibilidad, si se abordan cambios en la estructura y los mecanismos de coordinación. Si no, se estará supeditando la protección sanitaria universal a la financiación de las comunidades autónomas, demandantes permanentes de recursos financieros con inde-

Se oculta a la opinión pública el rechazo a la atención de pacientes de otras comunidades

pendencia de las razones que justifican sus déficit.

Si en otros países federales como Canadá, con un sistema de financiación diferenciada para el mantenimiento de los servicios públicos sanitarios y educativos, fue posible un acuerdo entre presidentes de provincias que incluye reformas estructurales e inyecta fondos adicionales, ¿por qué no centrar los esfuerzos de todas las partes interesadas en España en el mantenimiento y la mejora de la protección sanitaria en conseguir un acuerdo similar?

Pedro Rey Biel es economista en la University College, de Londres, y Javier Rey del Castillo, médico, fue secretario del Consejo Interterritorial del SNS.