
Después de las elecciones autonómicas

Marciano Sánchez Bayle

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Los resultados de las últimas elecciones autonómicas y municipales han abierto una amplia polémica, que por otro lado suele ser habitual, sobre quiénes son los ganadores. Independientemente de cuál sea el juicio de valor que se haga sobre los resultados de las mismas, parece que hay dos hechos poco discutibles: el primero es que en dos Comunidades Autónomas (CCAA) el Partido Popular (PP) ha perdido la mayoría que le permitía gobernar, y que es probable que en ellas se produzca un cambio del signo del gobierno (en el momento de escribir estas líneas ya está decidido en Baleares y todavía está abierto el debate en Navarra), y la segunda es que los resultados han visualizado una situación de cierta inestabilidad política que dejan muy abierto el resultado de las próximas elecciones generales, lo que trasladado al ámbito del gobierno significa una pérdida de

capacidad para afrontar situaciones potencialmente conflictivas, y al de la oposición que es más que probable que se busque esta conflictividad a cualquier precio.

Si se analizan los resultados autonómicos no parece que la sanidad haya tenido especial influencia en los mismos. Así llama la atención el hecho de que las dos CCAA con una apuesta más consistente por la privatización (Madrid y Valencia) hayan sido aquellas en las que el PP ha obtenido una mayor ventaja sobre sus oponentes, aunque bien es cierto que otra con deriva también muy privatizadora (Baleares) ha cambiado de signo político, y que en aquellas que han apostado de manera muy clara por el reforzamiento del Sistema Sanitario público (Extremadura, Asturias y Cantabria) los grupos gobernantes han salido reforzados. Es decir, los resultados electorales no parece que hayan tenido que ver de manera signi-

ficativa con la política sanitaria seguida por los gobiernos autonómicos.

Es obvio que tras la finalización del proceso de transferencias en 2001 la sanidad es una competencia casi exclusivamente autonómica, y que este hecho ha generado múltiples tensiones en el seno del Sistema Nacional de Salud (SNS), en la medida en que cada una de las CCAA ha optado por una vía de desarrollo diferenciada, no siempre asimilable al color político de sus gobiernos, que favorece una imagen de desestructuración del Sistema Sanitario y de falta de unidad del mismo. Abundan en este asunto los desencuentros dentro del Consejo Interterritorial del SNS que se ha politizado en extremo.

Las desigualdades interautonómicas

La realidad es que todos los estudios señalan la existencia de grandes diferencias interautonómicas en el estado de salud de la población y en el funcionamiento de los sistemas sanitarios regionales, tal y como se ha detectado en el “Informe de la situación de salud y de los servicios sanitarios de las CCAA”¹ y la “Evaluación de la Atención Primaria en

las CCAA”². Otros estudios realizados, aunque utilizan datos menos recientes, llegan a conclusiones parecidas³. De acuerdo con los dos primeros informes conviene destacar:

1. Se han detectado diferencias muy importantes en cuanto al estado de salud de la población, destacando: 2,5 años en la esperanza de vida; 3,6/1.000 nacidos vivos en la tasa de mortalidad infantil; 4,3 /100.000 en la tasa de mortalidad por tumor de mama y 17,4% en la valoración del estado de salud como bueno o muy bueno.

2. Las importantes diferencias se objetivan también entre los servicios sanitarios, siendo las más destacables: en la puntuación obtenida en el grado de satisfacción con los servicios sanitarios: 1,89; en el promedio de personas que habiendo utilizado los servicios sanitarios los consideran como buenos o muy buenos: 11,33%; en el porcentaje de los que opinan que los servicios sanitarios de su autonomía han mejorado desde las transferencias: 24,93%; en el gasto sanitario público per cápita: 175,48 euros; en el número de camas: 1,82 /1.000 habitantes; en los recursos humanos: 7,32 /1.000 habitantes; en el gasto farmacéutico per cápita: 97,11 euros; en el crecimiento del gasto farma-

céutico: 5,92%; en la mortalidad por apendicitis: 0,4/100.000 habitantes y en la mortalidad por efectos adversos: 1,26 /100.000 habitantes.

3. La Atención Primaria también tiene diferencias muy acusadas, como por ejemplo: porcentaje de centros de salud que oferta la cartera de servicios: 55,5%; habitantes adultos por médico general: 899 personas; porcentaje de médicos con más de 1.500 tarjetas sanitarias individuales (TSI): 60%; habitantes por enfermera: 700 personas; gasto per cápita en Atención Primaria: 73 euros y porcentaje de mayores de 65 años con vacunación antigripal: 29,9%.

Diferencias tan acusadas no parecen justificables, menos aún cuando no existe información disponible sobre las que hay dentro de cada autonomía, y suponen una importante fuente de desigualdad que habría que tratar de eliminar y/o disminuir de una manera significativa.

4. El sistema de financiación de las CCAA es una parte del problema. En primer lugar porque parte de una insuficiencia general que ha sido reconocida por el propio Gobierno en la Conferencia de Presidentes. En segundo lugar porque está basado en la capacidad de las CCAA

para generar recursos, a pesar de que la riqueza, medida en producto interior bruto (PIB) per cápita (según datos del Instituto Nacional de Estadística [INE] publicados en 2006) tenía un rango en 2005 entre 14.051 euros (Extremadura) y 27.279 (Madrid), lo que supone una gran diferencia a la hora de la recaudación tributaria. En tercer lugar porque el actual sistema de financiación deja al libre criterio de cada una de las CCAA la decisión de su gasto sanitario.

En cuarto lugar porque la transferencia de fondos a cada Comunidad como conjunto y las partidas extras (como las aportados por los fondos de la última conferencia de Presidentes o las procedentes de los fondos de cohesión o del céntimo sanitario) no son finalistas, y cada Comunidad puede destinar finalmente ese dinero a donde electoral o coyunturalmente más le interese, independientemente de la necesidades reales de salud o servicios sanitarios de su población.

En quinto lugar se ha detectado la falta de una política de personal del SNS con gran heterogeneidad de la misma en las distintas CCAA, lo que supone importantes discrepancias en aspectos relevantes de ésta, que van desde las retribuciones a la

existencia o no de dedicación exclusiva y entre los modelos de carrera profesional, y sobre todo en la capacidad de generar empleo. Es una evidencia de que la mayor privatización de los servicios sanitarios influye en un empeoramiento general de las condiciones laborales y profesionales (mayor carga de trabajo, menores recursos humanos, etc.), sin aumentar la eficiencia de los servicios prestados o incluso empeorando éstos.

5. Se ha observado un proceso generalizado de privatización de los servicios sanitarios, proceso que abarca a la introducción de mecanismos de mercado (separación entre financiación y provisión), el aumento de los fenómenos de concertación y externalizaciones, la creación de una multiplicidad de los llamados “nuevos modelos de gestión”, que introducen la lógica de la gestión mercantil en el Sistema Sanitario público, y las concesiones administrativas (bien totales, bien las PFI –Iniciativas de Financiación Privada–). Este proceso tiene mayor intensidad en algunas CCAA (Valencia y Madrid) que tienen gobiernos del PP, pero está presente en la mayoría de las CCAA, y sólo tres parecen apostar claramente en sentido

contrario, es decir, el refuerzo del Sistema Sanitario público (Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura).

En ningún caso, tanto en España como en otras partes donde se han aplicado estos modelos privatizadores y de mercado, han supuesto aumentos de la calidad o de la eficiencia de los servicios prestados, o incluso han empeorado éstos, pues en ellos prima la rentabilidad económica y el ánimo de lucro sobre la rentabilidad en salud o sociosanitaria⁴.

Una última reflexión tiene que ver con la relación entre las diferencias encontradas en la situación de salud y las también detectadas en los servicios sanitarios y en las políticas sanitarias de las CCAA, o dicho de otra manera ¿podemos afirmar que las diferencias en salud que existen entre las CCAA son el resultado de las políticas sanitarias que llevan a cabo sus gobiernos?

Existe algún estudio que ha señalado, a escala internacional, la relación entre el signo político de los gobiernos e indicadores de salud⁵, pero su aplicación a las diferencias interautonómicas es limitado, primero porque hay una gran disparidad entre ellas en otros aspectos que se conoce que están muy relacionados con

la salud (renta per cápita, tasas de paro, etc.), además porque los indicadores de salud sólo se modifican a medio plazo tras las intervenciones sanitarias y los disponibles son relativamente antiguos (2002-2004), y después porque la finalización de las transferencias es demasiado reciente para evaluar sus resultados, que sólo pueden ser responsabilidad de las políticas autonómicas en las autonomías que hace tiempo recibieron las transferencias (Cataluña, País Vasco, etc.), y tampoco deben olvidarse las desigualdades intracomunitarias, que pueden ser las principales responsables de las diferencias detectadas; algunos avances se han hecho en este campo^{6,7}, pero todavía está básicamente inexplorado.

¿Qué se puede hacer?

En este contexto se pueden producir dos situaciones: la primera es continuar la tendencia previa y dejar que se hagan más pronunciadas las diferencias existentes, y la segunda poner en marcha medidas que permitan avanzar en la cohesión real del SNS. Como ya se ha dicho el escenario más probable es de parálisis hasta las próximas elecciones, porque se

teme que cualquier error será aprovechado por el adversario, y porque existe una cierta cultura entre la clase política de que la mejor manera de no equivocarse es no hacer nada.

Pero, independientemente de lo que suceda, habría que intentar avanzar en los siguientes aspectos:

1. Poner en funcionamiento sistemas de información sanitaria que aporten datos homogéneos para todas las CCAA para poder realizar comparaciones, lo que precisa el establecimiento de estándares comunes para la recolección y tratamiento de la información sanitaria en todo el SNS. Ésta debería ser una tarea prioritaria del Consejo Interterritorial de Salud.

2. Los ciudadanos tienen derecho a tener acceso a los datos actualizados referentes a la situación de salud y al funcionamiento de los servicios sanitarios, por lo que es imprescindible garantizar la publicidad actualizada de todos los indicadores. La transparencia es un requisito imprescindible en un servicio público.

3. Debe asegurarse una financiación suficiente del SNS. Esta suficiencia exige un incremento de la financiación en razón de las necesidades de salud y debe suponer, aproximadamente,

entre 1 y 1,5 puntos de porcentaje sobre el PIB de incremento.

4. Es imprescindible el desarrollo del plan integrado de salud, tanto para fijar los objetivos de salud del SNS, como para adecuar la financiación a la consecución de estos objetivos.

5. Los Fondos de cohesión deberían de incrementarse sustancialmente, incluyendo en ellos toda la financiación adicional y asegurando su reparto entre las CCAA en razón de los objetivos del Plan integrado de salud.

6. También es necesaria la elaboración de planes de salud en cada CCAA para fijar los objetivos de la política sanitaria y establecer la distribución de los fondos públicos dedicados a Sanidad. Sería conveniente que estos planes de salud fueran aprobados por los parlamentos autonómicos.

7. Habría que avanzar en el establecimiento de estándares mínimos y ponderados de recursos sanitarios: camas, profesionales médicos y de enfermería (de Atención Primaria y Especializada) /1.000 habitantes (siendo lo deseable que pudieran ponderarse en relación con otras variables como estructura etaria de la población, dispersión, etc.), para garantizar

una dotación adecuada de los servicios sanitarios públicos, acercando nuestra situación a la de la media del contexto europeo.

8. Debe reforzarse la provisión sanitaria pública, favoreciendo una mayor integración de los recursos en las áreas de salud y la interconexión entre los niveles asistenciales.

9. Hay que paralizar el proceso privatizador de la sanidad y propiciar la integración en la red sanitaria pública de los centros que reciben financiación pública y tienen modelos de gestión pseudoempresariales, cambiando este carácter por el de entidades públicas en todos sus aspectos.

10. Es preciso poner en funcionamiento una red sociosanitaria pública coordinada con la atención sanitaria, y sin que esto suponga una nueva privatización de otra parcela de los servicios públicos.

11. Hay que articular centros de referencia supracomunitarios (bien estatales, bien para varias CCAA) porque es evidente que el tamaño de todas las CCAA no es compatible con el mantenimiento de todos los servicios sanitarios con una calidad adecuada. El Consejo Interterritorial (para los centros estatales) y los acuerdos

entre CCAA serían los mecanismos adecuados para asegurar esta colaboración en el ámbito del SNS.

12. Es necesario realizar una evaluación de las desigualdades en salud, tanto en el conjunto del SNS como dentro de las CCAA, analizando los diferentes aspectos que pueden influir en las mismas (nivel socioeconómico, género, política sanitaria y financiera aplicada, etc.) para poder desarrollar estrategias adecuadas para su reducción.

13. Deben desarrollarse mecanismos efectivos y reales de participación de profesionales y ciudadanos en el funcionamiento y gestión de los servicios sanitarios públicos.

14. Convendría garantizar la sostenibilidad del sistema público a través de un pacto de estabilidad del mismo, y del control y racionalización del gasto farmacéutico y tecnológico (nuevas tecnologías de imagen, informatización y megabases de datos, etc.).

15. Debe asegurarse la confidencialidad de la información de la salud de los ciudadanos, depositada en las bases de datos públicas, a través de mecanismos de control democrático, excluyendo en todo caso el acceso, gestión o cesión de esos datos a entidades privadas o semiprivadas y persiguiendo de oficio cualquier violación de ello.

Algunos de estos objetivos están incluidos en el Plan de calidad del SNS⁸, pero resulta difícil asegurar su cumplimiento en la situación actual. Desde mi punto de vista la clave está en asegurar una mayor dotación de los Fondos de cohesión, y su distribución condicionada al cumplimiento de los objetivos marcados por el Consejo Interterritorial, que además así aumentaría en operatividad y relevancia porque, como señaló hace tiempo un filósofo alemán nacido en Treveris, la economía es un factor clave para entender las relaciones sociales e institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Bayle M, Palomo L. Informe sobre la situación de salud y de los servicios sanitarios de las CCAA. *Rev Adm Sanit.* 2007;5:147-73.
2. FADSP. Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. Disponible en: www.fadsp.org
3. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Documento de trabajo 90/2006. Fundación Alternativas. Disponible en: www.falternativas.org
4. Pollock A. *NHS pic.* London: Verso; 2005.
5. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet.* 2006;368:1033-7.
6. Díez E, Peiró E. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:158-67.
7. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía: Primer Informe sobre Salud y desigualdades sociales y de género en Andalucía (INDESAN-Iº). Disponible en: www.fadsp.org
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007. Disponible en: www.msc.es

