

LAS CORPORACIONES LOCALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El presente número de *Gaceta Sanitaria* publica el trabajo «Posibilidades de Participación de las Corporaciones Locales en la Gestión de Servicios Sanitarios»¹ que, si bien se refiere más específicamente al Servicio Valenciano de Salud, suscita a la reflexión sobre uno de los aspectos de política sanitaria, a mi juicio, centrales para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.).

La Ley General de Sanidad (L.G.S.) sitúa en las Comunidades Autónomas la responsabilidad de la gestión integral de los servicios sanitarios públicos, a través de los Servicios de Salud. Para ello, la L.G.S. establece una directriz de «descentralización» del Insalud hacia las Comunidades Autónomas, así como otra —más débil, por la cuantía de los recursos involucrados— de centralización de los servicios sanitarios de las corporaciones locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Los redactores de la L.G.S. fueron conscientes del efecto centralizador, que calificaron de «leve», implicado en la integración del dispositivo sanitario de las corporaciones locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Frente a esta tendencia se oponían teóricamente dos previsiones de la L.G.S.: la descentralización de la gestión en la Areas de Salud y la participación de los representantes de las corporaciones locales en su órganos de dirección (L.G.S., apartado III de la Exposición de Motivos).

El desarrollo y aplicación de las previsiones contenidas en la L.G.S. han venido a confirmar, en gran medida, las cautelas expresadas por la Federación Española de Municipios y Provincias², en relación con el proceso de integración de los servicios sanitarios de las corporaciones locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Se podrían agrupar en tres aspectos las consecuencias negativas de este proceso: las dificultades para hacer efectivo el proceso de descentralización de la gestión, la reducción de los recursos aportados a la sanidad por las corporaciones locales y el alejamiento de las posibilidades de una participación ciudadana efectiva.

Descentralización de la gestión

Rodinelli³, reconoce cuatro sistemas básicos de descentralización, dependiendo de las funciones que se transfieren y la amplitud con la que son asumidas las distintas responsabilidades. La descentralización de la gestión del Insalud hacia los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas supone un proceso de *devolución*, al implicar una transferencia política hacia Administraciones con poder legislativo. La descentralización de la gestión hacia las Áreas de Salud prevista en la L.G.S. pudiera interpretarse como un proceso de *desconcentración* administrativa o, en el caso

de configurar a las Áreas de Salud como entes con personalidad jurídica propia, de *delegación*. La privatización sería el cuarto sistema básico de descentralización, de acuerdo con la clasificación de Rodinelli.

La transferencia del Insalud a las Comunidades Autónomas implicó para éstas asumir la gestión de una organización burocrática de carácter administrativo con una importante centralización del proceso de toma de decisiones⁴. A este hecho se añadió la insuficiencia financiera del sistema, la cual dificultó el desarrollo de las estrategias básicas contenidas en la reforma sanitaria impulsada por la L.G.S.⁵ y, posiblemente, actuó como un estímulo más en contra del proceso de desconcentración administrativa hacia las Áreas de Salud o el desarrollo de cualquier otro sistema de descentralización.

Los condicionantes mencionados justifican, al menos parcialmente, la incapacidad de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para descentralizar efectivamente la gestión del Insalud transferido y poner en práctica los mecanismos de participación de las corporaciones locales en su gestión.

La incapacidad del S.N.S. para descentralizar la gestión y posibilitar la participación de las corporaciones locales puede estar teniendo una repercusión negativa sobre el desarrollo de la reforma de la atención primaria, así como la necesidad de articular el funcionamiento de los servicios en este nivel de atención con los servicios sociales del Ayuntamiento, en especial en la atención a los ancianos.

Una excepción a la situación descrita es la del Servicio Catalán de la Salud. La existencia previa de una fuerte tradición municipalista y de un sector concertado muy desarrollado, unida a la decidida voluntad de la Administración Autonómica para desarrollar una gestión empresarial en la sanidad⁶, ha posibilitado el desarrollo de una red hospitalaria de utilización pública⁷, con una notable participación de los Ayuntamientos en la gestión de los hospitales municipales que se han integrado en la red⁸.

Participación de las corporaciones locales en la financiación del gasto sanitario público

Las corporaciones locales han mantenido una tendencia de progresiva disminución en su aportación a la financiación del gasto sanitario público en España⁹. Esta tendencia se ha pronunciado tras la aprobación de la L.G.S. Estimaciones de la Dirección General de Planificación y Coordinación del Ministerio de Sanidad y Consumo, en relación con el gasto sanitario público en España para 1990, sitúan en aproximadamente un 5% la aportación conjunta de Diputaciones Provinciales, Cabildos Insulares y Ayuntamientos a la financiación del gasto sanitario público.

La progresiva desvinculación de las corporaciones locales de la financiación y gestión de la sanidad tiene, como una de sus consecuencias más negativas, un efecto de aislamiento, al menos para el Insalud gestionado directamente: la organización tiende a ser aún más impermeable y, a su vez encuentra menos aliados para alcanzar sus objetivos en relación, por ejemplo, a las necesidades de recursos, o a las adaptaciones organizativas y de gestión.

La situación descrita no es, a mi juicio, únicamente atribuible a las previsiones (o ausencia de ellas) de la L.G.S.; Los problemas financieros estimulan a las corporaciones locales más a desentenderse de la gestión de sus servicios sanitarios, alejándolos de los intereses de sus ciudadanos, que a buscar un compromiso aceptable entre financiación, gestión y ordenación de los recursos sanitarios de utilización pública. Por otra parte, la inercia burocrática y la estructura jurídico-administrativa del Insalud dificultan enormemente la puesta en práctica de fórmulas de gestión más flexibles, o compartidas, como pueden ser los consorcios.

Participación ciudadana

La participación de los ciudadanos en el control de la gestión del S.N.S. es uno de los Principios Generales que, de conformidad con la L.G.S., inspiran el funcionamiento del sistema sanitario público. La participación comunitaria es a mi juicio, un elemento necesario para hacer del S.N.S. un instrumento para la evolución democrática de la sociedad¹⁰.

Si bien es cierto que existen factores de índole ideológica, cultural y operativa, que dificultan enormemente articular en el S.N.S. un sistema efectivo de participación ciudadana, el artículo que suscita esta reflexión¹ coincide con mi apreciación en el sentido de que el desentendimiento de las corporaciones locales en relación con el sistema sanitario, promovido por la aplicación en la práctica de la L.G.S., contribuye al alejamiento de los ciudadanos de la gestión de los servicios sanitarios públicos¹¹. La descentralización de la gestión -entre otros aspectos de la sanidad- hacia las corporaciones locales, era también para los redactores del Programa 2000 una estrategia necesaria para aumentar la participación democrática¹².

S.N.S. y participación de las corporaciones locales en su gestión

Son, por lo tanto, tres de las consecuencias negativas que se

derivan del alejamiento de las corporaciones locales de la gestión de sus servicios sanitarios: la dificultad para desarrollar la directriz descentralizadora de la L.G.S., la progresiva desaparición de una fuente de recursos de financiación del S.N.S. y el alejamiento de las posibilidades de articular una participación ciudadana eficaz.

El trabajo que se comenta¹, sugiere mecanismos que, mediante la participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios, tratan de oponerse a estos resultados negativos del desarrollo, en la práctica, de la L.G.S. El principal obstáculo para la aplicación de estas iniciativas lo constituye, a mi juicio y con la excepción del Servicio Catalán de la Salud, la falta de flexibilidad en la gestión del Insalud o de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, producida -entre otros motivos- por el sometimiento de estas instituciones a las normas del Derecho Administrativo, en la actualidad excesivamente rígidas para desarrollar una gestión de carácter empresarial.

La separación de las funciones de financiación, compra de servicios (aseguramiento o contratación) y provisión¹³, así como el desarrollo de las propuestas que, contenidas en el informe «Abril», propugnan el desarrollo de una gestión de carácter empresarial en la sanidad y sobre las cuales existe un amplio consenso^{6,11,14-17}, posibilitarían la eficacia de la participación de las corporaciones locales en la gestión de los servicios sanitarios, bien como gestoras de servicios contratados, bien como corresponsables en la gestión, a través de su representación en los consorcios.

La vinculación existente entre el desarrollo de una gestión empresarial en sanidad y la posibilidad de articular la participación de las corporaciones locales, lo cual tiene una innegable trascendencia política, revela a mi juicio uno de los aspectos que más frecuentemente se dejan en un segundo plano en el debate sobre la reforma del S.N.S.: perseguir la eficiencia en la gestión responde también a la necesidad de hacer más permeable, más transparente y más participativo al sistema sanitario público, lo cual no es siempre compatible con su actual organización y sistemas de gestión. Es probable que sólo si se atiende a esta necesidad de modernización y mejora en la gestión de nuestro S.N.S. sea posible alcanzar el objetivo político de una mayor participación de las corporaciones locales y, a través de ellas, de la comunidad, en la gestión del sistema sanitario público.

Francisco J. Elola Somoza
Dirección General de Planificación y Coordinación
Ministerio de Sanidad y Consumo

Bibliografía

1. Posibilidades de participación de las corporaciones locales en la gestión de los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992; 6: 225-8.
2. Proyecto de Ley General de Sanidad. *Declaración de la Federación Española de Municipios y Provincias* (F.E.M.P.), 17 de enero, 1985. Madrid (mimeo).

3. Mills A, Vaughan JP, Smith DI, Tabibzadeh. *Health system decentralization*. Ginebra. OMS. 1990.
4. Belenes R. La limitación presupuestaria del Insalud y la gestión de los servicios sanitarios. II: Propuesta para un desarrollo estratégico de la gestión hospitalaria. *Gac Sanit* 1988; 5: 108-11.
5. Costas JC, López Casasnovas G. Aspiraciones colectivas y eficiencia del sistema sanitario. *Papeles de Economía Española* 1988; 37: 225-39.

6. Trias X. La gestión empresarial en el mundo de la sanidad. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 1991; 12: 35-9.
7. La red hospitalaria de atención pública (XHUP) en el marco del Servicio Catalán de Salud: financiación y gestión. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* (monografies). 2. Barcelona. Departament Sanitat i Seguretat Social. 1991.
8. López Casasnovas G, Santinià M. Els sistemes multihospitalaris i la seva realitat a Catalunya. *Gac Sanit* 1989; 14: 514-26.
9. Girón B, Dilmé M, Velayos J, Elola J. Niveles de salud y gasto sanitario en España 1988. *Rev San Hig Pub* 1989; 63: 25-38.
10. Elola J. Democracia y sistema sanitario. *Gac Sanit* 1989; 13: 472-5.
11. Elola J. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España 1983-1990*. Madrid. FIS. 1991.
12. Resumen Marco del Manifiesto Programa 2000. Madrid: PSOE, 1990.
13. Ibern P. Las funciones de financiación, compra y provisión de servicios en los sistemas nacionales de salud. *JANO* 1991; 41: 955-65.
14. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Madrid. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991.
15. López Casasnovas G. El informe «Abril» de reforma de la asistencia sanitaria. *Papeles de Economía Española* 1991; 48: 99-105.
16. Rovira J (Coord). Asociación de Economía de la Salud. Situación actual del Sistema Nacional de Salud y propuestas de mejora. En: *El Sistema Nacional de Salud de los años 90*. XI Jornadas de Economía de la Salud. Generalitat de Valencia. 1992.
17. Navarro V. Comentarios sobre la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Salud 2000* 1991; 33: 7-18.

