
¿Se debe reunificar la sanidad pública?

José Manuel López Saludas

Resumen: Este trabajo pretende resumir críticamente los trabajos más significativos de los expertos de la sanidad, referentes a los efectos o consecuencias del proceso de descentralización sanitaria. Asimismo, pretende reflexionar si se debe, o no, reunificar la sanidad, ya que el actual modelo sanitario (descentralización política) ha contribuido a la inequidad y al incremento de un gasto sanitario público, que es insostenible, sin perjuicio de una eficacia que ineludiblemente debería mejorarse en los próximos años. A lo largo de 2012 y 2013 se ha suscitado un debate muy interesante en torno a si el Estado debe, o no, recuperar las competencias de sanidad. En definitiva, ¿mejoraría la equidad, la eficacia y la eficiencia económica si se reunificará la sanidad pública?

Palabras clave: Eficiencia; descentralización; coordinación; administraciones públicas; sanidad.

Códigos JEL: H41; H51; H75; I18.

1. Introducción

En el nº 5 de esta Revista, el profesor Domínguez Martínez analizaba, combinando el rigor y la didáctica, temas de trascendental importancia: la sostenibilidad del Estado del Bienestar, la justificación de la intervención pública en el ámbito de la salud y la evolución del gasto público en sanidad. Asimismo, invitaba a reflexionar sobre algunos aspectos cruciales de la sanidad, entre los cuales cabe resaltar los siguientes: ¿Pueden identificarse márgenes de mejora en el ámbito de la eficiencia? y ¿Cómo puede mejorarse la coordinación entre los distintos sistemas regionales? Este trabajo pretende reflexionar sobre estas dos cuestiones y para ello realizaremos un resumen crítico de los trabajos más significativos de los expertos de la sanidad (principalmente, economistas y personal sanitario), referentes al proceso de descentralización sanitaria, la cual, a nuestro juicio, ha sido la causante principal de la ineficiencia económica del sector público sanitario. Si la descentralización sanitaria es la causante principal de la ineficiencia económica (es notorio el despilfarro en muchos aspectos), asimismo, también existe una solución plausible: la reunificación de la sanidad.

La descentralización funcional (o descentralización por servicios) no implica la distribución del poder político en el seno del Estado o de su territorio, ya que su finalidad es, únicamente, la de otorgar mayor libertad de gestión a los responsables de un servicio público a través de la creación de Entes con personalidad administrativa y financiera (Organismos Autónomos, Fundaciones Públicas, etc.). La desconcentración es algo parecido a la descentralización funcional, pero, sin embargo, no se

crea ningún ente con personalidad, ya que el objetivo que persigue es la transferencia de competencias de forma permanente de un órgano superior a otro inferior (dentro de un mismo ente). La finalidad que persigue la desconcentración es descongestionar el trabajo de los órganos superiores mediante el «trasvase» de sus competencias a otro órgano inferior, y, lógicamente, entre dichos órganos existe la correspondiente relación jerárquica (Parada Vázquez, 1991, págs. 30-33).

La descentralización política que contempla la Constitución ha implicado que, desde 1982 hasta 2002, se hayan transferido¹ paulatinamente las competencias de sanidad a las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) y a las 2 Ciudades Autónomas. En consecuencia, actualmente, todas las CC.AA. tienen capacidad normativa para gestionar la sanidad y el Ministerio de Sanidad, de hecho, no ha utilizado todas facultades jurídicas que tiene a su alcance para legislar sobre la gestión sanitaria que realizan las CC.AA.

Según las encuestas realizadas hasta finales de los 90, la mayoría de los ciudadanos (un poco más de la mitad) consideraban que la descentralización sanitaria había sido positiva porque los gobiernos autonómicos conocen mejor (que el gobierno central) las necesidades y preferencias de los ciudadanos. Además, el grado de satisfacción de los usuarios de

¹ Dicha descentralización política se ha efectuado mediante las leyes de transferencia o delegación y/o reconociendo las competencias sanitarias en los respectivos Estatutos de Autonomía (por ejemplo, artículo 162 del Estatuto de Autonomía de Cataluña).

los servicios sanitarios ha ido creciendo a lo largo del tiempo, especialmente a lo largo de los años 90 (Rico y López-Casasnovas, 2001).

Según el Barómetro Sanitario de 2009, 2010, 2011 y 2012, el grado o nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema Sanitario Público o Servicio Nacional de Salud (SNS) en España fue (sobre 10): 6,35, 6,57, 6,59 y 6,57, respectivamente. Por tanto, se puede concluir que los usuarios están satisfechos (aprobado alto, sin llegar a notable) de los servicios sanitarios recibidos.

La mayoría de los expertos económicos de la sanidad (especialmente los profesores universitarios), así como todos los partidos políticos, son (o han sido, hasta fechas recientes) defensores a ultranza de la descentralización sanitaria (descentralización política), ya que los buenos resultados obtenidos por el Estado de las Autonomías *«pueden atribuirse en gran medida a la descentralización sanitaria, una de las políticas “estrella” de los distintos gobiernos regionales, precisamente como resultado de la aparición de unas nuevas relaciones más dinámicas entre ciudadanos, gobiernos autonómicos y gobierno central (...) A su vez, la descentralización ha estimulado simultáneamente un balance positivo de cooperación y competencia entre gobiernos autónomos en política sanitaria, que ha dado como resultado la generación y difusión de mejoras importantes tanto en la gestión de los servicios como el binomio cantidad y calidad de las prestaciones»* (López-Casasnovas, 2003, págs. 321-325)².

¿Unas aseveraciones de esta naturaleza se corresponden con la realidad o, por el contrario, carecen del necesario rigor científico? ¿Los estudios realizados concluyen que ha sido beneficioso transferir las competencias del INSALUD a las CC.AA.? ¿Se mejoraría la equidad, la eficacia y la eficiencia si se reunificara la Sanidad?

² Las frases seleccionadas del profesor López-Casasnovas, a nuestro juicio, son una fiel representación de frases estereotipadas similares que se han pronunciado o escrito (durante muchos años) por parte de políticos de todas las ideologías y por la mayoría de expertos económicos de temas sanitarios. En aras de una repetición innecesaria (por ser hechos notorios), nos remitimos a las hemerotecas y videotecas existentes.

2. Consecuencias de la fragmentación del sistema sanitario público:

2.1. Incremento del coste sanitario público per cápita.

Según el Grupo de Trabajo para el Análisis del Gasto Sanitario³, en el año 2001, el coste sanitario público per cápita de las siete CC.AA. que tenían transferidas las competencias de sanidad ascendió a 821 €, mientras que el coste de las diez CC.AA. gestionadas por el INSALUD ascendió a 812 €. A pesar de que las primeras tenían más población (19,7 millones) con respecto a las segundas (12,0 millones), éstas fueron más eficientes que las primeras. Desde la perspectiva de la racionalidad económica, las siete CC.AA. (mayor población y densidad) deberían haber sido más eficientes que el resto de CC.AA., pero, sin embargo, aquéllas no supieron (o no quisieron) generar economías de escala. En consecuencia, en el año 2001, la descentralización sanitaria fue sinónimo de mayores costes sanitarios per cápita (menor eficiencia económica⁴) con respecto a la sanidad centralizada (competencia del INSALUD). Las diez CC.AA., a las que en el 2002 les transfirieron las competencias sanitarias, experimentaron un incremento en el período 2003-2005 (en euros constantes por persona) del 1,28% con respecto al período 1999-2001 gestionado por INSALUD (Repullo, 2007, págs. 54-55), es decir, tan pronto como los servicios sanitarios se transfirieron del INSALUD a los Servicios Regionales de Salud (SRS), empezó el incremento desmesurado e injustificado del gasto sanitario público (por las razones que luego se exponen). En definitiva, la descentralización de la sanidad incrementó los costes con respecto a la situación anterior (centralización) y, sin embargo, no produjo mejoras en los indicadores de salud (las mejoras son irrelevantes). La razón principal del incremento de los costes sanitarios es que no se mejora la eficiencia económica de las empresas que producen los servicios sanitarios. El coste per cápita de los servicios sanitarios homogéneos producidos por el «modelo MUFACE»

³ Dirección en Internet:

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/IGTGS2005.pdf>

⁴ La eficiencia se puede analizar desde la óptica técnica (eficiencia técnica) y la económica (eficiencia económica). La eficiencia económica consiste en elegir el método de producción que consiga producir el bien o servicio al menor coste posible (minimizar los costes), sin perjuicio de la evaluación de la calidad a la que debe producirse dicho bien o servicio (criterio de eficacia).

es muy inferior al coste del modelo de «gestión directa» que han implantado la práctica totalidad de las CC.AA., es decir, la ineficiencia económica del gasto sanitario público total⁵ per cápita de las CC.AA. es un 53%- 60% con respecto al «modelo MUFACE» y un 53%-57% con respecto al conjunto de la Mutualidad de Funcionarios⁶ (López Saludas, 2013b, págs. 77-78).

El incremento del gasto sanitario público total durante el período 2002–2009 fue exponencial (8,97% de TAM⁷), cuya cifra es muy superior al incremento que experimentó el IPC (2,66% de TAM) y la población protegida por el SNS (1,77% de TAM), lo cual explica los grandes problemas económicos-financieros actuales del SNS.

Si bien es cierto que la práctica totalidad de los ciudadanos que residen en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita a través del SNS, no obstante, un segmento considerable (casi el 20%) tiene doble cobertura⁸. En el año 2011, 8.405.976 personas tuvieron doble cobertura y las primas que pagaron por los diversos contratos de seguros médicos privados que suscribieron con las diversas empresas aseguradoras ascendieron a 5.096,3 millones de euros, lo cual supone que la prima media anual por persona asegurada fue de 606,27 euros. Lógicamente, estos 8,4 millones de personas «descargan» al SNS, es decir, si estas personas no se costearan el seguro médico privado, el SNS debería prestar los servicios que aquéllas reciben a través de sus seguros privados y, por tanto, el coste del SNS se incrementaría, como mínimo, en el valor de las primas que pagan a las empresas aseguradoras (López Saludas, 2013c, págs. 61-62).

Desde el 2008 hasta noviembre de 2013, la situación económico-financiera se ha agravado como consecuencia de que la crisis económica (períodos simultáneos de estancamiento y recesión económica) ha generado un elevado déficit público cada año (8,51% y 6,98% del PIB en 2011 y 2012,

respectivamente) que, ineludiblemente, debe corregirse⁹ en los próximos años, lo cual requiere de políticas presupuestarias audaces, ortodoxas y contundentes. Es ineludible que todas las Administraciones Públicas incrementen, en los próximos años, el grado de eficiencia de todas sus actividades y, sobre todo, cualquier bien preferente se debería producir con el método de producción que sea más económico para el erario público.



El sistema sanitario público español tiene problemas similares al resto de los países de la OCDE, ya que los gastos sanitarios totales (públicos más privados) han aumentado considerablemente en los últimos años (relación de dichos gastos con respecto al PIB), pero dicha tendencia alcista, si no se abordan reformas profundas, a medio o largo plazo será insostenible. No obstante, a partir del 2010, en casi todos los países de la OCDE, la proporción entre el gasto sanitario público y el PIB ha disminuido como consecuencia de las reducciones presupuestarias que han tenido que implementar dichos países. Según la OCDE, «la disminución y los recortes en sanidad pública, por habitante y año, y en porcentaje de PIB, ponen fin a incrementos generalizados que se habían sucedido desde hacía varias décadas». Por ejemplo, en Grecia, el gasto en sanidad pública creció entre 2000 y 2009 a una tasa media del 5,7%, pero en 2010 disminuyó un 6,7% con respecto a 2009. La disminución media de los países de la OCDE fue del 0,5% durante 2010, pero en España dicha

⁵ Se incluye la asistencia sanitaria, el gasto farmacéutico, las prótesis y otras prestaciones.

⁶ MUFACE + ISFAS + MUGEJU.

⁷ La Tasa Anual Media (TAM) significa la tasa anual uniforme a la que hubiese tenido que crecer una cantidad inicial, entre diversos períodos analizados, para alcanzar el valor del último período. $TAM = ((70.340.683 / 38.563.045)^{1/7} - 1) * 100 = 8,97\%$.

⁸ Son los usuarios del SNS que, por las razones que sean, suscriben un contrato privado con empresas privadas médicas para que éstas les presten determinados servicios médicos (atención primaria, especializada, urgencias, intervenciones quirúrgicas, etc.).

⁹ <http://www.minhap.gob.es/es-ES/Prensa/En%20Portada/2011/Paginas/ElGobiernohaaprobadoelProgramadeEstabilidad2011-2014yelProgramaNacionaldeReformas2011.aspx>

disminución fue aún mayor (1,94% y 2,09%¹⁰ en 2010 y 2011, respectivamente).

2.2. La insuficiente coordinación y cooperación entre las CC.AA. impide generar economías de escala

La coordinación administrativa consiste en «conjuntar diversas actividades» en el logro de una misma finalidad, al objeto de evitar la duplicación de esfuerzos y acciones divergentes e, incluso, contradictorias. Cuando no existe relación de jerarquía (lo que ocurre entre las diversas CC.AA.), la coordinación es más difícil de establecer, porque la autonomía que constitucionalmente protege a estos Entes les inmuniza contra la coacción que el órgano coordinador tuviera necesidad de ejercitar. No obstante, según la Constitución (CE), al Estado le corresponde una potestad de coordinación sobre las CC.AA. (artículo 149.1 CE¹¹). También el Estado tiene poder de «coordinación» sobre las CC.AA. a través de la legislación estatal (leyes marco y leyes de armonización, artículos 150.1 y 150.3 de la CE, respectivamente). La cooperación es una coordinación voluntaria desde una posición de igualdad de los diversos Entes públicos, sin imperatividad ni coacción para su cumplimiento (Parada Vázquez, 1991, págs. 47-54).

Las diferencias territoriales en España son evidentes en lo que respecta al número de personas que habitan en las diecisiete CC.AA. En algunas CC.AA. viven tan pocas personas que ni siquiera alcanzan el tamaño mínimo crítico, ya que se considera que una CC.AA. debe tener, como mínimo, medio millón de personas para así poder ofrecer todas las prestaciones sanitarias, porque, en caso contrario, se asumiría un riesgo excesivo (insuficiente tamaño del «pool de riesgos»). La descentralización sanitaria ha consistido en que, de hecho, cada CC.AA. ofrece todos los servicios a sus ciudadanos (se considera autosuficiente), sin tener en consideración las economías de escala que se obtendrían si las diversas CC.AA. limítrofes planificaran conjuntamente determinados servicios sanitarios que son intensivos en capital, lo cual redundaría en beneficio de todas

ellas (se obtendría mayor eficiencia económica). Sin embargo, cada C.A. ha pensado más en criterios políticos que económicos, ya que cada una emula todo aquello que hace el resto de CC.AA., lo cual provoca unos desproporcionados incrementos de los costes de producción de los servicios sanitarios públicos. El mencionado efecto emulación ha provocado, entre otras cosas, que cada C.A. ofrezca mayores prestaciones sanitarias que las establecidas en la legislación básica estatal (catálogo de prestaciones comunes) y, por supuesto, estas prestaciones sanitarias adicionales son a cargo del erario público. En la práctica, las 17 políticas sanitarias han generado desigualdades entre ciudadanos españoles que habitan en las diversas CC.AA., sin perjuicio de las diferencias abismales existentes en lo que respecta a las «lista de espera» para las intervenciones quirúrgicas y tiempo de espera para acceder a un médico especialista. Y, finalmente, un aspecto muy importante y que la evidencia empírica así lo acredita: un mayor gasto sanitario no es garantía de la consecución de mejores indicadores de salud (Barrera Páez, 2006, págs. 253-258).

Desde la perspectiva de la racionalidad económica, la centralización de los servicios sanitarios permitiría planificar la oferta sin necesidad de tener que «ofertar de todo en todas partes». Asimismo, gastar más no necesariamente implica gastar mejor, y así lo pone de manifiesto la evidencia empírica nacional e internacional. Sirva de ejemplo un estudio econométrico que realizaron Costa-Pons y Pons-Novell (2005) con datos del período 1992-1998, el cual fue concluyente: la descentralización de los servicios sanitarios ha provocado que el gasto sanitario público en España haya aumentado (con respecto al PIB) y que las regiones más ricas gastan más per cápita, especialmente las comunidades forales.

Ahora bien, el crecimiento del gasto en sanidad y sus diferencias entre territorios como consecuencia de la existencia de 17 Servicios Regionales de Salud es bastante común en muchos países occidentales que tienen descentralizados los servicios sanitarios. La variable principal que contribuye al aumento desproporcionado del gasto sanitario per cápita es el progresivo envejecimiento de la población, ya que la población anciana consume muchos más servicios sanitarios que el resto de las personas¹². No obstante,

¹⁰ El Gasto público total devengado (según EGSP) fue de 70.505.649, 69.136.882 y 67.689.412 miles de € en 2009, 2010 y 2011, respectivamente, lo cual supuso una disminución de 1.368.767 y 1.447.470 miles de € en 2010 y 2011, respectivamente (una reducción porcentual del 1,94% y 2,09% en 2.010 y 2.011, respectivamente).

¹¹ El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: ... «Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos».

¹² Según el Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario de la Intervención General de la Administración General del Estado (2005), una persona mayor de 75 años consume 3,12 veces la media del gasto hospitalario por

también existen otros factores que contribuyen al aumento del gasto sanitario como, por ejemplo, el exceso de demanda como consecuencia de la gratuidad de la mayoría de los servicios sanitarios (a coste cero, demanda infinita) y la ineficiencia económica de los SRS con respecto al INSALUD. La evidencia empírica existente pone de manifiesto que existen diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos, ya que existen desigualdades «visibles» en Atención Primaria, Especializada y Dotaciones de Alta Tecnología Médica y, asimismo, desigualdades «menos visibles», las cuales consisten en que cuanto mayor es la cantidad de recursos disponibles (camas hospitalarias, profesionales sanitarios, tecnología, etc.), mayores son los niveles de utilización. Es un hecho objetivo que, tanto las personas mayores de 65 años como el resto de la población, hacen un mayor uso de los servicios sanitarios que el resto de los países de la OCDE, sin que ello se corresponda con un empeoramiento de su estado de salud. Aunque el gasto sanitario per cápita es diferente en las 17 CC.AA., sin embargo, después de la descentralización, las desigualdades¹³ en salud entre CC.AA. apenas se han modificado, lo cual pone de manifiesto que más gasto sanitario (en los países desarrollados) no implica necesariamente que mejoren los indicadores básicos de salud, ya que los Servicios Regionales de Salud producen los servicios sanitarios en la zona de los rendimientos decrecientes (Cantarero, 2008, págs. 141-166).

En resumen, la descentralización de la sanidad en España es una consecuencia del Estado de las Autonomías, o sea, trasciende del ámbito de la sanidad. Las CC.AA. son heterogéneas en lo que respecta al número de habitantes que tienen cada una de ellas (así como la densidad), lo cual ha generado, como decíamos, que algunas CC.AA. no tengan la masa crítica poblacional que se requiere para que un seguro de salud sea financieramente viable. Y, asimismo, no puede afirmarse que la descentralización territorial de la sanidad pública conduzca, con carácter general, a mejorar la salud de los ciudadanos ni que se consiga mayor eficiencia económica con respecto a la situación anterior (centralización a través del INSALUD).

cápita. Asimismo, las personas de edades comprendidas entre los 65 y 74 años y las mayores de 75 años consumen 3,21 y 4,30 veces la media del gasto farmacéutico por cápita.

¹³ Los indicadores más utilizados son la esperanza de vida (al nacer, libre de incapacidad, en buena salud), la tasa de mortalidad infantil, la autovaloración de la salud, la mortalidad evitable, etc.

2.3. Inequidad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios

La descentralización sanitaria, como decíamos anteriormente, no sólo existe en España, ya que también se ha realizado en muchos países europeos, pero, sin embargo, los gobiernos centrales conservan capacidad jurídica sobre la política sanitaria de los territorios o regiones, reservándose el «derecho fáctico de veto» sobre los sistemas regionales de salud mediante el carácter condicionado de las transferencias de los fondos. La centralización permite planificar la oferta sin necesidad de tener que «ofertar de todo en todas partes». La mayoría de las CC.AA., en lugar de aprender unas de las otras (de sus éxitos y fracasos), desde el principio hasta finales de 2009, compitieron entre ellas para conseguir liderar el ranking de la «cartera de servicios más completa» (efecto ostentación). Una vez concluidas las transferencias sanitarias a todas las CC.AA. no existen indicadores comparables (las carteras de servicios de cada CA, de hecho, son diferentes) y, por tanto, resulta difícil evaluar la eficiencia de la gestión y la equidad del acceso entre CC.AA. (González et al, 2008, págs. 4-9).

La equidad en la salud consiste en la «igualdad de oportunidades» y, por tanto, el Estado debe garantizar que cada ciudadano tenga iguales posibilidades en «relación con varios resultados sustantivos o de contenido de un sistema sanitario» (Saltman, 1997, págs. 17-29).

A nuestro juicio, la equidad en la sanidad pública consiste en que todas las personas que residen en España deberían tener igual acceso a los mismos servicios sanitarios públicos, si tienen igual necesidad, con independencia de la C.A. en que residan.

Es un hecho evidente que la descentralización sanitaria ha provocado inequidad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios públicos, ya que no existe igualdad efectiva en lo que respecta a las prestaciones sanitarias que reciben los ciudadanos según la CC.AA. en la que residan. Aunque no existe inequidad territorial en el acceso a los servicios hospitalarios, sin embargo, hay evidencia empírica de diferencias territoriales tanto en la visitas al médico general como en la visitas al especialista. Estas diferencias ponen de manifiesto que no existe equidad territorial por CC.AA. (Abasolo et al., 2008, págs. 87-103).

3. Críticas más relevantes al actual modelo sanitario

Hasta el año 2009 la práctica totalidad de la comunidad científica (los llamados expertos económicos en sanidad) exaltaba la descentralización de la sanidad, ya que se consideraba que ello había contribuido a *«mejoras importantes tanto en la gestión de los servicios como el binomio cantidad y calidad de las prestaciones»* (o frases estereotipadas similares), a pesar de que la fragmentación del SNS había provocado *«inequidad interterritorial»*, pero ello estaba plenamente justificado porque la *«igualdad»* en el Estado de Autonomías no es equivalente a *«uniformidad»*. Además, como comentábamos anteriormente, las transferencias sanitarias habían aumentado considerablemente el gasto sanitario público per cápita, sin que ello hubiera repercutido positivamente en el estado de salud del conjunto de los ciudadanos españoles (sin perjuicio del aumento generalizado de las lista de espera en la mayoría de las CC.AA.). Algunos estudios (citados y comentados) ponían de manifiesto el incremento exponencial del gasto sanitario público y la inequidad interterritorial, pero, sin embargo, no proponían políticas para corregir dichas inequidades o ineficiencias económicas o las que proponían consistían en seguir incrementando el gasto sanitario público con el pretexto de que aún el porcentaje del gasto sobre el PIB era inferior a la mayoría de los países de la OCDE. En consecuencia, si la transferencia de la sanidad del INSALUD a las CC.AA. había generado inequidad e ineficiencia económica, desde la perspectiva de la racionalidad económica estaría justificado el cambiar de «modelo» sanitario o recentralizar la misma (recuperar la Administración General del Estado la competencia de los servicios sanitarios). ¿A qué se debía (y debe) este silencio prolongado de la mayoría de los expertos de la Economía Pública, en general y de la Economía de la Salud, en particular?

Como decíamos anteriormente, la mayoría de la comunidad científica, así como la clase política, aplaudían los supuestos beneficios de la descentralización política¹⁴ y, asimismo, de la descentralización sanitaria, en particular. Sin

¹⁴ Los tópicos o mitos que propagaban casi todos los políticos se resumen en lo siguiente: las comunidades autónomas son un elemento de la España «plural» que han contribuido al progreso y al equilibrio del país y no se debe cuestionar un modelo que ha tenido tanto éxito.

embargo, en el año 2007¹⁵, el profesor Gonzalo y González¹⁶ puso de manifiesto lo que algunos científicos pensaban (en privado) pero ninguno se había atrevido a decir públicamente¹⁷: *«Se debe recentralizar la Sanidad de las Autonomías al Estado»*. La conferencia pronunciada por el citado profesor, no sólo tuvo el valor de hablar de un tema tabú («la recentralización o reunificación»), sino que también abordó otros aspectos que, hasta entonces, también eran tabú: la gestión privada de los centros de atención primaria y otros servicios no sanitarios, la falta de equidad y la extensión del copago a diversas prestaciones sanitarias. Dicha conferencia tuvo eco en diversos medios de comunicación¹⁸, y las frases más relevantes que se publicaron fueron: *«Que la sanidad vuelva a depender directamente del Estado como única forma de garantizar el principio de equidad: que todos los pacientes reciban la misma asistencia médica con independencia de dónde residan...»*, *«Hasta el momento sólo una organización sindical médica ha planteado la recentralización de servicios médicos de Salud, algo que yo apoyo, ya que la asistencia sanitaria general debe estar garantizada en condiciones de igualdad»*. *«El principio de equidad tras las transferencias sanitarias se incumple tanto en el ámbito de la Sanidad como en el de la Educación»*. *«La falta de igualdad deriva de esta pintoresca organización del Estado de las Autonomías...»*. *«... la privatización de los propios centros de atención primaria y ... la extensión del sistema de copago a un conjunto más amplio de prestaciones, excluyendo del mismo a pensionistas y usuarios con rentas inferiores a un determinado nivel... los economistas decimos que a precio cero, demanda infinita. Con un precio, se moderaría la demanda»*. En parecidos términos, Gonzalo y González, se expresó¹⁹ en el año siguiente (2008) en La Granda, y, por supuesto, aún, ningún otro científico se atrevía a hablar (públicamente), con un lenguaje claro, preciso y contundente, de estos temas tan polémicos. Sin embargo, desde la perspectiva de la racionalidad económica, al igual que

¹⁵ Conferencia pronunciada en el verano de 2007, organizada por la Escuela Asturiana de Estudios Avanzados de La Granda.

¹⁶ En el buscador Google no hemos encontrado ningún científico de la Economía Pública que fuese partidario de la recentralización o reunificación de la sanidad con anterioridad a 2007.

¹⁷ Aunque la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos había propuesto la recentralización, ningún científico de la Economía Pública se había atrevido a decirlo públicamente.

¹⁸ Publicado el día 8 de agosto de 2007 en www.lne.es.

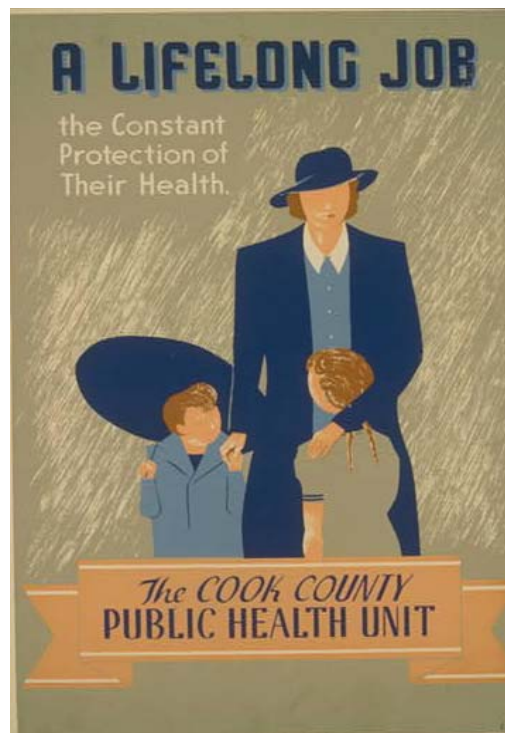
¹⁹ Publicado los días 17, 19 y 30 de julio de 2008 en: elEconomista.es, [diario e-cyl](http://diario-e-cyl.com), misaludnoesunnegocio.net y www.enfermeriavalladolid.com.

habían hecho casi todos los países europeos desde finales de los 90 para afrontar el creciente gasto sanitario público, era inevitable: «... *generalizar el copago..., recentralizar lo recentralizable, ... porque, la centralización de servicios genera unas economías de escala que permiten ahorrar costes...*». Además, el Estado de las Autonomías es más costoso para el ciudadano que un Estado centralizado que opera a través de delegaciones territoriales (u otros entes territoriales, con o sin personalidad jurídica), ya que «*mantener diecisiete burocracias sanitarias en un país como España es un disparate... En España se han inventado unas Administraciones clónicas de la del Estado que practican una especie de neocentralismo con la Administración Local, que son las auténticas Administraciones*».

Asimismo, Esperanza Martí²⁰, gerente de la Fundación Puigvert, denunció el intervencionismo de los poderes públicos en los hospitales privados concertados de Cataluña como consecuencia del nuevo «reino de taifas» existente en Cataluña y en el resto de las CC.AA. Martí tuvo el coraje de denunciar algo obvio para cualquier ciudadano que resida en Cataluña desde hace años y que, por supuesto, tenga la necesaria información objetiva y el imprescindible espíritu crítico: se habían creado muchos puestos para «burócratas» (miembros del partido gobernante) que viven de las arcas del Gobierno autonómico, así como un modelo sanitario muy intervencionista que «*puede acabar de destruir el sistema sanitario catalán que ha sido, durante años, ejemplo para muchas administraciones públicas*». Martí consideraba que «*es increíble que el Ministerio de Sanidad mantenga 17 modelos diferentes de acreditación en un mismo Estado*» y que «*exista una clara falta de organización y coordinación, desde el propio Ministerio, en la planificación de los grandes dispositivos asistenciales*». Asimismo, *la fragmentación del sistema sanitario implica que existan CC.AA. sin masa crítica, lo cual tiene consecuencias negativas de toda índole* (que ya hemos analizado), *así como que se produzcan situaciones tan esperpénticas como construir «dos hospitales de gran nivel a un lado y otro de la línea divisoria de dos autonomías*».

Ante tantas irracionalidades cometidas en Cataluña por los responsables de la gestión de la Sanidad (extrapolable, insistimos, al conjunto de las CC.AA.), Martí puso de manifiesto la notoria incompetencia de los políticos que tienen la responsabilidad de gestionar ingentes recursos económicos sin tener, en

la mayoría de los casos, la mínima capacitación técnica ni experiencia previa en un asunto tan importante: la sanidad. Martí recomendaba, dada su larga y acreditada experiencia profesional, a los políticos «*que aprendan, de una vez por todas, que la política es el arte de lo que es posible, que deben tocar con los pies al suelo y dejar de soñar utopías, para darse cuenta, de una vez por todas, que contamos con la red hospitalaria que tenemos, y no otra, y que contamos con los recursos disponibles, y ni un céntimo más*».



Como corroboración de las afirmaciones de Martí, creemos que es ilustrativo el siguiente caso, el cual es extrapolable al conjunto de Cataluña: en una zona del Vallés Oriental (comarca de Barcelona), existía un servicio de urgencias nocturno (desde las 24 horas hasta las 8 horas, el cual necesitaba 2 personas como mínimo) en los Centros de Salud de diversas poblaciones (Cardedeu, La Garriga, Lliça d'Amunt, y Montornés), los cuales atendían, en promedio, menos de 1 visita/noche cada centro, pero, además, dichos centros sanitarios están (y estaban) en un radio inferior a 10 kilómetros con respecto a la capital (Granollers), la cual tiene un Hospital General y un centro de urgencias 24 horas, sin perjuicio del servicio 061 (atención telefónica 24 horas) y el servicio de ambulancias. ¿Nos podemos o podíamos permitir tanto despilfarro?

Como consecuencia de las restricciones presupuestarias a las que están sometidas las CC.AA.

²⁰ Entrevista en la Revista de Economía de la Salud, 2006 (vol. 5, nº.5).

desde 2010, éstas han tenido que implementar políticas de racionalidad económica como, por ejemplo, suprimir paulatinamente dichos servicios de urgencias médicas nocturnas y otros disparates semejantes. ¿Cuántas personas tuvieron el valor y coraje del profesor Gonzalo y González y la Sra. Esperanza Martí? Evidentemente, salvo contadísimos casos²¹, nadie. ¿Por qué? Evidentemente, no pretendemos contestar a estas preguntas (son meras reflexiones en voz alta) porque ello requeriría un trabajo diferente al actual (o incluso de una tesis doctoral). Durante mucho tiempo, sin evidencia empírica que lo avalara, se ha dicho que nuestro sistema autonómico ha generado, por diversas causas, una creciente eficiencia en el gasto público y un importante crecimiento económico. Sin embargo, unas afirmaciones de semejante naturaleza son un simple mito, ya que, por ejemplo, un estudio reciente que ha analizado diversos países descentralizados (España, EE.UU. Alemania, Italia, India y Méjico), pone de manifiesto que es oportuno desmitificar lo que se ha propagado durante las últimas décadas al objeto de justificar y exaltar la existencia de 17 CC.AA.: «*la descentralización política genera eficiencia económica*». En definitiva, no existe evidencia de una correlación positiva entre el comienzo de la autonomía regional (o el aumento de transferencias a los gobiernos regionales) y unos mejores resultados económicos. Incluso en países como Méjico y EE.UU., los Estados que han ganado más poderes para desarrollar políticas autónomas a lo largo de los últimos años, muestran una peor trayectoria económica relativa que la que habían conocido bajo un sistema más centralizado de «gobernanza económica». En definitiva, la descentralización no genera ni eficiencia en la provisión de bienes y servicios públicos ni consigue mayor crecimiento económico que los Estados centralizados (Rodríguez-Pose, 2005, págs. 147-163).

Según los estudios realizados en el año 2011 por la Organización Médica Colegial²² y el Consejo General de Enfermería²³, la mayoría de los españoles quieren la recentralización de la Sanidad, ya que «el 70% de los españoles quieren que la competencia sanitaria

vuelva al Estado»²⁴. Los motivos que han contribuido a que la mayoría de los ciudadanos sean partidarios de que el Estado deba «*asumir las competencias de Sanidad*» son principalmente la falta de equidad y, en algunos casos, la mala gestión de los servicios sanitarios en algunas autonomías, sin perjuicio del disparatado coste en que incurren. Ambos estudios denuncian la fragmentación del sistema sanitario, la cual ha provocado «*diferencias acusadas*», tales como que Aragón y Madrid tengan 4,3 médicos por cada 1.000 habitantes, mientras que Castilla-La Mancha tiene 2,8. Asimismo, ambos estudios hacen alusión a «*las desigualdades en materia de sanidad entre las comunidades autónomas, las cuales cada vez son más grandes*», a las «*fronteras²⁵ sanitarias entre comunidades*», al «*oscurantismo de las autonomías*» y que «*el gasto sanitario se haya incrementado, no se ha traducido en beneficios para la salud*».

Unos datos muy significativos son los siguientes: a) el 92% de los encuestados son conscientes de la difícil situación económica de España; b) el 68,3% de la población aceptarían la reducción de algunos medicamentos y prestaciones de menos importancia o necesidad; c) la gran mayoría (casi nueve de cada diez) aceptaría que los jubilados pagasen las medicinas como el resto de la población; d) el 63,5% de los ciudadanos aceptaría el copago sanitario en la Sanidad pública, cuya medida la consideran «justa» y «eficaz» en los próximos años; y e) el 66,8% son partidarios de que se introdujera la gestión privada en la Sanidad pública.

A consecuencia del insostenible gasto sanitario público, a lo cual ha contribuido, sin lugar a dudas, la fragmentación del sistema sanitario, muchos expertos en Economía de la Salud, a lo largo del año 2011, han «*reabierto el debate sobre la recentralización*»²⁶, es decir, ya existen políticos, economistas y profesionales que creen que la causa principal del creciente e insostenible gasto sanitario público ha sido la fragmentación del sistema sanitario, pero, a la vez, ahora se atreven a manifestar sin tapujos cuál es la solución: la recentralización o reunificación de los servicios sanitarios.

²¹ La Asociación para la Defensa de la sanidad Pública dijo en repetidas ocasiones que se debe «despolitizar» la elección de los directivos de los centros sanitarios públicos y, en su lugar, elegir a directivos con solvencia profesional acreditada.

²² Informe titulado «Demografía Médica 2011. Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario»

²³ Estudio realizado a través de 1.200 encuestas, cuyo título es «El futuro de la Sanidad Pública».

²⁴ Estos estudios se publicaron en diversos medios de comunicación (La Razón, ABC, El Mundo, Intereconomía, etc.) los días 3 y 4 de Noviembre de 2011.

²⁵ A finales del año 2011 afloraron los múltiples problemas que tienen los habitantes de las CC.AA. del País Vasco y de La Rioja.

²⁶ Titular del periódico digital CorreoFarmaceutico.com, publicado el 4 de abril de 2011.

Asimismo, muchos de los que proclamaban frases tan solemnes con respecto a los «grandes beneficios» de la descentralización, no tienen ningún reparo en decir, muchos años después, todo lo contrario. Era notorio que los costes de los servicios sanitarios homogéneos del «modelo MUFACE», desde hace muchos años, eran entre el 40% y el 50% más económicos que los prestados a través de la gestión directa del SNS (el cual se podía y se puede extender al conjunto de los funcionarios o empleados públicos de todas las Administraciones Públicas). Asimismo, desde finales de los 90, existe el modelo de gestión privada de los servicios sanitarios públicos («modelo ALZIRA»), el cual es un 33%-36% más eficiente que el modelo de gestión directa (López Saludas, 2013d, págs. 57) y, sin embargo, ¿por qué tanta omisión o silencio?

En definitiva, ¿por qué la mayoría de los expertos (de los aspectos económicos de la sanidad pública) ha omitido (y siguen omitiendo) deliberadamente el «modelo MUFACE, ISFAS y MUGEJU» y los modelos de gestión privada de los servicios sanitarios públicos (por ejemplo, «modelo ALZIRA y MADRID») los cuales son más eficientes?

4. Conclusiones

En función de la información expuesta y los argumentos esgrimidos, a nuestro juicio, se debería reunificar el sistema sanitario público con la finalidad de que éste fuera más eficaz y eficiente y, por consiguiente, contribuyera a la sostenibilidad del sistema (SNS). Quizás la palabra más adecuada sería «recentralizar», pero, teniendo en consideración la connotación peyorativa que a la misma suele darse, creemos que es más oportuno utilizar el término «reunificar». Mediante esta medida o política se recuperarían las competencias en materia de gestión sanitaria y, por tanto, se eliminarían las 17 burocracias autonómicas, con lo cual se conseguirían ventajas de economía de escala (por ejemplo, centralizando todas las compras), mayor eficiencia económica del SNS (extender paulatinamente el «modelo Alzira, Madrid o similar» a todo el territorio español) y, asimismo, la necesaria coordinación y cooperación entre los diversos territorios de España a través de los órganos administrativos periféricos (principalmente, las Direcciones Provinciales) o la transformación de los Servicios Regionales de Salud de las CC.AA. en entes territoriales (con personalidad jurídica) dependientes orgánicamente, de hecho o derecho, del Ministerio de Sanidad. Además de eliminar los servicios burocráticos innecesarios que han implantado todas las CC.AA. (ahorro de costes),

se evitarían todos los problemas existentes que padece la población que reside en la frontera de dos Comunidades Autónomas limítrofes (por ejemplo, La Rioja y el País Vasco). Finalmente, todo ciudadano residente en cualquier territorio de España que tiene derecho a las prestaciones sanitarias a través del SNS, lógicamente, tendría una única tarjeta sanitaria y un único historial sanitario, lo cual facilitaría a los ciudadanos el poder desplazarse temporalmente a cualquier territorio español y, asimismo, el SNS podría gestionar los recursos humanos y materiales con mayor eficacia y eficiencia.

Finalmente, se conseguiría eliminar o reducir la inequidad interterritorial existente, ya que la descentralización sanitaria ha provocado inequidad en el acceso y en la utilización de los servicios sanitarios públicos porque, en realidad, no existe igualdad efectiva en lo que respecta a las prestaciones sanitarias que reciben los ciudadanos según la CA en la que residan.

Referencias bibliográficas

- ABASOLO, I.; PINILLA, J. y NEGRÍN, M. (2008): «Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por Comunidades Autónomas en España: un análisis multinivel», Hacienda Pública Española, nº 187, vol. 4.
- BARRERA PÁEZ, L. (2006): «¿Es la descentralización sinónimo de desigualdad?», Revista Española de Economía de la Salud, vol. 5, nº 5, págs. 253-258.
- CANTARERO PRIETO, D. (2008): «Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español», Revista ICE, nº 75.
- COSTA-FONT, J. y PONS-NOVELL, J. (2005): Public Health Expenditure and Spatial Interactions in a Decentralized National Health System, Documents de treball de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales.
- DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, J.M. (2012): «Los retos económicos de la sanidad», Revista eXtoikos, nº 5, págs. 15-19.
- GONZÁLEZ, B. y BARBER, P. (2008): «Beneficios, costes y riesgos de la descentralización sanitaria en España», Revista Referent, nº 3.
- GONZALO y GONZÁLEZ, L. (2008): «La Sanidad como bien de mérito: consecuencias económico-financieras con referencia a España», Conferencia pronunciada en el verano del 2007 en la Escuela de Estudios Hispánicos La Granda.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2003): «La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución», Gaceta Sanitaria, nº17, vol. 4, págs. 319-326.

LÓPEZ SALUDAS, J. M. (2013a): Producción pública, gestión privada y eficiencia económica del SNS, Tesis Doctoral, Facultad CC.EE. y EE. de la UNED.

LÓPEZ SALUDAS, J. M. (2013b): «La evaluación de la eficiencia productiva en los trabajos de investigación propuestos en los títulos de Grado: propuesta de una metodología sencilla para comparar la eficiencia de la producción pública y privada en el sector sanitario», Revista e-publica, nº. 13.

LÓPEZ SALUDAS, J. M. (2013c): «Análisis de la eficacia y la eficiencia del Servicio Nacional de Salud», Boletín Económico de ICE, nº 3.044, págs. 59-71.

LÓPEZ SALUDAS, J. M. (2013d): «¿Es más eficiente la gestión privada de los servicios sanitarios que la gestión directa», Revista eXtoikos, nº. 11, págs. 55-59.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2009, 2010, 2011 y 2012): Barómetro Sanitario.

PARADA VÁZQUEZ, R. (1991): Derecho administrativo: organización y empleo público, Marcial Pons, 5ª edición.

REPULLO, J.R. (2007): «Gasto sanitario y descentralización: ¿saldrá a cuenta haber transferido el INSALUD?», Presupuesto y Gasto Público, nº 49.

RICO, A. y LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2001): La satisfacción de los ciudadanos con la gestión autonómica de sus servicios de salud, Fundación BBVA.

SALTMAN, R.B. (1997): Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad, Reformas sanitarias y equidad, Argentina.