

Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España

Beatriz González López-Valcárcel
Universidad de Las Palmas de GC

Patricia Barber Pérez
Universidad de Las Palmas de GC

En el campo de la salud, las desigualdades que realmente importan son las que afectan a las personas. Los territorios no son más que los sustratos físicos donde éstas se asientan. Pero en España la descentralización se ha tomado antes como un fin en sí misma que como un instrumento para conseguir unos objetivos en el terreno de la salud.

En nuestro sistema sanitario queda de manifiesto la tensión entre centralismo y descentralización. El papel del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) se ha reducido hasta tener un carácter residual. Es necesario que recupere el liderazgo para dar impulso a estrategias de información global del sistema sanitario, a políticas nacionales de salud; también para garantizar la equidad de dicho sistema. En el campo de las desigualdades territoriales, delimitar la frontera entre lo tolerable y lo inadmisibles es una cuestión compleja que requiere de una gran dosis normativa cuya respuesta empírica no está clara a partir de la evidencia.

Tras la generalización de las transferencias, sigue habiendo tensiones no resueltas entre el nivel central y el autonómico. El concepto de equidad también está cambiando y lo seguirá haciendo. Es posible que, al hilo de la descentralización sanitaria, el tamaño de la ventana por la que miramos se esté reduciendo: ya no es el país, sino la comunidad autónoma. Reconocer que los criterios de equidad pueden ser locales legitima la disparidad de objetivos de las políticas regionales de salud, limitando así el ámbito de las decisiones centralizadas y uniformizadoras. Pretender que la homogeneidad sea un objetivo es incoherente con la descentralización.

El éxito estriba en maximizar las sinergias de la coordinación y desarrollar políticas que minimicen los efectos adversos de la descentralización, en particular las diferencias regionales en temas como el gasto sanitario y en la utilización y el acceso a los recursos. No es extraño, por tanto, que la percepción de los ciudadanos sobre la calidad de sus sistemas regionales de salud varíe mucho entre comunidades autónomas (CC AA).

Pero la descentralización también ha tenido efectos positivos en cuanto a la equidad territorial, pues ha contribuido a reducir las desigualdades internas entre áreas y zonas de salud. En todo caso, las mayores diferencias en gasto sanitario y en acceso se dan entre las CC AA de régimen foral y las de régimen común.

Para el buen funcionamiento del sistema de salud es fundamental que se respete el principio de lealtad institucional. El Estado no debería imponer obligaciones de gasto a las CC AA –nuevas prestaciones– si antes no garantiza a éstas la posibilidad de conseguir la correspondiente financiación. Por otra parte, las CC AA no deberían reclamar fondos al Estado para cumplir con obligaciones de su exclusiva competencia. Proponemos una reforma en profundidad del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el MSC, y en un fondo de cohesión –o “fondo de igualdad” propiamente dicho–, para reducir desigualdades no deseadas y para realizar políticas de salud de ámbito suprarregional.

Proponemos un Sistema Nacional de Salud (SNS) “multicéntrico”, con una coordinación federada, 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 dar el salto desde las decisiones por “consenso voluntarista” y aumentar la capacidad ejecutiva del Consejo Interterritorial del SNS, sería preciso establecer reglas explícitas en el “juego de la decisión”. La coordinación interterritorial previene contra los efectos adversos relacionados con la diáspora informativa y de decisión.

No hay duda de que el Gobierno central debe establecer unos límites mínimos –de acceso, de calidad, de tiempos...–. La gran cuestión es hasta qué punto –tal y como sucede en algunos países– el Gobierno debe tener competencias para intervenir si se aprecia claramente que una comunidad no está alcanzando esos mínimos o que no acata la normativa de ámbito nacional.

Urge articular un sistema de información integrado del SNS. En este sentido quien debe tomar la iniciativa es el MSC. Es preciso definir estándares, plazos y contenidos del sistema de información. No hay cohesión posible del sistema de salud sin información comparable sobre salud, recursos, acceso, utilización y costes.