

Reseña del penúltimo número de *The Health Policy*¹ dedicado a analizar los dilemas de los procesos de descentralización y centralización sanitaria en el Reino Unido, España y Noruega.

Cecilia Molina

Agosto de 2011

The Health Policy es la publicación periódica del Observatorio Europeo de Políticas y sistemas de salud (www.euro.who.int/observatory) integrado por la Oficina Regional europea de la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos de Bélgica, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Eslovenia, España, Suecia y la región italiana de Veneto, la Comisión Europea, el Banco Europeo de Inversiones, el Banco Mundial, el Fondo Nacional de Seguros de Salud de Francia, la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical.

La publicación de Euro Observer comienza con una reflexión general del director de la European Health Management Association, Jeni Bremner, en torno a las complejidades de la descentralización.

El experto plantea que para alcanzar un equilibrio entre eficiencia y capacidad de respuestas en sus sistemas de salud, los países recurren tanto a estrategias centralizadoras como descentralizadoras. En su opinión, esta paradoja es posible porque las pruebas para respaldar los argumentos a favor o en contra de estos procesos son ambiguas.

¹ *Euro Observer . Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. Spring 2011, 13 (1) disponible en <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/euro-observer/decentralization-in-health-care>*

Tras especificar las diferentes dimensiones a las que hace referencia el término descentralización (devolución, delegación, desconcentración y privatización) expone, con base en Saltman (2007) justificativos controvertidos a los que se suele recurrir para justificar procesos de transferencia de decisiones y recursos desde niveles centrales a niveles periféricos de los sistemas de salud.

Por ejemplo, el objetivo de aumentar la eficiencia en la asignación de recursos, sustentado en la creencia de que los servicios descentralizados se adecuan mejor a preferencias locales y mejoran la oportunidad de respuesta a los pacientes, presenta, como contracara, el riesgo de aumentar desigualdades entre regiones, centros y unidades administrativas y provocar tensiones entre las autoridades centrales y los gobiernos locales y entre los diferentes gobiernos locales.

Para Bremner “la ferocidad de algunos de los argumentos a favor y en contra de la descentralización pone de relieve el carácter político de las decisiones”.

Frente a este panorama, sugiere evitar generalizaciones, atender a los contextos políticos específicos y a las culturas de gestión propias al momento de decidir avanzar en estructuras de servicios más o menos centralizadas.

El segundo artículo del boletín lleva la firma de Scott Greer, docente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan y de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, quien pone de manifiesto las “paradojas del poder” en la estructura del sistema de salud del Reino Unido.

El profesor se detiene en las características sociopolíticas de Gales, Inglaterra, Escocia e Irlanda, en las aspiraciones nacionalistas diferenciadas y en los estilos de gobierno de cada uno de esos estados, para explicar la diferencia de resultados en las estrategias de descentralización en salud.

En consonancia con Bremner sostiene que “la asignación de autoridad no es nunca un proceso tecnocrático” y advierte que la incorporación de criterios de mercado al sistema de salud público implica, siempre, ganadores y perdedores.

Atento a la crisis que viven hoy los estados de Bienestar Europeos y a que la política pública de salud es la que insume la mayor parte del gasto social en Gran Bretaña, Greer avisora “una profunda reorganización” del sector en su país, aun cuando reconoce que se vienen realizando esfuerzos por racionalizar los costos de la atención médica.

El siguiente trabajo, firmado por Antonio Durán, consultor de servicios de salud de Sevilla, España, se dedica a hacer un balance de la división de competencias entre las autoridades nacionales y las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas, que se inició a fines de la década del 70, una vez que su país recuperó la democracia.

De acuerdo con esa distribución de responsabilidades, se espera que el gobierno central proporcione el marco básico que garantice la equidad, la cohesión y la aplicación de normas de calidad comunes a todo el territorio mientras que las comunidades autónomas son las responsables de implementar las políticas, a través de los ministerios y servicios de salud regionales. Existe un Consejo Interterritorial cuya función es coordinar acciones e intercambiar información entre regiones y con el gobierno central.

Según Durán la descentralización sanitaria en España ha coincidido con un periodo de crecimiento económico sostenido hasta 2008 y probablemente ha contribuido a mejorar los resultados de salud de su país, en términos generales.

Por ejemplo, la esperanza media de vida al nacer aumentó de 72,88 años en 1970 a 81,24 en 2008 mientras que la tasa de mortalidad infantil se redujo de 20,78 por 1000 nacidos vivos a 3,35 durante el mismo período.

Estas ganancias en condiciones de salud- agrega- se han realizado destinando el 8,5 % del PBI al sector, frente al 16% que insume en Estados Unidos.

A modo de balance Durán señala que : “Hay consenso en que el sistema de salud descentralizado en España (...) ha estimulado la inversión en el cuidado de la

salud, alienta la flexibilidad y la innovación en la prestación de servicios y fomenta enfoques que están en sintonía con las preferencias locales”.

Como contrapartida marca la debilidad política del gobierno central y el Parlamento para controlar los gastos de aquellas comunidades que sobrepasan los presupuestos asignados; los fuertes obstáculos que enfrentan el Ministerio de Salud y el Consejo Inter-territorial para coordinar efectivamente intervenciones - debido a las luchas partidistas entre los partidos políticos nacionales y regionales-, y como consecuencia de esas limitaciones, la persistencia de desigualdades en salud, en los diferentes puntos de la geografía española tanto en términos de resultados como de accesibilidad, calidad, y seguridad en la provisión de servicios. Sin embargo también advierte que, dado que las diferencias en estado de salud reflejan las diferencias de ingresos y riqueza, sería injusto cargar todas las culpas sobre la descentralización sanitaria.

El número dedicado a la descentralización del *Euro Observer* se cierra con una recorrida en torno a los antecedentes, contenido y los resultados del proceso de recentralización de los hospitales noruegos, que lleva casi 10 años.

Su autor, Jon Magnussen, analiza las polémicas que ha suscitado esta reforma en un país que presenta una compleja división político-administrativa y un territorio extenso y poco poblado, situación que presenta desafíos especiales en la provisión de servicios de salud.

Frente a tradición de ese país, que ha puesto un fuerte énfasis en la equidad, la incorporación de criterios de mercado al sector salud, da lugar a tensiones políticas importantes que no han sido superadas. La forma de pago a los hospitales, los criterios para distribuir el presupuesto en el territorio, los modos de financiar los servicios y la composición de los equipos de conducción son algunos de los ejes en discusión.

Como síntesis, los autores de los artículos del boletín comparten que el poder político en sus distintas expresiones: gobiernos centrales, gobiernos locales, parlamentos, organizaciones de intereses médicos, es clave en los procesos de descentralización sanitaria, por lo que resulta una simplificación considerar a estas estrategias sólo en sus aspectos técnicos y procedimentales.

Si bien cada uno de los escritos pone énfasis en distintas instancias, agentes y estructuras que participan de los desplazamientos de poder que supone la descentralización y la centralización de servicios, todos sugieren precauciones al momento de valorar los aspectos positivos y negativos de estos procesos.

La perspectiva que aparece como denominador común es la necesidad de atender a las cuestiones que exceden pero a la vez atraviesan el campo sanitario como las pujas políticas entre las distintas instancias de gobierno, las economías de los países y la presencia de inequidades al interior de los mismos.

Estas reflexiones, emergentes en el contexto de los países europeos, resultan interesantes en relación a nuestro sistema de salud. Las diferencias que nos separan no invalidan tener en cuenta que los balances y los cambios, en la materia, deben considerar múltiples y complejas variables, y no ser fruto de modas, aspiraciones voluntaristas o decisiones arbitrarias.