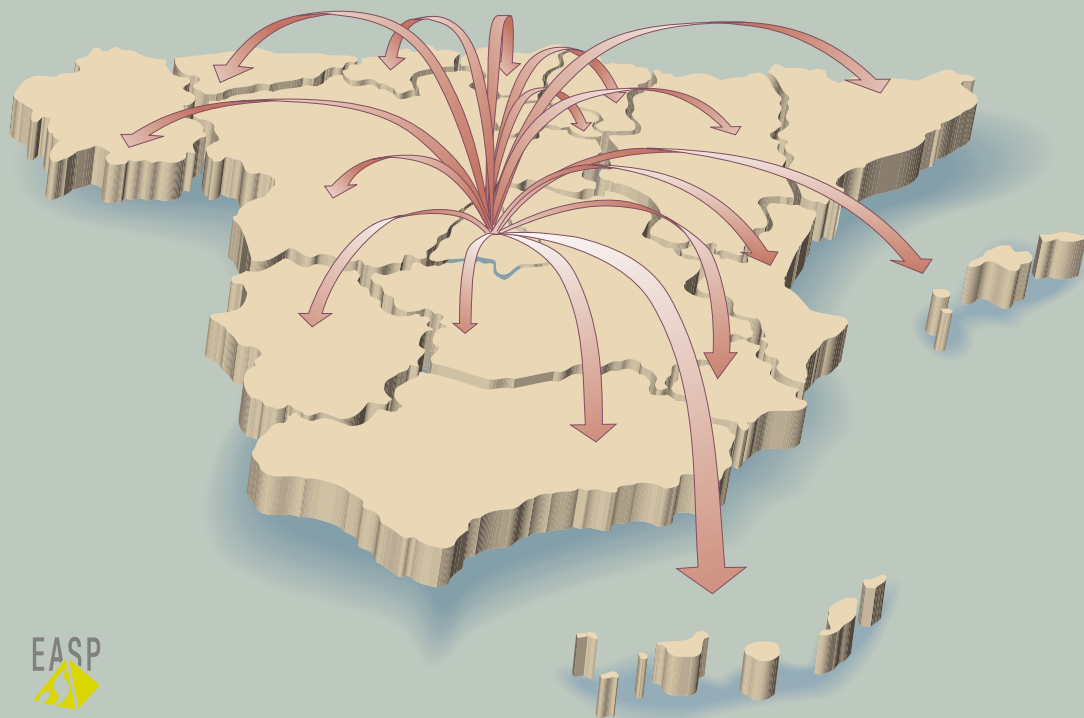


DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Aspectos Generales
y análisis del caso español



Escuela Andaluza
de Salud Pública

Javier Rey del Castillo

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Aspectos generales y análisis del caso español

Javier Rey del Castillo

*Ex-Director General de Alta Inspección
Ministerio de Sanidad y Consumo*

*Ex-Secretario del Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud*

1998



REY DEL CASTILLO, Javier

Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español / Javier Rey del Castillo. - Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. - (Monografías EASP: 23)

1. Administración de los servicios de salud. 2. España. I. Título. II. Serie
NLM Classification WA 540

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-43-5



Depósito Legal:

Fotocomposición/Diseño de cubierta: Miguel Salvatierra

Imprime: Copartgraf S.C.A.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

ÍNDICE

Índice de tablas y figuras	11
PRÓLOGO	15
INTRODUCCIÓN	17
PARTE A: ASPECTOS GENERALES DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA	
CAPÍTULO I	
RAZONES Y OBJETIVOS PARA DESCENTRALIZAR LOS SERVICIOS SANITARIOS	25
1. Razones generales.	26
2. Razones específicas sanitarias	29
3. Situación y relaciones entre razones y objetivos de la descentralización.	30
4. Razones de la descentralización sanitaria en España	32
a. Predominio de las razones generales	33
b. Consideración del gasto sanitario en las distintas fases de la descentralización española	35
c. Vinculación entre la descentralización sanitaria y la de otros servicios relacionados	36
d. Relación entre descentralización y mejora de los mecanismos de gestión y participación	37
BIBLIOGRAFÍA	38
CAPÍTULO II	
FORMAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	41
1. Formas de descentralización según criterios de descentralización utilizados	41
2. Formas de descentralización según características de las entidades descentralizadas.	42
a. Desconcentración	42
b. Devolución.	44
c. Delegación y privatización	46
3. Formas de descentralización sanitaria en España	75
a. Situación previa a la Constitución	75
b. Proceso de descentralización sanitaria ocurrido desde la Constitución	79
BIBLIOGRAFÍA	87

CAPÍTULO III

NIVELES DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA	93
1. Procesos de descentralización geográfica	93
a. Aspectos generales	93
b. Papel de los municipios en los servicios sanitarios	96
c. Otros aspectos de la decisión sobre niveles de descentralización	104
2. Procesos de descentralización funcional	114
a. Tamaño de las entidades descentralizadas y tendencia a la concentración	114
b. Coexistencia de niveles de descentralización diferentes en un mismo proceso	115
3. Niveles de descentralización sanitaria en España	116
a. Nivel "principal" de descentralización	116
b. Homogeneidad impuesta en otros niveles de organización	117
c. Autoridades locales y los servicios sanitarios en España	119
BIBLIOGRAFÍA	125

CAPÍTULO IV

FUNCIONES A DESCENTRALIZAR	129
1. Funciones descentralizadas según las formas de descentralización	129
a. Funciones legislativas	130
b. Desarrollo reglamentario	131
c. Financiación	132
d. Planificación	133
e. Gestión de personal y compras	134
f. Control del gasto	136
g. Control de centros y servicios	137
2. Funciones descentralizadas según los niveles de descentralización	138
a. Ministerio de Sanidad	139
b. Autoridades regionales	140
c. Autoridades locales	140
3. Análisis particular de algunas funciones	140
a. Responsabilidad política y planificación	141
b. Equivalencia entre planificación y financiación	142
c. Salud pública y control sanitario, menos descentralizables que servicios asistenciales	143
4. Descentralización de funciones en el proceso español	145
a. Capacidad legislativa y desarrollo reglamentario	145
b. Planificación	146
c. Financiación	147

d. Control del gasto	.147
e. Gestión de personal	.148
f. Gestión de compras	.150
g. Salud pública y el control sanitario	.152
h. Funciones y niveles de responsabilidad en España	.153
BIBLIOGRAFÍA	.153

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE DESCENTRALIZACIÓN .155

1. Procedimientos de descentralización en relación con las formas	.155
a. Desconcentración	.155
b. Devolución	.155
c. Delegación	.156
d. Privatización	.156
2. Reversibilidad de los procesos de descentralización en relación con los procedimientos utilizados	.157
a. Desconcentración	.158
b. Devolución	.158
c. Delegación	.159
d. Privatización	.160
3. Delimitación del ámbito de actuación de las entidades descentralizadas	.161
a. Desconcentración	.161
b. Delegación y privatización	.162
c. Devolución	.162
4. Procedimientos de descentralización en España	.165
a. Normas de máximo nivel	.165
b. Sistema de doble lista	.166
c. Predominio de competencias compartidas	.166
d. Distribución de competencias no cerrada	.167
e. Competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas	.167
f. Términos amplios para definir contenidos de competencias	.168
g. Asunción de competencias, un paso más	.168
h. Interpretación del contenido de las competencias	.168
i. Competencias exclusivas del Estado	.169
j. Responsabilidades por niveles de descentralización	.172
k. Solución de desacuerdos sobre competencias	.172
l. Análisis particular de la descentralización de la asistencia sanitaria	.172
m. Dos niveles de Comunidades Autónomas	.174
BIBLIOGRAFÍA	.174

CAPÍTULO VI

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN SISTEMAS DESCENTRALIZADOS .177

1. Consideraciones generales	177
a. Entorno económico de los servicios sanitarios	177
b. Relaciones entre economía y descentralización	180
c. Análisis limitado a los Servicios Nacionales de Salud	180
2. Financiación y formas de descentralización	181
a. Procesos de desconcentración	181
b. Procesos de devolución	186
c. Procesos de delegación y privatización	194
d. Importancia central de la información económica	198
3. Financiación sanitaria pública en España en el contexto de la descentralización	199
a. Dos vías de financiación de los servicios sanitarios	199
b. Peculiaridades del establecimiento del presupuesto global	203
c. Cálculo de la financiación de cada Comunidad Autónoma para asistencia sanitaria	204
d. Dificultad del acuerdo sobre coeficientes	207
e. Problemas de la insuficiencia presupuestaria	210
f. Reforma de 1994	211
g. Información económica en el sistema sanitario español	214
h. Algunas formas de financiación condicionada en el sistema sanitario español	216
i. Financiación de otras formas de descentralización en España	217
ANEXO I. La fórmula RAWP	219
ANEXO II. Algunos aspectos de la financiación sanitaria en Canadá	227
BIBLIOGRAFÍA	229

CAPÍTULO VII

DESIGUALDADES, EQUIDAD Y DESCENTRALIZACIÓN .233

1. Desigualdades y descentralización	233
2. Demandas de equidad en los servicios sanitarios	234
3. Dificultades generales de la definición de equidad	235
a. Modelo libertario	235
b. Modelo liberal	236
c. Modelo socialdemócrata	236
c. Modelo marxista	237
4. Conceptos de equidad en relación con la salud y los servicios sanitarios	237
a. Proyección de los modelos generales de equidad	237
b. Equidad en sanidad según funciones diversas	238
c. Aplicación real de los criterios de equidad sanitaria	240

5. Formas de descentralización sanitaria y los conceptos de igualdad y equidad . . . . .	.243
a. Procesos de desconcentración y devolución . . . . .	.244
b. Procesos de delegación y privatización . . . . .	.248
6. Descentralización sanitaria en España, desigualdades y equidad . . . . .	.252
a. Conceptos de equidad en la Ley General de Sanidad . . . . .	.252
b. Criterios de los responsables sanitarios . . . . .	.254
c. Descentralización territorial, desigualdades y equidad . . . . .	.256
d. Otras formas de descentralización en el sistema sanitario español y su relación con la equidad . . . . .	.259
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	.260

CAPÍTULO VIII

ELEMENTOS Y FORMAS DE COORDINACIÓN . . . . .	.265
1. Aspectos generales . . . . .	.265
a. Sistemas de información . . . . .	.266
b. Sistemas de planificación . . . . .	.270
c. Normas "marco" o básicas . . . . .	.273
d. Establecimiento de marcos presupuestarios . . . . .	.275
e. Organos de cooperación . . . . .	.275
f. Alta inspección . . . . .	.279
g. Cámara territorial . . . . .	.280
h. Convenios. . . . .	.281
i. Establecimiento de procedimientos de autorización o reconocimiento comunes . . . . .	.282
2. Elementos de coordinación en el proceso de descentralización sanitaria en España . . . . .	.284
a. Sistemas de información . . . . .	.285
b. Sistemas de planificación . . . . .	.288
c. Normas básicas . . . . .	.290
d. Marcos presupuestarios . . . . .	.291
e. Organos de cooperación . . . . .	.292
f. Alta inspección . . . . .	.300
g. Cámara territorial . . . . .	.303
h. Convenios . . . . .	.303
i. Establecimiento de procedimientos de autorización o reconocimiento comunes. . . . .	.306
ANEXO I . . . . .	.309
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	.311

CAPÍTULO IX

EL PERSONAL EN LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA	313
1. Aspectos generales	313
2. Teorías de las organizaciones y el personal	313
3. Aplicación de las teorías de las organizaciones al ámbito sanitario	316
a. Hospitales y centros sanitarios	316
b. Servicios sanitarios	318
4. Procesos de descentralización sanitaria	
a la luz de las teorías de las organizaciones	320
a. Procesos de desconcentración	320
b. Procesos de devolución	321
c. Procesos de delegación y privatización	324
5. El personal en el proceso de descentralización español	336
a. Aspectos cuantitativos	336
b. Aspectos cualitativos	343
BIBLIOGRAFÍA	361

PARTE B: EVALUACION Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

CAPÍTULO X

EFFECTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA	367
1. Evaluación cuantitativa del proceso de descentralización español	368
a. Características generales de la evaluación	368
b. Areas e indicadores de la evaluación	370
c. Conclusiones generales	384
2. Evaluación cualitativa de la descentralización sanitaria española	388
a. Relación entre el proceso de descentralización sanitaria y la descentralización general	389
b. La descentralización y sus repercusiones sobre la valoración de las cuestiones sanitarias	401
c. La descentralización y las relaciones de homogeneidad y diversidad en la organización de los servicios sanitarios	404
BIBLIOGRAFÍA	413

CAPÍTULO XI

PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA	415
1. Extensión y cierre del proceso de transferencias	416
a. Condiciones formales	416
b. Condiciones materiales complementarias	417
c. Condiciones específicas	418

2. Futuro de las formas de coordinación	421
a. Sistemas de información	421
b. Planificación y regulación de los servicios	422
c. Desarrollo de normas básicas	424
d. Futuro de las formas de financiación y presupuestación	428
e. Mejora del funcionamiento del Consejo Interterritorial	430
f. Posibilidad de nuevas áreas de coordinación	436
3. Perspectiva de futuro de los diferentes niveles de responsabilidad sanitaria tras la descentralización	440
a. Ministerio de Sanidad	441
b. Servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas	448
c. Papel para los municipios	454
4. Perspectivas de futuro de las formas funcionales de descentralización	456
a. Diversificación del aseguramiento sanitario	456
b. Introducción de nuevas formas de gestión en el sistema sanitario	458
BIBLIOGRAFÍA	460

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Capítulo I

Cuadro I.1.	<i>Transferencias a las Comunidades Autónomas en materia sanitaria</i>	34
-------------	--	----

Capítulo II

Cuadro II.1.	<i>Clasificación de las nuevas reformas en los Servicios Sanitarios</i>	49
Cuadro II.2.	<i>Cuestiones que plantean las nuevas modalidades de descentralización funcional</i>	53
Cuadro II.3.	<i>Clasificaciones de formas de regulación en mercados sanitarios</i>	69
Cuadro II.4.	<i>Respuesta reguladora a los problemas de nuevas formas de descentralización funcional</i>	73
Cuadro II.5.	<i>Características de las distintas formas de gestión existentes en el sector público español. Modalidades de organización</i>	85

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	<i>Funciones a descentralizar según la forma de descentralización</i>	130
--------------	---	-----

Capítulo V

Cuadro V.1.	<i>Procedimientos de descentralización según formas</i>	156
Cuadro V.2.	<i>Reversibilidad de los procesos de descentralización</i>	157
Cuadro V.3.	<i>Modelo teórico de normas y atribuciones de competencias y su aplicación en España</i>	173

Capítulo VI

Cuadro VI.1.	<i>Criterios de distribución de recursos entre Comunidades Autónomas</i>	205
Cuadro VI.2.	<i>Porcentajes de asignación de recursos económicos a las Comunidades Autónomas según los servicios transferidos de INSALUD</i>	206
Cuadro VI.3.	<i>Evolución de presupuestos, gastos y participación en el P.I.B. INSALUD transferido y no transferido (con saneamiento)</i>	208
Figura VI.a.1.	<i>Distribución regional de financiación según RAWP (Gastos Corrientes)(1976)</i>	219
Figura VI.a.2.	<i>Método de cálculo de población ponderada (RAWP)</i>	220
Figura VI.a.3.	<i>Cálculo de población ponderada según tipos de atención (1)</i>	221
Figura VI.a.4.	<i>Cálculo de población ponderada según tipos de atención (2)</i>	221
Cuadro VI.a.1.	<i>Procedimiento de Distribución regional de financiación según RAWP (gastos de capital) (1976)</i>	222
Cuadro VI.a.2.	<i>Reformas RAWP</i>	225
Cuadro VI.a.3.	<i>Cálculo de necesidades de población en reformas RAWP 1975</i>	226

Capítulo VII

Cuadro VII.1.	<i>Modelos generales de equidad</i>	236
Cuadro VII.2.	<i>Cuestiones de equidad según las formas de descentralización</i>	244

Cuadro VII.3.	<i>Equidad en Ley General de Sanidad 14/1986</i>	252
Cuadro VII.4.	<i>Objetivos del Sistema Nacional de Salud</i>	254
Cuadro VII.5.	<i>Prioridad de objetivos del S.N.S. según grado de acuerdo</i>	255
Cuadro VII.6.	<i>Indicadores propuestos para diferentes objetivos de Equidad</i>	255

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1.	<i>Sistemas de información sanitaria existentes de carácter estatal</i>	286
Cuadro VIII.2.a.	<i>Consejo Interterritorial del S.N.S. Representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo</i>	294
Cuadro VIII.2.b.	<i>Representantes de otros Departamentos</i>	295
Cuadro VIII.3.	<i>Miembros de la Representación de la Administración General del Estado en el Consejo Interterritorial desde Junio de 1996</i>	296
Cuadro VIII.4.	<i>Acuerdos del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud</i>	296
Cuadro VIII.5.	<i>Asuntos tratados en Sesión Plenaria por Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 1981/85</i>	299
Cuadro VIII.6.	<i>Sesiones Plenarias del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 1987/85</i>	299
Cuadro VIII.a.1.	<i>Convenios según características de Comunidades Autónomas firmantes</i>	309
Cuadro VIII.a.2.	<i>Convenios según áreas concertadas y Comunidades Autónomas firmantes</i>	309
Cuadro VIII.a.3.	<i>Convenios según áreas de actuación concertadas y periodo anual de firma.</i>	309
Cuadro VIII.a.4.	<i>Convenios según periodo anual de firma y existencia o no de compromisos económicos del Departamento en ellos.</i>	310
Cuadro VIII.a.5.	<i>Convenios según periodo anual de firma y existencia o no de compromisos económicos de Comunidades Autónomas en ellos</i>	310
Cuadro VIII.a.6.	<i>Convenios según periodo anual de firma y características de Comunidades Autónomas firmantes</i>	310
Cuadro VIII.a.7.	<i>Convenios por periodo anual de firma y materias</i>	310
Cuadro VIII.a.8.	<i>Número de Comunidades Autónomas. Firmantes de convenios cada año y cantidades comprometidas por el Ministerio de Sanidad</i>	311

Capítulo IX

Figura IX.1.	<i>Componentes fundamentales de la Organización y su posición en ésta</i>	314
Figura IX.2.	<i>Esquema teórico de un hospital como burocracia profesional</i>	317
Figura IX.3.	<i>Esquema teórico de un hospital como burocracia profesional</i>	320
Cuadro IX.1.	<i>Variaciones cuantitativas de los grupos de personal en los procesos de descentralización sanitaria</i>	325
Cuadro IX.2.	<i>Evolución del personal al servicio del sector público. 1990-95</i>	338
Cuadro IX.3.	<i>Evolución del personal al servicio de las Comunidades Autónomas. 1990-1995</i>	338
Cuadro IX.4.	<i>Personal al servicio del sector público en 1982</i>	339
Cuadro IX.5.	<i>Evolución del personal de los Servicios Centrales y Centros Sanitarios Asistenciales del Insalud clasificado por grupos. 1983-94</i>	341
Cuadro IX.6.	<i>Creación de cuerpos y escalas sanitarios de titulados superiores por parte de las Comunidades Autónomas</i>	345
Cuadro IX.7.	<i>Relación de puestos de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo</i>	346
Cuadro IX.8.	<i>Relación de puestos de trabajo (grupos A y A-B) de los Servicios Centrales del Insalud</i>	347

Capítulo X

Cuadro X.1.	<i>Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores Demográficos y Socioeconómicos</i>	370
Cuadro X.2.	<i>Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores del Estado de Salud</i>	371
Cuadro X.3.	<i>Evolución del Sector salud a partir de 1980. Indicadores de Personal y Materiales</i>	371
Cuadro X.4.	<i>Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores de Gasto Sanitario</i>	372
Cuadro X.5.	<i>Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores de Planes de Salud</i>	372
Cuadro X.6.	<i>Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores de Actividad Normativa</i>	372
Cuadro X.7.	<i>Mortalidad Perinatal por Comunidades Autónomas (1980-1991)</i>	374
Figura X.1.	<i>Mortalidad Perinatal</i>	375
Cuadro X.8.	<i>Índice de ocupación en Hospitales de Agudos (1980-1991)</i>	376
Figura X.2.	<i>Índice de ocupación en hospitales de agudos</i>	377
Cuadro X.9.	<i>Gasto en el presupuesto liquidado del Insalud por habitante (1986-1993)</i>	378
Figura X.3.	<i>Gasto por habitante en el presupuesto liquidado del INSALUD</i>	379
Cuadro X.10.	<i>Planes de Salud de las Comunidades Autónomas. Comparación por áreas de actuación.</i>	380
Cuadro X.11.	<i>Adecuación de los documentos de las Comunidades Autónomas</i>	381
Figura X.4.	<i>Normas de aplicación en el ámbito de las administraciones sanitarias</i>	382
Figura X.5.	<i>Normas de aplicación en el ámbito de las administraciones sanitarias. Área organizativa</i>	383
Cuadro X.12.	<i>Participación de Comunidades Autónomas en orden del día plenos CISNS</i>	395
Cuadro X.13.	<i>Número de puntos orden del día propuestos por Comunidad Autónoma</i>	395
Cuadro X.14.	<i>Proponentes de puntos de orden del día de plenos CISNS</i>	396
Cuadro X.15.	<i>Contenidos de puntos de orden del día propuestos por Comunidades Autónomas en pleno CISNS</i>	396
Cuadro X.16.	<i>Conferencias Sectoriales de Primer Nivel</i>	398
Cuadro X.17.	<i>Reuniones celebradas de conferencias sectoriales de primer nivel</i>	399
Cuadro X.18.	<i>Fechas de Constitución de Servicios de Salud Autonómicos</i>	405
Cuadro X.19.	<i>Constitución Inicial de los Servicios de Salud de Comunidades Autónomas</i>	406
Cuadro X.20.	<i>Nuevas formas de organización de Servicios Públicos Sanitarios</i>	408
Cuadro X.21.	<i>Innovaciones de Ley 11/1995 de 29 de Septiembre. Modifican la Ley 15/1990, de Ordenación Sanitaria de Cataluña</i>	409
Cuadro X.22.	<i>Retribuciones anuales personal sanitario facultativo Año 1995. Análisis comparativo</i>	410
Cuadro X.23.	<i>Porcentaje de Médicos transferido según intervalos retributivos (salario bruto) en 1995</i>	411
Cuadro X.24.	<i>Retribución media por facultativo. Año completo</i>	411

Capítulo XI

Cuadro XI.1.	<i>Perspectivas de evolución de descentralización (transferencias)</i>	420
Figura XI.1.	<i>Estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo anterior a 1996</i>	444
Figura XI.2.	<i>Estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo posterior a 1996</i>	445

PRÓLOGO

Es para mí motivo de satisfacción prologar este libro escrito por un gran profesional, conocedor en profundidad de la problemática que aborda, con el que he colaborado desde hace muchos años en distintos proyectos y al que me une una estrecha amistad.

Uno de los aspectos relevantes y quizás poco estudiado del sector público del Sistema Nacional de Salud es el complejo proceso de descentralización que se viene realizando y las importantes implicaciones que conlleva. Este proceso continúa y tiene plena vigencia en la actualidad.

En efecto, el proceso de descentralización de la gestión hacia las Comunidades Autónomas se inició en 1981 con la transferencia de los servicios del INSALUD asignados en Cataluña a la Generalitat de Cataluña, que continuó con las realizadas a Andalucía en 1984, al País Vasco en 1988 y posteriormente a la Comunidad Valenciana, Navarra, Galicia y Canarias, y que culminará con las transferencias al resto de las Comunidades Autónomas. Otros aspectos como las actividades que potencialmente pueden realizar los municipios, descentralización a centros sanitarios, a servicios, etc., son aspectos que se contemplan ampliamente en la obra que presentamos.

La elaboración y publicación de este estudio es algo que su autor viene desde mucho tiempo pensando y trabajando minuciosamente en sus distintos aspectos y que dado su interés y estímulo intelectual espero que siga esta tarea sobre este proceso largo y complejo.

El objeto de este libro es describir, analizar y reflexionar sobre la aplicación del concepto de descentralización a los servicios sanitarios, entendidos en un sentido amplio, como elemento capital del desarrollo político del país.

Por difíciles que sean los problemas planteados en el texto de la obra y por amplio que sea el campo de la investigación sobre la reforma sanitaria y su componente de descentralización de los servicios sanitarios, el interés de la materia no es menos importante dado el riguroso trabajo realizado en la descripción, la reflexión, la explicación científica y la intelección filosófica del proceso.

Con esta publicación Javier Rey -testigo y actor de la descentralización de los servicios sanitarios- llena un importante vacío informativo sobre un tema crucial; su lectura atenta y reflexiva será de particular interés para directivos de los sistemas de salud, legisladores, profesionales de los servicios de salud, estudiantes de salud pública y estudiosos de los procesos de reforma sanitaria y cambio social.

*Francisco Javier Catalá Villanueva
Director EASP*

INTRODUCCIÓN

Descentralizar, conforme a la definición del término que contiene el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, es "transferir a diversas corporaciones u oficios parte de la autoridad que antes ejercía el gobierno supremo del Estado".

La aplicación de ese concepto a los servicios sanitarios, entendidos en el sentido más amplio, es el objeto de este libro.

Explicar las razones que han llevado al autor a interesarse por un tema hasta el punto de comprometerse en algo tan doloroso y difícil como es (al menos en mi caso) escribir un libro es una condición indispensable para lograr captar el interés y la atención de los lectores.

Las razones de mi interés por la descentralización de los servicios sanitarios son dos:

- En primer lugar, una de carácter individual: la descentralización sanitaria en España, su seguimiento, y muy en particular la coordinación posible en ese ámbito una vez desarrollado en muchos de sus aspectos fundamentales el proceso descentralizador, han sido el objeto de mi actividad profesional en los últimos cinco años.

Si apunto este dato no es tanto como una referencia curricular como para señalar que, finalizado ese período, la materia de mi trabajo anterior no sólo no me dejó hartado en el sentido laboral del término; por el contrario, me "enganchó" de tal forma que me ha llevado a comprometer mi tiempo en estos análisis y a orientar una parte importante de mis lecturas no profesionales hacia otros aspectos (históricos, sociológicos, económicos) que tienen que ver con la descentralización, como elemento capital del desarrollo político de nuestro país.

- La segunda razón es de carácter general: como han destacado otros autores que se han ocupado de este tema (Mills, 1990), los términos descentralización y sanidad se han venido manteniendo al margen el uno del otro, salvo raras excepciones. La sanidad suele estar ausente de los textos generales sobre descentralización y, por su parte, los textos sobre administración y gestión de los servicios sanitarios suelen eludir esta cuestión.

Esa aparente indiferencia mutua es poco acorde con la importancia que, a mi juicio, sobre la base de la experiencia española, pero también sobre lo que he podido conocer de otros países, han tenido y tienen los procesos descentralizadores para los servicios sanitarios de los países respectivos y, a través de ellos, sobre la salud y la vida de las personas que precisan y reciben su atención.

La última de las razones expresadas ha condicionado (en el sentido de la sobrecarga) las características de este texto. Para hablar de descentralización sanitaria es necesario establecer en

primer lugar ciertos términos comunes de referencia. Esos términos, no siempre sanitarios, sino también administrativos, económicos y hasta políticos, deben tener una base común de conocimiento, bajo el peligro de que, si no ocurre así, estemos hablando de cosas distintas o abriendo perspectivas imposibles a la luz de otras experiencias previas.

Esa situación ha sido frecuente en mi ejercicio profesional anterior, lo que me ha llevado a considerar necesaria una revisión de experiencias y conceptos en cada uno de los temas que se abordan aquí, antes de entrar a emitir juicios o valoraciones personales sobre cuestiones concretas. Es indudable que la selección de las experiencias y la interpretación de los conceptos tiene también una raíz personal, pero al recurrir, como se hace repetidamente a lo largo del libro, a los análisis de otros autores, espero haber contribuído a establecer unas referencias comunes para debatir lo que constituyen cuestiones y propuestas opinables.

Para los que busquen valoraciones personales acerca de distintas cuestiones, espero haber conseguido diferenciar adecuadamente lo que constituyen unos y otros aspectos, por mucho que para obtener esas valoraciones sea inevitable un cierto trabajo diferenciador del lector sobre el propio texto.

A la vez, me gustaría haber logrado evitar que el libro, por su volumen, no resulte legible. Para conseguirlo se han separado las distintas materias por capítulos, y dotado a cada uno de ellos de una estructura y de bibliografía propias, aunque ésta resulte repetida en distintos capítulos en algunos casos. Por eso, es posible hasta cierto punto una lectura independiente de diversos capítulos, aunque algunas cuestiones, como la clasificación de los procesos de descentralización contenida en el capítulo segundo, se proyecta sobre los restantes, que, en buena parte, han adaptado su estructura a aquélla.

La amplitud del texto resulta condicionada también por un problema metodológico que fué preciso plantear desde el inicio. Se trata de la extensión del término "descentralización".

Para algunos autores (como Mills, cuyo texto se cita en diversas ocasiones a lo largo de este libro) entre los procesos de descentralización sanitaria deben incluirse aquéllos que tienen una proyección territorial o geográfica fundamental; pero también aquellos otros que suponen distribuir unos u otros atributos de autoridad en entidades diversas, públicas o privadas, carentes de la característica territorial, pero dotadas de otras, organizativas o funcionales, diferentes de las propias de los gobiernos.

Esa concepción más amplia del término es compatible con la definición lingüística referida al principio.

Sin embargo, hay autores (Collins y Green, 1994) que han cuestionado la adecuación y conveniencia de extender el término a las formas "funcionales" de descentralización, muy particularmente a la "privatización" de los servicios. Para ellos, "sugerir que la privatización es una forma de descentralización es comprometerse en una confusión conceptual". A su juicio, la descentralización supone la transferencia de autoridad, funciones y/o recursos desde el centro a la periferia dentro de un mismo sector, mientras que el público y el privado constituyen sectores diferentes.

La posición que se ha adoptado en este texto es contraria a la citada, y supone asumir la acepción más amplia del término. Las razones para adoptar este criterio son diversas:

- En primer lugar, la dificultad de definir de manera estricta los límites entre lo público y lo privado en distintos procesos.

La utilización de fórmulas de derecho privado para gestionar empresas públicas; la posibilidad de diferenciar entre la financiación, la compra y la provisión de servicios sanitarios, tan característica de muchos procesos actuales de reforma y de introducir distintas formas de responsabilidad, pública o privada, a cada uno de esos niveles, son algunos ejemplos de que es necesario acudir a criterios menos rígidos, que permitan un análisis más amplio del conjunto de esos procesos.

- La segunda razón es que, en la realidad, es el conjunto de servicios públicos y privados el que caracteriza la situación sanitaria de un país.

El trasvase de responsabilidades entre unos y otros es frecuente y, por otra parte, cada vez está más difundido en la mayoría de los países el criterio de "recurrir a la utilización de todos los recursos, con independencia de su propiedad y la responsabilidad de su gestión" para proporcionar la cobertura sanitaria.

Por otra parte, los servicios sanitarios privados también influyen sobre la salud de la población y, por esa razón, deben estar sometidos a controles de distinto tipo desde el sector público.

Otra cuestión distinta son los efectos que pueden derivarse de la utilización de los recursos privados, o las condiciones y las formas en que puedan utilizarse éstos.

Pero analizar estas cuestiones supone asumir que hoy día, sean cuales sean las vías de comunicación entre ellos, los sistemas sanitarios público y privado no pueden considerarse sistemas independientes, ni dejarse al margen los trasvases de responsabilidades entre ellos.

- En tercer lugar, las formas de descentralización más administrativas ("geográficas") condicionan y tienen una relación directa con las formas "funcionales", sean públicas o privadas.

Esa relación tiene lugar en primer lugar a través de las regulaciones establecidas en cada caso, que pueden ser diferentes en distintos territorios si éstos se gobiernan con arreglo a procesos de descentralización geográfica previos.

Por otra parte, los procesos de descentralización geográficos, como se comenta más adelante en el texto, son con frecuencia una oportunidad para la importación de patrones o formas de organización de los servicios procedentes de otros ámbitos, o incluso de otros países, ajenos a las tradiciones organizativas de la entidad central de la que proceden las entidades descentralizadas. Los trasvases de personal (o la ausencia o escasez de esa transferencia) desde la entidad central previa en los procesos de descentralización

geográficos tienen un papel importante en el establecimiento de nuevas culturas administrativas en las entidades descentralizadas o, por el contrario, el mantenimiento de unos patrones comunes.

La coincidencia de procesos de descentralización geográficos y funcionales en un mismo país potencia las posibilidades de diversidad. Este aspecto es de especial interés en servicios, como los sanitarios, que tienden a ser universales por su propia naturaleza, en los que es preciso considerar hasta dónde, con qué formas y en qué límites, es aceptable ese potencial diferenciador.

Si se aceptan esas razones, la consecuencia obligada es el análisis de un conjunto más amplio de procesos conceptuados como de descentralización, incluidas las formas de "privatización" de los servicios.

Utilizando ese criterio, resulta inevitable extender la atención a procesos que están constituyendo las vías de reforma "funcional" más conocidas en diversos países y que están siendo estudiadas en muchos otros, basadas en la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios y el establecimiento de mercados regulados o mercados internos.

Sobre ellos se ha pretendido realizar una revisión lo más actualizada posible de sus aspectos, problemas y efectos fundamentales, sin abandonar por eso el análisis de los procesos más característicamente "geográficos".

Es inevitable que tal decisión afecte a la extensión del trabajo.

Éste, por su parte, consta de dos partes diferenciadas en su estructura, cuya extensión es también distinta.

La primera de ellas mantiene en sus nueve capítulos una estructura similar. Se trata de proporcionar en cada caso una visión general de los conceptos, situación y perspectivas de los distintos aspectos de los procesos de descentralización que se analizan en cada uno de los capítulos. Para ello, se recurre también al análisis de las experiencias de diversos países. Cada uno de esos capítulos termina con un análisis del proceso de descentralización español en lo relativo al aspecto correspondiente en cada caso. Este análisis específico sirve a la vez para proyectar los conceptos generales sobre la situación española y, en ocasiones, para enriquecer el análisis general con experiencias concretas.

La segunda parte, de sólo dos capítulos, se refiere de manera específica a los resultados y perspectivas de futuro del proceso de descentralización en España.

Describir el sistema sanitario español como condición previa al estudio del proceso descentralizador hubiera convertido el texto en inabordable. Por otra parte, hay otros muchos textos con esa finalidad.

A los efectos del análisis que se realiza aquí basta en principio con recordar que el sistema sanitario español se componía, al margen de los numerosos matices y detalles que sería posible aportar, de dos partes fundamentales: unos servicios asistenciales contruados y financiados (con

cuotas) sobre la base de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, dependientes originalmente del Ministerio de Trabajo; y unos servicios de Salud Pública, dependientes originalmente de una Dirección General de Sanidad que existía en el Ministerio de la Gobernación (o Interior), cuya financiación corría a cargo de los Presupuestos Generales del Estado.

Al margen de la red sanitaria asistencial fundamental, que fue progresivamente siendo la de la Seguridad Social, y dejando aparte los centros dependientes de las Corporaciones Locales y de entidades sin ánimo de lucro, que fueron perdiendo importancia relativa, existía un conjunto de centros de origen diverso (organizaciones específicas de lucha contra diversas enfermedades, como la tuberculosis, la lepra, algunos centros psiquiátricos, y otros) cuya dependencia y organización se unificó en una sola red, denominada Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN), la cual pasó a depender directamente de las autoridades sanitarias, al margen de la Seguridad Social.

Esos tres grandes bloques (el asistencial, el de salud pública y la red de centros citada) fueron de manera independiente los sujetos del proceso de descentralización fundamental que ha tenido lugar en España. Para el análisis de este proceso no parece necesario entrar en otros detalles, que se aportan en algún caso de manera específica para el examen de determinado aspecto concreto.

Cabe, por último, una reflexión acerca de la utilidad de aportar una visión específica de un proceso de descentralización, como es el español, como complemento de un examen general de estas cuestiones.

La exposición de las circunstancias de un país concreto creo que puede tener una doble utilidad:

- facilitar una mejor comprensión de los sesgos que pueden afectar el análisis general, mediante el conocimiento de las situaciones que pueden dar lugar a aquéllos.
- dejar constancia de esa situación y aportar un testimonio, por parcial que sea, de cómo se ha vivido (y se sigue viviendo) un proceso concreto.

Nuestro país no está sobrado de documentación que sustente el análisis y estudio de otras épocas. A sabiendas de que cualquier aportación de datos resultará necesariamente parcial para valorar lo que constituye un proceso complejo, la constancia de algunos de aquéllos puede servir a la vez de umbral de información y de estímulo para que se produzcan otras informaciones y estudios complementarios, que permitan conocer y reflexionar mejor sobre el proceso.

PARTE A

**ASPECTOS GENERALES DE LA
DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA**

CAPITULO I

RAZONES Y OBJETIVOS PARA DESCENTRALIZAR LOS SERVICIOS SANITARIOS

El análisis de cualquier proceso de descentralización sanitaria debe comenzar por la valoración de las razones fundamentales que han determinado que tal proceso tenga lugar.

Situarse correctamente en el "entorno" (en términos de planificación estratégica) y entender cuál es el motor principal del proceso supone un avance importante para comprender las formas y alcance que puede adoptar la descentralización realizada, dónde se sitúan y cuáles pueden ser las resistencias más importantes a ese cambio, qué apoyos y en qué grado pueden obtenerse para la solución de los problemas planteados y qué líneas puede y debe seguir tal solución.

Las razones por las que la descentralización de servicios sanitarios ha tenido lugar en diferentes países son peculiares y propias de cada uno de ellos, y están en relación con circunstancias históricas, políticas y sociales específicas en cada caso (1-3; 19; 45). Es, por tanto, difícil establecer una clasificación de esas razones.

Por otra parte es más difícil aún señalar una razón única en cada caso y, aunque ésta existiera inicialmente, pueden añadirse a la primera otras razones en forma de condiciones o nuevos impulsos a lo largo del proceso.

En las páginas siguientes se analizan diferentes razones que justifican o determinan los procesos de descentralización. Para realizar esa revisión se traen a examen en primer lugar las razones que se invocan con carácter general para justificar procesos de descentralización en ámbitos generales o diferentes al sanitario. De manera independiente se analizan después las razones que se han propuesto como justificación de procesos de descentralización sanitaria específicos.

Una primera consideración que cabe hacer al respecto es que los procesos de descentralización sanitaria pueden justificarse o ser determinados por ambas clases de razones. Las consecuencias de que la descentralización se fundamente en o persiga unas u otras son, sin embargo, distintas en cada caso como podrá comprobarse más adelante.

A partir de los diferentes objetivos y razones que se invocan se propone su clasificación. Con ella no se pretende promover que en cada situación se trate de lograr la determinación de una causa única, en un cierto afán más propio del zoólogo o el botánico. Por el contrario, se busca hacer más comprensible la referencia a los distintos tipos de razones que pueden concurrir en procesos que son, en todo caso, complejos; y también promover la reflexión sobre las consecuencias que se derivan de las razones que concurren en el proceso concreto que se analice.

Siguiendo la sistemática que se ha comentado ya en la Introducción, tras las referencias generales se pasa a hacer un análisis de las razones que han guiado el proceso (o procesos) de descentralización en España.

1. Razones generales

Para algunos autores (4), las razones de los procesos de descentralización en sistemas públicos pueden resumirse en dos clases de principios generales, que resultan en formas contrapuestas de organización: el primero de ellos podría denominarse "de identidad territorial", y el segundo, "de eficacia pública".

Con arreglo al primer principio la descentralización, que derivaría en la constitución de entidades de carácter territorial dotadas de autonomía para gobernarse, respondería a la necesidad de proteger las peculiaridades propias de colectividades dotadas de una identidad definida. Los intereses y las características de las colectividades dotadas de esas diferencias ocuparían en este caso el lugar preferente.

Los procesos de descentralización que tuvieran lugar conforme al segundo principio se caracterizarían por dejar en segundo plano las (acaso inexistentes) diferencias entre colectividades, para centrarse en la búsqueda a través de la descentralización de una mayor efectividad y eficiencia para llevar a cabo las funciones públicas y para acercar al ciudadano a los centros de decisión política.

Tratándose de principios distintos, pese a ello ambos pueden coexistir en un mismo país pero las características del proceso concreto de descentralización vendrán determinadas por el predominio fundamental de uno u otro tipo de razones.

Otros autores (5, pag. 103-104) analizan los objetivos de procesos de constitución de entidades de naturaleza federal que, sin embargo, resultan muy semejantes en sus resultados (más adelante se habla de las diferencias entre unos y otros) a algunos procesos de descentralización. Las razones que se invocan en este caso son semejantes a las descritas antes: de un lado, la relación entre grupos de población distintos (que las formas adoptadas resuelvan mejor los principios de convivencia y refuercen, por tanto, el principio de lealtad; que garanticen el principio de solidaridad); de otro, que supongan una administración más funcional y acerquen la democracia al ciudadano.

En otros análisis (6, pag 149) se resaltan los peligros de generalizar sobre las razones por las que se adoptan políticas de descentralización, que son muy diferentes de unos a otros países. Así, se citan los casos de España y Nueva Guinea, donde las demandas de mayor autonomía regional se considera que han desempeñado un papel principal; en Chile y Yugoslavia (antes de su proceso de disgregación como Estado) se estima que los procesos ocurridos obedecieron a cuestiones de ideología política (la responsabilidad de los ciudadanos sobre su propio bienestar en el primero de esos casos; la cercanía a los ciudadanos y la autogestión en el segundo); en Nueva Zelanda y Sri Lanka, donde se han producido también procesos de descentralización, el objetivo fué racionalizar administraciones "sobrecargadas y anticuadas".

Mills (7, pag 12-14) ha llamado la atención sobre la diferente evolución de las políticas de descentralización en países desarrollados y países en desarrollo.

En los primeros, pese a la tradición de gobiernos locales fuertes en muchos de ellos, los gobiernos centrales han utilizado con frecuencia el argumento de la necesidad de fomentar una

mayor igualdad en los servicios públicos en todo un país para mantener políticas, normas y subvenciones económicas específicas y generales desde los gobiernos centrales. La recesión económica y las políticas de control del gasto público en los últimos años han reforzado también los argumentos contrarios a las políticas de descentralización, pese a las demandas existentes desde ciertos ámbitos regionales o locales. España constituye una excepción (debida a razones que se describen más adelante) en lo que se describe como "la actual tendencia centralizadora" en la mayoría de estos países.

Por su parte en los países en desarrollo, sobre todo en África, se han descrito dos fases distintas (8;9): en los años cincuenta y primeros de los sesenta procesos de descentralización (hacia niveles locales de gobierno) se promovieron por distintas administraciones coloniales como elementos necesarios en la estructura de futuros estados democráticos independientes, utilizándolos como vía de educación política de la población, y como una forma de delegar en la responsabilidad de algunos servicios en autoridades locales. Otros autores (10; 11) interpretan esas actuaciones como una forma de promover la división de las fuerzas sociales de los países colonizados, para inhibir la confluencia de elementos de resistencia frente al orden colonial.

Lo cierto es que, tras la independencia de muchos países, la descentralización perdió interés frente al concepto de unidad nacional, que pasó a primer plano.

Es al cabo de los años cuando, en los casos de gobiernos más consolidados, se están promoviendo nuevas políticas descentralizadoras que persiguen fines diversos: establecer vías de participación y autogobierno; superar las limitaciones institucionales, físicas y administrativas al desarrollo; aumentar la motivación de los que trabajan al servicio de las administraciones de menor tamaño.

Además de esas razones positivas, la descentralización se ha considerado también como una forma de transferir parte de la responsabilidad del desarrollo desde el centro a la periferia y, como consecuencia, también una manera de diluir la responsabilidad de los gobiernos centrales en el caso de que no se consigan atender las necesidades de las poblaciones respectivas (10; 12).

En algunos países con grupos de población diferentes, a veces enfrentados, la descentralización se ha considerado como la forma de otorgar a esos grupos una mayor autonomía manteniéndoles a la vez dentro de un solo estado.

Latinoamérica, por su parte, se ha caracterizado siempre por la debilidad de sus estructuras de nivel local y regional, hasta el punto de haberse hablado de la existencia de un "vacío administrativo" a nivel local (13). La escasa capacidad administrativa a ese nivel ha sido una dificultad para las políticas de descentralización también en otros países, en los que se ha achacado a la falta de disponibilidad de personal preparado para ello (14-16), pero esa falta de capacidad tiene carácter general en América Latina (10). Algunos procesos descentralizadores que se están promoviendo en ciertos países (Venezuela, Colombia) parecen responder al deseo de escapar a los condicionantes y tradiciones de los gobiernos centrales respectivos; a la vez pueden servir para dispersar los objetivos de la protesta de sus poblaciones urbanas empobrecidas (10), en el sentido que se indicaba más arriba.

De las posiciones expuestas cabe deducir que los procesos de descentralización pueden obedecer a razones y objetivos generales muy diversos, y que, en todo caso, no deben ser considerados fines en sí mismos, sino medios para obtener los primeros. Pese a las reticencias expresadas en una de las posiciones citadas, se puede resumir, además, que esas razones generales se agrupan en las siguientes:

- El reconocimiento de diferencias entre colectividades, que debe derivar en expresiones en la organización política y administrativa territorial.
- La mejora de la eficacia y la eficiencia de las administraciones y servicios públicos.
- El acercamiento de la administración a los ciudadanos.
- La dispersión de las responsabilidades de gobiernos centrales en otros ámbitos, en los casos de problemas para los que carecen de otra solución factible.

De esas posibles razones, la última de ellas resulta de imposible justificación pública, por lo que debe revestirse de alguna de las restantes. A su vez, la tercera constituye más bien una aspiración común, de la que no se derivan consecuencias concretas, pues la forma de relación entre representantes elegidos y sus electores constituye un problema igual en todos los niveles de organización, para el que no existen fórmulas distintas por niveles, que deben establecerse específicamente en cada caso.

No es éste el caso de las otras razones.

Así, si la razón predominante es la primera de las citadas, la descentralización de los servicios (sanitarios en nuestro caso) va detrás de las decisiones generales y, en consecuencia es previsible que deba adaptarse a los ritmos, modalidades e incluso límites territoriales de aquéllas, que pueden no ser los más adecuados para la organización específica sanitaria.

Por otra parte, cuando la decisión fundamental de descentralización es de la naturaleza expresada, lo habitual es que alcance niveles más elevados, de contenido no sólo administrativo, sino también político, y que el proceso de descentralización afecte simultáneamente a diferentes sectores de actividad o de servicios. La urgencia del proceso, a su vez, puede determinar el grado de coordinación en la descentralización de áreas con puntos de contacto (por ejemplo, entre servicios sociales y sanitarios, o entre servicios educativos y sanitarios) pero esa coordinación puede no resultar garantizada por prioridades de otro carácter.

A su vez, si la razón predominante de un proceso de descentralización es la búsqueda de la eficacia y eficiencia de los servicios, las formas de descentralización adoptadas no tienen necesariamente una expresión de carácter territorial, sino que pueden adoptar formas de las que en el capítulo siguiente se califican de "funcionales". Otra consecuencia previsible es que los sectores económicos de las administraciones correspondientes, tanto la que lleva a cabo la descentralización como la que recibe la nueva responsabilidad, asuman papeles de dirección y control de las decisiones sanitarias más allá de lo que sus propias habilidades y conocimientos harían conveniente.

La situación de muchos países se caracteriza por la necesidad del control del gasto público como un elemento esencial de la política económica para garantizar la competitividad. La desconfianza hacia los sectores de actividad, en especial si ésta es primordialmente generadora de gasto, como ocurre en el caso de los servicios sanitarios, es frecuente que lleve a promover recortes o dirigir la distribución interna del gasto en esos servicios sin conocer adecuadamente su funcionamiento, y sin permitir que sean los propios responsables de aquéllos los que determinen los ajustes internos en el marco presupuestario global que se les establezca. La consecuencia de esos comportamientos puede ser la ineficiencia en el funcionamiento de los servicios, en sentido contrario a lo perseguido inicialmente.

Finalmente cabe resaltar como un aspecto común que, conforme a las consecuencias analizadas, si un proceso de descentralización sanitaria se guía principalmente por razones u objetivos generales y externos a este ámbito, lo habitual es que la conducción del proceso resulte también externa al mismo y, con ello, también las formas, ritmos y plazos de su desarrollo.

2. Razones específicas sanitarias

De entre las razones específicas que se han invocado para justificar procesos de descentralización sanitaria, algunas están preferentemente en relación con procesos de los que en el capítulo siguiente se describen como "geográficos".

Entre esa clase de razones Mills (7, pag 40) sugiere que la integración con otros servicios paralelos y próximos a los sanitarios es más fácil a niveles locales de las organizaciones respectivas.

La misma autora (7, pag 33) recoge el argumento de que a esos niveles es también teóricamente más fácil lograr la participación ciudadana en el control y la orientación de los servicios; pero ella misma se encarga de señalar que la participación no se consigue sólo con la descentralización y que, por otra parte, esta última puede facilitar el predominio de los intereses locales sobre los generales en los servicios sanitarios. Estas precauciones son compartidas por otros autores (10), que advierten que, en zonas como Latinoamérica, los procesos de descentralización a niveles locales pueden reforzar el control de los grupos dominantes en esos mismos niveles, o poner las responsabilidades del control sanitario en manos de agentes más vulnerables a las presiones de grupos de intereses nacionales o internacionales.

Dentro de este grupo de razones más "geográficas", se ha señalado también (17; 18, pag 1-2) para el ámbito sanitario específico la posibilidad de que los procesos de descentralización obedezcan al objetivo de la dispersión de las responsabilidades de los gobiernos centrales, ya señalado entre las razones generales. Con la peculiaridad de que esta razón puede darse también en los países desarrollados, y el matiz añadido de que no sólo se trata de diluir las responsabilidades de los servicios, sino también en algunos casos de obtener vías complementarias de financiación de aquéllos (tasas; impuestos adicionales), más fáciles de introducir a esos niveles que a niveles centrales y generales de los servicios.

Otro tipo de razones específicas de los servicios sanitarios apuntan más bien hacia reformas que, conforme a lo que se ha comentado en la introducción y la clasificación de las formas de

descentralización que se aborda en el capítulo segundo, constituyen formas de descentralización de las que se caracterizan como "funcionales".

Esas razones se refieren a la necesidad de afrontar las dos clases de problemas más importantes que afectan en el momento actual a los servicios sanitarios, en los que coinciden muchos análisis: se trata de problemas de eficiencia y control del incremento de los costes sanitarios, y de problemas de legitimación (19, pag 33). Ciertas formas de descentralización de las que se describen más adelante pretenden aportar soluciones para ellos.

En otros trabajos se han apuntado razones similares: los motivos para abordar reformas de descentralización "funcional" serían (20, pag 210) la baja productividad del sector sanitario (una de cuyas manifestaciones son las listas de espera) y el malestar de la población (que considera los servicios sanitarios como uno de los ámbitos más alejados del poder y la facultad de control democrático por parte de los ciudadanos). O, con otras palabras (21), la ineficiencia y el bajo rendimiento de los servicios, unidos al aumento del ritmo de crecimiento del gasto sanitario, y la existencia de lagunas en el acceso y la cobertura de los servicios.

Dekker (22), por su parte, señala que las principales razones que justifican las propuestas de reforma de los servicios sanitarios son la incapacidad para contener los costes en límites aceptables, el escepticismo cada vez más ampliamente difundido sobre los sistemas planificados y la crítica creciente sobre su rigidez y burocratización y, en algunos casos, la puesta en cuestión de la pobre calidad de los servicios prestados.

Navarro (23), con argumentos políticos más amplios, considera que la necesidad de reformas en el sentido "funcional" indicado han sido utilizadas "sobre todo por fuerzas políticas liberales, que ven en el crecimiento del estado una de las causas de alienación política y crisis económica". Se trata de lo que el autor refiere como "argumento antiestatal".

Entre los argumentos concretos más utilizados a favor de los nuevos modelos se encuentra también el de la mejora de la capacidad de elección por parte del usuario con la introducción de mercados sanitarios, argumento que puede resultar atractivo para la población a la que se abre esa posibilidad.

Otro tipo de razones con las que se han apoyado esta clase de reformas es su contribución a la reducción de los costes sanitarios. Una parte de esa reducción puede obtenerse supuestamente con la disminución de los costes salariales y del poder negociador de las organizaciones representativas de los trabajadores sanitarios si se disgrega la organización a través de procesos de descentralización funcional.

3. Situación y relaciones entre las razones y objetivos de la descentralización

En todo proceso de reforma de los servicios sanitarios coexisten diversos objetivos. Saltman (1) señala que éstos se producen a tres niveles diferentes: explícito, histórico-filosófico y político a corto plazo, y que esas diferentes clases de objetivos entran en conflicto entre sí y pueden anu-

larse o reforzarse mutuamente, y manifestarse de distinta forma según las prioridades que se adopten en cada caso.

Esa distinción es de gran utilidad, pues permite comprender por qué las razones u objetivos expuestos de manera expresa en algunos casos son distintos, o hasta contradictorios, con los alcanzados en la práctica. O por qué en otros casos los procesos siguen avanzando sin comprobar si su desarrollo, a medida que se va produciendo, contribuye a lograr o, por el contrario, aleja la consecución de los objetivos manifestados. Unas y otras situaciones serían sugestivas de la existencia y el predominio de otros objetivos no expresados.

En un primer nivel, en distintos casos se han puesto de relieve las contradicciones entre objetivos explícitos de distintos procesos de reforma.

Así, el propio Saltman (1) considera que existen conflictos entre los objetivos de eficiencia y los de equidad en ciertas reformas (conflictos manifiestos en algunos de los sistemas utilizados para definir las prestaciones), o entre objetivos de aquéllas y algunos de los instrumentos utilizados en las mismas (por ejemplo, entre equidad en el acceso y ciertos tipos de contratos, o entre posibilidad de elección por los pacientes y los contratos con centros y servicios establecidos en ciertos sistemas de mercado).

Esta última contradicción es también señalada por Navarro (23) y Anell (20, pag 223), que resalta que el establecimiento de compradores colectivos de servicios promovido por distintas reformas en curso no aumenta, sino al contrario, la capacidad de elección individual.

El mismo autor (21) indica que el sistema de libre elección resulta también contradictorio con el control de costes si, como es coherente con aquél, se acompaña del establecimiento de procedimientos de pago por caso, que contribuyen a incentivar la actividad.

Se ha señalado también el conflicto potencial entre las demandas de eficiencia técnica y el desarrollo acelerado de la innovación tecnológica (24, pag 191), entre los objetivos de mayor calidad y nuevas prestaciones y tecnologías con el mayor control de los costes sanitarios (21).

Los objetivos nacionales y la expectativas locales resultan también con frecuencia de difícil acomodación (24, pag 191).

En otros casos, un análisis detenido de las circunstancias en las que tienen lugar los procesos permiten descartar como ajustadas a la realidad algunas de las razones invocadas para justificar aquéllos.

Es el caso de las razones económicas (el control del gasto sanitario) como raíz de algunas reformas adoptadas; para el caso del Reino Unido, diversos autores (23; 25-28) estudian y aportan cifras de gasto que indican que éste estaba ya controlado con anterioridad al momento de inicio de los procesos de reforma. Para el caso de Suecia, antes de las reformas se produjeron modificaciones en los sistemas impositivos, que disminuyeron los ingresos de las entidades que financian el gasto sanitario (28).

A la búsqueda de explicaciones alternativas se ha sugerido (28) que en el caso del Reino Unido se trataba, por una parte, de dar salida a la fuerte presión política generada por las listas de espera, a la vez que la reforma del NHS constituía una oportunidad para los que consideraban que era necesario disminuir la presencia y el poder del Estado. En Suecia pueden haber jugado un papel principal el deseo de acabar con el dominio del mercado sanitario por parte de los proveedores y el deseo de contrarrestar la ausencia de incentivos para su comportamiento eficiente. Por el contrario, ninguna de las reformas introducidas se ha demostrado como más eficiente para el control de los costes.

Se ha indicado también que la falta de interés en evaluar algunos aspectos del resultado de las medidas adoptadas es una expresión de que hay otras razones que conducen el proceso correspondiente, que pretende desarrollarse con independencia de cuáles sean los resultados en ciertos aspectos.

Tomando como ejemplo de nuevo el Reino Unido y las reformas que han tenido lugar en el NHS, a las que se hace referencia en el capítulo segundo, la consideración en la que coinciden un mayor número de valoraciones es la ausencia de evaluaciones formales de los procesos, tanto en los aspectos de eficiencia macro y microeconómica como en los de calidad, acceso a los servicios, u otros; asimismo, la falta de interés por parte de quienes son responsables de las reformas por que se realicen esas evaluaciones. Las reformas, en consecuencia, se han extendido sin la valoración de esos efectos y, por tanto, por razones ajenas a los aspectos no evaluados.

Tal consideración se ha referido tanto a las reformas introducidas en atención primaria (los denominados "fundholdings") (29-33), como con carácter general para el conjunto de medidas adoptadas (24, pag 178-179; 34-37; 38, pag 243).

El mismo tipo de observaciones se han hecho para las reformas en el sentido de la competencia y los mercados sanitarios introducidas en otros países europeos (39; 40).

La falta de definición clara y de evaluación de los objetivos perseguidos en cada caso, lo que parece más propio de las reformas "funcionales" que de los procesos de descentralización "geográficos", no es obstáculo para que las reformas se hayan desarrollado plenamente, y condicionado mediante su desarrollo el futuro de los sistemas de salud en los que se han producido pues sus efectos no parecen reversibles (17; 24, pag 204; 41; 42, pag 16-17; 43, pag 57; 44).

4. Razones de la descentralización sanitaria en España

El proceso de descentralización llevado a cabo en España en el ámbito sanitario se analiza a la luz de las razones y consecuencias a las que se ha hecho referencia en los apartados anteriores.

Con arreglo a las clasificaciones y razonamientos expuestos, las características que se consideran fundamentales del proceso que ha tenido lugar en España son las siguientes:

a. Predominio de las razones generales

Se trata de un proceso en el que predominan las razones externas de carácter general.

La decisión de llevar a cabo la descentralización de los servicios sanitarios en España fue siguiente a la determinación de una nueva forma de Estado, el llamado Estado de las Autonomías.

Esa decisión de carácter general, movida por razones políticas generales como las que se señalaban en el apartado correspondiente, debió seguirse necesariamente de la atribución de responsabilidades políticas en distintos ámbitos a las nuevas autoridades y administraciones surgidas, las Comunidades Autónomas (CC.AA.).

Como argumentos expuestos para justificar la afirmación que nos ocupa se citan de manera sucinta dos, que se consideran de especial relieve:

- El proceso de atribución de responsabilidades a las Administraciones Autonómicas en materia sanitaria se inició inmediatamente después de que se constituyeran las Comunidades Autónomas a través de sus Estatutos de Autonomía, e incluso antes de que se cerrara el proceso de aprobación de estos últimos.

En todo caso, ese proceso comenzó y se desarrolló ampliamente antes de que desde el punto de vista sanitario se estableciesen criterios de carácter general sobre el funcionamiento del sistema sanitario y la distribución de responsabilidades a las Comunidades Autónomas, lo que tuvo lugar mediante la Ley General de Sanidad, 14/1986.

Como puede comprobarse en el cuadro I.1, las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas se habían desarrollado en dos aspectos (los correspondientes a los conceptos tradicionales de salud pública y autoridad sanitaria, incluyendo la planificación, así como la transferencia de centros sanitarios de redes específicas, como las que existían antiguamente para la lucha antituberculosa, los de "enfermedades del tórax", y otros, todos ellos integrados en la denominada Administración Institucional de la Sanidad Nacional, AISNA) casi en su totalidad cuando la Ley General de Sanidad entró en vigor en 1986.

Ese reparto competencial se aplicó a las 17 Comunidades Autónomas constituidas, con independencia de su capacidad competencial más o menos amplia (aspecto al que se hace referencia en un apartado posterior).

Sólo quedaron al margen la mayoría de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que se han ido transfiriendo con posterioridad a la Ley General de Sanidad en su mayoría (quedan aún diez Comunidades Autónomas pendientes de recibir esta transferencia; éste es uno de los problemas a los que se hace referencia en el análisis de futuro). Incluso en este caso, dos Comunidades Autónomas, Cataluña en 1981 y Andalucía en 1984 recibieron competencias y poderes en esta materia con anterioridad a la Ley General de Sanidad.

Cuadro I.1. *Transferencias a las Comunidades Autónomas en materia sanitaria*

	79-80			81-85			86-90			91-95		
	SAN.	AISN.	INSAL.	SAN.	AISN.	INSAL.	SAN.	AISN.	INSAL.	SAN.	AISN.	INSAL.
Andalucía				1981	1985	1984						
Aragón				1982	1982							
Asturias	1979				1982							
Baleares	1980				1982							
Canarias	1979							1986				1994
Cantabria				1982				1986				
Cast- La Mancha				1982	1982							
Castilla-León				1981	1985							
Cataluña	1979	1980				1981						
C.Valenciana	1980				1982				1987			
Extremadura	1979				1982							
Galicia	1980				1985							1991
Madrid				1984	1985							
Murcia	1980				1982							
Navarra				1985				1986				1991
País Vasco	1979	1980							1987			
Rioja				1984				1986				

- La segunda razón que se considera justifica el criterio expresado es el reparto competencial establecido.

Como se explica en el capítulo correspondiente, los criterios para distribuir las competencias a las Comunidades Autónomas y prescindir de ellas por parte de la Administración Central es más que discutible que correspondan a criterios específicamente sanitarios.

A juicio del autor, cabe aventurar que el criterio utilizado en la elaboración del texto constitucional, que es en el que se establece la distribución de competencias entre Estado Central y Comunidades Autónomas, fue fundamentalmente de carácter económico. Esa valoración podría haber consistido en la consideración del mayor valor económico inmediato de los servicios asistenciales precisado, por tanto, en teoría de un mayor control, minusvalorando el sentido de control sanitario general y autoridad sanitaria propio de otros servicios.

Estos últimos fueron, al menos en apariencia, cedidos con mayor facilidad, mientras que los primeros, como demuestra el calendario presentado, han ido siendo cedidos de manera más lenta y progresiva.

La rapidez con la que tuvieron que adoptarse las decisiones originales en el texto constitucional, sin posibilidad de valoraciones específicas más amplias, tuvo que ver con razones de interés político general, que han dejado así su impronta en el conjunto del proceso descentralizador.

b. Consideración del gasto sanitario en las distintas fases de la descentralización española

Que el proceso descentralizador español se haya guiado prioritariamente por razones de carácter político general no determina, sin embargo, en principio la forma en que se han abordado los problemas económicos del sistema sanitario.

Por eso es una afirmación independiente el considerar que en el inicio del proceso de descentralización no se tuvo en cuenta la situación y perspectivas del gasto sanitario.

En el apartado anterior se apuntaba como uno de los argumentos que para justificar el predominio de las razones externas para el proceso de descentralización realizado el reparto competencial establecido, y se aventuraba como hipótesis que la distribución de competencias a las Comunidades Autónomas pudo hacerse por la consideración del mayor valor económico inmediato de los servicios asistenciales.

Esa hipótesis no se considera contradictoria con la afirmación que ahora pretende justificarse.

Durante el proceso de transición democrática española, del que forma parte inseparable el proceso de descentralización general desarrollado, se ha puesto de relieve en distintos trabajos que los aspectos económicos del mismo ocuparon un lugar secundario. Los Pactos de la Moncloa, firmados en Octubre de 1977, que supusieron un compromiso de ausencia de conflictividad sindical por reivindicaciones salariales, conllevaron contrapartidas en gasto público que, en todo caso, hicieron desaparecer del panorama político inmediato la preocupación por actuaciones específicas de control del gasto sanitario u otros, aunque se adoptasen medidas generales de contención del gasto (46).

A diferencia de otros países, ya entonces enfrentados a la consecución de equilibrios macroeconómicos como consecuencia de una crisis que comenzó a mediados de los años 70, en España la transición política a la democracia, con sus movimientos adyacentes, ocupó el lugar preponderante.

El nacimiento de las Comunidades Autónomas, la dotación de atribuciones a éstas y el inicio de su actividad no fijó durante los primeros años ningún objetivo prioritario de control de su gasto.

Tampoco esa preocupación afectó al sector sanitario en los comienzos.

La Ley General de Sanidad, de 1986, diseñó un modelo más cercano a los planificados, que partía de lo ya existente. En sus previsiones, sin embargo, no incluyó las adaptaciones necesarias para afrontar la detención de un ritmo de crecimiento del gasto sanitario que, en España como en otros países, no tardó en manifestarse como uno de los elementos decisivos para el futuro del propio sistema sanitario, en el contexto general de la crisis de los modelos conocidos del estado del bienestar.

La precaución de transferir con más facilidad lo menos costoso en un análisis grosero, de ser cierta, no supuso en todo caso ninguna alerta especial por parte de algún ámbito de la Admi-

nistración respecto a la distribución competencial sanitaria y el ejercicio de esas competencias, y sus posibles influencias sobre el control del gasto.

La necesidad de este último comenzó a hacerse bien patente, como en otros países, al final de la década de los ochenta. Los instrumentos para afrontar ese control, sin embargo, incluyendo la descentralización del sistema, no habían sido diseñados específicamente para ello. Como consecuencia, el movimiento posterior hacia el control del gasto precisó (y sigue precisando) esfuerzos adicionales y específicos, sobre cuya eficacia y dificultades se hacen diversas apreciaciones a lo largo de este análisis.

A su vez, cuando se planteó la necesidad del control del crecimiento del gasto sanitario, fueron las áreas económicas del gobierno las que dirigieron la iniciativa. La ausencia de estructuras dirigidas al control económico en sanidad, y la falta inicial de evidencias demostrables sobre la eficacia del control llevado a cabo desde el propio sector determinan (y continúan provocando) algunos de los efectos y tensiones descritos en el apartado general.

Por otra parte, alcanzado un elevado nivel de descentralización "geográfica" en respuesta a las razones generales que la provocaron, los problemas económicos y de legitimación del sistema sanitario han pasado a ocupar un lugar principal. Ese viraje en las prioridades ha provocado que adquieran un papel más importante los procesos de descentralización y reforma en sentido "funcional", como forma de respuesta a los problemas indicados.

c. Vinculación entre la descentralización sanitaria y la de otros servicios relacionados

Cabe recordar que la facilidad de integración con otros servicios relacionados con los sanitarios ha sido una de las razones específicas invocadas para justificar procesos de descentralización sanitaria.

En el caso español hay que constatar que el desarrollo del proceso no justifica que tal razón haya tenido alguna influencia.

De la misma manera que los servicios sanitarios han sido objeto de diferentes transferencias a las Comunidades Autónomas en las tres grandes áreas ya descritas, los mismos procesos han tenido lugar con otras áreas de actividad o de servicios.

En el caso de los servicios educativos, se separaron las transferencias en materia de Educación General Básica y Secundaria y las de enseñanza universitaria. En los servicios sociales podrían diferenciarse también los correspondientes a distintos grupos de población sujetos a esta clase de servicios (menores, minusválidos, tercera edad, mujeres u otros). Y lo mismo podría describirse respecto a otras actividades (agrícolas, veterinarias, alimentarias, industriales, consumo).

La asunción real de competencias en unas u otras materias por parte de cada una de las Comunidades Autónomas ha seguido la misma línea de dispersión que se describe en el caso sanitario. Incluso para los servicios más próximos, la asunción de competencias no ha sido próxima en el tiempo en muchos casos.

Con ese panorama, salvados cuantos esfuerzos han tenido lugar en ocasiones para favorecer una gestión integrada de servicios colindantes, no parece exagerado deducir que la integración de diferentes servicios no ha sido tampoco el motor de la descentralización ocurrida en España. Por el contrario, puede decirse que, tanto ciertos esfuerzos integradores posteriores como procesos de ampliación de competencias por parte de las Comunidades Autónomas que pueden facilitar la gestión integrada de algunos servicios, se han guiado en muchos casos, y son a la vez consecuencia, del proceso de descentralización general original.

d. Relación entre descentralización y mejora de los mecanismos de gestión y participación

En uno de los apartados dedicados en el capítulo décimo a la valoración de los efectos de la descentralización se describe cómo la descentralización efectuada ha provocado la reproducción de órganos de gestión y participación muy similares a los que existían en los órganos centrales previos.

Las organizaciones de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas han tendido a centralizar las responsabilidades de manera bastante homogénea, más aún en las primeras fases de desarrollo, y han cedido pocas capacidades de gestión a los centros.

En cuanto a los órganos de participación, aparte las semejanzas formales en la composición, y el número de miembros (en general excesivo para una actividad real), han mantenido una vida poco activa, que no ha dado lugar a cambios sustanciales ni que puedan percibirse como indicios de una orientación diferente.

Son razones suficientes para descartar que esos motivos hayan constituido las razones del proceso.

Las consideraciones respecto a las razones y naturaleza del proceso de descentralización sanitaria llevado a cabo en España, realizadas siguiendo el esquema de razones posibles presentado al inicio de este capítulo, no supone en ningún caso cuestionar la prioridad de las razones políticas generales.

La Constitución Española, y dentro de ella el establecimiento del Estado de las Autonomías, supuso la solución más estable de convivencia democrática que hasta ahora ha existido en España, a la vez que aportaba una solución inédita a problemas de integración general hasta ahora no resueltos, y facilitaba una distribución del poder que sustituía una centralización hasta entonces incompatible con la democracia.

Sin embargo, a través del análisis realizado sí se ha pretendido ejemplificar de manera práctica que es un dato de interés conocer cuál es el "motor del cambio" fundamental en un proceso de descentralización.

Ser conscientes de ello puede permitir prever de manera más adecuada en qué límites pueden moverse las actuaciones del proceso, qué apoyos y resistencias pueden encontrarse para su desarrollo, qué tendencias y limitaciones pueden tener de manera natural los órganos de coor-

dinación que se establezcan, o cuál puede ser la actitud hacia ciertos cambios por parte de otros sectores de la administración. De la misma manera, puede permitir valorar si son más adecuadas y posibles estrategias "defensivas" o de adaptación o, por el contrario, se puede adoptar una actitud más confiada en el interés y las peculiaridades propias del sistema sanitario.

Esos y otros aspectos pueden contribuir a que los efectos concretos de la descentralización en el ámbito propio se orienten en el sentido más positivo para el sistema sanitario en el que el proceso de descentralización tenga lugar.

BIBLIOGRAFÍA

1. A conceptual overview of recent health care reforms. Saltman, R.B. *Europ. J. Pub. Hlth.* 4(4); 287-293; 1994.
2. Health insurance values and implementation in The Netherlands and the Federal Republic of Germany: an alternative path to universal coverage. Kikman-Liff, B.C. *JAMA* 265; 2496-2502; 1991.
3. Health policy regimes and the single European market. Altenstetter, C. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 17; 813-846; 1992.
4. Algunas notas sobre la igualación competencial. López Guerra, L *Revista de Documentación Administrativa* nº 232-233; 121-134; Octubre 1992-Marzo 1993.
5. Crisis y descomposición de la política. Recalde, J.R. Alianza Universidad. Madrid. 1995.
6. Lecciones aprendidas de la experiencia. Vaughan, J.P. parte 3 en *Descentralización de los sistemas de salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales.* Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.). OMS. Ginebra. 1990.
7. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general. Mills, A. parte 1 en *Descentralización de los sistemas de salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales.* Mills, A. et al. (eds.) (op. citada).
8. Decentralization: the latest fashion in development administration? Conyers, D. *Public administration and development* 3; 97-109; 1983.
9. Decentralization. The territorial dimension of the state. Smith, B.C. George Allen & Unwin. London. 1985.
10. Decentralization and Primary Health care: some negative implications in developing countries. Collins, C.; Green, A. *Int. J. Hlth. Serv.* 24(3); 459-475; 1994.
11. Structure and process in the bureaucratic states of colonial Africa. Berman, B. *Dev. Change* 15; 161-202; 1984.
12. Policies for strengthening local government in developing countries. Cochrane, G. World Bank (Staff Working Paper 582). Washington. 1983.
13. Centralization and decentralization in Latin America. Harris, R.L. en *Decentralization and development.* Cheema, G.S.; Rondinelli, D.A. (eds.). Sage Publication. Beverly Hills. California. 1983.
14. Administrative decentralization in Asia. Mathur, K. en *Decentralization and development.* Cheema, G.S.; Rondinelli, D.A. (eds.) (op. citada).
15. Decentralization in North Africa: Problems and policy implementation. Nellis, J.R. en *Decentralization and development.* Cheema, G.S.; Rondinelli, D.A. (eds.) (op. citada).
16. Decentralization of development administration in East Africa. Rondinelli, D.A. en *Decentralization and development.* Cheema, G.S.; Rondinelli, D.A. (eds.) (op. citada).

17. The future of health care in six European countries: the views of policy elites. Taylor-Gooby, P. *Int. J. Hlth. Serv.* 26(2); 203-219; 1996.
18. Steaming through the NHS. Lock, S. en *The NHS Review--What it means*. BMJ. London. 1989.
19. Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Elola, J. SG Editores. Barcelona. 1994.
20. Implementing planned markets in health services: the Swedish case. Anell, A. en *Implementing planned markets in health care. Balancing social and economic responsibility*. Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.). Open University Press. Buckingham. Philadelphia. 1995.
21. The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. Anell, A. *Health Policy* 37(1); 19-33; 1996.
22. Health care reforms and public health. Dekker, E. *Europ. J. Pub. Hlth.* 4(4); 281-286; 1994.
23. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. Navarro, V. *Gaceta Sanitaria* 9(48); 202-209; 1995.
24. Self-governing trusts and GP-fundholders: the British experience. Smee, C.H. cap. 8 en *Implementing planned markets in health care. Balancing social and economic responsibility*. Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
25. Public Expenditure and the NHS: trends and prospects. Robinson, R.; Judge, K. King's Fund Institute. London. 1987.
26. Origins and early development. Butler, J. cap. 1 en *Evaluating the National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.). King's Fund Institute. London. 1994.
27. The development of quasi-markets in Welfare provision. Glennerster, H.; Le Grand, J. Discussion Paper WSP 102. London School of Economics. London. May 1994.
28. The English and Swedish health care reforms. Glennerster, H.; Matsaganis, M. *Int. J. Hlth. Serv.* 24(2); 231-251; 1994.
29. Primary care and health care reform: the need to reflect before reforming. Maynard, A.; Bloor, K. *Health Policy* 31; 171-181; 1995.
30. Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. Scott, A.; Hall, J. *Health Policy* 31; 183-195; 1995.
31. What do we know about fundholding in general practice?. Dixon, J.; Glennerster, H. *BMJ* 311; 727-730; 16 Sept. 1995.
32. What can we learn from the British fundholding experience?. Mc Kee, M. *Europ. J. Pub. Hlth.* 5(4); 231-232; 1995.
33. The future of fundholding. Ham, C.; Shapiro, J. *BMJ* 310; 1150-1151; 6 May 1995.
34. Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the National Health Service. Maynard, A. *Soc. Sci. Med.* 39; 1433-1445; 1994.
35. The U.K. NHS reforms: where are we now?. Drummond, M. *Australian Health Review* 18(1); 28_42; 1995.
36. Health care reform: Informing difficult choices. Maynard, A.; Bloor, K. *International Journal of Health Planning and Management* 10; 247-264; 1995.
37. Introducing a market to the United Kingdom's NHS. Maynard, A.; Bloor, K. *New Engl. J. Med.* 34(9); 604-608; 1996.
38. Evaluating the National Health Service reforms. Le Grand, J. cap. 10 en *Evaluating the National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
39. What kind of health care "internal markets"?. A cross Europe view of the options. Sheaff, R. *International Journal of Health Planning and Management* 9; 5-24; 1994.

40. European Health Policy: must redefine its raison d'etre. Richards, T. *BMJ* 312(7047); 1622-1623; 29 June 1996.
41. States and social policies. Skocpol, T.; Amenta, E. *Am. Rev. Sociol.* 12; 131-157; 1986.
42. Introduction. Saltman, R.B.; von Otter, C. en *Implementing planned markets in health care. Balancing social and economic responsibility.* Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
43. The performance of trusts. Bartlett, W.; Le Grand, J. cap. 3 en *Evaluating the National Health Service reforms.* Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
44. *The Third Newchurch Guide to NHS Trusts.* Newchurch and Company Ltd. London. 1993. (citado en 43).
45. Health care reform in The Netherlands, Sweden and the United Kingdom. Ham, C.; Brommels, M. *Health Affairs* 106-119; Winter 1994.
46. *Memoria de la Transición.* Capítulo 10. El País. Madrid. 1995.

CAPÍTULO II

FORMAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Dentro del término "descentralización" pueden incluirse procesos muy diferentes: desde la creación de unidades locales o regionales de gestión administrativa con capacidades limitadas en el seno de una organización unitaria hasta la atribución de capacidades de legislación y gestión plenas y autónomas a entidades con personalidad jurídica y política propia con mayor o menor nivel de coordinación entre ellas; o, en un sentido diferente, desde la constitución de órganos públicos de gestión fuera de los controles administrativos habituales hasta el encargo de la gestión de las competencias públicas a entidades privadas. Todas ellas, como más adelante se indica, pueden considerarse formas diversas de descentralización, y las posibilidades son probablemente tantas como casos existen (1).

Como en el capítulo anterior, intentar una clasificación puede contribuir más a entender los aspectos a tener en cuenta y las posibilidades existentes que servir al interés de establecer una tipología concreta, cerrada en límites precisos, que, por otra parte, es difícil lograr que tenga una correlación exacta con la realidad de cualquier país. Los modelos reales son siempre la resultante de circunstancias propias y de una combinación específica de las distintas posibilidades teóricas.(2, pag 151; 3, pag 46; 4; 5; 6).

En este análisis se proponen dos sistemas de clasificación diferentes, el primero de ellos con arreglo a los criterios de descentralización predominantes, y el segundo según las características de las entidades hacia las que se produce la descentralización. Ambos tipos de clasificación pasan a analizarse a continuación.

1. Formas de descentralización según criterios de descentralización predominantes

A la hora de abordar un proceso de descentralización los criterios de distribución predominantes pueden ser de dos tipos (7):

- *Funcionales*, si se pone el acento en la distribución de funciones entre los niveles centrales y los periféricos de los servicios.
- *Geográficos*, si la cuestión más importante a tener en cuenta es la forma de distribución territorial de las responsabilidades.

Como es lógico, toda distribución de funciones tratándose de un proceso de descentralización, conlleva el que debe hacerse a niveles y lugares concretos de responsabilidad.

Por su parte si el criterio principal es la distribución de responsabilidades a autoridades locales o regionales, será preciso determinar cuáles son las que se atribuyen en cada caso y cuáles permanecen a nivel central.

Pero uno y otro tipo de procesos se distinguen por la raíz fundamental del mismo o, en términos del capítulo anterior, el motor del cambio.

En el primero de los casos la iniciativa corresponde habitualmente a la propia autoridad central, que pretende distribuir varias de sus funciones a órganos periféricos por alguna de las razones apuntadas. Lo normal, sin embargo, es que en esos casos la organización continúe siendo unitaria, y que el órgano central mantenga capacidades de control y fijación de políticas generales amplias, aunque modificadas en sus formas. Es más probable que se trate de un proceso generalizado en todo un Estado y que los niveles funcionales de responsabilidad sean relativamente homogéneos.

Por el contrario, el segundo tipo responde más bien a una dinámica distinta: se trata de atribuir responsabilidades a organizaciones o autoridades locales o regionales existentes con límites geográficos definidos.

Es más probable en este caso que el nivel de competencia y capacidad atribuido adquiera mayor profundidad, que las posibilidades del órgano central para influir en la constitución y funcionamiento del órgano o los órganos periféricos sean menores, y que las posibilidades de coordinación sean también menos amplias. También es más probable que los servicios sanitarios sean uno más entre los transferidos, e igualmente que puedan producirse formas asimétricas de distribución de responsabilidades (no todas las organizaciones periféricas con el mismo nivel de responsabilidad) o que la descentralización no afecte más que a una parte del territorio de un Estado, dotado de características generales peculiares.

2. Formas de descentralización según las características de las entidades descentralizadas

La clasificación utilizada en este caso procede de y tiene su correlato en el ámbito general (8). No es preciso, sin embargo, hacer una descripción general previa pues los criterios de clasificación son los mismos.

Siguiendo los conceptos de Mills (9, pag 16) para el campo sanitario, la descentralización de servicios sanitarios puede adoptar cuatro formas distintas:

- Desconcentración
- Devolución
- Delegación
- Privatización

Las características de cada una de ellas son las siguientes:

a. Desconcentración

Se trata de la transferencia de un determinado grado de autoridad administrativa a delegaciones locales de nivel medio (no es habitual que la desconcentración se produzca a nivel regio-

nal; tampoco a localidades individuales; un prototipo de tamaño podría ser la provincia española) de Departamentos o Ministerios de un gobierno central.

Es, por tanto, un proceso de transferencia administrativa más que política, que se corresponde con una descentralización funcional de la otra clasificación (aunque con una expresión geográfica concreta), y puede producirse sólo en un ámbito determinado de servicios, y no en otros, por razones sectoriales específicas.

(1) Condiciones mínimas

La descentralización comporta el establecimiento de niveles adicionales de gestión, con algunos componentes mínimos:

- Una dirección local, que suele ser nombrada desde los órganos centrales, con atribuciones definidas y ciertas capacidades de decisión y responsabilidad.
- Una población y un territorio definidos.
- Una plantilla de personal atribuida.
- Un presupuesto global también definido, con grados de libertad en el manejo interno variables, pero límites de movimiento por partidas fijados habitualmente a nivel central.
- Unos sistemas de relación, información y control con y por los órganos centrales establecidos.

(2) Formas de desconcentración

Según la forma de relación con las autoridades centrales y las que puedan existir (también a través de procesos de desconcentración) al nivel local correspondiente por parte de otros departamentos, se puede hablar de dos tipos:

- Una forma *vertical* en la que cada responsable ministerial a nivel local lo es ante su propio Departamento directamente. La coordinación que pueda existir con responsables locales de otros Ministerios no presupone la existencia de un responsable general de la coordinación de rango superior a los responsables locales de cada uno de los departamentos.
- Una forma *integrada*, en la que existe un representante de un Ministerio (Interior, o de Administración Pública o Local) que, como los prefectos franceses, actúa como coordinador de todas las funciones dependientes del gobierno central en el ámbito local correspondiente.

Aunque pueden citarse ejemplos en países en desarrollo en los que la descentralización se acompaña de alguna clase de órganos participativos a nivel local en paralelo al grado

de responsabilidad atribuido, lo normal es que esos órganos no tengan carácter electivo ni responsabilidad política.

Otro aspecto que parecería lógico sería que en procesos de este carácter se transfiriera al mismo nivel de responsabilidad y bajo una misma dirección el conjunto de los servicios de una determinada naturaleza, como los sanitarios, y entre ellos, tanto los de atención primaria como ciertos niveles de atención hospitalaria. Sin embargo, no en todos los casos ocurre así.

Se cita como ejemplo de lo contrario la organización del NHS inglés, en el que los servicios de los médicos generales y los hospitalarios se colocaron bajo autoridades diferentes (10, pag 9 y sig.; 11). Precisamente la desconexión de unos y otros tipos de servicios, a la que se ha achacado el predominio del nivel hospitalario de asistencia (12, pag 170; 13, pags 182 y 195; 14) ha sido una de las cuestiones que se ha tratado de resolver en reformas posteriores del sistema.

En cuanto a la coordinación con otros servicios relacionados con los sanitarios, es lógico que resulte más sencilla en las formas de desconcentración que hemos denominado integradas, pero el grado de coordinación depende sobre todo de los criterios que se adopten en ese aspecto al nivel central.

b. Devolución

Supone la creación o reforzamiento de niveles de gobierno inferiores al estatal, a los que se atribuyen responsabilidades más amplias que las simplemente administrativas para el desarrollo de determinadas funciones.

Corresponde a formas de descentralización de las que en la anterior clasificación se denominaban geográficas y, puesto que se trata de atribuir responsabilidades más extensas y profundas que las descritas en el apartado anterior, se producen normalmente en el contexto de cambios políticos más amplios y afectando a un número amplio de servicios y actividades.

No son, por eso, tan habituales como los procesos de descentralización, aunque los cambios políticos ocurridos en los países del este de Europa han contribuido a aumentar las posibilidades de que se produzcan. El caso español, que luego se describirá más ampliamente en cuanto a la forma adoptada, constituye una excepción de cambio político profundo en el pasado reciente en el contexto de los países europeos occidentales. Como se ha indicado en el capítulo primero, en Latinoamérica, Venezuela y Colombia han promovido también procesos de descentralización de este tipo, que se preveía extender también a los servicios sanitarios (15).

En relación con estos últimos, los procesos de devolución plantean dos clases de cuestiones principales:

(1) Procesos de devolución y financiación de los servicios

En el apartado relativo a la financiación (capítulo sexto), así como en el correspondiente a los niveles de la descentralización (capítulo tercero) se hacen referencias a las difi-

cultades de comunidades de nivel inferior al estatal para financiar con sus propios recursos la totalidad de servicios sanitarios de distinto carácter que precisa una población local de dimensiones limitadas.

Dentro de un mismo Estado, por otra parte, pueden existir territorios de nivel equivalente autosuficientes, junto con otros netamente deficitarios. Los servicios sanitarios, como parte del estado de bienestar tienden a ser, por su propia naturaleza, equitativos (aún cuando esta expresión pueda tener concreciones diversas, como se indica en otro de los capítulos) y vinculados a la condición de ciudadanos.

Atribuir, por eso, responsabilidades de naturaleza política y carácter amplio a entidades de nivel inferior al estatal es habitual que provoque tensiones en relación con la financiación, cuyas posibles soluciones se describen en el capítulo correspondiente.

Esas tensiones, además, hay que situarlas en el momento actual en un contexto en el que la eficiencia de los servicios sanitarios es un elemento imprescindible para garantizar su mantenimiento. Y en el que suele señalarse que uno de los estímulos fundamentales de la eficiencia es la existencia de niveles paralelos entre la responsabilidad política y de gestión y la de la financiación, entendida como forma de obtener los recursos económicos necesarios para la prestación de esos servicios.

Las soluciones dadas a esos problemas, de otro lado, tienen relación con la segunda de las cuestiones que plantea esta forma de descentralización.

(2) Procesos de devolución y coordinación

Esa segunda cuestión se refiere a las formas de coordinación de los servicios sanitarios que se descentralizan en procesos de este carácter. Las posibilidades extremas, desde el momento en que se trata de atribuir responsabilidades hasta de naturaleza política, y no sólo administrativa o de gestión, pueden variar entre la constitución de servicios independientes y el mantenimiento de una organización común de funcionamiento descentralizado.

Puesto que la propia naturaleza del proceso descrito excluye que la atribución de responsabilidades de nivel político suponga la constitución de estados diferentes (se trataría entonces de otra clase de proceso), lo habitual es que los ciudadanos del estado correspondiente demanden la cobertura de sus necesidades sanitarias en todo el territorio de ese estado, y no se conformen con la garantía de cobertura en el territorio inferior al estatal en el que residen normalmente. Esa demanda se produce incluso en comunidades con gran conciencia nacional.

Como consecuencia, la coordinación de los servicios regionales o nacionales dentro del estado se convierte en una prioridad.

Otra de las razones por las que se exige la coordinación es la falta de equivalencia entre la extensión y el grupo de población propios de los ámbitos descentralizados y los ade-

cuados para la gestión y calidad de determinados servicios sanitarios. Si la descentralización se produce por razones políticas generales, como se describió en el caso español en el capítulo anterior, la definición de los límites y población territoriales puede no coincidir o no ser suficiente para que las entidades a las que se atribuye responsabilidad estén dotadas de toda clase de servicios sanitarios, utilizando argumentos propios de estos últimos. Las razones para ello no son sólo de eficiencia, sino también de garantía de calidad.

Desde el punto de vista sanitario, lo conveniente puede ser la colaboración y coordinación entre servicios de territorios diferentes. Pero esa solución, que exige desplazamientos y, según el sistema de financiación establecido, compensaciones económicas por los servicios prestados a la población de otros territorios, no siempre es posible, ni considerada la más adecuada por la población del territorio menos dotado.

Se ha hecho mención también a la sensibilidad a las diferencias entre territorios que suele producirse en situaciones de descentralización de estas características, y cómo los argumentos sanitarios, sobre todo en dotación de estructuras, pueden servir de elementos de identificación política general.

Sobre los estímulos y formas de coordinación, de especial interés en este tipo de procesos por todo lo expresado, se hacen diferentes observaciones en el capítulo correspondiente.

(3) Diferencias de desarrollo en los procesos de devolución

Otras posibilidades de esta clase de procesos en cuanto a asimetrías de responsabilidades, extensión de aquéllos a todo o sólo una parte del territorio de un Estado, y capacidad de control por parte del órgano central, son semejantes a las que se describen en las formas "geográficas" de descentralización del apartado anterior.

c. Delegación y privatización

Conforme a la terminología que se viene describiendo, se entiende por *delegación* la transferencia de responsabilidad administrativa para ciertas funciones a organizaciones (a menudo denominadas paraestatales) que se encuentran fuera de la estructura del gobierno central y sólo están indirectamente controladas por él. Aún tratándose de entidades sometidas al derecho privado, como puede ocurrir, la diferencia de estas situaciones con las que se describen a continuación radica en la propiedad y dependencia pública de las entidades constituidas, aunque esa dependencia lo sea bajo formas distintas a las que rigen normalmente las relaciones en las administraciones públicas.

La filosofía que sustenta la atribución de responsabilidades a entidades de esa naturaleza se basa en el lugar común de la ineficiencia que se atribuye a las organizaciones administrativas con carácter general y, en especial, para la prestación de determinados servicios, entre los que se incluyen los sanitarios.

La delegación supone un criterio fundamentalmente funcional, aunque las organizaciones a las que se atribuyen responsabilidades pueden estar más o menos "desconcentradas" a nivel territorial. Los criterios de delegación, además, no tienen por qué tener un carácter territorial, sino que pueden hacerse por grupos de población de características propias, personal con una misma vinculación laboral, u otras.

Por su parte, la *privatización* supone atribuir a entidades privadas, lucrativas o no lucrativas, funciones o actividades que con anterioridad venían desarrollándose por el sector público.

A diferencia del caso anterior, donde se trataba de trasladar las formas de gestión propias del sector privado al ámbito público para evitar las ineficiencias que tiene la actividad de carácter administrativo, en los procesos de privatización se trasladan al ámbito privado actividades desarrolladas hasta entonces por el sector público.

(1) Los procesos de delegación y privatización en el contexto de las nuevas reformas sanitarias

La aplicación de los procesos descritos a la realidad de los servicios sanitarios debe tener en cuenta los procesos de reforma que están teniendo lugar en aquéllos en diversos países.

Si nos atenemos a la situación previa a las reformas, antes de éstas se utilizaba la descripción de dos aspectos para caracterizar los servicios sanitarios de un país. Esos dos aspectos principales no eran otros que la financiación (pública o privada, en diferentes grados) y, con ella, los mecanismos de "aseguramiento" de la cobertura de las prestaciones sanitarias, y, por otra parte, la provisión de dichos servicios y prestaciones que también podía hacerse a través de medios públicos o de propiedad privada, sometidos a distintos grados de control por los gobiernos correspondientes. De la combinación de ambos elementos se derivaba la clasificación de diversos grupos de sistemas sanitarios (16; 106).

Lo característico de las líneas de reforma que están siendo introducidas en diferentes sistemas sanitarios es que entre los dos niveles de financiación-aseguramiento y provisión se ha introducido un tercer nivel: se trata de establecer órganos que actúen como "compradores" de los servicios sanitarios precisos para grupos de población determinados. Como finalidad última, entre los "compradores" de servicios y los proveedores de los mismos se busca establecer "mercados" sanitarios, con competencia entre los órganos de uno y otro nivel, sometida a reglas específicas en cada caso (17).

Se han propuesto diferentes formas de clasificación de los procesos de reforma en la línea de la competencia.

Así, Sheaff (18), ateniéndose a las estructuras diseñadas para evitar los fallos de los mercados sanitarios no regulados, propone distinguir entre cinco variantes de mercados internos:

- Aseguramiento privado obligatorio.
- Seguro social.
- Compra de servicios por los médicos de atención primaria.
- Licitación competitiva.
- Competencia gestionada.

Por su parte, Saltman (4) propone atender a los cambios introducidos en cada uno de los tres bloques de componentes básicos de un sistema sanitario, de obtención de recursos financieros, distribución de los mismos y producción de los servicios sanitarios tanto los de carácter asistencial como los de salud pública.

Junto a las novedades descritas en cuanto la distinción de tres niveles diferentes en los servicios sanitarios y la introducción de líneas de competencia, que se dirigen fundamentalmente a la solución de los problemas de eficiencia (en especial a nivel microeconómico) de los sistemas sanitarios, siguen siendo válidos los conceptos de delegación y privatización, a los que se está aludiendo ahora.

Como consecuencia, cabe describir un panorama abigarrado, en el que los órganos financiadores-aseguradores pueden ser públicos (sometidos o no a procesos de delegación) o privados, y lo mismo cabe describir a los niveles de compra de servicios y de provisión de los mismos. Algunos de los procesos de reforma más conocidos de diferentes países se han clasificado en el cuadro II.1, situándolos con arreglo al lugar que ocupan en el sistema sanitario correspondiente (de financiación, compra o provisión de servicios) y a las características públicas o privadas de su forma de organización.

Todos esos procesos, en todo caso, constituyen formas de descentralización de carácter "funcional", en los que las relaciones de autoridad y jerarquía administrativa en los servicios sanitarios se sustituyen por nuevas modalidades de relación, con la atribución de responsabilidades diversas a los nuevos órganos creados.

(2) Los mecanismos de competencia y mercado a diferentes niveles en los procesos de reforma

La descripción de los procesos de reforma más conocidos se ha realizado por diferentes autores en numerosas ocasiones.¹

1 Así ocurre con la creación de los denominados "fundholdings" en el Reino Unido (puede consultarse a este respecto la descripción realizada por Smee (19, pag 175 y sig.). La misma referencia sirve para la descripción de las características fundamentales de los "trusts" hospitalarios británicos.

Para la descripción de las reformas introducidas en el sistema sanitario sueco puede verse el capítulo cuarto de la obra de Saltman y von Oter citada (17), así como el análisis de Anell (20, pag. 208 y sig), y un artículo de Hakansson (110). El primero de esos textos contiene también una referencia al proceso de reforma que está teniendo lugar en Finlandia.

Las reformas propuestas en Holanda, que han alcanzado un grado de implantación sólo parcial, están descritas por de Roo (3), van de Ven (21) y Schut (111).

En cuanto a los procesos de reforma en Nueva Zelanda, pueden consultarse los textos de Ashton (22; 113), Bonen y Maynard (23) y Buchanan (24). Hay dos números de la revista Health Policy (112) dedicados íntegramente a la reforma sanitaria en este país.

Cuadro II.1. Clasificación de las nuevas reformas en los Servicios Sanitarios

Nivel de servicios	Modalidad	
	Delegación (Medios Públicos)	Privatización (Medios Privados)
FINANCIACIÓN	-Holanda	-Nueva Zelanda
COMPRA	-Fundholding comunitarios (U.K.) - DHAS (U.K.) -Agencias Públicas (Suecia) - de condado - municipales -Agencias públicas municipales (Finlandia) -Autoridades regionales (Nueva Zelanda)	-GPS fundholding (U.K.)
PROVISIÓN	-Trust hospitalarios (U.K.) -Hospitales autónomos (Suecia) -Crown Health Enterprises (Nueva Zelanda)	-GP fundholding (servicios propios) (U.K.) -Hospitales con contrato de construcción y funcionamiento (U.K.)

Aunque resulta imposible aquí una descripción de las reformas en cada uno de los sistemas sanitarios en los que se han introducido, cabe resaltar algunos de los mecanismos fundamentales previstos a los niveles en los que se han promovido esas reformas en cada uno de aquéllos.

Así, al nivel de la *financiación-aseguramiento* los mecanismos de competencia entre aseguradoras para la captación de clientes parecen conllevar en su misma naturaleza procedimientos de selección de la población cubierta y sistemas de gestión administrativa complejos. Esas cuestiones, como luego se indica, han determinado el abandono de las líneas de reforma correspondientes allí donde esas formas de organización no constituyen el soporte fundamental de los servicios, como es el caso de nueva Zelanda (24).

Al nivel de *compra de servicios*, Saltman y von Otter han resaltado que, así como se puede deducir como rasgo común en muchos procesos de reforma la separación entre las funciones de compra y provisión de los servicios, hay una divergencia sustancial en la forma de llevar a cabo la primera de ellas (25).

Se producen diferencias según las características del comprador, que puede ser tanto público (las agencias de distrito, o los "*community fundholding*" en el Reino Unido; las establecidas a nivel de condado o subcondado en Suecia; o las de nivel municipal en Finlandia) como privado (los "*GPs- fundholdings*" ingleses; las aseguradoras privadas de implantación nacional en Holanda). Son evidentes también las diferencias en

cuanto a los grupos de población para los que se compran servicios en cada caso de los citados.

También se producen diferencias en la constitución y los miembros de esos órganos compradores: se pueden encontrar ejemplos de órganos constituídos por personal con funciones de planificación (los de los condados suecos); pero también por políticos locales electos (a nivel de los subcondados en Suecia). En otros casos se trata de personal designado por el gobierno central (las autoridades de distrito británicas); de médicos generales (los GPs-*fundholdings*); o de agentes comerciales (los representantes de las aseguradoras holandesas).

Los servicios que se incluyen en los procesos de compra tampoco son homogéneos: en los casos de Suecia y Finlandia se trata de todos los servicios hospitalarios, mientras que en el Reino Unido sólo se incluyen ciertos procedimientos hospitalarios electivos, incluyendo los de carácter diagnóstico, hasta un coste máximo establecido en el caso de los GPs-*fundholdings*, a partir del cual son financiados a nivel de distrito; se incluye también el pago de la prescripción farmacéutica para la población cubierta por el *fundholding*. En Holanda la compra de servicios a diferentes proveedores incluye tanto la atención primaria como la hospitalaria. En algunos países (el Reino Unido; Holanda) se pueden incluir los servicios de enfermería, atención socio-sanitaria y hasta los de ambulancias.

La diversidad de órganos, por otra parte, no han tenido un origen temporal común, ni siquiera en el mismo país. Así, en el caso del Reino Unido se ha destacado (26, pag 13 y sig) que los "*fundholdings*" no formaban parte de las medidas iniciales del proceso de reforma para introducir la compra de servicios en aquel país propuestas por Enthoven, actuación que estaba reservada originalmente a órganos constituídos al nivel de los distritos sanitarios (DHAs). Ni siquiera una vez introducidos más tardíamente formaban parte del núcleo central de las reformas (27, pags 74 y 75). La evolución posterior, sin embargo, los ha convertido en la "joya de la Corona" de las reformas promovidas en aquel país, y en competidores principales de los órganos creados a nivel de distrito.

A la hora de desempeñar ese papel, algunos autores (27; 28, pags 25 y sig) han resaltado sus ventajas respecto a estos últimos, derivadas de una sensibilidad supuestamente mayor a los intereses de los pacientes; pero también se han puesto de manifiesto los inconvenientes de la interferencia de actuaciones entre compradores de diferente nivel (29).

Una característica común en los procesos de compra de servicios tiene que ver con lo que se acaba de señalar: esa función se realiza por órganos intermedios entre los proveedores y los pacientes, que actúan en representación de éstos. Las posibilidades de libre elección de proveedor por parte del paciente en estos sistemas suelen reducirse al ámbito de la atención primaria (25, pag 241), o, como ocurre en el Reino Unido, al del médico general (GP), que puede actuar a la vez como comprador de otros servicios si está incluido en un "*fundholding*", pero hay una gran diversidad de formas concretas posibles.

Por último, cabe indicar que habitualmente está excluida la posibilidad de beneficios económicos directos para el comprador por los ahorros que pudieran conseguirse en la atención de los pacientes.

Para la *provisión* de los servicios sanitarios, las nuevas reformas han establecido diversas formas de delegación y privatización que se han recogido en el cuadro anterior.

Con carácter general, los medios a los que recurren las nuevas entidades, sean públicas o privadas, para mejorar su eficiencia, lo que constituye el objetivo principal de las reformas, son (19; 28; 30, pag.3):

- Modificaciones en las políticas de personal (tanto en régimen de vinculación, como en diseño de la plantilla, nivel retributivo y formas de incentiación, que se establecen con carácter propio por cada centro, al margen de negociaciones centralizadas).
- Financiación con cargo a contratos, a cuyas posibles modalidades se hace referencia más adelante.
- Formas de presupuestación, con establecimiento de límites globales, pero mayor libertad de gestión interna de los mismos. Como se indica después, normalmente se establecen limitaciones específicas para los gastos de capital.
- Creación de estructuras de gestión propias.
- Compra de bienes y servicios al margen de las formas de contratación propias de las administraciones públicas.

En el caso de las iniciativas promovidas en el Reino Unido para la financiación privada de la construcción de centros y la dotación de los mismos, de cuya gestión posterior se ocuparía la misma entidad que llevó a cabo las inversiones precisas (31; 76; 78; 80), los medios de gestión a utilizar deben ser similares, si bien la rentabilidad de las inversiones realizadas dependerá de las características de los contratos establecidos con los compradores.

Se ha llamado la atención (79) sobre el hecho de que, en estos casos, la entidad propietaria del nuevo centro construido no se verá afectada en su gestión por las condiciones de competencia que constituyen el núcleo fundamental de las reformas: una vez construido el centro por quien haya obtenido la concesión se prevé su gestión durante períodos de varios años (normalmente más de diez, que es el período máximo que se considera para la amortización del capital invertido para construir un centro); cuando finalice la concesión es muy probable que el centro correspondiente, que no será propiedad pública, se encuentre en situación de casi-monopolio en la zona en que asiente, favoreciendo la imposición de condiciones por parte de la entidad propietaria para los nuevos acuerdos.

Por otra parte, en estos casos se ha estimado también que el margen de beneficio deberá rondar el que está en vigor en el sector de la construcción, alrededor del 25%.

(3) Cuestiones planteadas por los nuevos procesos de delegación y privatización

El seguimiento de los procesos de reforma a los que se está haciendo referencia sería de gran utilidad para valorar los efectos que esas medidas están teniendo. En el capítulo anterior, sin embargo, se puso de relieve como una característica peculiar de algunos de estos procesos la ausencia de valoración adecuada de los mismos.

Esto afecta de manera especial a las reformas en el Reino Unido, como se ha expuesto en numerosas ocasiones por autores diversos, y no constituye un hecho casual, sino que parte de una postura definida al respecto por parte de las autoridades sanitarias correspondientes (cabe aquí remitirse a las citas del capítulo anterior sobre esta cuestión).

Con independencia de que lo anterior puede ser sugestivo de motivaciones ajenas a los propios servicios sanitarios para el desarrollo de las reformas, una segunda dificultad nace de los problemas para establecer procedimientos adecuados de valoración de éstas.

Diversos autores (30; 32; 33, pag. 243 y sig.) han puesto de relieve distintos problemas metodológicos:

- Se observa que muchos de los trabajos publicados sobre efectos de las reformas introducidas constituyen valoraciones cualitativas, en ocasiones centradas en aspectos anecdóticos, sin un adecuado rigor en los planteamientos previos.
- En otros casos se trata de la verificación de condiciones teóricas, cuyo cumplimiento, a la luz de los análisis microeconómicos, debería resultar en una mejora de la eficiencia de los servicios. Esos estudios suelen obviar la escasa adecuación entre la realidad de la práctica clínica y los conceptos económicos aplicados a los mercados sanitarios.
- Las evaluaciones de los efectos de ciertas reformas pueden complicarse más todavía si coinciden en tiempo y lugar varios procesos diferentes (así ocurre en el Reino Unido, como se ha indicado) de manera que es difícil separar lo que se debe a cada uno de ellos.
- Otras decisiones simultáneas con ciertas reformas, como incrementos presupuestarios o medidas de sentido contrario, pueden complicar la valoración de los efectos de las medidas de reforma sobre el gasto individual de cada centro y sobre el gasto global del sistema sanitario correspondiente. (Para el Reino Unido, por ejemplo, Le Grand (33, pag 244) describe incrementos del 6,1% en términos reales en 1991/1992, y del 5,5% en 1992/1993).

Todas esas razones justifican una actitud cautelosa a la hora de valorar los efectos de las reformas que se están implantando. Por ese motivo se presentan aquí como cuestiones suscitadas por su aplicación y no como afirmaciones cerradas, salvo algún caso específico.

Con ese carácter, cabe señalar que esas cuestiones se refieren a ciertos ámbitos generales. Son los siguientes (Cuadro II.2):

Cuadro II.2. Cuestiones que plantean las nuevas modalidades de descentralización funcional

	Financiación- aseguramiento	Compra de Servicios	Provisión
I Cuestiones de equidad			
Selección adversa	X	X	X
Diferentes niveles de asistencia	X	X	
Distribución territorial desigual	X	X	X
Diferente nivel de financiación	X	X	
II Cuestiones de eficiencia y gasto			
Aumento costes administrativos	X	X	X
Duplicación de medios y fomento de introducción no controlada de nuevas tecnologías (dificultades de planificación)			X
Tendencia al aumento de actividad para aumentar microeficiencia			X
Aumento de gasto global	X	X	X
Aumento de eficiencia de médicos, centros y servicios		X	X
III Cuestiones de eficacia y calidad			
Variación de la calidad de los servicios	X	X	
Disminución de cobertura de prestaciones	X	X	

(a) Cuestiones de equidad

- En primer lugar se suscita la posibilidad de que las modalidades de descentralización aplicadas con competencia entre las nuevas entidades, provoquen efectos de selección adversa de pacientes (rechazo de la atención de los que más la precisan).

Para van de Ven (34) "la selección adversa es verdaderamente el talón de Aquiles de un amplio panel de estrategias de orientación hacia los mercados en asistencia sanitaria que se están discutiendo y poniendo en marcha en muchos países. En consecuencia los esfuerzos dirigidos a su prevención exigen un alto grado de prioridad de investigadores y diseñadores de políticas".

Esta posibilidad se refiere a los tres niveles de los servicios (financiación-aseguramiento, compra y provisión), bajo formas diferentes en cada caso.

En el caso del *aseguramiento-financiación*, se trata de seleccionar a los pacientes con menor nivel de riesgo o evitar aquéllos con patologías de tratamiento más costoso.

Esta tendencia ha sido señalada por diversos autores (3; 4; 21; 34; 35; 36; 38), lo mismo que se ha resaltado (37, pags 56-57,123-125,167) que sólo los sistemas públicos garantizan la cobertura universal y el acceso equitativo.

Además de formas directas de rechazo puede adoptar otros procedimientos de puesta en práctica: se cita (38), por ejemplo, la publicidad dirigida sólo a poblaciones o zonas de más bajo riesgo sanitario. La falta de desarrollo de cobertura en determinados territorios en los que la asistencia puede resultar más costosa, dejando la responsabilidad a otra aseguradora (normalmente pública) que garantiza la cobertura, tiene los mismos efectos.

Si hay un acuerdo bastante general en la tendencia a esta clase de comportamientos por parte de las entidades aseguradoras sometidas a mecanismos de competencia para la captación de grupos de población asegurada, no existe tal unanimidad en cuanto a las posibilidades de evitar ese efecto.

Algunos autores (34), de manera caracterizada de países en los que están en vigor sistemas de este tipo, como Holanda, arguyen la existencia de mecanismos naturales que disminuyen el atractivo de esta clase de actuaciones: el coste de la información necesaria para llevar a cabo una selección adversa, la mala reputación derivada de esas prácticas, que dañaría más a las compañías o grupos de mayor presencia, pueden actuar como frenos.

Junto con esos mecanismos "naturales", pueden establecerse regulaciones para intentar prevenir esos efectos. De entre ellos, se ha hecho especial hincapié (34; 40) en el establecimiento de coeficientes de financiación capitativa ajustados por riesgo, de manera que queden cubiertos los "excesos" de gasto de determinados pacientes y no haya motivo para su rechazo. Pero la dificultad de establecer esos coeficientes, de los que no hay experiencias reales de implantación, es evidente.

Otros mecanismos posibles pasan por la calificación y autorización de los contratos de aseguramiento; la publicidad de encuestas de satisfacción de usuarios; y la limitación temporal (varios años) de cambio de entidad aseguradora, unida a la prohibición del contacto de representantes de las aseguradoras con la población correspondiente en los períodos de elección. Se ha barajado también la utilización de códigos éticos para las aseguradoras.

En general, sin embargo, la confianza en las posibilidades correctoras de esos mecanismos es escasa (4; 39). Las mismas razones han llevado a Canadá a prohibir a las compañías aseguradoras privadas la cobertura de las prestaciones incluidas en la cobertura pública y a que se plantee la posibilidad de la competencia en el aseguramiento.

Las posibilidades de selección adversa se han invocado también en el nivel de *compra de servicios*.

Puesto que se trata de un mecanismo mediante el cual obtener ventajas respecto a otros competidores en función de la población de la que se es responsable en cada caso, esta posibilidad se reduce a aquellas situaciones en que hay capacidad de elección del comprador que va a actuar en su nombre por parte de la población respectiva (y a la inversa, por parte del comprador de la población a la que representar, lo que constituye la base de la posible selección adversa).

De entre los mecanismos de descentralización y reforma relacionados, esa situación se reduce, en consecuencia, a los *GPs-fundholdings* británicos, pues en los restantes descritos no se da esa condición. (También se ha llamado la atención sobre esta posibilidad respecto a las HMOs americanas, que constituyen un modelo y, como se verá más adelante, un posible horizonte de los *fundholdings* ingleses).

La posibilidad de que se produzca la selección adversa de pacientes en esos casos ha producido abundante literatura y hasta posiciones contrarias de los mismos autores en distintos momentos.

Se citan numerosos trabajos en los que se apunta esa tendencia (32; 33, pag 251; 41-49; 50, pag 213), que en algunos otros se refiere a grupos de pacientes concretos (así, Drummond (51) la refiere a pacientes precisados de medicamentos de alto coste). Para algunos de los autores citados (47), sobre la base de los incentivos para la selección adversa por parte de los *funholding*, se considera ésta "tecnicamente probable y financieramente provechosa".

Un número más reducido de trabajos (27; 52), el primero de los cuales es un análisis de un grupo limitado de *fundholdings* concretos, consideran que no existe la selección adversa en esas prácticas.

Entre los mecanismos para prevenirla se incluye (27) el establecimiento de una fórmula de financiación que tenga en cuenta correcciones según las patologías que generan mayor gasto, pero precisamente otros trabajos (53) llaman la atención sobre los efectos contrarios derivados de la inexistencia real de fórmulas de financiación que tengan en cuenta esas circunstancias.

No se han desarrollado tampoco en la práctica otras posibles actuaciones administrativas (derecho de los pacientes a acceder a las listas de los *fundholdings*) (27) dirigidas a evitar la situación descrita.

Al nivel de la *provisión de servicios* la cuestión de la selección adversa se ha suscitado sobre todo respecto a los trust hospitalarios británicos, si bien se ha llamado también la atención sobre el hecho de que, en condiciones de competencia, la consideración de la cobertura de la financiación de los pacientes atendidos ha pasado a ser un aspecto prioritario en la atención de los hospitales holandeses (3).

Le Grand (33, pag 251) señala que la selección adversa por parte de los hospitales puede manifestarse en forma de rechazo a las patologías más caras o a los casos en que previsiblemente se superará el promedio de gasto de su patología, y pone en

relación su posible existencia en la práctica con la firma de contratos en bloque con los *fundholdings*; un criterio que es compartido también por otros autores en el mismo texto (53, pag 64).

Aunque se ha llamado la atención sobre su existencia por parte de algunos autores (11; 54) otros (55, pag 31-33) consideran que esa apreciación es exagerada y que, por otra parte, diversas formas de selección adversa existían también en la práctica en el sistema sanitario inglés antes de la creación de los trust.

- El segundo grupo de cuestiones relacionadas con la equidad tiene que ver con el establecimiento de *diferentes niveles de atención* para distintos grupos de pacientes.

En el nivel de *financiación-aseguramiento* pueden establecerse distintas coberturas de prestaciones. La delimitación de un paquete básico de prestaciones de mayor o menor amplitud de cobertura obligatoria y financiación capitativa similar puede paliar las diferencias que, sin embargo, pueden establecerse respecto a otras prestaciones complementarias (34). Si éstas se otorgan a cambio de pagos complementarios a la financiación obligatoria, en la práctica determinadas aseguradoras pueden seleccionar grupos de pacientes con mayor capacidad de pago y establecerse sobre esa base distintos niveles de atención, también para las prestaciones obligatorias.

En el nivel de *compra de servicios* este problema se ha suscitado respecto a los *fundholdings*.

En un principio se consideró que los pacientes cubiertos bajo estos regímenes podían sufrir las desventajas de los ahorros en prescripción, remisión a especialistas, exploraciones complementarias u otros que pudieran perseguirse por los médicos integrados en estas prácticas.

Las evaluaciones posteriores, sin embargo, parecen caminar en sentido contrario: en distintos trabajos (Dixon y Glennerster, 1994 (52); Whitehead, 1994 (50); Coulter, 1995 (32); Powell, 1996 (11)) se observa que, sobre la base de sistemas de financiación favorables a los *fundholding* establecidos que luego se comentan y las facilidades para la contratación derivadas de ello, puede estarse produciendo un acceso a los servicios hospitalarios más favorable por parte de los pacientes integrados en los *fundholding* y, en la práctica, dos niveles de atención (el otro correspondiente a los pacientes no integrados en *fundholding*).

Como en otros casos, la existencia de opiniones contradictorias (27) pese al recuerdo de que con anterioridad a las reformas "ya existían varios niveles de asistencia" (27; 11) hace necesario el desarrollo de estudios más amplios (50).

Como Whitehead indica (50), en todo caso una diferencia sustancial respecto a la situación anterior es que, bajo las nuevas fórmulas, las desigualdades lejos de ser condenadas son favorecidas y animadas. Ése es el criterio expuesto por Glennerster y otros (27), que consideran que, dada la amplitud de la población ya cubierta por

fundholding (en 1994 era del 40%), la solución no debía pasar por la supresión de esas ventajas, sino por su extensión a la totalidad de la población (lo que no parece posible sin un aumento global del gasto).

Los problemas descritos para el caso concreto citado son comunes a todas las situaciones en las que pacientes con distintos títulos de acceso deben ser atendidos por unos mismos proveedores. En esas condiciones conseguir que el acceso a los servicios se haga por razones de prioridad clínica supone establecer criterios de contrapeso de las razones de competencia económica que subyacen al establecimiento de los mercados sanitarios, lo que resulta difícil en la mayoría de los casos.

- Otras cuestiones relacionadas con la equidad y la implantación de las nuevas formas de descentralización tienen que ver con la *desigual distribución territorial de los recursos*.

En el nivel de *financiación-aseguramiento* la tendencia a cubrir las zonas o grupos de población cuya atención debe previsiblemente generar menor gasto (por condiciones sanitarias, de edad, distribución territorial u otras) se ha comentado ya como una de las formas de expresión de la selección adversa. Para la constitución de entidades aseguradoras sanitarias son necesarios en todo caso ciertos mínimos de población (38), lo que excluye el que puedan establecerse de forma aislada en determinadas zonas. En Holanda han desaparecido las aseguradoras con cobertura territorial parcial, y se ha producido una reducción general del número de aseguradoras (en la actualidad hay 26), todas las cuales tienen ahora cobertura nacional (34).

La preferencia para la instauración en determinadas zonas se ha descrito también para la *compra de servicios* (en el caso de los *fundholding*, ver Whitehead (50, pag 212-213)), y es una característica común a los proveedores privados (56, pag 9), que, guiados por sus incentivos propios, se instalan en los lugares donde es posible maximizar su nivel de beneficios económicos, eludiendo las zonas en las que no estén asegurados éstos.

- En relación con la equidad la última de las cuestiones que se plantea se refiere al establecimiento de un *diferente nivel de financiación* a entidades que ocupan la misma posición en el mismo sistema sanitario.

Al hablar de la selección adversa se ha mencionado ya que en la base de los problemas de ese carácter a los niveles de *financiación-aseguramiento* y de *compra de servicios* se encuentra la dificultad de establecer coeficientes de financiación que tengan en cuenta las diferentes condiciones sanitarias de la población, de manera que no se creen incentivos para eludir la cobertura de la atención de las personas cuyo gasto sanitario será previsiblemente más alto.

Con independencia de lo anterior, la existencia real de una financiación más favorable a las nuevas entidades constituídas se ha planteado de manera expresa en el caso de los *fundholdings*.

Day (57) observó grandes diferencias entre regiones y dentro de las propias regiones entre los *fundholding* constituídos en la primera fase del proceso. Dixon (58), analizando un área, llega también a la conclusión de que existen diferencias significativas entre la financiación de la atención canalizada a través de los *fundholding* y la que se desarrolla por la vía tradicional. Este mismo criterio se sostiene en otros trabajos (51; 59) poniéndolo en relación con la forma de elaboración de los presupuestos de los *fundholding*, que se vienen estableciendo sobre la base de los presupuestos históricos de los médicos agrupados en ellos, con una consideración generosa de los mismos.

Otros trabajos ponen cautelas sobre algunos de los datos ofrecidos (60), o muestran su disconformidad con que la fórmula de cálculo de los presupuestos utilizada beneficie a los *fundholdings* (19).

Tampoco es unánime la percepción de los responsables sanitarios de los distritos (de cuyo presupuesto de actuación como compradores de servicios se descuenta el atribuido a los *fundholding* del propio distrito): Whitehead (50, pag 222) cita un estudio realizado entre aquéllos (61), según el cual el 50% de ellos consideraban que los presupuestos de los *fundholding* eran excesivos, mientras que el otro 50% los consideraba correctos.

Para el establecimiento de un sistema de financiación capitativo que sea equitativo hay acuerdo en que deben abandonarse las metodologías que parten de la consideración histórica del gasto (32; 62); pero las dificultades de definición de nuevas fórmulas ya han sido descritas, y la introducción de factores de corrección relacionados con las necesidades de los pacientes atendidos en cada caso no parece posible a partir de la información disponible en el funcionamiento ordinario de los servicios (62).

(b) Cuestiones de eficiencia y gasto

- La primera de las cuestiones relativas al gasto sanitario y la eficiencia de las medidas que caracterizan los nuevos modelos de reformas descentralizadoras es el *aumento de los gastos administrativos*.

Con carácter general, se ha descrito la tendencia al aumento de estos gastos en todos los sistemas que pueden incluirse bajo el epígrafe de la "competencia gestionada" (18; 38). (Sobre la extensión de ese término, que, según Maynard (63), reúne al menos 57 variedades distintas, pueden también consultarse otros trabajos citados (64-68)). El aumento de los costes de transacción es también una constante reconocida en todos los procesos de reforma caracterizados por la creación de mercados sanitarios en los países europeos que están promoviendo esa clase de medidas (72).

Avidson (69, pag 73) recuerda que en los sistemas financiados por impuestos en los que el financiador y el proveedor están integrados dentro del mismo sector público disminuyen los costes de transacción respecto a los sistemas de mercado.

En términos macroeconómicos, en el nivel de *financiación-aseguramiento*, la comparación de los datos de gasto sanitario total en administración respecto al gasto sanitario total de distintos países realizada por la OCDE (70, pag 74; 71) pone de manifiesto diferencias significativas en el sentido de mayor gasto administrativo por parte de los sistemas en los que hay competencia en el aseguramiento. Navarro (107), sobre bases estadísticas semejantes, propone una conclusión similar.

Los diferentes sistemas de contabilidad aplicables en los sectores públicos y privados hacen de difícil comparación las estadísticas de gasto de uno y otro tipo de aseguradoras de manera individual. Pero el negocio del seguro se caracteriza por la pormenorización de condiciones para la cobertura de los riesgos y por la multiplicación de trámites para la obtención de los beneficios por los asegurados. Todo ello provoca altos niveles de gasto en administración, que se multiplican por el número de aseguradoras que compiten por un mismo mercado.

El aumento de los costes de transacción en las relaciones entre *compradores de servicios* y *proveedores* respecto a las relaciones en una organización unitaria y jerarquizada (54) se ha vinculado al establecimiento de contratos como forma de expresión de esas relaciones. Para Williamson (73), los contratos son más costosos de redactar, más complicados de ejecutar y más difíciles de obligar su aplicación.

Le Grand (33, pag 257), tomando ideas del propio Williamson, distingue entre costes "ex ante" de la firma de los contratos y costes "ex post" de los mismos, y señala que cuanto más elevados son los primeros (cuanto más pormenorizada su elaboración y preparación) más se reducen los segundos y a la inversa.

De esos costes algunos no son persistentes como los correspondientes al establecimiento de sistemas de información cuya utilidad permanece una vez implantados, pero otros sí continúan (28, pag 34).

A las razones citadas se une el que en los sistemas de mercado son más elevados los salarios del personal de administración y dirección (4; 56, pag 9). En otros casos (77) se apunta que el aumento de personal dedicado a la gestión puede contribuir más al aumento de los gastos que el nivel retributivo de aquél, pero es muy posible que coincidan ambos tipos de razones. Le Grand (33, pag 250), citando datos del Departamento de Salud británico, señala que, coincidiendo con la fase inicial de implantación de las reformas en el Reino Unido, el personal administrativo aumentó más del 10%, y el personal directivo se multiplicó por tres.

Respecto a algunos casos concretos de compra de servicios (los *fundholding* británicos) se ha apuntado también la alta proporción de coste administrativo debido al pequeño tamaño de sus operaciones (19, pag 198). El encarecimiento de las funciones de compra de servicios en nombre de pequeños grupos de pacientes, o incluso de pacientes individuales ha sido también puesto de relieve por Sheaff (18), que cita valoraciones del coste de la implantación de la compra de servicios en el Reino Unido, estimado en 300 millones de libras, al que habría que añadir 30.000 libras más por cada médico general integrado en *fundholdings*.

La confirmación de esas apreciaciones por la realidad se ha puesto de manifiesto en diferentes trabajos (18; 27, pag 101; 32; 51; 74), y es acorde con la percepción de los propios miembros de la forma específica de compra de servicios que son los *fundholding* respecto al aumento de su carga administrativa al integrarse en ese sistema (50, pag 218). Esa impresión se suma a la de la necesidad de crear y aumentar plantillas específicas para el desarrollo de esas funciones.

Hay estimaciones generales (75) que apuntan a que el coste administrativo de los *fundholding* es de dos a tres veces mayor que la compra de servicios llevada a cabo por las autoridades sanitarias de distrito.

Se han aportado en algunos casos ejemplos concretos del coste de preparación de los contratos, así como de su extensión (1 millón de libras y 1700 páginas respectivamente) (76), y estimaciones del porcentaje de gasto administrativo en algunos grupos de *fundholding* (27, pag 101), que puede oscilar entre el 4 y el 5%. Este último trabajo, sin embargo, plantea que la verdadera cuestión no es el aumento absoluto o relativo de estos gastos, sino si se compensan por el aumento de eficiencia que pudieran aportar las nuevas modalidades de organización.

Los costes de funcionamiento de los trusts hospitalarios británicos se han elevado respecto a la organización anterior (19, pag 188). Se han generado también costes administrativos por el funcionamiento de aquéllos para el Departamento de Salud, las autoridades regionales y nuevas estructuras administrativas y de gestión creadas. Entre unos y otros niveles de la organización se han producido deslizamientos de costes que, con la información disponible, hacen difícil valorar todavía si los costes administrativos globales han aumentado respecto a los generados por la gestión centralizada anterior.

- La segunda cuestión que se plantea desde el punto de vista económico es el *posible conflicto entre macroeficiencia del sistema sanitario y microeficiencia de los centros*, como consecuencia de las reformas.

Se trata de una cuestión que afecta de manera específica al nivel de *provisión* de los servicios, y tiene dos clases de expresiones:

- De un lado, la tendencia a la duplicación de medios y el fomento de la introducción de nuevas tecnologías sin control adecuado de su relación coste -beneficio, como medios para atraer pacientes en competencia con otros proveedores (11; 38; 43; 76; 81, pag 36-57).

Anell (20, pag 211-212) describe no sólo el incremento de la dotación tecnológica, sino su publicidad en medios de difusión general, como una de las medidas utilizadas por los hospitales de condado suecos sometidos a competencia para atraer pacientes que se están perdiendo hacia centros de otros condados próximos. La misma proyección hacia el terreno del marketing de la actividad que se realiza se ha propugnado para los hospitales ingleses constituidos como trusts (82).

- De otro lado, se ha descrito también la tendencia al aumento no justificado de la actividad de los centros por parte de los proveedores financiados con arreglo a la actividad desarrollada (18; 20, pag 219). Para atajar este problema se han propuesto sistemas de pago que disminuyan el reembolso si se supera cierto nivel de actividad establecido, pero esta solución plantea otros problemas potenciales, a la vez que contribuye a aumentar la complejidad de los contratos.

Por una y otra vía se provocan dificultades para la planificación y coordinación de los servicios (11) y, a la vez que se pierden las ventajas de economías de escala, pueden conducir al incremento del gasto global.

- Siendo el *control del gasto sanitario global* una de las razones que se han invocado para promover las reformas en la forma de procesos de descentralización como los que se vienen describiendo, es llamativo observar que no hay ninguna evidencia de que tal efecto se haya producido.

En el nivel del *aseguramiento*, las mismas estadísticas de gasto sanitario por países que se han citado antes para los gastos en administración confirman que los sistemas sanitarios en los que se produce la competencia a ese nivel gastan más en servicios sanitarios, medido en porcentaje del Producto Interior Bruto, sin mejores resultados en salud, que cualquier otra forma de organización de la cobertura sanitaria. Esta afirmación se detalla de manera más amplia en el capítulo sexto.

A los niveles de *compra y provisión de servicios*, no hay datos generales que permitan valorar esos efectos. Dejando aparte la falta explícita de voluntad para llevar a cabo la evaluación de las experiencias promovidas en algunos países (se ha citado ya el caso del Reino Unido), otra de las causas que han contribuido a esa imposibilidad es el desarrollo simultáneo de otras medidas:

- Así, tanto en el Reino Unido como en Nueva Zelanda se han producido incrementos presupuestarios a la vez que las reformas (33, pag 244; 83, tabla 3), y resulta imposible deslindar qué parte constituye causa y qué otra son efectos de las transformaciones promovidas.
- En Suecia, Anell (84) describe cómo junto con la introducción del mercado interno se han producido en paralelo reformas internas de los hospitales, transferencias de responsabilidades (los cuidados de ancianos en residencias asistidas) desde los condados a los municipios, y cambios en las pautas de comportamiento médico en diferentes procesos que, merced a la utilización de nuevas tecnologías, han permitido acortar las estancias hospitalarias y aumentar la atención sin internamiento.

En el apartado anterior, sin embargo, se han descrito determinadas tendencias que pueden provocar el incremento del gasto sanitario global de los sistemas correspondientes, y es un dato de valor que las reformas se estén promoviendo sin una comprobación real de estos efectos.

- Se ha planteado también si las reformas introducidas mejoran la *eficiencia de los comportamientos médicos y del funcionamiento de centros y servicios*.

Esta cuestión tiene una expresión en el ámbito de los *GPs-fundholdings* que, como se ha descrito, aúnan funciones de *compra de servicios*, incluyendo la medicación que precisa la población cubierta y las atenciones de los especialistas, con la provisión de la atención primaria para ese grupo de población.

Se han valorado para ello los comportamientos de los *fundholdings* en cuanto a prescripción farmacéutica y remisión de los pacientes a consultas de especialidad o exploraciones complementarias.

Respecto a la primera de esas cuestiones, se ha señalado (50, pag 221) que los *fundholding* parecen controlar el incremento del gasto farmacéutico un poco mejor que los grupos de control. Algunos trabajos (88) señalan que la prescripción de los GPs agrupados en *fundholdings* es de más bajo coste que la de los que no pertenecen a éstos; el ahorro constatado en ese estudio se producía por la prescripción de un menor número de fármacos por paciente.

Otros trabajos (19, pag 197) asocian los *fundholdings* con un menor volumen de prescripción, un aumento más rápido en la prescripción de genéricos y una tasa menor de incremento del coste total de la prescripción; pero en ese mismo trabajo se advierte sobre la dificultad de separar los efectos atribuibles a la forma de organización de los correspondientes a otras innovaciones simultáneas, como la modificación introducida en los contratos de los GPs.

En otros estudios (89) se señala que lo predominante en todos los casos es un incremento notable del gasto farmacéutico, sea cual sea la forma de práctica en la que se produce, y que frente a esa pauta general de mayor valor absoluto pierden significación las diferencias en prescripción (menor en el caso de los *fundholdings*) que se pusieron de manifiesto.

Otro trabajo reciente (108) valora una pequeña reducción inicial (del 6%) del coste de la prescripción farmacéutica de los primeros *fundholdings* respecto a la práctica tradicional, pero las diferencias desaparecieron al cabo de tres años. La reducción relativa conseguida, lograda a través de una reducción del coste medio por prescripción más que a la disminución del número de éstas, se considera en todo caso poco significativa frente al incremento en cifras absolutas del coste de la la prescripción para todos los grupos, que es la tendencia fundamental.

En cuanto a la referencia de pacientes a otros niveles de atención, los trabajos publicados hasta la fecha (19, pag 197; 50, pag 219 y sig; 90) no han puesto de manifiesto diferencias significativas según la forma de organización.

En cuanto a la eficiencia de los trust hospitalarios, en el nivel de *provisión de los servicios* esa forma de organización supone acceder a muchas de las condiciones que teóricamente, desde un punto de vista microeconómico, son necesarias para alcan-

zar la eficiencia (19, pag 184; 53). Hay, sin embargo, pocas evidencias directas de que ése sea el resultado de su constitución, y se han sugerido ciertas cautelas respecto a la valoración de los resultados de los primeros trust constituidos, dado que podrían formar un grupo selecto de hospitales con un promedio previo de costes más bajo (53, pag 62).

(c) *Cuestiones de eficacia y calidad*

- Desde el punto de vista de la *calidad* de los servicios, se ha señalado (18) que, en condiciones de competencia al nivel del *aseguramiento*, cuando aumenta la demanda la competencia tiende a establecerse en calidad. Pero el concepto de ésta que se maneja consiste en la introducción de las innovaciones clínicas, mejoras en la hostelería de los servicios contratados y posibilidad de saltar colas de espera, cuestión esta última que tiene implicaciones para la equidad, si los proveedores son los mismos.

De esos conceptos al menos el primero de ellos tiene el contenido inflacionista que se ha indicado ya en relación con los centros y servicios que actúan como proveedores.

Desde otro punto de vista, se ha resaltado (38) que el interés de las aseguradoras es maximizar sus beneficios por lo que están más preocupadas por rebajar los costes que por la alta calidad de los servicios.

La valoración acerca de la calidad de los servicios con las nuevas relaciones establecidas entre *compradores* y *proveedores* se ve dificultada por la ausencia de una definición unívoca del concepto de calidad, por la mezcla de los efectos de distintas modificaciones (presupuestarias y organizativas) que, como se indicaba antes, han acompañado a las reformas, y por los grupos y situaciones evaluados (los efectos podrían ser más favorables en los grupos inicialmente asociados a las reformas, que pueden ser más entusiastas con ellas o pueden haber recibido mayores atenciones) (33, pag 247).

Hay un acuerdo general en que, en el caso del Reino Unido, el funcionamiento de los GPs-*fundholding* ha mejorado la posición y la relación de los médicos generales con los niveles especializados de asistencia, y en que esa mejora puede beneficiar cualitativamente la atención de los pacientes cubiertos por ese sistema (33, pag 248), pero otros autores (18) advierten que no hay necesariamente coincidencia entre los intereses de unos y otros.

Otra de las mejoras para esos grupos de pacientes parece ser la disminución de las esperas para la práctica de intervenciones y exploraciones en los hospitales (19, pag 199). Pero Le Grand (33) señala que no está todavía demostrado que esas mejoras sean sostenibles si se generaliza el sistema.

Los contratos que los compradores (tanto *fundholdings* como autoridades de distrito) firman con los proveedores en el Reino Unido incluyen estándares y cláusulas de calidad (32). La extensión de esos estándares al conjunto de los pacientes atendidos

puede resultar en beneficios para el conjunto del sistema, pero se han producido también quejas de los hospitales en el sentido de que los *fundholdings* están "desestabilizando su financiación" (19, pag 198), y se han comentado más arriba las advertencias acerca de la posibilidad de que se estén creando dos niveles de atención.

Coulter (32) recoge numerosos trabajos, que califica como "impresiones" de los GPs integrados en *fundholdings*, sobre la mejora de la calidad en estas prácticas. Por el contrario, sólo reconoce un estudio en el que se haya planteado una medida sistemática del impacto sobre la calidad de la asistencia con las reformas, y éste (85) no demostró diferencias significativas.

La opinión de los pacientes sobre los efectos producidos por las reformas no ha sido contrastada con demasiada frecuencia, pero cuando ha ocurrido así (86), no aprecia variaciones significativas entre la situación anterior a las reformas y después de éstas en aspectos como la hostelería, la información proporcionada a los propios pacientes o la atención a domicilio recibida tras el alta hospitalaria.

Desde otro concepto de la calidad, en el caso de los *fundholdings* británicos los estudios parecen demostrar un desarrollo de nuevos servicios en el ámbito de la atención primaria más amplio que en las formas de organización tradicional (19, pag 197): entre las innovaciones se incluyen la realización de cirugía menor, la práctica de análisis clínicos limitados y test de embarazo, y nuevos servicios como fisioterapia y quiropráctica.

- Otro aspecto que puede verse afectado por las reformas es el ámbito de cobertura de las prestaciones.

Al hablar de la selección adversa se ha señalado la tendencia por parte de las aseguradoras a evitar los pacientes o las zonas cuyos costes de atención previstos superen los promedios. Otra forma de expresión de esos mecanismos de selección es la delimitación restringida de las prestaciones a otorgar escogiendo sólo aquéllas que pueden proporcionar beneficios económicos por su gestión (38; 87). Entre los servicios que más habitualmente tienden a excluirse figuran aquéllos de alto coste y de los que son tributarios sólo pequeños grupos de población, la atención a pacientes crónicos, o los cuidados geriátricos.

El establecimiento de paquetes obligados de cobertura puede contribuir a evitar esas situaciones pero es necesario también el control de la eficacia real de las provisiones de cobertura, que pueden eludirse por falta de medios para desarrollar las prestaciones incluidas (56, pag 8-9).

Se han expresado el mismo tipo de cuestiones respecto a los compradores de servicios, que actúan en representación de grupos de población determinados y pueden seleccionar y priorizar los servicios a cubrir en cada caso para la población correspondiente.

Como se indica en el capítulo siguiente la definición y selección de prestaciones a niveles descentralizados puede tener efectos ambivalentes: la mayor sensibilidad a ciertos problemas locales puede contribuir a ampliar el ámbito de las prestaciones, pero una presencia numérica reducida en un cierto ámbito de determinado tipo de patologías o problemas concretos puede hacer que se postergue o se rechace la atención de las mismas si se tiene que "comprar" de manera descentralizada.

(d) Algunas cuestiones de futuro

- En *financiación-aseguramiento*

A lo largo del apartado anterior se han citado numerosos argumentos, tanto de equidad como económicos, que ponen en cuestión las ventajas de establecer mecanismos de competencia a este nivel.

Como indica Reinhart (91), la única evidencia sugestiva de que es posible un mercado al nivel de la financiación- aseguramiento que garantice la cobertura sanitaria universal y que resulte satisfactorio se da en la teoría económica, no en la práctica del mundo real.

Sólo en dos países, los Estados Unidos y Holanda, se mantienen esas relaciones de competencia entre aseguradoras: en el primer caso mayoritariamente comerciales y en el segundo predominantemente sin ánimo de lucro. Se trata, sin embargo, de países cuya organización ha venido reposando desde antes sobre bases semejantes, que resultan difíciles de cambiar, entre otras razones por la oposición de las aseguradoras que configuran esos sistemas. Podría servir de ejemplo la oposición a las medidas de reforma promovidas por el Presidente Clinton, finalmente fracasadas.

Saltman recuerda de manera reiterada (4; 56,pag 5 y 239) que nadie ha conseguido estructurar un mercado competitivo al nivel de la financiación y el aseguramiento que garantice la cobertura para toda la población y mantenga a la vez el acceso para todos a los servicios en condiciones de equidad. Las aseguradoras privadas en competencia tienen incentivos muy importantes para rechazar, en vez de mantener, a los pacientes de alto riesgo.

Dada la fuerza de esos incentivos, los gobiernos se enfrentan a una tarea, que se juzga como casi imposible, para diseñar formas de regulación y control que puedan evitar los efectos de las conductas oportunistas. Como se ha comentado más arriba, los esfuerzos realizados en Holanda para diseñar una forma de financiación que evitase la selección adversa no se han concretado todavía, y la mayoría de los autores desconfían de que pueda alcanzarse un sistema adecuado de regulación. En Suecia, una comisión creada para estudiar esta cuestión (92) llegó a una conclusión similar.

A los argumentos citados, en la línea de la equidad, hay que añadir los financieros que se han descrito, entre los que destaca el incremento de los costes administrativos y otros costes de transacción, a la vez que se reduce la capacidad de los gobier-

nos de inducir la disminución de costes a nivel de los proveedores, sea directamente o a través de la contratación.

Las evidencias disponibles hasta ahora son sugestivas de que la competencia a este nivel, al menos tal como se ha expresado hasta ahora, provoca más problemas de los que resuelve. Esto hace que, aunque deba seguirse analizando esta cuestión en el futuro, se hayan abandonado otros intentos (como en el caso que se ha citado de Nueva Zelanda (22)) de introducir la competencia en este nivel de los sistemas sanitarios, y que en otros, como Canadá, se vete de manera expresa tal posibilidad, haciendo imposible la coincidencia en las mismas prestaciones entre la cobertura pública y las aseguradoras privadas.

- En *compra y provisión de servicios*

Las reformas que se vienen describiendo se basan, como se ha indicado, en la creación de mercados sanitarios, separando para ello las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios.

Las entidades constituídas bajo esas premisas, sin embargo, deben enfrentarse a dos problemas para llevar a cabo sus funciones: la pérdida de poder individual de cada una de ellas para defender su posición e intereses en los mercados, lo que se deriva de su menor tamaño, y el aumento en sus gastos administrativos, al que se ha aludido ya.

Como consecuencia de esos problemas, tanto en el nivel de compra de servicios como en las nuevas formas organizativas de provisión se están manifestando tendencias a la fusión o confluencia de actuaciones entre entidades paralelas del mismo nivel, que mejoren su posición compradora o vendedora de servicios.

Así ocurre en el caso de los *fundholdings*: se han comenzado a constituir "superfunds" (28, pag 27) o "multifunds" (19, pag 202), consorcios formados por varios *fundholding*, que aspiran a centralizar muchas de sus funciones de gestión, incluyendo las negociaciones con los proveedores, a la vez que se aprovechan de economías de escala.

Por otra parte, se ha producido también una tendencia a la diversificación de actuaciones por parte de algunos *fundholding*, que están derivando una parte de su gestión a áreas ajenas al ámbito sanitario estricto, como la compra de terrenos y edificios con la finalidad de promover centros sanitarios de su propiedad (93).

Ambas corrientes de actuación podrían converger en la constitución de compañías corporativas de compra y provisión de servicios semejantes en orientación y comportamientos a las HMOs americanas y otras modalidades semejantes de asistencia gestionada (19, pag 203; 25, pag 242). Ése es precisamente un modelo de vinculación entre compra y provisión de servicios que trató de evitarse de manera expresa al iniciar la constitución de los *fundholding* ingleses (27, pag 75), por considerar que tenía muchos de los inconvenientes que se han descrito más arriba, y que carece,

por el contrario, de las ventajas de una respuesta más directa de los médicos de atención primaria a las necesidades de sus pacientes.

Glennerster (27, pag 204) ha descrito la posibilidad de una evolución similar si un futuro hipotético Gobierno del Partido Laborista suprimiese sin otra alternativa los *funholding*: en ese caso prevé que los médicos generales (GPs) abandonarían la relación con el NHS, pasando a constituir HMOs, con las que aquél se vería obligado a contratar.

Pero los mismos autores abren la puerta a otras posibilidades en las que concentrar también el poder de compra. Entre ellas una dependencia más directa de los médicos generales (GPs) de las autoridades de distrito y locales (DHAs y FHAs), que podrían constituir comités electivos de médicos para la compra de servicios. Esta misma posibilidad ha sido declarada por el Partido Laborista como la opción por la que se decantaría si accediese al poder tras unas próximas elecciones (109)².

En el mismo nivel de compra de servicios se ha observado una evolución semejante, a la cooperación de entidades paralelas, en Suecia (25, pag 243), donde varios condados se han puesto de acuerdo para hacer desaparecer las limitaciones para la compra de servicios y circulación de pacientes entre ellos. Como consecuencia del uso común de los servicios disponibles, se han producido procesos de racionalización y reducción de éstos (debe tenerse en cuenta que, como se indicó más arriba, las entidades que realizan la compra de servicios en los condados suecos están contituídos por personal designado que forma parte de órganos con funciones de planificación; éstos pueden encontrar en la función de compra una vía de reducción de servicios que se consideren excesivos). Los problemas que plantea a nivel local la reducción de servicios ha llevado a otros condados a establecer limitaciones expresas de la circulación de pacientes procedentes de otras áreas.

Se ha advertido también (25, pag 243) de que puede producirse una evolución semejante por parte de los proveedores: el modelo lo constituirían las organizaciones propietarias de centros y servicios (de hospitales de agudos y psiquiátricos, residencias asistidas y atención domiciliaria) que existen en los Estados Unidos, que han llegado a ser grandes estructuras corporativas con fuerte poder de negociación.

A medida que aumenta la efectividad de los compradores, hay fuertes incentivos para que los trust hospitalarios y otras entidades similares tiendan a fusionarse o colaborar. Otros factores que pueden contribuir a empujar esa tendencia son los altos costes de la asistencia, en especial de las nuevas tecnologías, y el exceso de camas hospitalarias en algunas ciudades (19, pag 189).

2 Producida esta circunstancia en las elecciones de Mayo de 1977, el Gobierno Laborista viene manteniendo en sus declaraciones la misma postura, sin que hasta ahora se haya concretado en reformas precisas. Esta falta de concreción está siendo aprovechada por los defensores de los *fundholdings* en su versión no modificada para defender sus ventajas. Éstas, se dice, deben ser mantenidas, a la vez que se cuestionan la viabilidad y efectividad de la alternativa propuesta (Puede verse como ejemplo "Killing the cure". *The Economist*, November 8th 1997, p. 48). Las dificultades de estar introduciendo de forma permanente modificaciones sustanciales en un sistema sanitario son evidentes, lo que no fue obstáculo para llevar a cabo las reformas previas sin una adecuada valoración de sus efectos, como se ha descrito.

Se ha señalado como un dato de valor a tener en cuenta que la constitución de entidades autónomas de gestión hospitalaria se va a tener que enfrentar a una perspectiva de declive de la atención en régimen de internamiento, que probablemente determinará la necesidad de reducir sus efectivos. Es la situación contraria a la de los *funholding*, dada la tendencia general en todos los países a derivar servicios y actuaciones a la atención primaria, expandiendo el ámbito de ésta. Como consecuencia, es muy probable que muchas de las nuevas entidades constituídas deban dedicar sus energías fundamentalmente a luchar por su existencia, más que al desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías (19, pag 204-205), y a ello pueden contribuir procesos de fusión y cooperación entre ellas.

Actuaciones en la línea indicada se han producido ya en Holanda. En el Reino Unido hay una fuerte inclinación a los acuerdos para la fusión o utilización común de servicios (incluidos servicios clínicos), en especial a la vista de las dificultades financieras de los trusts hospitalarios más pequeños (94), y las mismas tendencias se observan en Suecia. Algunas de las actuaciones previstas pueden seguir un patrón que es común en los Estados Unidos, en el que los hospitales centrales de las ciudades más grandes establecen relaciones de cooperación o entran a formar parte de sociedades con los hospitales de menor tamaño de los suburbios o ciudades dormitorio cercanas (19, pag 189).

En Nueva Zelanda (22) se han constatado tendencias similares a la concentración, tanto al nivel de compra de servicios (dos de las cuatro autoridades regionales que la llevan a cabo pueden fusionarse para evitar duplicaciones y evitar costes administrativos) como por parte de los proveedores (los Crown Health Enterprises). La atribución de un presupuesto para la financiación de los medicamentos de sus pacientes a los médicos de atención primaria se ha considerado un paso que, junto con la tendencia a la fusión o colaboración entre proveedores, podría conducir, como en el Reino Unido, a una organización similar a la de las HMOs americanas.

(4) Respuesta reguladora a las cuestiones y problemas de las nuevas reformas de los servicios

(a) Perspectiva general

La idea de reforma de los servicios en el sentido de crear mercados sanitarios se asocia de manera espontánea (y quizás interesada) a la desaparición de las limitaciones y ataduras con las que se caracteriza la gestión pública de aquéllos sometida a las reglas administrativas de funcionamiento.

Pero el mercado sanitario, como se ha descrito desde un punto de vista teórico (95; 114), tiene distintas características que lo alejan de ser un "mercado perfecto", entre ellas de manera destacada la asimetría de la información y, en relación con ella, la inducción de la demanda por quienes desempeñan el papel de la oferta de servicios. Desde un punto de vista real esas imperfecciones se manifiestan, entre otras formas, en las cuestiones y problemas que se están suscitando en la creación de mercados sanitarios concretos, a los que se ha aludido en el apartado anterior.

Por otra parte, la aplicación de las ideas de mercado al ámbito sanitario tiene, para la mayoría de los proponentes, un carácter instrumental: no es una finalidad en sí misma, sino una forma de contribuir a resolver los problemas que afectan a los servicios sanitarios de la mayoría de los países; servicios que forman parte fundamental de la cobertura del estado de bienestar.

La constitución de entidades de gestión autónoma supone, además, en ciertos casos la desaparición de niveles intermedios jerarquizados de responsabilidad, al menos respecto a las nuevas entidades constituídas, por lo que, si se quiere evitar una dispersión de comportamientos generalizada por parte de éstas, sólo es posible lograrlo a partir de ciertas reglas establecidas desde órganos que ocupan un papel central en la organización (19, pag 190).

Todas esas razones están en la base de la actitud de todos los gobiernos que están desarrollando reformas como las que se vienen describiendo, actitud que se traduce en el establecimiento de distintas formas de regulación de los mercados constituídos. La configuración de mercados sanitarios y de instrumentos concretos de competencia a los distintos niveles de los servicios sanitarios no supone, por tanto, la eliminación de toda clase de reglas, sino la sustitución de las normas propias de las organizaciones jerarquizadas por otras adecuadas a las nuevas modalidades de organización (56, pag 7; 115).

Por otra parte, como señala Maynard (63), el establecimiento de normas reguladoras comporta el aumento de los costes administrativos y de gestión, que deben ser contrapuestos con los beneficios de los mecanismos de mercado.

(b) Modalidades de regulación en los nuevos mercados sanitarios

Desde un punto de vista teórico, Arvidson (69, pag 80 y sig) indica que las formas de regulación pueden clasificarse con arreglo a diferentes criterios, según el sujeto de la regulación, según la teoría de sistemas y según la posición de los agentes regulados en el mercado sanitario (cuadro II.3).

Cuadro II.3. Clasificaciones de formas de regulación en mercados sanitarios

Según sujeto de la regulación	-Sobre compradores de servicios -Sobre proveedores de servicios -Sobre pacientes
Según teorías de sistemas	-Sobre objetivos y estrategias -Sobre estructuras de las organizaciones -Sobre procesos -Sobre productos -Sobre efectos o resultados
Según posición en mercado	-Sobre oferta -Sobre demanda

Fuente: Arvidsson, G. Regulation of planned markets in health care (69). 1995.

En la práctica, las formas de regulación que se vienen desarrollando más habitualmente adoptan alguna de las modalidades siguientes (4; 56, pag 6-7):

- Licencia o autorización de la actividad, o de la creación de centros y servicios, o de la constitución de entidades organizativas.
- Acreditación.
- Inspección.
- Establecimiento de niveles estándar y control de su cumplimiento.
- Vinculación entre pago y cumplimiento de niveles de resultados preestablecidos.

La regulación se establece normalmente por órganos centrales de autoridad sanitaria pero, según la configuración administrativa del país en que tenga lugar, se produce el establecimiento central de regulaciones y su aplicación y control por autoridades de nivel regional o local.

Ejemplos de órganos reguladores o de propuestas de ellos pueden encontrarse en Suecia, Finlandia, Holanda o el Reino Unido (56, pag 8).

Se ha planteado para determinadas modalidades de regulación el problema que se puede derivar de la identificación del órgano regulador con los intereses de los regulados más que con los intereses de los pacientes o de los ciudadanos en general: esto puede ocurrir en el caso de órganos entre cuyas funciones restantes se incluya de manera significativa la negociación con determinados grupos profesionales (96), fundamentalmente médicos o farmacéuticos. En esos casos se propone la constitución de un órgano regulador independiente, cuya única función fuera proteger los intereses de pacientes y usuarios.

Otras propuestas alcanzan al seguimiento de la competencia en los mercados sanitarios, que podría confiarse a órganos independientes del Ministerio de Sanidad correspondiente encargados de vigilar las condiciones de competencia en otros mercados (96). Pero esas propuestas parecen al margen de las cautelas respecto a los mercados sanitarios, tanto teóricas como respecto a las realidades conocidas hasta ahora, que se han expresado más arriba. Las medidas de regulación de la competencia ocupan en todo caso un papel principal (116).

Hay que advertir, de cualquier forma, que las regulaciones establecidas bajo estas modalidades responden a una forma más laxa de control, cuya eficacia real puede ser puesta en cuestión, en especial por las dificultades que suelen acompañar al ejercicio de un régimen sancionador adecuado a la regulación establecida (25, pag 245-246). Navarro (107) recoge una declaración del comité de responsabilidad pública del parlamento británico reconociendo que "el establecimiento de unidades de gestión autónomas que compiten entre sí dificulta el proceso de supervisión, responsabilidad y transparencia pública" (117).

Las dificultades citadas en el párrafo anterior son, además, probablemente muy variables de un país a otro conforme a su idiosincrasia y sus tradiciones: es difícil creer en la eficacia inmediata de medidas reguladoras que precisen de cierto nivel de colaboración por parte de los sujetos a ellas en países de tradición organizativa jerarquizada. Pero si se adoptan nuevas formas organizativas no es posible recurrir a otras formas anteriores de regulación.

(c) Seguimiento y control de los contratos

En los sistemas de mercado que se vienen implantando, los contratos establecidos entre compradores y proveedores de servicios sanitarios ocupan un lugar central. Por esa misma razón, sin embargo, y para garantizar que funcionan en beneficio del interés público (28, pag 30) su desarrollo es objeto de seguimiento y control de manera especial.

La asimetría de la información entre unos y otros agentes de los mercados sanitarios, también entre compradores y proveedores de servicios (97), en la mayoría de los casos a favor de estos últimos, constituye un problema básico para el establecimiento de los contratos (28, pag 33; 33, pag 255; 98; 99), dado que pueden provocar comportamientos oportunistas por parte de los que disponen de la mejor información. Por otra parte, se ha señalado (51) la contradicción que puede existir entre la difusión de información y las condiciones de competencia entre entidades, dado que éstas tratan de obtener ventajas de la información de la que disponen.

En esas condiciones, los contratos que se establecen se atienen a ciertas reglas o modelos generales.

En el caso del Reino Unido se han descrito (28, pag 30-31; 98; 118) cuatro clases de contratos (en bloque; en bloque con especificaciones de máximos y mínimos; coste-volumen; coste por caso). Otros autores (105, pag 128 y sig) describen hasta seis tipos de contratos, aunque pueden subsumirse en los citados.

Se ha descrito igualmente el predominio de los primeros (contratos en bloque, que producen una réplica de los flujos de pacientes que existían con anterioridad en la mayoría de los casos) en la primera fase de implantación de los mecanismos de mercado (28, pag 32; 98; 99, pag 38), y una evolución posterior hacia los contratos en bloque con especificaciones de máximos y mínimos y hacia los contratos de coste-volumen. Estos, junto con los contratos en bloque, se caracterizan por un menor coste "ex ante", según la distinción de Williamson a la que se hacía referencia antes (33, pag 258). El número de contratos de coste por caso (con la aplicación de DRGs u otros sistemas de valoración) es residual (sólo el 1%), al menos por el momento, en el Reino Unido (98), y el planteamiento de contratos que tengan en cuenta los resultados de la actividad en términos de salud, que no se han aplicado nunca, no ha sino comenzado a estudiarse (25, pag 241).

En Suecia, las limitaciones y los efectos de los contratos son diferentes según se trate de contratos "internos" (acuerdos sin significación legal entre entidades dentro de un mismo condado) o contratos entre entidades "verdaderamente" separadas, sea por pertenecer una de ellas a un condado distinto o por tratarse de una entidad privada (en este caso siempre el proveedor). Para el primero de esos casos, la autoridad del condado tiene capacidad de modificar los términos de los contratos, y no suelen estar especificada la forma de repartir los "beneficios" o "pérdidas" que pudieran producirse para una u otra parte, que puede incluso modificarse según las circunstancias, o provocar demandas de ajustes por parte del proveedor. Esa situación, que es generadora de conflictos entre el nivel central de los condados y las entidades que actúan como proveedoras, no puede ocurrir en el segundo de los casos descritos (84), dado que los términos de los contratos tienen valor legal.

En Nueva Zelanda, el pequeño tamaño de la población y el reducido número de autoridades regionales (sólo cuatro) que desarrollan la función de compra de servicios hace que cada una de ellas esté desarrollando hasta ahora su propia estrategia de compra y sus modelos de contratación. En todo caso éstos se mueven entre las posibilidades ya citadas en el Reino Unido (desde los contratos en bloque hasta los de coste por caso, por DRG, estancias, procedimientos, o mezcla de ellos) (22).

(d) Algunos aspectos de la regulación de los proveedores

Al hablar en el apartado c.2 de los mecanismos utilizados por las entidades proveedoras de servicios para mejorar su eficiencia se han citado distintas políticas, entre las que cabe mencionar las de personal, compras, distribución y manejo presupuestario, y otras.

Incluso en el diseño de esas políticas por parte de cada una de las diferentes entidades proveedoras se establecen limitaciones de carácter general, que son especialmente amplias en este nivel de los mercados sanitarios, quizás porque es el que está más desarrollado, es sobre esas entidades sobre las que se tiene mayor experiencia previa, y son las que resultan más fáciles de constituir y delimitar.

Dejando aparte el cumplimiento de las condiciones generales de autorización, acreditación u otras a las que se ha hecho referencia antes, como condiciones para acceder a los mercados, las regulaciones a este nivel alcanzan al menos tres aspectos distintos, si bien todos ellos en relación con la financiación (26, pag 22; 96):

- Los precios a aplicar por los servicios. Conforme a lo indicado por Robinson y Le Grand (28, pag 38), se trata de un mecanismo típico de regulación para aumentar la eficiencia en mercados monopolísticos (situación en la que se encuentran en la práctica un número importante de proveedores en su zona de influencia), mediante el establecimiento de precios de referencia promedio, que permiten obviar el desconocimiento de las estructuras de coste específicas de cada una de las entidades, aunque no está exento de problemas.

- Los balances (fundamentalmente dirigido a los proveedores públicos, como los trusts hospitalarios británicos, a los que no se permite prever cara al futuro plusvalías o déficits, aunque haya cierto margen de tolerancia para la distribución de los márgenes de beneficio que pudieran producirse).
- Los capitales para inversión. Aunque no se impide que proveedores públicos autónomos acudan a los mercados financieros privados para la obtención de capital, sí se establecen límites restringidos para ello, limitando la capacidad de endeudamiento, de manera que no se comprometa en ningún caso la viabilidad de los centros por esas razones.

Por el contrario, como resalta Propper (96), no se ha desarrollado una regulación similar para los proveedores privados, lo que, si se produce la competencia entre ambos sectores, obra en perjuicio de lo público.

(e) Una valoración global de las medidas de regulación

A lo largo de los apartados anteriores se han citado las características y las formas que adoptan las distintas medidas de regulación que se están adoptando en los países en los que se están introduciendo diferentes modalidades de mercados sanitarios, para salvar algunos de los fallos que caracterizan a éstos (cuadro II.4).

Cuadro II.4. *Respuesta reguladora a los problemas de nuevas formas de descentralización funcional*

Modalidades generales de regulación

- Autorización
- Acreditación
- Inspección
- Establecimiento de niveles estandar

Seguimiento y control de contratos de compra de servicios

- Distintos tipos de contratos (en bloque; fijación de máximos y mínimos; coste-volumen; coste por caso)
- Diferencias según relación entre comprador y proveedor

Limitaciones a proveedores públicos

- Fijación de precios
- Balances y presupuestos
- Capitales para inversión

Cuestiones de equidad y solidaridad

Conforme a la exposición realizada, cabría señalar que las medidas adoptadas se dirigen a la solución de una parte de los problemas planteados por las distintas variantes de descentralización que se están desarrollando.

Así, las medidas de carácter general (autorización, acreditación, inspección), con independencia de su eficacia y desarrollo en cada caso, pueden ponerse en relación con el mantenimiento de niveles de calidad de los servicios.

Otra parte de esas medidas, en concreto todas las que tienen que ver con el seguimiento y control de los contratos y con la regulación de ciertas condiciones económicas de los proveedores públicos, tienen que ver fundamentalmente con la consecución de niveles de eficiencia, que son el objetivo principal de las reformas, aunque algunas de esas medidas puedan interferir con una mayor autonomía de los centros, y con el desarrollo de verdaderas modalidades de competencia (100).

Dentro de esa valoración general, si hay algún aspecto que no ha dado lugar hasta ahora a formas de regulación específicas son los que tienen relación con la equidad.

Podría aceptarse que algunas de las regulaciones generales, como las relativas al establecimiento de condiciones de autorización para el funcionamiento de centros y servicios persigue o puede contribuir a una cierta distribución adecuada de centros y servicios; o incluso que la fijación de limitaciones para la autonomía presupuestaria de los centros o el endeudamiento de éstos es una forma de garantizar que no se producen déficits en la cobertura que ofrecen.

Los problemas de equidad más importantes, sin embargo, se refieren a las posibilidades de selección adversa, o al establecimiento de desiguales niveles de atención, sea directamente, o a través de las formas de financiación preferente que pudieran establecerse en cada caso. Estos problemas potenciales no han provocado hasta ahora en la mayoría de los casos el establecimiento de formas de regulación especial.

Una de las razones que pueden invocarse para ello es que el objetivo principal de las reformas introducidas es la mejora de los niveles de eficiencia de los servicios sanitarios. E incluso que eso es así porque los países en que se vienen produciendo estas modalidades de descentralización son precisamente aquéllos, como Suecia o el Reino Unido, que se caracterizan por sistemas de protección más universales funcionando desde hace más tiempo, por lo que no se han planteado hasta ahora ese tipo de problemas.

Sin embargo, Saltman y von Otter (56, pag 18) preven que esas prioridades se modificarán en el futuro y que, dentro de una tendencia general hacia el reforzamiento de los mecanismos reguladores, "la discusión relativa a los mercados planificados cabe esperar que virará desde su actual obsesión sobre la eficiencia económica y financiera hacia aspectos más tradicionales del estado de bienestar, como la equidad y la solidaridad".

3. Formas de la descentralización sanitaria en España

a) Situación previa a la Constitución

(1) La desconcentración existente

Para analizar el proceso de descentralización de los servicios sanitarios que ha tenido lugar en España desde la Constitución de 1978 es preciso partir de que la organización sanitaria española anterior a esa fecha contenía ya algunas formas de descentralización.

Si nos adecuamos a las clasificaciones de los apartados anteriores, las formas existentes eran de naturaleza funcional, y con distinto grado de desarrollo.

La parte más relevante de los servicios sanitarios, tanto de salud pública como asistenciales, estaba organizada conforme a principios de desconcentración, con autoridades en general de ámbito provincial, a las que se atribuían determinadas funciones, manteniendo la organización central la capacidad de decisión fundamental.

Esperar otra cosa de un país de un cierto tamaño y nivel de desarrollo no hubiera resultado razonable. La complejidad previsible de cualquier servicio en un país así exige ciertos grados de descentralización inevitables.

Esas formas de descentralización, sin embargo, eran compatibles con un estado autoritario, lo que resulta indicativo de cómo tal clase de descentralización no supone, o puede no suponer, un reparto real del poder, o lo es de forma muy limitada.

(2) Otras formas de descentralización funcional

(a) Formas de delegación

Siendo esa forma de descentralización la propia de los servicios sanitarios fundamentales que cubrían a la mayor parte de la población, también se daban formas de delegación para colectivos concretos.

Pueden citarse como ejemplos de esas situaciones la constitución de una entidad sanitaria específica, con naturaleza de "fundación", en todo caso al margen de las normas de funcionamiento propias del derecho administrativo, para la atención sanitaria del personal funcionario y contratado del Instituto Nacional de Industria, un holding de empresas públicas de diferentes sectores de actividad.

O la existencia de servicios sanitarios propios, dotados incluso de hospitales en algunos casos, por parte de algunas grandes empresas públicas (algunas empresas mineras y siderúrgicas).

Incluso podría caracterizarse de esa forma la constitución de unas llamadas "entidades colaboradoras" de la Seguridad Social. En estos casos se trataba de entidades que, a cambio de quedar eximidas de la parte de contribución al régimen general de la Seguridad Social correspondiente a la asistencia sanitaria de los trabajadores cubiertos, proporcionaban (y proporcionan) a éstos asistencia sanitaria al margen de la recibida por el resto de la población.

La constitución de estas entidades exigía inicialmente como requisitos el disponer de medios propios, no tanto de personal (que debía seleccionarse entre el propio de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, aunque esto se fue modificando sucesivamente) como de instalaciones. Esta última condición se fué también cambiando, hasta permitir que los servicios hospitalarios se concertasen con los hospitales de la Seguridad Social, normalmente a precios más bajos que el coste real de los servicios.

También en este caso la autorización de "entidades colaboradoras" fué afectando casi de manera exclusiva a grandes empresas públicas o paraestatales (p. ej. Telefónica, que se privatizó parcialmente; Radiotelevisión Española; el Banco de España) grandes bancos (como BANESTO) y otras de características similares.

En los dos primeros casos descritos, la organización para la prestación de los servicios corresponde de manera más estricta a la de cualquier empresa. Por el contrario, las llamadas "colaboradoras" están sometidas al control, en especial de carácter económico, del Ministerio de Trabajo, a través de las organizaciones propias de la Seguridad Social. En todo caso, las posibilidades de una gestión no sometida a las reglas administrativas es muy superior a las de los centros propios de la Seguridad Social, que constituyen la red sanitaria fundamental.

Por otra parte, el agrupamiento de esas organizaciones "delegadas" permite establecer algunas condiciones comunes:

- La adscripción a las mismas de grupos reducidos y peculiares de población, a los que se proporcionan unos servicios diferentes (más en condiciones hoteleras, de acceso, de relación con el personal sanitario y otras similares, que en calidad sanitaria de los servicios) que los ofertados a la población general.
- La dependencia de esas organizaciones de departamentos diferentes al de Sanidad (que no existía antes de la Constitución y del inicio del proceso descentralizador), como el de Industria o el de Trabajo en los casos citados.
- La posibilidad de disponer del acceso a los servicios sanitarios generales para los niveles más complejos de asistencia, mediante sistemas específicos de concertos o facturación, en general desfavorables para el sistema común, lo que les permite concentrar su organización, inversiones e incentivos en los niveles y aspectos más directamente relacionados con la calidad percibida de los servicios menos complejos.

(b) Formas de privatización

También cabe describir la existencia de una forma de descentralización previa que, a la luz de las características descritas, cabría calificar como privatización de la compra y la provisión de servicios, a través de entidades que llevan a cabo la primera de esas funciones entre los proveedores que cada entidad compradora tiene previstos para ello, tanto en el ámbito de la atención primaria (médicos generales, con posibilidad de elección del paciente entre el "cuadro" de médicos incluidos en él) como especializada (con posibilidades de elección de especialista; la elección de centro está normalmente vinculada a éste).

Se trata del sistema de cobertura de la asistencia sanitaria propio de los funcionarios del Estado y sus beneficiarios.

El establecimiento de un régimen especial de Seguridad Social para ese personal fué de desarrollo posterior al de la mayoría de los trabajadores en general. Cuando se estableció, para sustituir a los sistemas de mutualidades independientes que existían previamente, se constituyó una Mutualidad General, MUFACE (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado), que gestiona unas prestaciones que tienen diferencias no sólo sanitarias, sino también en cuantía y condiciones de las pensiones, y otras, respecto al régimen general.

Cuando se planteó la cobertura de la asistencia sanitaria, es curioso conocer que intentó inicialmente concertarse e incluirse en el sistema general de la Seguridad Social. Fué, al parecer, la negativa de los gestores de ésta última, con el argumento de no disponer de medios suficientes para atender a los nuevos colectivos (unos 2 millones de personas en aquel momento, aunque con un alto grado de concentración en ciertas capitales, especialmente Madrid), lo que condujo a otras fórmulas (101).

Éstas consisten en la posibilidad por parte de la MUFACE de concertar con la Seguridad Social, pero también con entidades privadas de seguros, para acordar la cobertura de la asistencia sanitaria del personal funcionario descrito, así como de sus beneficiarios. Establecidos los conciertos, para los que se convoca concurso público con periodicidad trianual, los funcionarios tienen posibilidad de optar (y modificar su opción) una vez al año en condiciones ordinarias. (Existe, y ha venido funcionando, una Comisión que puede autorizar los cambios en los intervalos entre los plazos iniciales fijos). Conforme a los conciertos, el pago a las compañías se hace por una cantidad establecida capitativamente, según el número de opciones recibidas.

Algunos aspectos adicionales de interés son el análisis de la publicidad de las compañías de seguro incluidas en los conciertos en los períodos en que se produce la opción (normalmente el mes de enero). Según los servicios en que se hace más hincapié para caracterizar la oferta, no parece muy difícil deducir que los grupos de población de más edad y gasto sanitario previsible más alto no figuran entre los grupos que se tiene mayor interés en captar por parte de las aseguradoras privadas.

Otro aspecto igualmente característico es el establecimiento de sistemas de concierto, mediados por MUFACE, mediante los cuales la red sanitaria general de la Seguridad social se hace cargo de la asistencia de la población funcionaria en aquellas zonas donde las compañías de seguro respectivas carecen de medios propios.

Ambas cuestiones pueden servir para matizar un dato que ha venido siendo utilizado públicamente de forma repetida: desde que se implantó ese sistema de opción, aproximadamente un 85% de los funcionarios han venido optando por la asistencia a través de las compañías privadas de seguro. La publicidad de esa cifra contrasta con la dificultad para obtener datos sobre otros aspectos diferentes: cuáles son los porcentajes de opción por grupos de edad; a qué causas obedecen, en qué número y con qué sentido se producen o han venido produciendo los cambios de régimen de asistencia producidos fuera de plazo, etc.

La descripción de algunos aspectos de esta forma de descentralización "privatizadora" permite en todo caso resaltar que algunos de sus rasgos fundamentales coinciden con las características propias de las formas de "delegación" también existentes:

- La extensión a un grupo limitado de población de características peculiares y fácil de separar del resto.
- La dependencia de esa organización de un Departamento distinto al de Sanidad (en este caso el Ministerio para las Administraciones Públicas, o los de funciones similares de otras denominaciones anteriores. Es significativo que durante una época dependió del Ministerio de la Presidencia).
- La posibilidad de disponer de los medios del sistema general, no sólo para la asistencia en las zonas donde las compañías privadas carecen de medios, sino también para los niveles de atención más compleja, bien mediante los cambios de opción o la financiación de intervenciones específicas a tarifas beneficiosas, a través de procedimientos de concierto.

(Podrían describirse sistemas sanitarios también existentes para otros grupos de funcionarios: hay una Mutualidad de Funcionarios de la Administración de Justicia (MUGEJU); y otra para la cobertura de la población beneficiaria de las Fuerzas Armadas (ISFAS), que, sin embargo, venía cubriendo los servicios de manera principal a través de las instituciones sanitarias militares. Una situación semejante estaba también en vigor para la cobertura de los funcionarios de las Administraciones Locales (MUNPAL); su integración, hace poco más de dos años, de manera obligada en el régimen general de asistencia de la Seguridad Social fué motivo de diversos conflictos y los programas políticos de algunos partidos han planteado la posibilidad de revertir la medida.

En todo caso se trata de grupos menos relevantes por la menor cantidad de población que agrupan. Sus características generales no difieren de las descritas para el caso de la MUFACE, y amplían el número de Departamentos Ministeriales (Justicia; Defensa; de nuevo Administraciones Públicas) que tutelan esas diferentes formas de organización de la asistencia a colectivos concretos).

b) Proceso de descentralización sanitaria ocurrido desde la Constitución

(1) La descentralización geográfica fundamental

Con arreglo a las clasificaciones establecidas en los primeros apartados de este capítulo, la descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España desde la Constitución debe calificarse como un proceso en el que han predominado los criterios geográficos sobre los funcionales y, según las características de las entidades hacia las que se produce la descentralización, como un proceso de "devolución".

Este último término puede resultar equívoco: difícilmente se puede devolver algo a entidades que, por no existir previamente, no disponían de nada (No cabe utilizar como precedente en el caso de las competencias sanitarias, la aprobación de los Estatutos Catalán y Vasco, y la constitución de los gobiernos correspondientes, durante un corto período de la Segunda República, así como el proceso para un desarrollo similar en Galicia). La Comunidades Autónomas son, con carácter general, con las excepciones históricas citadas, entidades de nueva creación a partir de la Constitución de 1978, y a ellas, y con el carácter preferente que se describió en el primer capítulo, se planteó dotarlas de diferentes competencias, entre ellas las sanitarias.

Como se comenta a lo largo de este libro, muchos de los problemas de la descentralización que han tenido lugar corresponden a los que se describieron como previsibles (financiación, coordinación) para procesos de esta clase en el apartado general correspondiente.

Pero, si aceptamos el término con el que se caracteriza el proceso, pese a su relativa inadecuación, merece la pena todavía llamar la atención sobre cómo el predominio de los criterios de descentralización geográficos (atribución de competencias a entidades territoriales de nueva constitución) sobre los funcionales ha sido casi completo, en especial durante los primeros años postconstitucionales.

Una buena expresión de ello es la propia Ley General de Sanidad que, con carácter general, puede decirse que realiza una distribución territorial del sistema y atribuye competencias a los diferentes niveles. Por el contrario, en la misma hay una ausencia casi total de referencias a formas funcionales de descentralización, que ya en aquel momento se estaban planteando como líneas de solución a los problemas que afectan a los servicios sanitarios de todos los países desarrollados.

No se trata de atribuir responsabilidades: si se hace un repaso de los textos de la época, ninguna fuerza política planteaba en aquel momento esas cuestiones, quizás porque el problema político fundamental era otro, y tenía más que ver con la descentralización general como característica del nuevo Estado.

(2) Los procesos de descentralización funcional preexistentes

Sin embargo, ese predominio de los criterios geográficos (en el sentido indicado) se extendió a la falta de consideración de las formas de descentralización funcional ya existentes.

La única excepción a esa afirmación la constituyen las formas de descentralización funcional que tienen una proyección territorial inmediata, es decir, las caracterizadas como "desconcentración"; las estructuras de direcciones a nivel provincial se han venido adaptando de una u otra forma, transferidas o no, a la responsabilidad de las Comunidades Autónomas, y a la "devolución" realizada a éstas.

Por el contrario, las organizaciones caracterizadas como "delegaciones" o formas de "privatización" que existían con anterioridad (empresas propias, entidades colaboradoras, MUFACE, etc.) han venido manteniéndose al margen de la coordinación y actuaciones propias del ámbito general, sometido a la "devolución" "geográfica" descrita.

No cabe duda de que la dispersión de responsabilidades entre diferentes Departamentos Ministeriales para cada uno de los Organismos descritos, al margen del Ministerio de Sanidad, ha tenido un papel importante en la falta de consideración de los efectos de esas formas funcionales de descentralización, y bien cabría deducir de ello la falta de prioridad de las políticas sanitarias llevadas a cabo por los diferentes Gobiernos.

Pero interesa ahora no tanto discutir sobre responsabilidades políticas, como valorar los efectos de esa dispersión de responsabilidades sobre las organizaciones y, como consecuencia, los efectos de la separación de responsabilidades entre procesos de descentralización funcional y geográfica.

Uno y otro tipo de procesos responden a lógicas diferentes. Los geográficos suponen fundamentalmente la adaptación de lo sanitario a criterios de otro carácter; en ocasiones tan potentes como es una conciencia nacional y la creación de una entidad política que corresponda a ese sentimiento; o como la distribución y dispersión en entidades de rango inferior de un poder ejercido de forma autocrática. En todo caso, el predominio de esas razones "externas" parece evidente.

Por el contrario todas las razones, con independencia de su coherencia y veracidad, apuntadas para promover procesos de descentralización funcional, proceden del propio Sistema Sanitario que se somete a ellos: mejorar la eficiencia, promover servicios más accesibles, lograr una mayor calidad en las prestaciones, o una mayor satisfacción de la población atendida. Que sea discutible que cualquiera de esos desarrollos deba hacerse para grupos determinados de población no quita que se trate de una lógica propia de los mismos servicios sanitarios.

Aún puede avanzarse un paso más y señalar que las razones de los procesos funcionales de descentralización responden básicamente, sea o no de manera acertada, a lo que constituyen los problemas fundamentales de los servicios sanitarios: la financiación de los propios servicios y su legitimación ante los ciudadanos.

Analizadas así las cosas, la concentración de las autoridades sanitarias de manera exclusiva, sea o no consciente, sea o no obligada o condicionada por circunstancias externas, en el proceso de descentralización "geográfica" y el abandono o la falta de referencia a los procesos de descentralización funcionales ya existentes aparece como una opción poco adecuada, aunque sea fácil hacer esta calificación con carácter retrospectivo.

Siendo los procesos "geográficos" de enorme importancia, aceptar dejar de lado otros procesos ha supuesto, de alguna forma, renunciar a influir en formas de organización que tocan y ponen de relieve algunos de los problemas fundamentales del Sistema Sanitario. Y en todo caso perder el control del desarrollo de procesos importantes para el Sistema Sanitario general.

Si estas afirmaciones pueden parecer excesivas, puede someterse a reflexión si la propia existencia de las entidades colaboradoras o del régimen especial de MUFACE no constituyen los mayores elementos de deslegitimación del Sistema Sanitario general. Puesto que constituyen respuestas especiales a determinados problemas del sistema (fundamentalmente de legitimación ante los ciudadanos por la satisfacción obtenida por los servicios recibidos), incluso aunque su origen sea otro, se han convertido de hecho en la referencia de cuantos quieren modificar el sistema general. Por la propia existencia de esas formas, quienes están interesados en esas alternativas se consideran justificados para promover su generalización, sin necesidad siguiera de analizar su eficiencia, ni algunos de los problemas apuntados antes para esa clase de sistemas de provisión, ni tampoco las posibilidades reales de su extensión a toda la población.

(3) Falta de coordinación entre descentralización geográfica y funcional

De los razonamientos anteriores puede deducirse una consecuencia de carácter general: si coexisten procesos de descentralización geográficos y funcionales, sólo la coordinación de ambos tipos de procesos por un mismo órgano permite un desarrollo controlado. El papel del Ministerio de Sanidad, si existe independiente o como parte de un Departamento más amplio, debería conducir en condiciones normales a que bajo su responsabilidad se coordinen todos los servicios sanitarios dentro de una misma administración; pues, de otra forma, la evolución del sistema sanitario se verá condicionada por decisiones ajenas al departamento al que corresponde su ordenación y gestión.

Siendo así las cosas, resulta de interés la actitud del Ministerio de Sanidad respecto a la necesidad de coordinación de los procesos de descentralización geográficos y funcionales, no sólo los que ya existieran, sino también los que sucesivamente se vayan desarrollando.

Para estudiar esa cuestión se analizan dos hechos:

- En primer lugar, en el Ministerio de Sanidad sí ha habido iniciativas para desarrollar formas de descentralización funcional, de las que se han denominado como "delegación".

La más característica de todas ellas tuvo lugar en 1991. En la discusión de la Ley de Presupuestos para 1992, desde el Ministerio de Sanidad se trató de introducir una modificación de la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), organismo que gestiona los servicios sanitarios de la Seguridad Social no transferidos a las Comunidades Autónomas.

Se trataba en aquel caso de cambiar el carácter de organismo autónomo que tiene el INSALUD, cuya gestión bajo ese carácter se mantiene dentro del derecho administrativo, por el de ente público sometido al derecho privado, a fin de introducir formas de gestión más ágiles.

El intento sucumbió en el camino, con la oposición de otros departamentos ministeriales, por razones que resulta imposible analizar aquí pormenorizadamente.

Lo que se pretende resaltar, en todo caso, es que la reforma que se promovía lo era exclusivamente para el ámbito del INSALUD no transferido, que ya en aquel momento era menos del 45% del territorio y población totales, pues el restante 55% había sido ya transferido a seis de las siete Comunidades Autónomas que disponen en este momento de la competencia sobre esos servicios.

El proyecto, por otra parte, no se sometió a la discusión, ni mucho menos al criterio, de las Administraciones autonómicas, ni las que tenían las competencias en los servicios sanitarios asistenciales descritos, ni las que carecían de ellas.

El Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, dictado ya por el nuevo Gobierno del Partido Popular, que finalmente ha abierto la posibilidad de nuevas modalidades de gestión de los servicios sanitarios públicos, siguiendo pautas de descentralización funcional poco precisadas, reúne las mismas características: su ámbito de aplicación restringido al INSALUD no transferido, y la ausencia de consultas o negociaciones previas con las Comunidades Autónomas, lo que ha provocado la protesta de éstas, aunque no alcanzó a la presentación de un recurso de inconstitucionalidad, con el que algunas amenazaron inicialmente.

- En el sentido inverso, tampoco el Ministerio de Sanidad ha manifestado criterio expreso ni ha entrado en la discusión previa, al menos formalmente, de las modificaciones funcionales que han ido introduciendo en sus servicios diferentes Comunidades Autónomas que tienen asumidas las competencias en asistencia sanitaria.

Quizá las más relevantes han sido las que Cataluña ha venido produciendo en su ámbito de gestión. Esta Comunidad Autónoma, la primera que recibió las competencias en asistencia sanitaria ya en 1981, introdujo en 1990 una modificación importante en la organización de sus servicios sanitarios, separando las funciones de compra de servicios y financiación de éstos, papel atribuido al Servicio Catalán de la salud, de la provisión de los servicios sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria. La provisión, según la norma legal que llevó a cabo esta reforma, podía realizarse tanto por servicios públicos como privados, mediante los contratos y conciertos correspondientes. Para el caso de los servicios públicos de la Seguridad Social, se creó como entidad separada el Instituto Catalán de la Salud, que conserva su carácter de organismo autónomo.

Esa primera reforma se ha seguido en el tiempo de la creación progresiva de diferentes nuevas formas de gestión de distintas características, que no interesa entrar a describir aquí en sus detalles y peculiaridades (puede verse a este respecto el capítulo décimo).

En ninguno de esos casos se ha formulado observación alguna por parte del Ministerio de Sanidad, y los análisis realizados desde un punto de vista legal y competencial no han permitido tampoco considerar desviación alguna de ese carácter.

La misma actitud se ha mantenido con otras actuaciones de la misma orientación desarrolladas por otras Comunidades Autónomas (creación de empresas públicas, como en Andalucía; cambio de la naturaleza jurídica de diferentes servicios de salud).

Pero tampoco ha sido diferente respecto a reformas de sentido contrario (Navarra hizo funcionario a todo su personal sanitario en 1990, y la Comunidad Valenciana suprimió el Servicio Valenciano de Salud como Organismo autónomo en 1994 convirtiéndolo en una Dirección General de la Consejería de Sanidad de aquella Administración).

De los hechos descritos puede deducirse que el Ministerio de Sanidad ha sostenido en la práctica un criterio de prioridad de la descentralización geográfica y, producida ésta, de la autonomía de gestión de cada servicio de salud en su ámbito territorial.

Esta forma de ver las cosas es coincidente con la capacidad de auto-organización de que se dotó a las Comunidades Autónomas en su propio ámbito. Sin embargo, la propia Constitución prevé mecanismos de coordinación, que posteriormente se han desarrollado tanto de forma legal como mediante la jurisprudencia de los tribunales.

La diferencia entre lo descrito aquí y las consideraciones del apartado anterior es sólo de carácter temporal: en aquel caso se hacía referencia a situaciones de "delegación" que existían ya antes de iniciarse el proceso de descentralización territorial, mientras que lo que ahora se comenta corresponde a reformas en la gestión de los servicios, de manera que ésta sea más ágil y eficiente, iniciadas una vez producida esa descentralización territorial.

La importancia y el carácter de respuesta de los servicios a problemas esenciales para ellos es igual, sin embargo, para ambos procesos cualquiera que sea la secuencia temporal.

La ausencia de control y coordinación de los procesos de reforma funcional no puede merecer una consideración distinta a la que se hacía antes: esa situación coloca al Ministerio de Sanidad en una posición en la que pierde el control de actos y medidas que tienen influencia importante sobre la evolución del conjunto de los servicios. Otra cosa es la forma en que pueden desarrollarse tales coordinación y control, que deben adaptarse a las capacidades legales de cada uno.

(4) Evolución de las formas de descentralización en España y medidas de regulación

Consolidada la descentralización territorial que tiene su origen en la Constitución, a lo largo de los últimos años los procesos de descentralización que han adquirido preponderancia en España son los de carácter funcional, bajo formas de delegación y privatización citadas antes y que se describen más ampliamente en el capítulo décimo.

El marco de esos nuevos procesos, sin embargo, es el de la descentralización geográfica a las Comunidades Autónomas, que actúa como un factor diversificador potencial de gran fuerza.

Las reformas que se están introduciendo por distintos servicios de salud autonómicos tienden de una u otra forma a la introducción de mercados sanitarios, aunque se ha avanzado más en la mayoría de los casos en la constitución de proveedores con mayor autonomía de gestión que en la conformación de órganos que actúen como compradores de servicios, salvo las iniciativas de Cataluña que se explican en el capítulo diez.

Respecto a las formas jurídicas que existen en España para constituir entidades que dispongan de mayor autonomía de gestión, en el cuadro II.5 se especifican diferentes modalidades, indicando para cada una de ellas sus características en cuanto a régimen de personal, formas de presupuestación y contratación, así como actuaciones previstas para el control económico y financiero de su situación y funcionamiento. La exposición de esas características es significativa, por cuanto son esos instrumentos los que tienen que utilizar las entidades constituidas para realizar una gestión más eficiente, como se expuso con carácter general en el apartado c.2 anterior (p. 46).

Cabasés y Martín (103) han realizado un análisis pormenorizado de las formas específicas (entes públicos y sociedades públicas) que hasta ahora se han venido utilizando más en el ámbito sanitario español.

En el ámbito del INSALUD no transferido está prevista la apertura de dos hospitales (Alcorcón y Manacor) bajo la fórmula de fundaciones, ya utilizada con anterioridad en Galicia.

En la Comunidad Valenciana, parece de inicio próximo el desarrollo de un proyecto presentado en 1995 para la construcción privada de un centro hospitalario en Alcira y su posterior gestión (para prestar el servicio público sanitario) por la misma empresa constructora y propietaria del centro, pese a la oposición suscitada en otros sectores políticos y sindicales. Los problemas de este tipo de proyectos se han comentado ya en los apartados generales.

En Cataluña, sobre la base de las modificaciones introducidas en su Ley de Ordenación Sanitaria que se describen en el capítulo décimo, se ha iniciado la constitución de sociedades de médicos generales para gestionar la atención primaria en determinadas zonas (la primera experiencia se desarrolla en la comarca de Vic).

Entre los aspectos a resaltar de esa experiencia se encuentran la preferencia y ventajas otorgadas a los médicos del propio Instituto Catalán de la Salud para constituir esos gru-

Cuadro II.5. Características de las distintas formas de gestión existentes en el sector público español. Modalidades de organización

Materia	Administrativa	Organismos Autónomos (art. 4.1.a.TRLGP)	Organismos Autónomos Comerciales (art. 4.1.b.TRLGP)	Entidades Públicas sometidas a derecho Privado (art.6.1.b.TRLGP)	Sociedades Mercantiles (art.6.1.a.TRLGP) (Ley Soc. Autónomas)	Entes con Estatuto Especial (art..6.5.TRLGP)	Fundaciones	Consorcios
Regulación General	Sí	Sí	Sí	No	Sí (Ley Soc. Autónomas)	No	Sí (L. fundaciones)	Sí
Recursos Humanos: - P.Funcionario - P. Laboral - Informe CIR* - Retribuciones sometidas a Leyes Presupuestarias	Sí Sí Sí Sí	Sí Sí Sí Sí	Sí Sí Sí Sí	No Sí Sí Sí	No Sí Sí Sí	Algunos Sí Sí Sí	No Sí No** No**	Posible Sí No Sí
Presupuestación Pública	Sí	Sí	Presupuesto estimado	No	No, salvo RTVE	Algunos	No	Sí
Contratación según Ley Contratos Estado	Sí	Sí	*Sf (adaptada)	No (Solo supletorio)	No (Solo supletorio)	No**	No	Sí
Intervención previa	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No***	Sí
Control financiero Art.17 Ley General Presupuestaria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No***	Sí
Contabilidad	Pública	Pública	Pública	General (Empresas)	General (Empresas)	Según estatuto	Pública	Pública

*CIR: Comisión Interministerial de Retribuciones, que aprueba relaciones de puestos de trabajo y retribuciones de éstos.

** Salvo especificaciones en Estatutos.

*** Controles específicos por el protectorado, previstos en Ley 30/94 de Fundaciones.

TRLGN: Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria, aprobado por Real Decreto Legislativo 1091/1988, de 23 de septiembre.

Fuentes: Modelo tomado de Medela,M.P. "Los Entes Públicos en España: una propuesta de reforma" (102) 1995

pos, así como el apoyo legal y a su gestión que se han mostrado dispuestos a prestar los Colegios de Médicos catalanes a ésa y sucesivas experiencias (120). Esta última posición podría llevar a formas de concentración de los médicos semejantes a algunas de las evoluciones que se han descrito para los *fundholdings* en el Reino Unido, en la línea de las HMOs americanas, a cuyos inconvenientes se ha hecho ya referencia.

Sin salirse del ámbito público ni modificar la naturaleza de los servicios, se han desarrollado también diversas formas de contratación en el INSALUD y algunos Servicios de Salud Autonómicos (103; 104), que pretenden avanzar en la separación de las funciones de financiación y provisión.

Frente a esas iniciativas diversas, un aspecto peculiar del panorama sanitario español es la falta de desarrollo paralelo de nuevas formas de regulación, como las que se han descrito en otros países.

En los primeros momentos en que se plantearon medidas de descentralización funcional por parte del Ministerio de Sanidad (lo que, como se ha indicado, tuvo lugar en 1991, en forma de propuesta de cambio de la naturaleza jurídica del INSALUD y sus centros) podía subyacer de alguna manera la idea del establecimiento de un modelo desde el propio departamento, que pudiera o debiera ser seguido por otros servicios de salud transferidos. La base para esos planteamientos sería que, con el sistema de financiación establecido (al que se alude en el capítulo sexto), las Comunidades Autónomas con competencias en asistencia sanitaria debían fijar su presupuesto a través de la referencia del presupuesto del INSALUD no transferido, de lo que podría derivarse una tendencia a asemejar también las formas de gestión adoptadas por éste.

Sin embargo, tanto la fórmula de control presupuestario como el posible seguimiento del "modelo" se han demostrado inoperantes: desde el punto de vista presupuestario, se analizan más adelante las vías por las que el control del presupuesto de las Comunidades Autónomas, realizado a través del control del INSALUD no transferido, ha sido superado ampliamente. Por su parte, las iniciativas de algunas CC.AA. han sido, dentro de su ámbito de gestión, contrarias al "modelo" propuesto, que no llegó a desarrollarse (así, las reformas navarra y valenciana), mientras que otras CC.AA. (sobre todo Cataluña, como se ha indicado, que había iniciado ya antes sus reformas, pero también otras) han ido más allá y en sentidos diversos, de lo planteado inicialmente para el ámbito del INSALUD.

Esa situación no ha dado lugar a respuestas reguladoras de las iniciativas descentralizadoras por parte del Ministerio de Sanidad en el sentido de hacer el seguimiento de la eficiencia de las reformas introducidas, ni en el de garantizar el mantenimiento de ciertas condiciones de equidad o calidad; no ha habido iniciativas para limitar o establecer condiciones para la constitución de nuevas modalidades de gestión autónoma de los centros, ni de la forma de relación contractual entre entidades proveedoras de servicios y las entidades compradoras que pudieran constituirse, ni de estas últimas de manera específica.

Por otra parte, hay que tener en cuenta el escaso desarrollo y la ausencia de tradición en España de las modalidades de regulación (autorización, acreditación, inspección, cum-

plimiento de condiciones para la financiación) que son más adecuadas a situaciones de descentralización funcional; lo que es lógico tratándose de un sistema previamente jerarquizado, en el que todas las funciones del sistema sanitario se concentraban en una misma autoridad. Pero la ausencia de regulaciones previas de ese carácter suficientemente desarrolladas ha contribuido también al menor control de un proceso descentralizador, que en los últimos años ha acelerado su ritmo de implantación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Furniss, N. The practical significance of decentralization. *Journal of Politics* 36(4);958-982;1974
2. Vaughan, J.P. Lecciones aprendidas de la experiencia. parte 3 en *Descentralización de los sistemas de salud*. Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.). OMS. Ginebra.1990
3. de Roo, A.A. Contracting and solidarity: Market-oriented changes in Dutch Health Insurance schemes. En *Implementing planned markets in Health care. Balancing social and economic responsibility*. Saltman, R.; von Otter, C. (eds.). Open University Press. Buckingham. Philadelphia. 1995.
4. Saltman, R.E. A conceptual overview of recent health care reforms. *Europ. J. Pub. Hlth* 4(4); 287-293; 1994
5. Kikman-Liff, B.C. Health insurance values and implementation in the Netherlands and the federal Republic of Germany: an alternative path to universal coverage. *J.Am.Med.Assoc.* 265;2496-2502;1991
6. Health policy regimes and the single European market. Altenstetter, C. *J. Hlth. Polit. Pol. Law* 17;813-846;1992
7. Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. Rondinelli, D.A. *International review of Administrative Sciences* 47(2); 133-145; 1981
8. Decentralization in developing countries. Rondinelli, D.A. et al. *World Bank. Staff Working Papers* 581. Washington, 1983.
9. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general. Mills, A. Parte 1 en *Descentralización de los sistemas de salud*. Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.) (op. citada).
10. *Managing the National Health Service*. Harrison, S. Chapman and Hall. London. 1988.
11. The ghost of the Health Services past: comparing British Health Policy of the 1930s with the 1980s and 1990s. Powell, M.A. *Int. J. Health Serv.* 26(2); 253-268; 1996.
12. *Health Policies, Health Politics*. Fox, D.M. Princeton University Press. Princeton. 1989.
13. *The political economy of Health*. Doyal, L. Pluto. London. 1979.
14. Hospital-centered health care: Policies and politics in the NHS. Davies, C. En *Prospects for the National Health*. Atkinson, P.;Dingwall, R.;Murcott, A. (eds.). Croom Helm. London. 1979.
15. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. Collins, C.; Green, A. *Int. J. Hlth. Serv.* 24(3); 459-475; 1994.
16. *Health Care, The Growing Dilemma: Needs Versus Resources in Western Europe, the U.S., and the U.R.S.S.* Maxwell, R. Mc.Kinsey and Co.; New York; 1974.
17. *Planned markets and public competition. Strategic reform in Northern European Health Systems*. Saltman, R.B.; von Otter, C. Ed. en español: SG Editores. Barcelona. 1994.
18. What kind of healthcare "Internal Market"? A cross-Europe view of the options. Sheaff, R. *Int. J. Health Planning and Management* 9; 5-24; 1994.

19. Self-governing Trusts and GP-Fundholders: the British experience. Smees, C. H. cap. 8 en *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing social and economic responsibility*. Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.). Open University Press. Philadelphia. 1995.
20. Implementing Planned markets in Health Services: the Swedish experience. Anell, A. cap. 9 en *Implementing Planned Markets in health care*. Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
21. Managed Competition in the Netherlands: lessons from five years of health care reform. van de Ven, W.; Rutten, F. *Australian Health Review* 17(3); 9-27; 1994.
22. The purchaser-provider split in New Zealand: the story so far. Ashton, T. *Australian Health Review* 17(3); 43-60; 1994.
23. The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grial in the Antipodes. Bonen, P.; Maynard, A. *Health Policy* 27; 233-252; 1994.
24. New Zealand's health care reforms. Buchanan, H. *BMJ* 307; 635; 1993.
25. Balancing social and economic responsibilities. Saltman, R.B.; von Otter, C. cap 11 en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
26. Origins and early development. Butler, J. cap 1 en *The National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.). King's Fund Institute. Policy Journals. U.K. 1994.
27. Gp Fundholding: wild card or winning hand?. Glennerster, H.; Matsaganis, M.; Owens, P.; Hancock, S. cap. 4 en *The National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
28. Contracting and the purchaser-provider split. Robinson, R.; Le Grand, J. cap. 1 en *Implementing planned markets in health care*. Saltman, R.; von Otter, C. (eds.) (op citada).
29. The future of purchasing. Ham, C. *BMJ* 309; 1032-1033; 22 Oct. 1994.
30. Introduction. Robinson, R. en *The National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
31. Profiting from the NHS. Ham, c. *BMJ* 310; 415-416; 18 Feb 1995.
32. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. Coulter, A. *Europ. J. Pub. Hlth.* 5(4); 233-239; 1995.
33. Evaluating the NHS reforms. Le Grand, J. cap 10 en *The National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
34. Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands. van de Ven, W.P.M.M.; van Bliet, R.C.J.A.; van Barneveld, E.M.; Lamers, L.M. *Health Affairs*. Winter 1994; 120-136.
35. Should we abolish the private health insurance industry? Bodenheimer, T. *Int. J. Health Serv.* 20(2); 199; 1990.
36. The practice and ethics of risk-related health insurance. Light, D.W. *J. Am. Med. Assoc.* 267; 2503-2508; 1992.
37. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial. Washington. 1994.
38. Managed competition: an analysis of consumer concerns. The Working Group on Managed competition. *Int. J. Health Serv.* 24(1); 11-24; 1994.
39. Patients at risk: health care reform and risk adjustment. Newhouse, J.P. *Health Affairs*; Spring 1994; 132-146.
40. How can we prevent cream-skimming in a competitive health insurance market? van de Ven, W.P.M.M.; van Vilet, R.C.J.A. en *Health Economics worldwide*; Zweigel, P.; Frech III, H.E. (eds.). Kluwer Academic Publishers. Dordrecht. 1992.
41. Patient selection in a competitive health system. Luft, H.; Miller, R.H. *Health Affairs* 7(3); 97-119; 1988.

42. Adverse selection: the Achilles heel of the NHS reforms. Scheffler, R. *Lancet* i.; 950-2; 1989.
43. Competing for health: a commentary on the NHS Review. Harrison, S. et al. University of Leeds. 1989.
44. GP budget fundholding in the United Kingdom: lessons from America. Weiner, J.; Ferris, P. Research Report No. 7. King's Fund Institute. London. 1990.
45. Fundholding in general practice and financial risk. Crump, B., et al. *BMJ* 302; 1582-1584; 1991.
46. Quasi-markets in health and social care in Britain. Hudson, B. *Policy Polit.* 20(2); 131-142; 1992.
47. Implementing GP fundholding: wil card or Winning hand? Glennerster, H.; Matsaganis, M.; Owens, P. Open University Press. Buckingham. 1994.
48. GPs told to stump dumping patients on cost grounds. Rogers, L. *Sunday Times*, 16 Oct. 1994.
49. The threat of "cream-skimming" in the post-reform NHS. Matsaganis, M.; Glennerster, H. *Journal of Health Economics* 13; 31-60; 1994.
50. Is it fair? Evaluating the equity implications of the NHS reforms. Whitehead, M. cap. 9 en *The National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.). (op. citada).
51. The NHS reforms. Where are we now? Drummond, M. *Australian Health Review* 18(1); 28-42; 1995.
52. What do we know about fundholding in general practice? Dixon, J.; Glennerster, H. *BMJ* 311; 727-730; 16 Sep 1995.
53. The performance of trusts. Bartlett, W.; Le Grand, J. cap. 3 en *The National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.). (op. citada).
54. The dynamics of health care organization in Britain. Harrison, S. *J. Pub. Hlth. Pol.*; Autumn 1994; 283-297.
55. Self-governing hospitals. Robinson, R. en *The NHS Review. What it means*. BMJ (ed). London. 1989.
56. Introduction. Saltman, R.B.; von Otter, C. en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.). (op. citada).
57. Variation in budgets of fundholding practices. Day, P.; Klein, K. *BMJ* 303; 168-170; 1991.
58. Distribution of NHS funds between fundholding and non fundholding practices. Dixon, J. et al. *BMJ* 309; 30-34; 1994.
59. Can there be fair funding for fundholding practices? Dixon, J. *BMJ* 308; 772-775; 1994.
60. Better data needed for analysis. Bowie, C. et al. *BMJ* 309; 34; 1994.
61. The financial survey. 1992/1993. NAHAT. Birmingham. 1993. 62. Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets. Sheldon, T.A.; Smith, P.; Borowitz, M.; Martin, S.; Carr-Hill, R. *BMJ* 309; 1059-1064; 22 Oct. 1994.
63. Managed competition: what is the evidence base? Maynard, A. *Europ. J. Pub. Hlth.* 5(4); 293-294; 1995.
64. Homo Economicus: escaping the traps of managed competition. Light, D.N. *Europ. J. Pub. Hlth.* 5(3); 145-154; 1995.
65. Reply on managed competition. Enthoven, A.C. *Europ. J. Pub. Hlth.* 5(3); 155; 1995.
66. Managed competition: a balanced view. Chinitz, D.P. *Europ. J. Pub. Hlth.* 5(3); 156; 1995.
67. Costs, productivity and financial outcomes of managed care Kane, N.M. cap. 5 en *Implementing planned markets in health care*. Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.) 8op. citada)
68. Physicians and the growth of managed care. Iglehart, J.K. *New Eng. J. Med.* 331(17); 1167-1171; 27 Oct 1994.
69. Regulation of planned markets in health care. Arvidson, G. cap. 3 en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.) (op citada).

70. 1960-1990 OECD Health Data. OECD Health Data/ Eco Santé. París 1994.
71. Administrative costs in selected industrialized countries. Poullier, J.P. *Health care Financing review* 13(4); 167-172; Summer 1994.
72. European health policy: must redefine its raison d'être. Richards, T. *BMJ* 312; 1622-1623; 29 Jun. 1996.
73. Markets and hierarchies: analysis and antitrusts implications. Williamson, O.E. The Free Press. New York. 1975.
74. The NHS transformed. Holliday, I. *Baseline*. Manchester. 1992.
75. The future of fundholding. Ham, C.; Shapiro, J. *BMJ* 310; 1150-1151; 6 May 1995.
76. Private finance for a public good? Dawson, D.; Maynard, A. *BMJ* 313; 312; 10 Aug. 1996.
77. Audit Commission defines NHS management costs. *News. BMJ* 310; 1518-1519; 10 Jun. 1995.
78. Private finance, public risk. Ham, C. *BMJ* 311; 1450; 2 Dec. 1995.
79. The NHS goes private. Pollock, A.M. *The Lancet* 346; 683-684; 9 Sep. 1995.
80. The big push. Millar, B. *Health Service Journal* 105(5438); 14; 2 Feb. 1995.
81. Privatization in the British Health Service: a challenge to the NHS. en *The sociology of the Health Service*. Gabe et al. (eds). Routledge. London. 1991.
82. The potential for marketing planning in an NHS trust. Mc. Donald, M.; Miles, C. *BMJ* 310; 719-724; 18 Mar. 1995.
83. The perfect package. Gross, P. *Health Service Journal* 105(5450); 20-23; 27 Apr. 1995.
84. The monopolistic integrated model and health care reforms: the Swedish experience. Anell, A. *Health Policy* 37(1); 19-33; 1996.
85. Care of patients with selected health problems in fundholding practices in Scotland between 1990 and 1992: needs, process and outcome. Howie, J. et al. *Br. J. Gen. Pract.* 45; 121-126; 1995.
86. Monitoring changes in health services for older people. Jones, D.; Lester, C.; West, R. cap. 6 en *Evaluating the National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds) (op. citada).
87. The future of health care in six European countries: the view of policy elites. Taylor-Gooby, P. *Int. J. Health Serv.* 26(2); 203-219; 1996.
88. GP fundholding and the costs of prescribing. Whynes, D.K.; Baines, D.L.; Tolley K.H. *Journal of public health Medicine* 17(3); 323-329; 1995.
89. The effects of fundholding in general practice on prescribing habits three years after introduction of the scheme. Stewart-Brown, S.; Surender, R.; Bradlow, J.; Coulter, A.; Doll, H. *BMJ* 311; 1543-1547; 9 dec. 1995.
90. Prospective study of trends in referral patterns in fundholding and non-fundholding practices in the Oxford region, 1990-4. Surender, R.; Bradlow, J.; Coulter, A.; Doll, H.; Stewart-Brown, S. *BMJ* 311; 1205-1208; 4 Nov. 1995.
91. The United States: breakthroughs and waste. Reinhardt, U.E. *J. Hlth. Polit. Pol. Law* 17; 637-666; 1992.
92. Three models for health-care reform in Sweden. Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care (HSU 2000). Ministry of Health and Social Affairs. Stockholm. 1993.
93. Bid to use fundholders savings for building. *News. BMJ* 313; 769; 28 Sep. 1996.
94. More trust mergers on the cards. *News. BMJ* 313; 773; 28 Sep. 1996.
95. Economics of health care financing. The visible hand. Donaldson, C.; Gerard, K. Mac Millan Press. London 1993.

96. Regulatory reform of the NHS Internal Market. Propper, C. *Health Economics* 4; 77-83; 1995.
97. NHS Contracts: An Agency Approach. Levaggi, R. *Health Economics* 5(4); 341-352; 1996.
98. Contracting in the NHS Quasi-Market. Raftery, J.; Robinson, R.; Mulligan, J.D.; Forrest, S. *Health Economics* 5(4); 353-362; 1996.
99. Monitoring managed competition. Appleby, J.; Smith, P.; Ranade, W.; Little, V.; Robinson, R. cap. 2 en *Evaluating the National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.). (op. citada).
100. Contriving competition. Paton, C. *Health Service Journal*; 30 March 1995; 30-31.
101. MUFACE: 20 años de gestión. Fernández Ayllón, N. *Revista MUFACE* n° 157; 10-13; Abril 1995.
102. Los entes públicos en España: una propuesta de reforma. Medela M.P. *Presupuesto y Gasto Público* 11; 97-113; 1993.
103. Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. Caba-sés, J.M.; Martín, J. Documento de trabajo 96-08. Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). Madrid. 1996.
104. Modelos de contratación de servicios de salud. Fernández Díaz, J.M. *El Médico*; 29 Septiembre 1995; 44-54.
105. Contracting and contracts. Overtreit, J. cap. 6 en *Purchasing for health*. Open University Press. Buckingham. Philadelphia. 1995.
106. The new NHS in a global context; is it taking us where we want to be?. Donaldson, C.; Mooney, G. *Health Policy* 25; 9-24; 1993.
107. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. Navarro, V. *Gaceta Sanitaria* 9(48); 202-209; 1995.
108. Fundholder's prescribing costs: the first five years. Harris, C.M.; Scrivener, G. *BMJ* 313(7071); 1531-1534; 14 Dec. 1996.
109. At last: a political division on the NHS. Warden, J. *BMJ* 313(7071); 1506; 14 Dec. 1996.
110. New ways of financing and organizing health care in Sweden. Hakansson, S. *International Journal of Health Planning and Management* 9; 103-124; 1994.
111. Health care systems in transition: The Netherlands. Part I: Health care reforms in The Netherlands: miracle or mirage?. Schut, F.T. *Journal of Public Health Medicine* 18(3); 278-284; September 1996.
112. Special Issue: Health care reform in New Zealand. Salmond, G.; Mooney, G.; Laugesen, M. (eds.) *Health Policy* 29 (1 y 2); 1-182; 1994.
113. Health care systems in transition: New Zealand. Part I: An overview of New Zealand's health care system. Ashton, T. *Journal of Public Health Medicine* 18(3); 269-273; September 1996.
114. Creating a market: an economic analysis of the purchaser-provider model. Shackley, P.; Healey, A. *Health Policy* 25; 153-168; 1993.
115. Market-oriented health care reforms: trends and future options. van de Ven, W.P.M.M. *Soc. Sci. Med.* 43(5); 655-666; 1996.
116. Regulating competition in the NHS. The Department of Health Guide on Mergers and Anti-Competitive Behaviour. Dawson, D. Discussion Paper 131. Centre for Health Economics. University of York. March 1995.
117. The Proper Conduct of Public Business. House of Commons Public Account Committee. HMSO. HC 154. London. 1994. (citado en 107).
118. Contracts: problems and prospects. Cairns, J. *Health Policy* 25; 127-140; 1993.
119. The Herfindahl-Hirschman Index as a market structure variable: an exposition for antitrust practitioners. Miller, R.A. *The Antitrust Bulletin* pag. 593; Fall 1982. (citado en 51).
120. El apoyo de una institución es vital en las primeras fases. *Diario Médico* pag. 6; 21 Noviembre 1996.

CAPITULO III

NIVELES DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA

El término "descentralización" no condiciona el nivel al que se descentraliza la capacidad de decisión.

Como se ha expuesto en el capítulo anterior, las formas de descentralización pueden ser muy diversas. La clasificación general utilizada en aquél (procesos "geográficos" y "funcionales") va a servir en este capítulo para describir los aspectos más importantes relacionados con los niveles a los que se puede producir la descentralización en cada una de esas clases de procesos.

1. Procesos de descentralización geográfica

a. Aspectos generales

Si la descentralización producida es de las que tienen un componente geográfico principal (procesos de "desconcentración", que aunque se hayan definido como funcionales tienen una proyección geográfica importante, o "devolución") las autoridades que pueden asumir diferentes funciones son también distintas. En todo caso, puesto que los procesos que estamos analizando tienen lugar en países, aunque sea afectando parcialmente a zonas o territorios de éstos, esas autoridades siempre serán de nivel inferior al estatal.

Una manera de abordar los niveles de descentralización que ha sido característica de otras épocas, en las que predominaban las tendencias de planificación en la organización de los servicios, era describir las funciones a realizar a distintos niveles de autoridad. Se describían así, con unos u otros términos, áreas o niveles básicos de organización de los servicios, a cuyo nivel se prestaban los de atención primaria; otros de segundo nivel, que agrupaban a los primeros e incluían la prestación de los hospitalarios más básicos; y, finalmente, grandes regiones con capacidad para prestar la totalidad de ellos, incluyendo los de las especialidades más complejas, de manera autosuficiente (1, pag 658-671).

Puesto que ese tipo de modelos han sido motivo de abundantes referencias y atención en la literatura dedicada a la organización de los servicios sanitarios, no parece preciso repetir aquí esos análisis. Sólo se quiere llamar la atención sobre dos aspectos: en primer lugar, el carácter integrado y piramidal de los servicios organizados de esa forma. En segundo lugar, que, según las referencias más habituales, el considerar la organización de servicios autosuficientes requiere como mínimo grupos de población de alrededor de un millón de personas, pues hay diversas clases de servicios que, con poblaciones de menor tamaño, no alcanzarían niveles suficientes de actividad para garantizar su calidad.

Dejando de lado esa línea argumental, sin embargo, hay otros aspectos que merecen comentario:

(1) Correspondencia entre forma y nivel de descentralización

En primer lugar, la correspondencia que debe existir entre la forma y el nivel de descentralización.

Los procesos de "desconcentración" es más habitual que se produzcan a niveles administrativos equivalentes a las provincias españolas, mientras que procesos de "devolución", que suponen la atribución de responsabilidades más profundas y con mayor margen de autonomía, tienen lugar habitualmente a niveles administrativos más amplios, equivalentes a regiones, que pueden tener aspiraciones de autosuficiencia.

(2) Nivel principal de descentralización

Analizar un proceso de descentralización determinado debe permitir en todo caso caracterizar un nivel concreto, que es el elegido en esa fase del proceso para llevar a cabo la descentralización, descargando en él las funciones que prioritariamente se quieren delegar.

En un mismo proceso la descentralización puede tener lugar a diferentes niveles. Determinar, sin embargo, el nivel al que se realiza la descentralización prioritariamente supone caracterizar el propio proceso, de manera que las restantes actuaciones descentralizadoras resultan subordinadas a ese objetivo principal, y describir la forma de organización propia de los servicios de salud correspondientes.

(3) Homogeneidad del tamaño de las entidades descentralizadas

Un tercer aspecto de interés es que, si un proceso de descentralización tiene lugar a nivel de la totalidad de un estado, resulta útil para la organización de los servicios sanitarios el que el tamaño de los entes descentralizados del mismo nivel sea, en lo posible, homogéneo.

Este criterio, que resulta aparentemente razonable y, como consecuencia, sería previsible que ocurriera en la práctica, no siempre tiene lugar.

Si los procesos de descentralización sanitaria tienen lugar principalmente por razones ajenas al propio sector, y se adoptan de manera secundaria a otras decisiones políticas de carácter más general, es posible que esa equivalencia en el tamaño de entes descentralizados del mismo nivel no se dé en la práctica.

Vaughan (55, pag 154) señala que "la experiencia indica que si se establecen más de cuatro niveles de gestión (por ejemplo, nacional, regional, de distrito y local) se suele obtener una organización pesada y burocrática. No obstante, en los países grandes que disponen de un sólido sistema de gobierno federal, y donde la salud incumbe frecuentemente a los estados, no debe haber más de tres niveles dentro de un solo estado".

Cuanto más elevado es el nivel de los entes de tamaño diferente, mayores dificultades pueden derivarse para la organización de los servicios sanitarios. Resolver, por ejemplo, la atención sanitaria de determinados servicios que exigen un cierto grupo de población para entidades territoriales que no alcanzan ese volumen sólo puede tener dos salidas: o bien se crean servicios sin población tributaria suficiente, lo que perjudica la calidad de esos servicios, o se hace a ese territorio dependiente de otros para la prestación de esos servicios, lo que plantea otros problemas de coordinación y compensación.

(4) Diversidad en los niveles más bajos de los servicios

A los niveles inferiores, por el contrario, puede resultar inútil tratar de pormenorizar y pretender hacer homogénea la organización de los servicios.

Cuanto más básicos son éstos, más lógico parece adaptarse a las circunstancias locales, sean éstas de carácter político (distintos tipos de organización de las comunidades básicas) o geográfico (diferencias en dispersión, facilidad de acceso, condiciones climáticas u otras).

En todo caso, la utilización de unos ciertos niveles comparables, también en el caso de los servicios más básicos, puede ser de utilidad:

- A efectos de planificación y distribución de los recursos.
- Para establecer parámetros mínimos de accesibilidad a servicios del mismo nivel (sea en tiempo o en distancia).

(5) Reproducción de procesos de centralización en entidades descentralizadas

Cabe señalar que los procesos de descentralización sanitaria pueden ser simultáneos con procesos de centralización.

El caso más habitual de este tipo de situaciones se produce cuando la descentralización que antes se ha calificado como "principal" tiene lugar a servicios y autoridades de carácter regional o similar. La atribución de autoridad, funciones y responsabilidades a esos niveles produce con frecuencia, al menos inicialmente, una centralización y reducción de las funciones y responsabilidad de las autoridades locales de nivel inferior.

Las consecuencias de esa clase de procesos pueden derivar en perjuicio de la adaptación de los servicios a las características locales, o en mayor dificultad de la participación comunitaria si existía previamente y, con todo ello, en disminución de la aceptabilidad de los servicios.

Esta posibilidad debe ser tenida en cuenta y puesta en relación con los objetivos y razones fundamentales por las que el proceso concreto de descentralización tenga lugar, a fin de introducir las medidas correctoras adecuadas.

b. Papel de los municipios en los servicios sanitarios

En el apartado anterior se han realizado diversas consideraciones generales acerca del nivel al que se lleva a cabo la descentralización "principal" en este tipo de procesos.

La consideración del papel de los municipios en los servicios sanitarios, sin embargo, tiene una entidad propia al margen de que sea ése o no el nivel principal elegido en un proceso de descentralización concreto.

Las razones para que esa cuestión merezca una consideración especial obedecen a valoraciones (que son comunes, están muy difundidas y se presentan con carácter recurrente en muchos servicios de salud) acerca de la mayor sensibilidad del nivel local para adaptarse a las necesidades sanitarias de grupos concretos de población y, a la vez, a que esas agrupaciones más limitadas (pero no sólo por eso) constituyen un ámbito más favorable para hacer posible la participación de la población en la organización, gestión y orientación de los servicios sanitarios.

A lo largo de este apartado se pretenden aportar algunas reflexiones sobre la realidad de esas valoraciones y, por tanto, sobre la adecuación de unos servicios sanitarios organizados básicamente a partir de los municipios.

(1) Algunas referencias históricas

(a) Países en desarrollo

Si se hace referencia a países en desarrollo, la primera dificultad es caracterizar lo que constituyen las comunidades locales, cuya organización, dependiendo de la zona del mundo a que se refieran, puede tener formas distintas.

Mills (2) señala que las estructuras de gobierno local bien desarrolladas no han sido características de los países en desarrollo y, que durante los años setenta y ochenta, muy pocos países de ese grupo llevaron a cabo procesos de descentralización sanitaria a gobiernos locales. En los pocos países que lo hicieron (cita algunos casos concretos, como Nigeria, Sudán y Nueva Guinea) se concedieron pocas facultades para conseguir ingresos, los cuales procedían no de impuestos locales, sino del gobierno central.

En algunos casos, la descentralización, por la complejidad de la organización social hasta sus niveles más elementales, precisó de una jerarquía de órganos de gobierno locales hasta llegar a nivel de las aldeas y campamentos.

Como se ha indicado en el capítulo primero, en Latinoamérica se ha sugerido la existencia de un "vacío administrativo" a nivel local, que se está corrigiendo en los últimos años.

(b) Países desarrollados

La experiencia es distinta en países desarrollados. Y, en este caso, es preciso comenzar por un recuerdo histórico.

Casi con carácter general, el desarrollo inicial de los servicios sanitarios está vinculado a las corporaciones locales (3). Cuando a mediados del siglo XIX comenzaron a adoptarse en distintos países las primeras medidas en el ámbito de la salud, correspondientes a lo que podemos calificar como "policía sanitaria", cuyos contenidos se referían a diferentes aspectos de medidas higiénicas, de salud pública, control sanitario de aguas, alimentos y otras cuestiones similares, las mismas se adoptan fundamentalmente por las autoridades locales.

Del mismo origen son el establecimiento de medidas de atención a la población sin recursos, lo que, en términos españoles llamaríamos "beneficencia", e incluso, y con características diferenciadas por países y regiones, la creación de establecimientos hospitalarios creados por los propios municipios o al amparo de éstos.

Esa responsabilidad municipal se mantuvo prácticamente sin modificar en casi todos los países hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

En ese momento coincidieron distintos elementos de crisis de los sistemas sanitarios así organizados: de un lado, un desarrollo tecnológico explosivo que dió lugar a la necesidad de establecimientos sanitarios de nuevo tipo, con concentración de los medios en menos centros de mayor tamaño y complejidad; de otro lado, las necesidades económicas producidas para hacer frente a ese desarrollo técnico creciente, que no podían ser satisfechas con los medios de financiación hasta entonces existentes; por último, un movimiento solidario, de carácter social más amplio, que constituyó un modelo de desarrollo global, y derivó en la creación de sistemas de Seguridad Social, entendida en el sentido más amplio, uno de cuyos aspectos más característicos fue la cobertura de la asistencia sanitaria de la población.

La influencia de esos factores provocó una conmoción en la organización de los servicios sanitarios y el papel desempeñado por los municipios.

Podemos separar en el análisis aquellos países en que la organización de sus servicios sanitarios pasó a asentarse fundamentalmente sobre sistemas de Seguridad Social, a través de cajas únicas o diversas. Incluso en estos casos los municipios mantienen áreas de responsabilidad sobre distintos aspectos del ámbito de la salud pública y el control sanitario, así como sobre otras cuestiones que tienen una influencia directa sobre la salud, como el urbanismo, el medio ambiente local o el consumo.

En otros países los movimientos citados dieron lugar a la creación de lo que, desde un punto de vista organizativo, calificamos como Servicios Nacionales de Salud. Dentro de este grupo se pueden describir dos evoluciones distintas:

- La primera la constituyen los países nórdicos. No tanto porque se hayan producido procesos activos de descentralización, sino porque esa forma de organización responde a características sociales y geográficas más generales, tanto Suecia, como Noruega, Finlandia, Dinamarca e Islandia basan su organización sanitaria en buena parte en las comunidades locales (cuyo número y tamaño también es distinto a otros grupos de países desarrollados)(4, pag 86-88; 5, pag 209).

De los países citados, es Suecia el que mantiene una mayor proporción de sus servicios financiados con impuestos locales, mientras que Noruega y Finlandia, sin excluir la financiación local, reciben una más amplia proporción de subsidios nacionales (6).

Los márgenes de discrecionalidad en la planificación y gestión de los centros, así como los grados de dependencia y coordinación de los gobiernos centrales para la provisión de los servicios más especializados, corren también paralelos a los grados de dependencia económica señalados.

Aún dentro del ámbito de las autoridades locales, a lo largo del tiempo en alguno de los países citados se han producido cambios en la responsabilidad sobre los servicios sanitarios: es el caso de Suecia, donde a partir de los años 60 se produjo la atribución de un mayor papel sanitario a los "condados" (equivalentes a los distritos británicos, con una población que oscila entre los 150.000 y los 550.000 habitantes, con la excepción del de Estocolmo, cuya población alcanza los 1,7 millones) en detrimento de las autoridades municipales (7). Esos papeles se están discutiendo de nuevo en la actualidad, en el contexto de las nuevas reformas "de mercado", comentadas en el capítulo anterior.

- Al margen de los países nórdicos citados, entre los países desarrollados con Servicios Nacionales de Salud no se dan otros ejemplos en que el papel de las autoridades locales constituya la base de la organización de los servicios sanitarios.

La tensión para plantear ese papel, sin embargo, probablemente por las razones que se citaban al inicio de este apartado, no son una excepción.

Como ejemplo relevante se puede citar el debate que tuvo lugar en el NHS británico al inicio de su constitución en 1948. Las alternativas en aquel caso giraban en torno a la responsabilidad de los hospitales que, desde un punto de vista, pretendían colocarse bajo el control de las autoridades locales, mientras que, en sentido contrario, se preconizaba una organización centralizada, con ciertos niveles de "desconcentración" a autoridades sanitarias específicas a nivel regional. Como es conocido, de entre las dos posturas prevaleció esta última, a la vez que se constituyeron autoridades sanitarias específicas de nivel local para la gestión de los servicios primarios, incluyendo la atención médica prestada por los médicos generales. Mientras que las autoridades locales generales mantuvieron su responsabilidad sobre los "servicios comunitarios", incluyendo no sólo los aspectos de salud pública y de otras áreas citadas antes, sino también servicios sociales y de apoyo en el ámbito local.

La separación entre las responsabilidades de los distintos niveles de atención constituyó desde el inicio una peculiaridad del NHS, sobre cuyos problemas se han producido numerosos debates, y cambios posteriores ya mencionados.

Interesa ahora, sin embargo, no tanto referirse a esa cuestión, como citar los argumentos que llevaron al entonces Ministro de Salud laborista inglés, Aneurin Bevan,

a adoptar aquella decisión contraria a la atribución de responsabilidades a las autoridades locales. Esos argumentos se resumían en cinco cuestiones principales (8):

- En primer lugar, la dificultad para planificar servicios para grupos de patologías y condiciones minoritarias, cuando ni siquiera las mayores demarcaciones locales proporcionaban un campo de acumulación suficiente para ciertas especialidades médicas.
- En segundo lugar, la igualdad en el tratamiento podría no estar garantizada si la provisión variase con arreglo a la financiación local.
- La tercera consideración se refería a las dificultades que experimentarían previsiblemente los flujos de pacientes entre territorios distintos y las referencias entre centros, con las complicaciones financieras que serían precisas para llevar a cabo compensaciones entre las autoridades locales afectadas.
- La cuarta cuestión hacía referencia a la independencia que tendrían los hospitales autónomos, no dependientes de las autoridades locales, cuya financiación corría fundamentalmente a cargo del sistema público.

El ministro insistía en el principio de que "la financiación pública debe acompañarse del control público de los servicios"

- Finalmente se advertía de que, con excepciones notables, las autoridades locales no habían demostrado su capacidad para promover un buen funcionamiento de los servicios.

Como consecuencia de todo ello se argüía que el "déficit democrático" del NHS no mejoraría por la administración local de los servicios, a no ser que se produjera una gran reorganización de los niveles locales de gobierno a nivel regional.

Conviene señalar, sin embargo, que los argumentos citados se referían al ámbito de los servicios asistenciales hospitalarios. Y que, como ha sido argumentado, parte de la incapacidad atribuida a las autoridades locales se debía a la imposibilidad de hacer frente con los medios a su alcance a las demandas de progreso técnico de los médicos. Estos se opusieron frontalmente en aquel momento a la organización del NHS en torno a las autoridades locales. Y, en la solución adoptada que se ha descrito, intervinieron razones de urgencia y oportunidad, para su aprobación junto con las reformas de Beveridge en el ámbito general de la Seguridad Social.

Es preciso resaltar también que buena parte de los argumentos tienen que ver con la cobertura financiera de los servicios. La incapacidad de poblaciones separadas para hacer frente a la financiación de la totalidad de los servicios que precisan, es evidente. Esta cuestión, a medida que los servicios se han ido haciendo más complejos, se aleja de una solución sencilla que permitiera atribuir responsabilidades en el ámbito de los servicios asistenciales, paralelas a las financieras, a las autoridades locales.

El papel de las autoridades locales en el NHS, sin embargo, lejos de resolverse con aquella decisión inicial, se ha replanteado en diversas ocasiones, con motivo de diferentes reformas de dicho Servicio. En 1974 se volvió a plantear de manera muy expresa y, aunque la decisión volvió a ser finalmente la misma (3), quienes apoyaban la atribución de un papel a las autoridades locales pusieron de relieve el "déficit democrático" (9) de los servicios, cuya gestión se confiaba a personas designadas, aunque lo fueran por un gobierno democrático, pero que carecían de la legitimidad de una elección, y no estaban vinculadas por ésta a las necesidades locales.

Estos mismos argumentos se han aducido otra vez, como se ha indicado en el capítulo anterior, en la aplicación de las reformas que afectan al NHS inglés. El sentido de una parte de esas reformas es colocar a la atención primaria en el centro de la organización de los servicios. A través de la separación de las funciones de compra de los servicios y provisión de los mismos, se trata de atribuir a los compradores desde la atención primaria (fund-holdings) un mayor papel en la representación de los intereses de la población a la que atienden, con capacidad para orientar los servicios hacia las necesidades de ésta.

Algunos de los debates que tienen lugar en el momento actual se refieren precisamente a la constitución de esos "fund-holdings": frente a la alternativa "tecnocrática", que pretende atribuir la constitución de aquéllos a grupos de médicos que se convierten en sus propios gestores, otras alternativas están planteando la creación de fund-holdings por parte de las autoridades locales, lo que constituye una nueva expresión de la búsqueda de superación del déficit democrático del que pueden adolecer servicios sanitarios orientados únicamente a la "gestión" de los mismos.

(2) Una visión actual del papel de los municipios en los servicios sanitarios

Algunas de las consideraciones del apartado anterior no son muy distintas de las que se pueden hacer en el momento presente.

Con un lenguaje más actual, las consideraciones por las que en países que carezcan de la tradición local parece poco adecuado que se planteen procesos de descentralización, que atribuyan las responsabilidades principales del sistema sanitario a las autoridades locales son las siguientes:

(a) Hay razones de eficiencia y economías de escala

Numerosas aplicaciones de diferentes tecnologías a los servicios sanitarios requieren grupos amplios de población tributaria para que su utilización resulte eficiente.

La mayoría de las agrupaciones municipales no alcanzan esos volúmenes de población.

Por el contrario, en todos los continentes hay algunas grandes urbes cuyo tamaño supera, y multiplica en ocasiones, el necesario para constituir servicios de salud independientes y autosuficientes. En estos casos puede llegar a plantearse la necesidad

de llevar a cabo determinados grados de descentralización o sectorización dentro de una misma ciudad.

Pero esas situaciones son excepcionales en todas partes, y no deben constituirse en modelos para el resto de los municipios de cualquier país, por mucho que sea preciso buscar soluciones específicas para ellos.

(b) Hay razones de eficacia y calidad

No es preciso repetir que sólo un uso suficiente de diferentes servicios proporciona la garantía de eficacia y calidad de los mismos, que desciende en progresión geométrica si se superan (por debajo) ciertos niveles mínimos de actividad.

Esos grados de actividad suficientes precisan de grupos amplios de población dependientes de los mismos servicios, que obligan a superar las tendencias al "localismo" en la utilización de los medios sanitarios que eran comunes (16; 17) antes del progreso tecnológico y la constitución de los servicios nacionales de salud.

- La *visión exclusivamente local* de los problemas constituye una dificultad añadida para llevar a cabo una planificación adecuada de los servicios sanitarios.

El sector sanitario puede tener una importancia diferente a la sanitaria en lugares concretos. Siendo como es un sector intensivo en personal, en términos económicos, a veces ese factor adquiere una relevancia aún mayor en lugares concretos con bajos niveles de otra clase de empleos.

En otras ocasiones, sin embargo, la razón para reivindicar una determinada localización de un centro sanitario tiene unas raíces menos razonadas (sin juzgar si son o no razonables), pero de similar o superior potencia: desde problemas de la constancia (registro) del lugar de nacimiento derivados de que un centro sanitario se sitúe en una u otra localidad; o la comparación con los niveles de dotación de otra localidad próxima; o las incomodidades que se siguen de la necesidad de desplazarse a otra localidad para recibir un determinado servicio.

Si los criterios utilizados en la planificación sanitaria deben atenerse fundamentalmente a ese tipo de razones, la consecuencia casi inevitable es la multiplicación innecesaria (desde el punto de vista sanitario) de los servicios, con los costes consiguientes.

Incluso aunque los niveles de decisión se mantengan en otro ámbito, es frecuente que las mayores dificultades para una planificación razonable de los servicios se deba a los intereses locales contradictorios, lo que, por otra parte, multiplica sus efectos cuanto más amplia sea la capacidad de difusión de los medios de comunicación, que encuentran en estas cuestiones un elemento siempre adecuado para su propia actividad.

En el capítulo anterior se ha descrito la tendencia a la constitución de entidades de

planificación de ámbito regional por parte de los condados suecos (que son ya de un nivel superior al municipal), como una vía de escape de las presiones locales (10, pag 243).

Anell (11) apunta que una de las razones que contribuyen a que las autoridades locales se inclinen a superar los límites económicos establecidos en sistemas de planificación y presupuestación global es la dificultad de evaluar situaciones complejas, dado su nivel limitado de información. Como consecuencia, las entidades locales tienden a aproximaciones incrementales respecto a la planificación y la presupuestación de los servicios. Esta situación, constatada en lo que respecta a los servicios sanitarios en el caso de los condados suecos (12), es común a otros sectores de las administraciones públicas (13; 14). En el ámbito sanitario, la tendencia incremental a la superación de los controles generales establecidos ha sido especialmente aparente respecto a la difusión e implantación de la tecnología médica más avanzada (7).

Pollock (8) indica las debilidades de las autoridades locales para transformar la información de necesidades individuales, que son las conocidas a nivel local, en necesidades poblacionales y planificación, porque sobre la información de nivel local no se construyen bases de datos generales. Este mismo déficit lo ha señalado el Departamento de Salud inglés para el ámbito de la atención comunitaria (atención socio-sanitaria, cuidados a domicilio, etc), que es responsabilidad de las autoridades locales (15).

La misma autora añade otro aspecto distinto: con la introducción de reformas "de mercado", los proveedores han dejado de servir exclusivamente a determinadas poblaciones locales, y se espera que compitan por pacientes y clientes de otras áreas. Como consecuencia, las autoridades (tanto locales como generales) no pueden seguir usando la planificación normativa como base para la futura provisión de servicios.

Ese conjunto de razones pueden llevar a lo que se ha denominado un "vacío de planificación" (8) si autoridades locales deben cumplir ese papel.

- *Es excepcional encontrar comunidades locales con capacidad de autofinanciación de la totalidad de los servicios sanitarios precisados por su población*

Aunque la tendencia a la urbanización es una constante a nivel mundial, en todos los países existe un número muy mayoritario de comunidades locales que no alcanzan bajo ningún concepto un tamaño suficiente para conseguir la financiación suficiente para dotarse (mediante el mecanismo que se considere adecuado, no sólo la propiedad) de todos los medios precisos para atender a su población (dejando al margen el problema de la eficiencia y calidad en el uso de esos medios).

Por el contrario, la gran fortaleza de los servicios nacionales de salud ha sido la acumulación del riesgo financiero entre toda la población, de manera que ninguna autoridad individual, ningún proveedor, servicio o paciente tenga que soportar los riesgos y gastos de tratamientos y cuidados muy costosos (8).

Como se ha indicado, algunos países recurren a la subvención de las comunidades locales con cargo a fuentes de financiación generales. Este tipo de soluciones puede plantear los problemas de control del gasto y uso eficiente de los recursos ya citado, si se acepta el criterio, por otra parte contrastado, de que el nivel de responsabilidad sanitaria debe ser equivalente al de financiación de los servicios.

Otro tipo de soluciones para esta cuestión consisten en introducir grados de responsabilidad local en la financiación de los servicios. Pero estas soluciones chocan con problemas entre la igualdad en los servicios prestados y la capacidad económica para financiar éstos, según la diversidad en el tamaño de las poblaciones. Además, la transferencia de responsabilidades de financiación a nivel local significa que los riesgos y los costes deben soportarse sobre bases impositivas más pequeñas; las áreas de mayor necesidad pueden resultar incapaces de obtener recursos, lo que lleva a disminuir la calidad de los servicios o a recortar éstos (8).

Por último, la dependencia local de los servicios y su distribución irregular junto con una financiación local, sea ésta directa o indirecta, puede hacer inevitable la necesidad de un sistema de compensaciones entre servicios locales, que sería preciso hacer tanto más complejo cuanto mayor sea el número de autoridades locales con responsabilidad de gestión. De ello puede derivarse una mayor complejidad administrativa, con el consiguiente aumento del gasto destinado a esos conceptos.

- La posibilidad de *separar la responsabilidad organizativa y financiera de los servicios de atención primaria y especializada y hacer responsables de los primeros a las autoridades locales* presenta también dificultades de distintos tipos:
 - Desde el punto de vista financiero, en los sistemas que siguen el modelo de los Servicios Nacionales de Salud la financiación suele hacerse con cargo a impuestos generales. Deslindar la responsabilidad económica de unos y otros servicios puede suponer la implantación de impuestos nuevos a nivel local sin conocer la capacidad recaudatoria de los mismos, que puede ser diferente de unos municipios a otros, y la modificación de los impuestos generales. Todo lo cual puede terminar afectando a la financiación general sanitaria y contribuir a hacer ésta insuficiente; lo que puede dar pie a la introducción de otras vías de financiación (tasas por servicios) inicialmente no deseadas.
 - La capacidad recaudatoria de los municipios puede ser, como se ha indicado, muy diferente, y puede resultar insuficiente para financiar incluso los servicios de atención primaria de comunidades locales de menor tamaño. De esa incapacidad se pueden derivar desigualdades en el acceso a los servicios y la pérdida de la equidad.
 - Desde el punto de vista organizativo, la pérdida de relación entre la responsabilidad de unos y otros niveles de asistencia dificulta el funcionamiento coordinado de éstos. Los efectos negativos de esa situación se han descrito ya antes en relación con la organización del NHS inglés.

- Desde un punto de vista organizativo general, un sistema sanitario organizado fundamentalmente a nivel *local* adolecería también de grandes *dificultades de coordinación* a poco que el tamaño de un país y el número de municipios supere unos límites muy estrictos.

La relación entre un único nivel central, que debe estar representado por un Ministerio de Sanidad o equivalente, resulta imposible de coordinar con la totalidad de los municipios de la mayoría de los países, lo que requiere niveles intermedios de responsabilidad y coordinación, se denominen éstas regiones o Comunidades Autónomas, como en el caso español.

Otra alternativa desarrollada en algunos países es la constitución de una entidad coordinadora de las entidades de nivel inferior, que ostente poderes delegados de éstas que le permitan negociar acuerdos o establecer condiciones en nombre de todas ellas. En algunos países donde se han promovido esa clase de soluciones, como en Suecia, donde se constituyó una Federación de Consejos de Condado (7), la iniciativa de las entidades federadas, cada una de las cuales mantenía su capacidad de decisión autónoma, superó los acuerdos adoptados por aquélla, que carecían de fuerza legal.

El conjunto de las razones resumidas hasta aquí abonan la conclusión que se esbozaba al principio: en países carentes de una tradición local muy desarrollada, no parece adecuada la constitución de los servicios de salud sobre la base de las autoridades locales.

Por el contrario, parecen apuntar sus ventajas los sistemas basados en impuestos generales progresivos, que permiten acumular riesgos; la existencia de autoridades a nivel regional, por su parte, permite salvaguardar niveles de información precisos para una adecuada planificación y distribución de los servicios, incluyendo los necesarios para atender a grupos de población afectados por problemas de salud menos frecuentes. Los sistemas así organizados parecen también garantizar mejores niveles de igualdad en el acceso a los servicios, por encima de la diferente capacidad económica de la población.

c. Otros aspectos de la decisión sobre niveles de descentralización

En el apartado anterior se describían tendencias, que se repiten en muchos servicios de salud, a plantear un papel principal en la organización de los servicios sanitarios por parte de los niveles locales de autoridad, así como las razones, también importantes y generales para considerar esa opción como poco adecuada en la mayoría de los países.

Unos y otros análisis, sin embargo, se refieren a aspectos determinados de los servicios sanitarios: la financiación, la planificación y diversos aspectos de la gestión de éstos.

Hay, sin embargo, otros aspectos que deben analizarse también en relación con el nivel al que se produzca la descentralización sanitaria, lo que se realiza a continuación.

Para ello, el método que se sigue no es tanto el establecimiento de una serie de proposiciones teóricas sobre el nivel más adecuado de descentralización, sino el análisis de situaciones

concretas que se están dando en diferentes servicios sanitarios (muchas de las cuales tienen también como su centro o referencia el nivel local), desde el cual deducir algunas consecuencias de interés general.

(1) Nivel de descentralización y responsabilidad de los servicios

El concepto de "responsabilidad" al que se hace referencia aquí corresponde al término inglés de "accountability", que incluye el sentido de "dar cuenta" y el de "representar", además del de responder, sea en términos económicos o legales, del funcionamiento de los servicios.

La percepción de que los servicios sanitarios responden a lo que la población demanda de ellos es uno de los elementos fundamentales de su legitimación, la cual resulta esencial para su mantenimiento (18, pag 33).

Una de las vías para lograr esa percepción es establecer cauces de participación en los servicios, a través de los cuales sea posible hacer llegar el criterio de la población acerca de sus problemas, prioridades y preferencias, hasta los órganos de gobierno y aquellos en los que se adoptan las decisiones de gestión.

Entre las vías establecidas más generalmente para hacer posible la participación se ha encontrado tradicionalmente en diversos países la representación de las autoridades locales en los órganos consultivos o de gobierno de centros y organismos sanitarios de distinto nivel:

- En el Reino Unido las autoridades locales formaban parte, junto con otras representaciones, de los Consejos de Salud comunitarios (Community Health Councils), órganos asesores de las Autoridades Sanitarias de Distrito, desde la creación de éstas en las reformas organizativas del NHS en 1982; ese mismo papel lo desempeñaban con anterioridad, formando una junta consultiva, respecto a las Autoridades Sanitarias de área, creadas en 1974 y vigentes hasta la reforma posterior (19, pag 18 y 23).
- En Francia, los alcaldes de las ciudades ejercían la presidencia del órgano de gobierno de los hospitales ubicados en su localidad.
- En España una representación de las autoridades locales forma parte también del órgano de gobierno de los hospitales.

Esa forma de representación no está exenta de problemas:

- En primer lugar, las propias características de la representación local. El carácter general de ésta hace que los criterios municipales en órganos de gobierno sanitarios no sean necesariamente significativos de los intereses sanitarios de la población a la que representan, sino que pueden estar guiados por intereses legítimos de otro tipo (empleo, infraestructuras u otros), como se ha indicado ya. La legitimidad de esa clase de intereses no exime del hecho de que, si se produce esa situación, se pierde en

buena parte el efecto que la representación municipal trata de resolver en el ámbito sanitario.

- La representación local tiene potencialmente el mismo problema que aspira a solucionar, como es el que la representación de los intereses ciudadanos se ejerza por personas elegidas, y no por personas designadas para esa labor.

La especificidad de los problemas a tratar en un órgano de gobierno sanitario hace que sea frecuente la delegación de la representación desde uno o varios miembros electos de las corporaciones locales en personal dependiente y designado por ellos. Las dificultades para acudir a diferentes órganos de gobierno en los casos en que existan varios centros en una misma localidad (más aún si se amplía esa forma de participación a centros de atención primaria) aumentan la posibilidad de que se produzca esa situación.

En algunos países (Italia a finales de los años 70) se promovió la elección de representantes específicos para las cuestiones sanitarias, a la vez que se producían las elecciones locales, como forma de resolver el problema de representación citado.

- La propia naturaleza de los centros sanitarios hace que éstos, según su tamaño y tipo de actividad, deban atender en ciertos casos a poblaciones de muchas localidades distintas.

La multiplicación de las representaciones locales como vía de solución puede hipotecar el funcionamiento adecuado de unos órganos de gobierno constituídos por un número excesivo de miembros.

Las delegaciones entre autoridades locales en ese ámbito no es tampoco sencilla, pues en relación con los centros sanitarios se producen con frecuencia conflictos de intereses entre localidades vecinas.

- Otro aspecto a considerar es la actitud adoptada por las corporaciones locales en órganos de gobierno de centros sanitarios si carecen de responsabilidad económica alguna sobre los acuerdos que se adopten en ellos.

La solución a ese conflicto potencial mediante alguna clase de participación local en la financiación de los servicios, que ha sido propuesta por algunos autores (18, pag 121) plantea los problemas que se han comentado en el apartado anterior.

Esos problemas potenciales no hacen desaparecer el valor de la representación de los intereses locales en ciertos aspectos de funcionamiento de los centros sanitarios (como pueden ser los horarios de funcionamiento, o el desarrollo de determinados programas con carácter preferente, adaptando las condiciones generales que puedan existir a la especificidad local), que parece innegable. Concentrar la actividad de los órganos en que se da esa representación en aspectos como los mencionados, sin que eso conlleve la gestión de las consecuencias económicas y organizativas de los acuerdos, puede paliar alguno de los problemas señalados. En otros servicios públicos (por ejemplo, los trans-

portes) se dan formas de participación y conocimiento de las opiniones e intereses locales de las poblaciones sin que ello determine la participación más directa en la gestión de esos servicios.

La contribución a la legitimación de los servicios sanitarios a través de distintas formas de participación de las autoridades locales en su funcionamiento, sin embargo, parece actualmente en declive: pese a una abundante retórica "localista" a lo largo de los años 80 (16), la evolución se está produciendo en sentido contrario:

- En el Reino Unido, una ley de 1990 (NHS and Community Care Act) suprimió la participación de los consejeros locales electos, junto con la representación de los sindicatos, de los consejos citados antes (8).

En su lugar, los órganos de gobierno se han transformado en órganos "gerenciales", eliminando los últimos elementos que podían considerarse electivos o representativos (20), que son sustituidos por empresarios y gestores, en la práctica próximos al partido conservador, pero que carecen de cualquier clase de representatividad local (16).

A los nuevos órganos constituidos se les atribuye la función de la compra de servicios (a nivel de distrito) descrita en el capítulo anterior, para la cual se ha puesto en duda (21, pag 47; 22) su capacidad, dada su composición, para representar los intereses locales.

- En el mismo sentido, los hospitales locales y los servicios comunitarios han sido separados del control local a través del establecimiento de los trusts y sus órganos de gobierno, cuya composición obedece a los mismos criterios citados. La constitución de los fundholdings de médicos generales (no así los "community-fundholdings", constituidos alrededor de autoridades locales), supone un paso en la misma dirección de la pérdida de control local (8).
- En Francia, en el contexto de los planes de ahorro de la Seguridad Social, se anunció que los alcaldes dejarán de ejercer la presidencia de los consejos de administración de los hospitales de su localidad, aunque seguirán siendo miembros de los mismos, pero al mismo nivel que los restantes (sindicatos de personal, representantes de médicos y jefes de servicio y del Estado) (23).

Aunque el cargo carecía de poder ejecutivo, aumentaba la capacidad de mediación de la autoridad local, mientras que los intereses que representa pasan así a ser minoritarios.

- Otra modalidad de gestión de servicios sanitarios, para-sanitarios, y de diferente carácter, en los que las autoridades locales mantenían responsabilidad (vivienda, educación, urbanismo, medio ambiente) que está adquiriendo un amplio desarrollo es la constitución de entidades o agencias públicas o privadas (se trataría de procesos de delegación o privatización) que están pasando a gestionar esos servicios, invocando una mayor eficiencia en la gestión.

Con independencia de que sea preciso contrastar si esta mejora se produce realmente, como se indicaba en el capítulo anterior, lo cierto es que esas prácticas sitúan a los servicios así gestionados al margen de los sistemas de responsabilidad habitual por parte de las autoridades locales.

La importancia de este desarrollo es grande: en el Reino Unido, en 1993, las "quangos" (organizaciones no gubernamentales casi-autónomas o agencias públicas no departamentales) gestionaron el 20% del gasto público y hasta el 75% del presupuesto correspondiente a las competencias locales (8).

Esas tendencias no hacen sino acentuar el "déficit democrático" de los servicios (16), y, en consecuencia, disminuir su legitimación, dado que un principio fundamental de ésta lo constituye el carácter electivo de los órganos a través de los cuales se representa a la población (9), sin que el funcionamiento del mercado sanitario por sí mismo pueda sustituir esa función.

(2) Nivel de descentralización y prestación de otros servicios relacionados con los sanitarios

Distintos aspectos de la atención comunitaria y de los servicios sociales son áreas limítrofes, a veces muy difíciles de separar, de los servicios sanitarios: la atención domiciliar a pacientes crónicos, a discapacitados o ancianos; el mantenimiento de residencias de diferente tipo para esos grupos de población pueden ser ejemplos de lo que se describe y son, además, ámbito de trasvase de personas atendidas entre unos y otros servicios, que condiciona muchas veces el funcionamiento de los sanitarios.

Cabe señalar en primer lugar que es frecuente que la distribución de responsabilidades en uno y otro tipo de servicios no corresponda a autoridades de nivel equivalente (unos servicios pueden estar descentralizados y otros no), o incluso que, tratándose responsables del mismo nivel, dependan de una autoridad diferente.

En esos casos es necesario institucionalizar formas de colaboración entre los responsables de unos y otros servicios, sea cual sea la autoridad de la que dependan (24, pag 167 y sig). Las diferencias que pueden existir entre aquéllos, no tanto en cuanto a responsabilidades, como de manera especial en cuanto a su financiación (unos, más habitualmente los sanitarios, pueden ser de acceso universal y gratuito; otros pueden ser de cobertura limitada, o de financiación parcialmente privada, mediante tasas u otras fórmulas) hacen compleja con frecuencia esa colaboración (53).

Un segundo aspecto a considerar es que la descentralización de responsabilidades a un determinado nivel de autoridad puede suponer en realidad una importante reducción neta de los recursos públicos dirigidos a ciertos servicios. Así ocurre si, por razones como las que se expresaban antes respecto a los servicios sanitarios, en ese nivel de responsabilidad no es posible obtener financiación suficiente para los servicios a cubrir.

Un buen ejemplo de ello lo constituyen los servicios sociales y la atención comunitaria en el Reino Unido, de los que se responsabilizó a las autoridades locales. Los datos coinciden en señalar en los últimos años una disminución notable de las plazas residenciales soportadas por las autoridades locales dedicadas a atención geriátrica, salud mental y discapacitados, a la vez que se multiplicaba el número de plazas privadas destinadas a las mismas finalidades:

- Pollock (8) indica que el número de plazas "locales" destinadas a atención geriátrica y para discapacitados disminuyó entre 1982 y 1993 en un tercio, bajando hasta 77.000, y las de enfermos mentales crónicos se redujeron también en el mismo plazo en un 25%, hasta 3.200.
- Saper y Laing (25), que recogen las cifras correspondientes al período comprendido entre 1967 y 1994, constatan las mismas pautas de reducción a partir de 1987.
- En los mismos plazos, el número de plazas de atención socio-sanitaria para ancianos y disminuídos en residencias privadas pasó de 89.400 a 205.500, y las de salud mental, de 6.540 a 12.850 (8), describiéndose en el otro trabajo citado una pauta similar.
- El número de camas geriátricas en instituciones privadas se multiplicó por 6 entre 1982 y 1991, pasando de 18.000 a 109.000 (26, pag 233, citando datos del Comité de Salud de la Cámara de los Comunes).
- Por otra parte, la insuficiencia de recursos de las corporaciones locales frente a las necesidades a atender se acentuó, al limitarse desde el gobierno central la posibilidad de incrementar los impuestos locales, por lo que la única vía de aumento de la financiación de los servicios pasó a ser la implantación o el incremento de las tasas por su utilización (8).

Las políticas de reducción de los recursos públicos destinados a esos grupos de población, sin embargo, no han afectado sólo a las plazas financiadas por las autoridades locales:

- En el NHS, las plazas sanitarias de larga estancia (diferenciadas de las anteriores sólo en una intensidad un poco mayor de los cuidados sanitarios precisos y, sobre todo, en que éstas son de financiación gratuita para el paciente, mientras que en las dependientes de las corporaciones locales se produce una aportación de aquél (8; 24, pag 170)) se redujeron en 148.000 entre 1982 y 1993 (8).
- Las camas geriátricas del NHS pasaron de 58.000 en 1978 a 53.000 en 1988 (26, pag 232), coincidiendo con un período de aumento de las necesidades de este tipo de atención por el envejecimiento de la población.
- Los presupuestos de la Seguridad Social destinados a financiar las largas estancias en residencias privadas (se excluye la posibilidad de esta clase de ayudas en residencias públicas), se dividió por 4 entre 1979 y el ejercicio 1992/93 (26, pag 233).

No se trata, por tanto, sólo de un problema de escasez de recursos por parte de las administraciones encargadas de proporcionar determinados servicios, sino que la política de reducir los servicios proporcionados con cargo a los fondos públicos y hacer que éstos corran a cargo de los propios ciudadanos que los precisen ha constituido una orientación general.

El papel que puede desempeñar la descentralización, dentro de esa orientación general, es el de dejar al margen al gobierno responsable de los servicios generales de la responsabilidad política de las reducciones producidas, diluyendo ésta entre un número amplio de administraciones de menor nivel que, por otra parte, carecen de la capacidad económica para afrontar por sí mismos la solución de los problemas.

(3) Delimitación de prestaciones y nivel de descentralización de la decisión

Tanto desde una perspectiva económica de control del gasto sanitario, como desde el punto de vista de garantizar la eficacia y calidad de los servicios prestados, una de las líneas de actuación que se están planteando en todos los procesos de reforma de los servicios sanitarios es la definición de las prestaciones o servicios incluidos dentro del ámbito de la cobertura pública.

Respecto a esa definición, una primera línea de debate se establece entre quienes propugnan un paquete "básico" (y más limitado) de prestaciones (27), fundamentalmente para el caso de los países en desarrollo, y quienes propugnan una cobertura "general" (entendiendo por ésta no solo los servicios considerados "esenciales", sino los comunes en un contexto y situación concretos) (54).

En los debates que se producen en los países desarrollados un segundo punto de debate tiene lugar en torno al carácter "implícito", derivado de las condiciones habituales de funcionamiento de los servicios, que incluyen diferencias territoriales y personales como consecuencia de la aplicación de los propios criterios clínicos y de la distribución de los recursos, pero tratando de unificar aquéllas mediante protocolos y conferencias de consenso (28; 29), o "explícito", a través de listados en sentido positivo o excluyente de las prestaciones cubiertas (30; 31), que debe adoptar la definición de las prestaciones.

Las medidas de delimitación establecidas en el Estado norteamericano de Oregón (32-35) constituyen un ejemplo de esta última posibilidad. Distintos países (Suecia; Holanda; Nueva Zelanda) (36; 37) están introduciendo medidas de delimitación de las prestaciones conforme a las características de sus propios sistemas sanitarios (38), combinando en distinta medida las formas de definición señaladas. En el Reino Unido se ha descrito una forma de "definición por indefinición" (39), dada la dificultad de establecer prioridades y de aportar soluciones técnicamente adecuadas para problemas tan complejos, como son la evaluación comparativa de tecnologías y la mezcla de criterios epidemiológicos, económicos y sociales.

Dentro de ese panorama complejo, otro aspecto de debate es el nivel de definición de las prestaciones. Una posibilidad es una definición única y común de las prestaciones

para todo el territorio de un mismo Estado, pero se plantean diversas posibilidades de descentralización:

- Desde la definición de un paquete de prestaciones generales, que pueden ser complementadas a nivel regional con otras, conforme a sus necesidades y criterios específicos, con cargo a su propia disponibilidad de financiación.
- Hasta la elección de la prestación de servicios concretos para poblaciones determinadas, dentro de la disponibilidad general de servicios, a través de mecanismos de "compra" de éstos, ya descritos en el capítulo anterior.

Con carácter general, hay que señalar diversos problemas específicos para que la delimitación de prestaciones se realice a niveles locales:

- En primer lugar, la dificultad de llevar a cabo una adecuada evaluación de prestaciones y servicios por parte de autoridades o responsables de nivel local. Se trata de funciones que se desarrollan mejor de manera común por órganos con acceso a medios y conocimientos más amplios.
- Por otra parte, hay muchos problemas de salud poco frecuentes que, por esa razón, pueden tener una escasa representación a un nivel local limitado. Esa baja presencia puede influir en la decisión acerca de las prestaciones prioritarias. El acúmulo de casos a nivel estatal o similar puede, por el contrario, proporcionar una medida más adecuada de las necesidades.
- Por las mismas razones, hay muchas prestaciones sanitarias cuyo ámbito de servicio no es de nivel local. Debe existir una correspondencia entre el nivel de organización de las prestaciones y servicios y el de definición de éstos, pues de otra forma resultaría imposible establecer no sólo las prestaciones, sino las condiciones en que se reciben éstas (pueden servir de ejemplo de esas condiciones el establecimiento de plazos o tiempos de garantía de obtención de la prestación, que se incluyen en las definiciones de algunos países).
- Las decisiones de delimitación de prestaciones y servicios por órganos de nivel local pueden resultar en desigualdades importantes entre las poblaciones de diferentes lugares, lo que contrasta con los principios de universalidad propios de los servicios nacionales de salud
- Las decisiones sobre prestaciones concretas adoptadas a nivel local, si resultan denegatorias, resultan más fácilmente reversibles a otros niveles superiores, o por los tribunales, en especial si a niveles más amplios se dispone de medios para facilitarlas.

El ejemplo más conocido de esta situación se produjo en el Reino Unido, donde una decisión de una autoridad sanitaria local en el sentido de denegar un segundo trasplante de médula ósea a un niño con leucemia fué anulada por un tribunal superior de apelación (40).

- Hay, finalmente, problemas de legitimación de los órganos que adopten las decisiones de delimitación de las prestaciones, sea bajo formas de enumeración de las mismas, o a través de mecanismos de "compra" de servicios, como se ha descrito más arriba.

Como se ha indicado antes, la legitimación de las decisiones sanitarias no puede eludir fácilmente los mecanismos de representación electiva. La dificultad de envolver a la opinión pública en los debates sobre prestaciones sanitarias y, sobre todo, de que se refrenden socialmente las decisiones de exclusión de algunas de ellas, se ha puesto de relieve ante determinadas opciones de compra de servicios por parte de algunas autoridades sanitarias locales (41).

Todas esas razones han conducido a considerar que el debate sobre prioridades y delimitación de prestaciones debe hacerse con carácter general para los servicios sanitarios de un país (56), y de manera que se llegue a definiciones más explícitas (57; 58), aunque deba complementarse con la orientación de los criterios de actuación profesionales, a través de protocolos y guías, que reduzcan otras formas de limitación "implícita".

De la diversidad de posibilidades abiertas para lograr involucrar a la población y hacer llegar sus criterios, para adoptar decisiones en estas materias puede servir de ejemplo otra iniciativa británica: el establecimiento de "jurados" de ciudadanos seleccionados para dar su opinión sobre determinadas políticas de salud o sobre aspectos concretos de planificación local de recursos, (59; 60).

En las experiencias desarrolladas, de las que hasta el momento no hay ejemplos en otros países, el criterio del grupo se emite tras recibir amplia información sobre la materia por parte de expertos. Esa característica, así como el disponer de tiempo (limitado, pero amplio: hasta cuatro días) para discutir expresamente las materias sometidas a su juicio, hace que sus "decisiones" se consideren de mayor valor que los criterios expresados a través de sondeos de opinión. Se ha señalado, sin embargo, la limitada utilidad de esas experiencias en ausencia del establecimiento de criterios de carácter más general (56).

(4) Nivel de descentralización en relación con el concepto multidisciplinar de salud

La ampliación del concepto de salud como "algo más" que la ausencia de enfermedad y la influencia de numerosos factores extrasanitarios en la determinación del nivel de aquélla forman parte ya del acervo común.

Diversos autores (9) han resaltado que las autoridades locales ocupan un lugar especial en cuanto a capacidad de influir sobre numerosos determinantes de la salud. Ese mismo criterio está en la base del Programa de Ciudades Saludables, promovido inicialmente por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, que pretende proyectar al ámbito local las orientaciones del programa general de Salud Para Todos.

Partiendo de esos conceptos, se ha considerado que el nivel local es adecuado para promover políticas de salud con contenidos y orientación más amplios que los puramente

asistenciales y que a ese nivel se ofrece también una posibilidad mayor de condicionar la actividad de áreas ajenas a lo sanitario conforme a las repercusiones sanitarias de sus actuaciones.

Tales iniciativas, sin embargo, deben tener en cuenta ciertas dificultades

- En primer lugar, que por mucha que sea la importancia de la salud en las prioridades de la población, es poco verosímil que otras áreas de administración la traduzcan en términos de subordinación de sus decisiones a las políticas sanitarias en cada caso.

Un factor que puede contribuir a esa situación es la falta de precisión de los efectos sanitarios concretos de muchas actuaciones: puesto que la salud es el resultado confluente de muchos factores, muchas veces es difícil determinar la contribución de cada uno de ellos.

Si a ello se le une que la adopción de criterios sanitarios puede resultar contradictoria con intereses de otro tipo (económicos, de empleo, u otros, como se ha citado), ese conjunto de factores puede derivar en la reticencia por parte de las autoridades locales para entrar a promover políticas de salud en el sentido más amplio, o en promover programas de actuación dispersos, con escasa incidencia real sobre la salud de la población.

Para resolver esos problemas pueden resultar más eficaces actuaciones más concretas (como el posible establecimiento de una evaluación del "impacto sanitario" de ciertas actividades, que habría que precisar en cada caso, antes de su realización, a semejanza de la evaluación del "impacto ambiental" que se realiza en otros casos) que el establecimiento de "compromisos" de actuaciones por la salud, genéricos o de contenido muy amplio, por parte de autoridades locales, que se han promovido en ciertos casos.

- Una segunda dificultad es la actitud por parte de las autoridades locales hacia la salud y los servicios sanitarios

Brommels (42, pag 103) ha señalado las ventajas que puede tener el separar a autoridades elegidas de la responsabilidad política directa de la provisión de los servicios sanitarios. El mismo autor, sin embargo, tomando el ejemplo de lo que ocurre en algunos países nórdicos (Suecia, Finlandia), señala las reticencias de los políticos locales elegidos en esos países para quedar al margen de la responsabilidad más directa sobre los servicios asistenciales y pasar a desempeñar papeles sanitarios o políticas más generales, pero de menor repercusión popular inmediata.

Podría afirmarse que esa situación es general y que, por el contrario, resulta más difícil interesar a las autoridades de cualquier nivel en otra clase de conceptos de la salud o programas más generales. Entre ellos cabe incluir los sanitarios que son más propios de las autoridades locales, que se refieren al control sanitario de diversas actividades, abastecimientos, locales o productos, cuya importancia, por el contrario, no es paralela a la repercusión pública de su realización.

(5) Niveles de descentralización y propiedad de los centros sanitarios

En distintos países, y en relación con el desarrollo histórico descrito más arriba, las autoridades locales (o de otro nivel, aunque esto resulta menos frecuente) pueden ser propietarias de centros sanitarios de distinto carácter, incluidos centros hospitalarios.

Cuando se establecen servicios nacionales de salud u otras formas de cobertura universal, lo habitual es tratar de integrar en ellos a todos los centros bajo dependencia y financiación únicas. Pero el proceso concreto de integración puede suponer fórmulas muy distintas que pueden no implicar la enajenación de la propiedad de los centros, los cuales, aun cuando se plantee su funcionamiento integrado, pueden mantenerse bajo la propiedad o incluso el gobierno de quienes venían siendo sus responsables.

Interesa resaltar aquí que las pautas de integración han cambiado con el tiempo:

- En la época de predominio de los servicios nacionales de salud, de orientación fundamentalmente planificada, la integración tendía a hacerse bajo fórmulas de homologación de la propiedad de los centros y, sobre todo, de las condiciones de trabajo del personal.
- Por el contrario, en el momento actual, caracterizado por la separación de la financiación y la provisión de los servicios, la diferente propiedad de los centros ofrece la posibilidad de facilitar la competencia entre éstos, y de diversificar también los regímenes de personal.

Esta posibilidad, sin embargo, puede resultar engañosa, pues, para un mismo financiador, las condiciones laborales más ventajosas se convierten en la referencia para el personal de cualquier centro, aunque sea dependiente de entidades distintas; estas últimas, si dependen del mismo financiador, se convierten en meras intermediarias ante éste de las demandas del personal.

2. Procesos de descentralización funcional

Al describir esta clase de procesos, con sus diferentes formas, en el capítulo anterior se ha puesto ya de relieve la posibilidad de que estas formas de descentralización se produzcan hacia entidades de nivel muy diferente.

Tomando como referencia las descripciones ya realizadas en el dicho capítulo, los aspectos que interesa resaltar aquí son dos:

a. Tamaño de las entidades descentralizadas y tendencia a la concentración

Las entidades a las que se otorga un papel, sea en el aseguramiento, en la compra de servicios o en su provisión, pueden ser de nivel muy diferente en relación con los grupos de población respecto a los cuales tienen que cumplir su función respectiva: desde los *fundholding* bri-

tánicos, para cuya constitución se requieren pocos miles de personas como población atendida, a las formas de aseguramiento más amplias para cubrir a millones de personas, existen todas las variedades intermedias posibles.

A todos los niveles, se constata una tendencia a la concentración de entidades para el desempeño de su función respectiva que se ha señalado ya en el capítulo anterior.

Esa tendencia, que hay que poner en relación con la mejora de la posición respectiva de cara a la competencia en los mercados sanitarios correspondientes, debe ser tenida en cuenta a la hora de establecer formas de descentralización para grupos pequeños de población, pues esa operación puede resultar inútil si se produce una concentración o fusión posterior, o puede llevar a formas de descentralización no previstas inicialmente.

b. Coexistencia de niveles de descentralización diferentes en un mismo proceso descentralizador

Esta situación se ha descrito en relación con diversos procesos descentralizadores en países concretos:

- En el Reino Unido coexisten los *fundholdings* y las Autoridades Sanitarias de Distrito como compradores de servicios.
- En Suecia la actuación de los Consejos de Condado como compradores de servicios coexiste con otros compradores de nivel inferior.

Hay dos aspectos que deben valorarse en estos casos:

- Si las entidades de niveles distintos deben desarrollar el mismo tipo de función, o tienen papeles diferenciados. En los casos descritos, si los servicios que pueden comprar uno y otro tipo de entidades son iguales (lo que ocurre en el primero de los casos citados, al menos para la compra de servicios hospitalarios) o diferentes (como ocurre en el segundo caso).

En general hay que decir que la coincidencia de entidades de dos niveles diferentes en el desempeño de una misma función produce complicaciones en su desarrollo (8), y exige a medio plazo una definición en uno u otro sentido, atribuyendo la función a las entidades de uno de los niveles.

- Si está establecida alguna forma de coordinación entre las entidades de niveles diferentes o se prevé alguna relación de jerarquía entre ellas o, por el contrario, se trata de entidades independientes por completo.

La inexistencia de formas de coordinación entre niveles supone en muchos casos el establecimiento de una coordinación a nivel central: es el caso de los trust hospitalarios británicos, cuya dependencia de las autoridades de distrito se ha sustituido por una dependencia directa del Departamento de Salud, que es quien hace el seguimiento de la actividad de todos ellos de forma directa.

Con carácter general hay que decir que, como se ha dicho para los procesos "geográficos", también en el caso de los procesos funcionales es preferible la existencia de un nivel "principal" o más caracterizado de descentralización.

3. Niveles de descentralización sanitaria en España

a. Nivel "principal" de descentralización

Cualquier análisis del proceso de descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España a partir de la Constitución democrática de 1978 debe partir de la base de que, caracterizado en el capítulo anterior como un proceso de descentralización "geográfico", ha habido un nivel "principal" de administración que ha sido el que ha recibido fundamentalmente las responsabilidades descentralizadas en este proceso.

Ese nivel son las Comunidades Autónomas, término que reúne a "nacionalidades y regiones", según la expresión recogida en el texto constitucional, cuyo reconocimiento legal ha tenido lugar a partir del mismo (aunque el número de Comunidades Autónomas y los límites de cada una no están fijados en la Constitución, que en ese sentido se limita a establecer los procedimientos para acceder a ese status).

Pese a las referencias constitucionales, desde el punto de vista sanitario una de las características fundamentales de las Comunidades Autónomas españolas es su falta de homogeneidad en el tamaño, que oscila, en términos de población, entre más de 8 millones en un caso, a menos de 300.000 personas en otro, con intervalos irregulares entre las 15 restantes. La población del menor de los casos citados no alcanzaría el umbral para ser nominada como "región sanitaria" en términos de planificación sectorial.

Las diferencias de tamaño, justificables por el carácter secundario de la atribución de competencias y poderes en el ámbito sanitario respecto a procesos de naturaleza política e histórica generales, como se explicó ya en el primer capítulo, no tiene, sin embargo, su correlato en una diversidad paralela de atribuciones a las nuevas entidades descentralizadas: para entidades muy diferentes en tamaño no se previeron básicamente, como se explica más adelante, más que dos niveles de competencias; y aún con vocación (al menos por parte de algunas Comunidades Autónomas, aunque con el criterio contrario por parte de otras, en general las de carácter histórico con mayores competencias) de alcanzar niveles similares de atribuciones.

Las consecuencias de esas diferencias en el tamaño y del tamaño reducido de algunas de las nuevas entidades son algunas de las citadas en los apartados generales de este capítulo:

- La reproducción de un proceso de descentralización relativo, hasta constituir los equivalentes a "regiones sanitarias" en términos de autosuficiencia sanitaria, dentro de las Comunidades Autónomas de mayor tamaño.
- En el caso de las Comunidades Autónomas de menor tamaño, el planteamiento de diferentes fórmulas, a veces contradictorias, para resolver en condiciones de equidad el acce-

so a servicios cuyo funcionamiento requiere unos determinados volúmenes de población, por parte de aquellos territorios autónomos que no alcanzan esas condiciones.

Respecto a este caso, las Comunidades Autónomas afectadas han oscilado entre el requerimiento para ser dotadas de todos los medios, como vía más segura de garantizar el acceso a los servicios, hasta el establecimiento de acuerdos y concertaciones con otras Comunidades Autónomas para garantizar un acceso equitativo y con garantía de calidad.

Los diferentes niveles de competencia por parte de las distintas Comunidades Autónomas, a los que se alude en otro capítulo, han contribuido hacer muy variado el panel de soluciones, haciéndolo más fácil en unos casos y más complejo en otros.

b. Homogeneidad impuesta en otros niveles de organización

Adaptar los servicios sanitarios a las peculiaridades de cada ámbito territorial es uno de los objetivos de cualquier proceso de descentralización. Establecer, por eso, criterios generales para la organización de los diferentes niveles de los servicios, parece, como se ha indicado, menos adecuado a medida que se desciende en la escala organizativa y se llega a los niveles más básicos y más sencillos de la organización.

Pese a esa valoración general, no fue ése el criterio adoptado por la Ley General de Sanidad. Los artículos 56 a 69 de dicho texto legal establecen con carácter general y básico (más adelante se explica el sentido de este concepto) la pirámide organizativa de los servicios de salud, desde las "áreas de salud" para las que se establece una población "no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000" y una dotación al menos de un hospital básico, hasta las llamadas "zonas básicas de salud".

En éste último caso no se establecen criterios poblacionales concretos, sino conceptos generales a los que debe adaptarse su creación (distancias máximas y tiempo de acceso, grado de concentración o dispersión de la población; características epidemiológicas; instalaciones y recursos sanitarios existentes; todo ello sin concretar nunca cifras).

La misma referencia a una forma concreta de organización al nivel más básico, que se extiende a aspectos como las funciones y los medios propios de los centros de salud, podría considerarse, sin embargo, expresiva del predominio de los conceptos planificadores que sustentan la Ley General de Sanidad. La aplicación de esos conceptos era ya más difícil de encontrar en países desarrollados, incluso los dotados de sistemas del tipo de los Servicios Nacionales de Salud, en aquel momento.

En sentido contrario, ese tipo de conceptos eran los comunes en España en el tiempo de la elaboración de la Ley General de Sanidad: no sólo el modelo descrito en la Ley había sido ya desarrollado antes por la Administración Central en el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud; también las Comunidades Autónomas desarrollaron modelos semejantes, incluso en épocas anteriores a la generalización obligada por la Ley General de Sanidad (el País Vasco lo había hecho con anterioridad al Real Decreto 137/84; Cantabria, Galicia, Asturias, Extrema-

dura, Andalucía, La Rioja, Madrid y Navarra, lo hicieron entre la publicación de esta norma y la Ley General de Sanidad, en 1986, refiriéndose a ese nivel de atención. Sólo Cataluña, que había dictado en 1980 una norma sobre Ordenación sanitaria de su territorio, no se refirió a ese nivel asistencial primario en una primera fase, aunque sí lo hizo con posterioridad, en 1985).

Las normas de las Comunidades Autónomas llegaban incluso a hacer referencia a la población de las zonas básicas de salud en algunos casos (Andalucía, Cataluña y La Rioja) lo que ya había sido establecido con anterioridad, sin carácter obligatorio, por el Real Decreto, 137/1984, fijando esa población entre 5.000 y 25.000 personas; las cifras de las Comunidades Autónomas coincidían en la mayoría de los casos.

De la confianza depositada en aquél momento en el establecimiento de patrones organizativos semejantes, incluso a sus niveles más bajos, como vía para obtener niveles de igualdad en los servicios sanitarios da idea el interés puesto por el Ministerio de Sanidad en el conocimiento del grado de cumplimiento por las Comunidades Autónomas de las directrices establecidas respecto a esos niveles.

Como ejemplo de ello resulta expresivo que el seguimiento de lo que se denomina "organización sanitario-administrativa", en concreto de la adecuación de la denominación, tamaño y organización de las áreas y zonas básicas de salud en cada una de las Comunidades Autónomas a los patrones establecidos, pasó a considerarse una de las actividades fundamentales de las funciones de "alta inspección" (puede verse la explicación de este concepto en el capítulo octavo) del Departamento (43, pag ..). De hecho, el resultado de ese seguimiento se hizo expreso en una publicación, denominada "Ordenación Sanitaria del Territorio" (44), cuya primera edición pormenorizaba las características, y hasta los mapas territoriales, de dichas estructuras en cada una de las Comunidades Autónomas.

Pero tal seguimiento, sin embargo, no tuvo otro valor distinto al del conocimiento de la situación, siempre retrasado respecto a la realidad territorial concreta, e incluso difícil de llevar a la práctica sin un conocimiento directo sobre el terreno, imposible de efectuar desde un organismo central.

Los desajustes respecto a las características de las estructuras citadas, en relación con las establecidas, en diferentes Comunidades Autónomas, no dieron lugar a actuación legal o administrativa alguna por parte del Departamento de Sanidad para reconducir esas características a lo reglado. En la práctica, la adaptación a las condiciones concretas y a la voluntad de sus gobernantes elegidos se aceptó como lógica. Aunque, debe reconocerse, los desajustes no han supuesto hasta ahora un abandono del modelo planificado global, sino tan sólo diferencias terminológicas o en el tamaño de unas y otras estructuras.

De otro lado, el desarrollo descrito antes por parte de las Comunidades Autónomas es expresivo de la importancia para la difusión del modelo no tanto de imposiciones por vía legal o reglamentaria, como del predominio de unas ideas determinadas sobre la organización de los servicios sanitarios en un momento concreto.

El desarrollo posterior, tanto general como económico y sanitario, no han puesto en cuestión hasta ahora el modelo descrito. Diferentes disposiciones adoptadas en el ámbito de algu-

nas Comunidades Autónomas promueven hasta la gestión de esas zonas básicas o sus equivalentes por entidades privadas formadas por médicos y constituidas a tal efecto (así lo prevé la Ley 11/1995, de 29 de septiembre de modificación de la norma anterior de Ordenación Sanitaria de Cataluña), sin poner, sin embargo, en cuestión la ordenación territorial.

c. Autoridades locales y los servicios sanitarios en España

No todos los aspectos generales relativos a los municipios que se han comentado al principio han tenido o tienen alguna expresión en España. Pero en otros casos la experiencia española puede resultar de interés. Son los siguientes:

(1) Competencias de las corporaciones locales en las normas sanitarias españolas

Desde un punto de vista histórico, la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 1944, vigente durante el período de la dictadura, atribuyó a las autoridades locales dos clases de funciones: de un lado, de salud pública y control sanitario en su ámbito, pero, además, la atención sanitaria de la población llamada "de beneficencia" carente de recursos propios (45, pag 73 y sig). Estas funciones se confirmaron posteriormente en la Ley de Régimen Local de 1950.

Para el desempeño de unas y otras funciones las autoridades locales se servían del personal sanitario perteneciente a Cuerpos Nacionales denominados "al servicio de la Sanidad Local". Sólo las Diputaciones Provinciales y algunos Ayuntamientos más grandes se dotaron de cuerpos propios.

La Ley General de Sanidad, de 1986, como la Ley de Bases de Régimen Local de 1985, mantuvieron atribuciones en el campo de la Salud Pública para las Corporaciones Locales, si bien concurrentes con las de las Comunidades Autónomas, a las que también se atribuyen funciones en ese campo.

Para el ámbito de la cobertura de servicios asistenciales, la Ley General de Sanidad previó la responsabilización de la cobertura de toda la población por parte de los Servicios de Salud que, al efecto, debían crear las Comunidades Autónomas. La extensión de la cobertura única a la población de beneficencia se desarrolló mediante una norma (Real Decreto 1088/1989, sobre universalización de la asistencia) publicada en el año indicado.

Esa norma establecía que la integración de las personas comprendidas en la asistencia sanitaria benéfica se haría mediante convenio entre los Servicios de Salud y las Administraciones competentes en cada caso. En dichos convenios debería preverse plazos, formas, condiciones y requisitos de dicha integración así como, cuando procediere, la modificación de las ayudas, transferencias o subvenciones que existían para dicha asistencia sanitaria.

La única actuación de carácter general para promover vías de traspaso regladas de los "cupos de beneficencia" (grupos de personas con derecho reconocido a esa forma de

asistencia) desde las Corporaciones Locales al régimen general de asistencia tuvo lugar en 1991: el Presidente de la Federación Española de Municipios y Provincias acudió a la reunión del órgano máximo de coordinación sanitaria, el Pleno del Consejo Interterritorial, a fin de acordar líneas de actuación homólogas en relación con todos los municipios, entre las que se contaba esta cuestión (46, pag 41 y sig).

La falta de concreción de acuerdos precisos en esa sesión y en un grupo de trabajo creado al efecto hizo, sin embargo, que en la práctica la población de beneficencia haya sido incluida en el régimen general de asistencia sin compensación económica alguna por parte de la mayoría de los municipios y diputaciones, que en paralelo, han prescindido de esa función sin reducción proporcional de sus presupuestos. (El grupo de trabajo citado llegó a hacer una valoración de los costes globales de esa asistencia estimados en más de 8.700 millones de pesetas en 1990).

Esa actitud de distanciamiento del compromiso con la atención sanitaria, al menos a un grupo de población, como se describirá más adelante, no se ha acompañado en general de una mayor atención a las restantes funciones sanitarias que siguen correspondiendo a las autoridades locales.

(2) Corporaciones locales en España y propiedad de centros sanitarios

Para la provisión de servicios sanitarios a los grupos de población citados, pero extendiendo sus servicios a otros grupos de población, en España ha sido también tradicional la propiedad de centros sanitarios por parte de las corporaciones locales.

Los centros hospitalarios, salvo en el ámbito de Cataluña, eran mayoritariamente propiedad de las Diputaciones Provinciales (45, pag 79), mientras que diversos Ayuntamientos eran propietarios de "Casas de Socorro", centros de asistencia primaria ordinaria o urgente.

El desarrollo de la red asistencial de la Seguridad Social, y su extensión a grupos cada vez más amplios de población, hizo que, en la práctica, esa red precisara de un número cada vez mayor de medios de los que, en ocasiones, no disponía. Por otra parte, atender sólo a grupos de población no cubierta por la Seguridad Social hubiera llevado a la infrautilización de los recursos disponibles propiedad de las corporaciones locales.

Por intereses coincidentes, en consecuencia, a lo largo de las últimas décadas, en especial desde 1970, se fueron estableciendo acuerdos ("conciertos") entre la Seguridad Social y las corporaciones locales para el uso por la primera de los recursos de las segundas, según baremos y formas de pago convenidas.

La Ley General de Sanidad de 1986 introdujo como novedad la creación de Servicios de Salud de ámbito autonómico, que deberían integrar la totalidad de los servicios de cualquier dependencia pública.

Los procesos de integración de los centros de las corporaciones locales en los servicios sanitarios generales ha seguido dos patrones diferentes (48):

- Durante los períodos iniciales, y todavía ahora en el ámbito en el que no está transferida a las Comunidades Autónomas la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el procedimiento más habitual ha sido, en dos fases, la gestión de los centros correspondientes por la entidad gestora de esa asistencia (el Instituto Nacional de la Salud) y, finalmente, la oferta de integración en el mismo régimen de personal del propio Instituto Nacional de la Salud al personal de los centros previamente gestionados por éste.

Esa vía de integración, común a los centros de otra dependencia semipública (por ejemplo, diversos centros de Cruz Roja), ha encontrado sus mayores obstáculos en las negociaciones para llevar a cabo esa integración del personal en otro régimen, y en la consideración de los derechos adquiridos, que han dado lugar a numerosos conflictos jurídicos.

- En los últimos años se ha promovido otra forma de integración, cuyas iniciativas han partido inicialmente de Cataluña, y son consecuencia de las líneas de reforma de los servicios que promueven la separación entre las funciones de financiación y provisión.

Conforme a estas iniciativas, la integración de los centros de las corporaciones locales o de otra dependencia en los Servicios de Salud tiene un carácter fundamentalmente funcional, de manera que se atribuye a cada uno de esos centros la responsabilidad de la cobertura de la atención de un grupo de población (en general local) determinado.

Por el contrario se trata de evitar la integración del personal de esos centros, lo mismo que la gestión general de esos servicios, bajo el mismo régimen jurídico de los servicios asistenciales más generales, que son los de la Seguridad Social, en razón a su presunta ineficacia y falta de agilidad.

La peculiaridad de esos centros, en sentido contrario, ofrece en apariencia posibilidades de una gestión más eficaz y ágil, lo que puede aumentarse conforme a estos criterios sacando la gestión de esas instituciones del ámbito del derecho público administrativo. Por eso, en muchos de estos casos se está promoviendo la constitución de entes de naturaleza jurídica diversa, con el común denominador del sometimiento al derecho privado, en cuya constitución participan las propias Corporaciones Locales, junto con otras entidades, incluido el servicio de salud correspondiente.

Sin embargo, en la realidad, cuando en un mismo territorio coinciden un cierto número de entidades sanitarias, como es el caso de Cataluña, la diversidad de formas de constitución, y más aún si son semejantes, no impide la tendencia a la homologación de las condiciones de funcionamiento y contratación (sobre todo del personal), que puede poner en cuestión algunas de las ventajas apuntadas para este nuevo tipo de entidades de gestión. La demanda de tal homologación por parte del personal de centros de propiedad diferente ha sido ya motivo de conflictos en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.

(3) Ejercicio de competencias no asistenciales por las corporaciones locales en España

En los apartados anteriores se han descrito ya las competencias que en las materias de la salud pública, el control sanitario y el medio ambiente siguen manteniendo las Corporaciones Locales, en especial los Ayuntamientos, desde un punto de vista legal.

El acuerdo con la orientación a ese tipo de actuaciones por parte de los Ayuntamientos también ha sido expreso en diferentes ocasiones, entre las que se puede citar la sesión antes referida del Pleno del Consejo Interterritorial en Febrero de 1991. Las Comunidades Autónomas manifestaron también su acuerdo con esos planteamientos en aquella sesión.

Ese acuerdo teórico, sin embargo, se ha acompañado de un escaso desarrollo práctico, al menos en sus expresiones colectivas. Salvando las actuaciones individuales de Ayuntamientos concretos, la actividad de la Comisión de Sanidad de la Federación Española de Municipios y Provincias, órgano coordinador en el que participan la mayoría de los municipios españoles, ha sido escasa e incapaz de generar y facilitar siquiera las líneas comunes de actuación en esas materias al conjunto de los municipios.

La misma Comisión ha coordinado el desarrollo del Programa de Ciudades Saludables en su versión española. Por encima de un cierto nivel de actividad formal, que ha dado lugar a la celebración de varios congresos, no ha diseñado unas líneas básicas de orientación general.

Las carencias de ese programa a nivel nacional han dado lugar al desarrollo de otras Redes de Ciudades Saludables a nivel autonómico (Andalucía, Valencia, Cataluña, País Vasco y otras)(47). La actuación de esas Redes de Ciudades Saludables ha tenido sus peculiaridades propias en cada territorio (desde la realización del diagnóstico de salud de las poblaciones, lo que ha sido característico de la red valenciana hasta las últimas elecciones autonómicas, a la formación de responsables sanitarios locales, lo que ha ocupado una parte importante de la actividad de la red andaluza).

Los sesgos propios de cada una de las redes han sido determinados en buena parte por las afinidades de las personas concretas que las lideraban, y el cambio de ese liderazgo ha provocado en varios la modificación de su orientación, o incluso el cese de la actividad del programa.

Han sido también diferentes los grados de integración de esas redes con las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas correspondientes. Esa relación puede aumentar la eficacia de las actuaciones, teniendo en cuenta la confluencia de las competencias de unas y otras administraciones en esas materias.

Lo descrito puede considerarse como una expresión más de la dificultad por interesar a las autoridades locales en programas sanitarios que pueden tener importantes repercusiones sanitarias generales, pero que en su desarrollo concreto no resultan ni llamativos

por sus contenidos y efectos (y un solo caso de efecto negativo por un déficit de control: una intoxicación alimentaria o un problema puntual de contaminación medio ambiental pueden servir de ejemplo, tiene mucha mayor repercusión pública que el buen funcionamiento habitual de esos servicios) ni tampoco suponen compromisos económicos inmediatos de gran volumen.

(4) Predominio de los grandes municipios en España

Otra de las características de la situación municipal española es el predominio aparente de los intereses de los grandes municipios en los órganos de representación común.

La expresión de esa situación en el ámbito sanitario es el liderazgo relativo de los grandes municipios en las comisiones y programas citados. Los Ayuntamientos de Madrid y Barcelona, con el de Sevilla y algunos otros en un segundo plano, han sido los principales promotores de las líneas de actuación de los órganos citados.

Por otra parte, se da la coincidencia de que los dos primeros citados son de los pocos Ayuntamientos que estaban dotados de una organización sanitaria propia, con actuaciones en el ámbito asistencial e incluso grupos y cuerpos de personal específicos para el desarrollo de esas funciones.

Esa situación peculiar ha provocado que, cuando se han promovido programas de actuación común, aparezcan entremezclados aspectos de salud pública con otros de contenido netamente asistencial, cuyo desarrollo está restringido estrictamente a corporaciones con medios asistenciales propios, lo que excluye la mayoría de los municipios.

En el caso del Ayuntamiento de Barcelona, la red sanitaria municipal, que incluye dos hospitales, funciona en régimen de concierto con el Servicio Catalán de la Salud; y en el ámbito de la atención primaria, que antes estaba dedicado a la atención de la población de beneficencia, y posteriormente a los funcionarios del Ayuntamiento y sus beneficiarios, tiene ahora atribuida la responsabilidad de la atención de la población de una zona de la capital catalana.

Por su parte, el Ayuntamiento de Madrid ha desarrollado en los últimos años un servicio de atención de emergencias sanitarias que se ha convertido en un elemento fundamental de propaganda de la labor municipal. Pero, fuera de la eficacia del servicio para cumplir esa función, se distingue además por poner numerosas dificultades a la coordinación con los servicios sanitarios generales (el 061, dependiente del INSALUD), que a lo largo de los últimos años han dependido de una autoridad de diferente orientación política. Se trata de un problema pendiente de resolver ahora que coinciden las responsabilidades políticas.

La repercusión pública de unas y otras actuaciones en el ámbito asistencial no puede ocultar, en todo caso, la imposibilidad de que programas de ese carácter sean la vía de intervención de la mayoría de las corporaciones locales en los servicios sanitarios.

(5) Participación en los servicios sanitarios a través de las corporaciones locales en España

La integración de las corporaciones Locales en órganos de participación está prevista en los correspondientes a las áreas de salud y las zonas básicas de salud en la Ley General de Sanidad.

El desarrollo de esa participación lo han regulado en su territorio cada una de las Comunidades Autónomas, y es variable de unas a otras (49).

En todos esos casos, la representación de la Corporación o Corporaciones Locales correspondientes (a veces forma parte de esas zonas una representación de todas las poblaciones que forman parte del área o zona básica y en otros se prevé la participación de un número limitado de ellas) se acompaña de la presencia de otras representaciones sociales (organizaciones sindicales y empresariales), que parece tratar de complementar la representación de los intereses de la población correspondiente por unas vías diferentes a la local.

Las formas de delegación que se producen en las organizaciones sindicales y profesionales desvirtúa en la práctica muchas veces la representación de los intereses de la población general, y pasa a ser representativa de los intereses de determinados grupos (los trabajadores de los servicios sanitarios o los empresarios proveedores del sector).

El funcionamiento de esos órganos de participación, que, en la práctica, tratan de facilitar el seguimiento de la gestión de los servicios más que de orientar realmente el funcionamiento de éstos, no puede resumirse con carácter general, sino que es muy variable de unos a otros según las circunstancias concretas. En todo caso otra característica común es el elevado número de miembros, lo que no facilita su agilidad. En algunos casos concretos algunas Corporaciones Locales han planteado conflictos por la escasa periodicidad u operatividad de esos órganos de participación. Un funcionamiento de carácter formal, sin otras expresiones especiales de interés por parte de las Corporaciones Locales, parece ajustarse más a la situación en la mayoría de los casos.

Se ha insistido (50) en la necesidad de enriquecer el sistema democrático español, facilitando y alentando la participación en la gestión de los servicios sociales, acercando el Estado a donde vive la población. A la vista de las experiencias y situaciones descritas, ese objetivo está todavía lejos de alcanzarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epidemiología social. San Martín, H. Editorial Karpos. Madrid. 1982.
2. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general. Mills, A. parte 1 en Descentralización de los sistemas de salud. Mills, A. (ed.) (op. citada)
3. Local government and health care: the historical perspective. Webster, C. *BMJ* 310; 1584-1587; 17 Jun 1995.
4. Contracting and political boards in planned markets. Brommels, M. cap. 4 en *Implementing planned markets in health care*. Saltman, R.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
5. Implementing planned markets in health services: the Swedish case. Anell, A. cap. 9 en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
6. The reform of health care systems. A review of seventeen OECD countries. OECD. Paris. 1994
7. Health Reform in Sweden in the 1990s: Local Pluralism versus National Coordination. Garpenby, P. *J. Hlth. Pol. Pol. Law* 20 (3); 695-715; Fall 1995.
8. Where should health services go: local authorities versus the NHS? Pollock, A.M. *BMJ* 310; 1580-1584; 17 Jun 1995.
9. The case for closer cooperation between local authorities and the NHS. Hunter, D. *BMJ* 310; 1587-1589; 17 Jun 1995.
10. Balancing social and economic responsibilities. Saltman, R.; von Otter, C. cap. 11 en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
11. The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. Anell, A. *Health Policy* 37(1); 19-33; 1996.
12. From central planning to local responsibility: the role of budgeting in county-council-administered health care. Anell, A. Lund University Press. Lund. 1990.
13. The science of "muddling through". Lindblom, C.E. *Public Administration Review* XIX(2); 79-88; 1959.
14. The quest for control. A critique of the Rational-Central-Role Approach in Public Affairs. van Gusteren, H.R. Wiley. New York. 1976.
15. Department of Health First Steps. Report of the first year of community care. Department of Health. U.K. 1992.
16. The ghost of the health services past: comparing British Health Policy of the 1930s with the 1980s and 1990s. Powell, M.A. *Int. J. Hlth. Serv.* 26(2);253-268;1996.
17. National Health Success. Whitehead, M. National Association of CHCs. London. 1988.
18. Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Elola, J. SG Editores. Barcelona. 1994.
19. Managing the National Health Service. Shifting the frontier? Harrison, S. Chapman and Hall. London. 1988.
20. The Alms Trade. Williams, I. Unwin Hyman. London. 1989.
21. Monitoring managed competition. Appleby, J.; Smith, P.; Ranade, W.; Little, V.; Robinson, R. cap. 2 en *Evaluating the National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
22. Local voices. The bankruptcy of the democratic process. Pollock, A. *BMJ* 305; 535-536; 5 Sep 1992.
23. Les maires regretent de perdre la présidence de conseils d'administration des hôpitaux. Zappi, S. *Le Monde*, 22 Nov 1995.

24. Collaboration with local authorities. Ovretveit, J. cap. 8 en *Purchasing for health*. Open University Press. Buckingham. 1995.
25. Age of uncertainty. Saper, R.; Laing, N. *Health Service Journal* 105(5476); 22-23; 26 Oct 1995.
26. Is it fair?: Evaluating the equity implications of the NHS reforms. Whitehead, M. cap. 9 en *Evaluating the National Health Service reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
27. Diseño, contenido y financiamiento de un paquete nacional de servicios de salud esenciales. Bobadilla, J.L.; Cowley, P.; Musgrove, P.; Saxenian, H. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 118(2); 127-140; Febrero 1995.
28. Can we restrict the health care menu? Klein, R. *Health Policy* 27; 103-112; 1994.
29. Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing. Mechanic, D. *BMJ* 310; 1655-1659; 24 Jun 1995.
30. Royal College calls for national priorities setting. *News. BMJ* 311; 767; 23 Sep 1995.
31. Rationing health care. Harrison, S.; Hunter, D. *Institute for Public Policy Research (IPPR)*. London. 1994.
32. Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience. Kitzhaber, J.A. *BMJ* 307; 373-377; 7 August 1993.
33. State Model: Oregon. The Ups and Downs of Oregon's Rationing Plan. Fox, D.M.; Leichter, H.M. *Health Affairs* 66-70; Summer 1993.
34. Value judgment in the Oregon Medicaid Experiment. Kaplan, R.M. *Medical Care* 32(10); 975-988; 1994.
35. El plan de salud del estado de Oregon para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. Benach, J.; Alonso, J. *Gaceta Sanitaria* 9(47); 117-125; 1995.
36. Priorities and rationing: pragmatism or principles? Klein, R. *BMJ* 311; 761-762; 23 Sep 1995.
37. Core services and priority setting: the New Zealand experience. Cumming, J. *Health Policy* 29; 41-60; 1994.
38. Deciding on access and levels of care: a comparison of Canada, Britain, Germany and the United States. Grogan, C.M. *J. Hlth. Pol. Pol. Law* 17(2); 213; 1992.
39. Health care rationing. Ham, C. *BMJ* 310; 1483-1484; 10 Jun 1995.
40. Lessons for health care rationing from the case of child. B. Price, D. *BMJ* 312; 167-169; 20 Jan 1996.
41. You need talent to win on rationing. *Opinion. Health Service Journal* 105(5469); 17; 7 Sep 1995.
42. Contracting and political boards in planned markets. Brommels, M. cap. 4 en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.; von Otter, C. (eds.) (op. citada).
43. *Coordinación Sanitaria*. Mansilla, P.P. Mondadori. Madrid. 1988.
44. *Ordenación Sanitaria del Territorio (1ª ed.)*. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1989.
45. *La formación y la crisis de los sistemas sanitarios públicos*. Muñoz Machado, S. Alianza Editorial. Madrid. 1995.
46. *Memoria de las actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del año 1991*. Ministerio de sanidad y Consumo. Madrid. 1992.
47. *Red Española de Ciudades Saludables*. Subdirección General de Alta Inspección. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 1995. (mimeo).

48. La integración de centros y establecimientos sanitarios de las Corporaciones Locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Barnuevo Hervás, R.; Sánchez García, I. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Diciembre 1995. (mimeo).
49. La participación democrática en el Sistema Nacional de Salud. Barnuevo Hervás, R.; Sánchez García, I.; Suárez Barrio, B. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1994. (mimeo).
50. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. Navarro, V. *Gaceta Sanitaria* 48(9); 202-209; Mayo-Junio 1995.
51. Las corporaciones locales en el Sistema Nacional de Salud. Elola, J. *Gaceta Sanitaria* 6(32); 195-197; 1992.
52. Posibilidades de participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios. Peiró Moreno, S.; Tarrazona Hervás, V. *Gaceta Sanitaria* 6(32); 225-228; 1992.
53. Allocating resources for health and social care in England. Judge, K.; Mays, N. *BMJ* 308; 1363-1366; 21 May 1994.
54. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. Navarro, V. *Gaceta Sanitaria* 9(48); 202-209; 1995.
55. Lecciones aprendidas de la experiencia. Vaughan, J.P. parte 3 en *Descentralización de los sistemas de salud*. Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.) (op. citada).
56. Rationing health care. Maynard, A. *BMJ* 313(7071); 1499; 14 dec. 1996.
57. The rationing agenda in the NHS. New, B. (on behalf of the Rationing Agenda Group). *BMJ* 312; 1593-1601; 22 June 1996.,
58. Rationing health care: moving the debate forward. Smith, R. *BMJ* 312; 1553-1554; 22 June 1996.
59. Setting priorities: is there a role for citizens'juries? Lenaghan, J.; New, B.; Mitchell, E. *BMJ* 312; 1591-1593; 22 June 1996.
60. Public does not always favour lifesaving, acute interventions. Hay, S. *BMJ* 312; 1605; 22 June 1996.

CAPITULO IV

FUNCIONES A DESCENTRALIZAR

Las funciones que desarrolla un sistema sanitario son múltiples: desde la legislación y el desarrollo de distinto tipo de normas de rango inferior a las leyes, pasando por la planificación, la financiación y presupuestación, hasta la gestión de recursos humanos y materiales y el control de la gestión realizada, se puede descomponer el funcionamiento de cualquier sistema sanitario con arreglo a diferentes clasificaciones, con semejanzas básicas fundamentales.

No todas esas funciones se reparten por igual en las distintas clases de procesos de descentralización que se han descrito.

A continuación se realizan algunas clasificaciones de las funciones que se descentralizan en cada caso, con arreglo a las formas de descentralización que se describieron en el capítulo segundo y a los niveles a los que se hizo referencia en el tercero. Con ello se pretende subrayar, además, que esas dos cuestiones, forma y nivel de descentralización, se encuentran entre los determinantes principales de las funciones que se descentralizan. Aunque, como podrá observarse más adelante al analizar el caso español, las reglas generales que pretendan deducirse en este campo se encuentran sometidas a excepciones peculiares en cualquier proceso concreto que se estudie.

Por último, en este capítulo se analizan algunas materias sanitarias concretas en su relación con la descentralización, sometiéndolo a debate algunos aspectos generales sobre las mismas.

1. Funciones descentralizadas según las formas de descentralización

El resumen de lo que se pretende exponer en este apartado se presenta en el cuadro IV.1

Una primera observación del mismo permite deducir unas conclusiones iniciales:

- Los procesos de *devolución*, que, como se caracteriza en el capítulo correspondiente, son de los denominados "geográficos", en cuanto que consisten en atribuir competencias a entidades existentes en ámbitos territoriales concretos, suponen en general la descentralización de un mayor número de funciones y con mayor nivel de responsabilidad.
- De entre los procesos "funcionales", los de *delegación* y *privatización* conllevan habitualmente la descentralización de un número de funciones más limitado, de manera peculiar las relacionadas directamente con la gestión de los servicios pero, en todo caso, con alto nivel de responsabilidad en las funciones asumidas.
- Por último, los procesos de *desconcentración* se caracterizan por la atribución a las entidades descentralizadas de un número de funciones también limitado y, a diferencia de los anteriores, con bajo nivel de responsabilidad.

Cuadro IV.1. Funciones a descentralizar según la forma de descentralización

Funciones	Forma de descentralización			
	Desconcentración	Devolución	Delegación	Privatización
LEGISLACIÓN	--	++	--	--
DESARROLLO REGLAMENTARIO	+	+++	--	--
FINANCIACIÓN	--	-/+ /+++	--	+ /++
PLANIFICACIÓN	+	+ /++ /+++	--	--
GESTIÓN DE PERSONAL	+	++ /+++	+++	+++
COMPRAS Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA	+	++ /+++	+++	+++
CONTROL DEL GASTO	--	++ /+++	++	++
CONTROL DE CENTROS (acreditación, autorización, control de calidad)	--	++ /+++	--	--

Claves: +++ responsabilidad plena ++ responsabilidad amplia pero compartida o limitada + alguna responsabilidad
-- sin responsabilidad

Fuente: Modelo tomado de Mills y modificado

Si llevamos a cabo el análisis inverso, partiendo de una vía de entrada a través de cada una de las funciones consideradas, pueden hacerse las siguientes observaciones:

a. Funciones legislativas

Sólo en los casos de procesos de *devolución* se produce algún grado de descentralización de las funciones legislativas. Lo habitual es la autoridad central, sea a través del Ministerio de Sanidad o Salud o su equivalente, conserve la capacidad de proponer leyes a los niveles más generales.

En el capítulo sobre procedimientos de coordinación se describe el desarrollo de normas, que en el caso español se han denominado como "básicas", cuya función es garantizar unos mínimos comunes en determinados aspectos de los servicios sanitarios del conjunto de un país.

No es habitual que, tratándose de los servicios sanitarios, no existan en un país, aún de organización descentralizada, una serie de normas mínimas que regulen al menos los aspectos más generales de todos los servicios.

Dentro de ese marco general, sin embargo, en los procesos de devolución es posible también que las entidades descentralizadas tengan atribuida la capacidad de desarrollar normas del máximo rango.

b. Desarrollo reglamentario

Como en el caso de las leyes, en los procesos de *devolución* las entidades descentralizadas pueden tener capacidad de desarrollo reglamentario de las leyes. Esa capacidad suele ser amplia, de manera que lo que se sale de lo ordinario es que la entidad central tenga posibilidad de entrar en la regulación de los aspectos más concretos de las actuaciones sanitarias.

Esta capacidad de desarrollo reglamentario (y más aún legislativo, dentro de los límites de normas "marco") diferencia hasta cierto punto los Estados "regionales" (2) (nacidos de procesos descentralizadores, en ese sentido "descendentes") de los Estados federales (nacidos de procesos de agregación, en ese sentido "ascendentes") (14, pag 90), al menos de las formas caracterizadas como "federalismo de ejecución", de las que el ejemplo más característico es el caso alemán, en el que el Estado federal o central retiene casi en su totalidad la capacidad normativa, que es ejecutada por los Estados federales.

Tal diferencia, en la práctica, es menor, porque, como ha señalado Parejo (3), la función administrativa al servicio del interés general (más aún en el ámbito de los servicios públicos, especialmente los más penetrados por los avances técnicos y científicos) no puede contemplarse, o al menos no sólo, como aplicación estricta del Derecho sino como toma de decisiones no previsibles en normas en situaciones concretas. Cara a los derechos de los ciudadanos, es tan importante la capacidad de dictar normas como la de decidir en estas últimas.

Se trata, en todo caso, de una diferencia de orientación: en los estados de "federalismo ejecutivo", la distribución de competencias (de la que se habla en el capítulo siguiente) pivota sobre la diferenciación jurídica de las capacidades-funciones legislativa y ejecutiva, mientras que los Estados "regionales" o "autonómicos" (de manera característica el español) esa distribución reposa más bien, como veremos, en un deslinde por materias (3).

Cuando la forma de descentralización es de las que se ha denominado *desconcentración*, las entidades descentralizadas, que son órganos gestores a niveles territoriales concretos de la propia entidad central, tienen alguna capacidad de desarrollo concreto de las normas generales, para la aplicación de éstas a su territorio. En todo caso la capacidad de regular esos aspectos concretos está sometida al nivel central, y cualquier conflicto de criterios se resuelve por la vía de la autoridad y no mediante el recurso a los tribunales, como ocurre en los casos de procesos de *devolución*.

Ni en los casos de *delegación* ni en los de *privatización* es habitual que se produzca la atribución de capacidades de desarrollo reglamentario por parte de las entidades descentralizadas (salvo lo que se refiere a su funcionamiento interno; pero esas resoluciones internas, por tratarse de entidades de naturaleza ajena a los servicios administrativos, no tienen nunca aplicabilidad general, y aún deben atenerse a lo que está previsto en normas generales, sean específicamente sanitarias o de otros ámbitos, como el laboral o el civil).

c. Financiación

Acerca de las dificultades que presenta la descentralización de la financiación sanitaria se han hecho ya diversos comentarios en los capítulos anteriores y se dedica a ello un capítulo posterior, el sexto, de este libro.

A medida que los servicios sanitarios se hacen más complejos, es más precisa una contribución solidaria y común para financiar el conjunto de todos ellos, incluyendo las tecnologías más avanzadas. Por otra parte, sólo formas de financiación de ese tipo permiten alcanzar un uso eficiente de recursos que, para alcanzar esa calificación, requieren grandes grupos de población tributaria.

Por eso en ninguna de las clases de procesos de descentralización que se han descrito se produce una descentralización plena de la financiación sanitaria, y es precisa alguna forma de coordinación central de esta función.

En dos de los tipos descritos, los procesos de *desconcentración* y *delegación*, no suele producirse ninguna clase de descentralización de la financiación, de manera que los problemas se limitan a la distribución de fondos recaudados por una vía única. Tal distribución, en todo caso, no está exenta de problemas pues se plantean sobre la forma de llevarla a cabo y sobre sus consecuencias en el sentido de la equidad, aspectos que se tocan más adelante.

No ocurre lo mismo, sin embargo, en los procesos de *devolución*, de carácter "geográfico", ni en los de *privatización*, que son de los que hemos llamado "funcionales".

En los primeros de éstos, la descentralización de la financiación puede ser desde inexistente hasta alcanzar un volumen parcial pero importante, sobre todo si las entidades descentralizadas son de carácter regional o equivalente, y pueden acompañarse de contribuciones regionales, sobre la base de ingresos de ese nivel, para la financiación de los servicios comunes más complejos. Una financiación de ese tipo conlleva la necesidad ineludible de establecer compensaciones por servicios prestados en otros ámbitos geográficos a personas atendidas fuera de su lugar de residencia habitual.

La financiación en los procesos de privatización plantea otro tipo de cuestiones. Lo habitual en estos casos suele ser la tendencia a introducir directa o indirectamente complementos individuales a las vías de financiación pública establecidas para la financiación de los servicios.

Si se hace directamente, puede llevarse a cabo mediante tasas por el uso de determinados servicios, para lo que suele recurrirse al argumento de fomentar el uso responsable de los servicios, evitando la utilización no necesaria. Por vía indirecta se trata de establecer condiciones restrictivas para el acceso a determinados servicios, exigir el pago privado de determinados medios complementarios precisos para la aplicación de tratamientos, limitar los periodos de cobertura (por ejemplo, el número de días de estancia hospitalaria cubiertos) y el pago de tarifas por ciertas ventajas hoteleras y otras formas diversas.

Esos procedimientos para el control del gasto se están planteando también en algunos servicios públicos, y a sus efectos se hace una referencia más amplia en el capítulo sexto. En todo caso, lo que se pretende en este apartado es llamar la atención sobre que los mismos son característicos de manera general de las formas privadas de organización de los servicios sanitarios.

d. Planificación

El concepto de planificación está abierto a criterios e interpretaciones diferentes, de mayor o menor extensión. Pineault (4, pag 12 y sig) describe al menos cuatro formas de planificación, según el nivel o extensión del proceso, la perspectiva institucional o poblacional, el sistema racional o pragmático utilizado o, incluso, el contexto sociopolítico en el que se produce su ejercicio.

Sin entrar en esas distinciones, sobre las que no es posible extenderse aquí, las funciones de planificación guardan una posible relación de tensión con las de financiación, que se acaban de describir, en los procesos de *devolución*.

Así como no es habitual que la financiación se descentralice por completo, esa situación sí se puede dar en el caso de la planificación. En general, como se comenta más adelante, las entidades políticas que asumen responsabilidades sanitarias en los procesos de devolución tienden a tener capacidad de definir su propia perspectiva de futuro, es decir, a planificar éste.

El problema que se plantea es el grado de equivalencia entre la capacidad de planificación asumida y el de financiación para hacerla frente. Sobre esta cuestión se hacen algunas consideraciones más adelante.

En los procesos de *desconcentración* es posible una descentralización de responsabilidades en planificación, pero de bajo nivel. Por otra parte, en estos casos no se plantea ningún conflicto, porque la responsabilidad cedida es siempre subordinada y, de plantearse diferencias, éstas se resuelven con la superioridad, impuesta por una u otra vía, de los criterios centrales.

Cuando se dan procesos de *delegación* y *privatización*, no se produce descentralización de la planificación. Esa situación no plantea problemas en sentido negativo, pues las entidades públicas o privadas existentes en cada caso deben atenerse a los criterios de planificación establecidos desde organismos públicos. Por el contrario, pueden plantearse problemas en sentido positivo, pues esas entidades pueden no sentirse motivadas para llevar adelante proyectos o actuaciones considerados necesarios desde el ámbito público, y no es posible recurrir a mecanismos coactivos para cambiar esa actitud. En esos casos las vías de solución pueden pasar por dos cauces diferentes:

- Si ese tipo de entidades coexisten con servicios públicos, se encarga a éstos el proyecto o actuación correspondiente. Lo que supone, en todo caso, una situación que

debe ser tenida en cuenta no sólo para juzgar sobre la eficiencia de unos y otros servicios, sino sobre la financiación de éstos. Este es el tipo de situaciones que se plantea, por ejemplo, para la atención en zonas rurales menos pobladas o de nivel de renta más bajo.

- Otra posibilidad es recurrir a incentivos extraordinarios para promover la actuación de las entidades delegadas o privadas. Esos incentivos pueden ser de distinto carácter, económico, de garantía temporal, u otros, y es preciso valorar cuidadosamente sus efectos, no sólo económicos, sino también sobre la equidad de los servicios restantes.

e. Gestión de personal y compras

Las funciones de gestión, tanto del personal como de compras y otras de carácter administrativo, son de las que más habitualmente se descentralizan en cualquier clase de proceso descentralizador.

La ineficiencia y falta de agilidad de la gestión centralizada, a medida que crece cualquier clase de organismo, están en la misma base de sustentación de todos los procesos de descentralización.

A la vez, hay que ser conscientes de algunas posibles ventajas que pueden perderse en los procesos de descentralización, como es la desaparición de economías de escala, que pueden ofrecer ventajas frente a los proveedores sanitarios. Una parte de esas ventajas pueden tratar de recuperarse en los procesos de devolución por la vía de la coordinación. El grado de éxito en esos casos depende de la propia actitud de las entidades descentralizadas, y de su renuncia en algunos casos a utilizar peculiaridades y situaciones propias y diferenciadas en los procesos de negociación, lo que no siempre ocurre.

La coordinación puede imponerse en todo caso en los procesos de *desconcentración*. Por el contrario, su existencia no es viable normalmente ni en los procesos de *delegación* ni en los de *privatización*, donde se trata de acentuar al máximo las ventajas de una gestión más individual y directa. Un ejemplo de ello lo constituye la contratación bajo las nuevas modalidades de organización de la compra de servicios en el NHS inglés: como se indicó en el capítulo segundo, además de existir diversas modalidades de contratos, "los intentos de fomentar la compra coordinada de servicios no parecen haber sido especialmente exitosos" (5).

En lo relativo al *personal*, salvo en los casos de *desconcentración*, en los que la responsabilidad descentralizada es limitada, la descentralización supone necesariamente la atribución de amplios márgenes de responsabilidad, que es completa para las *entidades delegadas y privadas*, y puede serlo también para los procesos de devolución.

Lo habitual en todos estos casos es que, como consecuencia, se produzca la separación del personal en grupos que tienden a ser diferentes y, sobre todo, independientes, con

lo que desaparecen algunas de las dificultades derivadas de la gestión de un personal de muy amplio número y con condiciones de monopolio en la provisión de los servicios cuando se trata de servicios públicos únicos.

La diferenciación secundaria a la descentralización efectuada puede tratar de contrarrestarse en beneficio propio por parte de las organizaciones representativas del personal. Puede darse mediante el mantenimiento de estatutos de carácter general, con condiciones generales de trabajo iguales, en los procesos de devolución, si antes de que éste tuviera lugar existían esa clase de condiciones. O bien mediante la negociación de condiciones sectoriales homogéneas a contratar con la entidad responsable de los servicios por parte de todos los proveedores (empresas públicas o privadas) de un mismo servicio o territorio, en los procesos de delegación o privatización.

En general, en cualquiera de esos dos casos la tendencia es a obtener la homologación con las condiciones más ventajosas en comparación con otros servicios similares.

Es interesante resaltar que esas tendencias a la homologación y al uso de una presión colectiva común para la obtención de esas condiciones pueden tener una perspectiva de futuro diferente en uno y otro caso:

- En los procesos de *devolución*, la propia naturaleza de éstos tiende a resaltar las peculiaridades propias del territorio en el que se produce la descentralización. Y, como se trata de procesos normalmente de carácter más amplio que la pura descentralización sanitaria, esas peculiaridades pueden ser de carácter cultural, lingüístico, u otro, ajenos al sanitario.

La tendencia en ese caso suele ser hacia la acentuación de esas peculiaridades, por lo que las tendencias a la igualación del personal con el de otros territorios tiene esos límites, que son difíciles de sobrepasar y tienden a mantenerse e incluso ampliarse.

- En los procesos de *delegación* y *privatización*, la actitud de las entidades descentralizadas puede ser la contraria.

Normalmente este tipo de procesos se dan en el contexto de la separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios. De ellas, como se ha indicado antes, las entidades descentralizadas se hacen responsables de la provisión pero no así de la financiación (salvo algunos de los mecanismos descritos en el caso de la privatización).

Resistir presiones salariales para la homologación con otras entidades semejantes, si las entidades descentralizadas no son responsables de la financiación, puede derivar con cierta facilidad en la transmisión de esas demandas al organismo central responsable de aquélla, situándose al margen del conflicto. La capacidad de presión del personal del conjunto de esas entidades es proporcional a la "cantidad" de servicio descentralizado bajo esas formas. En el capítulo anterior se ha hecho referencia a algunos conflictos de este carácter en el ámbito español.

f. Control del gasto

El grado de descentralización en los sistemas de control del gasto están también en relación con las formas de descentralización adoptadas.

No hay descentralización de esta función si se trata de formas de *desconcentración*, pues, en último término, el órgano central es el responsable del gasto de la totalidad de la organización sanitaria correspondiente. Desde el punto de vista del control legal del gasto, lo normal es que existan niveles de desconcentración semejantes y paralelos a los establecidos para las restantes funciones desconcentradas.

En los procesos de *devolución*, por el contrario, así como en los funcionales de *delegación* y *privatización*, los grados de descentralización del control del gasto son amplios, aunque permanecen unos niveles centrales de control general. Estos, sin embargo, son de naturaleza diferente en unos y otros tipos de procesos:

- Si se trata de los casos de la delegación y la privatización, son las propias entidades descentralizadas las que se hacen cargo de su propio control interno del gasto (aunque, como se ha descrito para diferentes tipos de entidades en el caso español, pueden establecerse distintos grados de control público de entidades delegadas).

Bajo la fórmula de la separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios, el control público del gasto por parte del organismo financiador se realiza a través de las fórmulas acordadas para establecer el presupuesto global y la financiación de las entidades o centros correspondientes. En el capítulo segundo se han citado distintos campos de regulación y control en estos casos, con especial referencia a las entidades que actúan como proveedoras de servicios.

El problema surge si en la gestión de los centros surgen déficits y es preciso delimitar quién se hace cargo de ellos. Las condiciones peculiares de monopolio en la provisión en ciertas zonas, o las dificultades que pueden derivarse para los servicios públicos si decae la provisión por parte de centros o entidades concretas como consecuencia de los déficits generados, hacen que, con frecuencia, los propios servicios sanitarios públicos se hagan cargo de esos déficits de manera implícita (acuerdos para elevar los precios de los servicios deficitarios), o explícita (mediante créditos u otras fórmulas).

Esas condiciones peculiares de necesidad de los servicios sanitarios suponen así, en la práctica, una dificultad añadida para introducir elementos reales de mercado en estos servicios.

Por otra parte, desde un punto de vista legal, las entidades delegadas o privadas se encuentran sometidas a las mismas clases de controles contables que cualquier otra entidad de la misma naturaleza regida por el derecho privado.

- En los procesos de devolución, puesto que se trata de la descentralización a entidades de naturaleza pública, los procedimientos de control legal son los característicos del ámbito público.

Pero, además, se plantea si debe existir alguna clase de control por parte del organismo central. Las variantes en este caso están en relación con el sistema de financiación establecido: cuanto mayor sea la participación de la entidad descentralizada para financiar los servicios sanitarios con recursos propios, menor grado de control del gasto existirá a nivel centralizado.

Pero aún si se trata de una financiación recibida desde el ámbito central pueden existir variantes, que se describen en el capítulo sexto, sobre financiación. En general debe considerarse que cuanto más automático sea el mecanismo de financiación (entendiendo por automático el que la distribución se haga con criterios más objetivos), si se da a la vez el grado de responsabilización política que supone cualquier proceso de devolución, la tendencia natural es a no dar cuentas del gasto propio, en cuanto que el mismo se considera la expresión de la responsabilidad política asumida.

La posibilidad de llevar a cabo alguna clase de control central del gasto descentralizado resulta, por eso, que está en relación directa con el establecimiento de alguna clase de condicionamiento a la totalidad, o lo que es más habitual, a una parte específica de la financiación que los servicios descentralizados reciben desde los centrales. Esas partidas específicas pueden ser las dedicadas a inversiones para nuevas infraestructuras, para el desarrollo de programas específicos, para financiación o investigación, u otras, cuyos libramientos pueden condicionarse al suministro de cierto número de datos acordados sobre el gasto descentralizado.

Aún así, lo que se logra por esa vía no es otra cosa que el suministro de información. En tanto ésta sea pública, sin embargo, en cuanto que apunta a la responsabilidad política de la administración que incurre en el gasto, constituye un elemento esencial de control.

g. Control de centros y servicios

Finalmente, cabe hacer mención de las funciones de descentralización relativas a las diversas formas de control de centros y servicios (autorización para la construcción e instalación, control de calidad, acreditación, etc).

Sólo en los procesos de *devolución* se produce una descentralización de esas funciones, lo que, en ese caso, puede llegar a la responsabilidad plena. Lo más habitual, sin embargo, es que, como lo que se indicaba en lo relativo al desarrollo reglamentario, existan en el ámbito general de un país condiciones mínimas establecidas y que, en ese marco general, las Administraciones descentralizadas complementen y concreten esas condiciones generales para su ámbito específico.

En los procesos del carácter citado, la distribución de competencias hace que, normalmente, la verificación del cumplimiento de las condiciones establecidas, sean éstas generales o específicas de un ámbito territorial concreto, se realice por las Administraciones descentralizadas. Es también una situación habitual que el ejercicio de esas funciones por

parte de la administración descentralizada correspondiente tenga validez general (no es necesario, por ejemplo, seguir dos procedimientos de autorización de un centro o servicio, uno para formar parte de un Servicio regional y otra para integrarse en una red general, sino que un solo procedimiento, normalmente local, sirve a los dos efectos).

En los procesos de *delegación* y *privatización* no tiene por qué producirse una descentralización de estas funciones. Sin embargo, si esta clase de procesos funcionales coinciden con otros de carácter geográfico del tipo de devolución, lo normal es que la descentralización se produzca en el sentido geográfico correspondiente.

Por otra parte, en esta clase de procesos se plantean, a su vez, otra tipo de cuestiones. Se trata de la necesidad de desarrollar normativas específicas para establecer condiciones y requisitos a los centros y servicios de funcionamiento autónomo, pues, como se ha indicado en el capítulo segundo, las reformas de este carácter introducidas en los servicios sanitarios no suponen la desaparición de cualquier clase de regulación de aquéllos, sino tan sólo una modificación de sus formas.

Del desarrollo de esas normas, a su vez, debe derivarse su aplicación, para lo que puede ser preciso promover la contribución de cuerpos o grupos específicos en el ámbito de los servicios públicos, a los que se dote de autoridad para llevar a cabo la inspección y el control; aunque en otros casos, sobre todo en países de sociedad civil más desarrollada, en los que es paralelo el desarrollo profesional, esas funciones se encomiendan a entidades profesionales voluntarias, que basan su actuación y la confianza pública depositada en ellos, en el propio prestigio de su actividad. Un ejemplo de estos grupos profesionales que ha adquirido un desarrollo especial, el cual está sirviendo de modelo de desarrollo en otros países, es la Joint Commission on the Accreditation of Hospitals americana (6).

Por su parte, la eficacia de esos controles plantea otra clase de problemas, relacionados con el propio ejercicio de la función de control. Si se producen consecuencias nocivas para la salud de algún ciudadano por el uso de los servicios sanitarios, uno de los elementos que suelen valorarse por los tribunales en las demandas que pueden interponerse es si el funcionamiento de los servicios afectados ha sido controlado, en el ámbito de sus responsabilidades, por la administración sanitaria correspondiente. La ausencia de controles, o el desarrollo inadecuado de éstos, puede provocar la derivación de las responsabilidades al órgano sanitario público responsable de esos controles.

2. Funciones descentralizadas según los niveles de descentralización

Al introducir el capítulo anterior se hizo mención de los modelos planificados de servicios sanitarios, una de cuyas características era la descripción de las funciones a realizar por los distintos niveles de autoridad sanitaria.

En aquel caso se citaban las funciones sanitarias en sus niveles más amplios (atención primaria, especializada, etc), que pueden, a su vez, descomponerse en muy diversas funciones.

El interés de ese tipo de descripciones es relativo, por cuanto que pueden existir tantas excepciones a funciones concretas como países de organización descentralizada existen. Pero, de la misma forma que cabe subrayar las excepciones, resulta igualmente de interés el que existen unos patrones generales de distribución de las funciones, que son los que se describen aquí.

Siguiendo esos patrones generales más comunes, la distribución de funciones suele ser la siguiente (7, pag 155 y sig):

a. Ministerio de Sanidad o equivalente:

- Formula políticas sanitarias generales, incluidas las que se refieren a actividades intersectoriales y el establecimiento de prioridades nacionales.
- Elabora planes generales de salud y pautas generales de planificación, más de nivel regional que de nivel local, aunque puede establecer cifras o indicadores orientativos también para este último nivel.
- Establece criterios de reparto de recursos y promueve el acuerdo en torno a ellos.
- Realiza funciones generales de evaluación de la eficacia y eficiencia de los servicios de salud regionales y, en conjunto, del Sistema Nacional de Salud.
- Asesora técnicamente (o facilita el asesoramiento) a programas concretos de interés especial.
- Lleva a cabo la autorización para la fabricación y el registro de medicamentos y otros productos sanitarios.
- Establece condiciones generales de formación del personal sanitario y define las titulaciones que precisa el sistema sanitario así como las necesidades de personal de cada categoría.
- Coordina y controla la investigación desarrollada en el ámbito sanitario en el conjunto del país de que se trate.
- Mantiene la relación con las organizaciones internacionales y los organismos de cooperación.

Se puede llamar la atención sobre el hecho de que en la asignación de recursos financieros, por el contrario, no es generalizable la participación por parte del Ministerio de Sanidad ni tampoco el grado de esa participación o la forma de ésta, incluso en los casos de financiación fundamentalmente centralizada. Esta cuestión, a la que se hace referencia más amplia en el capítulo correspondiente a la financiación, es un motivo de tensión (por otra parte no peculiar de los servicios sanitarios) respecto a las áreas económicas de los gobiernos respectivos, que suelen considerar los servicios sanitarios exclusivamente como un área de gasto, además no controlado y difícil de controlar. Por eso es frecuente que aquéllas tiendan a inmiscuirse en la gestión económica de los servicios sanitarios, muchas veces sin conocimientos específicos para ello y promoviendo otras ineficiencias de esos servicios.

b. Autoridades regionales o equivalentes:

- Llevan a cabo la planificación a nivel regional, en el marco de los criterios generales que puede establecer el Ministerio de Sanidad, pero complementándolo con los criterios propios más concretos.
- Coordinan y desarrollan las políticas y programas de salud a nivel regional.
- Llevan a cabo la contratación y gestión del personal al mismo nivel regional.
- Elaboran los presupuestos regionales y realizan su control.
- Aprueban y financian los proyectos de inversión.
- Supervisan y controlan el funcionamiento de los equipos de salud de niveles más bajos.
- Pueden establecer vías complementarias de financiación de los servicios sanitarios.

c. Autoridades locales (con sus peculiaridades si se trata de distritos, que incluyen el funcionamiento de un hospital general):

- Se responsabilizan de la higiene del medio, incluidos los abastecimientos de aguas y su salubridad, y la evacuación y eliminación de residuos.
- Llevan a cabo el control sanitario de establecimientos, alimentos y otros productos.
- Participan en los consejos de salud o de centros del nivel correspondiente.
- Realizan campañas de prevención (vacunaciones y otras) de enfermedades transmisibles y zoonosis, por iniciativa propia o en colaboración con los servicios asistenciales.

Este tipo de funciones puede ampliarse con otras complementarias de actuación más directa en la provisión de determinados servicios, en especial en el ámbito de países con menor grado de desarrollo.

Señalando estas funciones más características no se pretende entrar en un análisis más concreto de cada una de ellas al nivel correspondiente, puesto que eso se hace más ampliamente en diferentes apartados. La repetición de esos patrones generales sirve, sin embargo, para subrayar que existen unas ciertas pautas comunes de responsabilidades y funciones a los niveles descritos.

3. Análisis particular de algunas funciones

En este apartado se trata de llamar la atención sobre algunos de los problemas más importantes relacionados con las funciones y materias a descentralizar. Son cuestiones a las que, en algunos casos, se ha hecho referencia ya en algunos de los apartados anteriores pero que, en todo caso, se resaltan y amplían ahora.

Para abordar esos problemas y cuestiones se presentan tres proposiciones, que se comentan a continuación. Esas proposiciones son las siguientes:

a. La mayor responsabilidad política demanda mayor competencia en planificación

Se trata de una proposición que no parece, en principio, muy discutible. Tener poder político supone no sólo responder a los problemas del presente, sino ser capaz de condicionar el futuro. Trasladado al ámbito sanitario, la expresión es la capacidad de promover medidas para prevenir y resolver los problemas de salud, y también determinar los recursos de distinto tipo que van a utilizarse para ello. Ambas cuestiones, sin embargo, plantean distintos tipos de problemas:

(1) Planificación de salud

Por parte de los responsables políticos con esas capacidades, sean del nivel que sean, no suelen plantearse problemas en cuanto al diseño de planes y estrategias para afrontar los problemas de salud, en tanto esas actuaciones se mantengan dentro de los límites de lo sanitario.

Otra cuestión diferente es si el abordar un problema de salud exige la adopción de medidas de otros ámbitos, en los que se mueven intereses distintos a los sanitarios. En ese caso, la adopción de planes y estrategias supone compromisos entre las distintas áreas, al nivel del gobierno correspondiente.

Este último tipo de planteamiento está en la raíz de los denominados "planes de salud" o "estrategias de salud" promovidos en diferentes países. La utilización de las técnicas habituales de planificación, con la determinación de objetivos, plazos y medios, ha sido puesta en cuestión por algunos autores, que recomiendan la utilización de orientaciones generales más flexibles (8).

La regla general que se ha indicado antes se cumple también en todo caso: en tanto las estrategias y las actuaciones se mantienen en el ámbito sanitario, no suelen producirse conflictos importantes entre autoridades de niveles diferentes, si es que confluyen de alguna forma en la adopción de esas medidas.

Lo mismo suele ocurrir con la determinación de los problemas de salud que dan origen al diseño de esos planes y actuaciones. Las estadísticas de morbilidad y mortalidad, o la comunicación de los casos de enfermedades transmisibles, figuran entre los sistemas de información que suelen diseñarse y establecerse más precozmente en los diferentes países a medida que se alcanzan unos ciertos niveles de desarrollo.

En los casos de países más avanzados, que cuentan con sistemas de ese tipo ya consolidados, el diseño de nuevos sistemas de vigilancia epidemiológica o de seguimiento estadístico de las enfermedades crónicas más importantes puede encontrar dificultades técnicas o de colaboración profesional entre personal procedente de distintas áreas, asistenciales y de salud pública; pero el argumento del conflicto entre administraciones diferentes, central y descentralizadas, o entre éstas últimas entre sí, care-

ce de fuerza ante el interés común por la salud. Nadie quiere aparecer como responsable del fracaso o la imposibilidad de obtener información sobre los problemas de salud o de promover medidas dirigidas directamente a afrontar éstos.

Los problemas surgen cuando las actuaciones para mejorar un problema sanitario corresponden a un ámbito distinto y las autoridades sanitarias y las de ese ámbito son de Administraciones diferentes, como consecuencia de procesos de descentralización heterogéneos en cada una de las áreas respectivas.

Para esos casos, la experiencia de órganos de cooperación, ya difíciles normalmente cuando se trata de órganos descentralizados del mismo nivel y dependientes de diferentes departamentos de una misma administración, es aún más difícil y escasa. En esas situaciones suele acentuarse la exigencia del cumplimiento de los requisitos legales para el desarrollo de determinados actuaciones (por ejemplo, en forma de informes o autorizaciones de la otra administración para poder desarrollar una actuación concreta). Las declaraciones de "impacto sanitario" que se han citado ya anteriormente, si llegan a implantarse, son otra expresión posible de esa forma de relación.

(2) Planificación de recursos

La planificación de los recursos, sean del tipo que sean, pero normalmente más aún la de los recursos asistenciales, es fuente habitual de problemas.

Si la capacidad de planificar esa clase de recursos se descentraliza, la autoridad correspondiente, especialmente si no tiene la responsabilidad financiera (lo que se comenta luego), tiende a "tirar por elevación", y a entrar en la comparación con los niveles descentralizados semejantes, estableciendo como objetivo la consecución de los niveles de dotación más altos.

El establecimiento de niveles indicativos para los distintos servicios por parte de un órgano central es la vía de solución más habitual (que puede utilizarse también, con las adaptaciones correspondientes, para la planificación de objetivos de salud). El problema, sin embargo, es la capacidad legal para imponer los niveles o, en ausencia de ella, la forma de lograr el acuerdo con las entidades descentralizadas para que se sigan esos criterios. La elaboración consensuada de los mismos o la aprobación por órganos comunes entre entidad central y las descentralizadas es el vehículo más eficaz, pero no siempre es posible utilizar esas vías.

Por otra parte, si no hay alguna clase de vía de control económico que condiciona partidas económicas específicas o generales al seguimiento de los criterios generales de planificación, es preciso poner siempre un punto de duda sobre la eficacia real de la fijación de esos indicadores orientativos.

b. Equivalencia entre las capacidades de planificación y financiación

Si falta esa equivalencia se produce lo que, en términos coloquiales, se describe como "disparar con pólvora del rey", es decir, la tendencia a gastar sin tener en cuenta lo que

cuesta porque es otro el que debe afrontar ese gasto (lo que es una versión colectiva del "riesgo moral" (*moral hazard*) descrito por los economistas).

Ese problema se ha planteado, además de en España, como luego se describe, en otros países descentralizados, como Alemania (aunque éste es, conforme a la definición más estricta apuntada antes, un país federal, con un sistema de "federalismo de ejecución"): allí, los estados federados tienen la competencia para la planificación hospitalaria, cada uno de ellos en su territorio respectivo; por su parte, el Estado federal es competente para la regulación de la solvencia económica de los hospitales y las cuotas por los cuidados hospitalarios. Esa distribución de competencias ha dado lugar a tensiones entre éste y aquéllos (9, pag 138).

El problema es distinto al que se acaba de comentar en el apartado anterior. No se trata sólo de controlar la posibilidad de adoptar una decisión de inversión condicionando la recepción de unos u otros recursos económicos al seguimiento de determinados criterios generales. Lo que ocurre con frecuencia con los recursos sanitarios es que lo más barato es la inversión inicial, y lo más costoso el mantenimiento: se describe, por ejemplo, en el caso de los hospitales que el gasto de construcción de uno de ellos es equivalente, de manera simplificada, al gasto anual de mantenimiento; lo mismo, o parecido, ocurre con otras inversiones. En esas condiciones, para algunas administraciones descentralizadas puede ser rentable, en unos u otros términos, abordar la construcción de un centro, y ponerlo a disposición de otra entidad no dependiente de ellas mismas para que se enfrente a su mantenimiento y gestión. La rentabilidad pública de la medida inicial puede poner contra las cuerdas a la entidad gestora correspondiente, que puede tener grandes dificultades para justificar ante la opinión pública una actitud negativa.

Una salida posible a esos conflictos es hacer recaer sobre la misma administración o entidad los efectos económicos de sus decisiones o, como se indica en la proposición inicial, establecer niveles equivalentes de planificación y financiación. Esa solución pasa por la descentralización de aquella de las dos competencias que no estuviera descentralizada, normalmente la financiación, a la entidad de nivel inferior; la solución contraria (la "devolución" a una entidad de nivel superior de una competencia descentralizada ya) no es normalmente viable: los procesos de descentralización, en especial los de contenido político, pueden ser difíciles, si no imposibles, de revertir.

La primera clase de soluciones (la extensión de la descentralización a la competencia que no lo estuviera) no es tampoco siempre posible, por lo menos en plazos de tiempo determinados. La alternativa a esa vía no es otra que la del diálogo permanente y la cooperación entre las administraciones responsables de cada una de esas competencias.

c. La salud pública y el control sanitario son menos descentralizables que la gestión de los servicios asistenciales

Las razones para sustentar este criterio tienen relación, en primer lugar, con la distribución territorial de los efectos de las decisiones en una y otra materia.

Así, sea cual sea el sistema de organización de los servicios sanitarios, lo habitual es que la población acuda a los servicios asistenciales más próximos a su lugar de residencia. De esa forma, resulta relativamente sencillo distribuir la responsabilidad de la asistencia por grupos de población, con independencia de la forma de atribución de responsabilidad (planificación; contratación; incluso capacidad de atracción en un mercado competitivo) que se utilice para ello.

Por otra parte, también la atención de personas fuera del ámbito territorial "propio" no plantea problemas fundamentales de organización; incluso desplazamientos estacionales masivos, a los que tan acostumbrados estamos en España y en otros países turísticos, pueden preverse y adoptar soluciones excepcionales para esas épocas. Las posibles repercusiones económicas de esas variaciones pueden compensarse a través de sistemas más o menos complejos, pero que no deberían plantear otros problemas que los de unos sistemas de información adecuados y una vía acordada de facturación entre partes (aunque, a veces, el acuerdo sobre esas cuestiones no sea sencillo de conseguir).

Esos problemas, en todo caso, son de rango muy diferente a los que se presentan en el ámbito de la salud pública y el control sanitario (de alimentos, de aguas, de distintos tipos de enfermedades transmisibles, etc.). La difusión de los problemas que pueden surgir como consecuencia de una actuación deficiente en sus ámbitos es paralela a la circulación de los medios y productos objeto de esos controles. Y esta última supera habitualmente los límites de territorios menores a la totalidad de cualquier Estado (de hecho, al hablar de los elementos constituyentes de un Estado, algunos autores añaden la unidad de mercado como uno más entre ellos).

Es muy posible que el lugar de consumo de cualquier producto esté muy distante del de producción; o que los efectos de la contaminación de unas aguas se produzcan lejos de donde tuvo lugar aquélla.

Otro elemento añadido es que, con frecuencia, los Estados deben garantizar la calidad y salubridad de sus productos, y de la salud de las personas y otros seres vivos, frente a otros Estados. Y deben hacerlo para el conjunto del territorio. Para ello, parece razonable que la responsabilidad para responder de esas cuestiones vaya pareja a la capacidad de adoptar medidas que logren la consecución de esos niveles de garantía.

Por último, la actuación en las materias que se están analizando supone frecuentemente el enfrentamiento con intereses de algunos sectores que puedan ser causantes de problemas de salud, entre los que se encuentran en grandes grupos industriales o de producción (industrias químicas, de alimentación, incluso de los servicios, u otras). Las repercusiones locales de la actividad en esas industrias para el empleo en determinadas zonas puede ser importante, y constituye un elemento más a tener en cuenta. En esas condiciones, fragmentar la autoridad sanitaria que debe adoptar medidas, hacerla más próxima a los lugares en que se hacen patentes otros intereses, disminuir su tamaño y, por tanto, su capacidad política y de gestión (incluso la posibilidad de disponer de una plantilla de técnicos suficiente), todo lo cual puede producirse como consecuencia de los procesos de descentralización de esas materias, parece una vía poco adecuada para facilitar la actuación y el éxito de las actuaciones sanitarias correspondientes.

A las lógicas descritas, sin embargo, hay que contraponer la económica.

Lo habitual es que la repercusión económica inmediata de los costes asistenciales sea muy elevada. Además el control del ritmo de crecimiento del gasto sanitario dentro del control del gasto público es un objetivo común de todas las políticas macroeconómicas; por ello las autoridades responsables de estas últimas, normalmente a nivel estatal, tienden a tener cerca la capacidad de controlar el crecimiento y a desconfiar de controles descentralizados.

Por el contrario, la repercusión inmediata y aparente de las actividades de salud pública es escasa. Y más difíciles de precisar, por la posible dispersión, los efectos a niveles más amplios. Sólo fallos en los sistemas de actuación en este campo, cuando dan lugar a problemas de un cierto volumen o de repercusión en los medios de comunicación, suelen hacer caer en la cuenta, normalmente a destiempo y con efectos dudosos sobre la solución estable de esos problemas, de las consecuencias de los déficits de gestión en ese área.

La resultante de las dos lógicas contrapuestas descritas varía según los países, y tiene que ver con las razones, las formas y hasta los tiempos que adoptan los procesos de descentralización.

4. Descentralización de funciones en el proceso español

En el capítulo segundo se caracterizó ya el proceso de descentralización "principal" en España como uno de los denominados de "devolución". Un repaso sucinto al cuadro en el que se contrastan funciones descentralizadas y formas de descentralización puede servir para hacerse una idea global de las funciones descentralizadas, y del grado de profundidad con que lo han sido en cada caso.

a. Capacidad legislativa y desarrollo reglamentario

No caben comentarios mucho más amplios a los realizados en los apartados generales a la descentralización de estas funciones a las Comunidades Autónomas (CC.AA.)

A su vez, en el capítulo octavo relativo a las formas de coordinación, se hace referencia al dictado por la Administración General del Estado de normas denominadas "básicas" (no necesariamente leyes, sino que puedan ser también de rango inferior), que suponen la delimitación de unos contenidos y orientaciones fundamentales en las materias a las que se refieren esas normas, que deben ser seguidas de manera obligada por las Comunidades Autónomas, y por cualquier otra autoridad de rango inferior, tanto en sus propias regulaciones como en sus actuaciones.

Sin necesidad de recurrir a la delimitación "básica" citada, es interesante constatar también que, a la vista de la producción normativa de las CC.AA., otro de los elementos de aproximación que se dan en la realidad es el seguimiento por otras CC.AA. de las líneas marcadas por una o varias de ellas mediante normas sobre ciertas materias.

En capítulos posteriores se hace referencia, por ejemplo, al seguimiento del modelo establecido por Cataluña para la organización de sus servicios sanitarios por parte de diversas Comunidades Autónomas, que han dictado normas para la organización de sus propios servicios después de aquella. Pero los ejemplos pueden multiplicarse si se analizan otras cuestiones muy diversas (así, por ejemplo, la regulación de la participación en los servicios de salud autonómicos por las diferentes Administraciones, que contiene semejanzas sustanciales entre unas y otras (10); o la integración de centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Corporaciones Locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (11), a cuyas pautas se ha hecho referencia en el capítulo anterior).

Esa forma de actuación parece lógica: quienes tienen capacidad de dictar normas se mueven en límites finitos; las posibilidades de solución de problemas sanitarios son limitadas, y forma parte de lo normal que, a la búsqueda de modelos de solución, recurran a las experiencias más próximas, que no son otras que las adoptadas por otras autoridades semejantes del mismo nivel y del mismo país.

Por otra parte, la forma de actuación descrita tiene, además, efectos beneficiosos si se pretende evitar una dispersión excesiva de los servicios.

Pero plantea también algunos problemas potenciales: como consecuencia de "copiar" modelos, pueden adoptarse soluciones que no corresponden a las peculiaridades propias de un territorio concreto, aunque sí sean adecuadas para otros. A este problema se hace referencia en el capítulo décimo.

b. Planificación

La planificación sanitaria, tanto en lo relativo a actuaciones sobre la salud de la población, como la de los recursos sanitarios, se ha transferido a cada una de las 17 Comunidades Autónomas españolas, lo que puede considerarse inevitable en uno u otro grado, dada la naturaleza política de éstas.

El desarrollo de líneas generales de planificación, ha tenido un desarrollo exiguo, y el establecimiento de cifras indicativas para los recursos hospitalarios o de nivel más complejo no se ha sometido a debate con las Comunidades Autónomas.

Estas, por su parte, y salvo casos excepcionales, han tendido más a un uso concreto de su competencia en planificación para el desarrollo de centros sanitarios determinados, de especial interés político para el gobierno autónomo de turno, que al desarrollo de planes generales más amplios. Numerosos casos concretos con nombre propio en diferentes CC.AA. (Arriondas en Asturias; Manacor en Baleares; Cieza en Murcia; Calahorra en La Rioja, entre ellos) pueden ser citados por cualquier observador atento del sistema sanitario español de los últimos años como ejemplos de las tensiones producidas por razones de interés local en situaciones en las que no hay equivalencia entre la responsabilidad planificadora (de las Comunidades Autónomas) y la de financiación de los servicios, que sigue correspondiendo en esos casos al INSALUD.

En cuanto al desarrollo de Planes de Salud, que resultaba obligado legalmente, además de una cuestión de interés para las administraciones respectivas, ha dado lugar a algunos de los problemas que se apuntaban en los apartados generales y, en concreto, a la inclusión en los mismos de objetivos asistenciales (sobre todo creación de nuevas estructuras y centros concretos). Otras valoraciones más amplias se realizan en la segunda parte de este libro, aunque cabe también señalar aquí que la efectividad de la inclusión de medidas de otros ámbitos no sanitarios en los planes de salud autonómicos, como se ha apuntado, ha resultado de escasa efectividad real.

c. Financiación

La financiación de los servicios de salud es motivo de otro de los capítulos, el sexto, por lo que se hacen allí consideraciones más amplias. Cabe señalar, en todo caso, que la financiación más importante desde el punto de vista cuantitativo, la de los servicios asistenciales, tiene lugar fundamentalmente con cargo a impuestos generales, y que las CC.AA. no tienen previstas hasta ahora fuentes de financiación adicionales, aunque en algunos casos hayan hecho aportaciones concretas para financiar sus déficits.

A los efectos que estamos analizando aquí, conviene resaltar también que existen dos vías de financiación sanitaria descentralizada diferentes, una relativa a los servicios generales de "sanidad e higiene", y otra a los de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de mucho mayor volumen que los primeros.

Estos últimos, por razones competenciales que se explican más adelante, sólo se encuentran descentralizados a 7 de las 17 Comunidades Autónomas.

En las diez restantes se da la falta de equivalencia entre las funciones de planificación, que tienen todas las CC.AA. como se ha explicado, y las de financiación (entendida no en sentido recaudatorio, sino también de presupuestación). Para no incurrir en repeticiones, los problemas que derivan de esta situación son los ya indicados, y parecen una consecuencia del predominio de las razones económicas sobre las lógicas sanitarias (tratar de evitar en lo posible la descentralización de lo que más gasta, aunque, por su propia naturaleza, la gestión de los servicios asistenciales parezca más descentralizable).

d. Control del gasto

Con independencia del control legal que todas las Comunidades Autónomas deben rendir al Tribunal de Cuentas, en el proceso de descentralización español no ha habido mecanismos de control del gasto de las Comunidades Autónomas por parte del Gobierno Central, al menos desde los ámbitos sanitarios.

Una de las causas de esa situación tiene que ver con el sistema de financiación establecido. Como se explica en el capítulo correspondiente, las Comunidades Autónomas que tienen competencias en asistencia sanitaria han venido recibiendo la financiación para esos fines como proyección del presupuesto de la entidad gestora de esos servicios, el INSALUD, en su parte no descentralizada. Incluso las ampliaciones de crédito y las liquidaciones de cierre lo han venido

siendo como proyección de lo que recibía el INSALUD no transferido, y con independencia del gasto real de los servicios sanitarios propios de cada una de las Comunidades Autónomas dotadas de ellos.

Pero la falta de control ha tenido que ver también con la ausencia de desarrollo de un sistema de información por el Ministerio de Sanidad hasta épocas muy recientes sobre esas cuestiones, sistema que no se encuentra todavía consolidado.

Otro elemento de interés es que la financiación autonómica para los servicios asistenciales no tiene prevista ninguna partida de financiación condicionada al cumplimiento de ningún requisito, por lo que siquiera la remisión de información carece de incentivos para ello.

Esa ausencia de condicionamiento afecta también a los servicios de salud pública financiados por una vía distinta. Y ni siquiera las subvenciones libradas por el Ministerio de Sanidad a lo largo de los años para programas concretos, quizás por la gran diversidad y falta de continuidad de muchos de ellos, así como por su cuantía limitada y decreciente, han sido objeto de un seguimiento adecuado.

La introducción de formas de delegación y privatización en algunos servicios de salud de distintas CC.AA. ha hecho más complejo aún el seguimiento del gasto sanitario de esos servicios, y la valoración de esas experiencias concretas; lo que resulta especialmente negativo en un momento en que el debate sobre los diferentes modelos sanitarios posibles precisa, entre otros datos importante, una información correcta sobre la eficiencia de éstos.

e. Gestión de personal

Las funciones de gestión del personal, junto con las de compras y gestión administrativa, son de las más descentralizadas y con mayor grado de profundidad, en cualquiera de las formas de los procesos de descentralización.

Eso ha ocurrido también en España.

Desde el punto de vista de la gestión del personal, todas las CC.AA. que han recibido las competencias con mayor o menor grado de amplitud, han asumido esa gestión y adoptado las medidas que, para su personal propio, han considerado más adecuadas.

Junto con esa valoración es preciso reconocer que la actividad homogeneizadora por parte de la Administración General del Estado y del Consejo Interterritorial no ha alcanzado los niveles de coordinación que se han podido producir en otras funciones o materias concretas. Dos normas que pretendían llevar a cabo esa coordinación, un denominado Estatuto Marco, previsto en la Ley General de Sanidad, y una Ley cuyos proyectos llamaban "de Ordenación de las Profesiones Sanitarias", no han llegado a desarrollarse. No importa tanto aquí referirse al contenido de tales normas, y al acuerdo o diferencias que podían suscitar, como constatar que, transcurrido un amplio período de tiempo desde la asunción de competencias sanitarias por las Comunidades Autónomas, éstas han ido adoptando medidas para la gestión de sus propios servicios. Y que, en ausencia de marcos generales, las medidas han sido cada vez más diversas, lo que, según

se analiza posteriormente en el capítulo octavo, hace cada vez más difícil la promulgación de normas "marco".

En ausencia de esa clase de normas de aplicabilidad general, sí se han regulado con tal condición algunos aspectos concretos, aunque de aplicación a colectivos limitados. Así, por ejemplo, las formas de provisión de puestos de trabajo en los sistemas de asistencia sanitaria de la Seguridad Social (cuya red sanitaria, transferida o no, sigue siendo la más importante), lo que tuvo lugar mediante una norma con rango de Real Decreto en 1991 (el Real Decreto 118/91). Sin embargo, no todos los aspectos de esa misma norma tienen carácter "básico", de seguimiento obligatorio, y distintas cuestiones están abiertas a las opciones que adopten las CC.AA. que, de hecho, han utilizado su capacidad, y promovido soluciones distintas. Las diferencias concretas establecidas por diferentes CC.AA., e incluso la posibilidad de introducir esas diferencias, han sido ratificadas por diferentes Tribunales, hasta el Tribunal Constitucional.

A su vez, la mezcla del proceso de devolución fundamental que ha tenido lugar en España, junto con otros procesos de delegación y privatización, ha provocado una amplia dispersión real de las condiciones del personal sanitario que, como conjunto, participa en los servicios sanitarios españoles. Las diferencias van desde situaciones donde la totalidad del personal ha pasado a tener la condición de funcionario, como ha ocurrido en Navarra, hasta otros casos en los que el personal está sometido a regímenes de contratación laboral de diferentes características. En medio, sin embargo, la mayoría del personal, que pertenece a los servicios sanitarios de la Seguridad Social, mantiene una condición peculiar sometida a un estatuto propio, cuyas características lo sitúan en una posición intermedia entre el personal funcionario y el laboral, con buena parte de las ventajas de cada uno de esos regímenes y, en consecuencia, importantes resistencias para decantarse hacia alguna de las dos condiciones descritas.

Ninguna de las CC.AA. que han recibido competencia para la gestión de esos servicios ha promovido reformas generales de esa condición, aunque una Comunidad Autónoma, Cataluña, ha iniciado algunos procesos de diversificación de la misma a grupos de personal concretos. Esos procesos consisten en general en la constitución de empresas públicas para la gestión de algunos servicios determinados (en la mayoría de los casos relacionados con servicios diagnósticos de alta tecnología), que se segregan de la estructura general de los servicios asistenciales, y establecen con éstos una relación independiente, facturando por los servicios que prestan a las instituciones sanitarias que utilizan sus medios.

En esos casos lo habitual viene siendo la oferta de incorporación a esas nuevas formas de relación contractual al personal "estatutario" de los propios centros sanitarios a los que luego prestan servicios. Las condiciones para incentivar esa incorporación suelen pasar por la posibilidad de incrementar las retribuciones (a cambio, se supone, de mayor actividad, para agilizar la provisión de los servicios), así como unas condiciones ventajosas para mantener derechos al menos durante varios períodos anuales sobre las plazas de carácter "estatutario" que desempeñaba, e incluso la posibilidad de recuperar esa condición "estatutaria" si las nuevas modalidades de relación no les resultan satisfactorias.

Esas nuevas formas de vinculación del personal, pese a los incentivos, no parece que puedan resultar generalizables al conjunto del personal de diferentes categorías (más de 200.000 personas en total) que forma parte de los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

Cuantos intentos se han producido, desde la época de la elaboración de la Ley General de Sanidad de 1986, para intentar una definición más precisa del régimen del personal, en general en el sentido de convertirlo netamente en laboral, han tenido la oposición expresa de las representaciones sindicales, en especial de los sindicatos médicos y de enfermería y, ante la oposición surgida, se han desechado. Salvo en el caso navarro, ya citado, ningún gobierno autonómico ha promovido iniciativas generales de ese tipo.

En los lugares, como Cataluña, donde se ha producido la coincidencia de un número importante de instituciones no propias de la Seguridad Social, pero que se incorporan a la prestación de los servicios sanitarios generales mediante fórmulas de convenio o concierto, se han producido por primera vez en el último año conflictos de personal para lograr la homologación entre sí del personal de diferentes centros, y del conjunto de éstos con el que los servicios sanitarios de la Seguridad Social. El mismo tipo de demandas se ha producido en el Servicio Balear de Salud, que, con naturaleza de ente público sometido al derecho privado, gestiona dos centros sanitarios ajenos a la Seguridad Social, pero concertados con ésta.

Otras demandas de homologación son las que se han producido entre personal de la misma categoría de diferentes Servicios de Salud de distintas CC.AA. sometidos al mismo estatuto. Como se describe más adelante, tras la transferencia de la responsabilidad de la gestión de esos servicios, se han puesto en evidencia diferencias retributivas medias notables entre personal similar de los distintos servicios transferidos (en la actualidad hay siete, además del INSALUD no transferido).

La confirmación por los tribunales de la legalidad de las diferencias existentes no basta para ocultar las dificultades reales de llevar a cabo políticas de personal distintas cuando el personal procede de unos servicios comunes.

La comparación con otros servicios similares es la primera referencia en todos los casos, y alcanzar los niveles retributivos del servicio que los tenga más altos, la aspiración común de los trabajadores de todos los servicios.

La facilidad con la que se equiparan, e incluso se suman las reivindicaciones salariales, aunque sean legalmente inviables, contrasta con la relativa pasividad de los servicios de salud para promover respuestas coordinadas, que tengan en cuenta las repercusiones cruzadas entre los servicios respectivos por las decisiones que se toman en cada uno de ellos. Sólo en el conflicto que tuvo lugar a mediados de 1995, que afectó al personal médico de buena parte de los servicios de salud (de hecho afectó a los servicios gallego, valenciano, andaluz, canario, y al propio INSALUD) se inició un intercambio de información y una cierta coordinación de las decisiones, que parece razonable que se incrementasen en el futuro.

f. Gestión de compras

En cuanto a las políticas de gestión de compras, y otras de carácter administrativo, descentralizadas con la amplitud y profundidad ya descritas, teóricamente siempre se ha tenido en cuenta en España el interés que podía existir para aprovechar el relativo "monopolio de demanda" que suponen el conjunto de los Servicios de Salud frente a proveedores de distintos sectores, farmacéuticos y de tecnologías sanitarias.

La representación de éstos en España forma parte de industrias transnacionales, que tienden cada vez a concentrarse más y a utilizar diversos mecanismos (reparto del mercado por sectores, especialización, y otros) para incrementar las ventajas de los monopolios de oferta.

No es ocioso recordar aquí que la innovación tecnológica se reconoce en estos momentos por la mayoría de los autores y organismos que evalúan la evolución del gasto sanitario como el factor fundamental del crecimiento de éste, por encima del envejecimiento de la población, y del incremento de la demanda de servicios sanitarios paralelo al aumento del nivel de vida de las poblaciones (12, pag 13-21).

Por su parte, en el ámbito de un mismo país, la introducción de novedades tecnológicas cuenta con el factor favorecedor que supone la comparación entre territorios: la instalación de cualquier innovación diagnóstica o la aplicación de un nuevo tratamiento en un lugar concreto provoca la demanda de instalaciones y aplicaciones semejantes en el resto de los territorios.

El mecanismo funciona desde el ámbito privado hacia el público, lo que es bien conocido por los sectores industriales. Podrían ponerse numerosos ejemplos de cómo el primer paso para la introducción de una nueva tecnología en España pasa por su adquisición por una empresa privada sanitaria, seguida de una amplia publicidad sobre sus efectos beneficiosos; poco después surge la oferta de aprovechamiento de esa técnica en régimen de concierto por la Seguridad Social; la fase final consiste en la adquisición de los nuevos aparatos por el sector sanitario público, en cantidades que permiten mantener los conciertos con los servicios privados ya establecidos.

El mismo tipo de mecanismos funcionan entre los servicios públicos, de manera que lo que se usa en un servicio de salud tiende a ser utilizado en los restantes.

Tanto la Ley General de Sanidad como el Reglamento del Consejo Interterritorial previeron esa situación, promoviendo de manera expresa como respuesta la coordinación de las actividades de compra entre los diferentes servicios de salud entre las funciones del propio Consejo Interterritorial (puede verse en este sentido el capítulo octavo).

La aplicación práctica de ese principio, sin embargo, ha sido relativamente escasa. La evaluación tecnológica, que, como se describe más adelante, es una de las tareas que deben afrontarse en el futuro con mayor intensidad y coordinación, ha sido objeto hasta ahora de diferentes iniciativas individuales sin el suficiente grado de coordinación (Cataluña y el País Vasco constituyeron sus propias agencias antes de que finalmente en 1995 se creara en el Instituto de Salud Carlos III una agencia "estatal", con rango de Subdirección General del propio Instituto, después de otros intentos de constituir la misma bajo otras fórmulas)

En cuanto a la política de compras concreta se pueden contar con los dedos de la mano las actuaciones coordinadas. Una de ellas, que puede servir como ejemplo, es el procedimiento centralizado para adquisición de vacunas. En este caso, establecidas unas condiciones generales con el acuerdo de las Comunidades Autónomas, se promueve un sistema común de compra, al que pueden adherirse todas las Comunidades Autónomas que lo desean.

El ejemplo citado, sin embargo, sirve para poner de relieve algunos de los problemas que pueden presentarse si se intenta una coordinación en estas materias: los retrasos en el procedi-

miento y la falta de agilidad en su tramitación están provocando la no adhesión de diversas Comunidades Autónomas, que aceleran la gestión mediante su actuación directa.

Por otra parte, el mismo ejemplo es expresivo de que la valoración de la repercusión económica global no es lo que prima al coordinar estas políticas: de entre las cuestiones que podrí­an coordinarse, las vacunas tienen un valor económico muy limitado. Las justificaciones que han determinado la puesta en marcha de este procedimiento tiene, por el contrario, importantes razones sanitarias, como evitar el desabastecimiento de determinadas CC.AA. de ciertas vacunas, que se derivaba de la falta de previsión de las demandas por parte de los laboratorios fabricantes.

El contraste entre las posiciones de las industrias, que tienden a reforzar su poder mediante procesos de fusión y concentración, y la dispersión de los Servicios de Salud en estas materias debería ser un potente estímulo para promover la coordinación más intensa en estas áreas.

g. Salud pública y control sanitario

Siguiendo el análisis por materias, en España se han descentralizado por completo las responsabilidades en salud pública y control sanitario (todas las Comunidades Autónomas han recibido esa competencia), mientras que, por el contrario, se han puesto límites a la descentralización de la gestión de los servicios asistenciales (sólo los han recibido hasta ahora siete de las diecisiete autonomías constituidas).

Tal situación, como se ha descrito y por razones que no es preciso repetir, parece contraria a la lógica sanitaria, aunque puede ser coherente con criterios económicos de carácter inmediato.

Si el resultado ha sido ése, cabe aventurar que a la hora de prefigurar la distribución de competencias, lo que tuvo lugar en la propia Constitución, como se indica en el capítulo siguiente, predominaron de forma consciente o no los valores económicos inmediatos sobre las lógicas sanitarias. O, desde otro punto de vista, es una confirmación de que la descentralización española, también la sanitaria, se guió por otras razones fundamentales de carácter político más amplio.

Constatar tal orden de prioridad resulta importante ahora, porque quizás la dinámica ahora debe ser la inversa: la solución constitucional al problema de la distribución territorial del poder, aunque no esté cerrada, se ha demostrado estable, al menos como la más estable de la historia española (13, pag 37). Por el contrario, la cohesión del conjunto de la sociedad española precisa, de una parte, de la demostración de la eficacia del funcionamiento de los poderes del estado y, de otra, del mantenimiento y mejora de los elementos que forman parte del llamado estado del bienestar, entre los que la sanidad es una parte importante. Sería, quizás, el momento de que, lo mismo que los servicios sanitarios se han "puesto al servicio" del estado autonómico en otro momento, reforzando éste, o proporcionando elementos de identificación administrativa a las comunidades autónomas, éstas contribuyan ahora, como objetivo prioritario, a reforzar los elementos citados del Estado, entre otros los servicios sanitarios, más que a demostrar su propia capacidad, especificidad y poder a través de éstos.

Tal deseo, lejos de constituir una llamada retórica, tiene expresiones concretas, tanto en el ámbito de la coordinación en materia de salud pública, como en la financiación y gestión de los servicios sanitarios asistenciales, que se comentan en capítulos posteriores.

Entre tanto se produce esa coordinación con mayores grados de profundidad, los problemas que se vienen planteando son los que se han citado en los apartados generales de este capítulo, en especial los relacionados con la salud pública y el control sanitario, tanto en el ámbito interno español como en las relaciones comerciales con la Unión Europea.

h. Funciones y niveles de responsabilidad en España

En cuanto a las funciones atribuidas a los distintos niveles de responsabilidad, tanto al Ministerio de Sanidad como a las Comunidades Autónomas y las autoridades locales en el proceso de descentralización español, en el capítulo siguiente se hace una descripción más pormenorizada de la distribución hecha, poniéndola en relación con los instrumentos a través de los que se ha llevado a cabo ésta (leyes y otras normas). Cabe señalar aquí, en todo caso, que, a grandes rasgos, la distribución de funciones realizada por niveles se corresponde con la que se ha descrito con carácter general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Descentralización de los sistemas de salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.) Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1990.
2. Algunas notas sobre la igualación competencial. López Guerra, Luis. Documentación Administrativa 232-233; 121-134; Octubre 1992-Marzo 1993.
3. Algunas reflexiones sobre el poder público administrativo, como sistema, en el Estado autonómico: una contribución al debate sobre la llamada Administración única. Parejo Alfonso, L. Documentación Administrativa 232-233; 271-322; Octubre 1992-Marzo 1993.
4. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Pineault, R.; Daveluy, C. ed. española Masson, S.A. y Salud y Gestión. Barcelona. 1987.
5. Contracting in the NHS quasi-market. Raftery, J.; Robinson, R.; Mulligan, J.A.; Forrest, S. Health Economics 5; 353-362; 1996.
6. Hospital Accreditation. Soo Shin, Y. World Hospitals 35(1); 22-28; 1995.
7. Lecciones aprendidas con la experiencia. Vaughan, J.P. parte 3 en Descentralización de los sistemas de salud... Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.). (op. citada).
8. Los servicios sanitarios y los planes de salud. Durán, A. Revisiones en Salud Pública 4; ...-...; 1994.
9. La coordinación sanitaria en la República Federal de Alemania. Schipkoweit, H. en Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1989.
10. La participación democrática en el Sistema Nacional de Salud. Barnuevo Hervás, R.; Sánchez García, I.; Suárez Barrio, B. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1994. (mimeo).
11. La integración de centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Corporaciones Locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Barnuevo Hervás, R.; Sánchez García, I. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Diciembre 1995. (mimeo).
12. Nouvelles orientations dans la politique de santé. Études de politique de santé n° 7. OCDE. Paris. 1995.

13. Ejercicio del derecho a la autonomía; configuración del Estado autonómico; elementos de homogeneidad y diferenciación. Peña Díez, J.F. en El funcionamiento del Estado autonómico. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. 1996.
14. Crisis y descomposición de la política. Recalde, J.R. Alianza Universidad. Madrid. 1995.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS DE DESCENTRALIZACIÓN

Disecar un procedimiento de descentralización analizando sus distintos aspectos y componentes, como venimos haciendo a lo largo de estos capítulos, supone inevitablemente incurrir en algunos casos en reiteraciones. Esos aspectos diversos están entrelazados entre sí, y algunos de ellos son determinantes para establecer cómo se producen otros.

De entre los aspectos que hemos tocado hasta aquí, las razones por las que tienen lugar los procesos de descentralización son las determinantes últimas de todos los restantes aspectos de cada proceso. Sin embargo, desde un punto de vista más inmediato, son las formas de descentralización las que tienen consecuencias más directas sobre las maneras de ocurrir otros aspectos del proceso.

En este caso de los procedimientos de descentralización se analizan en primer lugar las distintas clases de procedimientos en relación con las formas de descentralización. Más adelante se estudian algunas características de los procesos que tienen que ver con los procedimientos, en concreto la reversibilidad de dichos procesos y la posibilidad de delimitar campos definidos de actuación para las entidades descentralizadas. El capítulo se cierra con un análisis de los procedimientos de descentralización que se han utilizado en el caso español.

1. Procedimientos de descentralización en relación con las formas

Al describir las distintas formas de descentralización se han caracterizado cuatro tipos muy definidos. Sin perjuicio de que en la realidad unos y otros tipos puedan mezclarse, se trata de subrayar que, siendo en todo caso procesos en los que se produce una distribución del poder desde un órgano centralizado a otros de carácter descentralizado, son de naturaleza diferente.

Los procedimientos por los que se lleva a cabo la atribución de capacidades concretas ("competencias") a los órganos descentralizados son igualmente diversos en cada una de las formas (cuadro V.1):

a. Desconcentración

Los vehículos de distribución de capacidades son normas del propio órgano central, que define los límites en los que pueden moverse las autoridades descentralizadas.

b. Devolución

Como se ha repetido en distintas ocasiones, consisten en la atribución de responsabilidades más amplias y profundas a entidades de naturaleza política previamente constituidas.

Por su propia naturaleza, y con el fin de preservar la capacidad de decisión y el grado de autonomía que se les quiera atribuir a esas entidades, la definición de sus poderes y

Cuadro V.1. *Procedimientos de descentralización según formas*

Forma	Procedimiento
DESCONCENTRACIÓN	Normas centrales
DEVOLUCIÓN	Normas constitucionales o similares
DELEGACIÓN	Reglamentos específicos
PRIVATIZACIÓN	Contratos (dentro de marco reglamentario)

competencias, incluso en terrenos tan concretos como los sanitarios, suelen reflejarse en normas de rango más alto, desde la Constitución del país correspondiente a los estatutos de constitución de las entidades respectivas.

Esa forma de atribución de "competencias" (incluso aunque sean, como veremos más adelante, compartidas con otros poderes del Estado) es una manera de expresar el carácter no subordinado de las propias entidades. Y un reflejo de la importancia que para el propio país como tal tiene la organización descentralizada de sus poderes, que es sustancial a la misma existencia del primero.

Los aspectos sectoriales resultan secundarios respecto al proceso de descentralización de carácter general, por lo que, si se produce una mayor precisión de la distribución de competencias en un sector concreto, como puede ser el sanitario, mediante norma específica, los términos de ésta deben encontrarse dentro de los límites establecidos por las normas, constitucionales o estatutarias, de más alto rango.

c. Delegación

No tienen un carácter tan profundo, sino que se limitan a promover formas concretas de organización y funcionamiento de determinados servicios, e incluso para grupos delimitados de población.

Las normas que regulan esos procesos guardan, en consecuencia, un grado de paralelismo con la profundidad de aquéllos. Se trata, por tanto, habitualmente de normas de rango reglamentario, adoptadas por un área concreta del gobierno que lleva a cabo el proceso de descentralización correspondiente.

d. Privatización

Lo característico de estos procesos es que normalmente son necesarios dos procedimientos distintos.

Mediante el primero de ellos, que suele ser una norma de carácter reglamentario, se abre la posibilidad de que determinadas funciones (en nuestro caso de prestación de los servicios públicos sanitarios) se realicen a través de organismos o entidades privadas.

El segundo paso, dentro del marco y las formas establecidas por esa norma de carácter general, consiste en el acuerdo mediante contrato o forma similar, para que determinada o determinadas entidades privadas lleven a cabo la función encomendada.

2. Reversibilidad de los procesos de descentralización en relación con los procedimientos utilizados

Las formas de organización de los servicios sanitarios, incluyendo en ellas si éstos se prestan de forma descentralizada, son, al fin y al cabo, instrumentos para la consecución de los fines de los propios servicios, es decir, la contribución precisa por parte de éstos para promover mejores niveles de salud de la población. Que las razones ajenas al sector sanitario sean las predominantes en el proceso de descentralización no hace que los servicios sanitarios pierdan su finalidad específica.

Sin embargo, una vez puestos en marcha procesos de descentralización, éstos adquieren cierto carácter de autonomía propia, que puede impedir o dificultar el que se desande el camino andado, incluso aunque la organización descentralizada adoptada presente dificultades para la consecución de los fines de los servicios.

Algunos de los impedimentos o dificultades para volver atrás en el proceso de descentralización adoptado tienen que ver con los procedimientos por los que éste ha tenido lugar, con independencia de otras razones generales que pueden tener los mismos efectos. Esas cuestiones específicas de los procedimientos se analizan a continuación (cuadro V.2).

Cuadro V.2: Reversibilidad de los procesos de descentralización

Tipo de Proceso	Grado de dificultad de reversión del proceso	Razones de grado de dificultad
DESCONCENTRACIÓN	+ -	<ul style="list-style-type: none"> - Organización jerarquizada - Normas de descentralizadoras, de carácter organizativo y rango menor
DEVOLUCIÓN	++++	<ul style="list-style-type: none"> - Descentralización de carácter político - Normas de descentralización, de alto rango - Necesidad de acuerdo centro-entidades descentralizadas para modificación
DELEGACIÓN	+++	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de privilegio de colectivos diferenciados - Ventajas funcionales teóricas de descentralización
PRIVATIZACIÓN	+++	<ul style="list-style-type: none"> - Ventajas funcionales teóricas de descentralización - Dificultades de entrada y salida de mercados sanitarios - Tendencia a contratos de larga duración - Dificultad añadida si condiciones de monopolio local

a. Desconcentración

En estos procesos es más sencillo dar marcha atrás, también desde un punto de vista procedimental.

Como se ha indicado, las normas mediante las que se descentralizan competencias suelen ser de rango menor y emanadas del órgano central, que encomienda ciertas funciones a los órganos descentralizados.

Cualquier organización tiene inercias que tienden a oponerse a la modificación de sus estructuras y procedimientos. Sin embargo, puesto que el poder fundamental en la organización se mantiene sin descentralizar, en estos casos resulta más sencillo doblegar esas resistencias si se considera adecuado y es más posible revertir el proceso.

Por otra parte este tipo de procesos, además de suponer una menor descentralización por materias o funciones, suele obedecer a razones internas de la organización, por lo que las interferencias externas, si se producen, son de menor rango y capacidad de presión.

b. Devolución

Presentan el reverso de lo indicado en el caso anterior.

Para explicar las diferencias entre una y otra clase de procesos nos vamos a centrar en aquellas situaciones en que la "devolución" se produce a entidades de carácter regional o similar, que son las que más habitualmente son sujetos de este tipo de procesos.

Diversos autores asemejan los resultados de estos procesos a esos niveles de descentralización, que determinan lo que se han denominado Estados "regionales" o "autónomos", a los Estados federales:

- Las garantías de los niveles de autogobierno en los Estados federales se consideran más sólidas, con dos expresiones concretas:
 - En los Estados federales la reforma de la Constitución del país correspondiente requiere un concurso de los Estados miembros de la Federación más amplio que la eventual participación de las regiones o comunidades autónomas en esa reforma.
 - Mientras que en los Estados federales los estados miembros tienen una autonomía constitucional solamente limitada por el respeto a la Constitución federal, los estatutos de autonomía en los Estados regionales o autonómicos requieren la aprobación por el legislativo del Estado central.
- Los Estados regionales o autonómicos no precisan necesariamente la generalización en el disfrute de la autonomía regional, e incluso se pueden diferenciar los grados de autonomía (de competencias distribuidas a las entidades regionales o autonómicas) de los distintos territorios del Estado.

- Es diferente y más amplio el grado de participación de los estados federados en la formación de la voluntad del Estado, que el que suelen desempeñar las entidades regionales o autonómicas en sus Estados correspondientes. Esta participación suele vehicularse en los Estados federales a través de una cámara específica, especializada en ser la voz de los estados miembros en los Estados federales.

La descripción más amplia de esas diferencias excede a lo que se está debatiendo aquí, pero se ha considerado de interés esa referencia, que permite una mejor perspectiva de unos y otros sistemas. En todo caso, a los efectos que nos ocupan, con el apoyo de la primera de las diferencias expresadas, es posible subrayar que en los Estados "regionales" o "autonómicos" la modificación de la distribución de competencias entre Estado central y entidades descentralizadas es un proceso complejo, que suele precisar la modificación constitucional y de los Estatutos de autonomía correspondientes, en los que se basa habitualmente el régimen de distribución de competencias, como se ha indicado en el apartado primero de este capítulo. Y que esa modificación necesita normalmente de la decisión y el acuerdo de órganos ejecutivos y legislativos de nivel central y autonómico.

Modificar las decisiones de descentralización en estos casos supone ante todo cambiar el acuerdo de distribución de poder político que sustenta la Constitución del país correspondiente en muchos casos. Pero además, por esa misma razón, presenta importantes dificultades procedimentales, que son el vehículo para hacer esos procesos raramente reversibles, salvo modificación política general sustancial.

c. Delegación

Las dificultades para volver atrás en estos procesos, por el contrario, tienen mucho menos que ver con los procedimientos utilizados para llevar a cabo esa clase de procesos de descentralización.

Como se ha indicado en el capítulo correspondiente, los procesos de delegación suponen la adopción de formas de gestión propias del derecho privado en el ámbito de los servicios públicos, con el fin de agilizar y mejorar éstos.

Como consecuencia, las razones de irreversibilidad en estos casos suelen estar más en relación con la sensación subjetiva de privilegio que supone para sus beneficiarios el disponer de esas formas de gestión más ágiles (y, en su caso, de ciertas prestaciones diversas), que con los problemas formales que normalmente supone modificar una norma de rango inferior.

La misma sensación de privilegio se deduce del ámbito, muchas veces restringido a determinados grupos, con que se adoptan esas formas de descentralización, cuya generalización suele encontrar otra clase de problemas ya comentados.

La mera existencia de esas formas de gestión, sobre todo si coexisten con otras fórmulas menos ágiles en el ámbito de los servicios generales, se constituye en elemento de

referencia para los colectivos sometidos a estas últimas. La tendencia, por la fuerza de pre-juicios muchas veces no demostrados (la existencia de esas formas de descentralización es frecuente que no se acompañe de una valoración adecuada de su eficacia, eficiencia y calidad y mucho menos de las dificultades para su generalización), es más bien a convertirse en modelo y aspiración para los colectivos que no disponen de ella, que a poner en cuestión su existencia.

d. Privatización

Para referirnos a la posibilidad de revertir este tipo de procesos, lo vamos a hacer sólo a la segunda fase de las señaladas en estos casos en el apartado anterior, es decir, a la formalización de acuerdos y contratos para la provisión por entidades concretas, en el marco de normas generales más amplias que hacen posibles esos procesos.

Respecto a la primera fase procedimental, las consideraciones podrían ser muy similares a la de los casos de devolución: la dificultad de dictar las normas precisas para deshacer el proceso no se debe normalmente al rango de éstas, sino, más bien, al grado de "popularidad" de que gozan este tipo de reformas, tanto por un contexto actual especialmente favorable a ellas, como por los problemas que tratan de resolver, a los que se aludió en el capítulo segundo.

Pero, si nos limitamos a los acuerdos y contratos con entidades específicas, lo primero que es preciso resaltar son las características propias de los mercados sanitarios (2). Entre ellas, además de otras ya descritas, se incluye la dificultad de entrada y salida de los mercados sanitarios como una de las que también alejan a éstos de ser "mercados perfectos".

La decisión de intervenir en la organización y provisión de los servicios sanitarios exige de entrada inversiones y compromisos importantes para disponer de los medios personales y materiales que permitan participar en ese mercado.

También la salida es compleja, pues no es fácil el uso alternativo de los recursos, y el traspaso de medios a otros proveedores tiene también como límite la restricción real del número de éstos.

Como consecuencia de esa situación, una tendencia general en cualquier clase de contratos de privatización en la organización y provisión de los servicios sanitarios públicos es a establecer plazos prolongados para los mismos, con garantías de precios durante los períodos acordados. La realidad confirma estos análisis: la tendencia espontánea a los contratos de larga duración se ha citado ya antes que forma parte de las tendencias marcadas por los nuevos contratos entre compradores y proveedores de servicios en el Reino Unido (3).

Para algunas modalidades especiales de privatización, en concreto las que promueven adjudicar la gestión de la actividad de determinados centros sanitarios a empresas previamente encargadas de su construcción y dotación, se han comentado ya en el capítulo segundo como un problema específico las dificultades para la reversión de ese tipo

de contratos, en especial si el centro correspondiente se encuentra en condiciones de cuasi-monopolio en la zona en que se ubique, así como la tendencia a establecer contratos a muy largo plazo (4).

Todo lo descrito es expresivo de que las dificultades de la reversibilidad de procesos de descentralización del tipo de la privatización no son de índole formal y legal sino que, sobre todo, derivan de las propias características de los contratos establecidos en cada caso.

3. Delimitación del ámbito de actuación de las entidades descentralizadas

Lo que se pretende analizar en este caso es la posibilidad de definir ámbitos propios de actuación de cada una de las entidades descentralizadas, y también de la que se descentraliza, que suele conservar ámbitos y capacidades propias, en los procesos de descentralización.

Una situación en la que cada administración o entidad sabe lo que puede hacer sin interferencias de otras se ha considerado ideal y una fuente de "seguridad jurídica".

En la práctica, lograr una situación así se ha señalado como el objetivo a conseguir en muchos casos. Tomando palabras de la Organización Mundial de la Salud (5, pag 9):

"En casi todos los sistemas es de una importancia crítica que haya una clara y explícita definición y distribución de las responsabilidades de gestión y de las funciones a cualquier nivel".

Las posibilidades de lograr definiciones "claras y explícitas" varía de unas formas de descentralización a otras y, sean cuales sean los instrumentos utilizados para llevar a cabo esas definiciones en cada caso, resultan mucho menos claras, o tienen interferencias de uno u otro tipo, cuando se aplican a la realidad.

A continuación se analizan esas cuestiones, con arreglo a la forma de descentralización adoptada. Además, se hace referencia también a los procedimientos previstos en cada caso para resolver los conflictos teóricos o prácticos que pueden surgir en el ejercicio de las competencias respectivas entre diferentes Administraciones y entidades.

a. Desconcentración

No presentan normalmente problemas en el aspecto que analizamos.

La relación entre la entidad central y las descentralizadas que pueden constituirse es de subordinación, por lo que cualquier conflicto se resuelve mediante la apelación a la autoridad, que se impone con sentido jerárquico, desde los niveles más altos.

Esa situación, por otra parte, permite a la vez responsabilizar a la autoridad competente en cada caso de las decisiones adoptadas y facilita una vía de solución de los problemas, si hay decisiones contradictorias, a través del cese del responsable inferior.

b. Delegación y privatización

Tampoco presentan problemas de delimitación de competencias en la relación habitual.

Como se ha indicado en el capítulo anterior al hablar de las funciones y materias a descentralizar, las entidades descentralizadas en estos casos limitan fundamentalmente su ejercicio al ámbito de la gestión de los servicios, sea en su vertiente de personal o en la de los medios y recursos.

Si bien los problemas no afectan a la definición teórica, sí que pueden presentarse en la práctica, en especial en lo que se refiere a los recursos: se ha puesto ya de relieve antes la importancia que tiene la innovación tecnológica en el incremento del gasto sanitario, del que constituye el factor porcentual más elevado, según las valoraciones más actuales. Se ha hecho referencia allí también a la facilidad de que gozan las entidades sometidas al derecho privado para introducir nuevas tecnologías, en especial si el cargo de dichas innovaciones corre a cuenta de los sistemas de financiación pública.

Ese tipo de actuaciones, si se producen, interfiere con los mecanismos de planificación, que en todos los sistemas siguen siendo competencia del sector público.

Los procedimientos para evitar esas situaciones pasan por el reforzamiento de las funciones de autorización y acreditación por parte del sector público, lo que precisa del desarrollo de normas concretas y la aplicación de éstas.

Otro mecanismo complementario es la definición de las prestaciones incluidas en el ámbito de los servicios públicos. Pero este último tipo de procedimientos, siendo necesario, resulta más limitado en sus posibilidades en la práctica, pues, como se ha señalado antes, la vía de introducción de nuevas tecnologías y procedimientos pasa con frecuencia en la realidad por su introducción inicial en el ámbito privado y la difusión de su conocimiento público, a partir del cual se genera la demanda para su extensión a los servicios públicos sanitarios.

Esos problemas, a los que se enfrentan todos los países desarrollados, no resultan sencillos de resolver en la práctica. Los instrumentos con que pretenden controlarse, además de la definición de las prestaciones, ya señalada, son las Agencias de Evaluación Tecnológica, que funcionan ya con cierta tradición en algunos países (Canadá, los Estados Unidos, el Reino Unido, Holanda, Suecia, Australia y Nueva Zelanda, entre otros, cuentan con organismos del tipo de los citados (14-21)). La mejor prueba de las dificultades para controlar este campo, sin embargo, es el ritmo de crecimiento del gasto citado, que cabe poner en duda si se corresponde con las mejoras diagnósticas y terapéuticas obtenidas y, sobre todo, con las mejoras obtenidas en el nivel de salud de las poblaciones.

c. Devolución

Es aquí donde la cuestión de la existencia de zonas de superposición de las competencias o de su ejercicio presenta mayores problemas.

La idea de establecer zonas de competencia propia nítidas y sin interferencias pudo tener cierto grado de verosimilitud en fases en las que el Estado tenía todavía un ámbito de intervención limitado en los distintos sectores de la vida, la economía y los servicios de un país. Sin embargo, a medida que esa situación se transforma, y se potencia la intervención de la actividad pública en las relaciones económicas y sociales, incluidas los servicios públicos, resulta cada vez más difícil, cuando no imposible, pensar en actuaciones aisladas y no relacionadas entre poderes públicos. Más aún si consideramos ya no sólo materias aisladas, como pueden ser los servicios sanitarios, sino la interconexión entre diferentes sectores de actividad, que se condicionan unos a otros.

Esta situación da lugar a formas de expresión concretas en cuanto a los procedimientos a seguir para establecer la división de competencias entre distintas entidades, la central y las descentralizadas.

Si nos ceñimos al ámbito de la descentralización "regional", que es el que, como se ha señalado, tiene una proyección más interesante y real a los servicios sanitarios, la *definición de los niveles de competencias* (normalmente a través de la Constitución y/o los Estatutos de las entidades "regionales") puede seguir dos sistemas distintos (6, pag 77):

- Hay *sistemas "de doble lista"*, en los que, en normas del rango señalado, se recogen en una lista todas las materias sobre las que recae la competencia estatal, y en otra lista la relación de materias cuya competencia se reconoce a las entidades territoriales ("regionales") autónomas.
- Puede seguirse un *sistema "de lista única"*, cuyas posibilidades son dobles:
 - En normas del rango citado se recogen las materias que son competencia del Estado, atribuyéndose el resto de materias no recogidas en esa lista a los entes territoriales. Se trata de un mecanismo que se utiliza más habitualmente en los Estados Federales.
 - En la lista única, y en normas como las referidas, se hace relación de las materias propias de las entidades territoriales descentralizadas, atribuyendo al Estado todas las demás materias también mediante lo que se denomina "cláusula residual" (6, pag 80), término que resulta de aplicación, en sentido inverso, al caso anterior.

Este tipo de procedimientos es más habitual en Estados de tipo "regional", cuyo proceso constituyente es de sentido descentralizador, más que de Estados Federales en los que el proceso consiste más bien en la centralización de competencias acordadas.

De cualquiera de las formas en que se lleve a cabo la definición de competencias de unas otras entidades, el resultado final es que las competencias pueden ser de dos tipos:

- *Exclusivas*, si una sola entidad (o varias del mismo nivel, pero cada una en su territorio) las ejerce, con exclusión de todas las demás.

- *Compartidas*, si entidades territoriales diferentes y de distinto nivel las ejercen sobre una misma materia. La forma de compartir, o más bien de coincidir sobre una misma competencia puede ser también de dos clases:
 - En unos casos, el Estado se reserva la legislación, sea cual sea el rango de la norma, sobre determinada materia mientras que a las entidades "regionales" corresponden los actos de administración y gestión concretos sobre esa materia (esto es aplicable a diferentes funciones: el Estado puede reservarse la definición de criterios de planificación, por ejemplo, mientras que la entidad descentralizada define lugares de implantación de centros y servicios concretos). Es lo que se ha descrito en el capítulo anterior como característico del "federalismo de ejecución" alemán.
 - En otros casos el Estado fija sólo principios generales de obligada aplicación en todo su territorio, mientras que las entidades regionales realizan el desarrollo normativo y la ejecución correspondiente (en el ejemplo anterior, a criterios generales de planificación establecidos por el Estado se añaden otros propios para el territorio respectivo, y en ejecución de los resultantes se concreta la implantación en determinados lugares; pero pueden ponerse otros ejemplos de ámbitos funcionales diferentes).

Con arreglo a las consideraciones que se han hecho al principio de este apartado, en el caso de las competencias sanitarias lo habitual es que sean compartidas, y que, dependiendo del grado de responsabilidad política atribuida, las entidades descentralizadas tengan capacidad no sólo de ejecución, sino de desarrollo legislativo, sobre la base de definiciones generales estatales más amplias.

Ese grado de responsabilidad política, a su vez, tiene relación con la *forma de atribuir las competencias*, con arreglo a la cual se distinguen dos vías distintas:

- Hablamos de *competencias propias* cuando éstas se atribuyen directamente por las normas correspondientes a las entidades que las ejercen.
- Pero puede haber otra manera de ejercerlas: se trata de las *competencias "delegadas"*. En este caso son competencias atribuidas por las normas de mayor rango a determinada entidad (o nivel) territorial como propias, pero respecto de las que se prevé la posibilidad de su traspaso para el ejercicio concreto a una entidad de nivel inferior que, una vez que recibe el encargo, ejerce esa competencia de manera "delegada". Esta forma de ejercicio de la competencia se diferencia también normalmente de la propia por su reversibilidad: basta que la entidad que delega retire el encargo de la gestión para recuperar la competencia propia.

Cabe recordar finalmente la distinción introducida en el capítulo anterior (7), en el sentido de caracterizar como más propio de los sistemas federales, sobre todo de los llamados de "federalismo ejecutivo", una distribución de competencias basada en funciones, mientras que en los estados "regionales" ésta se hace por materias, o por una combinación de funciones y materias.

Con independencia de las clasificaciones descritas, que resultan de utilidad sobre todo para entender las relaciones entre las distintas entidades en un proceso de descentralización, merece la pena hacer referencia a los procedimientos previstos para la solución de los conflictos sobre competencias.

Dejando aparte el método de distribución utilizado (doble lista o lista única) es lógico que los conflictos se presenten de manera más frecuente en los casos de competencias compartidas, como es el caso más habitual en las sanitarias.

Y, como quiera que, según los patrones descritos en los procesos de devolución, su regulación tiene lugar mediante normas de rango constitucional o próximas a éste, lo habitual en estos casos es que la solución de esos conflictos tenga que resolverse por el Tribunal Constitucional del país correspondiente.

En todo caso, el recurso habitual a ese Tribunal, el de más alto rango en cada país, hace que la actividad de éste pueda dificultarse, y que, en consecuencia, deban buscarse otras formas de solución.

Lo que merece la pena destacar aquí es que el recurso constitucional ante el más alto Tribunal debe ser considerado un acto extraordinario y para casos excepcionales, pues si es precisa su actuación repetida, tal situación es expresiva de un mal funcionamiento del sistema correspondiente. O dicho en otras palabras, si se produce un proceso de descentralización de este tipo, uno de sus componentes esenciales es la cooperación entre el nivel central y los descentralizados, de manera que el planteamiento de problemas como el descrito, debe tener carácter excepcional.

La cooperación, por otra parte, es el complemento o la consecuencia de la "lealtad" para con el sistema constituido, que es una condición indispensable para el funcionamiento de cualquier sistema descentralizado (1, pag 161). Otros autores, por su parte, señalan que en la condición de la lealtad o fidelidad a un proyecto común estriba precisamente una de las dificultades más importantes para integrar en sistemas federales o similares a nacionalismos concretos de ámbito más limitado (8, pag 81).

4. Procedimientos de descentralización en España (Cuadro V.3)

En el capítulo segundo se ha caracterizado el proceso de descentralización que ha tenido lugar en España como un proceso de "devolución".

a. Normas del máximo nivel

En coherencia con esa descripción, la distribución de poderes y capacidades ("competencias") (6, pag 69 y sig) entre la Administración Central y las de las Comunidades Autónomas constituidas ha tenido lugar mediante *normas del máximo nivel*: tanto la Constitución Española de 1978, como los diferentes Estatutos de Autonomía, mediante los que a partir de esa fecha se constituyeron las 17 Comunidades Autónomas, que son

leyes del máximo nivel ("leyes organicas", con requisitos más rigurosos en cuanto a la elaboración y apoyo precisos para su aprobación), contienen previsiones respecto a la distribución de competencias en materia sanitaria.

Como se comenta más adelante, en la Constitución se hace una referencia de carácter general, que no se precisa mucho más en cuanto a contenidos de las funciones y materias propias de las Comunidades Autónomas en los Estatutos de Autonomía.

b. Sistema de doble lista

El *sistema de atribución de competencias* utilizado en la Constitución Española es de los denominados "*de doble lista*".

Así, el artículo 149 apartado 1 de la Constitución describe en sus diferentes apartados las competencias propias de la Administración General del Estado. De entre ellas, el apartado 16 se refiere a las competencias del Estado en materias sanitarias, que se citan más adelante.

Por su parte, el artículo 148, apartado 1, de la Constitución hace lo propio con las competencias de las Comunidades Autónomas (lo que hace no es atribuir competencias que deben ejercer de manera obligatoria, sino definir las áreas en que las CC.AA. pueden asumir competencias), y dentro de ellas reserva el apartado 21 a las que tienen estas Administraciones en materia sanitaria.

Sólo hay una competencia atribuida al Estado que no está contenida en los artículos de la Constitución, sino que figura en diferentes Estatutos de Autonomía y Decretos de transferencias. Esta competencia propia del Estado es la denominada "Alta Inspección", sobre la que se hacen precisiones más adelante, y que sólo existe en el ámbito de los servicios educativos, además de los sanitarios.

(El sistema de doble lista se utiliza también en el caso español en las normas que concretan las competencias generales contenidas en la Constitución, que se explican en el apartado i). De manera explícita se delimitan las competencias por niveles en el título II de la Ley General de Sanidad (arts. 38 a 43), aunque otras referencias a competencias específicas de unos u otros niveles se contienen en otros artículos de la misma Ley).

c. Predominio de competencias compartidas

Como ocurre habitualmente en el caso de las competencias sanitarias, los procedimientos de distribución de competencias en la norma constitucional española no definen competencias exclusivas en la mayoría de las materias sanitarias concretas, sino que éstas resultan compartidas, si bien con funciones distintas, por parte de la Administración Central y las de las Comunidades Autónomas. Hay también algunas materias concretas, sin embargo, las contenidas en el artículo 149.1.16 de la Constitución, en las que se hace una definición de competencias exclusivas, reservadas en ese caso a la Administración Central.

La forma de distribución más general exige en todo caso la cooperación entre ambos niveles de Administración, para lograr un funcionamiento adecuado de los distintos tipos de servicios sanitarios.

d. Distribución constitucional de competencias no cerrada

El artículo 150 de la Constitución Española prevé en su apartado segundo la posibilidad de que el Estado, mediante Ley orgánica, delegue en las Comunidades Autónomas facultades correspondientes a "materias de titularidad estatal que por su propia naturaleza sean susceptibles de transferencia o delegación".

Por su parte, el artículo 148.2 de la Constitución prevé la posibilidad de que las Comunidades Autónomas, transcurridos 5 años desde su constitución, y mediante la reforma de sus Estatutos, amplíen sucesivamente sus competencias "dentro del marco establecido en el artículo 149", que es el que define como límites las competencias exclusivas del Estado. (Este plazo no es preciso en el caso de determinadas CC.AA. cuyas características se determinan en el artículo 151 de la Constitución).

Esta posibilidad se ha utilizado en el año 1992 (9), incluyendo algunas materias sanitarias concretas (más precisamente, la ampliación de las competencias en materia de ejecución de la legislación de productos farmacéuticos a las Comunidades Autónomas que carecían de ellas). El proceso seguido en aquél caso fue una combinación de las dos fórmulas señaladas, de manera que el Estado dictó una ley orgánica (la Ley orgánica 9/1992, de 23 de diciembre) y, a su vez, las Comunidades Autónomas modificaron sus Estatutos de Autonomía, incluyendo las competencias delegadas.

Con esta última fórmula, consecuencia del llamado "pacto autonómico" entre los partidos políticos mayoritarios de implantación estatal, se trató de evitar la apariencia de predominio del Estado (si el método utilizado era la delegación de competencias) o de las Comunidades Autónomas afectadas (si se utilizaba la modificación de sus Estatutos).

e. Competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas

Las materias atribuidas a la competencia exclusiva del Estado en el artículo 149.1.16 de la Constitución son, como se ha indicado, de carácter general en unos casos (se atribuyen al Estado las "bases y coordinación general de la Sanidad") y más concreto en otros ("Sanidad Exterior" y "Legislación sobre productos farmacéuticos").

Por su parte, el artículo 148.1.21, que abre la posibilidad de asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas, tiene en el caso sanitario una forma de definición muy amplia e imprecisa, puesto que se refiere a la "Sanidad e Higiene".

La posibilidad de asumir esas competencias la atribuye la Constitución a la totalidad de las Comunidades Autónomas.

f. Términos amplios para definir contenidos de competencias

Los Estatutos de Autonomía repiten en general los mismos términos amplios ("Sanidad e Higiene" o "Sanidad Interior") para adscribir competencias a cada una de las Comunidades Autónomas respectivas. Aquí ya no se trata, sin embargo, de abrir la posibilidad de que esa Comunidad Autónoma asuma las competencias que se señalan, sino de precisar que las asume de hecho. (En algunos Estatutos de Autonomía se añade a esas competencias genéricas de manera expresa otra más concreta, la "coordinación hospitalaria, incluida la de la Seguridad Social", y, en otros casos, la ordenación farmacéutica).

Por otra parte, la fórmula utilizada, que determina las competencias de las Comunidades Autónomas en las materias sanitarias generales citadas, indica que la asunción de las competencias se produce "en el marco de las normas básicas del Estado" (recuérdese que las "bases de la Sanidad" son una competencia estatal conforme al artículo 149.1.16 de la Constitución). Se precisa además que a la Comunidad Autónoma en cada caso le corresponde en sus materias "el desarrollo legislativo y la ejecución".

g. Asunción de competencias, un paso más

Pero, aún definidas así las competencias de las Comunidades Autónomas (es decir, superado el primer paso en que la asunción de competencias en estas materias es una posibilidad, conforme al artículo 148 de la Constitución española), el ejercicio real de la competencia exige un paso más.

Ese paso se cumple con los llamados Decretos de transferencias, en el que se determinan de manera pormenorizada los medios materiales y personales que cada Comunidad Autónoma recibe para el desarrollo de esas funciones.

Es en esos Decretos (que son la elevación a rango de norma de los acuerdos previos alcanzados por ambas partes, central y autonómica, para la determinación de esos medios) donde suele hacerse una descripción más pormenorizada de las materias en las que se concretan las competencias generales sanitarias que asumen las Comunidades Autónomas.

Aunque la relación concreta en cada caso varía en algunos puntos de unas Comunidades Autónomas a otras, en el cuadro V.3 se ha hecho una relación de materias más definidas que constituyen los contenidos más comunes.

h. Interpretación del contenido de las competencias

Las diferencias de materias precisadas en cada caso dieron lugar a un problema de interpretación: se trataba de valorar si en aquellos casos en que una materia más concreta no figuraba en la relación correspondiente a una determinada Comunidad Autónoma, ésta era o no competente sobre esa función.

En el caso sanitario, esta cuestión se planteó respecto a algunas funciones concretas, como es el caso de la "ordenación farmacéutica". Los criterios jurisprudenciales y una

cierta lógica interpretativa han dado lugar a que se acepte comúnmente que no es precisa la consignación expresa de la competencia en todos los casos, si cabe entender subsumida esa competencia concreta en otra más amplia.

Así, por ejemplo, en el caso citado de la "ordenación farmacéutica", no es precisa modificación estatutaria alguna ni nuevos decretos de transferencias para considerar que todas las Comunidades Autónomas son competentes para llevarla a cabo en su territorio, dado que cabe entenderla incluida en el concepto más amplio de "sanidad" (10).

i. Competencias exclusivas del Estado (11)

- El contenido de las competencias sobre *Sanidad Exterior* ha sido precisado mediante una norma reglamentaria, el Real Decreto 1418/86, de 13 de junio, que se encuentra en vigor.

Se define que "son actividades de Sanidad Exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros".

- La concreción de la *legislación sobre productos farmacéuticos* está contenida fundamentalmente en la Ley del Medicamento, 25/1990, de 20 de diciembre.

Mediante la Ley 9/1992, citada antes, se amplió a la totalidad de las Comunidades Autónomas la competencia de ejecución de esa legislación, que ya tenían atribuida algunas de ellas en sus Estatutos de Autonomía.

Por otra parte, conforme a diferentes Sentencias del Tribunal Constitucional, esta competencia exclusiva se refiere sólo a la fase de producción de los medicamentos (incluye la autorización para la fabricación y el registro de éstos), y no a las de distribución y dispensación, cuya regulación y control corresponde a las Comunidades Autónomas, en el marco de las normas básicas del Estado.

- El concepto de *bases de la sanidad* es, a grandes rasgos, la capacidad atribuida al Estado para establecer criterios generales de organización y función de los servicios sanitarios, a los que deben atenerse las Comunidades Autónomas en su ordenamiento propio.

Con carácter general, las normas básicas deben ser de contenido suficientemente amplio y no pormenorizado, como para permitir que las Comunidades Autónomas puedan hacer desarrollos alternativos según su propio criterio y elección.

Por algunos autores se han calificado las normas básicas, que también son competencia del Estado en otras materias, como una especie de "mínimo común múltiplo" en cada caso.

Conforme a diversas Sentencias del Tribunal Constitucional, a las características citadas en cuanto a los contenidos, las normas básicas deben añadir algunos requisitos

formales (relativos al rango de la norma y la habilitación previa para su desarrollo en un texto de rango legal), que se analizan en el capítulo octavo.

- El concepto de *coordinación general* tiene también un contenido amplio, que la Constitución reserva al Estado en tres áreas concretas: la economía (apartado 13 del artículo 149.1 de la CE), la investigación científica y técnica (apartado 15 del mismo artículo) y la sanidad.

El alcance más preciso de esta competencia se reguló mediante un Real Decreto en el año 1981 (Real Decreto 2824/81, de 27 de noviembre, sobre coordinación y planificación sanitaria).

Como ocurría con frecuencia en aquél momento, esa regulación dictada por el Estado fue impugnada por diversas Comunidades Autónomas ante el Tribunal Constitucional. Los términos de las Sentencias correspondientes (STC 32/83 y 42/83) sirvieron para precisar ese alcance; las Sentencias confirmaron en general la corrección de los términos en que se concretaba el contenido, aduciendo, sin embargo, una falta de rango de la norma para regular esa cuestión.

Como consecuencia, la Ley General de Sanidad, de 1986, que sí tiene el rango necesario, repite en términos casi idénticos el contenido del Real Decreto citado en lo que se refiere a la coordinación, en el capítulo cuarto del título III de dicha norma legal.

En cuanto al sentido de la coordinación, utilizando algunos términos de las Sentencias, "persigue la integración de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían la realidad misma del sistema". Asimismo, "la facultad (de coordinación general) debe ser entendida como la información recíproca, la homogeneidad técnica... y la acción conjunta de las autoridades estatal y autonómica en el ejercicio de sus respectivas competencias".

Puesto que se trata de promover la actuación conjunta de las autoridades estatales y autonómicas, no cabe deducir que mediante la competencia sobre coordinación, que corresponde hacer al Estado, ésta pueda reasumir competencias que son propias de las Comunidades Autónomas, sino que unas y otras Administraciones deben mantenerse en el ámbito de sus propias competencias.

La Ley General de Sanidad prevé, por otra parte, de manera expresa en el capítulo citado diversos instrumentos de coordinación, entre los que cabe citar el establecimiento de índices y criterios mínimos básicos y comunes en diferentes materias, los criterios generales de coordinación, el establecimiento de planes de salud y el plan integrado de salud.

En un sentido más amplio, deben considerarse también como vehículos de coordinación, como se describe más adelante, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, regulado en el artículo 47 de la Ley General de Sanidad, las Comisiones y Comités Técnicos y los Convenios que se constituyan y celebren respectivamente entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y los programas que se establezcan

en común entre las diferentes Administraciones, a los que se refiere el artículo 48 del mismo texto legal.

- Como se indicó anteriormente la competencia de *alta inspección* no está citada de manera expresa en la Constitución, pero sí incluida en diversos Estatutos de Autonomía y Decretos de Transferencias como competencia del Estado.

En cuanto a su contenido, fue definido también en el Real Decreto 2824/81, de 27 de noviembre, citado en el apartado anterior, y sufrió las mismas vicisitudes que se han descrito ahí.

De la misma forma, en términos casi idénticos a los del Real Decreto citado en lo referido a esta cuestión, el artículo 43 de la Ley General de Sanidad define esta competencia.

Su alcance, que se analiza en el capítulo octavo, es de contenido fundamentalmente jurídico y consiste en buena parte en verificar el cumplimiento de las leyes estatales a través del seguimiento de las disposiciones de las Comunidades Autónomas. Está igualmente previsto el sistema formal para exigir de éstas últimas la adecuación de esas normas a las condiciones básicas establecidas con carácter general en el caso de que se observase alguna clase de incumplimiento. Pero debe señalarse, en todo caso, que ese sistema no prevé en ningún caso mecánicas de imposición del criterio estatal al de la Comunidad Autónoma, debiendo recurrirse para ello a los Tribunales.

- La atribución de la competencia al Estado en *relaciones internacionales* no es exclusiva del ámbito sanitario, sino que se refiere a ella con carácter general el artículo 149.1.3 de la Constitución.

La aplicación de esa competencia tiene, sin embargo, algunas peculiaridades en la relación con los organismos internacionales sanitarios. En el ámbito europeo, no sólo existen comités generales que promueven la coordinación de las regiones, como el existente a nivel de la Unión Europea, sino que también la propia Oficina Europea de la OMS promueve el desarrollo de programas de cooperación a nivel regional (Regiones por la Salud) (12) y Municipal (el programa de Ciudades Saludables) (13).

En esos casos, los propios Organismos internacionales están interesados en promover una relación directa con las Autoridades existentes en los distintos países a esos niveles. Estas, a su vez, pueden encontrar una vía de expresión de sus peculiaridades, o de patrocinio y promoción de sus programas, por las vías descritas.

La coordinación de todas esas actividades desde el ámbito del Ministerio de Sanidad ha sido muy variable en diferentes épocas.

Una situación similar se ha producido en lo relativo a la cooperación internacional con diferentes países en desarrollo, en el que se han dado también iniciativas independientes de diferentes Comunidades Autónomas.

j. Responsabilidades por niveles de descentralización

Una comparación con las responsabilidades descentralizadas a distintos niveles, y las mantenidas al nivel central, según el esquema teórico que se ha descrito en el capítulo cuarto permite comprobar que las competencias atribuidas a unos y otros niveles en España se corresponden básicamente con las establecidas en ese esquema.

El ejercicio real de las competencias es motivo de una valoración posterior, pero de la comparación cabe deducir aquí al menos la validez teórica del esquema o que, en la práctica, las alternativas posibles no son tan diferentes de unos países a otros.

k. Solución de desacuerdos sobre competencias

En el apartado i) se han hecho abundantes referencias a sentencias del Tribunal Constitucional. Este es el Organismo de mayor nivel encargado de resolver los desacuerdos sobre el ejercicio de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

En aquéllos casos en que las diferencias se producen no en cuanto al ejercicio de las competencias o a derechos reconocidos en la Constitución, sino en supuestos concretos en que no se produce la vulneración de estos últimos, los encargados de resolver esas diferencias son los Tribunales de la Jurisdicción contencioso-administrativa.

Sobre el funcionamiento de unos y otros Tribunales y la repercusión de sus criterios en el ámbito sanitario se hace también una valoración posterior.

l. Asistencia sanitaria

En la descripción realizada de la atribución de competencias al Estado y las Comunidades Autónomas se ha eludido la referencia a la *asistencia sanitaria*.

Lo más destacable en este caso es que la atribución de esa competencia, en la parte más importante de la asistencia que es la correspondiente a la de la Seguridad Social, no se realiza en función de las competencias sanitarias sino de la distribución de competencias en materia de seguridad social.

El artículo 149.1.17 de la CE atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre "legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas".

A su vez, las Comunidades Autónomas que en sus Estatutos de Autonomía incluyeron la competencia de la ejecución de esos servicios son las que accedieron a su condición de Comunidades Autónomas por la vía especial establecida en el artículo 151 de la Constitución (las denominadas "históricas", es decir, Cataluña, Galicia y País Vasco; Navarra, por su régimen foral especial, y Andalucía, tras un complejo proceso en el que, tras no obtener la totalidad de las condiciones precisas en referéndum entre su población, fue excepcionada mediante una Ley Orgánica específica para ello).

Cuadro V.3: Modelo teórico de normas y atribuciones de competencias y su aplicación en España

MODELO TEÓRICO	ESPAÑA	
MINISTERIO DE SANIDAD O EQUIVALENTE	MINISTERIO DE SANIDAD	
Normas atribución de competencias	Constitución y Estatutos de Autonomía	Ley General de Sanidad
Formular políticas generales y prioridades nacionales	Bases y coordinación general de la Sanidad (art. 149.1.16 CE)	Objetivos mínimos comunes. Prioridades (Art. 70.2.b) y c) LGS)
Elaborar planes generales de salud y pautas generales de planificación	Bases y coordinación general de la Sanidad (Art. 149.1.16 CE)	Planes generales de salud (Art.70.1 y 71.1.LGS).
Establecimiento de indicadores	Planificación general (Estatutos de Autonomía)	Indicadores y criterios generales de planificación ((art.70.2.a) 3. y 4. LGS)
Establecer criterios de reparto de recursos	Bases y coordinación general de la sanidad (art. 149.1.16 CE)	Distribución de recursos (art.81 LGS) Financiación servicios transferidos (art. 82 LGS)
Evaluación de eficacia y eficiencia del conjunto de servicios	Coordinación general de la sanidad (art.149.1.16 CE)	Criterios mínimos de evaluación de eficacia y rendimiento (art. 70.2.d LGS)
Asesoría Técnica		
Autorización y registro de productos farmacéuticos	Legislación productos farmacéuticos (art. 149.1.16 CE)	Artículos 40.5 y 6 y 95a 103 LGS Ley 25/1990 del Medicamento
Condiciones generales de formación	Bases de la Sanidad (art.149.1.16 CE)	Homologación de Programas de formación y puestos de trabajo (art. 40.10 y 11 LGS) Estatuto Marco (art. 84 LGS)
Coordinación de Investigación Sanitaria	Fomento y coordinación general de la Investigación científica y técnica (art. 149.1.15 CE)	Fomento de investigación (art.106 a 110 LGS)
Relación de con organización Internacionales y cooperación	Relaciones Internacionales (art.149.1.3 CE) Sanidad Exterior (art.149.1.16 CE)	Relaciones y acuerdos Internacionales (art. 38 y 39 LGS) Sanidad Exterior (art. 38 LGS)
ENTIDADES REGIONALES	COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
Normas atribución competencias	Decretos de Transferencias	Otras observaciones
Planificación Regional	SI	
Coordinación Programas regionales	SI	
Contratación y gestión de personal a nivel regional	SI	
Presupuestos regionales y control de los mismos	SI	
Aprobación y financiación proyectos de inversión	SI (Centros propios)	Posibles conflictos, planificación-financiación en CC.AA. con Insalud no transferido
Supervisión y control de niveles más bajos		Referencia genérica (art.42.1 de LGS)
Vías complementarias de financiación		Art. 82 LGS

Con posterioridad, dos Comunidades Autónomas (Valencia y Canarias) modificaron sus Estatutos de Autonomía, conforme a lo establecido en el artículo 148.2 de la Constitución, antes citado, para incluir entre sus competencias la que venimos comentando.

Como consecuencia de todo ello las Comunidades Autónomas citadas tienen atribuida la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social en el momento actual, tras procesos de transferencias específicos en cada caso.

Pese a la disminución de la aportación de la Seguridad Social al mantenimiento de los Servicios Sanitarios asistenciales que constituían su red propia (a partir de 1989 la proporción se redujo desde el 80% del presupuesto de estos servicios a una aportación de alrededor del 20% en 1995, y está previsto en la Ley de Presupuestos Generales para 1997 que en ese año apenas supere el 5%) la vía especial de libramiento de los recursos, a través de la Tesorería General de la Seguridad Social, continúa vinculando la transferencia de estos servicios a la competencia sobre gestión de los servicios de la Seguridad Social.

Como consecuencia, las diez Comunidades Autónomas restantes (que agrupan a cerca del 40% de la población) no tienen otra vía para acceder a la competencia sobre la gestión de esos servicios que las citadas en el apartado d) anterior.

m. Dos niveles de Comunidades Autónomas

De resultas de lo descrito en el apartado anterior, en el ámbito sanitario se describen dos niveles de Comunidades Autónomas diferentes.

Si bien todas ellas tienen atribuidas y asumidas las competencias en "Sanidad e Higiene", con las materias concretas que se han indicado, sólo las 7 que tienen asumidas las de gestión de los servicios sanitarios asistenciales de la Seguridad Social se considera que tienen competencias sanitarias "plenas".

Esta situación trae como consecuencia varias de las contradicciones que se han descrito en el capítulo tercero, cuando la descentralización de planificación y financiación no es paralela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nacionalismos y naciones en Europa. de Blas Guerrero, A. Alianza Universidad. Madrid. 1995.
2. Economics of health care financing. The visible hand. Donaldson, C.; Gerard, K. Mac Millan Press. London. 1993.
3. Contracting in the NHS Quasi-Market. Raftery, J.; Robinson, R.; Mulligan, J.D.; Forrest, S. Health Economics 5(4); 353-362; 1996.
4. The NHS goes private. Pollock, A.M. The Lancet 346; 683-684; 9 Sep 1995.

5. Planning and management for health. Report on a Europe Conference. EURO Reports and Studies 102. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1986.
6. El Estado Autonómico. Instituciones, competencias, cooperación y aspectos socioeconómicos. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. 1993.
7. Algunas reflexiones sobre el poder público administrativo, como sistema, en el Estado autonómico: una contribución al debate sobre la llamada Administración única. Parejo Alfonso, L. Documentación Administrativa 232-233; 271-322; Octubre 1992-Marzo 1993.
8. Crisis y descomposición de la política. Recalde, J.R. Alianza Universidad. Madrid. 1995.
9. Los Acuerdos Autonómicos de 28 de Febrero de 1992: Negociación, contenido y desarrollo. Hernández Lafuente, A.; González García, M.A. Documentación Administrativa 232-233; 135-184; Octubre 1992-Marzo 1993.
10. Informe en relación con la petición formulada por los Sres. Consejeros de Castilla-La Mancha y Castilla y León sobre sus competencias en materia de Ordenación Farmacéutica. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Abril 1994. (mimeo).
11. Marco legislativo. Texto para un Curso de Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria. Bar-nuevo Hervás, R.; Sánchez garcía, I. Escuela Nacional de Sanidad. Febrero-Marzo 1993. (mimeo).
12. Regions for Health Network in Europe. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1992.
13. Healthy Cities five-year review. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1992.
14. The influence of technology assessments by advisory bodies on health policy and practice. Hailey, D.M. Health Policy 25; 243-254; 1993.
15. Report from the Spanish Ministry of Health. Technology Assessment Unit established. del Río, A. International Journal of Technology Assessment in Health Care 10(2); 327-328; 1994.
16. Health care technology as a policy issue. (Special issue: Health care technology and its assessment in eight countries: Australia, Canada, France, Germany, Netherlands, Sweden, United Kingdom, United States). Banta, H. D. (ed.). Health Policy 30(1-3); 1-423; 1994.
17. La evaluación de las tecnologías médicas. Granados, A. Medicina Clínica 104; 581-585; 1995.
18. The development of health care technology assessment. An international perspective. Battista, R.N.; Hodge, M.J. International Journal of Technology Assessment in Health Care 11(2); 287-300; 1995.
19. The distribution of "big-ticket" medical technologies in OECD countries. Lázaro, P.; Fitch, K. International Journal of Technology Assessment in Health Care 11(3); 552-570; 1995.
20. State involvement in Medical Technology Assessment. Mendelson, D.N.; Abramson, R.G.; Rubin, R.J. Health Affairs 83-98; Summer 1995.
21. Regulating healthcare technologies and medical supplies in the European Economic Area. Altenstetter, C. Health Policy 35; 33-52; 1996.

CAPITULO VI

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN SISTEMAS DESCENTRALIZADOS

1. Consideraciones generales

a. Entorno económico de los servicios sanitarios

Si para hablar de cualquier otro aspecto de la descentralización de los servicios sanitarios resulta de interés conocer algunas características del entorno en que se mueven éstos, ese conocimiento más amplio es esencial en el caso de la financiación.

Aunque no es posible detenerse aquí a analizar más pormenorizadamente los aspectos que se comentan a continuación, lo que es motivo de otras muchas publicaciones de las que se citan algunas, las cuestiones que, a modo de marco general, se considera de interés resaltar son las que siguen:

El incremento del gasto sanitario, junto con la legitimación y reconocimiento de los servicios por parte de los ciudadanos, y su organización constituyen los problemas fundamentales que afectan a los servicios sanitarios de todos los países (1, pag 33).

Esta situación es común sobre todo a los países más desarrollados, que tienen constituidos esos servicios desde hace más tiempo, y se produce con independencia de las formas de organización y provisión de aquéllos. El gasto sanitario, sin embargo, está relacionado con la forma de organización de los servicios propia de cada sistema (2), y los problemas relacionados con el incremento del gasto son más importantes en los sistemas bismarckianos o de Seguridad Social, mientras que los de legitimación afectan más a los Servicios Nacionales de Salud (3).

En todo caso, la limitación del ritmo de crecimiento del gasto sanitario público constituye un objetivo político común en todos los países, en el contexto de políticas macroeconómicas más generales de limitación del gasto público y delimitación del estado del bienestar (1, pag 27 y sig).

Aunque tradicionalmente se ha venido atribuyendo el crecimiento del gasto sanitario a las características de la población (fundamentalmente, el envejecimiento) (2), a la aparición de nuevas patologías, junto con el incremento de la demanda sanitaria con el mayor desarrollo económico y el aumento de la cobertura de los servicios y la facilitación del acceso a éstos, diversos estudios recientes coinciden en señalar que el factor más importante del incremento del gasto sanitario en la actualidad es la innovación tecnológica, tanto en su vertiente de tecnología médica como en el sector farmacéutico, junto con el aumento de los precios sanitarios mayor que la inflación. Y que el papel del usuario, cuya demanda fundamentalmente es inducida, en ese crecimiento es menor (4, pag 13-21; 5).

Otros factores que se han puesto de relieve como responsables del incremento del gasto sanitario son los costes administrativos (más altos en los países, especialmente los Estados Unidos, con su organización basada en el aseguramiento y la provisión privadas (6)), y a las prácticas de una medicina más agresiva (a su vez en relación con el tipo de pago, de manera que para niveles de patología semejantes se observan unas prácticas más intervencionistas en los sistemas de pago reembolsable y pago por acto médico) y, a la vez, defensiva (7).

Otros trabajos, aunque se trata de estudios que deben ser ampliados (8), son indicativos de que los servicios sanitarios configurados como Servicios Nacionales de Salud contribuyen a mejores niveles de salud de la población correspondiente con menores niveles de gasto que los organizados como Servicios de Seguridad Social y que los provistos a través de sistemas privados (3; 9).

De cualquier forma, el caso de los Estados Unidos, el país con mayor nivel de gasto sanitario en porcentaje del Producto Interior Bruto, que acompaña a indicadores de salud globales mucho peores que los de otros países de gastos más limitados, es paradigmático de la importancia de los factores organizativos y de distribución sobre la eficacia y la eficiencia de los servicios sanitarios (32).

En muchos países se están adoptando medidas para controlar el crecimiento del gasto sanitario. El ámbito de actuación de esas medidas afecta en unos casos a las políticas macroeconómicas (4, pag 42 y sig):

En esos casos, en los sistemas de presupuestación global y pagador único el control global del gasto es mejor que en los sistemas con financiadores múltiples y muchos pagadores (10). En la práctica, las formas de presupuestación y control globales son las más extendidas en el ámbito de los países de la Unión Europea (5), y la bondad del sistema de financiación basado en impuestos y con presupuestación global para el control del gasto fué la razón por la que el Gobierno británico de la Sra. Thatcher, que inició las reformas sanitarias más recientes en aquel país, abandonó otros proyectos previos de sustitución del Servicio Nacional de Salud por otro de Seguridad Social (11).

La posibilidad de mayor control del gasto aumenta si los cuidados de salud se suministran a través de una forma única de provisión, aunque es preciso completar el sistema con regímenes sancionadores o de otro carácter, que permitan evitar o recuperar los excesos de gastos.

En cualquier caso, a la vista de los datos comparados entre diversos países se llega a la conclusión de que es técnicamente posible contener el aumento del gasto público sanitario a través de regulaciones del suministro de servicios desarrolladas por los gobiernos, mejor que con medidas que actúen sobre la demanda. La llave para el éxito es la utilización del poder que confiere el monopolio de compra de servicios o monopsonio. Incluso en condiciones de aseguramiento múltiple es posible utilizar ese poder si se fuerza a los aseguradores a actuar juntos (33).

Cuando el suministro de los Servicios de Salud está organizado por los poderes públicos locales o regionales, las autoridades centrales pueden tener más problemas para contener los gastos globales. La limitación de las transferencias desde la Administración Central y el establecimiento de límites desde el escalón central a los baremos de imposición locales pueden contribuir al control en esos sistemas.

En los sistemas de Seguridad Social, sobre todo cuando existe un gran número de seguros de enfermedad, la limitación de los gastos exige una acción coordinada por parte de los seguros en relación con los proveedores de los servicios, que debe acompañarse del establecimiento de límites a los aumentos de las cotizaciones (4, pag 42).

No es posible extenderse aquí sobre las formas que pueden adoptar esas políticas y los terrenos a que pueden afectar éstas, tanto en la delimitación general y acceso a las prestaciones, los hospitales, los sistemas retributivos del personal sanitario o la prestación farmacéutica. Un amplio análisis de estas cuestiones está contenido en el informe reciente de la OCDE que se viene citando.

Las políticas macroeconómicas se están combinando con actuaciones sobre la demanda, y otras dirigidas a aumentar la microeficiencia de centros y servicios.

Entre estas últimas, las basadas en la separación de las funciones de financiación y compra de los servicios y la provisión de éstos, así como en la introducción de formas de competencia a distintos niveles de los sistemas sanitarios, están recibiendo una atención especial (4, pag 45 y sig).

En el capítulo segundo se hicieron ya diversas consideraciones acerca de la competencia cuando se establece en los distintos niveles de los servicios (financiación-aseguramiento, compra y provisión).

Conviene constatar aquí en todo caso que, como se señaló en el capítulo primero, la introducción de formas de competencia en sistemas del tipo de los Servicios Nacionales de Salud está teniendo lugar antes de disponer de pruebas acerca de la mejora de la eficiencia microeconómica que se consigue con esas reformas. Tampoco hay datos que justifiquen una mayor contribución de esas formas al control global del gasto, y hay que recordar que incluso algunos autores han señalado que las reformas se iniciaron cuando el ritmo de crecimiento estaba ya controlado (12; 13), por lo que se han sugerido otras razones de carácter ideológico y teórico para la difusión de este tipo de reformas. Estas, por otra parte, encuentran también su apoyo en las limitaciones de los sistemas sanitarios públicos para afrontar los clases de problemas de legitimación y organización enunciados al principio.

Con carácter general, cabe recordar finalmente que (10):

- Las economías de mercado no usan los mecanismos de mercado para gobernar los sectores sanitarios. Muchas decisiones para la distribución de recursos en éstos no se dejan al mercado, sino que se basan en principios de beneficio a los pacientes. Las fuerzas de mercado, cuando se usan, lo son con cautela y de manera marginal en muchos países.
- Los mercados "libres" nunca producen equidad, eficiencia y control del gasto.
- El aseguramiento comercial (con objetivo de beneficio) en el sector de los servicios sanitarios produce inequidad, ineficiencia e inflación de costes. Donde existen mecanismos de aseguramiento tienden a ser públicos o altamente regulados, y sin ánimo de lucro.

b. Relaciones entre economía y descentralización

Algunas de las descripciones generales del apartado anterior justifican por sí mismas la relación con el análisis de los procesos de descentralización: entre los procedimientos para mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios a nivel microeconómico se están promoviendo actuaciones que constituyen procesos de descentralización, más concretamente de los que hemos llamado de delegación o privatización.

Pero la introducción a este capítulo se justifica también desde otro punto de vista más general. Con trazo grueso podría decirse que cualquier proceso de descentralización conlleva por sí mismo un reparto de recursos. Y, puestos a realizar éste, no es lo mismo repartir recursos abundantes que otros escasos. La abundancia permite una cierta prodigalidad, que puede dejar más fácilmente satisfechos a los receptores o entidades descentralizadas. La escasez, por el contrario, aboca casi inevitablemente a la pugna entre las entidades descentralizadas para conseguir mejores trozos del "pastel" de recursos.

No parece probable que ningún proceso de descentralización que tenga lugar en cualquier país en el momento actual, como se ha descrito, pueda beneficiarse de una situación en la que el gasto sanitario no sea limitado y que, incluso, tenga que limitarse, al menos en cuanto a ritmo de crecimiento, aún más (14).

Los conflictos de reparto de la financiación sanitaria entre entidades descentralizadas son, pues, la regla probable en todos los procesos de descentralización que se produzcan en este contexto.

Un último aspecto general que conviene resaltar es que, siendo el control del gasto sanitario un problema común, los procesos de descentralización que tengan lugar en países concretos deberían tener en cuenta, y a ser posible no perder, las ventajas de que pudiera disponer el sistema sanitario propio para el control del gasto, conforme a los patrones generales que se enunciaban antes (34).

Dentro de ellos, la unidad, o al menos la coordinación, de las fuentes de financiación es una ventaja importante para el control del gasto, mientras que las políticas dirigidas a lograr este último se ven dificultadas si se da la situación contraria (15, pag 159). Las repercusiones de otros aspectos organizativos se han descrito en el apartado anterior.

Las dinámicas de descentralización, sin embargo, tienen vida y razones propias, como se exponía en el primer capítulo, y dentro de ellas el control del gasto sanitario puede ocupar, al menos en unas u otras fases del proceso, un lugar subordinado, por lo que no siempre es posible mantener esas ventajas.

c. Análisis limitado a los Servicios Nacionales de salud

Para el análisis de la financiación en sistemas descentralizados se dejan de lado los sistemas de Seguridad Social, pues éstos plantean problemas diferentes, y en ellos la actividad y la autoridad sanitaria están, en sentido amplio, al margen de los problemas de financiación, que se

manejan por las cajas de seguro, organizadas por grupos o sectores profesionales (a estos efectos un sistema de Seguridad Social de caja única podría ser equivalente a un Servicio Nacional de Salud). El estudio se va a centrar, por el contrario, en los sistemas del tipo de los Servicios Nacionales de Salud, fundamentalmente en aquellos en los que, partiendo de sistemas de financiación únicos, se produce alguna de las formas de descentralización caracterizadas en el capítulo segundo. El análisis, como consecuencia, se atiene a cada una de las cuatro formas de descentralización descritas, con mayor o menor amplitud según los casos.

También se deja al margen una referencia más amplia a los sistemas en que la financiación sanitaria se basa fundamentalmente en niveles locales de autoridad. Con carácter general se han descrito ya en el capítulo tercero los problemas y limitaciones que tienen las autoridades locales para constituir el soporte fundamental de los servicios sanitarios, y cómo el carácter solidario y redistributivo de éstos exige, por el contrario, salvo tradiciones organizativas muy específicas propias sólo de algunos países concretos, mecanismos de recaudación y financiación de niveles menos locales (por evitar decir más altos) de autoridad.

2. Financiación y formas de descentralización

El análisis de los problemas y cuestiones planteadas por la financiación según las formas de descentralización es el siguiente:

a. Procesos de desconcentración

Si nos movemos en los límites marcados más arriba (procesos funcionales de descentralización administrativa), la situación que se plantea en estos casos es la distribución de un presupuesto único, obtenido de una o varias fuentes para la financiación del conjunto de los servicios sanitarios, entre distintas entidades descentralizadas dotadas de un determinado grado de autoridad administrativa.

Puesto que se trata de procesos de reordenación del funcionamiento de una organización que sigue siendo única, aunque cediendo cierto grado de responsabilidad en la gestión a niveles más bajos, en todo caso supeditados a la autoridad central, la primera posibilidad que se plantea es la de continuar la tradición administrativa mediante presupuestos incrementales, que no modifican la distribución entre unas y otras unidades descentralizadas.

Sin embargo, aunque se trate de procesos donde sólo se produce una descentralización parcial y limitada de autoridad, lo habitual es que se plantee la tendencia a realizar una distribución de los recursos de manera que se garanticen unos ciertos niveles de igualdad financiera entre las entidades descentralizadas.

La cuestión siguiente es el establecimiento de unos coeficientes de reparto, que permitan objetivar cómo y en función de qué se realiza éste. La fijación de esos criterios y la determinación de unos coeficientes de reparto plantea algunas cuestiones comunes, que pueden deducirse del análisis comparado de distintos sistemas existentes. Se ha considerado interesante para

ello en este caso analizar un proceso concreto de fijación de criterios y coeficientes de distribución, y deducir del mismo ciertas cuestiones que pueden resultar generales.

El proceso elegido es el establecimiento de un sistema de financiación de las regiones sanitarias (y niveles subregionales) en el NHS inglés promovido por el denominado Resource Allocation Working Party (RAWP) a mediados de los años 70 (16), y sus modificaciones posteriores. No se trata de una elección casual, pues ese sistema de distribución de la financiación ha sido probablemente el que ha alcanzado mayores niveles de profundidad y, desde luego, es el que ha generado mayor cantidad de comentarios y literatura. El sistema se explica en el anexo I.

Aunque existen otros sistemas de distribución de recursos generales (51) o para ciertos grupos de población (52), basados normalmente en valoraciones de las necesidades sanitarias de las poblaciones correspondientes expresadas a través de diversos métodos y coeficientes (todos ellos basados en estimaciones y correlaciones estimadas como válidas en el país respectivo, pero no extrapolables a otros países), ninguno de ellos ha alcanzado el grado de desarrollo del descrito, que es, además, el que se lleva aplicando más tiempo.

En uno de esos trabajos (51) se citan también sistemas de distribución regional con coeficientes basados en la estimación de necesidades, establecidos en algunos países para aspectos y sectores concretos de atención: para la planificación de servicios de salud mental, alcoholismo y toxicomanías en los Estados Unidos (53-56); para la distribución de recursos de medicina preventiva en Sudáfrica (57); para la atención domiciliaria en Francia (58). No son tantos, en todo caso, los ejemplos disponibles.

La lectura de la explicación del sistema RAWP, el análisis de los esquemas adjuntos a esa explicación y, mejor aún, la lectura de la bibliografía citada, pueden permitir una valoración más amplia de algunos de los aspectos generales que se comentan a continuación. De cualquier forma, de manera resumida la utilización de un sistema de distribución de recursos con arreglo a coeficientes plantea las siguientes cuestiones:

(1) Indicadores disponibles

El sistema debe atenerse a los indicadores disponibles en el país concreto de que se trate, y tener en cuenta tanto la fiabilidad y especificidad de éstos como su disponibilidad temporal (los censos de población, por ejemplo, pueden tener una periodicidad diferente; otras estadísticas pueden realizarse también con una cadencia distinta de la anual).

(2) Establecimiento de correlaciones

Cualquier sistema de distribución que se establezca supone la asunción de una serie de equivalencias, correlaciones o factores de influencia que carecen en muchos casos de justificación estadística y de razonamiento sólidos. Resulta difícil de explicar por qué sistemas que persiguen teóricamente una misma finalidad pueden dar lugar a resultados distributivos muy distintos si se lleva a cabo su aplicación respectiva, lo que resulta frecuente (17).

(3) Utilización de coeficientes

Si se trata de distribuir la totalidad de un presupuesto con arreglo a los coeficientes que se establezcan, lo habitual es que variaciones muy pequeñas en el valor de éstos tengan consecuencias financieras muy importantes.

Ese mismo hecho lleva a que se considere poco apropiada la aplicación de unos mismos coeficientes durante plazos prolongados, pues se trata de valorar los efectos de aquéllos y corregir y evitar los que se consideren indeseables (como el cierre de centros no previsto, como consecuencia de unos recursos escasos para su mantenimiento, u otros) (17; 18).

(4) Inestabilidad de los sistemas de distribución por coeficientes

Las dos razones anteriores conducen a situaciones de inestabilidad, frecuentes en estos casos, en que todos aquellos que se sienten perjudicados por el sistema de distribución establecido promueven nuevos sistemas de indicadores en los que salgan beneficiados, o aplicaciones temporales de los coeficientes (variaciones anuales de las cifras; utilización de unos u otros censos de población, u otros) con los mismos efectos.

(5) Nivel de complejidad de las fórmulas de distribución

En cuanto a la elección de fórmulas, las variaciones más importantes están en relación con la sencillez o complejidad de éstas.

A falta de una fiabilidad general de cualquier fórmula que justifique su recomendabilidad para su uso en circunstancias diferentes, la sencillez de las fórmulas parece un valor añadido (y perseguido en aquellos casos en que se parte de fórmulas más complejas) (17), puesto que facilita la consideración de los efectos de su aplicación sobre la distribución de los recursos.

(6) Especificidad de indicadores para la distribución de la financiación sanitaria

En cuanto a los indicadores utilizados en las diferentes fórmulas, se discute si resulta más adecuado usar indicadores específicos sanitarios u otros de carácter general (18).

Cuanto más específicos son los indicadores, mayor número de asunciones o justificaciones hay que aceptar para dar por bueno que el indicador usado es representativo de lo que se quiere valorar. Por ejemplo, que el uso de camas hospitalarias es representativo de la mortalidad; que ésta representa aceptablemente la morbilidad de la población de la misma población, y que a su vez ésta es representativa de las necesidades sanitarias del mismo grupo poblacional. Toda esa cadena de representaciones, que se pretenden sustentar en justificaciones estadísticas, es la que llevó al diseño de la primera fórmula RAWP.

En esa razón (aunque algunos comentan en tono desenfadado que los sistemas complejos tienen el mérito de dar trabajo a numerosos estadísticos sanitarios, que dedican su labor a su preparación) se han basado diversas críticas a los indicadores usados, y por ella se han propuesto fórmulas que utilizan indicadores generales más directamente relacionados con lo que pretenden representar, aunque la significación sanitaria sea menor.

Por otra parte, la utilización de los indicadores no es neutra: si se utilizan indicadores de uso de los recursos para distribuir éstos, se está obviando si ese uso es correcto, y si es el adecuado para atender la morbilidad que se da realmente en una determinada población, o puede haber otros usos más adecuados y eficientes. Y, por supuesto, si el uso de los recursos expresa "necesidades" sanitarias o bien otra clase de hábitos y condicionantes (17).

(7) Precauciones en el uso de sistemas de distribución basados en indicadores

Todas esas razones llevan a considerar que los sistemas de indicadores para distribuir los recursos deben utilizarse con precaución y a corto plazo, con límites en la variación de un año para otro, y evitando que variaciones pequeñas en las cifras utilizadas puedan producir efectos muy amplios, como se señalaba en el apartado c). Esas variaciones pueden tener consecuencias muy importantes, como el cierre de centros por falta de disponibilidades presupuestarias, que es necesario contrastar con evaluaciones más amplias.

(8) Distribución de fondos a niveles infrarregionales

Esas precauciones deben ser aún mayores si una distribución de recursos a nivel regional con arreglo a fórmulas y coeficientes determinados se sigue de otras con los mismos métodos a niveles infrarregionales, pues los efectos pueden ser aún más concretos, dado que el ámbito de redistribución es aún más reducido.

En el caso concreto del sistema de distribución establecido en el Reino Unido se ha señalado expresamente que las fórmulas y coeficientes establecidos para llevar a cabo la distribución a nivel regional no son válidas (porque no se consigue con ellos una distribución equitativa) al nivel infrarregional de los distritos (19).

Es preciso recordar, además, el contexto de restricción del gasto al que se aludía antes. La aplicación de fórmulas y coeficientes tiene, si se utiliza como en el caso RAWP, efectos redistributivos importantes: de hecho entre 1977-78 y 1986-87, las diferencias en gasto per cápita a nivel de las regiones inglesas disminuyeron del 27% al 4% (18), redistribuyendo recursos desde Londres y las regiones más ricas del sureste de Inglaterra hacia las regiones industriales en declive y las zonas más pobres del norte (20). Esos efectos, sin embargo, han provocado problemas importantes a niveles locales concretos, pues la disminución de la diferencia porcentual se ha producido en un contexto de una disminución global de recursos.

Modificaciones posteriores de la fórmula, que se explican en el Anexo I, han tenido efectos contrarios (21), volviendo a derivar los recursos de manera preferente hacia las zonas más ricas.

La corrección de desequilibrios territoriales a través de fórmulas redistributivas "es una tarea políticamente conflictiva cuando el gasto total está predeterminado y no crece" (20).

Algunas de las críticas dirigidas a este tipo de sistemas se basan precisamente en que facilitan la desviación de la atención desde la necesidad global de recursos a la disputa entre agentes sanitarios del mismo nivel por la obtención de una mejor proporción de unos recursos escasos globalmente (22). De hecho, lo normal cuando se aplican estos sistemas es, como se señalaba antes (apartado d)), que la actitud de los agentes que salen "perjudicados" con la aplicación de un sistema de reparto traten de cambiar éste por otro que los beneficie.

Sin embargo el contexto global de limitación parece inevitable si no se quiere que se introduzcan en los sistemas sanitarios otros métodos como la aportación de los beneficiarios que, aunque pueden disminuir el gasto público, se han demostrado como ineficaces para disminuir el gasto sanitario global y derivan en inequidades evidentes. Esta cuestión se analiza más adelante en el apartado correspondiente a la financiación en los procesos de privatización.

Por otra parte en sistemas de desconcentración el problema es más sencillo de resolver (aunque pueda resultar más injusto): los conflictos por la distribución se producen en el interior de una misma organización, y con una estructura jerarquizada para la adopción de decisiones. Esa forma de organización, de otro lado, no es incompatible con efectos redistributivos importantes como se han descrito, si tal objetivo lo es para la organización en su conjunto.

Cabe señalar, por último, que el establecimiento de cualquier sistema de indicadores o fórmulas para la distribución de recursos sanitarios es expresivo de los valores que subyacen a la distribución que se realice como consecuencia de su aplicación:

- determinados indicadores y fórmulas pueden tener un sentido más redistributivo, e incluso hasta cierto punto compensador de desigualdades existentes a otro nivel (por ejemplo, los que promueven una cierta priorización de los recursos hacia las zonas con mayor nivel de pobreza, aunque puede justificarse que de esta última se derivan mayores necesidades sanitarias).
- otros, por el contrario, pueden producir una mayor desviación de recursos hacia las zonas de mayor nivel de renta, justificando que en el mayor nivel de bienestar general se produce una tendencia al mayor uso de los recursos sanitarios y a una demanda más amplia.

Puesto que los términos de "necesidad" y "demanda" son objeto de interpretaciones y consideraciones sanitarias múltiples, se puede plantear como aspiración conseguir la igualdad en el acceso a los servicios para personas en igual situación de riesgo (así figuraba de hecho en el primer informe provisional del Grupo RAWP). Pero traducir esa aspiración a la distribución de recursos financieros supone siempre adoptar decisiones de prioridad como las citadas, expresivas a su vez de otros valores que las sustentan en cada caso.

b. Procesos de devolución

(1) Razones para una tendencia al incremento del gasto

Cuando se trata de procesos de devolución, entendidos como situaciones de descentralización más profunda, hasta alcanzar responsabilidades de nivel político superior al administrativo, los problemas de distribución que acabamos de describir son más amplios y de otra naturaleza.

De entrada parece evidente la dificultad de que cualquier entidad territorial con responsabilidad política sobre su gestión, por la que va a ser juzgada, pueda aceptar cualquier redistribución de recursos financieros que le suponga unos ingresos inferiores a los que recibiera con anterioridad. Si la redistribución pretende hacerse sobre un presupuesto global común, puede considerarse que deba mantener al menos, como mínimo para cada entidad descentralizada, el nivel de financiación que tuviera antes.

La solución más sencilla para elevar la financiación de las entidades infradotadas parece en esas condiciones el aumento del presupuesto global. Pero esas soluciones están acotadas por el marco económico general al que se viene aludiendo repetidamente, y es necesario tener en cuenta los efectos de modificación general de los sistemas sanitarios públicos y las posibles inequidades a que puede llevar la presión por aumentar el gasto sanitario global antes de apuntarse a este tipo de soluciones.

(2) Posibilidad de incrementar la financiación con fondos regionales

Otro tipo de soluciones que pueden proponerse en estos casos es que la financiación corra a cargo de impuestos o cargas recaudados a nivel regional. La idea de vincular la capacidad de gasto a la de recaudación parte de la base de que sólo entidades conscientes de la dificultad de obtener nuevos recursos tienen de hecho motivación suficiente para llevar a cabo un control del gasto como el que se precisa.

Este tipo de planteamientos, sin embargo, choca con dificultades específicas en el ámbito de los servicios sanitarios. Referido a entidades de nivel inferior al regional (las corporaciones locales en aquel caso), ya se expuso en el capítulo tercero cómo la mayoría de entidades del carácter citado carecen de capacidad económica para satisfacer con sus propios fondos económicos recaudados entre su población la totalidad de los medios sanitarios que ésta precisa para su atención. Sólo las economías de escala sustentadas en contribuciones acumuladas de distintos grupos de población permite normalmente la organización de servicios sanitarios con la eficiencia, eficacia y equidad que se requieren de ellos.

El mismo tipo de dificultad puede afectar a entidades regionales. Dificultad que es más evidente si, como ocurre en muchos casos, esas entidades regionales dentro de un mismo país tienen un tamaño distinto, en ocasiones sin población suficiente para dotarse de toda clase de servicios. Pero incluso si, con tamaño similar y suficiente, se trata de regiones con niveles económicos y de renta distintos, que pueden provocar una diferente capacidad recaudatoria.

Los servicios sanitarios forman parte del conjunto de servicios básicos que se considera deben proporcionarse a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo y con independencia de su capacidad económica, individual o de grupo (23).

De hecho, esa tendencia se está traduciendo, en el contexto de la limitación global del gasto, en el diseño de paquetes de servicios "básicos" (con diferentes interpretaciones en cuanto a la extensión de los mismos, como se ha indicado en el capítulo tercero) garantizados para toda la población de cada país con la financiación que se dedique a ello.

No es habitual, por el contrario, que se esté planteando una regionalización completa de la financiación; aunque sí pueden plantearse vías de financiación adicionales a nivel regional para soportar servicios y prestaciones adicionales a los cubiertos con ese carácter general y básico. Si ese tipo de planteamientos quiere llevarse a la práctica, un requisito fundamental es la claridad de los sistemas de información sobre financiación y gasto, como se indica más adelante.

En todo caso, lo que interesa constatar aquí es que hay una tendencia más general, aún en países descentralizados (salvo algunos, como los nórdicos, con una tradición local arraigada) a que la financiación de los servicios sanitarios corra a cuenta de sistemas de financiación centralizados, por las razones expuestas. (Debe tenerse en cuenta, además, que algunos países característicos de una organización federal no tienen planteado este problema, pues tienen sistemas sanitarios financiados a través de cajas de seguro, que no precisan de esta clase de criterios de distribución territorial).

(3) *Financiación sanitaria específica o dentro de la financiación general de las entidades descentralizadas*

Si se acepta esa tendencia general, en los sistemas sanitarios sometidos a procesos de "devolución" se plantean de inmediato otros problemas:

Por la propia naturaleza política del proceso, como ya se ha descrito, la descentralización en estos sistemas suele ser más amplia que la específicamente sanitaria. Se trata, por tanto, de establecer vías de financiación no sólo para el ejercicio de competencias sanitarias, sino también para todas aquellas otras que hayan asumido las entidades descentralizadas.

La primera de las cuestiones que se suscita es, como consecuencia, si debe establecerse una vía de financiación específica para los servicios sanitarios descentralizados o, por el contrario, la financiación que reciban las entidades descentralizadas para este fin puede incluirse en la financiación global que, calculada con los métodos que se establezcan, reciban esas entidades para el ejercicio del conjunto de funciones y capacidades que tengan atribuidas.

Un primer nivel de respuesta para esa cuestión podría deducirse de la especificidad de los sistemas de distribución de los recursos sanitarios. En el apartado anterior, referido a los procesos de desconcentración, se han hecho ya diversas consideraciones acerca de

la dificultad de indicadores o sistemas específicos que, teniendo en cuenta variables sanitarias, puedan proponerse como modelos indiscutibles de carácter general para la distribución (y redistribución) de recursos sanitarios.

En la misma línea de argumentación se constataba que, frente a la tendencia a establecer modelos complejos basados en indicadores muy específicos, cuyos efectos son más difíciles de valorar, pueden tener un valor añadido propio otros sistemas basados en fórmulas más sencillas y con la utilización de variables más generales, que se consideran relacionadas con las necesidades sanitarias de la población y con el coste de los servicios.

Esas variables más generales (características de la población en relación sobre todo con el envejecimiento; dispersión en la distribución de esa población; nivel de renta; peculiaridades características de los diferentes territorios, como la insularidad, u otras...) son comunes, de hecho, en muchos casos con los criterios que se establecen para la financiación de otros servicios y actividades no sanitarias en sistemas descentralizados.

Justificar un sistema de financiación sanitario específico y diferente basado en la especificidad de los criterios de distribución en este campo no parece, por ello, un argumento sólido. Ni tampoco, como consecuencia, que sea útil de entrada dedicar la actividad fundamental (pese a los efectos negativos que ello puede tener sobre el empleo de teóricos y estadísticos sanitarios) a la discusión de sistemas de indicadores de distribución de recursos sanitarios específicos y complejos.

Pero, dicho esto, sí que hay otra clase de argumentos que pueden justificar la especificidad de la financiación sanitaria, e incluso que hacen recomendable que tal situación se dé en la práctica. Se trata de argumentos relacionados con la propia naturaleza de los servicios sanitarios y la organización de éstos, desde dos puntos de vista:

- En primer lugar, los servicios sanitarios son de aquéllos que, como se ha repetido varias veces, en Estados consolidados se estima que deben ser provistos para todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo. Garantizar esa cobertura en todo el territorio del Estado es no sólo un derecho sino que, como en otros casos, se convierte en un elemento que contribuye a conformar el sentimiento de pertenencia a un Estado común.

Aunque la forma de éste sea descentralizada, incluso a niveles de responsabilidades políticas amplias, y aunque sea con un carácter distinto y más personal, disponer de un servicio sanitario común para el conjunto de un Estado resulta tan constitutivo de éste como el tener un sistema de defensa común. Y, frente a eso, el establecimiento de rasgos diferenciales de los servicios de unos u otros territorios, que pueden gestionarse de manera descentralizada, resulta secundario para los intereses ciudadanos.

Incluir la financiación sanitaria en sistemas descentralizados políticamente junto con la financiación de otras competencias y actividades que sean propias de las entidades descentralizadas supone normalmente, por el contrario, relegar a los servicios sanitarios a un elemento diferenciador más de aquéllas.

Y, si los fondos sanitarios no se reciben de manera separada y con carácter finalista para la provisión de esos servicios específicos, los criterios políticos de distribución global establecidos a niveles descentralizados concretos pueden considerar prioritaria su utilización parcial para otros fines. Si ése es el caso, esas situaciones dificultan gravemente el mantenimiento de unos servicios sanitarios de nivel similar entre todos los territorios de un mismo Estado, lo que constituye la pérdida de un elemento integrador de éste.

- A esa razón general, que podría aplicarse también a otros servicios, hay que añadir en el caso de los sanitarios otra peculiaridad de éstos ya comentada: se trata de la frecuencia con que las demarcaciones territoriales de carácter político no coinciden con las que son adecuadas para un uso eficaz y eficiente de los recursos sanitarios; situación que provoca el que, con frecuencia, ciudadanos de unos territorios tengan que ser atendidos en territorios de otros, como consecuencia de una distribución irregular y desigual de recursos de cierto nivel.

Estas situaciones provocan consecuencias obligadas, en el sentido de establecer compensaciones por esos flujos cuando la financiación de los servicios se hace con arreglo a la población territorial.

Pero se trata de subrayar aquí, sobre todo, que si no hay una financiación sanitaria específica, y establecida con un criterio correspondiente al de tratarse de un servicio común y universal, aunque sea de gestión descentralizada, las entidades descentralizadas difícilmente preverán sus inversiones y medios para atender a población de otros territorios, lo que puede resultar necesario desde un punto de vista sanitario.

Precisamente la construcción y dotación de recursos sanitarios suele ser muy sensible a razones de interés local. Tanto renunciar a esa dotación en unos casos, por razones de eficacia y eficiencia, como ampliar otros medios más allá de las necesidades de la población del propio territorio es más difícil, o hasta imposible, si esas decisiones hay que tomarlas en el marco de otras de carácter económico más amplias y no específicas de los servicios sanitarios.

Es cierto, en cualquier caso, que aceptar esas razones sobre la especificidad de la financiación sanitaria en contextos de "devolución" descentralizada supone aceptar el valor propio de los servicios sanitarios universales, lo que, cuando se produce esta clase de procesos de descentralización, no siempre es una posición común.

(4) Razones para un grado de condicionamiento de la financiación sanitaria descentralizada

Los apartados anteriores pretenden constituir en su conjunto una afirmación de los beneficios de un presupuesto sanitario específico y general como soporte de servicios sanitarios de cobertura universal. Su mantenimiento en un contexto descentralizado supone, además, la necesidad de efectuar una distribución entre las entidades descentralizadas. Acerca de las dificultades de establecer unos criterios de distribución se han hecho ya

diferentes comentarios más arriba; en procesos de "devolución", con descentralización de responsabilidades de naturaleza política, es claro que lo más importante no es la fórmula concreta de distribución, sino el grado de acuerdo, aceptación y compromiso de las entidades descentralizadas con el sistema de reparto.

¿Basta, sin embargo, con todas esas premisas para el sostenimiento de unos servicios sanitarios universales y de acceso equitativo en el conjunto de un Estado descentralizado?

Como en la respuesta a otras cuestiones anteriores, la referencia a experiencias previas en países concretos supone un valor añadido.

La que se trae a colación en este caso es la de Canadá, de la que se realiza una breve descripción en el Anexo II, resaltando los rasgos considerados fundamentales a partir de la cual se deducen algunas conclusiones. La descripción tiene, además, un carácter evolutivo en el tiempo, pues precisamente algunos de los cambios que se han ido introduciendo en el sistema sanitario canadiense, y las razones que los provocan, aportan datos de valor para dar respuesta a la pregunta que nos hemos planteado.

La forma de realizar la descripción de cualquier proceso condiciona las interpretaciones que puedan deducirse del mismo. Se ha tratado, por eso, de ajustarse con la mayor fidelidad posible a datos y descripciones realizados por los propios actores, las autoridades canadienses, en publicaciones anteriores y recientes que pueden ser contrastadas. En todo caso, los aspectos generales que parecen confirmarse por la experiencia descrita son los siguientes:

- En primer lugar, que el uso discrecional de fondos por parte de entidades descentralizadas y con autonomía política conduce a la diversidad no sólo de los sistemas organizativos de los servicios sanitarios, sino también de las prestaciones de dichos servicios.

Al optar, por tanto, por sistemas de financiación de esas características, debe tenerse en cuenta el valor que se atribuye al mantenimiento de unos servicios universales y de prestaciones similares, al menos a ciertos niveles "básicos", con mayor o menor extensión.

Puesta a disposición de entidades descentralizadas con autonomía política, la financiación sanitaria se convierte en un elemento más de diferenciación de aquéllas, de carácter particular, pasando a segundo plano los objetivos sanitarios de carácter global citados.

- El establecimiento y control de ciertas condiciones globales para la percepción de fondos destinados a los servicios sanitarios por parte de entidades descentralizadas con autonomía política es la mayor (¿y única?) garantía de mantener determinadas condiciones y nivel de prestación de esos servicios.

El valor del condicionamiento no está vinculado a que éste afecte a la totalidad de los fondos destinados a la financiación sanitaria. La experiencia canadiense abonaría

incluso el criterio de que basta el condicionamiento de una pequeña parte. Parece razonable pensar, en todo caso, que esa capacidad de condicionar la organización y provisión de los servicios será mayor cuanto mayor sea la proporción de fondos afectada (lo que es, evidentemente, una merma de la autonomía política de las entidades descentralizadas en lo que respecta a esos servicios y prestaciones); e incluso podría preverse la existencia de un cierto "umbral de condicionamiento", por debajo del cual no fuera eficaz éste.

De cualquier forma este umbral no puede tener un carácter objetivo, sino que debe ser la resultante de dos fuerzas contrapuestas en cada caso: la tendencia a expresar la propia capacidad y autonomía (nacional o regional) en términos de una organización y prestación diferenciada de los servicios por parte de cada entidad descentralizada, y el mantenimiento de unos servicios sanitarios similares de cobertura universal en el conjunto de un Estado, como una expresión de los equilibrios sociales en el conjunto de éste último.

Por otra parte, la experiencia de la necesidad de condicionantes en la percepción de fondos de financiación para mantener la cohesión de organizaciones descentralizadas dotadas de autonomía política no es peculiar de los servicios sanitarios. Otras instituciones de carácter más amplio, como la Unión Europea, mantienen un funcionamiento parecido. La capacidad de inducir determinados comportamientos en diversos terrenos por parte de los Estados miembros está en buena parte en relación con la percepción de beneficios por parte de aquéllos; beneficios que a veces adoptan formas tan directas como los fondos de distinto tipo que son distribuidos desde el órgano central, en este caso la Comisión Europea.

Debe, pues, valorarse si es posible mantener una organización de garantía universal y servicios homogéneos si no se dispone de alguna clase de capacidad de distribución de los fondos destinados a los servicios sanitarios desde un órgano central de éstos.

(El ejemplo de la Unión Europea, por otra parte resulta de especial relevancia ahora, como consecuencia de los problemas surgidos en el caso de las "vacas locas". El deseo de las autoridades británicas de "socializar" las ayudas económicas para afrontar el sacrificio, necesario desde el punto de vista sanitario, de un amplio porcentaje de la cabaña vacuna del Reino Unido va a poner en cuestión la capacidad simultánea de imponer condiciones no sólo a posteriori, para la comercialización, sino también en la fase previa del control sanitario del ganado).

- El tercer aspecto a valorar es que las entidades descentralizadas de nivel inferior al estatal son malos agentes para determinar qué prestaciones sanitarias dar con los fondos disponibles, y peores todavía probablemente para revertir la cobertura de prestaciones que se estén dando.

La relación de esta cuestión con la financiación de los servicios sanitarios es directa: lo importante es qué servicios sanitarios se pueden dar con el dinero de que se dispone. Si no se establece esa relación y se facilitan o inducen nuevas demandas (lo

que, en el caso de los servicios sanitarios, no tiene casi límite aparente) el efecto es el descontrol del gasto, y la demanda secundaria de mayores fondos para la financiación sanitaria.

Puestos a delimitar las prestaciones, lo que constituye una de las formas comunes que se están promoviendo para el control del ritmo de crecimiento del gasto sanitario en muchos países, los servicios centralizados (o los órganos centrales de servicios sanitarios descentralizados) parecen gozar de algunas ventajas para llevar a cabo esas tareas.

Las entidades descentralizadas, por el contrario, como se ha analizado en el capítulo tercero para los niveles locales, parecen más sensibles a las presiones locales inmediatas, y a los argumentos específicos de grupos de población que demandan prestaciones adicionales concretas, los cuales pueden tener en muchos casos una presencia territorial más acentuada en ciertos lugares. La oferta de determinadas prestaciones adicionales puede ser, además, un elemento diferenciador específico que hacer valer en el juego político general de las entidades descentralizadas (regionales o nacionales).

La globalización de los fondos que reciban estas últimas puede contribuir a hacer difícil o imposible la diferenciación de los costes atribuidos a unos y otros servicios y prestaciones (los "básicos" y los adicionales), y la salida más sencilla es demandar una cantidad global de fondos mayor, sobre la base de la insuficiencia de los disponibles.

Se trata, en conjunto, de dinámicas contrarias al control del gasto sanitario que, como se señalaba al inicio del capítulo, es un marco actual de los servicios sanitarios que resulta ineludible.

- Un último aspecto a valorar es que las entidades descentralizadas parecen niveles en los que es más fácil recurrir al establecimiento de aportaciones de los usuarios, en forma de copago, tasas por el uso de los servicios u otras, como forma de contribuir a la financiación de los servicios sanitarios y de reducir el gasto público en éstos.

Las razones para ello parecen diversas:

- A esos niveles es sencillo recurrir al argumento de que "no nos dan suficiente financiación", atribuyendo tal deficiencia a los niveles centrales.
- Es posible justificar la necesidad de más fondos por prestaciones añadidas conforme a lo señalado en el apartado anterior y con independencia de una justificación contable muy rigurosa. Pedir "un poco más" a los ciudadanos porque "lo que les damos es más y mejor" siempre garantiza una cierta audiencia.
- Las demandas de pagos adicionales, si no son individualmente excesivos, pueden contribuir a una cierta sensación de privilegio en zonas con un nivel de renta más alto, siempre que se acompañen de alguna ventaja añadida, no tanto en

prestaciones concretas como en la forma de prestar ciertos servicios (por ejemplo, derecho a habitación individual o ciertas ventajas hoteleras en servicios hospitalarios, u otras).

Los efectos de esas medidas, como se ha señalado, no disminuyen el gasto sanitario global y, si disminuyen el gasto público, lo hacen a costa de inequidades, que pueden contribuir a dificultar el acceso a servicios fundamentales por parte de algunos grupos de población, a cambio de ampliar otros servicios no esenciales, como se describe en el caso canadiense.

Limitar esas posibilidades de financiación de manera uniforme desde niveles centrales de la organización de los servicios sanitarios parece la solución en estos casos.

Las consideraciones hechas hasta aquí, aunque tienen un valor general, parecen de más fácil aplicación y solución en los casos en que la situación real permite un condicionamiento parcial o total de los fondos sanitarios por parte de una entidad central. Cuando la situación es la contraria, es decir, las entidades descentralizadas vienen recibiendo su financiación sanitaria de manera incondicionada, y más aún si ésta es autónoma, resulta más difícil todavía volver atrás, y someter a entidades dotadas de responsabilidad política propia a controles y distribuciones condicionadas de los fondos.

Algunas reflexiones sobre esta cuestión se apuntan en diversos capítulos y apartados de este libro sobre la situación, resultados y perspectivas de futuro del sistema sanitario español. Basta decir aquí, en todo caso, que cualquier actuación en una línea de "recentralización" relativa, por sí misma difícil, requiere el acuerdo de autoridades políticas diferentes sobre el interés prioritario de los servicios sanitarios como elemento aglutinador del Estado, más que como elemento diferenciador de las entidades descentralizadas.

(5) El papel de un órgano de distribución de fondos

En los sistemas en que se produce una "devolución", otra cuestión que se plantea en cuanto a la financiación de los servicios sanitarios descentralizados, en especial si ésta consiste en la distribución de fondos obtenidos centralmente, es qué agente central debe llevar a cabo esa labor.

Las variantes fundamentales que pueden darse son que ese papel le corresponda directamente al Ministerio de Hacienda, o equivalente, del país respectivo o que, por el contrario, el Ministerio de Sanidad, o su homónimo que exista, desempeñe en esas funciones un papel principal.

Este aspecto, que pudiera parecer intrascendente, adquiere importancia especial precisamente en el contexto global de control del gasto sanitario al que se hacía referencia al principio.

Frente a él, los Departamentos de Hacienda, responsables de las finanzas públicas de los países respectivos, tienden normalmente a valorar de manera principal los aspectos glo-

bales del problema, y a proponer medidas generales de recorte no específicas. Desde otro punto de vista, y ante déficits globales de financiación pública, son más proclives a la introducción de medidas de aportación complementarias, sin tener en cuenta sus repercusiones sanitarias o sobre el acceso a los servicios, sino sólo los efectos económicos de aquéllas.

El papel de los Ministerios de Sanidad o Salud puede ser diferente a la hora de enfrentarse al control del gasto. El conocimiento y la responsabilidad de las materias específicas pueden aportar el valor añadido del control específico y los recortes "dirigidos", y permiten establecer con más facilidad la relación entre la financiación y las prestaciones, dentro de los marcos globales que corresponde establecer a los Departamentos económicos.

En todo caso, sea cual sea el rango organizativo que se adopte, la utilización de criterios propios del sector sanitario a la hora de distribuir y controlar el gasto constituye un elemento importante para el buen funcionamiento y la coordinación sectorial.

c. Procesos de delegación y privatización

Desde el punto de vista de la financiación, ambos tipos de procesos de descentralización presentan aspectos comunes, por lo que se han agrupado para su exposición. Esos aspectos se refieren a distintas cuestiones:

(1) Sostenimiento de redes diferentes

En primer lugar, al sostenimiento de redes de centros distintas para atender a los diferentes grupos de población cubiertos por cada uno de los sistemas descentralizados.

Es habitual en muchos discursos políticos recurrir a la imagen de la utilización de "todos los medios, públicos y privados" para mejorar la atención de los ciudadanos y, en relación con ello, presentar las ventajas que para esa "utilización universal" conceden las formas de descentralización descritas.

Los problemas derivan del grado de suficiencia de las redes de utilización pública que existan. Cuanto mayor sea éste, facilitar la introducción de medios adicionales supone disminuir los fondos disponibles para cada tipo de recursos que, por otra parte, no pueden suprimirse, lo que es contrario a la eficiencia precisa. El final de la espiral termina o bien en inequidades, de especial importancia si consisten en el deterioro de los medios usados por los grupos más amplios de población, o en la demanda de fondos adicionales, contraria al necesario control del gasto sanitario.

(2) Distribución de fondos a entidades públicas y privadas

Una segunda cuestión tiene relación con la forma de distribución de los fondos destinados a los servicios sanitarios.

Si se trata de situaciones de descentralización de los tipos descritos ya establecidas previamente, lo normal es que existan vías de financiación distintas y diferenciadas para cada una de las entidades descentralizadas. Esa situación puede poner en cuestión si se da un uso eficiente de los recursos, o el uso de economías de escala podría mejorar aquél.

Pero las cuestiones más importantes se plantean si, partiendo de una situación de centralización y globalización de los recursos, se pretende pasar a una descentralización que suele ser de carácter parcial y para colectivos determinados de alguno de los tipos a que venimos haciendo referencia ahora.

En estos casos se trata de establecer coeficientes o vías de financiación específicas para las nuevas entidades descentralizadas. Dependiendo de cómo se establezcan éstas, la segregación de los fondos específicos para los servicios descentralizados desde los fondos globales puede resultar lesiva para aquéllos, o beneficiosa para los mismos y perjudicial para los que permanecen bajo la cobertura general.

Esta cuestión se ha analizado en el capítulo segundo para el caso concreto de los fundholdings británicos. Cabe recordar que en ese caso se ha descrito una distribución de los fondos sobre bases de gasto histórico que, según diversas observaciones, pueden estar favoreciendo en su aplicación concreta a las nuevas entidades constituídas.

Puesto que las líneas de reforma de los servicios sanitarios más difundidas en el momento actual pasan por el establecimiento de formas de gestión descentralizada como las citadas, cabe esperar como más probable que la financiación de este tipo de entidades goce de una consideración preferente, lo que puede plantear problemas de equidad en la distribución, a los que también se ha aludido y que se vuelven a analizar en el capítulo siguiente.

Por otra parte, si esa clase de entidades tiene sistemas de financiación más costosos, esa misma situación constituye un límite para su generalización, salvo incrementos globales del gasto, que no están dentro de lo previsible en el contexto general en el que se mueven los servicios sanitarios.

(3) *Procesos de delegación y privatización y el control del crecimiento del gasto sanitario*

La tercera cuestión que se plantea en estos casos es qué repercusión tienen estas formas de descentralización sobre los límites a la financiación y el control del crecimiento del gasto sanitario.

Esta cuestión tiene varios niveles de respuesta.

El primero debería tener que ver con el conocimiento de la eficiencia real de esas nuevas formas de gestión descentralizada y la comparación con las otras formas de organización y gestión de los servicios sanitarios. Sin embargo, si algo caracteriza la situación de la introducción de este tipo de reformas, es la ausencia de valoraciones explícitas y

generales sobre la eficiencia macroeconómica de los nuevos sistemas, ya subrayada en capítulos anteriores y en la introducción general de este mismo. Algunas observaciones citadas permiten incluso considerar que en ciertos casos el efecto que se está produciendo es un aumento del gasto (o la necesidad de una mayor financiación), aunque luego éste se pretenda justificar por la mejora de los servicios producidos y/o el aumento de la satisfacción de la población atendida.

A falta de estudios generales de los efectos de estas reformas son de interés los estudios generales comparados de sistemas sanitarios, que se mencionan ya al principio del capítulo, y que señalan a los sistemas del tipo de los Servicios Nacionales de Salud como los más eficientes.

Un aspecto añadido es que los sistemas sanitarios organizados sobre la base de sistemas de seguro o privados tienen también costes de administración más elevados que los Servicios Nacionales de Salud (4, pag 35 a 39; 6; 7; 24). Es muy probable que el mismo efecto se esté produciendo con la introducción de estos tipos de reformas, aunque los sistemas de seguimiento establecidos dificulten su demostración. De hecho, se ha observado la elevación de esos costes tras las reformas en el Reino Unido (4, pag 38). Este aumento se considera una consecuencia "necesaria y aceptable" de los sistemas que persiguen aumentar la microeficiencia de los centros, siempre que con ella se consiga compensar esos incrementos, lo que también está por demostrar.

Un último aspecto de la cuestión se refiere a que con las formas de descentralización señaladas se produce un cambio de los mecanismos de seguimiento y control presupuestario y financiero, junto con una modificación de los mecanismos de gestión y control del gasto. Las repercusiones de esos cambios son múltiples, y su importancia es mayor cuanto mayor sea la extensión de las nuevas formas organizativas:

- De una parte, si éstas provocan mayores niveles de gasto y el incremento es de un grado suficiente, pueden inducirse otras limitaciones a servicios y prestaciones de los servicios no descentralizados para contribuir a la limitación global del gasto.
- Por otro lado, las vías de limitar el gasto en las distintas formas de organización son también diferentes, lo que puede promover desigualdades en las prestaciones de unos y otros colectivos, según el régimen de cobertura.

(4) *Introducción o aumento de aportaciones de los usuarios en las formas de privatización*

Un aspecto adicional, más característico de las formas de privatización que de las de delegación, es que, sometidas a sistemas presupuestarios y de seguimiento y control diferentes, y en general más laxos, es más fácil y frecuente que en ellas se establezcan vías de aportación de los usuarios como fuente complementaria de financiación.

Todos los sectores privados relacionados con la actividad sanitaria suelen ser expertos en el arte de delimitar los servicios y prestaciones que facilitan y establecer cláusulas restrictivas, sea temporales o de otro tipo, para el uso de aquéllos.

Trasladado al funcionamiento cotidiano de los servicios, es frecuente que todo ello se traduzca en la demanda de aportaciones adicionales por parte de los usuarios para acceder a aquéllos, o que esas aportaciones adicionales se justifiquen con ciertas mejoras (por ejemplo hoteleras, o de otro tipo).

Esa clase de medidas resulta más difícil de regular y controlar cuanto más lejos de los servicios públicos se producen, y pueden verse favorecidas por circunstancias de limitación del gasto público, que son generales, como se indicaba al principio, y semejantes a las que se describían en los procesos de devolución.

Las modalidades de copago en los servicios sanitarios (no exclusivas de las formas de organización privada de los servicios, aunque sí más generalizadas y características de éstas) son múltiples y pueden afectar a distintos niveles o prestaciones de aquéllos. Entre las más comunes se encuentra la aportación de mayor o menor grado a la compra de medicamentos (4, pag 61 y sig).

La filosofía que sustenta todas las variantes, sin embargo, es común: se trata de considerar que el incremento del gasto sanitario se debe en buena parte al aumento de la demanda, y que ésta podrá frenarse y limitarse a los niveles "necesarios" o "apropiados" si se establecen barreras económicas al acceso.

Desde un punto de vista general, el mercado sanitario se caracteriza por la capacidad de la oferta para inducir la demanda, como consecuencia de la asimetría de información que se produce entre proveedores y usuarios o pacientes. Esa observación debería suponer las primeras cautelas teóricas sobre este tipo de medidas.

Por otra parte, como se ha indicado en la introducción de este capítulo, las valoraciones más recientes acerca de las razones de crecimiento del gasto sanitario no apuntan a los factores de demanda como responsables más importantes de éste, sino que, por el contrario, señalan a los factores dependientes de la oferta de servicios (la innovación tecnológica; el crecimiento de los precios sanitarios superior a la inflación), en coherencia con el análisis teórico indicado antes.

Por último, se reconoce la limitación de la información de que se dispone y la incertidumbre que se deriva de ella en cuanto a la medida de la elasticidad de la demanda de atención sanitaria (4, pag 61).

Esas razones son acordes con los análisis de los resultados de la introducción o aumento de las formas de copago en la financiación de los servicios sanitarios. Conforme a los análisis más comunes (4, pag 61-64; 10; 25; 26) los sistemas de copago:

- Pueden contribuir a disminuir el gasto público en salud, pero no está demostrado que contribuyan a disminuir el gasto sanitario global.
- Actúan disminuyendo la utilización de los servicios, pero la distribución de ese decremento es desigual: la frecuentación de los que siguen usando los servicios puede mantenerse básicamente igual, pero desaparecen como usuarios determinados grupos de población.

- La configuración de esos grupos tiene que ver fundamentalmente con el nivel de ingresos (se excluyen de los servicios los grupos de población de menor nivel de ingresos) y plantea, como consecuencia, importantes problemas de equidad, más valora- bles si se considera que los niveles de salud tienen una relación inversa con el nivel de ingresos.
- Tienen importantes costes administrativos para su introducción, que se incrementan más aún si se quieren evitar los afectos perversos citados a través de la exención de las contribuciones a determinados grupos de enfermos (por ejemplo los crónicos) o a la población de ingresos más bajos.

d. Importancia central de la información económica

A lo largo de las exposiciones de los problemas que afectan a la financiación de cada uno de los tipos de descentralización sanitaria posibles se ha puesto de relieve que, de una u otra forma, todos ellos se reducen fundamentalmente a cómo distribuir los fondos destinados a la financiación sanitaria entre las entidades descentralizadas y a cómo justificar la distribución efectuada, tanto entre aquéllos como hacia el exterior del Sistema Sanitario, en especial los sectores económicos de las Administraciones, que demandan el control del gasto.

En todo ello ocupa un lugar principal la información económica de los servicios descentra- lizados. Ésta, a su vez, debe ser suficientemente pormenorizada como para permitir distinguir los efectos de la financiación disponible y su suficiencia o no en relación con los servicios y presta- ciones dados, y los derivados de la gestión realizada por cada una de las entidades descentra- lizadas, dentro de los márgenes que tengan atribuidos.

Esos objetivos, aparentemente simples, suelen estar lejos de alcanzarse en la realidad de la mayoría de los países. La información económica en el ámbito sanitario suele organizarse en todos los casos (se ha citado el caso de su insuficiencia cuando se diseñó la primera fórmula RAWP en el Reino Unido, en 1976; la misma situación se ha descrito para el seguimiento de las reformas más recientes introducidas en aquel sistema (35); lo mismo podría decirse del caso espa- ñol todavía ahora, y cabría aportar otros ejemplos) mucho más tarde que la correspondiente a los datos epidemiológicos o del estado de salud, y también que la correspondiente a la dotación y distribución de recursos sanitarios específicos (camas hospitalarias, dotación tecnológica, per- sonal u otras).

Por otro lado, cuanto menos específica es esa información más sencillo es atribuir los pro- blemas a los déficits globales de financiación y promover como solución a esos déficits incre- mentos globales del gasto, eludiendo las comparaciones entre los efectos de la gestión de unas y otras entidades descentralizadas.

Ya se han apuntado las razones por las que se considera que la solución para hacer un uso más eficiente de los recursos sanitarios no pasa necesaria ni preferentemente por la descentra- lización de la obtención de los fondos económicos destinados a sanidad. Por el contrario, el sumi- nistro de los datos económicos que se acuerden para esos fines por parte de las entidades des- centralizadas sí debe ser uno de los condicionantes fundamentales y obligados para la distribución y percepción de la financiación que proceda distribuída desde niveles centrales.

3 Financiación sanitaria pública en España en el contexto de la descentralización

Hablar de la financiación de cualquier sistema sanitario puede hacerse desde diferentes puntos de vista. Hacerlo en relación con un proceso de descentralización obliga a adoptar un sesgo específico que permita subrayar, dentro del marco global de la financiación, los aspectos que tengan más interés y relación con aquél y no tanto una descripción general del sistema orientada hacia otras cuestiones.

Asumiendo, por tanto, las limitaciones de un enfoque que por sus propias características es parcial, pasan a describirse los aspectos considerados fundamentales de la financiación del sistema sanitario español como sistema descentralizado. Son los siguientes:

a. Dos vías de financiación para los servicios sanitarios

En la introducción general de este libro se hizo una descripción sucinta de la situación de los servicios sanitarios en España con anterioridad al comienzo del proceso de descentralización.

Los servicios englobados en el concepto amplio de "Salud Pública", incluidos los de planificación y la información sanitaria, junto con una red de hospitales y centros monográficos orientados a las "luchas sanitarias" de otra época (hospitales antituberculosos y de "enfermedades del tórax", centros relacionados con las "luchas antivenéreas" y otros dedicados a enfermedades infecciosas) constituyen un conjunto que tradicionalmente se mantuvo bajo la dirección y el control de una Dirección General de Sanidad, que dependía del Ministerio de la Gobernación (luego Ministerio del Interior). La financiación de estos servicios corría a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, obteniéndose los ingresos necesarios a través de impuestos.

Por su parte, los servicios sanitarios asistenciales fundamentales, que fueron desarrollándose desde los años de la posguerra española de manera progresiva, con una gran aceleración a partir de finales de la década de los sesenta y principios de los setenta, dependían de la Seguridad Social, tanto desde el punto de vista de su organización como de la financiación de los mismos.

Las fuentes de esa financiación eran en este último caso las cuotas patronales y laborales de la Seguridad Social, de las que una parte se destinaba a estos fines, y esas aportaciones eran complementadas en una proporción inferior por aportaciones del Estado.

El conjunto de los fondos de Seguridad Social iban a parar a una Caja Única, gestionada por un organismo también único, el Instituto Nacional de Previsión. Esta situación cambió en 1978, tras la instauración del régimen democrático. En aquel momento se constituyeron tres Institutos diferentes, denominados de la Salud (INSALUD), de la Seguridad Social (INSS) y de Servicios Sociales (INSERSO), encargados de gestionar las prestaciones sanitarias, las pensiones, y los servicios sociales, respectivamente. La reforma, sin embargo, mantuvo el principio de caja única, que a partir de ese momento es gestionada por otro organismo, la Tesorería General de la Seguridad Social, que distribuye los fondos entre las tres entidades gestoras citadas con arreglo a los

presupuestos aprobados para cada uno de ellos, aunque con amplios márgenes de discrecionalidad para el libramiento efectivo de los fondos en cada caso.

A la hora de distribuir las competencias entre las Comunidades Autónomas, como se ha descrito en distintas ocasiones en este texto, se ha mantenido en la práctica la división entre unos y otros servicios sanitarios:

(1) Financiación de la "sanidad e higiene"

La totalidad de las Comunidades Autónomas han recibido, bajo el epígrafe general de "Sanidad e higiene", las competencias, y los medios necesarios para ejecutarlas, descritas en el primero de los casos, correspondientes al ámbito de la "Salud Pública", más la red de centros descrita antes existente en el territorio respectivo.

La forma de financiación de esos servicios transferidos es la misma que se ha establecido para dotar todas las actividades y servicios que se venían financiando con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. Ese sistema de financiación está establecido en una Ley de alto rango, la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (Ley 8/1980, de 22 de septiembre).

Dicha norma fija una serie de principios generales (equilibrio y solidaridad entre las diversas nacionalidades y regiones, ausencia de privilegios económicos y barreras fiscales en el conjunto del territorio español, suficiencia de recursos para el ejercicio de las competencias propias de las Comunidades Autónomas). A su vez, prevé unos mecanismos de obtención de los fondos para tal financiación:

- Tributos propios de cada Comunidad Autónoma.
- Participación en los ingresos del Estado y recargos sobre los impuestos estatales.
- Ingresos procedentes de su patrimonio y productos de las operaciones de crédito.
- Otros.

No es posible describir aquí de manera más pormenorizada cómo se calcula la financiación concreta de cada Comunidad Autónoma, lo que ha sido objeto de diversas modificaciones y que ahora, dado que el plazo de vigor del sistema finalizaba con el año 1996, se ha sometido a nuevas discusiones y una modificación sustancial, con la cesión del 30% del IRPF recaudado en el territorio respectivo a cada una de las CC.AA. que acepten el sistema. Pueden para eso consultarse otros textos (27), así como algunos análisis sobre sus problemas y posibles vías de solución (28).

Lo que interesa resaltar es que una parte de los servicios, los ya descritos, cuya competencia se ejerce por todas las Comunidades Autónomas, se financian de manera independiente de la otra parte de los servicios sanitarios. Y que los fondos que cada una de

las Administraciones correspondientes reciben para esos fines los perciben de manera conjunta, simultánea, y calculada de una forma común y semejante, con la financiación que se destina a otros servicios no sanitarios; añadiéndose a ello que cada Comunidad Autónoma tiene la capacidad de distribuir luego el conjunto de esos fondos entre los diferentes servicios que gestiona con arreglo a sus propios criterios.

El sistema prevé, además, la garantía por parte del Estado en todo el territorio español de un nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales de su competencia, y aportaciones complementarias destinadas a garantizar el nivel mínimo de dicha prestación (considerado como el nivel medio de los mismos en todo el territorio nacional) cuando una Comunidad Autónoma no pudiera alcanzar ese nivel mínimo del conjunto de los servicios públicos fundamentales que haya asumido. Pero esa previsión, que no cabe entender dirigida a otros servicios sanitarios que la parte de éstos financiados con arreglo al sistema de financiación descrito en la propia norma (por tanto, no a los servicios dependientes de la Seguridad Social, que tienen una financiación distinta), no ha dado lugar hasta ahora a ninguna compensación en el ámbito de los servicios sanitarios (ni en otros).

Por su parte, la misma norma prevé un Fondo (denominado "de Compensación Interterritorial") financiado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, cuyo desarrollo se ha regulado por una Ley (Ley 7/1984, de 31 de Marzo) destinado a gastos de inversión en los territorios comparativamente menos desarrollados con arreglo a ciertos criterios (inversa de renta por habitante; tasa de población emigrada en los últimos años; porcentaje de desempleo sobre la población activa; superficie territorial; insularidad y otros). Algunas de las cantidades obtenidas por determinadas CC.AA. por esa vía se han destinado a inversiones sanitarias (fundamentalmente construcción de centros), con independencia de que esos centros se gestionen luego por unas u otras entidades.

(2) Financiación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social

Los servicios sanitarios asistenciales más importantes, provistos originalmente a través de la red de centros propia de la Seguridad Social y otros centros concertados con la misma, tienen una forma de financiación diferente, además de una distribución competencial distinta.

De entrada, es preciso señalar que sólo una parte de las Comunidades Autónomas (en la actualidad siete de las diecisiete existentes, diferenciadas con arreglo a criterios y procedimientos ya descritos en el capítulo quinto) son de momento competentes para gestionar estos servicios. Esas siete Comunidades Autónomas, sin embargo, suponen alrededor del 60% de la población, lo que, con arreglo a los criterios de distribución de fondos que se describe un poco más adelante, tiene un valor especial.

Hay que decir, además, que el proceso de descentralización no ha supuesto un cambio en la adscripción presupuestaria de estos fondos, que se mantienen en el ámbito de la Seguridad Social y distribuyéndose por la Tesorería General a partir de la caja única.

Esto es así incluso aunque a partir de 1988, fecha en la que, a cambio de que la Seguridad Social se hiciese cargo de determinadas prestaciones no contributivas antes financiadas por el Estado, éste, a través de aportaciones finalistas, pasó a financiar hasta el 70% del presupuesto para estos servicios asistenciales (en 1995 la cantidad fué superior al 80%, y para 1997 está previsto que llegue al 95%, como se ha indicado).

La distribución de las partes correspondientes a las Comunidades Autónomas con competencias se hace con arreglo a criterios específicos establecidos en una ley también específica, la Ley General de Sanidad, de 1986, que se refiere a la distribución de estos fondos, y no así a los comprendidos en el apartado anterior. Esta Ley, en su articulado (fundamentalmente el artículo 82 de la misma) no prevé una distinción entre la distribución de los fondos para gastos corrientes y los destinados a inversiones y, aunque hace referencias genéricas a la orientación del gasto sanitario, a la corrección de desigualdades sanitarias y a garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos (artículo 12), no establece mecanismos específicos para ello, ni niveles de comparación que permitieran valorar esas desigualdades.

Los criterios de distribución establecidos en la Ley, mediante un sistema de coeficientes, hacen referencia a la "población protegida" de cada territorio, y los fondos atribuidos a cada una de las Comunidades Autónomas tienen carácter finalista, aunque se trata de una finalidad "global" sin distribución interna por grupos o niveles de servicios.

El sistema no ha funcionado siempre así. Hasta 1988 las dos Comunidades Autónomas que habían recibido la competencia de la gestión de estos servicios, Cataluña y Andalucía, tenían solamente la facultad de gestionar los "créditos" que el INSALUD tenía fijados en su presupuesto para atender las necesidades sanitarias en los territorios respectivos. A partir de aquel año, sin embargo, y como consecuencia de un cambio aparentemente sólo contable y procedimental, pero de gran trascendencia, esas Comunidades Autónomas (y con posterioridad las cinco restantes que en plazos sucesivos han ido recibiendo esta competencia) han asumido una autonomía plena presupuestaria, contable y de gestión de pagos, que se traduce no en la gestión de unos créditos, sino en unas transferencias monetarias de carácter finalista (con problemas de tramitación que luego se expliquen) a distribuir con arreglo a sus propios criterios, con la única condición de cubrir con el conjunto de los fondos las prestaciones sanitarias que la Ley de Seguridad Social garantiza a sus beneficiarios.

(3) Otros aspectos complementarios

La caracterización de las dos vías de financiación a las que nos venimos refiriendo se completa con algunos datos complementarios:

- Los fondos correspondientes a la segunda de las vías de financiación descritas supone alrededor del 70-75% de los fondos públicos destinados a actividades y servicios sanitarios, mientras que la primera (junto con aportaciones menores de otros Departamentos y de las Corporaciones Locales que, por su menor importancia cuantitati-

va, se han obviado, para no hacer la descripción más compleja) constituyen el porcentaje (25-30%) restante (29).

- El esfuerzo presupuestario de las Comunidades Autónomas para la financiación de los servicios de "Sanidad" descritos que, como se ha indicado, tienen un mayor margen de discrecionalidad por parte de dichas Administraciones, es muy variable de unas a otras. Aunque una parte importante de las diferencias tiene probablemente que ver con el número y características de los centros del carácter descrito incluido en esos servicios dentro de cada territorio, se revelan también diferencias en la atención e importancia que las Comunidades Autónomas dan a los servicios sanitarios dentro del conjunto de sus responsabilidades (30; 31).

b. Peculiaridades del establecimiento del presupuesto global

Este apartado, como los siguientes, se refiere a la parte del presupuesto correspondiente a la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que, como se ha indicado antes, supone alrededor del 70% de los recursos públicos destinados a los servicios sanitarios.

Dejando aparte el hecho de que desde 1988 es el Estado quien aporta la mayor cantidad de estos fondos, desde el punto de vista de la descentralización el dato más llamativo a resaltar es cómo se establece el presupuesto global de esa parte.

El artículo 82 de la Ley General de Sanidad, la norma específica que contiene previsiones determinadas para la elaboración de los presupuestos de estos servicios, indica que cada una de las Comunidades Autónomas con competencias en la materia deben remitir al Ministerio de Sanidad sus previsiones presupuestarias para el año siguiente, con el conjunto de las cuales el Departamento citado confeccionará el proyecto de presupuestos, que deberá ser sometido a las Cortes Generales para su aprobación.

Esa previsión no se ha cumplido en la práctica, e incluso cabe preguntarse si es posible que se cumpla, pues, de elaborarse el presupuesto por ese mecanismo, es probable que cada una de las Comunidades Autónomas con competencias en la materia estableciese más que un anteproyecto de presupuestos un conjunto de deseos, respecto de los cuales sería preciso recortar, para lo que serían en todo caso necesarios unos criterios de distribución.

El mecanismo de establecimiento del presupuesto global ha seguido en la realidad un procedimiento especial: cada año, como se indica en el cuadro 6.2, el Ministerio de Sanidad y Consumo presenta el presupuesto correspondiente al Instituto Nacional de la Salud en su porción no transferida a las Comunidades Autónomas. La población atendida por los servicios no transferidos del propio INSALUD constituye un porcentaje de la población total. Utilizando una sencilla regla de tres, en la que el porcentaje del presupuesto del INSALUD no transferido respecto al presupuesto total es el mismo que el de la población atendida por el INSALUD no transferido respecto a la población total, se obtiene, mediante la proyección del primero, el presupuesto total del sistema.

La distribución a cada una de las Comunidades Autónomas con transferencias en la materia se hace con arreglo a un sistema de coeficientes que se describe en el apartado siguiente.

Dejando al margen otras cuestiones, un problema principal es que con este sistema de cálculo una proporción cada vez menor de la población y, por tanto, de los servicios (en la actualidad menos del 40%) se convierte en la referencia para el establecimiento del presupuesto del conjunto del Sistema Nacional de Salud (que es la suma de todos los servicios asistenciales).

Esa tendencia contradictoria es creciente: a medida que se vayan transfiriendo estos Servicios a más Comunidades Autónomas, una parte cada vez menor determinaría el presupuesto del conjunto.

En el límite, sin embargo, el método resultará inservible: cuando estén transferidas estas competencias a todas las Comunidades Autónomas es decir, desaparecido por completo el INSA-LUD no transferido, será preciso un nuevo método, pues habrá desaparecido el referente parcial para establecer el presupuesto global.

c. Cálculo de la financiación de cada Comunidad Autónoma para asistencia sanitaria

(1) Utilización de coeficientes

El mismo artículo 82 de la Ley General de Sanidad establece que la distribución a cada Comunidad Autónoma debe hacerse siguiendo el criterio de la "población protegida".

El mismo precepto legal, sin embargo, establece un sistema inicial de financiación no consistente en ese criterio, sino en la percepción de la parte proporcional de los fondos que se gasten en cada caso en cada territorio autonómico el año anterior a la transferencia. A partir de esa cifra porcentual, se establece en la misma Ley un período de diez años, durante los cuales, por décimas partes de la diferencia positiva o negativa cada año, debe producirse la adaptación de ese porcentaje hasta llegar a la citada cifra de "población protegida".

Ese último concepto no es unívoco, sino que se ha fijado en cada caso para cada una de las Comunidades Autónomas que recibían la transferencia, en el momento de acordar ésta, y con el instrumento legal (un acuerdo entre el Gobierno central y la Comunidad Autónoma respectiva) con que se lleva a cabo esa transferencia.

La base de cálculo de esa "población protegida" era el censo disponible en cada caso (en España el censo se realiza cada diez años). A esa población se le restan los colectivos que tienen un régimen de cobertura diferente al general de la Seguridad Social. Pero esos colectivos han sido distintos según los casos (en todos los casos se ha restado la población de funcionarios cubiertos por entidades privadas; la diferencia más notable ha sido la exclusión o no de la población cubierta en cada territorio por el Instituto Social de la Marina, que venía manteniendo un régimen de cobertura y asistencia especial, y que en ciertos territorios supone una proporción importante (ver cuadro VI.1).

Cuadro VI.1. Criterios de distribución de recursos entre Comunidades Autónomas

Criterio aplicable	C. Autónoma
1. Porcentaje de coste de los servicios en el momento del traspaso	Valencia
2. Porcentaje de coste de los servicios en el momento del traspaso, excepto para la inversión nueva en la que se aplica el porcentaje de población de derecho	Andalucía (*)
3. Población de derecho en el momento del traspaso, con un período transitorio de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios	Cataluña
4. Población protegida en el momento del traspaso, con un período transitorio de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios	Galicia
5. Índice de imputación del cupo y de la aportación	País Vasco Navarra

(*) Como consecuencia de Resolución de 23 de noviembre de 1993 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se aplica al período 1986-1991 el coeficiente de población protegida en el momento del traspaso, con un período transitorio de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios. A partir de 1992 se aplica el coeficiente de población protegida actualizado a partir del censo de población de 1991.

Fuente: "Bases para la reforma del sistema de financiación de la asistencia sanitaria Dirección General de Presupuestos Ministerio de Economía y Hacienda. Enero 1994.

Otra diferencia importante ha sido la temporal. Puesto que las transferencias en esta materia han sido muy dispersas en el tiempo, los procesos de inicio y finalización de los períodos de adaptación descritos eran igualmente dispersos.

También se han producido diferencias en la aplicación real de los procesos de adaptación, que no se han venido aplicando a diferentes Comunidades Autónomas en ciertos períodos, sobre todo cuando les suponía ir descendiendo en el porcentaje percibido del presupuesto global, alegando para ello modificaciones en la población real entre un censo y otro.

Una última peculiaridad la constituyen las Comunidades "Forales" (conforme a la Constitución española se rigen por fueros anteriores, y no por las normas comunes al resto de las Comunidades Autónomas). Éstas perciben una proporción no correspondiente a la población, sino a una cifra de financiación que se aplica a todos los servicios dependientes de esas Administraciones, que se conoce como "cupos" (describir este método especial, que resulta beneficioso para las Comunidades citadas, nos distraería de nuestro objetivo principal).

Los porcentajes recibidos anualmente por cada Comunidad Autónoma desde 1984 se recogen en el cuadro VI.2.

Cuadro VI.2. Porcentajes de asignación de recursos económicos a las Comunidades Autónomas según los servicios transferidos de INSALUD

Comunidad Autónoma	Porcentajes previos al nuevo plan de financiación 1984-1993												Porcentajes del nuevo plan de financiación 1994 - 1997			
	1981 1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Cataluña	--	16,3	16,25	16,20	16,15	16,10	16,05	16,00	15,95	15,90	15,85	15,90	15,99	15,99	15,99	
Andalucía -Inversión		17,47 17,09	17,47 17,09	17,51*	17,55	17,59	17,63	17,67	17,71	17,72	17,72	17,72	17,72	17,72	17,72	
Valencia							9,62	10,18	10,18	10,18	10,18	10,18	10,09	10,07	10,05	
País Vasco**							5,72	5,72	5,72	5,72	5,72	5,684	5,648	5,612	5,576	
Galicia									6,044	6,158	6,272	6,462	6,651	7,03	7,03	
Navarra***									1,185	1,185	1,185	1,222	1,259	1,296	1,33	
Canarias												3,917	3,910	3,904	3,896	

*Porcentaje asignado con efectos retroactivos por Resolución del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 23 de noviembre de 1993

**Porcentajes con cargo al Presupuesto del Insalud. La asignación total de recursos, sin embargo se hace: para el País Vasco, por el porcentaje de Cupo (6,24%); para Navarra, por el índice de imputación de la aportación foral al Estado (1,6%)

Fuente: Presupuesto del INSALUD cap. 3 en la elaboración de los Presupuestos de la Seguridad Social. Barea Tejero, J. (compil.). Farmaindustria. Madrid. 1996

(2) Diferencia entre créditos iniciales y finales

La financiación autonómica descrita se refiere a los créditos iniciales.

Sin embargo, la propia Ley General de Sanidad prevé una participación de las Comunidades Autónomas en las liquidaciones y ampliaciones de crédito que tuvieran lugar durante el año o al finalizar aquél.

Siguiendo el mismo método descrito en el apartado anterior, esa ampliación de los créditos se ha venido haciendo tomando como referencia las ampliaciones y la liquidación final realizadas en el ámbito del INSALUD no transferido.

Cada Servicio de Salud transferido recibía la proporción correspondiente a su población, tomando como referencia la misma cifra que resultase de aplicación cada año conforme al método descrito antes.

Sin embargo, se venían produciendo diferencias temporales en la recepción de las cantidades correspondientes a esos créditos ampliados o a la liquidación final del presupuesto: mientras el INSALUD no transferido los recibía de manera automática una vez aprobados, las Comunidades Autónomas debían esperar a que esas cantidades se hubieran incluido en el presupuesto consolidado al cierre del ejercicio. Esa diferencia suponía meses de demora en la recepción, que ha venido siendo denunciada por las Comunidades Autónomas como perjudicial para su gestión, que las llevaba a endeudarse.

Las diferencias anuales entre los créditos iniciales y las cantidades recibidas finalmente en años sucesivos por el conjunto del Sistema nacional de Salud (cantidades que se repartieron a las Comunidades Autónomas que tenían asumida la transferencia del INSALUD cada año con arreglo al sistema de coeficientes descrito, siendo el resto administrado por el INSALUD no transferido) pueden verse en el cuadro VI.3. En dicho cuadro se diferencia además entre gasto efectivo (el producido "realmente" durante el ejercicio, siempre teniendo en cuenta que no se trata de la suma del gasto llevado a cabo por el INSALUD no transferido y cada una de las CC.AA., sino de la proyección del gasto del INSALUD no transferido, mediante el sistema de coeficientes) y presupuesto liquidado, que corresponde a las obligaciones reconocidas atribuidas al ejercicio.

d. Dificultad del acuerdo sobre coeficientes

El criterio para la distribución de la parte del presupuesto destinada a los servicios sanitarios asistenciales ha sido, como se ha indicado, específico, y vinculado al concepto de "población protegida" descrito, de carácter variable.

Dada la imprecisión del propio concepto, éste permitía la inclusión de correctores sobre la población censal que, sin embargo, no se incluyeron en los cálculos llevados a cabo en cada uno de los casos.

La valoración de circunstancias diferentes que tienen relación con el uso de los servicios o, desde un punto de vista teórico, con las "necesidades sanitarias", ha llevado a que desde dis-

Cuadro VI.3. Evolución de presupuestos, gastos y participación en el P.I.B. INSALUD transferido y no transferido (con saneamiento)

Año	P.I.B.	% Incr. interanual P.I.B.	Ppto. inicial	Ppto. liquidado	Gasto efectivo	Participación en P.I.B.		
						% P. inicial	% P. liq.	% G. ef.
1.982	19.722.635	--	695.447	762.498	--	3,5	3,9	--
1.983	22.531.766	14,24	800.436	843.590	--	3,6	3,7	--
1.984	25.519.539	13,26	875.214	900.756	--	3,4	3,5	--
1.985	28.200.885	10,51	970.354	1.015.666	--	3,4	3,6	--
1.986	32.323.992	14,62	1.049.032	1.154.811	--	3,2	3,6	--
1.987	36.143.972	11,82	1.155.019	1.307.647	--	3,2	3,6	--
1.988	40.158.739	11,11	1.350.682	1.497.547	1.640.000	3,4	3,7	4,1
1.989	45.044.100	12,17	1.574.005	1.795.841	1.892.000	3,5	4,0	4,2
1.990	50.145.200	11,32	1.851.144	2.065.984	2.171.000	3,7	4,1	4,3
1.991	54.900.800	9,48	2.108.863	2.259.351	2.474.869	3,8	4,1	4,5
1.992	59.002.100	7,47	2.389.141	2.845.265	2.775.858	4,0	4,8	4,7
1.993	60.904.300	3,22	2.671.321	2.991.052	2.933.240	4,4	4,9	4,8
1.994	64.673.000	6,19	2.845.480	3.225.516	2.982.301	4,4	5,0	4,6
1.995	69.333.200	7,21	3.224.068	3.312.370(*)	3.228.734(**)	4,7	4,8	4,7
1.996	74.500.500	7,45	3.474.422			4,7		

Fuente del PIB: Hasta 1.993: Anuario Estadístico del I.N.E. 1.994-1.996: Escenario Macroeconómico M^o Economía y Hacienda para el cálculo del escenario del nuevo modelo de financiación de la asistencia sanitaria.

Nota: A partir del año 1.995, ninguna magnitud incluye amortizaciones. El Presupuesto Inicial de 1.996 se corresponde con el Presupuesto prorrogado, más el suplemento de crédito aprobado por Real Decreto-Ley 1/1996, de 19 de enero.

Fuente: Dirección General de Programación Económica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 1.996.

tintas Comunidades Autónomas se propusieran diferentes correctores. Habitualmente éstos tenían que ver más bien con las circunstancias que beneficiarían a la Comunidad Autónoma proponente en la distribución de recursos si se adoptaran esos correctores, que con justificaciones estadísticas de la relación entre los parámetros propuestos y el uso o necesidad de los servicios, como se han descrito en el caso RAWP.

Entre los más citados en las diferentes propuestas se encuentran:

- Las cargas proporcionales de población menor de 5 años o mayor de 65, las cuales se consideran generadoras de mayor uso y gasto de recursos sanitarios.
- La dispersión de la población, o la insularidad, como razones que determinan una organización más compleja y costosa de los recursos.
- Por alguna Comunidad Autónoma se ha llegado a proponer como justificante de una mayor necesidad de recursos el mayor nivel de renta, en cuanto que ésta determina una mayor y más amplia demanda de servicios (36).

Como puede verse, las propuestas son de carácter general y no suponen la introducción de coeficientes específicos sanitarios.

En la ausencia de criterios específicos de financiación basados en sistemas de valoración de las "necesidades" sanitarias y en las posibilidades de adaptación de la financiación general (con arreglo a la LOFCA, citada antes) al sistema sanitario, como ha ocurrido de hecho con la financiación educativa, algunos autores encuentran las bases para que la financiación sanitaria deje de regularse por un procedimiento específico y pase a incluirse en el sistema de financiación general (37).

Quizás el aspecto que resulta de mayor interés de la experiencia española en este caso es la dificultad de acordar ponderaciones o correctores de la población como factor de distribución de recursos si esos correctores no figuran desde el inicio en el sistema de distribución establecido.

Esa misma dificultad se ha hecho patente para introducir otro tipo de correctores previstos en el mismo artículo 82 de la Ley General de Sanidad: se trata en este caso de las compensaciones económicas entre servicios por la atención con los medios de una Comunidad Autónoma de personal con residencia habitual en territorio de otra.

Las razones que motivan esa situación pueden ser diversas y cubrir desde la insuficiencia de ciertos medios de atención en algunos territorios, que exigen que aquélla se preste por otros Servicios de Salud dotados de ellos, hasta las atenciones precisas con motivo de desplazamientos ocasionales, por vacaciones u otras causas.

La distribución territorial y la calidad de esas razones es también diferente: hay zonas preferentemente vacacionales, en las que la "población añadida" demanda atenciones normalmente poco complejas, aunque puede hacerlo en una cantidad importante en períodos concretos; otros territorios son lugar de implantación preferente de tecnologías complejas, que prestan servicios a la población de otros territorios además del propio.

A falta de una información individualizada suficiente, que permita conocer de manera adecuada los flujos de intercambio de pacientes en cada caso, las prioridades de unas y otras Comunidades Autónomas han sido distintas, tanto en la priorización de la obtención de la información que permitiese establecer unas compensaciones objetivas, como en las razones y grupos de población cuyo desplazamiento y atención debieran compensarse, e incluso en la forma de compensación.

Así, unas Comunidades Autónomas preferían perfeccionar los sistemas de información relativos al uso de recursos de atención primaria, o al consumo farmacéutico efectuado por la población con residencia en otros territorios. Otras, por el contrario, han hecho hincapié en la obtención de los datos sobre intervenciones de cirugía compleja.

Lo mismo ha ocurrido con los sistemas de compensación propuestos: en unos casos (en general los mismos en que se muestra más interés por la información de la atención menos compleja) se han propuesto sistemas de compensación caso a caso (que pueden derivar en altos costes de administración para su aplicación); otras, las que reciben pacientes de otros territorios para atención de tercer nivel, por el contrario, han propuesto sistemas globales de compensación por las atenciones prestadas.

Las diferencias entre unas y otras Administraciones no han permitido hasta ahora acordar un sistema de compensación general. La coincidencia tendía a producirse, sin embargo, en el hecho de que el sistema de compensación debería tener carácter complementario a la financiación adicional y no suponer, por el contrario, detrimento de la financiación de unos servicios (los "emisores" de pacientes) en favor de otros (los "receptores").

Una comisión del Consejo Interterritorial que se constituyó (en el contexto de la modificación del sistema de financiación sanitaria de 1994, al que se alude más adelante) para promover un sistema de compensación entre Servicios de salud por pacientes desplazados no ha llegado todavía a alcanzar un acuerdo al respecto. Las dificultades surgieron desde el inicio, para obtener una información homologable sobre los flujos de pacientes desplazados que permitiera no sólo valorar éstos, sino incluso los costes administrativos de obtener tal información, que podían resultar condicionantes de las formas de compensación que pudieran verse.

e. Problemas de la insuficiencia presupuestaria

El gasto sanitario en España a lo largo de los últimos años ha sido creciente y con la misma tendencia al alza del ritmo del crecimiento que se ha descrito en otros países. De hecho, el ritmo de crecimiento anual ha sido siempre superior al del PIB.

Las cifras descritas, sin embargo, no corresponden a los presupuestos iniciales de cada año.

Si tenemos en cuenta éstos últimos, los presupuestos establecidos en cada caso desde el Ministerio de Economía y Hacienda han sido casi todos los años inferiores al gasto real que había tenido lugar el año anterior, incluso calculando ese gasto real a partir del del INSALUD no transferido, a través del sistema de coeficientes, y sin tener en cuenta el que hubieran efectuado realmente los Servicios de Salud transferidos, que podían tener otras desviaciones distintas.

Las diferencias entre los presupuestos formalizados y el gasto real han determinado finalmente la necesidad de sucesivas operaciones de saneamiento de las deudas. Esas operaciones se han realizado sistemáticamente con la referencia de las deudas del INSALUD no transferido; los fondos correspondientes en cada una de dichas operaciones se han distribuido proporcionalmente a los coeficientes antes citados a cada uno de los Servicios transferidos, con independencia de que sus deudas reales fueran mayores o menores que las cantidades que recibían.

Los resultados de esas prácticas presupuestarias han generado efectos negativos múltiples:

- De una parte, han provocado la necesidad de operaciones de endeudamiento por parte de los Servicios de Salud transferidos para adelantar el pago de cantidades que, finalmente, eran financiadas con años de retraso. Estas situaciones provocaban importantes costes financieros e incremento del precio pagado por bienes y servicios.
- Pero, además, se daba una situación de incertidumbre respecto a las dotaciones finales para atender el gasto sanitario del que eran responsables cada uno de los servicios.
- Como resultado final de todo ello se ha provocado una desvinculación general entre el presupuesto y el gasto y, en la práctica, una pérdida de responsabilidad de las CC.AA. por la gestión efectuada, puesto que la financiación recibida no tenía que ver con su situación financiera ni con su gestión propias, sino con la llevada a cabo por el INSALUD no transferido.

Esa falta de incentivos y de responsabilidad para y por la gestión propia, así como la confianza en las desviaciones presupuestarias del INSALUD no transferido, y en que éstas serían finalmente cubiertas mediante operaciones extraordinarias, unidas a los déficits en los sistemas de información económica que se comentan más adelante, han sido probablemente determinantes de desviaciones presupuestarias y déficits en diversos Servicios de Salud transferidos que, ocultos hasta hace poco tiempo, están comenzando a salir a la luz. Esos déficits, a su vez, están dando lugar por parte de las Comunidades Autónomas respectivas a demandas de financiación adicional para el conjunto del Sistema. Y a estimaciones de una supuesta "deuda oculta" del Sistema que se deduce de la proyección de las deudas reales propias a otros Servicios.

f. Reforma de 1994 (29;38)

Varios de los problemas descritos en los apartados anteriores se fueron haciendo evidentes a lo largo de los últimos años, y la necesidad de su solución llegó a aceptarse con carácter general.

Como consecuencia, tras un largo proceso de negociación, que tuvo lugar más en el ámbito de las áreas económicas tanto del Gobierno Central como de los Autonómicos que en las sanitarias respectivas, en 1994 se alcanzó un acuerdo para la modificación del sistema de financiación sanitaria (de la parte a la que nos venimos refiriendo).

El detalle del ámbito de la negociación tiene importancia, por cuanto es revelador del interés y la preocupación de las áreas económicas de los gobiernos respectivos por el control del gasto sanitario.

Como una expresión añadida de ese interés, los cambios introducidos en el sistema de financiación, que resuelven algunos de los problemas planteados, se acompañaron de un compromiso de reducción del gasto por parte de todos los Servicios de Salud, traducido en una disminución de la globalidad de los presupuestos sanitarios determinados con el método establecido para ello por una cuantía concreta (en aquél momento la cifra de "ahorro" demandada del sector sanitario fue de 90.000 millones de pesetas).

La medida, aceptada por los Servicios pese a las reticencias manifestadas, no comprometía reducciones en servicios concretos, sino una reducción global, distribuida por Comunidades Autónomas con arreglo a los mismos coeficientes utilizados en el resto de los casos.

Los aspectos fundamentales de la reforma introducida, que se mantienen en el sistema de financiación vigente a la hora de redactar estas líneas, fueron los siguientes:

(1) Suficiencia y estabilidad financiera

Se pretendía conseguir con el establecimiento de un presupuesto "real". Para ello se adoptó como cifra "real" de gasto el efectivo de 1993 (en realidad, el del INSALUD no transferido, proyectado al conjunto del Sistema; el método de cálculo del presupuesto global no se modificó).

A partir de ese presupuesto distribuido a cada Comunidad Autónoma conforme al sistema de coeficientes, el presupuesto para los años 1994 a 1997 se establece vinculando el crecimiento de cada uno de los Servicios, de manera individualizada, a la tasa prevista de variación nominal del PIB. Cada Servicio de Salud puede prever para cada año, con independencia del INSALUD no transferido, su presupuesto para los años citados.

Los 90.000 millones de ahorro citados antes se descontaron de los presupuestos para el ejercicio de 1994, por lo que, siendo el primero, proyectan sus efectos a los años sucesivos.

La realidad y suficiencia del presupuesto de cada Servicio, cuestionado ya por el método seguido para su determinación inicial, que seguía siendo dependiente del INSALUD no transferido, se puso en cuestión además porque las medidas de ajuste adoptadas por el INSALUD dieron como resultado un ahorro mayor al previsto para el propio Instituto en 1994. A partir de esa cifra de ahorro, ésta se pretendió proyectar al conjunto del Sistema, dando lugar a un ahorro global de 150.000 millones de pesetas, superior al planteado inicialmente, que se hizo efectivo en las cantidades libradas a cada uno de los servicios en los años sucesivos.

Esta cuestión, aún no resuelta, se ha convertido de nuevo en un motivo de reivindicación económica por parte de las Comunidades Autónomas. Los partidos nacionalistas catalán y vasco incluyeron la solución de este tema como condición en las negociaciones para formar el nuevo Gobierno.

(2) Homogeneidad en los criterios de distribución

Sin que merezca la pena entrar aquí a una descripción pormenorizada de los efectos en cada caso (los coeficientes aplicados a partir de 1994 a cada Servicio de Salud se incluyen en el cuadro 6.5) se ha adoptado para todas las Comunidades Autónomas un mismo marco de referencia, el censo de marzo de 1991, así como un plazo igual de finalización de la adaptación de los coeficientes respectivos al porcentaje de población protegida.

Además de ese criterio temporal y de referencia, se ha uniformado el sistema de cálculo de la población, restando idénticos colectivos en todos los casos para el cálculo de la población protegida (sólo se han restado del censo general los colectivos acogidos a Entidades del Mutualismo administrativo con sistema de protección sanitaria diferente).

(3) Sistema automático de participación de las Comunidades Autónomas en los incrementos por cualquier causa, junto con el carácter limitativo de los presupuestos

Por la primera de las medidas citadas se trata de evitar las desigualdades financieras derivadas de las diferencias del plazo concreto de libramiento de los fondos entre el Insalud no transferido y las Comunidades Autónomas.

Los efectos de esa medida, sin embargo, se limitan, al eliminarse el carácter ampliable de los créditos del presupuesto sanitario. Toda insuficiencia presupuestaria requiere a partir de la reforma la aprobación de un crédito extraordinario aprobado por Ley por las Cortes Generales.

La reforma preveía además el establecimiento de un sistema de compensación financiera por la atención sanitaria prestada a pacientes desplazados. Como se ha descrito en un apartado anterior, no ha sido posible hasta ahora, por las razones apuntadas, llegar a un acuerdo para ese mecanismo, que debía ser aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano de coordinación entre todas las Administraciones Sanitarias que se describe más adelante. Sin embargo, con el fin de compensar a los servicios por los desplazamientos ocurridos en el pasado, el acuerdo contempló la dotación de tres anualidades, que se están haciendo efectivas a partir de 1995, de 10.000 millones el primer año y 15.000 los dos siguientes, y que se distribuyen entre los Servicios de Salud con arreglo al mismo sistema de coeficientes repetidamente citado.

El acuerdo preveía también el diseño de un sistema normalizado de información económica, sin condicionar, sin embargo, el cumplimiento de los términos económicos a la consecución del sistema de información, al que se hace referencia en el apartado siguiente, y que todavía no se ha conseguido acordar ni implantar.

Al margen de la reforma acordada quedaron otros problemas que deberán ser resueltos en el futuro, comenzando por el sistema de fijación del presupuesto sanitario global cuando sea una realidad la transferencia del INSALUD a todas las Comunidades Autónomas, así como el

establecimiento de unos criterios de distribución definitivos para todas ellas, una vez que se dé esa situación. Esas cuestiones se tratan también en los capítulos finales de este libro, al hablar de las perspectivas de futuro del sistema sanitario español⁴.

g. Información económica en el Sistema Sanitario español

Se ha aludido ya en diversas ocasiones a un aspecto que es común a muchos sistemas sanitarios: en la mayoría de ellos, cuando se produce un proceso de descentralización el sistema de información sobre los aspectos económicos se desarrolla más tardíamente que los correspondientes a otras áreas.

Los sistemas de información epidemiológica, los relativos a los recursos personales y materiales y otros suelen estar desarrollados con anterioridad. Por el contrario, la insistencia en la repercusión económica general de la financiación de los servicios sanitarios ha sido mucho más tardía; casi se podría decir que se ha producido en la última década en la mayoría de los países.

España no escapa a esa regla general.

Como se ha descrito, el sistema de información económica es escaso y no permite hacer un seguimiento real de la gestión económica y la situación en cada una de las Comunidades Autónomas desde que se ha producido el proceso de descentralización.

La forma de presupuestación peculiar del sistema sanitario español (de la parte correspondiente a la asistencia sanitaria a la que se viene haciendo referencia) es a la vez causa y efecto

4 Al acabar en 1977 el periodo de vigencia del acuerdo de 1994 se ha puesto de nuevo de relieve la necesidad de solucionar los problemas de financiación pendientes. El procedimiento seguido, no cerrado todavía cuando se redactan estas líneas, ha repetido, sin embargo, las pautas de dar una solución transitoria a los problemas más urgentes; así, por ejemplo, a semejanza de las actuaciones anteriores descritas:

- La necesidad de modificar los coeficientes de distribución vigentes, como consecuencia de las variaciones en el censo de población (que determinan incrementos en la proporción a percibir por algunas CC.AA., como Andalucía, Valencia y Canarias, y decrementos para otras, como Cataluña y Galicia) han convertido en prioritaria la búsqueda de formas de compensar las pérdidas proporcionales en donde correspondieran decrementos.
- Por otra parte, los déficits (nunca cuantificados de forma precisa, ni aclarados en cuanto a su origen, bajo la cobertura del déficit general original del sistema) de determinadas CC.AA. han derivado en la demanda de fondos adicionales para el conjunto del sistema. Esos fondos adicionales, según las informaciones publicadas, van a ser repartidos de manera no proporcional (Cataluña será la Comunidad más beneficiada, mientras que las CC.AA. que no tienen transferido el INSALUD recibirán una proporción muy inferior a la de población que representan) sobre la base de estimaciones no cuantificadas sobre costes por atención de pacientes desplazados y docencia.

La demanda de más fondos adicionales para el conjunto del sistema (convertida en la primera prioridad política especialmente para el gobierno catalán, probablemente en relación con los déficits en aquella Comunidad Autónoma) ha provocado la necesidad de buscar vías de financiación añadidas, que parecen haberse resuelto mediante el recurso a la presupuestación del ahorro previsto en prestación farmacéutica (el llamado "segundo medicamentazo", consistente en la exclusión de determinados medicamentos de la financiación pública) y en incapacidad temporal (mediante medidas de control del fraude en esta prestación). Por ahora parece haberse descartado el recurso a nuevos impuestos especiales (o el incremento de otros previos) con carácter finalista. También se ha barajado la posibilidad de incluir sistemas de copago en algunos servicios, o de modificar algunos copagos previos (el existente en prestación farmacéutica, que excluye hasta ahora a los pensionistas), lo que parece haber sido igualmente descartado por el momento.

Todas estas medidas se discuten por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, formado por los responsables de las Haciendas central y autonómicas, dejando al margen al Consejo Interterritorial Sanitario.

de la situación descrita: dado que se presupuesta sobre la base de sólo una parte del gasto sanitario, el incentivo para obtener la información económica de todos los servicios de salud casi ha desaparecido en la práctica; pero, a la vez, a falta de esos datos económicos, es difícil prever otro sistema de financiación.

Además de esa contradicción relativa merece la pena resaltar dos cuestiones:

- En primer lugar, una razón que contribuye a la dificultad de obtener una información económica de cada uno de los sistemas de salud, que sea útil para el seguimiento de la actividad, la gestión y la situación de los servicios sanitarios.

Se trata de la obligación legal que tiene el servicio de salud de cada Comunidad Autónoma de atenerse a la forma de elaboración y presentación de los presupuestos propia de cada Administración, que está establecida por cada una de ellas para todos los servicios de su ámbito.

Se ha descrito la variedad de las formas de presentación presupuestaria de las distintas Comunidades Autónomas (30; 31).

Dado que se trata no sólo de una capacidad, sino también de una obligación legal de cada Servicio de Salud el presupuestar con arreglo a las normas propias de su ámbito, la única solución posible para obtener unos presupuestos de presentación homóloga, que permitan el seguimiento y la comparación entre los distintos Servicios de Salud es el volcado de los presupuestos de cada uno de estos a un formato común, exclusivamente para su manejo en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Esa tarea, que se ha comenzado por algunas iniciativas individuales (59), ha sido continuada en el ámbito del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por la Comisión de Financiación, sin que se disponga todavía de un sistema de conversión y de información económica sanitaria consolidado.

- La segunda cuestión tiene que ver con los efectos de la ausencia de ese sistema de información.

Uno de esos efectos es la imposibilidad de comparar la consecuencias económicas de los distintos procesos de reforma organizativa de los servicios que se han iniciado en diferentes Comunidades Autónomas.

La mayoría de esos procesos tienen en común el acogerse a las advocaciones comunes de la eficiencia, la mejora de la gestión y la introducción de métodos de gestión privada en el ámbito de los servicios públicos, o incluso de la privatización (entendida de las formas que se describen en el capítulo II) real de una parte de los servicios.

La falta de una información económica adecuada impide contrastar hasta qué punto los objetivos teóricos tienen lugar realmente luego en la práctica. En algunos casos cabe incluso deducir que los efectos que se están produciendo son los contrarios y que, como ocurre con reformas semejantes en otros países, en realidad se está produciendo un

aumento del gasto sanitario (pueden citarse, por ejemplo, los déficits de diferentes empresas públicas (40) constituidas que, sin embargo, continúan funcionando, lo que obligará sin duda a la cobertura de esos déficits por las Administraciones responsables; en general, una observación somera puede inducir a pensar que en muchos casos, dada la multiplicación de cargos y los niveles retributivos de éstos y la multiplicación de estructuras y medios sin suprimir ni reducir otros previos, se deben estar aumentando también los gastos de administración, pero resulta difícil la demostración a falta de una información adecuada).

Debe tenerse en cuenta que la introducción de esas reformas hace aún más compleja la obtención de una sistema de información económica común del conjunto de los Servicios sanitarios, pues los sistemas de seguimiento presupuestario y contable pueden variar notablemente respecto a los establecidos en el ámbito de los servicios públicos.

Por otra parte, en ausencia de una información económica adecuada, distintas Comunidades Autónomas vienen aduciendo la insuficiencia de la financiación que reciben, sin que sea posible distinguir qué parte de esa insuficiencia puede ser atribuible a las formas de gestión adoptadas, si éstas generan mayor gasto.

El establecimiento de un sistema adecuado de información económica se constituye aparentemente, por todo ello, en una exigencia inexcusable antes de generalizar reformas en la organización de los servicios sanitarios, si una condición de esas reformas, como ocurre en la práctica, es que las mismas contribuyan al control del gasto sanitario y no al incremento de éste.

h. Algunas formas de financiación condicionada en el sistema sanitario español

Ya se ha explicado que los servicios sanitarios que consumen la mayoría de los recursos se financian mediante un sistema de coeficientes, a partir del cual no existe ninguna condición para el uso y distribución de los recursos que se reciben en las Comunidades Autónomas.

Las únicas actividades que se han financiado desde los presupuestos centralizados del Ministerio de Sanidad con carácter finalista en España no pertenecen al ámbito de los servicios asistenciales, sino al desarrollo concreto de determinadas actividades de Salud Pública (financiadas con carácter general por el Sistema general previsto en la Ley orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas), para cuya realización se han previsto en diferentes períodos anuales cantidades específicas en concepto de "subvenciones".

Aunque esta cuestión se analiza de manera más amplia en el capítulo octavo, una valoración general de las mismas, en la parte correspondiente a las Comunidades Autónomas (otras se han destinado a entidades sin ánimo de lucro, Organizaciones no gubernamentales, u otras) permite establecer algunas conclusiones generales:

- Se ha tratado de cantidades muy reducidas respecto a los presupuestos sanitarios globales, por lo que cabe dudar de su eficacia, al no alcanzar el "umbral de condicionamiento" al que se hacía referencia en el apartado 4 de este capítulo.

- La eficacia del método como inducción del mantenimiento de ciertas actividades y servicios se ha visto probablemente más reducida aún por el carácter cambiante de la mayor parte de los programas subvencionados, cuya persistencia en distintos periodos anuales ha sido en general muy limitada.
- Los criterios de reparto en la mayoría de los casos han presentado una forma de asignación muy próxima al reparto capítativo. En la práctica, las subvenciones distribuidas se han convertido en un pequeño fondo adicional al presupuesto de las Comunidades Autónomas en función de su población.

Una sentencia del Tribunal Constitucional español de 6 de febrero de 1992 vino a hacer aún más compleja la utilización de esa forma de financiación como instrumento de control: según los términos de la sentencia, si la actividad subvencionada corresponde al ámbito de las competencias de las Comunidades Autónomas (lo que ocurre en todos los casos si se trata de actividades de Salud Pública, en virtud de las transferencias de "Sanidad e Higiene" realizadas a todas las Comunidades Autónomas) no cabe sino la distribución de las cantidades correspondientes a cada una de esas Administraciones conforme a los criterios de distribución establecidos, sin pretender condicionar el uso posterior de esos recursos por la Administración responsable.

En la práctica, en los presupuestos del Departamento han desaparecido casi por completo las subvenciones distribuidas a las Comunidades Autónomas.

En esas condiciones, queda por explorar de manera más amplia la vía de la firma de convenios entre cada Administración Autonómica y el Ministerio de Sanidad para la realización, con financiación por ambas partes, de ciertas actividades que se consideren prioritarias. Hay algunas áreas concretas (por ejemplo el desarrollo de la red de farmacovigilancia) que se mantienen con una financiación acordada así, pero el desarrollo general es escaso. En todo caso este sistema tiene carácter de incentivo específico, y no de condicionamiento financiero de la actividad sanitaria general.

i. Financiación de otras formas de descentralización en España

La coexistencia de las formas de descentralización "geográficas" predominantes con otras formas de descentralización "funcional" que ya existían con anterioridad se ha descrito en el capítulo segundo.

De estas últimas, las Mutualidades (MUFACE, para los funcionarios del Estado; MUGEJU, para los funcionarios de la Administración de Justicia; ISFAS, para el personal de las Fuerzas Armadas; todos ellos, además, con los beneficiarios de sus titulares respectivos) reciben financiación específica de los Presupuestos Generales del Estado, a través de los Departamentos a que se encuentran adscritos cada uno de ellos (los Ministerios de Administraciones Públicas, Justicia y Defensa, respectivamente).

Por su parte, las entidades colaboradoras de la Seguridad Social detraen de las cotizaciones de las empresas respectivas la parte correspondiente a la asistencia sanitaria del personal incluido bajo su cobertura, con un sistema de coeficientes. Este sistema no impide que se beneficien

luego en muchos casos de la asistencia en centros financiados con cargo al sistema general a precios o en condiciones claramente beneficiosas para las entidades respectivas. El control económico de esas entidades se lleva a cabo por el Ministerio de Trabajo, y no por el de Sanidad.

En los apartados generales de este capítulo se han hecho diversas referencias a las ventajas de la unificación, o al menos la coordinación, de las fuentes de financiación sanitaria, entre otros aspectos para el establecimiento de economías de escala y el control del gasto sanitario. Esas ventajas se encuentran ausentes, en lo relativo a estos grupos de entidades, en el sistema sanitario español.

Otro aspecto de interés es la falta de información económica comparable entre esos sistemas y el sistema sanitario general y, como consecuencia, la dificultad de hacer análisis de equidad desde el punto de vista financiero.

Se tratan todas ellas de cuestiones que abundan con argumentos económicos en la necesidad de, al menos, coordinar unos y otros sistemas.

En cuanto a las nuevas modalidades de organización que se están constituyendo, a las que se hace referencia en otros capítulos, algunos problemas que se plantean de entrada son la definición de sus sistemas de financiación, su comparación con los niveles de financiación capitativa del sistema general, el establecimiento de sistemas de información que permitan valorar la eficiencia de su gestión y controlar su situación financiera, y la especificación de la responsabilidad financiera de los déficits en que pudieran incurrir. Se trata de cuestiones a las que se ha hecho referencia en los apartados generales de este capítulo y que, a falta todavía de desarrollos más amplios en esta materia en España, no es preciso repetir aquí.

ANEXO I

Fórmula RAWP (16)

La descripción general del procedimiento conocido con este nombre (el de las siglas del grupo *Resource Allocation Working Party*, que lo diseñó) se realiza con el apoyo de los diversos cuadros adjuntos, y reúne las siguientes características principales:

1. Se mantienen dos sistemas de financiación independientes, uno para los gastos corrientes y otro para los gastos de capital.
2. En cuanto a la distribución regional de los gastos corrientes, el sistema propuesto inicialmente contaba con cuatro bases fundamentales, que se esquematizan en la figura VI.a.1, y que se han mantenido a lo largo de las reformas posteriores. Esas bases fundamentales son las siguientes:

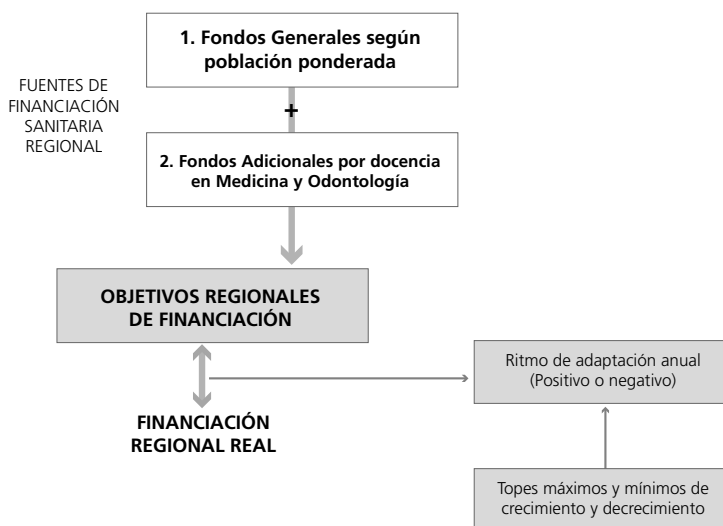


Fig. VI.a.1. Distribución regional de financiación según RAWP (Gastos Corrientes)(1976)

- Cada región sanitaria recibe su financiación más importante con arreglo a su población, ponderada mediante una serie de criterios, que se explican más adelante.

Siguiendo esa regla, se distribuye a cada una de las regiones la masa presupuestaria global de forma proporcional al porcentaje que supone cada población ponderada regional respecto a la suma de las poblaciones ponderadas de todas las regiones.

A la cantidad establecida de esa forma hay que añadir la correspondiente a fondos específicos dirigidos a soportar los gastos asistenciales derivados de la docencia en Medicina y Odontología, repartidos con arreglo al número de alumnos en cada región.

- La suma de esas cantidades constituyen unos objetivos regionales de financiación de carácter teórico, que se comparan en cada caso con la financiación real recibida en el ejercicio anterior.

- De la comparación se deduce una situación para cada una de las regiones por encima o por debajo de los objetivos teóricos, y un proceso de adaptación de sentido positivo o negativo para alcanzar los objetivos regionales.
- El proceso de adaptación, tanto de crecimiento como de decremento según el caso, no puede realizarse en un solo año, pues se considera que no es posible utilizar el gasto adicional o reducir el "sobrante" en un solo año de manera eficaz y eficiente.

En consecuencia, se establecen por los órganos centrales del NHS ritmos máximos anuales de incremento o decremento, que están en relación con la distancia entre los objetivos de financiación y la financiación real, y también con el incremento global de fondos previsto cada año (siendo la posibilidad de incremento mayor cuanto mayor sea el incremento global). Esos límites, en todo caso, no superan porcentajes anuales de incremento o decremento muy reducidos (en una primera fase se utilizaron límites del 4% de incremento, y de -1% cuando se trataba de reducir la participación, descontando siempre los efectos de la inflación).

3. El cálculo de la población regional ponderada es el concepto que ha sufrido mayores modificaciones a lo largo del tiempo. Inicialmente se calculaba siguiendo el método esquematizado en la figura VI.a.2.

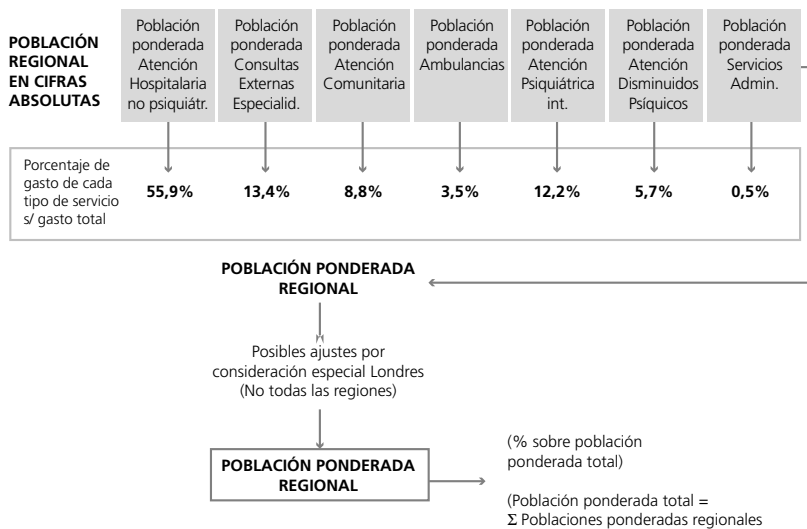


Fig. VI.a.2. Método de cálculo de población ponderada (RAWP)

La población regional ponderada resultaba de combinar distintos grupos de población ponderada para siete distintos tipos de atención, cada uno de los cuales participaba en el cálculo en la proporción que se señala en el cuadro, que era el porcentaje del tipo de servicios descrito en cada caso sobre el gasto sanitario total.

(En el caso de una de las regiones del Támesis, que incluía a algunos hospitales no docentes de costes más elevados que la media, se añadía una ponderación de esta circunstancia).

4. La población regional ponderada específica para cada uno de esos tipos de atención resultaba de la utilización de unos factores de ponderación diferentes en cada caso, que se especifican en las figuras VI.3 y VI.4 para cada uno de los tipos de atención citados.

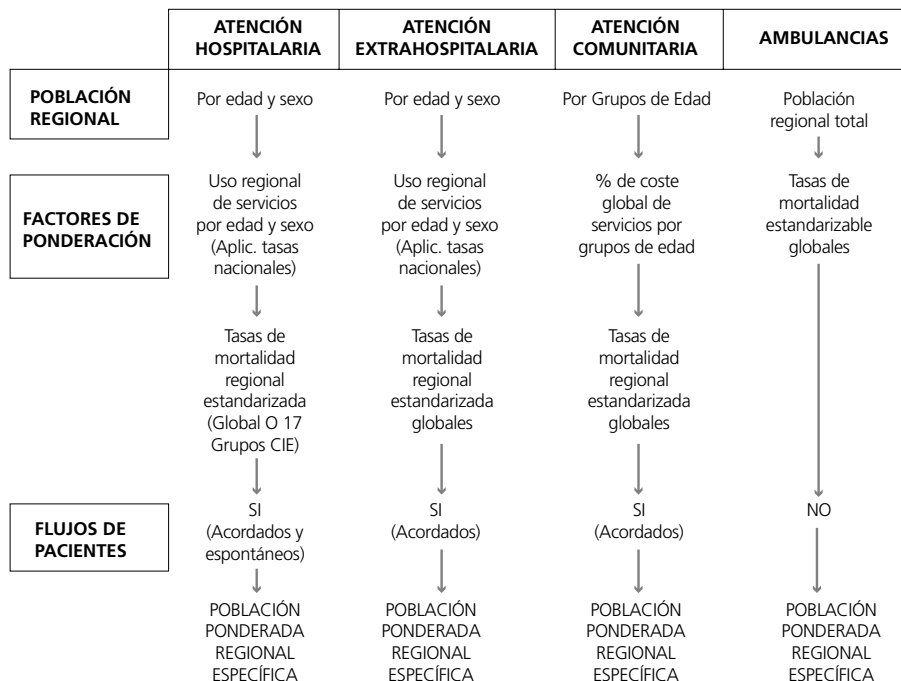


Fig. VI.a.3. Cálculo de población ponderada según tipos de atención (1)

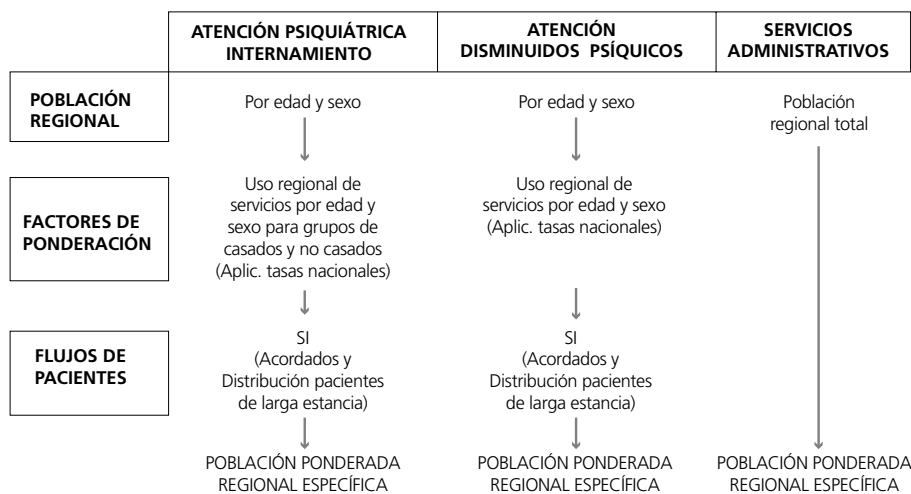


Fig. VI.a.4. Cálculo de población ponderada según tipos de atención (2)

El método de cálculo, basado en una fórmula matemática de aspecto complejo que no viene al caso reproducir, consistía en primer lugar en aplicar a la población regional, distribuida con arreglo a las variables especificadas en cada caso (edad, sexo o grupos de edad) las tasas de utilización nacional de esos servicios (o los costes, para la atención comunitaria) clasificadas por las mismas variables. Las cifras absolutas de utilización regionales derivadas de esa aplicación suponen en cada caso un porcentaje del número total de "usos" (por ejemplo, de días de estancia hospitalaria). En cada caso la población ponderada con arreglo a esa primera cuestión consistiría, en cifras absolutas, en el mismo porcentaje de población respecto a la población nacional total que el que supone el uso regional de recursos respecto al uso nacional total de esos recursos.

El segundo factor de ponderación usado en la mayoría de los casos (en algunos, como las ambulancias, es el factor único) es la tasa de mortalidad regional estandarizada (global o grupo por grupo de los 17 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en cuyo caso el cálculo exigía, además de los 17 cálculos separados, una ponderación del porcentaje de importancia relativa de cada uno de ellos). Una tasa regional de mortalidad estandarizada de 1,05 (respecto a la nacional, a la que se atribuye el valor 1) ó de 0,96, supondría en cada caso un 5% más ó un 4% menos de población ponderada respecto a la deducida de las tasas de utilización de los servicios respectivos por edad y sexo. La cifra resultante se expresa también en cifras absolutas.

A esas cifras de población se añadían o restaban en cada caso las de la población atendida en cada región cuyo lugar de residencia era otra región diferente, lo fuera por acuerdos formales para la atención de ciertos tipos de pacientes o por desplazamientos espontáneos según los casos.

5. La aplicación de los factores de ponderación respectivos fué un intento de utilizar indicadores significativos de la necesidad de los servicios en cada caso, que fueran tan independientes como fuera posible de la disponibilidad de los propios servicios; lo que se consideró adecuado desde el principio, para eliminar el factor de inducción de la demanda de los servicios por la oferta de los mismos, ya comentado.

A la búsqueda de indicadores, se valoró la correlación estadística hallada entre las cifras de mortalidad estandarizada por edad y sexo y los indicadores de morbilidad regional ajustados con arreglo a los mismos parámetros.

La utilización de esos indicadores de mortalidad para justificar la necesidad de cierto tipo de servicios fue consecuencia de procesos de razonamiento más amplios, que se recogen en el informe del Grupo de Trabajo, y que han recibido diferentes críticas, tanto de carácter general como específico para algunos de esos servicios (22).

6. Como se ha indicado en el apartado 1 de este anexo, en la fórmula RAWP los gastos de capital se distribuyen de manera independiente de los gastos corrientes.
 - (a) El procedimiento de distribución en este caso es el que se esquematiza en el cuadro VI.a.1, y comienza por una valoración global del stock de capital por regiones.

Cuadro VI.a.1. Procedimiento de Distribución regional de financiación según RAWP (gastos de capital) (1976)

- 1.- Valoración de stock total de capital
- 2.- Determinación de objetivos regionales de financiación según población ponderada (Método igual que en gastos corrientes, con excepciones mínimas)
- 3.- Distribución de nuevos recursos
 - Mínimos a todas las regiones (mantenimiento)
 - Resto a regiones deficitarias

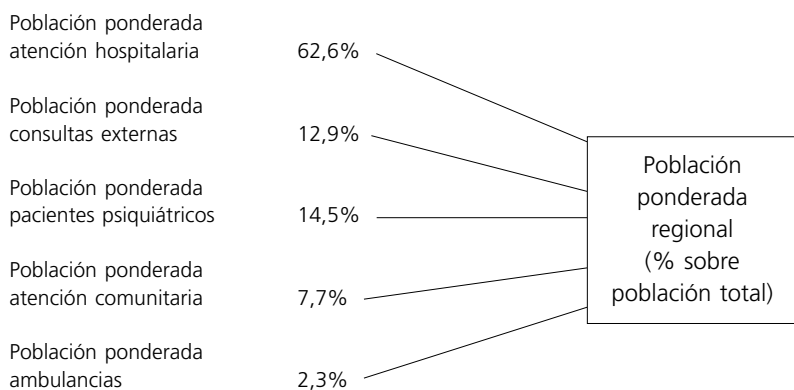
Aunque la valoración debería incluir toda clase de bienes, se adopta como representativo el número de camas hospitalarias por región, atribuyendo un valor medio a la cama hospitalaria (en realidad, uno a las camas de atención de enfermos agudos y otro a las de crónicos).

El valor del capital así obtenido se somete a una primera consideración de la depreciación sufrida. Para ello, se calcula un índice de depreciación global, valorando la superficie total de los hospitales construidos y atribuyendo un porcentaje de depreciación a cada grupo de superficie según el año de construcción (los construidos antes de 1918, el 70%; los construidos entre 1918 y 1948, el 65%; los construidos en el período entre 1949 y 1961, el 50%). El índice resultante en cada región se aplica al valor del capital regional previamente obtenido.

A esa cifra se le añade el capital invertido entre 1962 y 1976 en equipamiento (material técnico y mobiliario), el valor de los trabajos realizados en los centros y las obras de mantenimiento llevadas a cabo en el mismo período (depreciando los valores correspondientes en un 2,4% por año desde 1976 hacia abajo), y se ajustan el número de camas cerradas entre 1961 y 1974, así como otros valores de menor importancia.

(b) El cálculo del stock de capital regional ponderado se hace distribuyendo el capital total, calculado según lo indicado en los apartados anteriores, entre las diferentes regiones, de manera proporcional a una población ponderada regional especialmente calculada para distribuir el capital. Las diferencias del cálculo de esa población con los de la utilizada para distribuir los gastos corrientes son las siguientes:

- Se utilizan como base un número más reducido de grupos de atención, y en proporciones diferentes a las utilizadas en el caso anterior. Los grupos de atención usados en este caso, en las proporciones que se expresan, son los siguientes:



- La base de población a la que se aplican las ponderaciones correspondientes en cada caso no es la población regional a mitad del año anterior a la evaluación, sino la del mismo territorio cinco años antes, por razones que se explican en el informe.
- Los factores de ponderación en cada grupo de los citados eran ligeramente diferentes (en general más reducidos, excluyéndose algún aspecto: por ejemplo, el estado civil en el caso de los servicios psiquiátricos, ponderando en este caso sólo por edad y sexo en relación con la media nacional). El método de ponderación es, en todo caso, el mismo que el descrito antes.

- (c) La distribución del capital total calculado, conforme a la proporción de población ponderada correspondiente a cada región, da lugar también a unos objetivos de distribución de capital.

En comparación con esos objetivos teóricos, el capital regional calculado puede ocupar una posición de exceso o falta de recursos.

- (d) El capital cuya distribución debería realizarse cada año se divide en una parte a distribuir proporcionalmente entre todas las regiones, a fin de garantizar el mantenimiento (las actividades para inversión nueva e inversión de reposición no se separan) y otra parte destinada sólo a las regiones deficitarias en la comparación anterior, a fin de eliminar esas diferencias.

En los volúmenes de inversión previstos en aquel caso, el mínimo de inversión a distribuir con carácter general para garantizar el mantenimiento era del 80%, y esta proporción debería ir aumentando en años sucesivos, a medida que fueran desapareciendo las diferencias.

7. El cálculo de la población ponderada con arreglo a la cual distribuir los recursos han sido objeto de diversos estudios y críticas, algunos de ellos ya citados (22), que han derivado en sucesivas reformas.

Las dos reformas que han tenido lugar hasta ahora se han producido en 1991 y 1995:

- En el primero de los casos (que es en la práctica el que se continúa utilizando) el cálculo de la población ponderada regional en cada caso se alcanza mediante la valoración del coste de la asistencia a nivel regional por grupos de edad (en relación con el coste de la asistencia de una población distribuida por edades con arreglo a los promedios nacionales, y utilizando los costes promedio nacionales por grupos de edad), y ajustando ese coste por la raíz cuadrada de la tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en menores de 75 años (40).

Como en el caso anterior, ha habido numerosas críticas dirigidas contra este sistema de cálculo de las "necesidades". Entre ellas se incluyen (41):

- La consideración de que se produce una sobrevaloración de los costes de la atención a la población de más edad, como consecuencia del método de cálculo utilizado (18). Esos cálculos excluyen los costes de la actividad de consulta externa de los hospitales, y no distinguen entre costes hoteleros y de tratamiento, que varían con la edad.
- Las proyecciones de la población sobre la financiación generan una gran incertidumbre en especial para la atención a ciertos subgrupos de población con patologías específicas, que son tributarios de un uso intensivo de los servicios (18).
- Los métodos de cálculo de las "necesidades" son inapropiados (17), y posiblemente fallan en no tener en cuenta suficientemente los factores socioeconómicos determinantes de la demanda de atención sanitaria (40; 42).

Como consecuencia de la aplicación de esa fórmula se ha descrito la redistribución de los fondos a las zonas más ricas (43, pag 229), en sentido inverso a lo que ocurría con la fórmula anterior.

La aplicación de la nueva fórmula al nivel infrarregional de los distritos ha tenido los mismos efectos redistributivos inversos: se han descrito recortes en la financiación de los distritos más empobrecidos de Londres, Birmingham y Manchester, y el efecto contrario en los distritos más ricos (44).

Esas razones provocaron la búsqueda de una nueva fórmula.

- La reforma de 1995, aún no aplicada, fue el resultado de diversos trabajos estadísticos de la Universidad de York (40; 45), y pretendía de manera expresa tener en cuenta el impacto de los factores sociales (como las malas condiciones de vivienda, el desempleo, la clase social y el número de ancianos que viven solos) sobre las necesidades de atención sanitaria (48). Además, dado que entre los proyectos de reorganización del NHS se encontraba la desaparición de las Autoridades Sanitarias Regionales, de manera que los fondos se distribuirían directamente a las autoridades sanitarias de distrito, que actuaban como compradoras de servicios, los estudios se dirigieron a analizar las necesidades de grupos locales de población, más reducidos.

La fórmula para calcular la población ponderada según el método propuesto es la que se refleja en el cuadro VI.A.2. Al ajuste por edad de la población hay que añadir en este caso una valoración diferente de las necesidades de la población, y un ajuste por el coste relativo de los servicios.

Cuadro VI.a.2. Reformas RAWP

Factores de ponderación	
1991	<ul style="list-style-type: none"> - Coste de asistencia por grupos de edad (Aplicación índices nacionales) - Ajuste por raíz cuadrada de tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en menores de 75 años a nivel regional
Nueva fórmula para población ponderada	
1995	<p>Población ponderada = Población total x (1+a)x(1+n)x(1+c)</p> <p>a= ajuste por edad de la población n= Ajuste por necesidad de la población c= Ajuste por coste relativo de servicios (coste promedio regional - promedio nacional de coste)</p>

Es de resaltar en este caso este último factor, puesto que en 1976, cuando se propuso la primera fórmula, no fué posible utilizar ninguna valoración de coste de los servicios en las distintas regiones, pese a estimarse que era distinto de unas a otras por razones diversas (precios, dispersión y otras). Esa falta de información se ha subsanado en el período de tiempo transcurrido.

Como en los casos anteriores, cada una de las ponderaciones resulta de comparar con el promedio nacional, de manera que, para la población nacional total, el valor de a, n y c serían cero en cada caso:

- Para (a), el valor del grupo de población concreto es igual a promedio de edad de ese grupo menos promedio nacional de edad; y para (c) es igual a coste promedio del grupo menos promedio nacional de coste.
- La población ponderada de cada distrito para llegar al valor de (n) resultaría de la contribución de tres cifras de población específicas, correspondientes a la atención de enfermos agudos, de enfermos psiquiátricos y de "otros", cada uno de cuyos grupos entrarían en el cálculo en una proporción del 64%, 12% y 24% respectivamente.

Cada una de esas cifras específicas resultaría de la valoración de una serie de factores que se relacionan en el cuadro VI.A.3, cuya relación estadística con las necesidades de esos tipos de atención constituye la base de la nueva propuesta.

Cuadro VI.a.3. Cálculo de necesidades de población en reformas RAWP 1975

	Tipos de servicios		
	Agudos (At.hospit; At. geriátrica; ambulancias, maternidad)	Psiquiátricos (At. psiquiátrica intra y extra- hospitalaria y comunitaria)	Otros (At. comunit. y serv. administr.)
PROPORCIÓN DE GASTO	64%	12%	24%
VARIABLES DE PONDERACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa estandarizada enfermedades de larga duración (- 75 años) • Tasa estandarizada de mortalidad (-75 años) • Proporción de población desempleada en edad activa • Proporción de pensionistas que viven solos • Proporción de dependientes propietarios de casas 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de nacidos en la nueva Commonwealth • Proporción de pensionistas que viven solos • Proporción de personas en familias monoparentales • Proporción de dependientes sin atención • Proporción de población adulta enferma permanentemente • Tasa estandarizada de mortalidad (-75 años) 	No hay

La falta de factores de ponderación para el grupo calificado como "otros" (que abarca la atención comunitaria, incluida la primaria), que entra en el cálculo en una proporción tan importante como el 24%, por falta de significación estadística suficiente de los factores valorados (por lo que, a falta de factores de ponderación, se utiliza en este caso la población deducida del censo directamente), ha sido objeto de diversas críticas (46, 47), que han hecho que la fórmula no se haya aplicado (aunque algunas autoridades regionales sí la han usado para distribuir entre los distritos), y que se esté a la búsqueda de indicadores adecuados para ese grupo.

Por otra parte, la fórmula, tal como fue diseñada por la Universidad de York, tenía de nuevo efectos redistributivos importantes, de manera que dirigía más recursos, con sentido compensador, a las zonas más deprivadas del norte de Inglaterra, en las que son también peores los indicadores de salud tradicionales, mientras que los detraía de las zonas del sureste, más ricas. Siendo estas últimas zonas tradicionales de electorado conservador, el Gobierno introdujo algunas modificaciones en la propia fórmula. Los efectos de esas modificaciones eran, en todo caso, paliar los efectos redistributivos citados: algunos trabajos indican que, pese a todo, la nueva fórmula mantendría ciertos efectos redistributivos, aunque menores que los derivados de la fórmula original (48); otros (21) han puesto señalado que la aplicación de la nueva fórmula tendría los mismos efectos redistributivos inversos descritos antes.

ANEXO II

Algunos aspectos de la financiación sanitaria en Canadá (49, pag 103 y sig; 50, pag 447-456)

Canadá, como es bien conocido, es un país federal de unos 25 millones de habitantes, que ocupan un amplio territorio (el segundo más grande del mundo en extensión), dividido en diez provincias (una de las cuales, Quebec, mantiene una permanente relación de tensión por un estatus diferente al del resto) y dos territorios especiales al norte del país. La mayor parte de la población se concentra en una franja estrecha del territorio situada al norte de la frontera con los Estados Unidos, especialmente en su zona este.

Siendo un país de organización federal, con poderes compartidos entre el gobierno central y los de las provincias, y con alto nivel de renta, en 1956 el Gobierno federal propuso a las provincias la creación de un sistema sanitario público con cobertura de servicios asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios y financiación pública mixta, compartida al 50% entre el Gobierno central y el de cada una de las provincias.

La propuesta se tradujo en una Ley en 1957, y a partir de esa fecha las diez provincias y los dos territorios especiales firmaron acuerdos para el establecimiento de planes de aseguramiento sanitario público de cobertura universal y con la extensión descrita.

Una nueva norma de 1966 estableció un conjunto de cinco principios básicos que debían ser respetados por todas las provincias, que eran las que gestionaban cada uno de los servicios respectivos. A la vez, otorgó poderes al Gobierno central para comprobar el cumplimiento de esos principios, así como para condicionar el libramiento de su parte correspondiente a los Gobiernos provinciales respectivos (por el sistema de reembolso) al cumplimiento de aquéllos. Esos principios eran:

1. Aseguramiento universal, del 100% de la población de cada territorio respectivo.
2. Cobertura, al menos, de los servicios citados (asistencia hospitalaria y extrahospitalaria).
3. Ausencia de limitaciones en el acceso (por copagos, que podían establecerse por las provincias como complemento a la financiación, o por otras razones) para toda la población.
4. Movilidad de la cobertura, de manera que todos los ciudadanos mantuvieran los beneficios cuando cambiaran de provincia de residencia, viajen fuera de la de su domicilio habitual, o incluso cuando lo hagan al extranjero.
5. Administración de los servicios sanitarios por una autoridad pública sin ánimo de lucro.

Las subvenciones federales se basaban en los costes de los servicios asegurados que prestaban las provincias, reembolsando el Gobierno federal alrededor del 50% de los servicios cubiertos con carácter general (no los de otros adicionales que pudieran establecerse por las provincias). La Ley inicial establecía que el Gobierno federal debía satisfacer el 25% de los costes per cápita provinciales, más el 25% del promedio nacional de los costes per cápita, multiplicado por la población asegurada de cada provincia. En ambos casos se trataba de destinar a las provincias más pobres (las de más bajos costes) más del 50% de esos costes, mientras que las más ricas (y de más altos costes) recibían menos del 50% de los mismos.

El sistema contribuyó de manera importante al establecimiento de un nivel de servicios comparable a lo largo y ancho de todo el país. Sin embargo, a mediados de los años 70 las autoridades provinciales comenzaron a hacer oír sus quejas por la escasa flexibilidad organizativa que el sistema provocaba. La vinculación de los fondos federales a los servicios provistos con carácter general y obligatorio provocaba que sólo éstos se hubieran desarrollado ampliamente.

El momento, por otra parte, coincidía con la publicación del llamado "Informe Lalonde", que sustentaba la influencia de factores muy diversos sobre la salud de los ciudadanos, sólo una parte de los cuales estaba relacionada con los servicios sanitarios de carácter asistencial. Estos últimos, pese a ello, eran el centro del gasto sanitario.

El resultado de todo ello fué una nueva Ley, en 1977, cuya característica fundamental era la desaparición del carácter finalista de las subvenciones federales. Las provincias, a partir de entonces, comenzaron a recibir los fondos en bloque (antes, como consecuencia de su adscripción finalista, lo hacían de manera específica para servicios hospitalarios y extrahospitalarios) y no condicionada, de manera que podían dedicarlos a los fines y programas que considerasen más adecuados, incluyendo la atención comunitaria u otros programas sanitarios alternativos.

A partir de la nueva norma, y como respuesta a demandas de la población de cada territorio, fué habitual la extensión de la cobertura hacia nuevas prestaciones, incluyendo los programas de atención dental para niños, la financiación de medicamentos para determinados grupos, o el pago de prótesis. La tendencia continuó durante los primeros años 80.

El ritmo creciente de incremento del gasto que se derivó de esas actuaciones condujo a diferentes provincias a introducir o incrementar sistemas de copago, a la vez que provocó sucesivas limitaciones en la aportación de fondos federales a las provincias, como sistema añadido de control del gasto. Como resultado, a mediados de los años 80 eran patentes desigualdades cada vez más evidentes (con distribución territorial concreta) en el acceso a los servicios fundamentales, contradiciendo los principios básicos antes citados, que se mantenían teóricamente, pero resultaban cada vez más difíciles de garantizar en la práctica.

Esa situación condujo a una nueva Ley, en 1984, que trató de corregir la situación. La nueva Ley fué aprobada con carácter unánime en el Parlamento federal, después de una dura oposición por parte de los sectores médicos y las provincias. La norma reiteraba los cinco principios generales de las leyes anteriores, a la vez que reforzaba la capacidad del Gobierno federal para su control. Como mecanismos concretos de control preveía la reducción de las aportaciones federales a las provincias que mantuvieran sistemas de copago, tasas por el uso de los servicios u otras formas de aportación por los usuarios, en la cantidad que ésta supusiera fondos adicionales para las provincias.

La nueva norma preveía un plazo de 32 meses, dentro de los cuales, si se suprimían esas tasas o cargas a los pacientes, las provincias podrían recuperar los fondos federales que se les habían restado por la aplicación de aquéllas.

Todas las provincias suprimieron sus cargas dentro del plazo, lo que ha mejorado el acceso universal a los servicios considerados fundamentales, por lo que cada una de ellas ha recuperado los fondos perdidos (lo que, según datos de las autoridades canadienses, ha supuesto menos de un 1/10.000 del presupuesto sanitario total de aquéllos años). Ha habido algunas tentativas de autoridades provinciales para retirar algunas prestaciones añadidas introducidas en la época anterior, con éxito desigual (se describe el caso de una provincia que retiró de entre las prestaciones los procedimientos de esterilización (ligadura de trompas; vasectomía) y los exámenes oculares en 1987, pero que debió reintegrarlas al año siguiente por la presión pública; en otra provincia se han retirado con éxito la cirugía "cosmética", la fertilización in vitro y la cirugía de cambio de sexo. Con carácter general se ha recortado el pago de servicios fuera del país).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sistema Nacional de salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Elola, J. SG Editores S.A. Barcelona. 1994.
2. The future of health care in six European countries: the views of policy elites. Taylor-Gooby, P. *Int. J. Hlth. Serv.* 26(2); 203-219; 1996.
3. Health care systems reforms in Western European countries: the relevance of health care organisation. Elola, J. *Int. J. Hlth. Serv.* 26(2); 239-251; 1996.
4. Nouvelles orientations dans la politique de santé. Études de politique de santé n° 7. OCDE. Paris. 1995.
5. Cost-containment and health care reform: a study of the European Union. Abel-Smith, B.; Mossialos, E. *Health Policy* 24; 89-132; 1994.
6. An economist's brief guide to the recent debate on the Canadian Health Care System. Chernomas, R.; Sepehri, A. *Int. J. Hlth. Serv.* 24(2); 189-199; 1994.
7. Cost of diseases in international perspective. Koopmanschap, M.A.; van Royen, L.; Bonneux, L.; Bonssel, G.J.; Rutten, F.F.H.; van der Maas, P.J.. The Technology Assessment Methods Project Team. *Europ. J. Pub. Hlth.* 4(4); 258-264; 1994.
8. Comment: Health System's Effects on Health Status.-Financing vs. the Organization of Services. Starfield, B. *Am. J. Pub. Hlth.* 85(10); 1350-1351; 1995.
9. Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe. Elola, J.; Daponte, A.; Navarro, V. *Am. J. Pub. Hlth.* 85(10); 1397-1401; 1995.
10. Health Care Reform. Informing Difficult Choices. Maynard, A.; Bloor, K. *International Journal of Health Planning and Management* 10; 247-264; 1995.
11. Origins and early development. Butler, J. cap 1 en *Evaluating the NHS Reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
12. The English and Swedish Health Care Reforms. Glennerster, H.; Matsaganis, M. *Int. J. Hlth. Serv.* 24(2); 231-251; 1994.
13. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. Navarro, V. *Gaceta Sanitaria* 9; 202-209; 1995.
14. Setting National Health Goals and Targets in the context of a fiscal crisis: the politics of social choice in New Zealand. Beaglehole, R.; Davis, P. *Int. J. Hlth. Serv.* 22(3); 417-428; 1992.
15. Lecciones aprendidas de la experiencia. Vaughan, J.P. parte 3 en *Descentralización de los sistemas de salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.) (op. citada).
16. Sharing resources for health in England. Report of the resource allocation working party. Department of Health and Social Security. HMSO. London. 1976.
17. Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS. Sheldon, T.A.; Davey Smith, G.; Bevan, G. *BMJ* 306; 835-839; 27 Mar. 1993.
18. Capitation funding: population, age, and mortality adjustments for regional and district health authorities in England. Raftery, J. *BMJ* 307; 1121-1124; 30 Oct. 1993.
19. Allocating resources to health authorities: results and policy implications of small area analysis of use of inpatient services. Smith, P.; Sheldon, T.A.; Carr-Hill, R.A.; Martin, S.; Peacock, S.; Hardman, G. *BMJ* 309; 1050-1057; 22 Oct. 1994.
20. La asignación territorial de los recursos sanitarios a través de fórmulas redistributivas: la experiencia británica. Rico Gómez, A. Comunicación a XV Jornadas de Economía de la Salud. Publicado en *Gaceta Sanitaria*, Suplemento a vol. 9 (n° 48); pag 30; 1995.

21. For richer, for poorer. Hacking, J. *Health Service Journal* 22-24; 27 Jul. 1995.
22. RAWP Deals. A critique of "Sharing Resources for Health in England". Radical Statistics Health Group. British Society for Social Responsibility in Science. London. 1977.
23. Health as an irreversible part of the Welfare State: Canadian Government policy under the Tories. O'Neill, M.A. *Int. J. Hlth. Serv.* 26(3); 549-559; 1996.
24. Eliminate waste and inefficiency can do little to contain costs. Schwartz, W.B.; Mendelson, D.N. *Health Affairs* 224-238; Spring (I) 1994.
25. Funding the NHS: the continuing search for alternatives. Bailey, S.J.; Bruce, A. *Journal of Social Policy* 23(4); 489-516; Oct. 1994.
26. Costo compartido por el usuario en la asistencia sanitaria. La experiencia en Estados Unidos y su relevancia para España. Rusell, E.; Elola, J.; Navarro, V. *Salud* 2000 58; 17-21; 1996.
27. La financiación de las Comunidades Autónomas: -El modelo de financiación autonómica. Martínez Robles, E. -Análisis del sistema de financiación autonómica. Tanco Martín-Criado, J. en *El funcionamiento del Estado autonómico*. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. 1996.
28. Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas. Monasterio Escudero, C.; Pérez García, F.; Sevilla Segura, J.V.; Solé Vilanova, J. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid. Marzo 1995.
29. La financiación de la Sanidad. Espadas Moncalvillo, L. en *El funcionamiento del Estado autonómico*. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. 1996.
30. Estudio comparativo de la estructura formal y presupuesto inicial del gasto en salud de las Comunidades Autónomas en el bienio 1992-1993. Sánchez Prieto, F.L.; Valle García, P. *Comunicación a las XIII Jornadas de Economía de la Salud*. Granada. 1993.
31. Los gastos de administración en el gasto sanitario público de las Comunidades Autónomas. Sánchez Prieto, F.L.; Valle García, P. *Comunicación a las XVI Jornadas de Economía de la Salud*. Valladolid. 1996.
32. Health Spending, Delivery and Outcomes in OECD Countries. Schieber, G.J.; Poullier, J.P.; Greenwald, L.M. *Health Affairs* 120-129; Summer 1993.
33. Cost Containment and New Priorities in the European Community. Abel Smith, B. *The Milbank Quarterly* 70(3); 393-416; 1992.
34. La relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. Unas notas de cara a la reforma del sistema sanitario español. Elola, J.; Nieto, J.; Sunyer, J.; Daponte, A. *Gaceta Sanitaria* 10(55); 191-196; Julio-Agosto 1996.
35. Expenditure on the NHS During and After the Thatcher Years. Its Growth and Utilisation. Bloor, K.; Maynard, A. Discussion Paper 113. Centre for Health Economics. University of York. November 1993.
36. Estudio del sistema de financiación autonómico de la sanidad. López Casanovas, G. (director); Corona Ramón, J.; Figueres Marimont, J. *Els llibres dels Fulls Economics* 3. Departament de Sanitat y Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona. 1992.
37. La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones. Sanfrutos, N. *Gaceta Sanitaria* 5(26); 219-224; Septiembre-October 1991.
38. Política sanitaria. Nuevo sistema de financiación. Montero Hita, F. *Presupuesto y Gasto Público* 14; 125-132; 1994.
39. Memoria de actividad 1994. Servicio Catalán de la Salud. Empresas Públicas (pag 101-122).
40. Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatients services. Carr-Hill, R.; Sheldon, T.; Smith, P.; Martin, S.; Peacock, S.; Hardman, G. *BMJ* 309; 1046-1049; 22 Oct. 1994.

41. Allocating resources for health and social care in England. Judge, K.; Mays, N. *BMJ* 308; 1363-1366; 21 May 1994.
42. A new approach to weighted capitation. Judge, K.; Mays, N. *BMJ* 309; 1031-1032; 21 Oct. 1994.
43. Is it fair?: Evaluating the equity implications of the NHS reforms. Whitehead, M. cap 9 en *Evaluating the NHS reforms*. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
44. NHS distribution of funds unfair. Appleby, J. *BMJ* 304; 70; 1992.
45. A formula for distributing revenues based on small area use of hospital beds. Carr-Hill, R.; Hardman, G.; Martin, S.; Peacock, S.; Sheldon, T.; Smith, P. *Occasional Papers*. Centre for health Economics. University of York. 1994.
46. The Resource Allocation Consequences of the new NHS Needs Formula. Peacock, S.; Smith, P. Discussion Paper 134. Centre for Health Economics. University of York. May 1995.
47. Calculated snub. Hunter, H. *Health Service Journal* 105 (5456); 11; 8 Jun 1995.
48. The Nation's Health. Bailey, H. Fabian Pamphlet 570. Fabian Society. London. Jun 1995.
49. The Reform of Health Care Systems. A review of seventeen OECD countries. OECD. Paris. 1994.
50. Organización y financiación de los servicios sanitarios en Canadá. Mennie, W.A. en *Planificación y economía de la salud en las autonomías*. (Comunicaciones y Ponencias de las III Jornadas de Economía de la Salud). Instituto Regional de Estudios. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. 1986.
51. The selection of needs indicators for regional resource allocation in the fields of health and social services in Quèbec. Pampalon, R. et al. *Soc. Sci. Med.* 42(6); 909-922; 1996.
52. Equitable provision of health services to Aboriginal and Torres Strait Islander people of Queensland. Runciman, C.; Walker, G.; Katz, C.; Howell, T. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 20(1); 15-17; 1996.
53. A model to estimate population in need of mental health services by catchment area. Grosser, R. Third National Conference on Needs Assessment. Louisville. 1981.
54. A study of differing social areas and use of psychiatric services: a model for needs assessment and planning. Rosen, B. et al. en *Social Indicators for Human Services*. Bell, R.A. et al. (eds.). University of Louisville. School of Medicine. Louisville. 1982.
55. The Health Demographic Profile System's Inventory of Small Area Social Indicators. Goldsmith, H.E. et al. U.S. Government Printing Office (Nº ADM 84-1354). Washington. 1984.
56. Validation of indirect methods to estimate needs for mental health services: concepts, strategy and general conclusions. Ciarlo, J.A. et al. *Eval. Program. Planning* 15; 115; 1992.
57. A methodology for resource allocation in health care for South Africa. Bourne, D.E.; Pick, W.M.; Taylor, S. P. et al. *S. Afr. Med. J.* 77; 456; 1989.
58. Établissement d'une table de passage de la dépendence des personnes âgées au besoin d'aide á domicile. Pampelon, R.; Colvez, A.; Bucquet, D. *Rev. Épidém. Santé Publ.* 39; 263; 1991.
59. Normalización de la estadística del gasto sanitario en España. Barea, J. (Director del trabajo de investigación). Departamento de Economía y Hacienda Pública. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Autónoma de Madrid. Diciembre 1993. (mimeo).

CAPITULO VII

DESIGUALDADES, EQUIDAD Y DESCENTRALIZACIÓN

1. Desigualdades y descentralización

Cualquier proceso de descentralización, sea cual sea el ámbito en el que tenga lugar, supone abrir la posibilidad de que se produzcan diferencias entre las entidades descentralizadas, y supone también la necesidad de considerar que esas diferencias se producirán en la realidad (si es que no son un objetivo de la propia descentralización)(1).

Reconocer ese principio es importante porque puede resultar contradictorio con otros principios o tendencias arraigados en todas las sociedades, en especial si se hace referencia a ciertas cuestiones.

Descentralizar supone en todo caso repartir la capacidad de que en cada entidad descentralizada se adopten decisiones distintas o formas de organización diferentes, de que se prioricen unos u otros objetivos, de que se distribuyan o utilicen recursos con criterios heterogéneos. Esperar que el resultado de todo ello sea la reproducción de situaciones idénticas, en consecuencia, no parece la previsión más razonable. Esa tendencia a la diferenciación se manifiesta de manera especial en el ámbito de los servicios públicos (54, pag 30).

La descentralización, sin embargo, no cambia otras tendencias. La comparación con otros elementos o entidades similares y próximos constituye un motor de cambio en cualquier sociedad. Para el caso de los servicios sanitarios, ya se ha señalado en diversas ocasiones a lo largo de este libro que la referencia a quien tiene unos recursos económicos o materiales más amplios o una mejor situación de salud, se convierte en fuente y refuerzo de demandas para quien en los análisis comparados alcanza cotas más bajas.

Esa forma de relación, como también se ha señalado, resulta inadecuada en muchos casos pues contribuye a incrementar demandas ineficientes que resultan especialmente poco convenientes en la actual situación de los servicios sanitarios, en la que el control del ritmo de crecimiento del gasto sanitario alcanza el carácter de objetivo universal.

La constatación de las dos tendencias contradictorias, a la diferencia y a la igualdad, en los procesos de descentralización sanitarios hace casi obligada, como única vía de salida, la definición de los grados de desigualdad en salud o servicios sanitarios se está dispuesto a tolerar en cada caso, a qué aspectos concretos cabe referir esas diferencias aceptables y qué mecanismos deben ponerse en marcha para corregir las desigualdades si se superan los umbrales establecidos.

Esas definiciones, sin embargo, no se producen de manera explícita en muchos procesos de descentralización, con lo que las propias desigualdades existentes, se considerasen o no ade-

cuadas o tolerables si se sometieran a un proceso de análisis, adquieren un protagonismo y una dinámica propios. Estos últimos pueden resultar contradictorios con otros objetivos o razones del proceso de descentralización concreto que haya tenido lugar.

Reconocer que los procesos de descentralización pueden determinar normalmente diferencias en distintos aspectos sanitarios constituye en todo caso una primera premisa necesaria para afrontar situaciones como las descritas.

2. Demandas de equidad en los servicios sanitarios

En el apartado anterior se ha hecho referencia a que las demandas de equidad (luego se describe hasta qué punto esta expresión puede traducirse en igualdades o diferencias) afectan de manera especial a determinados aspectos de las relaciones entre personas o grupos humanos. Con el término "igualitarismo específico" (2) se describe la concentración de las demandas de equidad en determinados servicios, o en el acceso a determinados bienes, y no en otros.

Entre los aspectos en que hay mayor unanimidad en esas exigencias se encuentran la salud y los servicios sanitarios. Cualquier actuación, incluida la descentralización de servicios, que tenga que ver con la primera o con la organización y distribución de los segundos es previsible, en consecuencia, que genere demandas de niveles de salud semejantes, o de provisión equitativa de los servicios con arreglo a distintos parámetros.

Las razones que se han invocado para ello son diversas:

- Algunos autores (3) consideran que esa exigencia respecto a la salud y los servicios sanitarios se debe a que el estado de salud o enfermedad y la necesidad de los servicios sanitarios escapan del control de los individuos aislados, a diferencia de otros bienes y servicios a los que puede accederse según la voluntad de cada uno.

Puede objetarse, sin embargo, que la salud de cada individuo se ve afectada por su propia conducta. De la consideración que debe merecer el que determinadas personas se sometan voluntariamente a riesgos para su salud (por ejemplo el tabaco) se han pretendido deducir en algunos casos diferencias en el derecho al acceso a los servicios sanitarios de cobertura pública (son todavía bien recientes los casos de pacientes fumadores a los que se pretendió negar ciertos tratamientos en hospitales británicos por su condición de fumadores; la evaluación de los riesgos de cada paciente es una práctica habitual en las compañías aseguradoras privadas, que pueden llevar desde el encarecimiento de las pólizas hasta su exclusión).

- Otros autores (4-7) buscan raíces morales en esa respuesta: la salud es una condición necesaria para el desarrollo equilibrado del ser humano, lo que no ocurre con otros bienes y servicios. Esa característica, a juicio de esos autores, justifica la concentración de la demanda de equidad en la consecución de la salud y el acceso a los medios específicos que pueden contribuir a ella.

- Para otros (8; 9), la preocupación por la inequidad en lo sanitario nace de las mismas raíces que la preocupación por la ineficiencia de los propios servicios sanitarios: se trata de la escasez de medios para atender todas las demandas que pueden presentarse, que son ilimitadas. Si no hubiera esa escasez relativa, no habría problemas de reparto equitativo.
- Desde un punto de vista diferente, la protección de la salud y la provisión de los servicios sanitarios ha pasado a formar parte importante del denominado "Estado de Bienestar" (10, pag 225-268). Para las poblaciones de los países en que el mismo ha alcanzado un mayor grado de desarrollo, y como aspiración para los que se encuentran más atrasados, ambas cuestiones constituyen un elemento fundamental de las actividades propias del Estado (sea cual sea la forma de organización y provisión), de manera que, si desapareciera esa cobertura, se perdería uno de los elementos que justifican la existencia de aquél.

Estos conceptos están al margen de las críticas que se han formulado por algunos autores (34) en cuanto a que los beneficiarios del Estado de Bienestar, y en particular de los servicios sanitarios, hayan sido sobre todo las clases medias y los sectores mejor dotados, y no los más desfavorecidos. Esta observación, atribuida a los métodos de valoración y comparación utilizados, ha sido discutida por otros autores (35).

Con independencia del grado de acuerdo con cada una de esas justificaciones, o con todas ellas al mismo tiempo, el hecho es que, al analizar los procesos de descentralización sanitaria, la valoración de la consecución de mayores o menores grados de equidad constituye también un elemento básico.

3. Dificultades generales de la definición de equidad

El primer recurso para entender un término es acudir a lo que dicen de él los diccionarios. Como ocurre con otras palabras, el término de "equidad" tiene significados académicos diversos, que van desde la igualdad a la moderación, pasando por un cierto sentido de "justicia natural".

Es probable que, si se acude a solicitar a distintas personas lo que entienden por ese mismo término, ninguno de esos significados resulte suficiente por separado para explicar lo que representa para cada uno de ellos. Lo que es la equidad se encuentra abierto a interpretaciones subjetivas diversas, que hacen difícil llegar a un acuerdo completo (11, pag 11-20).

No sólo caben distintas valoraciones subjetivas, sino diferentes teorías, que se atienen a diversos modelos de sociedad. Así, si hablamos de distribución de bienes y servicios, se han descrito (12, pag 31-51) cuatro modelos generales distintos (ver cuadro VII.1):

a. Modelo libertario

Subraya la libertad individual como bien superior. La salud, como otros bienes y servicios según esta visión, es una responsabilidad individual, y cada uno está habilitado para poseer lo que tiene siempre que lo haya adquirido justamente. Traducido al ámbito de los servicios sani-

Cuadro VII.1. Modelos generales de equidad

Modelo	Características
LIBERTARIO	<ul style="list-style-type: none"> - Libertad individual, bien superior - Salud, responsabilidad individual - Equitativo, lo que se adquiere justamente (con arreglo a capacidad económica)
LIBERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Libertad individual, bien superior - Necesidad de reducir desigualdades y mejorar las condiciones de los peor dotados - Por razones de bienestar individual y utilidad general
SOCIALDEMÓCRATA	<ul style="list-style-type: none"> - Libertad individual, valor central - Cooperación - Igualdad en recursos (o posibilidad de acceder a bienestar)
MARXISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución igualitaria

tarios, el derecho a la asistencia sanitaria se extiende a quien lo ha adquirido en el mercado sanitario, y carece de ese derecho el que no lo haya hecho así.

b. Modelo liberal

Partiendo de la misma base de valoración de las concepciones libertarias, trata de atemperar los excesos en la práctica de aquéllas. Los liberales creen que las desigualdades podrían y deberían ser reducidas. Sin alcanzar principios estrictamente igualitarios, se trata de mejorar las condiciones de los peor dotados. La razón para ello, sin embargo, es que el malestar ajeno tiene efectos negativos sobre el bienestar propio. La medida de lo equitativo, con arreglo a esta orientación, es aquélla que proporciona los mayores niveles de bienestar al conjunto de la sociedad, considerada como la suma de individualidades.

Como proyección de estas teorías se han propuesto dos formas y principios de distribución: la denominada utilitarista, que considera equitativa una distribución si se hace lo mayor posible la suma de las utilidades individuales, y el enfoque de Rawls (el denominado "maximin"), según el cual la única política justa es la que hace mejor o máxima la posición de los miembros de la sociedad más desfavorecidos.

c. Modelo socialdemócrata

Tiene como base tres valores centrales: libertad, cooperación e igualdad.

La concepción de libertad en este caso es más amplia que la mantenida por los grupos descritos antes, de manera que se extiende más allá del simple ejercicio de la elección individual, abarcando también la seguridad económica para cada persona.

El concepto de cooperación evoca preferencias respecto a la colaboración, el altruismo y la participación, en vez de la competencia y las actuaciones individuales.

La igualdad resulta, en todo caso, el concepto más importante de este modelo. Algunos autores que se pueden encuadrar en este grupo distinguen entre igualdad de bienestar e igualdad de recursos o, planteado en otros términos, entre igualación de beneficios netos individuales (por ejemplo, estado de salud) e igualación de oportunidades individuales para obtener esos beneficios.

d. Modelo marxista

Fundamentalmente igualitarista, sin embargo ha presentado un desarrollo escaso en relación con las otras concepciones respecto a lo que debe entenderse por distribución equitativa.

La diversidad de teorías citadas subraya la dificultad de llegar a un acuerdo sobre el concepto general de equidad. Esa dificultad parece más sencilla de resolver si lo que se propone son objetivos concretos y métodos adecuados para hacer el seguimiento de aquéllos.

4. Conceptos de equidad en relación con la salud y los servicios sanitarios

a. Proyección de los modelos generales de equidad

La primera consideración que cabe hacer respecto a los posibles conceptos de equidad en el ámbito sanitario es que las teorías y modelos mencionados en el apartado anterior pueden proyectarse sobre las distintas maneras de definir la distribución sanitaria equitativa.

Dentro del modelo libertario, y debido a las consecuencias extremas que los conceptos citados tienen para la política sanitaria, algunos autores (Flew, 1987; citado en 12) han sugerido establecer alguna clase de fondo de seguridad o estándar por debajo del cual no se debería permitir que estuviera ninguna persona. Se trataría de establecer un listado mínimo de "servicios sanitarios básicos", aunque, con arreglo a estas teorías, no está claro cuáles deberían ser los límites y los criterios de éstos. (Estas aproximaciones no suelen poner en cuestión los servicios comunes de salud pública que podrían englobarse en el concepto general de "policía sanitaria", pero sí podrían discutirse otras políticas de salud, como las vacunaciones, para quienes no pudieran pagárselas).

Como ejemplo del modelo liberal traducido a lo sanitario se puede citar la utilización de los QALYs (años de vida ajustados por calidad) (13-22; 75) o los HYE (equivalentes de años de vida saludables) (23; 24), cuyo grado de adecuación se ha comparado entre ellos (25-33): un sistema sanitario será equitativo si logra elevar a los niveles más altos esos indicadores para el conjunto de la población. Algunos de los problemas de la aplicación de esas medidas, que pueden conducir a la priorización de la atención de los problemas de salud de las personas con más alto nivel de vida, cualesquiera que estos sean, se describen en la bibliografía citada.

Quedan deliberadamente al margen las discusiones alrededor de cada una de estas aplicaciones que, para el lector interesado, pueden seguirse a través de debates que han merecido gran atención por parte de los economistas de la salud y de los que dicha bibliografía ofrece alguna muestra.

b. Equidad en sanidad según funciones diversas

Una manera diferente de abordar la aplicación del concepto de equidad al ámbito sanitario es referirlo a cada uno de los aspectos o funciones con los que puede relacionarse:

- (1) Para algunos autores (36) esa aplicación debe referirse a dos funciones fundamentales: la financiación y la prestación de los servicios sanitarios.

La primera de ellas puede considerarse, a su vez, de dos formas diferentes: si nos referimos a equidad "vertical", será equitativo un sistema en el que aporten más a la financiación sanitaria quienes dispongan de más medios económicos; hay también un sentido "horizontal" de la equidad financiera (que quienes disponen de los mismos recursos aporten igual) que, sin embargo, ha recibido menos atención.

Esos conceptos pueden trasladarse también a la provisión de los servicios (37; 38): en este caso se considera equidad "horizontal" (39) el tratamiento igual para necesidades iguales; por su parte, en esta faceta de los servicios la equidad "vertical" (que los individuos en situación desigual sean tratados de manera diferente) tiene menor interés.

En cuanto a la equidad en la prestación sanitaria, por estos autores se distinguen varias definiciones posibles: igualdad en salud, igualdad en acceso a los servicios, igualdad de utilización de éstos, e igual tratamiento para igual necesidad.

Por algunos de ellos (40) se sugiere que la igualdad en salud debe ser el principio dominante y que la equidad en la prestación sanitaria debe consistir en distribuir la atención de manera que produzca un resultado lo más cercano posible a la distribución igual de la salud.

- (2) Según otra forma de clasificación (41), la la equidad en el ámbito sanitario puede referirse a cinco aspectos distintos:
 - El gasto público.
 - El uso de los servicios.
 - El coste (marginal) para el acceso a los servicios.
 - Los recursos de uno u otro tipo.
 - Los resultados en salud.
- (3) La reconocida multiplicidad de los determinantes de la salud, que exceden ampliamente el ámbito sanitario, contribuyen a hacer todavía más abierto el debate, pues la consecución de los objetivos de salud puede requerir intervenciones de ámbitos muy diversos (42).

Ese aspecto se tiene en cuenta por otros autores (43, pag 69-82), que refieren los significados de la equidad en las políticas sanitarias a cinco niveles diferentes:

- Equidad de acceso.
- Equidad de recursos.
- Equidad de pago.
- Equidad "de frontera" (se refiere al uso de tecnologías complejas en situaciones extremas, y su posible aplicación a grupos reducidos o a la totalidad de la población).
- Equidad intersectorial (plantea el uso alternativo de recursos en diferentes sectores, como nutrición, vivienda, transportes, subsidios, educación u otros, cuyas repercusiones sobre la salud de la población son directas) (44).

(4) Aún pueden encontrarse otros enfoques distintos. Así, desde un punto de vista económico se consideran posibles las siguientes formulaciones de la equidad (45, pag 87-98):

- Igualdad de acceso per cápita.
- Igualdad de recursos (inputs) per cápita.
- Igualdad de recursos (inputs) por "necesidad" igual.
- Igualdad de oportunidades de acceso por "necesidad" igual.
- Igualdad de utilización por "necesidad" igual.
- Igualdad de "necesidad" marginal atendida.
- Igualdad en el nivel de salud.

Cada uno de esos posibles enfoques se tratan de proyectar en el terreno práctico mediante indicadores diferentes.

Así, para la evaluación de la equidad financiera en sentido vertical se utilizan el índice de Kakwani (36; 46) y el de Suits (46), que ponen en relación el porcentaje acumulativo de población por niveles de renta con la aportación de cada uno de esos grupos porcentuales a la financiación sanitaria.

Para otros indicadores, el camino requiere otros debates previos: por ejemplo, para la definición de necesidades sanitarias (47, pag 33-58) es preciso asumir primero si éstas están adecuadamente expresadas por indicadores de morbilidad y mortalidad, y cuáles de entre ellos son los más adecuados para representar lo que se pretende (a estas cuestiones se ha hecho referencia al describir el sistema de distribución de la financiación conocido como RAWP, del Reino Unido, en el capítulo anterior; hay que llamar además la atención sobre el hecho de que la correlación entre ciertos parámetros que puede encontrarse en un país concreto, que puede justificar el uso de determinados indicadores en ese país, puede no ser válida para otro diferente (48); el uso de cada indicador debe sustentarse en una justificación específica, y no disponemos de indicadores de validez general en muchos casos).

Otro ejemplo de la necesidad de definiciones y acuerdos previos es el del acceso a los servicios: si se trata de considerarlo en términos de posibilidad de acceder a ellos o de utilización real de los mismos depende de factores distintos en cada caso.

En el campo de la economía de la salud es también motivo de debate la conveniencia y adecuación de unos y otros objetivos de equidad definidos en los términos descritos (40; 49, pag 53-68; 76, pag 72-83).

De todo este panorama complejo merece la pena resaltar varios aspectos:

- Como en el caso de los criterios de equidad en el ámbito general, parece más sencillo llegar a acuerdos sobre la utilización concreta de un indicador en una situación determinada, a conciencia de sus limitaciones, que obtener un acuerdo general sobre el significado de la equidad sanitaria.

Pese a las dificultades para obtener acuerdos de este carácter, en situaciones concretas puede obtenerse un alto grado de consenso sobre planes, actuaciones y resultados que constituyen o promueven situaciones o servicios más adecuados y equitativos que los que se daban con anterioridad (50-52).

- Los distintos criterios de equidad sanitaria y sus indicadores correspondientes dan lugar a formas de distribución diferentes, con frecuencia contradictorias y no necesariamente igualitarias (40; 45): si se juzga según necesidades, la distribución equitativa puede determinar la distribución de más medios o atención al ámbito o grupo en peor situación; por el contrario, una valoración de la equidad con arreglo a parámetros de igualdad de oportunidades en el acceso puede dar lugar a distribuciones iguales según criterios poblacionales combinados con otros aspectos. Para obtener unos niveles similares de salud o de atención puede ser preciso efectuar más gasto en unos u otros grupos o zonas, por condiciones propias o ajenas al sistema sanitario. Los ejemplos de este tipo podrían multiplicarse.
- No hay un acuerdo general que permita identificar equidad con igualdad y menos aún con igualdad en salud: si algunos autores proponen este criterio como la forma más apropiada de la equidad sanitaria (40), para otros (38; 53) es irreal e inadecuado aceptar ese criterio. Para uno de estos últimos (53), el concepto de equidad hace referencia a desigualdades que son a la vez -innecesarias, -evitables, -inapropiadas, -injustas, criterios a cuya luz deberían analizarse las diferencias de salud existentes.

c. Aplicación real de los criterios de equidad sanitaria

Diversos autores (76, pag 163-174; 77) han analizado los logros de diferentes sistemas sanitarios en la consecución de distintas formas de equidad (vertical u horizontal; social o geográfica; en el accesibilidad a los servicios o en la utilización real de éstos). Sin embargo, ante un panorama de definiciones tan complejo como el descrito, no cabe duda de la utilidad de que cada sistema sanitario se dote de una definición adecuada y propia de sus criterios de equidad.

Estos pueden establecerse a dos niveles: o bien pueden concretarse en un acuerdo, proyectado a una u otra clase de normas, sobre la consideración de la equidad en los términos filosóficos descritos, o pueden establecerse indicadores concretos para orientar la distribución de los medios y recursos sanitarios.

(1) Acuerdos "filosóficos" sobre equidad

Por su misma naturaleza y por las dificultades inherentes al propio debate, que ya se han descrito, resulta difícil encontrar en los textos sanitarios de distintos países una definición clara de equidad por parte del sistema sanitario correspondiente.

La referencia más aproximada a una cierta definición puede considerarse la Ley Básica de Canadá (Canadian Health Act), que establece que "el principal objetivo de la política de atención sanitaria de Canadá es proteger el bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y facilitar el acceso razonable a los servicios sanitarios sin barreras financieras ni de otro carácter".

Los términos del texto, que no cita de manera expresa el término "equidad" como puede observarse deben ser interpretados en todo caso: definir qué es el acceso razonable y concretar las situaciones en las que se produce y debe producirse éste abre un gran campo de debate.

Pero la potencia y virtualidad de una definición de esa clase no deben subestimarse: la referencia explícita a la eliminación de barreras económicas para el acceso a los servicios sanitarios contribuyó a la supresión de las cargas financieras sobre los usuarios de los servicios en ciertas provincias, que habían sido autorizadas en una fase anterior, cuando se demostró que con ello se estaba produciendo una limitación del acceso de la población con menores recursos económicos (9) (a todo ello se ha hecho también referencia en el capítulo anterior, en el anexo dedicado a la financiación sanitaria en Canadá).

Otras veces las definiciones no alcanzan el rango de una norma legal pero los principios explicitan en alguna clase de declaración o informe, aunque en este caso carecen de otra capacidad coactiva que la de constituir una referencia general. Es el caso del Reino Unido, donde el NHS se constituyó sobre la base de una serie de principios que, siendo inicialmente implícitos, llegaron a explicitarse en el informe de una Comisión (55). Conforme a las descripciones de Whitehead (52, pag 209-210; 56), esos principios eran los siguientes:

- *Titulación universal*: todos los ciudadanos tienen derecho a la atención sanitaria sin necesidad de otras pruebas ni procedimientos de comprobación de requisitos y sin que la utilización del sistema sanitario suponga ninguna clase de estigma, como ocurre con los sistemas que están diseñados para las personas sin recursos económicos.
- *Costes financieros compartidos*, con acumulación del riesgo: lo que se logra mediante la financiación a través de impuestos, de manera que la participación en la finan-

ciación está en relación con la capacidad de pagar. Se considera adecuado, además, que las personas que necesitan menos la atención sanitaria participen en los costes de los que tienen mayores necesidades.

- *Servicios libres de pago en el momento de usarlos*, lo que elimina las barreras financieras para el acceso a ellos.
- *Cobertura de servicios amplia*, comprendiendo prevención, tratamiento y rehabilitación, salud física y mental, y atención a procesos agudos y crónicos.
- *Igualdad geográfica*, con el compromiso de desarrollar los servicios en todo el territorio.
- *Iguals estándares de calidad para todos*, al nivel más alto posible: se trata de igualar por arriba, y de eliminar diferentes niveles de servicio para los más pobres y los que tienen mayor poder e influencia.
- *Selección y prioridad sobre la base de la necesidad clínica*, eliminando otros criterios de preferencia que puedan tener que ver con el estatus social o económico.
- *Ética de servicio sin ánimo de lucro*, que debía informar el comportamiento de todos los que forman parte de los servicios sanitarios. Esta actitud se ha reconocido como característica del personal del NHS.
- *Sentimiento general de bienestar con el servicio*: en palabras de Bevan, "la sociedad deviene más compacta, serena y espiritualmente saludable si sabe que todos sus ciudadanos tienen el respaldo de que no sólo ellos, sino todos sus allegados, tienen acceso cuando caen enfermos a lo mejor que puede proporcionar la experiencia médica".

Como reconoce Whitehead (52), algunos de estos principios, como los dos últimos, resultan especialmente difíciles de medir. Son, sin embargo, precisamente éstos los que resultan más importantes para mantener un sistema equitativo. En el caso del NHS británico, es evidente que ha continuado habiendo desigualdades, y que con el paso del tiempo se ha producido la erosión de alguno de esos principios. A la vez, hay un amplio consenso sobre la mayor equidad que proporcionó el NHS respecto al sistema anterior, así como sobre que ese servicio ha resultado mucho más equitativo que los sistemas establecidos en otros muchos países desarrollados.

(2) Utilización de sistemas de indicadores de equidad

El mejor ejemplo de la utilización de unos indicadores explícitos para la consecución de objetivos de equidad lo constituye el sistema RAWP de financiación: partiendo de una vía de definición de las necesidades sanitarias a nivel regional, que ya se ha descrito, promueve una distribución de la financiación con arreglo a esos parámetros.

En distintos países se han utilizado también cifras de referencia de distintos indicadores para orientar la planificación en la distribución de sus recursos (57, pag 289), lo que cons-

tituye uno de los métodos posibles de planificación (58, pag 279). Se ha puesto también de relieve la relación entre el uso de unos y otros indicadores y formas de planificación y las características de la organización y el nivel de la información recogida en el país correspondiente (59).

Lo que se trata de resaltar aquí, sin embargo, no es tanto la utilización de indicadores como la importancia de lograr el acuerdo sobre su uso como expresión de los objetivos de equidad, si se llega a alcanzar ese acuerdo.

Dado que las diferencias en unos u otros parámetros son, como se ha indicado, inevitables y hasta contradictorias, cuanto mayor sea el grado de acuerdo alcanzado sobre los objetivos e indicadores de equidad y la distribución que de ellos se derive más difícil puede resultar la utilización de otros indicadores para justificar diferentes demandas parciales de unos u otros agentes del sistema, cuya atención puede resultar ineficiente para el conjunto.

Sobre la base de la equidad sin otros calificativos ni precisiones se pueden fundamentar demandas muy diversas; el funcionamiento coordinado de un sistema sanitario se facilita si se concretan y aceptan por todos unos objetivos de equidad.

La utilización de indicadores concretados en cifras, sin embargo, puede tener también sus problemas (60):

- Pueden derivar en una prioridad espúrea hacia lo que es medible.
- Tomados de manera aislada, pueden representar una descripción de las políticas demasiado simplista.
- A no ser que los objetivos se seleccionen de manera muy cuidadosa pueden resultar poco realistas y ser abandonados por inalcanzables.

Estos aspectos deben tenerse en cuenta si se trata de precisar unos objetivos de equidad.

5. Formas de descentralización sanitaria y conceptos de igualdad y equidad

Para la consideración de esta cuestión se recurre a la clasificación de las formas de descentralización que se viene utilizando desde el capítulo segundo.

Tanto los procesos de "desconcentración" como los de "devolución" plantean fundamentalmente problemas de equidad territorial. Por el contrario, los de "delegación" y "privatización" pueden referirse a grupos sociales o funcionales con una distribución diferente, que plantea distintos problemas de equidad (cuadro VII.2).

Por esa razón se analizan de manera agrupada los problemas referidos a los dos primeros y a los dos últimos respectivamente.

Cuadro VII.2. Cuestiones de equidad según las formas de descentralización

Procesos "geográficos" (Desconcentración y devolución)	Procesos "funcionales" (Delegación y privatización)
<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades de distribución distinta a la territorial • Imposibilidad de niveles idénticos en salud y en servicios sanitarios • Posibilidad de concretar los objetivos de equidad • En relación con las diferencias entre territorios: <ul style="list-style-type: none"> - Evolución temporal - Ritmos temporales de igualación o disminución - Acuerdo para hacer desaparecer las diferencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones diferentes para colectivos distintos • Selección adversa de pacientes • Financiación diversa

a. Procesos de desconcentración y devolución

Lo que predomina en ambos tipos de procesos descentralizadores es una distribución territorial de los recursos sanitarios. Los objetivos de equidad en estos casos, en consecuencia con ello, deben coincidir en el planteamiento territorial o, al menos, obtener una expresión territorial con arreglo a las demarcaciones establecidas.

(1) Desigualdades de distribución distinta a la territorial

En primer lugar hay que tener en cuenta que las diferencias en distintos parámetros sanitarios, sean de estado de salud, de acceso a los servicios, de financiación u otros, no tienen necesariamente su mayor expresión al nivel geográfico correspondiente al proceso de descentralización respectivo.

Esas diferencias pueden producirse fundamentalmente entre clases sociales, niveles de instrucción o renta (son numerosos los trabajos (53; 61-64) que establecen una relación inversa entre ingresos y mortalidad), grupos profesionales o laborales o cualquier otro tipo de agregación.

Las desigualdades entre esos grupos pueden ser también diferentes en el seno de cada una de las demarcaciones territoriales establecidas. Aunque de hecho se ha descrito en algunos ámbitos la coincidencia del nivel medio más bajo de recursos con la distribución interna más desigual de los mismos, lo que contribuye a acentuar las diferencias (65).

Establecer políticas y objetivos sanitarios de equidad prioritarios en una sociedad determinada puede no pasar, por eso, si las diferencias más importantes se producen en relación con otras formas de distribución, por una política territorial básica

Sin embargo, en los sistemas sanitarios en los que se produce una descentralización territorial se establece una distribución territorial de los recursos, o es inevitable la comparación entre los indicadores de salud de unos y otros territorios, tomando como referencia a éstos.

En estos casos, aunque las desigualdades fundamentales se produzcan entre otra clase de agrupaciones, se hace preciso establecer objetivos de equidad por territorios, sin perjuicio de que sean necesarios otros complementarios de diferente carácter, a la vez que es necesario tener en cuenta la repercusión territorial sobre esas diferencias principales (66, pag 73-85).

(2) Imposibilidad de obtener niveles idénticos en salud y servicios sanitarios

La segunda cuestión a tener en cuenta en esta clase de procesos es la imposibilidad real en la mayoría de los casos de llegar a obtener situaciones o cifras idénticas, y más aún de mantenerlas si en algún momento se consiguiese la igualdad, sean cuales sean los criterios e indicadores que se manejen.

La concurrencia de factores de tipos muy diferentes en la determinación del estado de salud de la población, así como la posibilidad de adopción de decisiones y políticas distintas, tanto más diversas cuanto más amplio y profundo sea el proceso de descentralización establecido, como se ha indicado ya al comienzo del capítulo, están en la raíz de esta dificultad.

En la solución de este problema pueden seguirse líneas distintas, entre las que cabe citar:

- El establecimiento de márgenes de "tolerancia" en los indicadores utilizados, de manera que no se trate de objetivos definidos mediante una cifra mágica, sino de una banda de posibilidades con un máximo (lo que puede no valer para los niveles de salud, pero sí puede servir para los recursos) y un mínimo acordados en cada caso.
- La utilización de las técnicas de los "niveles mínimos". Estos no tienen necesariamente que concretarse en cifras precisas, ni tienen que referirse sólo a indicadores, aunque pueden utilizarse éstos como referencia. Pero otras posibilidades que pueden citarse como ejemplos son:
 - El establecimiento de relaciones de prestaciones. Según la amplitud de éstas, en la literatura se recogen referencias a paquetes "mínimos" (más reducidos) o a paquetes "básicos" (que recogen relaciones más amplias), que se han citado ya en el capítulo anterior.
 - La exclusión de ciertas causas de muerte (como las causadas por ciertas enfermedades transmisibles erradicadas del conjunto de un territorio que, si permaneciesen o apareciesen de nuevo en una parte concreta del mismo, justificarían actuaciones e inversiones compensadoras para su desaparición).
 - El establecimiento de ciertos programas concretos de actuación: como determinadas inmunizaciones de eficacia y eficiencia probadas.

(3) Posibilidad de concretar los objetivos

En algunos de los casos descritos en el apartado anterior puede ser especialmente útil y necesaria la concreción de los objetivos en cifras.

Un buen ejemplo de ello lo constituyen los listados de prestaciones. Si el objetivo se plantea en términos de igualdad en el acceso, la realidad de la consecución de ese objetivo se refuerza si se incluyen tiempos máximos de espera para obtener las prestaciones, distancias o tiempos máximos para acceder a los lugares donde se prestan los servicios, niveles de dotación por grupos de población, u otras.

Puede servir como ejemplo el establecimiento del paquete básico de prestaciones en Nueva Zelanda (67), en el que se especifican varias de estas cuestiones, como puede observarse en el anexo 7.1. En Suecia, desde 1992 todos los condados han establecido tiempos máximos de espera de tres meses para diversos tratamientos, sobre todo quirúrgicos, con la condición de que si en ese plazo no se han realizado aquéllos, el paciente tiene posibilidad de acudir a otros centros públicos o privados y "el dinero sigue al paciente" (68).

(4) Evolución temporal de las diferencias

Otro aspecto a considerar es la evolución temporal de las diferencias. Tratándose de situaciones dinámicas, es imposible mantener la identidad de los valores de diversos parámetros, si es que pudiera alcanzarse en algún momento, de manera sostenida. Es preciso, sin embargo, dar un valor adecuado a los cambios que se produzcan.

Salvo situaciones o cambios dramáticos en casos excepcionales, es más adecuado el seguimiento y análisis de las tendencias que la valoración puntual de una situación concreta.

No es posible establecer de manera general qué plazos son los convenientes para analizar las tendencias respecto a diferentes indicadores. Como es lógico, cuanto más amplios sean los plazos es más posible establecer las tendencias. Se trata, en todo caso, de determinar si los valores tienden a la concentración o a la dispersión, y si los indicadores de cada una de las entidades descentralizadas siguen las tendencias de los parámetros medios que se establezcan (media, mediana o moda).

En los capítulos correspondientes al análisis más pormenorizado de la experiencia española se proponen algunos métodos y coeficientes para hacer posible un seguimiento de este carácter.

(5) Ritmos temporales de igualación o disminución de las diferencias

Dentro de la evolución temporal es necesario también hacer patentes los ritmos que se consideren adecuados para hacer desaparecer o disminuir las diferencias que pretendan corregirse.

En la mayoría de los casos es imposible promover una desaparición automática de esas diferencias. Sea en niveles de salud, por la variedad y complejidad de los determinantes; sea en recursos, por los plazos necesarios para la construcción, el equipamiento o las inversiones precisas para lograr la dotación adecuada; sea por el origen común de los fondos en la mayoría de los casos, en que es preciso compartir los destinados al mantenimiento de lo existente con las nuevas inversiones; y también porque, si se entra en valoraciones comparativas, todos los términos, incluidos los de referencia, son variables y están sometidos a evolución, por todo ello resulta casi siempre imposible pretender la eliminación de las desigualdades de manera inmediata.

Eso no quiere decir que lo más equitativo no resulte concretar en lo posible los plazos y los márgenes en que esas diferencias deben reducirse, pues, de otra forma, es muy probable que no desaparezcan nunca.

En el caso de la fórmula RAWP se han descrito ya en el capítulo anterior los sistemas de establecimiento de márgenes anuales para el crecimiento de las regiones mejor y peor dotadas, aún con el condicionante añadido de su adaptación al crecimiento económico general en aquel caso. La eficacia de esas fórmulas de planificación y seguimiento para las disminuciones reales de las diferencias se ha descrito también allí.

(6) Acuerdos para hacer desaparecer las diferencias

En los procesos de descentralización territorial, en especial si ésta alcanza niveles de responsabilidad política, lo que debe resaltarse en todo caso es la importancia de alcanzar acuerdos y establecer objetivos y criterios sobre los niveles y formas de desigualdad toleradas y sus márgenes, y sobre aquellas otras diferencias que pretenden eliminarse, así como sobre el ritmo en que deben desaparecer esas diferencias.

Como se ha venido reiterando, la comparación con la situación de otras entidades descentralizadas del mismo nivel, sea cual sea el aspecto que se compare, es probablemente un motor inevitable de la vida de esas entidades, lo que no debe asombrar si se observa cualquier otro ámbito de la actividad y las relaciones humanas.

Lo que debe evitarse también de manera expresa en el caso de los servicios sanitarios es que de esa comparación se deriven consecuencias negativas en el sentido de la ineficiencia, como consecuencia de que, por esa dinámica, se promuevan demandas que tengan esa condición. Aunque la eficiencia no es el valor supremo de los servicios sanitarios, sí es un condicionante general de éstos, e incluso su equidad, sea cual sea el criterio con el que la juzguemos y el parámetro que utilicemos para medirla, puede verse impedida con un uso y distribución ineficientes de los propios servicios.

Si partimos de la base con que se iniciaba este capítulo, es decir, que la existencia de diferencias en cualquier proceso de descentralización es inevitable, el uso que se haga de esas diferencias no depende tanto de los objetivos de eliminación o tolerancia de las desigualdades que se establezcan, como de la forma en que se lleguen a establecer esos objetivos y el grado de acuerdo con ellos por parte de las entidades descentralizadas.

Si el proceso de determinación de objetivos de equidad, concretado en una u otra de las formas, aspectos o funciones posibles cuenta con la participación activa de las entidades descentralizadas y si, en cualquier caso, hay una adhesión activa de éstas a los criterios establecidos, la actuación de esas entidades en la demanda de otros recursos pierde valor.

La actividad de autoridades de nivel regional o local, utilizando comparaciones con otras entidades de nivel similar en las que salga perjudicado el territorio que representan para demandar más recursos es probablemente inevitable en la mayoría de los casos, e incluso puede considerarse que forma parte del papel de aquéllas en un sistema sanitario en su conjunto.

Pero es más fácil que esa actuación no determine efectos negativos generales si el sistema sanitario en que se produce tiene establecidos objetivos de equidad propios y expresos, y más aún si la autoridad o grupo de que se trata está identificada con ellos, sea por la forma de su elaboración o por su adhesión a los mismos. Se trataría en ese caso de diferencias entre unos y otros criterios de equidad o igualdad, pero no de la ausencia de éstos; y, si se solicitase la modificación de los criterios generales debería hacerse con el acuerdo y la participación de cuantos puedan verse afectados por ellos.

b. Procesos de delegación y privatización

En procesos de descentralización de estos tipos la primera característica que interesa subrayar es que pueden dirigirse a grupos humanos establecidos por características diferentes a las territoriales, con frecuencia profesionales o laborales, que no tienen una distribución territorial específica y propia, aunque no siempre es así (sirve como ejemplo la constitución de los fundholdings británicos, en los que sí que puede haber cierta relación territorial, sobre todo en el caso de los dependientes de las autoridades locales).

De esa característica se deduce otra situación que es también frecuente en estos casos: la falta de correspondencia entre los grupos establecidos de esa forma y los que constituyen normalmente la base de referencia para muchas de las estadísticas sanitarias más comunes, que sí suelen utilizar una base poblacional territorial.

Desde el punto de vista de la equidad y las desigualdades sanitarias, todo ello tiene como consecuencia que los grupos definidos a través de procesos descentralizadores de estos tipos no suelen tener características sanitarias diferentes a las del resto de la población o, al menos, no estamos acostumbrados normalmente a medirlas.

Por eso, las diferencias en estos casos y las demandas de equidad, suelen dirigirse a otros terrenos: los relacionados con la igualdad o la diferencia en las prestaciones recibidas, en el acceso a los recursos, en la disponibilidad de éstos o en el gasto sanitario disponible per cápita.

Por eso también los problemas potenciales a los que debe dirigirse la atención de manera preferente son otros. Aunque en el capítulo segundo se ha hecho un análisis de los problemas de equidad que se han planteado en procesos concretos de descentralización de este carácter,

que constituyen líneas de reforma en los países respectivos, se hace aquí una referencia más global a esos problemas. Estos, por otra parte, no son privativos de los procesos de descentralización que se están produciendo ahora, sino que se dan también en sistemas consolidados organizados sobre algunas de estas bases (69). De manera resumida, pueden ser los siguientes:

(1) Prestaciones diferentes

El primero de esos problemas puede ser la existencia de prestaciones sanitarias diversas para colectivos distintos.

No es habitual que la justificación de esa diversidad, si se produce, tenga relación con problemas o niveles sanitarios distintos entre poblaciones escogidas con arreglo a criterios de descentralización de este tipo. Lo normal es que esas diferencias deriven de razones históricas (por ejemplo, regímenes de protección surgidos de manera separada y específica) o de sistemas de financiación distintos.

En otras ocasiones puede buscarse la justificación en razones de gestión eficiente de los servicios, que pueden permitir una ampliación de ciertas prestaciones si se consigue un manejo más eficiente de otras.

En otros casos, sin embargo, lo que se produce es una modificación de las condiciones exigidas para el acceso a las prestaciones, normalmente en el sentido de dificultar éste, bien mediante el establecimiento de períodos o situaciones de carencia, la introducción de copagos para algunas de ellas, o la limitación del tiempo de cobertura de determinadas prestaciones (por ejemplo, un número máximo de estancias hospitalarias cubiertas para ciertos procesos médicos o quirúrgicos, u otros). Estos procedimientos, como se ha comentado ya, forman parte de los habituales en los seguros sanitarios privados, y suelen tratar de introducirse en el ámbito de cobertura pública cuando se confía a aquéllos, por una u otra vía, una parte de la gestión sanitaria pública.

En unos casos las diferencias en los paquetes y sistemas de cobertura sanitaria forman parte de sistemas más amplios, de manera que las diferencias sanitarias en sentido positivo o negativo respecto a otros regímenes pueden tener carácter compensador de diferencias en otros ámbitos (por ejemplo, pensiones u otros aspectos de cobertura social), o de un sistema de financiación diferente. En otros casos, por el contrario, se trata sólo de condiciones de cobertura sanitaria específica que, cuando eso ocurre, suelen resultar más difíciles de mantener, y es más fácil que terminen confluyendo con la cobertura sanitaria general.

Otra cuestión que puede plantearse en estos casos es la prioridad en la utilización de los recursos sanitarios si las entidades descentralizadas carecen de medios propios de uno u otro nivel. Cuando confluyen en el uso de unos mismos medios personas procedentes de distintas situaciones de cobertura, desde el punto de vista de la equidad se plantea la forma de acceder a aquéllos, y el establecimiento de criterios de prioridad para ello.

Un ejemplo de estas cuestiones son los debates que se están produciendo en el momento actual en el Reino Unido respecto al establecimiento de dos niveles de atención y de

cobertura y la prioridad en el acceso a los hospitales, entre la población cubierta a través de fundholdings y la que se mantiene bajo la forma de organización tradicional, con posibles ventajas para el primero de esos grupos, que se ha analizado en el capítulo segundo.

(2) Selección adversa

Este término, como se indicó en el mismo capítulo citado, se refiere al rechazo por entidades de aseguramiento, centros o personal sanitario con actividad independiente de pacientes de determinadas características, normalmente los que requieren atención más compleja o aquéllos cuyo tratamiento se supone que será más gravoso, entre los que los ancianos ocupan un lugar preferente.

En el ámbito estrictamente privado los procedimientos de selección y rechazo tienen un carácter explícito, bien de forma directa o a través de procedimientos para encarecer las pólizas a esos grupos.

Estos procedimientos no resultan de recibo en el ámbito público, lo que no quiere decir que no se produzcan procesos de selección adversa implícitos o explícitos respecto a cierto tipo de pacientes.

Si se trata del aseguramiento, la selección adversa es de más fácil aparición si se da la actuación de entidades públicas y privadas coincidiendo en un mismo tipo de servicios: basta con que algunas de esas entidades no desarrollen determinada clase de ellos para que éstos tengan que ser cubiertos por las restantes. Como es lógico, esta situación se suele dar por parte de las entidades privadas o sometidas a este derecho, y son los servicios públicos los que deben hacerse cargo de las atenciones restantes, sea directamente o a través de acuerdos con las entidades deficitarias, en condiciones económicas que no suelen resultar gravosas para éstas.

Los mecanismos correctores pueden ser diversos. Las normas que prohíben ese tipo de situaciones y obligan a la aceptación de toda clase de pacientes, y a la dotación de los medios necesarios para ello, pueden resultar de utilidad. Pero dependiendo de las tradiciones de rigidez o flexibilidad en la aplicación de las normas, lo que es una característica más general de cada país, pueden producirse desviaciones y, en la realidad, situaciones de selección adversa de uno u otro tipo. Por otra parte, el control de esas situaciones requiere una actividad por parte de las Administraciones correspondientes que precisan una cualificación y rigor para los que pueden no estar preparadas. Los conflictos entre áreas de un mismo gobierno (por ejemplo, las áreas económicas, con frecuencia interesadas en el desarrollo de sistemas de seguro privados, de los que son responsables, y las áreas sanitarias) pueden ser también caldo de cultivo para situaciones de este tipo.

Por esas razones, en algunos países como Canadá, se prohíbe expresamente que las entidades privadas entren a competir con los servicios públicos por el mismo ámbito de cobertura, debiendo limitarse aquéllas a prestaciones que no están incluidas en el ámbito de cobertura público (37).

Por su parte, en el ámbito de la provisión de los servicios los procesos de creación y mantenimiento de los centros y servicios privados, como es lógico y consustancial a su razón de beneficio, se encuentran también sometidos a la selección de los servicios y lugares más adecuados para su implantación. Salvo el establecimiento de incentivos específicos, que por el volumen necesario es difícil que lleguen a establecerse, el escaso interés de los sectores privados para su implantación en ciertas zonas, y aún países, hacen que este tipo de iniciativas no sean normalmente una alternativa global para los sistemas sanitarios, sino más habitualmente una fórmula de implantación parcial en las zonas más prósperas o con mayores perspectivas de crecimiento.

(3) Equidad en la financiación

El tercer grupo de problemas de equidad a los que tienen que enfrentarse esta clase de procesos de descentralización tiene que ver con la financiación.

Sea a través de fuentes de financiación comunes, o si éstas son específicas para las entidades delegadas o privatizadas, la cuestión es si la financiación pública para esas entidades es diferente de la dirigida a otras entidades públicas que puedan coexistir con ellas.

Dado que la información económica sanitaria tiene un desarrollo limitado en la mayoría de los países, esta cuestión resulta a veces difícil de documentar. En todo caso, el parámetro que se puede utilizar para valorar la equidad en la financiación con arreglo a ese criterio es la financiación per cápita.

Otro problema diferente es el de la eficiencia macroeconómica que puede derivarse de procesos de este tipo, al margen de que la eficiencia en sentido microeconómico sea con frecuencia la justificación de reformas en el sentido de la delegación o la privatización (37). Como indican algunos autores (70), "no podemos excluir que los sistemas sanitarios en los que se produce la competencia (entre entidades a distintos niveles) aporten mayor eficiencia (menores costes unitarios) y, a la vez, mayores costes totales (unidades producidas de mayor calidad y/o mayor número de unidades)".

La incidencia de este tipo de problemas sobre la equidad sanitaria, al margen de la cuantía de la financiación per cápita en cada caso, puede ser importante si, como consecuencia del mayor gasto global generado por reformas de esta clase, se plantean reducciones en el ámbito de cobertura o en las prestaciones, con carácter general o parcial. Recurriendo a la misma cita anterior, "como una consecuencia de los gastos sanitarios crecientes, los subsidios que son necesarios para garantizar el acceso a la atención sanitaria de los enfermos y las personas con niveles salariales más bajos pueden crecer también. Como resultado final, esta evolución puede tener un resultado adverso sobre el proceso económico general e inducir al gobierno a recortar el presupuesto global del gasto público sanitario, precisamente el gasto que es necesario para sostener la atención de los enfermos y niveles más bajos de renta" (70).

6. Descentralización sanitaria en España, desigualdades y equidad

Como se describió en el capítulo segundo, una de las características del de descentralización español al que se ha calificado como devolución, consistente en el desarrollo de la transferencia de buena parte de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, ha sido la de coexistir con otras formas de descentralización del tipo de la delegación y la privatización, algunas de las cuales ya existían con anterioridad, y que se han desarrollado posteriormente en otros casos.

Es razonable, por eso, esperar que coexistan también problemas de los descritos en este capítulo para los dos grupos de procesos de descentralización a los que se ha hecho referencia. Para facilitar su descripción se va a mantener, por eso, la agrupación realizada, precedida de una introducción común.

a. Conceptos de equidad en la Ley General de Sanidad

Pese a su propia denominación, la Ley 14/1986, general de sanidad, no produjo una ordenación general de todas las cuestiones y servicios relacionados con los aspectos sanitarios abordados por distintos Departamentos de la Administración española. En todo caso, la misma norma legal establece los principios básicos de aplicación a las actuaciones sanitarias de los diferentes poderes públicos en España, por lo que es una referencia imprescindible.

Desde el punto de vista de la equidad, lo que caracteriza a la Ley general de Sanidad es la referencia a diferentes clases de equidad a lo largo de su articulado (73) (cuadro VII.3). Entre los artículos que hacen referencia a esta cuestión se encuentran los siguientes:

Cuadro VII.3: Equidad en Ley General de Sanidad 14/1986

Dimensión (Alcance)	Descripción (Características)
<ul style="list-style-type: none"> • Individual 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso y prestaciones (art. 3.2.) - Utilización de servicios con independencia de título de acceso (art. 16; art.90.6)
<ul style="list-style-type: none"> • Social 	(art. 3º 3; art. 10)
<ul style="list-style-type: none"> • Territorial 	(art. 3º 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Financiera 	(art. 12; art. 8.1) Orientación del gasto sanitario hacia la "corrección de desigualdades e igualdad de acceso"

- artº 3.2: "... El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva".
- artº 3.3: "... La política de salud estará orientada a la superación de las desigualdades territoriales y sociales".
- artº 10: "Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:
 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical".
- artº 12: "Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución".
- artº 16: "Las normas de utilización de los servicios públicos serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos".
- artº 81: "La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12".
- artº 90.6: "En cada concierto que se establezca, además de los derechos y obligaciones recíprocas de las partes, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante".

La lectura de los preceptos citados sugiere al menos dos consideraciones:

- la amplitud de las modalidades y conceptos citados permite valorar la Ley como un marco general, en el que caben posibilidades muy diversas también en lo relativo a la equidad.
- la propia Ley no permite definir qué modalidades de equidad de entre las descritas deben primar sobre otras. Asumiendo que pueden existir contradicciones en la aplicación práctica de varias de ellas, debe ser el ejercicio político concreto de desarrollo de la Ley el que establezca esas prioridades. Pero, en sentido inverso, puede invocarse la Ley como fuente y origen de aplicaciones muy diversas, lo que, a su vez, puede dificultar el ejercicio político.

b. Criterios de los responsables sanitarios

Una definición de criterios y objetivos tan amplia como la descrita en el apartado anterior ha dado lugar a actuaciones muy diversas por parte de los distintos responsables sanitarios.

Las diferencias existentes, tanto en salud como en recursos, han servido de justificación en numerosas ocasiones para la demanda de mejores y mayores dotaciones de centros y servicios en diversos territorios.

Distintas valoraciones de lo que constituyen las necesidades y la demanda sanitaria atendible han servido de base para realizar propuestas de financiación tan divergentes como para solicitar que la distribución de los fondos destinados a sanidad se haga en relación directa o inversa con los niveles de renta, como se ha comentado en el capítulo anterior.

En un sistema tan descentralizado como lo es en la actualidad el español, sin embargo, resultan de especial valor los criterios compartidos sobre los que existe acuerdo.

Entre los esfuerzos realizados para alcanzar éste, cabe citar una encuesta realizada por la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre "Objetivos e Indicadores del Sistema Nacional de Salud" en Junio de 1992 (71), encuesta que se distribuyó para su contestación entre los 34 miembros del Consejo Interterritorial (órgano al que se alude en el capítulo siguiente, pero que cabe adelantar que reúne a los máximos responsables políticos del Sistema, tanto a nivel central como autonómico).

Los posibles objetivos del Sistema propuestos a valoración eran catorce, los cuales figuran en los cuadros siguientes. Las definiciones de los ocho que se valoraron como más importantes figuran en el cuadro VII.4. Se solicitaba a cada participante que los ordenase conforme a la importancia y prioridad atribuida a cada cual. Para cada uno de ellos se proponía además una relación de posibles indicadores, también a valorar.

Cuadro VII.4. *Objetivos del Sistema Nacional de Salud*

Objetivo	Definición
1º Equidad en acceso	Acceso a igual servicio para igual necesidad
2º Eficacia /Efectividad	Contribución del SNS al aumento de salud
3º Equidad en recursos	Iguales recursos para igual necesidad
4º Eficiencia micro	Producción óptima de servicios por recurso
5º Equidad Financiera	Distribución equitativa del gasto
6º Eficiencia macroeconómica	Adecuación del gasto a la riqueza nacional
7º Satisfacción	Percepción positiva por el usuario/población
8º Eficacia de nivel	Capacidad de resolución por nivel asistencial

Los resultados de la encuesta fueron expuestos por la citada Dirección General en Julio de 1993 (72), y se resumen en el cuadro VII.5. No se dispone de las valoraciones de los indicadores propuestos en cada caso, que, sin embargo, se resumen también en el cuadro VII.6. en lo relativo a los correspondientes a los distintos objetivos de equidad.

Cuadro VII.5. *Prioridad de objetivos del S.N.S. según grado de acuerdo*

Objetivo	Prioridad Alta (5 primeros)	Prioridad Alta + Media (10 Primeros)
Equidad en acceso	90%	95%
Eficacia /Efectividad	65%	95%
Equidad en recursos	65%	90%
Eficiencia micro	60%	95%
Equidad Financiera	60%	80%
Eficiencia macroeconómica	55%	70%
Satisfacción población	35%	95%
Eficacia de nivel	25%	75%
Otros: Producción de riqueza; Autonomía proveedores; Participación; Colaboración no profesional; Formación de personal; Agilidad y capacidad de respuestas.		

Fuente: Resultado del cuestionario sobre Objetivos del SNS distribuido entre miembros del CISNS. Dirección General de Aseguramiento y planificación MSC. Julio 1992.

Cuadro VII.6. *Indicadores propuestos para diferentes objetivos de equidad*

Objetivo	Indicadores
Equidad en acceso	<ul style="list-style-type: none"> - % de población con cobertura pública - % de demandas no atendidas - Minutos/consulta en Atención Primaria - % de población en lista de espera y % de población con seis meses o más en lista.
Equidad en recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Camas de agudos utilizadas por el SNS/1.000 habitantes - Habitantes/médico de Atención Primaria - Horas de consulta por especialidad disponibles/1.000 hab/año - Quirófanos/1.000 habitantes
Equidad financiera	<ul style="list-style-type: none"> - Gasto Sanitario Público por persona protegida - Fórmula RAWP o adaptación de la misma - Gasto sanitario privado per cápita

De los resultados obtenidos se resaltan los siguientes aspectos:

- De entre los cinco primeros objetivos del Sistema Nacional de Salud considerados así por los responsables consultados, tres de ellos (los valorados en los lugares primero, tercero y quinto) se referían a criterios de equidad.

Parece una confirmación muy explícita de la consideración de la equidad en los servicios sanitarios como un valor principal de éstos.

- Puestos a considerar a qué clase de equidad se le atribuye mayor valor, la estimación más alta la recibía la equidad en el acceso, definida en términos de acceso a igual servicio para igual necesidad.
- La equidad en recursos recibió una valoración mayor que la equidad financiera.

No es posible atribuir más valor que el propio de una encuesta al trabajo citado. Cabe preguntarse, sin embargo, si valoraciones de este tipo podrían servir de base para acuerdos más precisos entre Administraciones. La utilidad de actuaciones de ese carácter se ha justificado ya en apartados anteriores, y sería mayor aún si se extendiera a la propuesta de indicadores concretos sobre los criterios de equidad elegidos.

c. Descentralización territorial, desigualdades y equidad

Un primer análisis de este apartado debería dirigirse a estudiar las desigualdades en distintos parámetros sanitarios que han existido entre Comunidades Autónomas a partir y en relación con el proceso de descentralización territorial que ha tenido lugar en España. Como quiera que esa cuestión se aborda de manera más amplia en un capítulo posterior, se deja al margen la misma, salvo la confirmación de que la descentralización española ha coexistido, como era de esperar, con diferencias entre las Comunidades Autónomas, que se analizan más adelante.

Sin embargo, hay algunos aspectos del desarrollo sanitario español que resulta de interés resaltar desde el punto de vista de la equidad:

(1) La libre circulación de pacientes como condicionante de la equidad

El primero de esos aspectos es que, constituido el sistema sanitario público español como la suma de los Servicios de Salud de diferentes Comunidades Autónomas con la denominación de Sistema Nacional de Salud, uno de los condicionantes fundamentales para su funcionamiento equitativo es la libre circulación de pacientes entre todos los territorios del Estado.

Tal afirmación puede parecer trivial. De hecho, el artículo 139.1 de la Constitución española establece que "todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado", por lo que podría deducirse que aquélla, además de parecer obvia, tiene un respaldo legal suficiente.

Sin embargo, las características del proceso de descentralización a las Comunidades Autónomas que ha tenido lugar en España han añadido nuevos elementos a esta cuestión.

El primero de esos elementos es que cada Comunidad Autónoma ha recibido las transferencias de los medios instalados en su territorio, de cuya gestión se hace responsable.

La distribución original de esos medios, sin embargo, con independencia de las insuficiencias relativas que pudieran darse, estaba hecha con arreglo a criterios de planificación que no tenían en cuenta, por no existir antes, la división territorial por Comunidades Autónomas.

El resultado es que, realizada esa división territorial y desarrollado el proceso de transferencias, hay Comunidades Autónomas cuya población resulta tributaria de medios instalados en el territorio de otras Administraciones. La solución de esas situaciones, por razones de eficiencia y calidad que ya se han citado, no pasa siempre por la instalación de la totalidad de los medios en cada uno de los territorios, lo que se acentúa por alguna de las características de la división territorial (en especial el desigual tamaño de las Comunidades Autónomas) que se han comentado también ya antes.

El segundo elemento a considerar es que, como se indicó en el capítulo anterior, en lo correspondiente a los servicios sanitarios, las Comunidades Autónomas reciben la financiación para desarrollar sus funciones con arreglo al criterio de la población del territorio propio.

Los retrasos en configurar un sistema de compensación económica por la atención de pacientes con residencia en otros territorios han suscitado en algún caso y momento concreto la posibilidad de rechazar la atención de pacientes de ese carácter.

Interesa resaltar, por eso, que una condición básica o mínima de equidad en el caso español es que debe mantenerse como imposible el rechazo de la atención de pacientes por el hecho de que procedan de otros territorios, con independencia de que las compensaciones económicas por esa atención se alcancen en uno u otro momento.

(2) El desarrollo de un catálogo de prestaciones como faceta de la equidad

Un segundo aspecto de interés desde el punto de vista de la equidad es el desarrollo por parte del sistema sanitario español de un catálogo de prestaciones básicas mediante una norma reglamentaria dotada de carácter básico (más adelante se explica lo que supone este concepto), el Real Decreto 63/95, de 20 de Enero.

Pese a sus deficiencias (la generalidad de algunas de sus definiciones; la falta de concreción de tiempos y condiciones de espera, entre otras), el catálogo supone una contribución al mantenimiento de una cobertura homogénea en el conjunto del Estado.

Las prestaciones incluidas en el catálogo no excluyen, sin embargo, el que en unos u otros territorios aquéllas puedan complementarse con determinadas prestaciones específicas.

Las condiciones de equidad para esta última posibilidad resultan, no obstante, más discutibles.

Se ha invocado que la condición para esa ampliación es que en los territorios en que eso tenga lugar se haga con cargo a sus propios fondos; pero también podría aceptarse sin que resultase contradictorio con criterios de equidad que la disponibilidad de fondos para ello pudiera derivar de una mejor gestión de los servicios básicos.

En sentido negativo se podría también establecer como condición que la disponibilidad de prestaciones más amplias no dependa de o no justifique la atribución de fondos adicionales a los que correspondan a la Comunidad Autónoma respectiva con arreglo al sistema de financiación establecido.

Los sistemas de información disponibles, sin embargo, no permiten en la mayoría de los casos de manera simple, y eso si se trata de la utilización de medios y recursos diferentes, deslindar el gasto correspondiente a distintas prestaciones.

Otro aspecto de la cuestión es la tendencia a la emulación, tantas veces citada, entre entidades descentralizadas del mismo nivel: la introducción de una prestación adicional es más que probable que genere demandas más o menos inmediatas para su generalización.

Afortunadamente el catálogo sanitario español puede juzgarse que recoge la casi totalidad de las prestaciones sanitarias fundamentales en el momento actual, y que las prestaciones que se pretenden añadir en algunas Comunidades Autónomas tienen un carácter marginal, sin grandes costes añadidos.

En todo caso es importante subrayar que, en un sistema sanitario descentralizado como el español, la dinámica real de los servicios conduce como práctica más aconsejable a la consideración común de las repercusiones de las actuaciones propias de cada una de las administraciones sobre las restantes y sobre el conjunto del sistema. Sin que eso deba entrar en contradicción con el mejor servicio posible a los ciudadanos de cuya atención sea responsable cada una.

(3) Equidad en la financiación

Ya se han hecho numerosas referencias a esta cuestión en el capítulo anterior y en el apartado de éste en el que se citan los criterios al respecto establecidos en la Ley general de Sanidad, indicando que el criterio de equidad que se mantiene en este aspecto es básicamente el de una financiación per cápita igual para todas las Comunidades Autónomas.

Este criterio, sin embargo, ni tiene carácter inicial en la Ley ni se ha aplicado así en la práctica. Como se ha señalado, la fórmula de financiación inicial de cada Servicio de Salud transferido ha sido traspasar inicialmente una cantidad equivalente al gasto efectivo en el territorio respectivo en el momento de la transferencia y, a partir de ahí, en plazos establecidos ir adaptando ese coeficiente inicial al correspondiente a la población.

La aplicación estricta de este criterio de equidad financiera plantea al menos dos cuestiones añadidas: la primera, la necesidad de vincular este criterio a "inversiones compensatorias para corregir las desigualdades territoriales", previsión establecida en la propia Ley, las cuales no han llegado a desarrollarse con ese carácter, y tienen además los inconvenientes sobre la calidad de los servicios que ya se han comentado; la segunda, la posibilidad de introducir alguna clase de correctores, que expresen necesidades sanitarias, sobre el criterio estrictamente poblacional, a lo que se ha hecho amplia referencia en el capítulo anterior.

Debe tenerse en cuenta, en todo caso, el criterio expresado por los responsables sanitarios españoles citado antes, en el sentido de considerar prioritarias sobre la equidad entendida en términos de financiación estricta tanto la equidad en el acceso como en la distribución de recursos. Dadas las previsibles contradicciones derivadas de la aplicación de unos y otros criterios (74) es, por tanto, probable la necesidad de optar entre ellos para su aplicación a la realidad.

d. Otras formas de descentralización en el sistema sanitario español y su relación con la equidad

Desde el punto de vista del aseguramiento sanitario público, lo característico de la situación sanitaria española es la existencia de algunos regímenes profesionales de cobertura específicos (los de funcionarios, personal de la Administración de justicia y personal militar) que, además de sistemas de provisión distintos ya descritos en el capítulo segundo, permiten una cierta diferencia en las prestaciones.

Desde el punto de vista de las prestaciones sanitarias, esas diferencias se refieren en su mayoría a aspectos no fundamentales de las mismas (diferente aportación de los usuarios a la compra de medicamentos; cobertura de gastos en ciertas prótesis y en gafas, y otras de carácter menor). Esas diferencias se enmarcan en regímenes diferentes de Seguridad social, que se distinguen también del régimen general en otras prestaciones no sanitarias. No es posible entrar aquí en un debate más amplio sobre si dichos regímenes diferentes aportan en su conjunto mayores ventajas o, por el contrario, suponen una desventaja global para sus beneficiarios, lo que, además, contiene elementos importantes de subjetividad.

Desde el punto de vista de la provisión de los servicios sanitarios bajo esas formas de aseguramiento, es característica una distribución de las mismas que elude la organización de la cobertura en unas zonas, fundamentalmente las rurales, donde el mantenimiento de la red sanitaria resulta más costoso (esa característica abarca tanto a las compañías privadas de seguros sanitarios que cubren en régimen de concierto la asistencia sanitaria de la mayoría de los funcionarios, como a la red sanitaria militar propia, que es la que atiende a este personal y sus familias). Para la cobertura en esas zonas y, en ocasiones, para ciertos tipos de atención especializada más compleja, se recurre a conciertos con la red sanitaria general, que hacen a ésta responsable del mantenimiento de la cobertura sanitaria en la totalidad del territorio.

Ya se han comentado las cuestiones de equidad financiera que plantean esas situaciones.

En cuanto a la introducción de fórmulas de delegación o privatización en centros y servicios, la característica principal desde el punto de vista de las desigualdades y la equidad es una distribución territorial irregular, que concentra su desarrollo en las zonas de mayor nivel y actividad económica, más aún en zonas como Cataluña, donde el desarrollo de la red pública es menos amplio.

Acerca de las precauciones y los posibles efectos de este tipo de reformas se han hecho ya diversas consideraciones en el capítulo segundo y en los apartados generales de este mismo capítulo. La carencia de una información económica suficiente es una dificultad básica añadida para una adecuada valoración de esas experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Sabemos de qué estamos hablando? (Aportación al debate sobre financiación autonómica). Monasterio, C.; Zubiri, I. *El País*. 17 de Mayo de 1996. pag. 64.
2. On limiting the domain of inequality. Tobin, J. *Journal of Law and Economics* 13; 263-278; 1970.
3. Equity and choice. Le Grand, J. Harper Collins. London. 1991.
4. Meeting needs. Braybrooke, D. Princeton University Press. Princeton NJ. 1987.
5. Just health care. Daniels, W. Cambridge University Press. Cambridge. 1985.
6. Quality of life and resource allocation. Lockwood, M. en *Philosophy and medical welfare*. Bell, M.; Mendus, s. (eds.). Cambridge University Press. 1988.
7. Need, values, truth. Wiggins, D. Basil Blackwell. Oxford. 1987.
8. Equity in health care policy. Culyer, A. Unpublished working paper. Department of Health Administration. University of Toronto. September 1991. (citado en 9.)
9. Is reasonable access what we want? Implications of and challenges to current Canadian policy on equity in health care. Birch, S.; Abelson, J. *Int. J. Hlth. Serv.* 23(4); 629-653; 1993.
- 10.- El gasto público en el Estado del Bienestar. en *Teoría de la Hacienda Pública*, 2ª edición, capítulo 7. Albi, E.; Contreras, C.; González Páramo, J.M.; Zubiri, I. Ariel Economía. Barcelona. 1994.
11. Algunas dificultades en torno al concepto de equidad. Barberá, S. *Salud y Equidad* (Ponencias y Comunicaciones de las VIII Jornadas de Economía de la Salud. Mayo 1988). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1990.
12. La interpretación económica de equidad en la salud y atenciones sanitarias. Pereira, J. en *Salud y Equidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990. (op. citada).
13. Economics, health, and the economics of health. Normand, C. *BMJ* 303; 1572-1577; 21-28 Dec. 1991.
14. Is the QALY a technical solution to a political problem? Of course not!. Williams, A. *Int. J. Hlth. Serv.* 21(2); 365-369; 1991.
15. On the decision rules of cost-effectiveness analysis. Johannesson, M.; Weinstein, M.C. *Journal of Health Economics* 12; 459-467; 1993.
16. Convergent validity of two measures of the quality of life. Whyne, D.K.; Neilson, A.R. *Health Economics* 2; 229-235; 1993.

17. Clinical importance, statistical significance and the assessment of economic and quality-of-life outcomes. Drummond, M.; O'Brien, B. *Health Economics* 2; 205-212; 1993.
18. Measuring utility values for QALYs: two methodological issues. Smith, R.; Dobson, M. *Health Economics* 2; 349-355; 1993.
19. Methods for quality-of-life studies. Testa, M.A.; Wackley, J.F. *Annu. Rev. Pub. Health* 15; 535-559; 1994.
20. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. Gill, T.M.; Feinstein, A.R. *JAMA* 272(8); 619-626; 1994.
21. Health status, quality of life and the individual. Guyatt, G.H.; Cook, D.J. *JAMA* 272(8); 630-631; 1994.
22. ¿Qué son los QALYs?. Fernández, J.A.; Hernández, R.; Cueto, A. *Atención Primaria* 14(7); 906-909; 1994.
23. A note on HYE (Healthy Years Equivalent). Buckingham, K. *Journal of Health Economics* 11; 301-309; 1993.
24. The myth of the HYE. Loomes, G. *Journal of Health Economics* 14(1); 1-7; 1995.
25. QALYs versus HYE. Culyer, A.J.; Wagstaff, A. *Journal of Health Economics* 11; 311-323; 1993.
26. Economics, health and health economics: HYE versus QALYs. Gafni, A.; Birch, S.; Mehrey, A. *Journal of Health Economics* 11; 325-339; 1993.
27. QALYs, HYE and the loss of innocence. Fryback, D.G. *Medical Decision Making* 13; 271-272; 1993.
28. Are Healthy-Years-Equivalents an improvement over Quality-Adjusted-Life-Years?. Johannesson, M.; Pliskin, J.S.; Weinstein, M.C. *Medical Decision Making* 13; 281-286; 1993.
29. Healthy-Years-Equivalents versus Quality-Adjusted-Life-Years: In pursuit of progress. Mehrey, A.; Gafni, A. *Medical Decision Making* 13; 287-292; 1993.
30. The ranking properties of Healthy-Years-Equivalents and Quality-Adjusted-Life-Years under certainty and uncertainty. Johannesson, M. *International Journal of Technology in Health Care* 11(1); 40-48; 1995.
31. Quality-Adjusted-Life-Years versus Healthy-Years-Equivalents. A comment. Johannesson, M. *Journal of Health Economics* 14(1); 9-16; 1995.
32. QALYs and HYE: under what conditions are they equivalent?. Bleichrodt, H. *Journal of Health Economics* 14(1); 17-37; 1995.
33. QALYs versus HYE; a reply to Gafni, Birch and Mehrey. Culyer, A.J.; Wagstaff, A. *Journal of Health Economics* 14(1); 39-45; 1995.
34. *The strategy of equality*. Le Grand, J. George Allen and Unwin. London. 1982.
35. *The strategy of equality revisited*. Powell, M. *Journal of Social Policy* 24(2); 163-185. 1995.
36. Equidad en la financiación y prestación de la asistencia sanitaria. Wagstaff, A.; van Doorslaer, E.; Paci, P. en *Salud y Equidad*. Ministerio de sanidad y Consumo. 1990. (op. citada).
37. Efficiency and equity implications of the health care reforms. Carr-Hill, R.A. *Soc. Sci. Med.* 39(9); 1189-1201; 1994.
38. Equity in health care: some conceptual and practical issues. Jan, S.; Wisemas, V. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 20(1); 9-11; 1996.
39. Horizontal equity in the delivery of health care. Wagstaff, A.; van Doorslaer, E.; Paci, P. *Journal of Health Economics* 10; 251-256; 1991.
40. Equity and equality in health and health care. Culyer, A.J.; Wagstaff, A. *Journal of Health Economics* 12; 431-457; 1993.
41. *The strategy of equality revisited: a reply*. Le Grand, J. *Journal of Social Policy* 24(2); 187-191; 1995.

42. Policies and strategies to promote equity in health. Dahlgren, G.; Whitehead, M. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1991.
43. La equidad en los servicios de cuidados sanitarios: una perspectiva desde los Estados Unidos. Brown, L.D. en Salud y Equidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990. (op. citada).
44. Equity and efficiency in Health Reforms. A European view. Vågerö, D. Soc. Sci. Med. 39(9); 1203-1210; 1994.
45. Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización y acceso. Artells, J.J. en Planificación y economía de la salud en las autonomías. (Ponencias y comunicaciones de las III Jornadas de Economía de la salud). Instituto Regional de Estudios. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. 1986.
46. Equity in the finance of health care: some international comparisons. Wagstaff, A.; van Doorslaer, E. Journal of Health Economics 11; 361-387; 1992.
47. La medida de la salud y la equidad geográfica. Cabasés, J.M. en Planificación y economía de la Salud en las autonomías. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. 1986. (op. citada).
48. International comparative analysis: main findings and conclusions. Wnuk-Lipinsky, E.; Illsley, R. en Social Equity and Health in non-market economies. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1991.
49. Equidad, salud y atención sanitaria. Le Grand, J. en Salud y Equidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990. (op. citada).
50. Confronting historical myths. Webster, C. Health Service Journal 98(1501); Supplement pag. 2-3; 1988.
51. Beveridge after 50 years. Plus Ça change. Webster, C. BMJ 305; 901-902; 1992.
52. Is it fair? Evaluating the equity implications of the NHS reforms. Whitehead, M. cap 9 en Evaluating the NHS reforms. Robinson, R.; Le Grand, J. (eds.) (op. citada).
53. The concepts and principles of equity and health. Whitehead, M. Int. J. Hlth. Serv. 22(3); 429-445; 1992.
54. Igualdad de los ciudadanos y autonomías territoriales. Pemán Gavín, J. Prensas Universitarias. Universidad de Zaragoza. Editorial Civitas. Madrid. 1992.
55. Report of the Royal Commission on the National Health Service. Merrison, A. (chairman). HMSO. London. 1979.
56. Who cares about equity in the NHS?. Whitehead, M. BMJ 308; 1284-1287; 14 May 1994.
57. La planificación sanitaria. Pineault, R.; Daveluy, C. Masson. Barcelona. 1987.
58. Community Health Analysis. Dever, G.E.A. Aspin S.C. Maryland. 1980.
59. La planificación del personal de salud. Principios, métodos y problemas. Hall, T.L.; Mejia, A. OMS. Ginebra. 1979.
60. Fundamental choices in health care. A summary. London University and other experts from the Member States, with support by the European Commission. The Greek Presidency of European Union. 1994. (mimeo).
61. Equity and the distribution of the UK National Health Service resources. O'Donnell, O.; Propper, C. Journal of Health Economics 10; 1-19; 1991.
62. Investing in Health: World development Indicators. World Development Report 1993. The World Bank. Oxford University Press. Oxford. 1993.
63. Socioeconomic differentials in wealth and health. Widening inequalities in health- the legacy of the Thatcher years. Davey Smith, G.; Egger, M. BMJ 307; 1085-1086; 30 Oct. 1993.

64. Keeping equity on the agenda. Mc Donald, G. *Health promotion International* 9(2); 71-72; 1994.
65. La distribución geográfica de la desigualdad. Durán Heras, A. Comunicación a la X Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología sobre Epidemiología, Comunidad y Desigualdad. Madrid. 1991.
66. La teoría de la justicia territorial como criterio de asignación de recursos en el sector salud. Villota, F. en *Planificación y economía de la salud en las autonomías*. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. 1986. (op. citada).
67. Core services and priority setting: the New Zealand experience. Cumming, J. *Health Policy* 29; 41-60; 1994.
68. The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. Anell, A. *Health Policy* 37(1); 19-34; 1996.
69. German risk structure compensation: enhancing equity and effectiveness. Files, A.; Murray, M. *Inquiry* 32; 300-309; Fall 1995.
70. Market-oriented health care reforms: trends and future options. van de Ven, W.P.M.M. *Soc. Sci. Med.* 43(5); 655-666; 1996.
71. Cuestionario de objetivos e indicadores del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Aseguramiento y Planificación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio de 1992. (mimeo).
72. Objetivos del Sistema Nacional de Salud. Resultados del cuestionario distribuido en el Consejo Interterritorial. Dirección general de Aseguramiento y Planificación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio 1993. (mimeo).
73. Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos sanitarios: aplicación a la Ley General de Sanidad. Nieto, J.; Cabasés, J.M. *Ekonomiaz* 25; 104-113; 1993.
74. Equidad y eficiencia en la distribución territorial de recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico. Nieto, J.; Cabasés, J.M.; Carmona, G. *Hacienda Pública Española. Monografías I*; 109-125; 1993.
75. A note on the estimation of the equity-efficiency trade-off for QALYs. Johannesson, M; Gerdtham, U.G. *Journal of Health Economics* 15; 359-368; 1996.
76. *Economics of health care financing. The visible hand*. Donaldson, C.; Gerard, K. Mac Millan Press. London. 1993.
77. Can a public health care system achieve equity?. The Norwegian experience. Grigttten, J.; Rongen, G.; Sorensen, R. *Medical Care* 33(9); 938-951; 1995.

CAPITULO VIII

ELEMENTOS Y FORMAS DE COORDINACIÓN

1. Aspectos generales

Referirse a procesos de descentralización en el ámbito sanitario conlleva necesariamente dedicar una parte de la atención a cómo desarrollar la coordinación en el contexto descentralizado.

La multiplicidad de factores determinantes de la salud, con la consiguiente influencia de organizaciones y factores muy diversos en su consecución, establecen ya un primer escalón necesario de coordinación.

Pero si nos referimos al terreno más estrictamente sanitario, ya se ha señalado en los primeros capítulos que lo habitual en los procesos de descentralización sanitaria es que, efectuada ésta, sigan concurriendo en responsabilidades sanitarias, de manera más o menos diversificada o confluyente, diferentes Administraciones de distinto nivel (central, regional o local) (1, pag 87) y organizaciones públicas y privadas diversas.

La coincidencia de responsabilidades de varias administraciones en un mismo ámbito de actividad es una situación común: se ha descrito cómo los estados federales más clásicos evolucionan hacia lo que se ha llamado un "federalismo cooperativo", en el que ya no se confía en la existencia de dos esferas de poder bien delimitadas como garantía de un Estado eficaz, y la misma idea de competencias exclusivas es considerada como un riesgo en el camino de la colaboración (7, pag 160).

Sin recurrir a mayores razonamientos, la necesidad lógica derivada de todo ello no es otra que la de promover formas de colaboración entre los diferentes responsables sanitarios, de manera que los resultados de sus actuaciones diversas no entren en contradicción, a un primer nivel, y contribuyan al mejor estado de salud de la población en el sentido más amplio.

Por otra parte, la coordinación es un requerimiento fundamental de cualquier organización (2, pag 6), pero, a la vez, es un término con sentidos diversos. En algunos casos conlleva un cierto sentido de jerarquía, si hay un responsable de aquélla que, para llevarla adelante, ocupa un lugar de preeminencia respecto a los elementos coordinados. Bajo otras condiciones, la coordinación se realiza entre iguales, y adopta más el carácter y las formas de la consecución de un acuerdo entre partes (1, pag 89-92).

Desde otro punto de vista, también en organizaciones jerarquizadas tienen lugar formas de coordinación, que se encuentran entre las que corresponden a la dirección de la organización, conforme a las diversas teorías de éstas (3; 4).

Si se plantea desde un punto de vista legal, el ejercicio de una facultad o competencia de coordinación contiene sentidos y matices distintos respecto a los de planificación y control, e incluso al de colaboración (5, pag 47-51; 6).

Aquí, sin embargo, no se van a utilizar esa clase de distinciones, sino que se pasarán a describir diferentes formas de coordinación que se utilizan en sistemas sanitarios descentralizados, incluidas algunas de planificación y control, todas las cuales contribuyen a la coordinación sanitaria en el sentido más amplio. En diversos casos, además, se hará una referencia explícita a las relaciones de jerarquía o colaboración que conllevan las actuaciones de coordinación desarrolladas.

A diferencia de otros capítulos, no se va a establecer una relación diferenciada de elementos y formas de coordinación según formas de descentralización. Muchos de los primeros corresponden exclusivamente a formas de descentralización de las que se han clasificado como "geográficas", y aún de entre ellas a procesos y situaciones en las que se da una descentralización no sólo administrativa, sino de carácter político más amplio, es decir, de aquéllas que hemos denominado procesos de "devolución". En los casos en que cabe una referencia a la coordinación en procesos de descentralización diferentes, de los que hemos llamado "funcionales", se hace la mención expresa en el apartado correspondiente.

Hay elementos de coordinación que son comunes con otros muchos ámbitos administrativos y de actividad: así, en las situaciones de "federalismo cooperativo" a las que se ha aludido antes se describen como vías de coordinación de carácter general las Conferencias de jefes de Gobiernos y ministros de los distintos poderes ejecutivos, el reforzamiento de un sistema financiero central y el incremento de una planificación conjunta de todas las políticas de interés global para la federación (7, pag 160-161).

Otras formas de coordinación son específicamente sanitarias.

Unas y otras pasan a describirse conjuntamente a continuación, refiriéndolas en todo caso a los procesos de descentralización sanitaria. Son las siguientes:

a. Sistemas de información

Como se ha venido comentando, la dinámica propia de los sistemas descentralizados es la de la comparación entre los parámetros de situación de salud, de dotación de recursos, de financiación, de organización, o cualquier otro aspecto sanitario, entre las entidades descentralizadas. Sea con fines de emulación, de superación de desigualdades, de promover una distribución equitativa o, sencillamente, para establecer términos de referencia de la propia situación o actividad, lo habitual es demandar información de las entidades descentralizadas, tanto desde niveles centrales de la organización, si existen, como desde las propias entidades. La información que se requiere se refiere a una serie de parámetros que permitan conocer la situación de cada una de ellas y las tendencias y promedios del conjunto.

Desde el punto de vista de los contenidos, entendiendo por éstos el conjunto de indicadores que sirven para caracterizar la situación sanitaria de un país, una región, o cualquier otra clase de agrupación, distintas series estadísticas (con datos sanitarios y no sanitarios) tienden a coin-

cidir en líneas generales en los valores utilizados. En un trabajo realizado en el Ministerio de Sanidad y Consumo (8) a lo largo de 1993 a 1995, al que se hace una referencia más amplia más adelante, se analizaron las coincidencias de los indicadores utilizados en dos series de gran difusión internacional: OCDE Health Data (9) y los Indicadores de seguimiento establecidos en el Programa de Salud para todos de la Organización Mundial de la Salud (10). Aunque hay diferencias entre ambas, la conclusión global es la coincidencia general en las grandes áreas a examinar y en buena parte de los indicadores.

En lo referente a esa cuestión, lo importante es recalcar que no se trata de buscar la originalidad. Si el objetivo es establecer comparaciones, cuanta mayor sea la disponibilidad de series homogéneas más fácil será realizar aquéllas.

Es preciso también establecer ciertas cautelas respecto a las comparaciones, tanto a nivel transnacional como entre regiones de un mismo país (11), pues los valores que se utilizan son siempre promedios, y debe considerarse que las sumas de diferentes componentes separados no son suficientemente descriptivas de lo que constituye un sistema complejo.

De otra parte, es preciso asimismo adaptar los indicadores a la situación peculiar de los países o regiones en los que se establece el sistema de información (12) (por ejemplo, los países en desarrollo pueden requerir sistemas de información específicos sobre ciertas enfermedades transmisibles, más comunes en ellos, erradicadas ya en otros países) o a ciertos objetivos específicos del sistema sanitario en el que pretende recogerse la información (como ejemplo, un sistema sanitario que establezca como objetivo la equidad en el acceso debe proveerse de indicadores específicos para ello, como se indicaba en el capítulo anterior).

En todo caso, lo cierto es que un sistema de información común, que reúna al menos una serie de datos recogidos con arreglo a la misma metodología y reunidos, en su conjunto o por grupos de ellos, en un mismo receptor, encargado de su elaboración y presentación, es un requisito indispensable para el funcionamiento de una suma de entidades descentralizadas como sistema sanitario conjunto.

No se trata aquí de hacer una propuesta de los contenidos que debe reunir un sistema de información sanitario básico. Varias de las referencias que se han citado contienen relaciones o propuestas de las mismas de mayor interés que el que pudiera tener una propuesta pretendidamente original. Por otra parte, esas relaciones se describen en un capítulo posterior.

Interesa subrayar, por el contrario, algunos aspectos de interés para el desarrollo y aplicación de sistemas de información en situaciones concretas de procesos de descentralización:

(1) Mantenimiento de las series estadísticas

En primer lugar, el interés de mantener series estadísticas que pueden venir de antiguo, con anterioridad a los propios procesos de descentralización.

Cuando éstos tienen lugar, puede ocurrir que sea necesario modificar las vías de recogida de los datos (así, puede introducirse la responsabilidad de las entidades descentra-

lizadas sobre dicha cuestión), pero lo que resulta imprescindible es evitar la interrupción de las series que reúnen las condiciones citadas.

(2) Datos de interés general y específico de las entidades descentralizadas

La segunda cuestión tiene que ver con la especificidad de los datos utilizados para la coordinación de los servicios y la forma de recogida de los mismos.

La mejor forma de garantizar la recogida y el suministro de esos datos en sistemas descentralizados es que los mismos se imbriquen con los que cada entidad descentralizada recoja para sus propias necesidades de información, y que la recogida de unos y otros no exija más que una actividad por parte de los emisores de la información.

Exigir actos distintos, como el relleno de formularios diferentes, repetir peticiones de datos similares a los mismos informadores para dos finalidades distintas, sobrecargar, en último término, a las fuentes de información con demandas de las que se obtiene escasa utilidad directa en muchos casos, son todas ellas vías de condenar al fracaso la recogida de los datos de interés general y parcial de la propia entidad descentralizada.

Lo ideal, por eso, es alcanzar el acuerdo sobre las estadísticas a recoger en cada caso, tratar de que los datos para uso general y parcial coincidan en lo posible y efectuar la recogida de unos y otros en el mismo procedimiento para una misma fuente de información (13, pag 119-124).

(3) Uso de la información recogida

El tercer aspecto a resaltar tiene que ver con el uso de la información recogida.

Un principio básico en la recogida de información es que debe garantizarse al informante la devolución y el conocimiento de los datos a cuyo suministro ha colaborado, una vez hayan sido elaborados éstos.

En los sistemas descentralizados, sobre todo en los de descentralización geográfica, es frecuente que las entidades descentralizadas sean responsables de la recogida de los datos de personas, centros o servicios que dependan de ellas o se encuentren en su territorio. Para la elaboración de los indicadores generales correspondientes al conjunto de un sistema es necesario normalmente, sin embargo, que esas entidades descentralizadas remitan sus datos parciales a alguna entidad central con un grado mayor o menor de elaboración.

La única garantía de que esos mecanismos se mantengan es que las entidades descentralizadas se sientan copropietarias de la información general obtenida.

El primer procedimiento para ello es el suministro de la información a esas entidades tan pronto como haya sido elaborado de forma global. Otros mecanismos, sin embargo, tienen que ver con la forma de depósito de la información.

En sistemas descentralizados es frecuente que haya unidades de la parte central de la organización o sistema encargados de la elaboración, mantenimiento y publicitación de la información obtenida. Son ellas, en ese caso, las que valoran los ritmos de elaboración, y más especialmente de difusión de los datos elaborados y, en consecuencia, quienes actúan de alguna forma como propietarios de la información. Esas situaciones dan lugar con frecuencia a roces entre los organismos centrales y las entidades descentralizadas.

En procesos de descentralización geográfica del tipo de la "devolución", una solución para estas cuestiones puede ser la constitución de organismos o institutos de información, en cuyos órganos de dirección participen las entidades descentralizadas, y cuyas normas de funcionamiento puedan ser establecidas de común acuerdo.

(4) Organización de la recogida de información

Una última cuestión tiene que ver también con la organización de la recogida de información.

Para la caracterización de la situación sanitaria de un país son necesarios, conforme a la mayoría de los criterios, datos que no son estrictamente sanitarios. Informaciones como el nivel de renta, los índices de alfabetización, o determinados indicadores sobre ciertas dotaciones básicas de las viviendas, todos ellos por su influencia y relación con la salud de la población, forman parte de los datos que se incluyen normalmente en la descripción de la situación sanitaria de cualquier país. Esos datos, sin embargo, no se recogen habitualmente por agentes sanitarios, sino que se reciben y elaboran en otros ámbitos de la administración correspondiente, sea un departamento estadístico concreto, o las áreas estadísticas de distintos departamentos ministeriales.

En el ámbito sanitario pueden darse también situaciones diversas: desde la concentración de la recogida y elaboración de los datos sanitarios en una sola unidad, hasta su recepción y tratamiento en áreas distintas de un mismo departamento de sanidad o salud.

Cuando se producen procesos de delegación, que afectan a grupos profesionales determinados, puede ocurrir que, si éstos pertenecen a áreas concretas de una misma administración ajenas a los sectores sanitarios, la información referida a esos colectivos no se acumule con la de los restantes sectores coordinados por el departamento sanitario, dificultando las comparaciones y la valoración de los efectos de la descentralización efectuada.

Cada una de esas situaciones dependen de orígenes y tradiciones administrativas distintas y propias de cada país, por lo que resulta imposible proponer un modelo único. Sin embargo, cuando tiene lugar un proceso de descentralización, sea del tipo que sea, en un sistema que antes funcionaba como único, resulta de interés el encargo a un área o unidad concreta (bajo la dependencia que se establezca, que puede adoptar fórmulas de responsabilidad compartida, como las que se señalaban antes) del seguimiento comparado de las entidades descentralizadas, en los aspectos y con los parámetros que se establezcan en cada caso.

El papel de una unidad a esos fines, sin excluirlo, no tiene por qué suponer la elaboración de estadísticas propias pero sí debe garantizar la acumulación de los datos con arreglo a la distribución por entidades descentralizadas; y puede exigir el estímulo a las diversas entidades que reciben y elaboran los datos precisos para que desarrollen un tratamiento y una presentación así.

b. Sistemas de planificación

(1) Planificación general

En el capítulo cuarto se ha descrito ya cómo la planificación es una función que tiende a descentralizarse casi sólo y fundamentalmente en los procesos de devolución. Una de las cuestiones de mayor interés en estos casos es el grado de equivalencia que se establezca entre la capacidad de planificación descentralizada y la responsabilidad financiera atribuida a las mismas entidades.

En todo caso, dada la tendencia a la comparación que se produce en toda descentralización, establecer un marco general de planificación de objetivos y niveles de recursos resulta una medida adecuada para mantener el funcionamiento conjunto de un sistema sanitario y el control global de éste (14, pag 38). De otra forma, si cada entidad descentralizada tiene capacidad absoluta para establecer sus propias referencias y objetivos, son previsibles dos efectos ya aludidos: la dispersión del propio sistema, y el descontrol del mismo con tendencia a la igualación en niveles de dotación y gasto más altos, lo que en muchos casos resulta inadecuado.

Puesto que en los procesos de devolución descritos, que se acompañan de descentralización de grados de responsabilidad política, es frecuente que se produzca la transferencia a las entidades descentralizadas de mayores o menores niveles de capacidad de planificación, la forma de realizar la planificación correspondiente a los niveles centrales o de coordinación debe adoptar formas específicas. Entre éstas pueden citarse (15, pag 261-290):

- El establecimiento de niveles mínimos y máximos de dotación, cuando se trata de recursos.
- La definición de líneas generales de orientación cara al incremento o disminución de determinados tipos de recursos.
- La ordenación de prioridades de actuación de uno u otro carácter, sea por grandes áreas de actuación (personal, recursos materiales de uno y otro tipo, ciertos problemas de salud, u otros) o por territorios concretos para una misma área.

La eficacia de ese tipo de propuestas suele estar en relación con el grado de condicionamiento de la financiación, sea global o para áreas concretas de dicha financiación (por ejemplo, la correspondiente a inversiones) que exista en el propio sistema conforme al seguimiento de esos criterios.

Otra manera de lograr la coordinación en el ámbito de la planificación es integrar a las propias entidades descentralizadas en la elaboración de los criterios que se establezcan.

(2) Planes de salud

Una forma peculiar de planificación, que ha adquirido especial desarrollo en los últimos años ha sido la elaboración de lo que se conoce como "planes de salud", a la que ya se ha aludido en el capítulo cuarto.

Esos planes suponen la traslación al ámbito de la salud de los métodos de la planificación por objetivos, fijando éstos en términos de niveles de salud conforme a indicadores lo más concretos posibles, estableciendo plazos para su consecución así como los medios para alcanzar aquéllos.

Lo característico de estas propuestas es su carácter intersectorial, es decir, que los medios a utilizar se refieran a ámbitos diferentes al sanitario en muchos casos, como consecuencia del reconocimiento de la influencia de múltiples factores extrasanitarios en la salud de la población y en los problemas de salud concretos propuestos como objetivos.

Mediante la adopción de esos "planes" por los gobiernos del nivel correspondiente (los planes pueden establecerse a cualquier nivel, desde el nacional al local) se pretende lograr el compromiso de las diferentes áreas de responsabilidad de un mismo gobierno en las actuaciones consideradas para lograr los objetivos de salud establecidos.

El grado máximo de desarrollo de los planes de salud supone la concreción de la financiación de cada una de las actuaciones previstas, la cual debe corresponder en muchos casos a sectores diferentes al sanitario. Y exige también la evaluación periódica del cumplimiento de los objetivos previstos una vez alcanzados los plazos para su consecución.

Desde un punto de vista general el desarrollo de planes de salud ha presentado en la práctica diversos problemas:

- algunos de ellos tienen que ver con su orientación multisectorial.

La repercusión de factores y actuaciones muy diversos sobre la salud es real; pero resulta no menos real que la actuación de estos sectores diferentes al sanitario responde a influencias e intereses también diversos.

Desde la creación de riqueza, el desarrollo de unos u otros sectores de actividad, el empleo, la mejora de ciertas condiciones de vida u otras cuestiones (muchas de las cuales tienen, a su vez, también repercusiones sobre la salud), son todos factores que no pueden ordenarse desde una visión exclusivamente sanitaria de los problemas, aunque deba promoverse que los efectos sobre la salud ocupen un lugar y tengan posibilidad de discutirse a la vez que otros aspectos de diferentes actividades (16).

El enfoque de la valoración de las repercusiones de cualquier actuación sobre la salud de la población no es el único posible desde el punto de vista sanitario, y no ha resul-

tado el dominante ni siquiera en las reformas sanitarias que están teniendo lugar en diferentes países (17).

Más que orientar desde el sector sanitario la actividad de diversas áreas de actuación y de gobierno, se abre la posibilidad de otros enfoques, entre las que en el capítulo cuarto se ha citado la de establecer valoraciones de "impacto en salud", previas al desarrollo de proyectos y actividades con repercusión sobre la salud.

- otra derivación de los planes de salud de sentido contrario a la anterior es la concreción de sus objetivos en términos de recursos asistenciales, desvirtuando así el enfoque multisectorial que caracteriza esta forma de actuación.

Bajo cualquier clase de gobierno es frecuente que las actividades asistenciales y las de salud pública dependan de áreas diferentes dentro de un mismo departamento. Y es habitual también que las primeras consuman y manejen una proporción de recursos superior a las segundas. Los planes de salud tienen su origen normalmente en las áreas de salud pública, a partir de la definición de los problemas de salud de una población y, cuando se producen situaciones como las que venimos describiendo, suele tratarse también de una expresión de las tensiones entre unas y otras áreas de responsabilidad.

Como se ha indicado antes, las reformas sanitarias en diferentes países se han centrado fundamentalmente en los medios más que en los fines. Aunque esa visión tiene inconvenientes evidentes, resulta también imposible pensar que la gestión de los servicios sanitarios pueda orientarse sólo por un número limitado de prioridades (18). Y, sobre todo, que esas prioridades deban concretarse en objetivos precisos de gestión, y no en una orientación general de la actividad, que periódicamente vaya definiendo los problemas globales de salud más importantes.

Unos y otros problemas pueden tener una proyección específica en los procesos de descentralización, pues es posible que competencias diversas estén descentralizadas en distinto grado. Si eso ocurre, son administraciones diferentes las responsables de diferentes actuaciones previstas en los planes de salud, y son también distintas las que elaboran éstos y las que resultan responsables de las medidas previstas para su desarrollo. Todo ello puede resultar en mayores dificultades para la aplicación de los propios planes.

Cuando tienen lugar esas situaciones, tratan de salvarse mediante una elaboración más participativa de los planes. Pero tal participación no resulta muchas veces sencilla: no es fácil, por ejemplo, lograr la participación de un órgano central de un departamento diferente al sanitario (un órgano responsable del tráfico o de ciertas obras públicas pueden servir de muestra) en la actividad planificadora de una entidad sanitaria descentralizada que está elaborando un plan de salud propio. Las dificultades aumentan si la misma entidad no sanitaria debe participar en la actuación de varias entidades sanitarias descentralizadas. Menos fácil aún es que los presupuestos de un sector diferente puedan considerarse condicionados por un plan de salud de una entidad de menor rango de otra administración.

Lo ideal para facilitar la colaboración entre áreas de administración diferentes es que exista un mismo nivel de descentralización de todas ellas, y dentro de ellas se ha señalado que es más fácil la colaboración al nivel local (14, pag 40-41), pero esta solución no es posible en muchos casos, conforme a la dinámica propia de cada proceso de descentralización.

c. Normas "marco" o básicas (19)

En la explicación de este punto se dejan aparte las distinciones entre normas "marco" y normas "básicas", que serían más propias de un texto jurídico, pues desde ese punto de vista no son conceptos idénticos. Las expresiones se utilizan aquí, sin embargo, en un sentido más general y propio del lenguaje común que del técnico.

En el capítulo cuarto se ha descrito ya cómo la actividad legisladora sólo suele descentralizarse en los procesos de devolución.

En estos casos también resulta condicionado el carácter de las normas que elaboran los órganos centrales del sistema correspondiente: salvo materias en las que la totalidad de la competencia permanece sin descentralizar, lo habitual es que la capacidad de legislación que mantienen los órganos centrales tenga un carácter general, que permita su desarrollo y adaptación a cada ámbito territorial descentralizado por parte de las entidades correspondientes (aunque las normas de carácter básico pueden llegar excepcionalmente a la regulación de detalles mínimos, cuando así sea necesario para preservar la unidad en ciertas áreas) (20, pag 301-302).

Cuando existen normas generales de carácter básico otra función de las mismas es actuar como límite de la capacidad normativa de las entidades descentralizadas, y también como parámetro de constitucionalidad de las normas elaboradas por éstas.

Todo ello hace que las normas "marco" o "básicas" deban ser, en condiciones ordinarias, más generales que detalladas, y que no deban agotar los temas que regulan.

Dependiendo del ordenamiento jurídico de cada país, hay tres cuestiones que pueden exigirse para que las normas tengan ese carácter básico o fundamental en el ordenamiento general:

- Un cierto rango de la norma: puede ocurrir que se exija que ésta tenga el rango máximo, que normalmente es el de ley, para que el ordenamiento establecido resulte de obligado seguimiento por las entidades descentralizadas. En otras ocasiones no es así. Se trata en todo caso de exigir una cierta garantía en la elaboración (normalmente una ley resulta de más difícil elaboración y aprobación que las normas de rango inferior) que, a su vez, resulte garantía de su adecuación y perdurabilidad.
- Que se refieran a ciertas materias reservadas de manera expresa para la posibilidad del desarrollo de este tipo de normas por los órganos centrales de gobierno.
- Que exista una habilitación específica para el gobierno correspondiente para el desarrollo de estas normas: tratándose de áreas o materias en las que hay posibilidad de ela-

borar normas de este carácter, en ocasiones se acepta que la norma no tenga el máximo rango, es decir, que no sea ley, pero para ello puede exigirse que una ley habilite al gobierno correspondiente a desarrollar una norma de rango inferior.

Sea cual sea el rango de una norma de esta condición y la materia a la que se refiera, el desarrollo de este tipo de normas permite mantener ciertas características comunes en los servicios sanitarios en los que se implantan, con independencia del desarrollo diverso de las mismas que pueda hacerse por las entidades descentralizadas.

El grado de seguimiento de lo establecido en esta clase de normas por parte de aquéllas puede tener que ver a su vez con diferentes factores:

- en primer lugar, la forma de elaboración.

El hecho de que el dictado de normas de este carácter sea generalmente una competencia de los órganos centrales de los sistemas sanitarios correspondientes no excluye la participación de las entidades descentralizadas en el proceso de elaboración.

De hecho, esa participación puede contribuir a fijar mejor los límites de lo que se considera básico y a evitar conflictos ante los tribunales por la interpretación de la extensión de la competencia de cada una de las administraciones.

Tal elaboración participativa puede resultar también de utilidad para las entidades descentralizadas, que, en ocasiones, pueden contar con el apoyo externo que supone una norma como las que venimos describiendo en terrenos donde una regulación propia puede resultar de difícil dictado por los conflictos de intereses subyacentes en el propio territorio.

- el momento de la elaboración.

Puesto que la vocación de muchas de estas normas es la de ser desarrolladas por las entidades descentralizadas, lo lógico es que la norma general o básica del órgano central preceda a las de las entidades descentralizadas.

No siempre es así, y ocurre en ocasiones que cuando va a ser promulgada la norma básica existen ya normas previas dictadas por las entidades descentralizadas.

Cuando se da esta situación es más difícil evitar que unas y otras normas entren en conflicto, en el que teóricamente debe predominar la norma central. Estos conflictos no siempre tienen solución formal, sino que pueden traducirse en dificultades para que la norma central se dicte, tanto mayores cuanto más amplio sea el desarrollo descentralizado que ya exista.

Los conflictos entre normas centrales generales o básicas y normas de las entidades descentralizadas pueden producirse en todo caso, e incluso cabe describir una tendencia general a la ampliación de las competencias propias (21), tanto por parte de autoridades centrales como descentralizadas. Las vías de solución de esos conflictos dependen

del ordenamiento jurídico de cada país, y se hace alusión a ellas en el apartado posterior referido a la denominada "alta inspección".

d. Establecimiento de marcos presupuestarios

El capítulo 6 en su conjunto se ha dedicado de manera específica a la financiación sanitaria en los sistemas descentralizados. Siendo un tema con numerosos aspectos, matices y problemas, que han tratado de reflejarse allí, lo adecuado parece remitirse a aquella explicación.

Cabe subrayar únicamente aquí que la coordinación financiera y presupuestaria, como ya se indicaba, es un elemento imprescindible para la coordinación general de cualquier sistema sanitario, más aún en el contexto general de limitación del gasto en que se mueven éstos. E incluso que actúa en muchos casos como llave para la existencia de otras formas de coordinación, como se ha indicado ya al hablar en diversas ocasiones de los sistemas de información y la planificación.

e. Organos de cooperación (1, pag 94 y sig)

Las características de las formas de organización que sustentan la coordinación en sistemas sanitarios descentralizados, sobre todo en aquéllos de descentralización "geográfica", varían de unos países a otros, y están en relación con las tradiciones y el propio ordenamiento constitucional de cada uno de ellos.

Las variantes, sin embargo, giran siempre en torno a una serie de aspectos fundamentales, que son los que se van a describir aquí, haciendo referencia a sus diversas posibilidades.

(1) Organos bilaterales y multilaterales

En primer lugar, cabe distinguir entre órganos multilaterales de cooperación y órganos bilaterales.

Los primeros reúnen a varias administraciones diferentes. Aún dentro de ellas pueden existir dos variantes, según se trate exclusivamente de administraciones todas ellas del mismo nivel, o participe también un órgano central, con papel coordinador o no, según se describe más adelante.

Como ejemplos de las primeras pueden citarse la Conferencia de Directores Cantonales de Sanidad suiza (22), o la Conferencia de Ministros de Sanidad de los Estados federados alemanes (1, pag 94 y sig; 21). Hay que resaltar que en ambos casos, aunque las Conferencias respectivas están constituidas por los representantes citados, asisten a ellas en calidad de invitados delegados de tres Oficinas Federales en el primero de ellos (de las de Salud Pública, Seguridad Social y Servicios Sanitarios del Ejército), y el Ministro de Sanidad del Gobierno Federal en el segundo. La presidencia de estos órganos, en todo caso, se ejerce por uno de los representantes federados, de manera rotatoria.

Como ejemplo de los órganos en los que una autoridad central ejerce un papel coordinador cabe citar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud español, al que se hace una amplia referencia más adelante.

En cuanto a los órganos de coordinación y cooperación bilaterales, puede hacerse también la misma distinción, según sean entre administraciones del mismo nivel o entre una de ellas y un órgano central.

Si se trata de las primeras, aún cabe distinguir entre aquellos casos en que las relaciones bilaterales se establecen de manera libre e independiente entre las administraciones descentralizadas y aquellos otros casos, como es el español, en que los acuerdos, e incluso la constitución de esos órganos, están sometidos a un control y ratificación general, que en España, a sus niveles más altos (si los acuerdos son entre Comunidades Autónomas) deben realizarse por el Senado. Esta necesidad de ratificación se da también en Suiza para los "concordatos" intercantionales, pero en este caso el control se ejerce por la Federación.

Cabe señalar, por último, que no en todos los casos de Estados descentralizados existen órganos de coordinación multilaterales. Así, por ejemplo, un sistema sanitario descentralizado que sirve de modelo en otros muchos aspectos, como es el canadiense, carece de un órgano estable que se pueda homologar a los descritos, aunque la cooperación bilateral e incluso multilateral es frecuente, pero sin el carácter institucionalizado citado (23, pag 125-130).

(2) Organos unidimensionales y pluridimensionales

El segundo aspecto de interés tiene relación con la constitución de los órganos coordinadores multilaterales. Estos pueden existir como órganos de representación unidimensionales, referidos a un solo aspecto de la representación (normalmente territorial), o pluridimensionales, abiertos a otras representaciones e intereses, junto con los de las entidades descentralizadas.

La Conferencia de Ministros de Sanidad alemana es un ejemplo de las primeras. La suiza y el Consejo Sanitario Nacional italiano son ejemplos del segundo modelo. En la primera de éstas figuran representantes de la Cruz Roja, el Instituto Suizo de Salud Pública y el Principado de Liechtestein, además de los tres representantes de las Oficinas Federales citadas. En la segunda, además de 21 representantes regionales, hay una amplia representación de los diferentes Departamentos ministeriales, en número más amplio del de Sanidad, así como de otros organismos relacionados con la investigación y la salud laboral, así como diez puestos designados por el Consejo Nacional de Economía y Trabajo, hasta un total de 48 miembros.

Conviene resaltar en todo caso que los órganos de coordinación en los que participan administraciones regionales (junto con la administración central o federal, aunque el grado de participación de ésta sea variable) no están abiertos en general a otras formas

de representación que no correspondan a administraciones. Ello no quiere decir que no existan esos órganos, con participación de usuarios, trabajadores sanitarios o de otros grupos de intereses. Pero se trata, en todo caso, de establecer formas de coordinación entre quienes ejercen las responsabilidades sanitarias.

Una segunda cuestión tiene que ver con la operatividad o no de la presencia de otros órganos o departamentos de la administración, con responsabilidades distintas de las sanitarias, aunque relacionadas con éstas, en los órganos de coordinación con las representaciones territoriales.

En ocasiones, como se comenta luego al hablar del Consejo Interterritorial español, esa presencia parece obedecer más a un deseo de equiparar (y aún hacer superior, como en el caso italiano) la presencia central a la de las entidades territoriales regionales, que a una intención real de dar cabida a la expresión de puntos de vista o intereses diferentes dentro de la misma administración central.

Tratándose de un órgano sectorial, lo habitual es que sean los representantes sectoriales del Gobierno central los que lleven y dirijan la postura de éste en ese terreno en los temas que de manera ordinaria se discutan en el órgano coordinador, mientras que los representantes de otros departamentos suelen limitarse a refrendar las posiciones de aquéllos.

La operatividad de tal representación, en todo caso, tiene que ver con la dinámica de funcionamiento propia del órgano de cada país respectivo: parece más sencillo que pueda darse la expresión de criterios diferentes por parte de distintas representaciones de la misma administración central cuanto menor carácter decisorio, y más asesor, tenga el propio órgano de coordinación.

Finalmente, en cuanto a la presencia de representaciones de otros niveles de administración sanitaria, como puede ser el local, no se ha constatado que exista de manera estable en ninguno de los órganos de coordinación de diferentes países que se han podido contrastar. Probablemente esa situación (que es compatible con invitaciones o presencias ocasionales de representaciones de esos niveles de administración en los órganos de coordinación entre administraciones regionales) tiene que ver con las diferentes responsabilidades de unos y otros; y con que en algunos casos, como es el español, se mantiene una cierta gradación jerárquica en la distribución de competencias sanitarias, de manera que es cada administración regional la que lleva a cabo la coordinación de las entidades locales de su ámbito territorial en los aspectos sanitarios.

(3) *Carácter decisorio o consultivo de los órganos de coordinación*

Otro aspecto a considerar se refiere al carácter de los órganos de coordinación que se constituyen.

El espectro va desde la discusión política de los problemas, hasta la configuración como un órgano asesor y consultivo.

El ejemplo más claro del primero de esos extremos es la conferencia alemana, de la que, además de una preparación técnica de las sesiones por una serie de comités de expertos, se da o puede darse otra de carácter político, con fijación de posiciones por parte de los partidos que forman los distintos gobiernos federados; lo que no impide que los acuerdos se adopten finalmente por unanimidad en la mayoría de los casos (1; 21).

El consejo italiano, en el otro extremo del espectro señalado, tiene un carácter asesor, como órgano consultivo, aunque tiene facultades de propuesta al gobierno de las líneas generales de la política sanitaria (13).

El ámbito de debate tiene que ver con el papel desempeñado. Así, en la conferencia alemana es habitual la discusión en común de proyectos legislativos o acerca de los problemas surgidos en la aplicación de leyes federales o regionales, así como de las medidas a adoptar frente a los problemas de salud más importantes (21), mientras que los análisis generales de situación son más característicos del órgano italiano.

Puesto que la constitución de órganos de coordinación tiene lugar entre administraciones que tienen cada una atribuidas responsabilidades propias (ya se ha indicado que en los casos en que no es así la coordinación se resuelve por la vía de la jerarquía), lo habitual en esos órganos es que sus decisiones y acuerdos no resulten coactivos ni vinculantes para quienes los alcanzan. De hecho, en el caso alemán los acuerdos de la conferencia deben ser ratificados por los Parlamentos de los Länder, o por el Parlamento Federal, según el rango o carácter de aquéllos.

No por eso, sin embargo, carecen de fuerza. Esta les viene otorgada no tanto por la capacidad de su imposición, como por resultar la postura acordada de manera mayoritaria o unánime por las administraciones participantes. Siendo así las cosas, pierde incluso importancia la capacidad de voto, de la que carece, por ejemplo, el gobierno federal alemán en la conferencia de ministros federados citada.

(4) Otros aspectos

Con independencia de esos tres aspectos fundamentales, en los que caben las variantes descritas, hay otras cuestiones generales en las que hay tendencias comunes.

Una de ellas es la constitución de comisiones y grupos específicos para temas concretos, que complementan y ayudan el desarrollo de la labor del órgano de coordinación general. En el caso alemán es obligatoria la participación en cada una de ellas de un representante de cada estado federado, a los que se unen expertos de cada área. El consejo italiano, dado su elevado número de miembros, estructura su funcionamiento por secciones, cada una de las cuales corresponde a una gran área de trabajo (estructura y personal, economía y finanzas, estado sanitario del país), pero cabe también la constitución de grupos de trabajo especiales, en los que puede incluirse la participación de expertos.

Otra cuestión en la que puede definirse una cierta tendencia común es en la constitución de un secretario de la conferencia o consejo, o similar, como órgano con enti-

dad propia que garantiza el funcionamiento del órgano coordinador y constituye unidades o secciones de apoyo propias. Ocurre así tanto en casos como el suizo o el alemán, donde hay una mayor relación de independencia con respecto al gobierno central, como en el italiano, donde hay una mayor vinculación y presencia de éste. En el caso alemán, el secretariado mantiene la presencia de representantes de cada uno de los estados federados (los responsables técnicos de sanidad de cada uno de ellos), mientras que en los otros dos casos citados realiza la labor un staff específico, más limitado en número en el caso suizo. Normalmente es de ese secretariado de quien dependen las comisiones o grupos de trabajo de manera más directa, con el encargo de coordinar su funcionamiento.

En cuanto a la presidencia del órgano de coordinación, el modelo varía también según el grado de vinculación con el gobierno central o federal que se da en cada caso. Si la vinculación es más directa, como en el caso italiano o el español, el Ministerio de Sanidad ejerce esa función. En los países donde el gobierno central participa en calidad de invitado, aunque sea con voz, pero sin voto, la presidencia la ocupa de manera rotatoria un ministro de cada uno de los estados federados o de los cantones.

Como puede observarse, las posibilidades de organización de órganos de coordinación como los descritos son tantas como países en los que se constituyen. Cada una, como se señalaba al principio, se adapta a las características políticas y organizativas del país en que se asienta. Lo que resulta más importante en todos los casos no es la organización concreta adoptada, sino la voluntad de poner en común y debatir los problemas sanitarios comunes a las administraciones que conforman esos órganos. Es precisamente esa voluntad y la persistencia en el funcionamiento del órgano común uno de los elementos más importantes que permiten y consolidan el funcionamiento estable de un sistema sanitario descentralizado como conjunto (21).

f. Alta inspección (24, pag 113; 1, pag 128 y sig)

Como se decía al principio de este capítulo, la inclusión de esta facultad propia de los gobiernos centrales o federales entre las formas de coordinación carece de rigor jurídico. Se trata de una competencia de características diferentes a la coordinación desde un punto de vista formal y legal, como se explica más adelante. Sin embargo, su ejercicio persigue la misma integración y homogeneidad básica del sistema sanitario en el que se desarrolla, lo que justifica su inclusión bajo ese criterio más general.

El término "alta inspección" se refiere, en el sentido utilizado comunmente en distintos países, a la capacidad que asiste al gobierno central o federal en sistemas descentralizados para valorar el ejercicio de la capacidad normativa por parte de entidades regionales o estados federados y, en concreto, si las normas dictadas por éstos respetan los principios básicos, sean de carácter general o específico, del sistema sanitario en el que se producen. También, en aquellos casos en que la ejecución de normas federales o dictadas por el gobierno central corresponde de manera delegada a las entidades descentralizadas, a la posibilidad de valorar la ejecución efectuada, y ordenar, en su caso, su corrección.

En el primero de los casos citados, la consideración de que las normas de las entidades descentralizadas no se atienen a los principios del sistema sanitario correspondiente, normalmente establecidos a través de normas de mayor rango, o a la capacidad de regulación de la propia entidad descentralizada, no da habitualmente posibilidad de actuación directa y revocación de la norma. Lo que se abre normalmente en esos casos es un proceso de requerimiento a la entidad que dictó la norma para que modifique los términos de ésta; si no acepta, el camino a seguir suele ser el recurso a tribunales de uno u otro rango, para que se pronuncien sobre la norma impugnada. Las características concretas del procedimiento de requerimiento y del recurso a los tribunales dependen de cada país, incluyendo las condiciones constitucionales y la organización de éste, pero el concepto general no varía por ello.

Si la situación es la segunda de las descritas, es decir, el ejercicio delegado de la ejecución de una norma central- lo que es menos habitual, porque las entidades que reciben competencias en procesos de devolución suelen actuar en virtud de competencias propias y no por delegación- la actuación de alta inspección puede traducirse en instrucciones concretas de actuación a las entidades descentralizadas tras una comprobación directa de los datos. Pero, como se ha dicho, estas situaciones son menos frecuentes.

Los países de una mayor tradición federal, como Alemania o Suiza, mantienen un principio de supervisión como el que se ha descrito. Este es básicamente el mismo concepto que está en vigor en España desde la nueva Constitución democrática y la formación del Estado de las autonomías.

En otros países, sin embargo, está en vigor una cierta organización jerárquica, que supone la subordinación de las entidades descentralizadas al gobierno central. Es el caso de Italia, donde hasta ahora, aparte de los tribunales, las leyes aprobadas por los Consejos Regionales deben ser visadas por el Comisario del Gobierno central en la región, que puede devolverlas para su modificación. O de Austria, donde los órganos ejecutivos de los Länder son, a la vez, órganos de la Federación, y están jerárquicamente subordinados a ésta.

Pero debe resaltarse en todo caso que, cuanto más se profundiza en la descentralización política de un país, menor dependencia jerárquica existe en el ejercicio de las competencias propias de las entidades descentralizadas, y es más habitual que la coordinación, normativa en este caso, se aproxime más a lo que se ha descrito en los párrafos anteriores.

g. Cámara territorial

En diferentes sistemas descentralizados, especialmente en los de organización federal o similar, es habitual la existencia de una segunda cámara específica que tiene preeminencia sobre la primera para el abordaje de las cuestiones que afectan a la organización territorial del estado correspondiente, y que puede llevar a cabo determinadas funciones de coordinación de ese carácter.

López Guerra (25, pag 132) distingue dos tipos de Cámaras territoriales, que corresponden a los modelos norteamericano y alemán. En el primero, los entes territoriales se encuentran repre-

sentados en la Cámara federal, pero los representantes de cada estado son elegidos directamente por la población del mismo. En el segundo, el Consejo Federal se compone de miembros de los Gobiernos de los Estados, que los designan y los retiran.

No se trata de una entidad específica del área sanitaria, por lo que no parece preciso extenderse más aquí sobre ella.

Pero sí conviene recordar la importante influencia que su constitución puede tener también para el sector sanitario, cuando se trata de un estado descentralizado.

El mejor ejemplo lo constituye Alemania, donde existe el Bundesrat o Cámara Alta (21). Está formado, como se ha indicado más arriba, por representantes de los gobiernos de los Länder. Entre sus facultades se encuentra la de examinar las normas de los Länder, cuando, en ejercicio de la Alta Inspección antes descrita, se detecta por el Gobierno Federal una supuesta ilegalidad y ésta no se corrige. Pero también realiza el examen de las normas federales con aplicación territorial, y en este caso la cámara dispone de capacidad de veto absoluto (25).

Entre la cámara territorial y las conferencias u órganos de coordinación, cuando existen ambas, pueden establecerse relaciones específicas en ciertos casos, de manera que la primera se convierta en la práctica en una vía de seguimiento de los segundos.

h. Convenios

La suscripción de convenios para el desarrollo de actuaciones de interés común entre entidades y administraciones con competencias diferentes, pero que confluyen en determinadas cuestiones, es una forma de relación habitual, no sólo en los casos de procesos de devolución.

Normalmente tienen carácter bilateral o con un número limitado de firmantes. Pero cabe citar aquí una modalidad de convenio que puede contribuir de manera especial a la coordinación de sistemas descentralizados, y en concreto de los sanitarios.

Se trata de los que, con arreglo a la terminología de la legislación española, se denominan "convenios de conferencia sectorial" (26, pag 69): en el ámbito de órganos de coordinación como los que se han descrito en el apartado e) puede alcanzarse un acuerdo sobre los términos de convenio (normalmente entre un órgano central, que actúa como una parte, y diferentes entidades descentralizadas, cada una de las cuales actúa como otra parte). La adhesión y firma de ese convenio es una responsabilidad individual de cada entidad descentralizada, pero, de suscribirse, los términos son iguales en todos los casos (con los aspectos de compromiso individual y diferencias a que haya lugar).

Los efectos homogeneizadores y de coordinación de convenios de ese tipo no parece preciso explicar que resultan potenciados respecto a una dinámica exclusivamente bilateral.

La coordinación en la firma de convenios también puede hacerse por otros procedimientos, en este caso dependientes del órgano o gobierno central: la firma por parte de éste puede requerir ciertos informes o autorizaciones previos de algún órgano central encargado de vigilar

esa coordinación. Los efectos de esas fórmulas, sin embargo, suelen ser más reducidos, pues los informes o autorizaciones es más frecuente que se refieran a los aspectos legales de adecuación al ejercicio de las competencias, o a la disponibilidad presupuestaria, y menos a los criterios de distribución, organización y coordinación sectorial específica.

En cuanto a los convenios entre entidades descentralizadas, se ha citado ya antes en el apartado e) que en ciertos países, entre los que se incluye España, la suscripción de acuerdos de esa condición requiere la conformidad de la cámara alta.

i. Establecimiento de procedimientos de autorización o reconocimiento comunes

(1) Acreditación de centros, servicios y profesionales

Tanto para el ejercicio de distintas profesiones y especialidades sanitarias como para la utilización de diferentes recursos de tecnología o para el control de calidad de actividades, centros y servicios o de productos, se producen con frecuencia actuaciones por parte de las diversas autoridades sanitarias, que pueden englobarse en los términos de autorización y acreditación.

Se trata de dos conceptos de significado distinto, aunque de uso con frecuencia confuso (27), que conlleva en todo caso la mayoría de las veces el establecimiento de unos ciertos requisitos y la valoración de su cumplimiento.

En sistemas descentralizados, la distribución de competencias respecto a una y otra cuestión es también, con frecuencia, compleja. Si a ello se le añade que de unas u otras actuaciones pueden derivarse registros, de personas, centros, servicios o productos autorizados o acreditados, la situación puede hacerse aún más compleja.

Con una visión general, es frecuente que el establecimiento de requisitos fundamentales (a modo de normas "básicas" de las que se han descrito antes) se realice por el gobierno o autoridad central. Esos requisitos fundamentales pueden complementarse en ciertos casos con otros añadidos por las entidades descentralizadas, pero estos últimos sólo tienen vigor en el territorio correspondiente.

El dictado de las normas o requisitos generales cumple un papel importante en cualquier Estado descentralizado. De no existir esas condiciones generales, es posible que cada entidad descentralizada establezca las suyas propias; esas situaciones pueden crear perjuicios importantes para la circulación de personas o productos, y desigualdades no deseadas.

La adscripción a unas u otras administraciones de la actividad de comprobación del cumplimiento de esas condiciones, incluso las generales, es variable, y depende de la distribución de competencias que haya tenido lugar en cada país concreto. Con frecuencia, sin embargo, corresponde su ejecución a las entidades descentralizadas (una excepción casi absoluta la constituyen los productos farmacéuticos, cuyo control, de manera prácticamente unánime al menos en cuanto a la fabricación, suele mantenerse por los gobiernos centrales respectivos).

Si se da la facultad de ejecución de esas competencias por las entidades descentralizadas, lo que acostumbra a derivarse es el reconocimiento de efectos generales a las actuaciones de las cada una de ellas, pues, de otra forma se multiplican los procedimientos precisos para obtener el reconocimiento o autorización en el conjunto de un país, o la inscripción en un registro general cuyo mantenimiento suele ser responsabilidad del gobierno central.

El conjunto de esos procedimientos, que resultan fundamentales en la mayoría de los casos para el mantenimiento del nivel de calidad de los servicios sanitarios (no en vano estos constituyen una "burocracia profesional", como se explica en el capítulo siguiente), exige, como es evidente, no sólo una actividad, sino también una actitud de cooperación y coordinación por parte de cuantos participan en ellas. En caso contrario, las posibilidades de conflicto en un conjunto de actividades y decisiones tan abigarrado y complejo resultan múltiples. Es necesaria, además, una actitud de lealtad para el conjunto del sistema, que es esencial en todas las situaciones de descentralización.

Hay terrenos en los que la coordinación de las autorizaciones sanitarias resulta de especial relevancia. Un buen ejemplo de ellos en este momento es la evaluación tecnológica, cuya prioridad deriva de que la innovación de las tecnologías es uno de los elementos más importantes de crecimiento del gasto sanitario. La ubicación de un centro de evaluación de ese carácter puede constituir, a su vez, un foco de atracción para la instalación de empresas de ese sector y, por las características del propio proceso de evaluación de las tecnologías sanitarias (menos basado en aparatos e instrumentos de evaluación que en el intercambio de experiencias, literatura científica y protocolos entre profesionales) en lugar de atracción para estos últimos.

Por esas razones, las demandas para constituir la sede de una agencia o centro de esa clase se multiplican desde distintos territorios de un mismo país, y cualquier decisión puede resultar problemática. En esos casos puede ser preferible dividir las líneas de trabajo, especializando en cada una o varias de ellas a un centro diferente, antes que permitir la duplicación de trabajos sobre una misma área, haciendo además que los resultados de las evaluaciones, con los controles y acuerdos precisos, tengan valor para el conjunto del sistema correspondiente.

(2) *Procedimientos de autorización y acreditación en los procesos de descentralización funcional*

Los aspectos territoriales a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior, si ha tenido lugar un proceso de descentralización de los "geográficos", resultan de aplicación tanto a entidades o personas del ámbito público como a los del privado.

Sin embargo, las diferencias en uno y otro caso son notables, y se extienden a los procesos de descentralización caracterizados como delegación y privatización.

En estos últimos casos resultan inoperantes la mayor parte de las formas de coordinación que se han venido analizando hasta aquí, que se caracterizan por establecer unas cier-

tas formas de relación entre administraciones de uno u otro tipo. Sólo el suministro de información por parte de las entidades privadas o sometidas a esta clase de derecho para la elaboración de las estadísticas de interés general, que también reúne peculiaridades propias, y la distribución de la financiación, de entre las formas de coordinación descritas en los apartados anteriores, resultan de una relativa aplicación en esos procesos.

Por eso en esas situaciones adquieren una importancia especial las formas de coordinación a las que se está haciendo referencia en este apartado. A través del establecimiento de ciertas condiciones y requisitos mínimos se trata de garantizar unos umbrales de calidad en la provisión y organización de los servicios sobre los cuales, producidas las formas de descentralización descritas, las administraciones no pueden actuar directamente.

Pero a la hora de valorar los efectos de esas formas de coordinación, y más si se aplican como las únicas formas de coordinación, es preciso tener en cuenta dos aspectos:

- En primer lugar, que se trata de formas de coordinación más laxas que las anteriores que se vienen describiendo. Los efectos sobre la homogeneidad de los servicios y su funcionamiento coordinado es previsible que resulten más reducidos.
- En segundo lugar, que la capacidad de aplicar con rigor estas formas de coordinación es muy variable de unas administraciones a otras.

Esta capacidad está en relación con las tradiciones administrativas del lugar donde se apliquen: los sistemas en los que los servicios públicos han venido siendo provistos habitualmente a través de fórmulas de organización públicas pueden tener más dificultades para aplicar en exclusiva estas formas y obtener de ellas los resultados deseados.

Pero también tienen que ver con el grado de desarrollo de los procesos de descentralización correspondientes: si la totalidad de ciertos servicios en un territorio concreto están organizados bajo fórmulas de provisión privadas o públicas sometidas al derecho privado, en ausencia de otras alternativas, esa situación de monopolio puede conducir a la necesidad de tolerar el incumplimiento de ciertos requisitos o condiciones mínimos (además de poner en cuestión los propios requisitos establecidos, que nunca pueden ser categorías absolutas, sino puestas en relación con las condiciones concretas del lugar en que se establecen).

2. Elementos de coordinación en el proceso de descentralización sanitaria en España

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, es la norma fundamental que rige la organización actual del sistema sanitario español.

Buena parte de su articulado, con escasas excepciones, tiene atribuido el carácter de norma "básica", en el sentido que se ha indicado en un apartado anterior.

Por otra parte, dicha norma supone la adaptación al ámbito sanitario del esquema de descentralización política general que estableció la Constitución española de 1978, que se desarrolló posteriormente a través de los Estatutos de Autonomía de las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) constituidas a su amparo.

Es lógico, por todo ello, que dicha norma contenga abundantes referencias a la coordinación sanitaria, tanto en términos jurídicos estrictos, como en los más amplios que hemos decidido utilizar desde el inicio de este capítulo.

En los apartados siguientes se pretende hacer una descripción de las distintas formas de coordinación sanitaria, tal y como están descritas en la Ley General de Sanidad y como se han desarrollado a partir de ella. Se deja, por el contrario, al margen la evaluación del funcionamiento y resultados de esas formas de coordinación, que forma parte de la evaluación global del proceso de descentralización sanitaria en España, lo que se realiza en un capítulo posterior.

La descripción se atiene a las distintas formas de coordinación a las que se ha hecho alusión en el apartado primero de este capítulo. En cada caso se cita la referencia que la Ley General de Sanidad (LGS) hace al concepto correspondiente.

a. Sistemas de información

(1) Referencias legales

Los artículos de la LGS que aluden a esta cuestión son el 8.1; 23; 40.9,13,15 y 16; y la Disposición Adicional Segunda.

Se fija en ellos como una actividad fundamental del sistema sanitario el establecimiento de un sistema de información sanitaria (artº 8), así como los registros precisos para el conocimiento de las situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria (artº 23).

Como competencias del Estado se establecen las actuaciones de mantenimiento del Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios, "que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias" (artº 40.9), el establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de interés general supracomunitario (artº 40.13), la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria (artº 40.15), así como el establecimiento de medios y sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre las distintas administraciones en materias sanitarias (artº 40.16).

La Disposición Adicional Segunda, por su parte, atribuye el Gobierno (central) la adopción de criterios básicos, mínimos y comunes en materia de información sanitaria y, para desarrollar lo anterior, prevé asimismo la firma de convenios con las Comunidades Autónomas.

(2) Las estadísticas sanitarias en marcha

La segunda referencia son las diferentes estadísticas sanitarias o de interés sanitario en desarrollo en la actualidad.

Son las contenidas en el cuadro VIII.1, agrupadas en cada caso por el Centro Directivo del Ministerio de Sanidad u Organismo que era responsable de la recogida y elaboración de los datos. Entre los centros dependientes del Ministerio de Sanidad figura la Dirección General de Aseguramiento y Planificación, que desapareció del organigrama del Departamento en la reestructuración del Ministerio que tuvo lugar el 10 de Mayo de 1996. Como quiera que las informaciones que recogía eran de ámbito estatal y la nueva Dirección de Planificación se encuentra en el ámbito del órgano responsable del Insalud no transferido (lo que puede plantear algunos problemas específicos para la recogida de esos datos desde las Comunidades Autónomas) se ha preferido mantener la descripción anterior.

Cuadro VIII.1. *Sistemas de información sanitaria existentes de carácter estatal*

Salud Pública		Aseguramiento y Planificación		INE		Insalud y (Serv.Salud CC.AA.)	
Estadística de IVE		Catálogo Nacional de Hospitales		Estadística de Establecimientos Sanitarios		Consumo farmacéutico en el SNS	
Confidencial	Anual		Anual		Anual		Mensual
Enfermedades de Declaración Obligatoria		C.M.B.D.		Encuesta de morbilidad hospitalaria			
Ac. Modem	Semanal		Anual		Anual		
Estadística del SIDA		Encuesta Nacional de Salud		Contabilidad Regional			
Confidencial	Trimestral		1987;1993		Anual		
				Movimiento Natural de la Población Española			
				Anual			
				Profesionales Sanitarios Colegiados			
				Anual			

De las estadísticas que se citan en el cuadro, una parte de ellas (todas las dependientes del Instituto Nacional de Estadística, más las Enfermedades de Declaración Obligatoria y el Catálogo Nacional de Hospitales) proceden de épocas muy anteriores a la LGS (las últimas, las estadísticas y catálogos relacionados con los hospitales, de principios de los años 70). Se cumplió así una de las condiciones señaladas en el apartado general, de que el proceso de descentralización no supusiese una interrupción de las estadísticas que vinieran recogiendo con anterioridad.

Las restantes estadísticas e informaciones han sido establecidas con posterioridad. Queda a la valoración ulterior qué áreas resultan todavía deficitarias.

Unas y otras, en todo caso, se han adaptado a un esquema de recogida de información que pretende evitar los problemas que al respecto se han señalado en el apartado general: en la mayoría de los casos son las Comunidades Autónomas, que tienen todas ellas competencias atribuidas en ese aspecto, las que recogen los datos de las personas, centros y servicios de su ámbito territorial, y los remiten, con mayor o menor grado de elaboración en cada caso, a los órganos centrales responsables de su elaboración y presentación global.

No se ha obviado por completo, sin embargo, el efecto de sobrecarga de peticiones que se describía antes. En paralelo a los sistemas de información generales, diversas administraciones y organismos han mantenido o creado sistemas de información propios, cuya recogida de datos ha funcionado con independencia de la correspondiente a los sistemas generales. Esto ha ocurrido tanto en el Insalud, en el territorio no transferido, como para la mayoría de las Comunidades Autónomas. En el mejor de los casos las cifras e informaciones de unos y otros sistemas resultan coincidentes, pero otras veces, sobre todo en los casos de las informaciones más cambiantes, se producen discrepancias entre ellos. Queda, por tanto, un amplio camino por recorrer para que la coordinación sea adecuada.

En la raíz de buena parte de esos problemas continúa estando la propiedad y manejo de la información recogida. En diversos casos (como el CMBD, estadísticas de Sida e IVE, Enfermedades de Declaración Obligatoria, Encuesta Nacional de Salud, consumo farmacéutico) se han hecho esfuerzos notables para al menos devolver la información procesada a las Comunidades Autónomas con la mayor rapidez posible. Pero son las estadísticas más tradicionales y complejas las que siguen presentando los mayores retrasos.

La multiplicidad de organismos y unidades con responsabilidades de información sanitaria sigue dificultando la configuración de un Sistema Sanitario de Información, cuya dependencia y relación con las Comunidades Autónomas pudiera someterse a debate. Si hubiera que comenzar por algún lugar, probablemente lo más razonable sería hacerlo por la unificación de las diferentes unidades del propio Ministerio de Sanidad que mantienen distintos sistemas de información en un órgano único, tarea que ha tratado de abordarse en diferentes ocasiones (1, pag 156), pero que, a modo de nuevo Sísifo, siempre debe comenzarse de nuevo.

La Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria comenzó a editar en 1993 un informe con indicadores agregados de los distintos Servicios de Salud procedentes de distintas fuentes, del que hasta la fecha se han publicado dos ediciones (28; 29). Esos informes contienen datos comparados de cada una de las Comunidades Autónomas, con indicadores agrupados por grandes áreas (características generales y demográficas; indicadores de morbilidad y mortalidad; recursos sanitarios; utilización de servicios; consumo de fármacos).

Hasta la publicación de esos informes periódicos, la Dirección General de Alta Inspección venía elaborando otros con carácter interno con la misma sistemática, a la que se añe-

día en aquel caso un análisis del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas con arreglo a sus propios Presupuestos, información esta última que no figura en las publicaciones citadas.

Dado que se trataba en todo caso de una presentación agrupada por Comunidades Autónomas de datos obtenidos por distintas fuentes y organismos, y que tras la última remodelación ministerial han desaparecido las dos unidades que tuvieron relación con esa actividad, no es posible asegurar si tales informes se seguirán editando en el futuro.

b. Sistemas de planificación

(1) Referencias legales

Las referencias a los sistemas y actividades de planificación en la Ley General de Sanidad son muy amplias.

Entre ellas se encuentran algunas orientadas al establecimiento de índices o criterios mínimos:

- Así, el artículo 70.2.a): "La coordinación general sanitaria incluirá el establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros y servicios sanitarios...".
- Otra expresión relativa al establecimiento de criterios comunes es la remisión a unos "criterios generales de coordinación sanitaria" (artº 70.3 y 70.4), los cuales, "una vez aprobados por el Estado, deberán remitirse a las Comunidades Autónomas, para que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de salud y de sus presupuestos anuales".

Buena parte de las referencias, sin embargo, se dirigen al establecimiento de Planes de Salud, bajo distintas modalidades:

- Así, el artículo 70.1 establece que "el Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar anual o plurianualmente".
- Por su parte, los artículos 74 a 77 se refieren a la elaboración de un denominado "Plan Integrado de Salud", que "recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas (a los que se refieren, a su vez, los artículos 54 y 72, este último previendo que en ellos pueda proponerse una contribución financiera del Estado para su ejecución) y los planes conjuntos" (a los que se refiere el artículo 71).

El citado Plan debía "relacionar las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas, y las fuentes de su financiación".

Para su confección, las Comunidades Autónomas debían remitir los proyectos de planes aprobados por los órganos competentes de cada una de ellas, los cuales, "una vez comprobada su adecuación a los criterios generales de coordinación sanitaria", servirían de base para el Plan Integrado citado.

A otro nivel, también se prevé el diseño de planes de salud en las Areas de salud (200.000 a 250.000 habitantes) (artículos 58.3.e), 59.3.b) y 60.3).

(2) Mecanismos de coordinación en planificación

Desde el punto de vista descriptivo hay que repetir aquí lo que ya se indicó en el capítulo primero: en la práctica, el establecimiento de niveles mínimos de dotación de ciertos recursos, la definición de líneas políticas generales para el incremento o disminución de cierta clase de ellos, o la ordenación de prioridades para grandes áreas de actuación, han tenido un desarrollo escaso. Y, cuando se han desarrollado por el Gobierno central, lo han sido con propuestas de orientación restringida, para el ámbito en el que se tenía la responsabilidad directa de la gestión de los servicios asistenciales (30), es decir, el Insalud no transferido. (Una segunda edición de esos criterios, convenientemente renovados, omitió esa referencia a su ámbito limitado de destino, pero es dudoso que las Comunidades Autónomas los acepten comp propios) (31).

Con respecto a los "criterios generales de coordinación" (32, pag 66-75), el listado elaborado por el Consejo Interterritorial fue una mera relación de indicadores, bastante amplia, sin concretar objetivos ni cifras.

Es curioso, sin embargo, contrastar esa ausencia de definiciones de planificación con las tendencias generales que se deducen en cuanto a dotación de recursos de diferente tipo. En el capítulo 10 se describe cómo no ha habido tendencias a la dispersión, sino, al menos en cifras relativas, a una cierta homogeneidad en la dotación de recursos y, en cualquier caso, una tendencia general de todas las Comunidades Autónomas a seguir la orientación de los promedios.

¿Quiere esto decir que resultan inútiles las políticas dirigidas a establecer mínimos y objetivos generales?. Eso no es necesariamente así. Entre las posibles explicaciones de esas tendencias cabe incluir el efecto real del establecimiento de objetivos y mínimos para el ámbito del Insalud: teniendo en cuenta que éste aún permanece sin transferir en un porcentaje importante, de casi el 40%, y que lo transferido lo ha sido en un proceso gradual, bien puede suponerse que la planificación para esa red asistencial, que es la más importante y la vía fundamental de financiación, haya contribuído, al menos en cierto grado, a esas tendencias.

Otra parte de la explicación cabe achacarla a que el conjunto del sistema sanitario español se encuentra sometido a las mismas influencias, tanto económicas como conceptuales. La tendencia a la disminución del número de camas hospitalarias, por ejemplo, no es sólo propia de España, sino que es común a todos los países desarrollados, en los

que se está planteando un diferente uso de los recursos de ese tipo, con una menor importancia del componente hotelero y residencial de los mismos.

Por el contrario, la disponibilidad de ciertos indicadores y objetivos establecidos y aceptados generalmente puede suponerse que podría haber contribuido a resolver de forma más sencilla los problemas que se plantean siempre a nivel local por la planificación de los recursos, como se ha citado ya en repetidas ocasiones.

En cuanto a la aplicación de las previsiones respecto al desarrollo de distintos tipos y niveles de planes de salud, debe citarse aquí el desarrollo de una norma, el Real Decreto 938/1989, de 21 de Julio, que precisó aún más los plazos, formas de elaboración y contenidos de dichos planes.

En los capítulos dedicados a la evaluación se describe la situación (deficitaria) de la elaboración de planes de salud por parte de las Comunidades Autónomas. Conforme al esquema previsto en la Ley General de Sanidad, que se ha descrito, la consecuencia necesaria es que no ha resultado posible la elaboración del Plan Integrado de Salud en los términos previstos, dado que, además de otras condiciones, éste requiere que estén completamente elaborados los de las Comunidades Autónomas.

A las dificultades del desarrollo concreto y la coordinación entre los planes cabe añadir la falta de correspondencia entre las competencias para su elaboración y el sistema de financiación previsto en la misma Ley que, como se explica en el capítulo sexto, supone una dotación incondicionada con arreglo a la población protegida de cada territorio. La ausencia de equivalencia entre las competencias no sanitarias ejercidas por diferentes administraciones, en el sentido citado en el apartado general de este capítulo, contribuye a hacer todavía más difícil la viabilidad real de los planes de salud, y su utilidad como instrumento de coordinación en España, al menos en la forma prevista en la Ley General de Sanidad y la norma de desarrollo citada.

c. Normas básicas

En este caso la Ley General de Sanidad no tanto establece previsiones respecto al dictado de otras normas con ese carácter como es una norma básica en sí misma.

Así lo declara el artículo segundo de la propia Ley, que exceptúa de esa consideración sólo determinados artículos. En concreto se excluyen los referidos a la forma de comprobación del cumplimiento de lo establecido en la propia Ley (artº 31.1.b) y c)), lo que debe ponerse en relación con las competencias de las Comunidades Autónomas y el concepto de Alta Inspección, que se han descrito antes y cuya concreción en España se describe más adelante.

También se excluyen los artículos 57 a 69, que se refieren a la organización interna de las áreas, zonas básicas de salud y hospitales, así como a la creación de una red única de hospitales y las formas de participación en ella de los centros privados.

Unos y otros preceptos de los excluidos de la citada consideración, en todo caso, y según declara la propia norma, "constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula".

El desarrollo posterior de normas de carácter básico, quizás por la amplia consideración de la propia Ley con ese carácter, no ha sido muy grande.

Tiene esa consideración una parte del Real Decreto 118/91, sobre provisión de vacantes en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. A cambio, no se ha llegado a desarrollar el Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la Ley, largamente demandado desde sectores laborales y profesionales.

También tiene carácter básico el Real Decreto 1558/1986, de 28 de Junio, que regula las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias, conforme a lo establecido en los artículos 104 y 105 de la misma Ley.

El artículo segundo, apartado 2, de la Ley 25/1990, del Medicamento, declara también de carácter básico varios artículos de esta misma norma.

La delimitación del terreno de esos preceptos básicos y la adecuación o no de algunas normas autonómicas a ellos han sido motivo de algunos conflictos legales entre la Administración General del Estado y algunas Comunidades Autónomas.

Con carácter general cabe decir que, a medida que pasa el tiempo y las Comunidades Autónomas van regulando a su nivel las materias de su competencia, resulta más difícil el dictado de normas que tengan carácter básico. Por otra parte, si se pretende que las normas que se dicten tengan efectos de coordinación y homogeneización y no se conviertan en fuente de controversia entre la administración central y las autonómicas, resulta más aconsejable que la preparación de esas normas se acompañe del diálogo, y a ser posible el acuerdo, entre unas y otras administraciones, tanto en las materias a regular como sobre los límites de la regulación.

d. Marcos presupuestarios

Lo mismo que se ha hecho en el apartado general de este capítulo, parece aconsejable remitir al capítulo sobre financiación para describir y comentar las características de la coordinación presupuestaria en España.

Desde un punto de vista legal, las previsiones al respecto están establecidas fundamentalmente en los artículos 78 a 83 de la Ley General de Sanidad. La Disposición Adicional Segunda contiene la referencia a los sistemas específicos de financiación que están en vigor para el País Vasco y Navarra.

A los comentarios que se realizan en el capítulo citado sólo cabe añadir que en un sistema descentralizado, como es el español, no resulta un procedimiento adecuado de control del gasto sanitario global el control de una parte de éste, como es el presupuesto del Insalud no transferido, por mucho que esa parte sea la referencia para el establecimiento del presupuesto sanitario global.

Tratándose de entidades políticas con competencias propias, diferentes Comunidades Autónomas han promovido formas de mejorar su situación presupuestaria al margen o forzando el sistema de financiación establecido, como se comenta más adelante, en el capítulo décimo. Esas mejoras y ampliaciones, vía el sistema de coeficientes de reparto que está en vigor en España, terminan por proyectarse al conjunto del sistema, provocando el aumento del gasto sanitario global de forma divergente a las previsiones presupuestarias establecidas inicialmente.

e. Órganos de cooperación

(1) Referencia legal y coordinación bilateral

La primer referencia legal que puede hacerse en este caso es que la Ley General de Sanidad distinga entre órganos bilaterales y multilaterales de cooperación, y reserva los primeros (Disposición Adicional sexta, apartado 2) a unas Comisiones (que recibieron luego el nombre de Comisiones de Coordinación) que deben llevar a cabo "la coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social" (1, pag 106-108).

En la práctica, esas Comisiones, que se constituyeron en todas las Comunidades Autónomas sin las transferencias citadas, ampliaron su actuación a todas las cuestiones de las relaciones sanitarias entre la Administración General del Estado y la Comunidad Autónoma correspondiente.

Una consecuencia de esa situación es que el Ministerio de Sanidad dedicó una atención más pormenorizada, y recibió una información más completa, de la situación en esas Comunidades Autónomas; mientras que aquellas de entre éstas que recibían las transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (o, en otros términos, que pasaban a disponer de las transferencias "completas" en materia sanitaria) se colocaban en una posición de información y seguimiento diferentes y más alejadas por parte del Gobierno central. La atención preferente a esas Comunidades Autónomas, que se ha citado ya en el primer capítulo y en el apartado dedicado a la planificación sanitaria en éste, ha tenido en esos aspectos otras expresiones del mismo fenómeno.

Con independencia de los efectos a valorar en cada una de las Comunidades Autónomas afectadas, esa situación ha podido contribuir a que se perdiera una visión más global del sistema sanitario en su conjunto por parte del Ministerio de Sanidad. O, en otras palabras, a que la atención preferente se haya dedicado a la parte del sistema en la que es posible influir de manera más directa en su gestión (a través del Insalud), en detrimento de una actuación de coordinación general. Esta hubiera sido probablemente más acorde con el papel que corresponde al Departamento y, desde luego, al que le corresponderá en un contexto de transferencias completas (puede verse a este respecto el capítulo dedicado a las perspectivas de futuro del sistema español).

(2) Coordinación multilateral

En cuanto a la coordinación multilateral, la Ley General de Sanidad establece como órgano de ese carácter el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (artº 47).

Las características fundamentales de este órgano son las siguientes (33; 34):

- Es un órgano paritario, formado por el responsable de la Sanidad de cada una de las 17 Comunidades Autónomas, y otros 17 representantes de la Administración General del Estado, y que es presidido por el Ministro de Sanidad.
- En la representación de la Administración General del Estado se incluían 10 miembros del Ministerio de Sanidad junto con 7 de otros Departamentos. Unos y otros han ido variando a lo largo del tiempo, como se puede observar en los cuadros adjuntos.

Algunas de esas modificaciones resultan llamativas, como la exclusión del centro directivo responsable de la coordinación de la financiación del Sistema durante un amplio período; igual que la presencia durante un largo período de la Dirección General del Insalud, el único centro directivo cuyas funciones son de gestión de una parte del sistema, y no de coordinación con otras administraciones.

La reestructuración ministerial de Mayo de 1996 dejó al Departamento con un número de Centros Directivos insuficiente como para poder llenar todas las plazas que le correspondían en el Consejo Interterritorial (los nuevos Centros creados en el INSA-LUD resultan inadecuados, como se ha indicado, a los efectos de la coordinación). La solución dada a ese déficit, a fin de mantener una representación paritaria con la autonómica, ha sido incorporar al Consejo más representantes de otros Departamentos ministeriales (cuadros VIII.2 y VIII.3).

Como consecuencia de esta decisión, la representación del Ministerio de Sanidad, a la que corresponde el papel orientador del propio órgano, resulta minoritaria entre la de la Administración General del Estado, situación cuyos efectos será preciso valorar en el futuro.

- En cuanto a su carácter y forma de funcionamiento, se aporta en primer lugar un cuadro (cuadro VIII.4) que resume por períodos y grandes áreas las cuestiones en las que se han adoptado acuerdos en el Pleno.

Cuando se hace referencia a la información de proyectos normativos, éstos han sido en su totalidad proyectos del gobierno central y el carácter del informe podría calificarse de fundamentalmente formal (la emisión de un informe por parte de las Comunidades Autónomas sobre cada proyecto que pueda afectarlas tiene carácter obligado en el regimen administrativo español, y la presentación en el Pleno para el conjunto de las Comunidades Autónomas evita la necesidad de informes individuales; las observaciones a los proyectos se entregaban normalmente de forma individual, más que someterse a discusión general). Por otra parte, para la tramitación de los proyectos no es necesario que el informe a ellos sea de carácter favorable, sino que basta que haya constancia formal de que aquél se haya presentado al Pleno.

Cuadro VIII.2a. Consejo Intergubernamental del S.N.S. Representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo

Inicio	27/9/89	7/12/90	1/9/91	22/6/92	14/9/92	27/9/92	25/4/94	3/10/94	6/11/95
Ministro	Ministro	Ministro	Ministro	Ministro	Ministro	Ministro	Ministro	Ministro	Ministro
Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario	Subsecretario
Secretario Gral. de Asistencia Sanitaria	Secretario Gral. de Asistencia Sanitaria	--	Secretario General para el S.N.S.	Secretario General para el S.N.S.	Secretario General de Planificación	Secretario General de Planificación	--	--	--
--	--	--	Secretario General para el Consumo y la Salud Pública	Secretario General para el Consumo y la Salud Pública	Secretario General de Salud	Secretario General de Salud	Secretario General de Salud	--	--
D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones	D.G. Alta Inspección y Relaciones
D.G. Planificación Sanitaria	D.G. Planificación Sanitaria	D.G. Planificación Sanitaria	D.G. Planificación y Coordinación	D.G. Planificación y Coordinación	D.G. Aseguramiento y Planificación Sanitaria	D.G. Aseguramiento y Planificación Sanitaria	D.G. Aseguramiento y Planificación Sanitaria	D.G. Aseguramiento y Planificación Sanitaria	D.G. Aseguramiento y Planificación Sanitaria
D.G. Insalud	D.G. Insalud	D.G. Insalud	D.G. Insalud	--	--	--	--	--	--
D.G. Planificación Económica y Financiera	D.G. Planificación Económica y Financiera	D.G. Planificación Económica y Financiera	--	--	--	--	--	D.G. Planificación Económica y Financiera	D.G. Planificación Económica y Financiera
D.G. Farmacia y productos sanitarios	D.G. Farmacia y productos sanitarios	D.G. Farmacia y productos sanitarios	D.G. Farm. y prod. sanitarios	--	D.G. Farmacia y productos sanitarios	D.G. Farm y prod. sanitarios	D.G. Farm y prod. sanitarios	D.G. Farm y prod. sanitarios	D.G. Farm y prod. sanitarios
D.G. Recursos Humanos Suministros	D.G. Recursos Humanos Suministros	D.G. Recursos Humanos Suministros	D.G. Recursos Humanos y Organización	--	D.G. Ordenación Profesional	--	D.G. Ordenación Profesional	D.G. Ordenación Profesional	D.G. Orden. Profesional

Cuadro VIII.2a (cont.): Consejo Interterritorial del S.N.S. Representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo

Inicial	27/9/89	7/12/90	1/9/91	22/6/92	14/9/92	27/9/92	25/4/94	3/10/94	6/11/95
D.G. Salud alimentaria y protección de los consumidores	D.G. Salud alimen. protec. consum.	D.G. Salud alimen. protec. consum.	--	D.G. Protección de los consumidores	D.G. Salud Pública	D.G. Salud Pública	D.G. Salud Pública	D.G. Salud Pública	D.G. Salud Pública
D.G. Instituto de Salud Carlos III	D.G. Inst. Salud C III	D.G. Inst. Salud C III	D.G. Inst. Salud C III	--	--	--	--	D.G. Instituto de Salud Carlos III	D.G. Inst. Sal. C III
--	--	--	--	D.G. Gabinete del Ministro	--	--	--	--	--
--	--	--	--	Secretario Gnal. Técnico	--	Secretario Gnal. Técnico	Secretario Gnal. Técnico	Secretario Gnal. Técnico	--
--	--	--	--	D.G. Evaluación de Servicios	--	--	--	--	--
--	--	--	--	--	D.G. Ordenación de la Investigación y Formación	D.G. Orden. Investig. y Formac.	D.G. Orden. Investig. y Formac.	--	--

Cuadro VIII.2b. Representantes de otros Departamentos

Inicial	27/9/89
Presidencia del Gobierno Mº de Defensa Mº de Economía y Hacienda Mº del Interior Mº de Trabajo y Seguridad Social Mº de Agricultura, Pesca y Alimentación Mº de Administraciones Públicas	Presidencia del Gobierno Mº de Educación y Ciencia Mº de Economía y Hacienda Mº de Asuntos Sociales Mº de Trabajo y Seguridad Social Mº de Agricultura, Pesca y Alimentación Mº de Administraciones Públicas

Cuadro VIII.3. *Miembros de la Representación de la Administración General del Estado en el Consejo Interterritorial desde Junio de 1996*

Ministerio de Sanidad y Consumo	Otros Departamentos
- Ministro	- Gabinete de la Presidencia
- Subsecretario	- M° de la Presidencia
- Secretario Gral. Asist. Sanit.	- M° para Administ. Públicas
- Dir. Gral. Salud Pública	- M° Agric., Pesca y Aliment.
- Dir. Gral. Farmacia	- M° Defensa
- Secretario General Técnico	- M° Economía y Hacienda
- Dir. Gral. Instit. Carlos III	- M° Educación y Cultura
	- M° Interior
	- M° Medio Ambiente
	- M° Trabajo y Asunt. Sociales

Cuadro VIII.4. *Acuerdos del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*

Materia	1987-1991		1992-1995		Total 1987-95	
	n° Acuerdos	% sobre total	n° Acuerdos	% sobre total	n° Acuerdos	% sobre total
Aprobación Actas	25	14	14	16	39	14,5
Información de proyectos normativos	32	18	29	33	61	23
Información de otros proyectos y funcion. interno del Pleno	20	11	18	20	38	14
Creación y disolución de ponencias y comisiones	48	26	6	7	54	20
Principios Generales y recomendaciones	42	23	13	15	55	20,5
Concretos (Posibilidad de seguimiento por indicadores)	14	8	8	9	22	8
Total	181	100	88	100	269	100

Si a los informes de proyectos de normas se unen las aprobaciones de actas y la creación y disolución de ponencias, grupos de trabajo y comisiones, puede observarse el elevado porcentaje de acuerdos formales adoptados.

- La forma de adopción de los acuerdos es por consenso (muchas veces adoptado de manera implícita, por ausencia de comentarios negativos, aunque no los hubiera tampoco positivos).

Algunas Comunidades Autónomas (fundamentalmente Cataluña) se han venido oponiendo de manera expresa a la realización de cualquier clase de votaciones, por entender que las mismas supondrían una intrusión en las competencias propias.

Como en los casos de otros países, los acuerdos tienen más bien el carácter de orientaciones o recomendaciones, y la decisión de aplicarlos en cada territorio depende de la voluntad de la administración que tiene competencia para ello.

- El funcionamiento del Pleno se ha acompañado de la constitución de comisiones para temas concretos o grandes áreas de actividad.

Frente a numerosas cuestiones, la solución adoptada era constituir una comisión que estudiase el problema. El procedimiento llegó a ser tan general y acumulativo que en un momento dado el número de comisiones alcanzó las 55, muchas de ellas con nula o escasa operatividad casi desde el momento de su creación. Por esa razón, en Diciembre de 1993 se decidió suprimir un buen número de las existentes, y dejar reducidas éstas a las 10 grandes áreas que se indican a continuación:

- Salud Pública (4 subcomisiones)
- Aseguramiento y Planificación (Prerestaciones Sistema Nacional de Salud)
- Financiación del Sistema Nacional de Salud
- Farmacia
- Formación y Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- Informática Sanitaria
- Trasplantes de órganos y tejidos
- Reforma Psiquiátrica
- Gestión del Sistema Nacional de Salud
- Gestión del INSALUD

La inquietud permanente por parte de todas las Comunidades Autónomas ha sido la de tener la posibilidad de estar presentes en todas las comisiones (lo que en la realidad no resulta siempre posible, debido a la reducida estructura administrativa de algunas de las Comunidades de menor tamaño). Esa inquietud ha venido afectando especialmente a las que carecen de la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y se refería sobre todo a las comisiones en que pudieran abordarse cuestiones de financiación o gestión de los servicios asistenciales, que son los que consumen mayores recursos.

Por esa razón resultaron inviables diferentes propuestas que trataban de lograr una mayor operatividad de las comisiones sobre la base de reducir el número de sus componentes, aún manteniendo la garantía de una comisión general, con presencia de todas las administraciones, que coordinara y revisara todos los trabajos antes de que éstos pasaran al Pleno.

Sin embargo, es una realidad que las Comunidades Autónomas tienen intereses y planteamientos diferentes en función de las competencias que tienen asumidas. E incluso que es poco operativo que administraciones que carecen de responsabilidad ejecutiva entren a tomar parte en la adopción de acuerdos en cuestiones en las que se encuentran en esa situación.

Por el contrario, sí podría resultar de interés que la relación con los servicios asistenciales (el IINSALUD) no transferidos no se plantease por las administraciones autonómicas sin esa competencia con un carácter exclusivamente bilateral. Este último tiene los inconvenientes que se han citado antes, a los que cabe añadir una demanda y planificación de inversiones por parte de cada Comunidad Autónoma basada sólo en la visión de los problemas desde su propio territorio.

Esos problemas trataron de resolverse estableciendo dos niveles en la comisión de financiación (para Comunidades Autónomas con y sin la transferencia citada), que podía reunirse con la presencia de la totalidad de las CC.AA. cuando fuese necesario; en la práctica, así ha tenido que hacerse en la mayoría de los casos. Por su parte, la Comisión de Gestión del Sistema Nacional de Salud reúne a los servicios de salud que gestionan la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (7 además del propio Insalud, que aún gestiona esos servicios en 10 CC.AA., que representan alrededor del 38% de la población); y la de Gestión del Insalud se creó para que reuniera a éste con representaciones de las 10 CC.AA. sin esas transferencias. Esta última no se ha reunido desde su creación hasta la fecha de redacción de este texto, lo que pone en cuestión el mismo mecanismo de solución propugnado o , al menos, es expresivo de la actitud de todas las administraciones frente a su constitución.

- La Secretaría del Consejo ha venido siendo desempeñada por la Dirección General de Alta Inspección del Ministerio de Sanidad desde la constitución del propio órgano. Al suprimirse ese centro directivo en la última remodelación del Departamento, en Mayo de 1996, esas funciones pasaron a asumirse por la Subsecretaría del Ministerio, sin que sea posible valorar todavía la funcionalidad y operatividad de la solución adoptada.

La Secretaría ha venido elaborando las actas, una memoria anual y un texto con los acuerdos, de renovación periódica, todos ellos publicados hasta ahora por el Ministerio de Sanidad.

- El Consejo se dotó de un Reglamento, aprobado en la sesión constitutiva, en Abril de 1987. Ese Reglamento ha sido modificado (de forma no sustancial, al no resultar posible el acuerdo sobre algunas de las reformas citadas antes) en Diciembre de 1993.

Con arreglo a lo establecido en el Reglamento, las funciones más importantes del Consejo pueden resumirse en :

- Coordinación General y de Políticas, Planes y Programas
- Coordinación de Políticas de Compras de productos sanitarios y farmacéuticos

- Principios básicos de políticas de personal
- Definición de políticas básicas de investigación sanitaria y actuación del Instituto Carlos III
- Coordinación de relaciones internacionales y de relaciones con la Unión Europea y otras organizaciones

Por su parte, en el cuadro VIII.5, que se ha realizado utilizando los documentos publicados citados antes, se describen por áreas temáticas los asuntos tratados en sesión plenaria, agrupándolos por diferentes períodos coincidentes con los diferentes mandatos ministeriales. De este último cuadro cabe resaltar el descenso progresivo de temas referidos a personal abordados, así como el volumen creciente de los referidos a la política farmacéutica (aunque en ésta se incluyen las numerosas trasposiciones de directivas europeas sobre estas materias que se presentaron al Pleno en los últimos años).

Cuadro VIII.5. Asuntos tratados en Sesión Plenaria por Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 1981/85

Área temática	% Sobre el total de asuntos		
	1987-1991	1992-1994	1995
Salud Pública	32%	24%	7-175
Política de Personal	18%	8%	2-5%
Estructuración del SNS	17%	26%	3-8%
Funcionamiento Interno del Consejo	15%	8%	5-13%
Asistencia Sanitaria, Tecnología e Investigación	10%	14%	9-22%
Política Farmacéutica	6%	16%	13-32%
Participación de usuarios en el SNS	2%	4%	1-3%

- Cabe citar, por último, el número de sesiones celebradas anualmente por el Consejo desde su constitución. Se reflejan en el cuadro VIII.6, en el que se expresa también el porcentaje de participación de los miembros en las sesiones, también por períodos anuales ⁵.

Cuadro VIII.6. Sesiones Plenarias del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 1987/85

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Nº de sesiones	5	5	6	6	4	4	3	3	3
Nº medio de participación	94	92	93	95	94	96	91	100	93

⁵ En 1996 se celebraron 2 sesiones, ambas tras la constitución del nuevo Gobierno del Partido Popular, y en 1997 se han celebrado hasta ahora 3 sesiones, y está previsto celebrar una cuarta antes de final de año.

Como puede observarse, aunque el número de sesiones no ha alcanzado en los últimos años la cifra mínima prevista en el propio Reglamento del Consejo (cuatro), lo que ha coincidido con diferentes incidencias electorales, se mantiene un alto grado de participación de los miembros en los Plenos. Tal situación sugiere que, con independencia de las deficiencias que puedan atribuirse al Consejo, que se comentan más adelante, no se cuestiona su existencia y valor potencial por ninguna de las administraciones que lo componen.

f. Alta inspección (35)

La Ley General de Sanidad dedica a esta cuestión su artículo 43, y la define como "garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes". El mismo artículo pasa luego a definir lo que son actividades propias de la Alta Inspección, lo que establece en los términos siguientes:

- a) Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las Comunidades Autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado.
- b) Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.
- c) Supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado asignados a las Comunidades Autónomas que tengan un destino o finalidad determinada.
- d) Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de la presente Ley.
- e) Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos con dicha finalidad, sin perjuicio de las reordenaciones que puedan acordar las correspondientes Comunidades Autónomas y, en su caso, las demás Administraciones Públicas.
- f) Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como en los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.
- g) Supervisar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática de todos los interesados. A tal efecto se estará a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la presente Ley".

Se ha considerado de interés reproducir textualmente esas previsiones de la Ley General de Sanidad porque de su lectura es posible que quepan interpretaciones y expectativas diversas.

El hecho es que esa enumeración no modifica ni el objeto ni las características de actuación de la Alta Inspección, que son las mismas de carácter fundamentalmente jurídico en forma de

requerimientos y recursos a los tribunales, que se han descrito en el apartado general. Esa limitación en cuanto a los procedimientos de actuación se recoge de manera expresa en los últimos apartados del mismo artículo 43 de la Ley General de Sanidad.

Por otra parte, el ejercicio de las competencias de Alta Inspección hay que ponerlo en relación con la forma de distribución de las competencias en materia de sanidad, el ejercicio de las responsabilidades y el gobierno en estas áreas por parte de las CC.AA., y la práctica y desarrollo del sistema sanitario español en sus distintos aspectos.

En primer lugar, es preciso señalar que, recibidas las competencias por las CC.AA., éstas tienen a la vez que responsabilidad plena, autonomía para la organización y gestión de los servicios correspondientes, sin que en esos aspectos quepa posibilidad de control e imposición alguna por parte del Estado. En la práctica, incluso cuando podría haberse planteado una limitación más restrictiva del ejercicio de ciertas competencias (como en el caso de la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, que se comentó en el capítulo anterior), se ha dado la interpretación más amplia, de la que no parece posible volver atrás una vez adoptada.

En cuanto al establecimiento de objetivos generales en el sistema sanitario, se han hecho ya diferentes comentarios en varios apartados de este capítulo sobre las limitaciones con las que se han fijado en el sistema sanitario español. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que cuanto más generales sean los objetivos, es más difícil establecer el control de su cumplimiento en la práctica, para lo que pueden haber interpretaciones muy diversas. En esos casos, y con los instrumentos previstos para el control, la expectativa más probable es, todo lo más la discrepancia entre puntos de vista distintos, pero es poco verosímil la imposición de correcciones a la actuación autonómica.

Lo mismo pasa con la comprobación de si actuaciones financieras y presupuestarias concretas se atienen a principios generales. El control económico tiene sus procedimientos propios, y las limitaciones, tanto de información como de control real, que tiene el sistema de financiación español se han comentado ya en un capítulo anterior.

Queda, por último, la consideración de que la reclamación de derechos individuales no es, en general, la materia propia de la Alta Inspección. Salvo disposiciones que supongan una violación flagrante de alguno de los derechos reconocidos a las personas en materias sanitarias, lo habitual es que se trate de aplicaciones discutibles de las normas, cuya reclamación debe ser hecha por quienes se sienten perjudicados (muchas veces frente a otros particulares beneficiados), por las vías de recurso que están previstas para ello.

Esa interpretación restrictiva de lo que constituye la Alta Inspección, por otra parte, es la que ha hecho suya el Tribunal Constitucional.

Merece la pena recoger también de manera literal algunos textos de dos sentencias de dicho Tribunal superior, la 32/1983, de 28 de Abril, y la 42/1983, de 20 de Mayo, sobre dicha cuestión.

Ambas sentencias se dictaron sobre recursos planteados por diversas CC.AA. frente a una norma, el Real Decreto 2824/1981, de 27 de Noviembre, sobre coordinación y planificación sani-

taria, que pretendía establecer ciertas reglas en la materia a la que nos venimos refiriendo. Según esas sentencias, la Alta Inspección no es una "inspección de inspecciones", ni se sitúa por encima de las Comunidades Autónomas. "Debe discernir las posibles disfunciones en el ámbito de las respectivas competencias del Estado y la Comunidad", sin convertirse "en un control tutelar de la acción administrativa de la propia Comunidad".

El Tribunal destaca el carácter fundamentalmente jurídico de la Alta Inspección, "no sólo en lo que concierne a su ejercicio, sino en cuanto a su contenido, pues recae sobre la correcta interpretación de las normas estatales, así como de las que emanan de las asambleas comunitarias, en su indispensable interrelación", y reitera lo que son las formas de actuación propias de ésta: "en modo alguno supone un control, tutela o superioridad jerárquica, o el ejercicio de una actividad limitadora de alguna competencia de la Comunidad Autónoma, sino tan sólo el desarrollo de alguna actividad de tipo informativo o de comprobación"...; consiste en "la facultad de comunicar la anomalía al órgano gubernamental competente a fin de que éste remedie el incumplimiento detectado mediante el ejercicio de atribuciones propias y de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Constitución y las leyes".

Otras sentencias no referidas estrictamente al ámbito sanitario resultan también de interés: así, por ejemplo, la 76/1983, de 5 de agosto, que resolvía un recurso previo de inconstitucionalidad sobre el proyecto de Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico, refrenda las características del funcionamiento de las Comunidades Autónomas que se han descrito antes: "es preciso tener presente que la autonomía exige en principio, a su vez, que las actuaciones de la Administración Autónoma no sean controladas por la Administración del Estado, no pudiendo impugnarse la validez o eficacia de dichas actuaciones sino a través de los mecanismos constitucionalmente previstos".

Por su parte, otra sentencia, la 6/1982, sobre la Alta Inspección en materia de educación, aporta algún aspecto añadido de interés respecto a los procedimientos propios de esta competencia estatal. Según esta sentencia, las actividades de la Alta Inspección pueden referirse no sólo a la conformidad de normas de las CC.AA. a la legislación del Estado, sino también a la comprobación de la adecuación de actuaciones concretas (en la sentencia se hace referencia expresa a ciertas actuaciones de centros docentes) a la legislación del Estado. No queda excluida, por tanto, la presencia y comprobación directa en los centros transferidos, levantando las correspondientes actas. Las actuaciones, sin embargo, deben referirse siempre a cuestiones que sean competencia estatal, y no a un ejercicio, que se considere correcto o no, de cuestiones que sean competencia de las CC.AA.

El panorama citado reduce en la práctica la Alta Inspección a lo que es esa competencia en otros sistemas con una descentralización política semejante. Lo que no existe en esos sistemas, ni es posible en el español, por mucho que a veces pudiera echarse de menos su existencia por algunos, es un control estatal de la actuación de la CC.AA. en materias de su competencia, que pudiera obligarlas a modificar determinadas actuaciones o a realizarlas de forma distinta. Esa capacidad, en la práctica, está restringida a diferentes tribunales, y sólo para aquellas situaciones en que se hayan vulnerado la legislación o competencias estatales en unos casos, o en el ejercicio de las competencias autonómicas propias se hayan vulnerado otros derechos.

Desde el punto de vista práctico, la impugnación de normas de las CC.AA. no está sometida a la decisión unilateral del Ministerio competente en cada caso, tampoco del de Sanidad. La adopción de la decisión de realizar el requerimiento correspondiente a la Comunidad Autónoma cuya norma se considerase contraria a la legalidad y, posteriormente en su caso, la presentación del recurso, lo que es una responsabilidad del Presidente del Gobierno, se adopta en una Comisión constituida en el Ministerio para las Administraciones Públicas (denominada Comisión de Seguimiento de las normas y actuaciones de las CC.AA.), de la que forman parte los distintos departamentos ministeriales, cada uno de ellos responsable de la vigilancia de la normativa autonómica sectorial, bajo la coordinación del propio MAP; en ella está presente también una representación del Servicio Jurídico del Estado ante el Tribunal Constitucional.

De los resultados de la actividad de dicha Comisión se da cuenta en los capítulos posteriores dedicados a la evaluación del sistema español. Lo descrito, en todo caso, sirve para poner de relieve que la impugnación de una norma entre administraciones no puede considerarse sólo desde un punto de vista técnico sectorial, sino que constituye un acto de relación política entre dos entidades, que se abre así a otras influencias de naturaleza diferente.

g. Cámara territorial

Aunque en el momento de redactarse estas líneas parece existir un amplio acuerdo entre todas las fuerzas políticas españolas para convertir al Senado en la cámara de representación territorial, esa posibilidad, y la forma de llevarla a cabo, no se han concretado hasta ahora.

La constitución de una Comisión de Comunidades Autónomas; la celebración de un Pleno anual con la presencia de los Presidentes autonómicos, además del Presidente del Gobierno (Pleno que se celebró por primera y única vez hasta ahora en 1994); la posibilidad de utilización de las diversas lenguas autonómicas en determinadas ocasiones, son todos ellos pasos en la dirección indicada.

Desde el punto de vista sanitario, sin embargo, la repercusión de las actuaciones del Senado hasta ahora ha sido escasa, pero es seguro que esa situación cambiará si se producen algunas de las modificaciones que se vienen planteando, a semejanza de lo que ocurre en ciertos países de estructura federal.

La revisión por parte del Senado de los convenios suscritos entre Comunidades Autónomas precisa para su entrada en vigor, tampoco ha sido necesaria hasta ahora en el ámbito sanitario, por no haberse producido la firma formal de aquéllos.

h. Convenios (36)

(1) Referencia legal

El soporte legal de esta forma de coordinación en el ámbito específico sanitario se encuentra en el artículo 48 de la Ley General de Sanidad, que establece que "el Estado y las

Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los servicios sanitarios".

Hay que citar también la Disposición Transitoria tercera, apartado 3, de la misma Ley, si bien en este caso debe subrayarse el carácter previsiblemente temporal de los dispuestos: "En los casos en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus servicios de salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquéllas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de los establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios".

Sin tratarse de una norma específicamente sanitaria, hay que recordar también la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (Ley 30/1992, de 26 de Noviembre). Aparte de establecer el marco general de los convenios entre administraciones, es en esta norma donde se regulan los "convenios de conferencia sectorial" a los que se hizo referencia en el apartado general que, se puede adelantar ahora, no han llegado a ponerse en práctica en el ámbito sanitario.

Es preciso también señalar que en el caso español los convenios no constituyen sólo una forma de relación y coordinación sectorial, sino que, de manera acorde con el carácter político general del proceso de descentralización que ha tenido lugar, forman parte de una relación global. Como expresión de ello, la suscripción de convenios sectoriales con las Comunidades Autónomas por parte de cualquier Departamento requiere la autorización de una Comisión Delegada del Gobierno, la de Política Autonómica, cuya Secretaría radica en el Ministerio para las Administraciones Públicas.

(2) Desarrollo de convenios en la realidad

La explicación del desarrollo de los convenios en materia de sanidad en España se basa en el trabajo que se cita en la bibliografía, que constituye un examen de todos los firmados por el Estado con las Comunidades Autónomas entre 1984 y 1994, y se expone con la ayuda de los cuadros del anexo I

A grandes rasgos, la política de convenios desarrollada tiene las siguientes características:

- Pautas globales diferentes para las CC.AA. con la transferencia del INSALUD ya recibida (debe tenerse en cuenta que esta transferencia es la última que se ha venido recibiendo, y de manera escalonada, por las 7 CC.AA. que en la actualidad disponen de esa competencia) y las que carecen de ella (cuadros VIII.a.2 y VIII.a.6).

Para estas últimas el motivo de un número mayor de convenios ha sido el establecimiento de instrumentos y formas de cooperación con el INSALUD en distintos ámbitos: sea la constitución de las Comisiones de Coordinación que se han citado en el apartado e) de este capítulo, la conformación de las nuevas estructuras que se han

ido formando en la Atención Primaria (los denominados Equipos de Atención Primaria; se da una doble dependencia, de la Comunidad Autónoma correspondiente y del Insalud, por parte del personal que trabaja en estos Equipos en las zonas rurales), la atención hospitalaria, o la formación de equipos de trabajo con personal dependiente de ambas administraciones en materia de salud mental. Estos aspectos se han recogido en los epígrafes "instrumentos de coordinación" y "reforma de estructuras" de los cuadros citados.

Con las CC.AA. con las transferencias del INSALUD ya recibidas, esas formas de cooperación no existen prácticamente (sólo un convenio, firmado con la Comunidad Valenciana, y ya no en vigor). En estos casos la casi totalidad de los convenios corresponden al desarrollo de planes y programas de orientación más o menos amplia o concreta, y algunas actuaciones específicas en situaciones determinadas (se han recogido ahí, por ejemplo, algunos convenios firmados en relación con la Olimpiada de Barcelona y la Expo de Sevilla).

- Los convenios que sustentan estructuras y formas de coordinación en el sentido amplio explicado en el apartado anterior se concentran en su mayoría en los años inmediatamente anteriores y posteriores a la Ley General de Sanidad (período 1987-1989, fundamentalmente, y período 1984-1986) (cuadros VIII.a.3 y VIII.a.7).

Las restantes clases de convenios se reparten a lo largo del período de manera más homogénea (ver los mismos cuadros VIII.a.3 y VIII.a.7).

- Los convenios de coordinación en el sentido citado no conllevan compromisos económicos, que son más habituales en otros casos. Eso explica que los convenios sin compromisos económicos se concentren proporcionalmente más:
- En las CC.AA. sin Insalud transferido (cuadro VIII.a.1).
- En los períodos anuales primeros (cuadros VIII.a.4 y VIII.a.5).

Por el contrario, la proporción de convenios con compromisos económicos (por ejemplo, para el desarrollo de planes y programas, o para actuaciones específicas), tanto por parte del Ministerio de Sanidad como de las CC.AA., predominan en los últimos grupos trianuales del período analizado (cuadros VIII.a.4 y VIII.a.5).

Una caracterización mejor de los convenios firmados, sin embargo, precisa alguna matización añadida:

- La primera de ellas se refiere a la cuantía de las cantidades comprometidas por el Ministerio de Sanidad en esos convenios.

Si se descartan tres convenios firmados sobre atención hospitalaria (dos de ellos comprometiendo la cofinanciación de nuevos hospitales en el momento y con motivo de la transferencia del Insalud a las CC.AA. correspondientes), la suma de las cantidades comprometidas por el Departamento para los 57 convenios con financiación res-

tantes durante todo el período ascendió a poco más de 1351 millones de pesetas, es decir, una media de 23,7 millones de pesetas por convenio de esa clase, que hay que rebajar en su estimación, pues la mayoría de ellos tenían carácter plurianual; o de 123 millones de pesetas anuales para las 17 CC.AA.. En la práctica, los convenios se han concentrado cada año en un número reducido de CC.AA. (cuadro VIII.a.8).

La distribución es más irregular aún si se tiene en cuenta que cuatro CC.AA. (el 23,5% de ellas) han concentrado más del 60% del total de la financiación por esta vía, con porcentajes que oscilan entre el 14,69% y el 19,36%. Los porcentajes de participación para las restantes CC.AA. oscilan entre el 5,95% el más alto, y el 0,44% el más bajo.

- La segunda cuestión tiene que ver con las materias de los convenios.

El mayor porcentaje de convenios corresponde a los de salud pública (34, es decir, el 23,61% del total), seguido de los de farmacia (33, el 22,91%) (cuadro VIII.a.7).

Las pautas en uno y otro caso son diferentes: en el caso de la farmacia, 32 de los 33 convenios se refieren a un mismo programa, la farmacovigilancia, siendo el único restante relativo a la dispensación de medicamentos extranjeros por la Comunidad Autónoma correspondiente. Esa concentración no se da en los de salud pública, que se dirigen a objetivos diversos, aunque el número más amplio va dirigido a la prevención y control de la hidatidosis.

Los datos citados son la referencia con la que valorar el uso que se ha hecho de los convenios hasta ahora como instrumentos de coordinación o si, como en el caso de las subvenciones citado en el capítulo sobre financiación, la exigüidad de las cantidades comprometidas y la dispersión de objetivos, salvo el caso concreto de la farmacovigilancia, ponen en cuestión su utilidad real a esos efectos de coordinación.

i. Establecimiento de procedimientos de autorización o reconocimiento comunes

Con la casi exclusiva excepción de la determinación de ciertos requisitos para la acreditación de centros para la realización de trasplantes, establecida con carácter general por el Estado y desarrollada por distintas CC.AA. en sus diversas facetas y modalidades de trasplantes, ya se ha comentado el escaso desarrollo de normas de carácter básico y aplicación general que ha tenido lugar en el ámbito sanitario español.

Como consecuencia de ello se han producido dos clases de efectos:

- De un lado, el desarrollo de normas estableciendo requisitos de autorización y acreditación (los dos términos se utilizan mezclados, de manera con frecuencia confusa y, a veces, inapropiada, en la normativa autonómica) de diferentes clases de centros, personal y actividades sanitarias por parte de distintas CC.AA. (27).

Si hubiera que resumir en una impresión general la producción de esa clase de normas, podría caracterizarse por su dispersión, de manera que abarca los aspectos y centros más

diversos, y por un cierto carácter marginal, de manera que los centros que podrían resultar de mayor interés, como podrían ser los hospitales, son los que han generado un menor desarrollo normativo.

Es muy probable que ese menor grado de desarrollo tenga que ver con su mayor dificultad. Esta última puede ponerse de relieve con el ejemplo del sistema de acreditación cuya implantación se estableció en Cataluña en 1987, y que hoy parece abandonado. Los requisitos establecidos en aquel caso, que pretendían adaptar los de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals americana, resultó que no eran cumplidos por ningún hospital, ni público ni privado, del ámbito territorial de Cataluña.

Con independencia de la discusión acerca de la aplicabilidad o no de sistemas de acreditación a servicios de provisión fundamentalmente pública, que resulta discutible (37), parece indudable que el desarrollo de iniciativas de coordinación por parte del Ministerio de Sanidad, en el sentido de normas de aplicación general (que podrían elaborarse de manera participativa), serían de gran utilidad de cara a la homogeneidad deseable en estos casos, y contribuiría a centrar las actuaciones en las áreas de mayor interés común.

Ese tipo de actuaciones coordinadas facilitaría también la disponibilidad del personal más experto en cada campo, que se encuentra normalmente disperso en diferentes CC.AA. La carencia de personal adecuado para el desarrollo de estas tareas ha podido contribuir también a que se centrasen en aspectos de menos interés.

- El segundo efecto de la ausencia de normas básicas en esta materia ha sido el casi nulo desarrollo de actuaciones comunes de autorización y/o acreditación.

Es cierto que la inclusión de centros hospitalarios en el Catálogo Nacional de Hospitales (o los que vienen elaborando distintas CC.AA.) requiere la autorización de los centros por parte de cada una de éstas. Sin embargo, tratándose en la mayoría de los casos de centros que venían funcionando con anterioridad a las propias administraciones autonómicas, la autorización no ha supuesto una actuación añadida. En algunos casos, incluso, el requisito de autorización ha sido utilizado como arma en conflictos entre el Insalud y la Comunidad Autónoma correspondiente. Es más difícil, por el contrario, considerar que las diferentes actuaciones de este tipo, cuando se han producido, hayan contribuído de alguna forma a mejorar la calidad de los centros.

Uno de los factores que contribuyen a que el desarrollo de esas actuaciones merezca sólo un interés relativo por parte de las CC.AA. es la escasez o carencia de personal para desarrollar esas funciones; y más específicamente del que pueda estar cualificado para desarrollar esas actividades con un cierto grado de valor añadido por su parte.

La coordinación de las actividades en este campo, y la posibilidad incluso de constituir equipos de trabajo interterritoriales podría tener un valor doble: a la disponibilidad de personal cualificado por parte de todas las CC.AA. se podría añadir un cierto grado de independencia, al menos en los aspectos más inmediatos, respecto a las administraciones respectivas. Independencia que, por otra parte, es característica de los procesos de

acreditación. El valor de las evaluaciones por parte de grupos así constituídos podría resultar también mayor de cara a su consideración por todas las administraciones.

En cuanto a la constitución de agencias de evaluación, la falta de desarrollo real de distintas iniciativas anunciadas por parte del Ministerio ha dado pie a que se pongan en funcionamiento diversas iniciativas autonómicas. Cuando finalmente se ha constituido más formalmente, como Subdirección General del Instituto Carlos III, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Ministerio, su actividad debe dirigirse no sólo al desarrollo de sus propias iniciativas, sino a la coordinación con las ya constituídas en otros ámbitos. Para ello pueden resultar útiles algunos de los patrones que se han indicado en el apartado general dedicado a este tema, pues no es razonable que en el mismo país se den pautas de evaluación diferentes para una misma tecnología o práctica clínica.

ANEXO I

Cuadro VIII.a.1. Convenios según características de Comunidades Autónomas firmantes.
Período 1984-1994

	Convenios con compromiso económico para Dpto.	Convenios sin compromiso económico para Dpto.	Total
Comunidades Autónomas sin Insalud transferido	36	81	117
Comunidades Autónomas con Insalud transferido	24	3	27
TOTAL	60	84	144

Fuente: Elaboración propia sobre datos de informe citado.

Cuadro VIII.a.2. Convenios según áreas concertadas y Comunidades Autónomas firmantes
Período 1984-1994

	Comunidades Autónomas sin Insalud transferido	Comunidades Autónomas con Insalud transferido	TOTAL
Instrumentos de coordinación	22	1	23
Reforma de estructuras	28	0	28
Inversiones sanitarias	3	3	6
Planes y programas	50	18	68
Actuaciones específicas	9	4	13
Estudios	5	1	6
TOTAL	117	27	144

Fuente: Elaboración propia sobre datos de informe citado.

Cuadro VIII.a.3. Convenios según áreas de actuación concertadas y período anual de firma.
Período 1984-1994

	1984/86	1987/89	1990/92	1993/94	TOTAL
Instrumentos de coordinación	5	16	1	1	23
Reforma de estructuras	9	15	3	1	28
Inversiones sanitarias	1	3	1	1	6
Planes y programas	5	22	24	17	68
Actuaciones específicas	2	3	4	4	13
Estudios	0	1	3	2	6
TOTAL	22	60	36	26	144

Fuente: Informe citado. Subdir. Gral. Alta Inspección. Julio 1995.

Cuadro VIII.a.4. *Convenios según período anual de firma y existencia o no de compromisos económicos del Departamento en ellos. Período 1984-1994*

Comunidades Autónomas	1984/86	1987/89	1990/92	1993/94	TOTAL
Con compromiso económico	2	15	22	21	60
Sin compromiso económico	20	45	14	5	84
TOTAL	22	60	36	26	144

Fuente: Elaboración propia sobre datos de informe citado.

Cuadro VIII.a.5. *Convenios según período anual de firma y existencia o no de compromisos económicos de Comunidades Autónomas en ellos. Período 1984-1994*

Comunidades Autónomas	1984/86	1987/89	1990/92	1993/94	TOTAL
Con compromiso económico	9	31	30	24	94
Sin compromiso económico	13	29	6	2	50
TOTAL	22	60	36	26	144

Fuente: Elaboración propia sobre datos de informe citado.

Cuadro VIII.a.6. *Convenios según período anual de firma y características de Comunidades Autónomas firmantes. Período 1984-1994*

Comunidades Autónomas	1984/86	1987/89	1990/92	1993/94	TOTAL
con Insalud transferido	0	8	12	7	27
sin Insalud transferido	22	52	24	19	117
TOTAL	22	60	36	26	144

Fuente: Elaboración propia sobre datos de informe citado.

Cuadro VIII.a.7: *Convenios por período anual de firma y materias. Período 1984-1994*

	1984/86	1987/89	1990/92	1993/94	TOTAL
Atención Primaria	6	11	1	1	19
Atención Hospitalaria	3	7	4	4	18
Coordinación Sanitaria	3	12	0	1	16
Farmacia	0	9	14	10	33
Hemodonación	0	3	2	1	6
Formación	0	1	4	0	5
Salud Pública	4	11	10	9	34
Salud Mental	6	6	1	0	13
TOTAL	22	60	36	26	144

Fuente: Elaboración propia sobre datos de informe citado.

Cuadro VIII.a.8. Número de Comunidades Autónomas firmantes de convenios cada año y cantidades comprometidas por el Ministerio de Sanidad

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
Nº Comunidades Autónomas firmantes	2	2	6	5	6	6	8	8	8	--
Cantidades comprometidas*	47,7	79,3	247,9	60,3	217,9	166,3	162,9	130,2	238,8	1357,6

En 1984 y 1985 no hubo convenios firmados con compromisos económicos por parte del Ministerio de Sanidad

* (millones ptas.)

Fuente: Elaboración propia sobre datos de informe citado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coordinación General Sanitaria. Mansilla, P.P. Mondadori. Madrid. 1992.
2. Diseño de organizaciones eficientes. Mintzberg, H. El Ateneo. Buenos Aires. 1990.
3. Administration industrielle et générale. Fayol, H. Dunod. Paris. 1916.
4. Notes on the theory of organizations. Gulick, L.H. en Papers on the Science of Administration. Gulick, L.H.; Urwick, L.F. (eds.). Columbia University Press. New York. 1937.
5. La interpretación constitucional del principio de coordinación. Salas Hernández, J. en Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1989.
6. La coordinación administrativa como concepto jurídico. Sánchez Morón, M. Documentación Administrativa 230-231; 11-30; Abril-Septiembre 1992.
7. Nacionalismos y naciones en Europa. Blas Guerrero, A. de Alianza Universidad. Madrid. 1994.
8. Estudio territorializado de la evolución del sector salud desde 1980. Dirección general de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1995. (mimeo). El estudio está pendiente de publicación en imprenta con el título "Evolución comparativa de la salud y los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas 1980-1994".
9. CREDES/OCDE. ECO-SANTÉ OCDE. Versión 3.6. 1995. 10.- Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Serie Salud para Todos nº 4. OMS. Ginebra. 1991.
11. Limitations of cross-national and cross-regional comparisons of health systems. Ellencweig, A.Y. cap 8 en Analysing Health Systems. A modular approach. Oxford University Press. New York. 1992.
12. The evaluation of National Health Systems. Cumper, G.E. Oxford Medical Publications. Oxford University Press. New York. 1991.
13. La coordinación sanitaria en Italia. Falcitelli, N. en Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1989.
14. Descentralización de los sistemas de salud. Conceptos, aspectos y estrategias. Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. OMS. Ginebra. 1990.
15. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Pineault, R.; Daveluy, C. SG-Masson. Barcelona. 1987.
16. Equity and efficiency in health reforms. A European view. Vågerö, D. Soc. Sci. Med. 39(9); 1203-1210; 1994.

17. Health care reforms and public health. Dekker, E. *Europ. J. Pub. Hlth.* 4; 281-286; 1994.
18. Managing the market. Anarchy rules. Ham, C. *Health Service Journal* 104(5418); 18-20; 1 Sep. 1994.
19. Concepto general de la normativa básica. Aja, E. en *Normativa básica en el ordenamiento jurídico español*. Pérez Calvo, A. (ed.). Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. 1990.
20. Algunas reflexiones sobre el poder público administrativo, como sistema, en el Estado autonómico: una contribución al debate sobre la llamada Administración única. Parejo Alfonso, L. *Documentación Administrativa* 232-233; 271-322; Octubre-Marzo 1993.
21. La coordinación sanitaria en la República Federal de Alemania. Schipkoweit, H. en *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1989.
22. The Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health. Doc. 01.32.SdKin 1 e.doc. 23.4.1996 (mimeo).
23. La coordinación sanitaria en Canadá. Turbaine, E. en *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1989.
24. La formación y la crisis de los sistemas sanitarios públicos. Muñoz Machado, S. Alianza Editorial. Madrid. 1995.
25. Algunas notas sobre la igualación competencial. López Guerra, L. *Documentación Administrativa* 232-233; 121-134; Octubre 1992-Marzo 1993.
26. Relaciones entre Administraciones Públicas. Hernández Lafuente, A. en *Comentarios ante la entrada en vigor de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común*. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. 1993.
27. La actuación autonómica en materia de autorización y acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Subdirección general de Relaciones con las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales. Dirección general de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Marzo 1996. (mimeo).
28. Servicios de Salud: Indicadores. Junio 1993. Dirección general de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1994.
29. Servicios de Salud: Datos y cifras. (2ª edición). 1995. Dirección general de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1996.
30. Criterios de ordenación de recursos. INSALUD gestión directa (provisional). Dirección General de Planificación y Coordinación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1992.
31. Criterios de ordenación de recursos. Dirección general de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1996.
32. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdos adoptados en Sesión Plenaria. (Acuerdo nº 62). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1993.
33. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (1ª parte). *Rey, J. Salud* 2000 VII(40); 22-27; 1993.
34. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2ª parte). *Rey, J. Salud* 2000 VII(41); 12-15; 1993.
35. Informe sobre la Inspección en el Ministerio de Sanidad y Consumo. *Rey, J. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Mayo 1992. (mimeo).
36. Los convenios de Sanidad firmados con las Comunidades Autónomas (1984-1994). Subdirección General de Alta Inspección. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1995. (mimeo).
37. Hospital accreditation. A universal perspective. Soo Shin, Young. *World Hospitals* 35(1); 22-28; 1995.

CAPITULO IX

EL PERSONAL EN LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA

1. Aspectos generales

Cualquier análisis de la descentralización de los servicios sanitarios quedaría incompleto si una parte de la atención no se dedica al personal. No en vano los servicios sanitarios, pese al uso creciente de tecnologías avanzadas, se caracterizan por la utilización intensiva de recursos humanos para su funcionamiento.

Pero esta cuestión tiene no sólo una vertiente cuantitativa, sino también algunas cualidades específicas. Las características del ejercicio de las diferentes profesiones sanitarias, de manera destacada del de los médicos, impregnan el conjunto de las organizaciones sanitarias y condicionan el funcionamiento bueno o malo de éstas, y la adecuación a sus fines.

Por otra parte, la creciente complejidad de los servicios sanitarios hace que en su organización participe personal cada vez más diverso, no sólo en las funciones asistenciales o sanitarias más directas, sino desempeñando distintos papeles en los ámbitos económicos y de administración y en la relación con otros servicios y funciones públicos.

El reconocimiento de la repercusión de las reformas de los servicios sanitarios sobre el personal es un lugar común en diferentes estudios de aquéllas (1). Por otra parte, no es posible analizar aspectos tan diferentes de organizaciones tan complejas como son en la actualidad los servicios sanitarios sin un método adecuado, por lo que el apartado siguiente se dedica a proporcionar sucintamente una referencia teórica, que puede resultar útil para la consideración de las cuestiones referidas al personal en los procesos de descentralización.

2. Teorías de las organizaciones y el personal

La consideración teórica de las formas de estructuración y funcionamiento de las organizaciones tiene casi un siglo.

Los primeros análisis de Fayol (2) datan de 1916, y la difusión por Gulick y Urwick (3 y 4) de sus consideraciones sobre las características de las funciones de la dirección (resumidas en las siglas POSDCORB, por las iniciales inglesas de las palabras que representan cada una de esas funciones), la organización de la cadena de mando y las tareas de control, tuvo lugar durante las primeras décadas de este siglo.

Taylor (5) es el iniciador del movimiento denominado de la "administración científica", relacionado con la programación de los contenidos del trabajo operativo, la determinación de los niveles de esfuerzo y el establecimiento de sistemas estandarizados de control del rendimiento,

que, sin embargo, no parecen aplicables sino a las tareas más simples. Por su parte, en Alemania Max Weber dedicó su atención a las estructuras "burocráticas", donde las actividades se formalizan por reglas, descripción de tareas y capacitación.

La escuela denominada "de las relaciones humanas" surgió como consecuencia de la observación de que el funcionamiento de las organizaciones no puede reducirse a sus estructuras orgánicas, y llevó a la consideración de la "estructura informal"(6), que está presente en todas las organizaciones.

La investigación y el análisis más recientes se han alejado de esas posiciones extremas. Las consideraciones que se proponen a continuación son las expuestas por Mintzberg (7 y 8), y permiten una valoración especialmente profunda de la situación y papel de los diferentes componentes humanos de las organizaciones.

Para este autor, en cualquier organización que supera los primeros estadios de simplicidad existen cinco grandes componentes o núcleos diferentes, cuya posición en la organización esquematiza como en la figura adjunta (Fig. IX.1), y que responden a las denominaciones de "cumbre estratégica", "línea media", "núcleo operativo", "tecnestructura" y "staff de apoyo" (8, pag 11 y sig ed. en español).

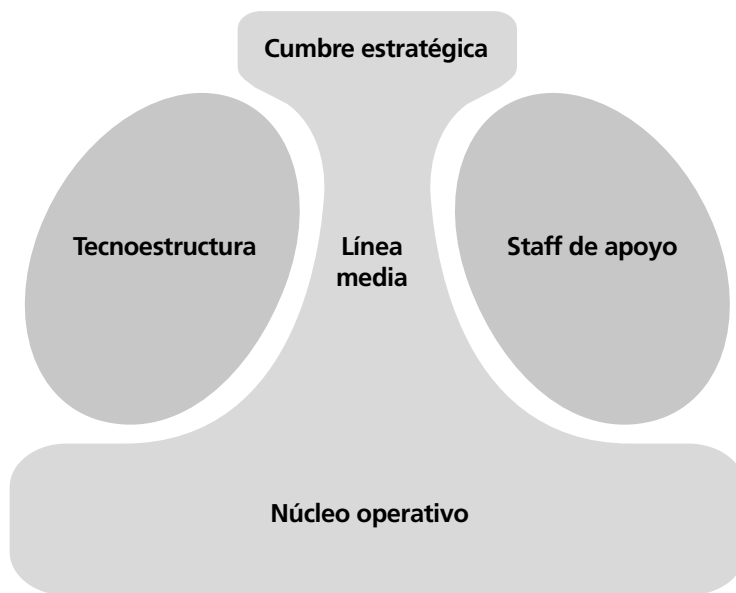


Figura IX.1. Componentes fundamentales de la Organización y su posición en ésta.
(Tomado de Mintzberg. 1983. op. cit.)

La "cumbre estratégica" corresponde a la dirección o gerencia más alta. Para su relación con el "grupo operativo", que está constituido por los que ejecutan el trabajo básico de desarrollar los servicios o productos propios de la organización, a medida que la organización se vuelve más compleja precisa de gerentes intermedios, e incluso puede ser necesario que existan "gerentes de gerentes"; ese conjunto de jerarquías de autoridad entre cumbre estratégica y núcleo operativo constituye la denominada "línea media". Fuera de la cadena de mando normal se sitúan los que llevan a cabo el análisis y las propuestas de estandarización y regulación del trabajo que se realiza, a los que se conoce como "tecnestructura", y quienes proporcionan los servicios indirectos, desde la gestión del personal hasta la de las comunicaciones e infraestructuras auxiliares o el asesoramiento legal precisos para el funcionamiento de la organización correspondiente; este último grupo corresponde al "staff de apoyo". El conjunto de la tecnestructura y el staff de apoyo pueden agruparse bajo la denominación de "staff", para distinguirlo de la "línea", que se refiere a la parte central del diagrama y que constituye la corriente de autoridad formal, desde la cumbre estratégica hasta el núcleo operativo.

A la estructura descrita se le puede superponer la descripción de un organigrama en racimo, en el que cada miembro de la organización "cuelga" de aquel otro del que depende formalmente, situando a cada componente en el área general de entre las descritas que le corresponda, con arreglo al papel que desempeña en la organización.

Junto con los diferentes componentes de las organizaciones, Mintzberg (8, pag 7 y sig ed. en español) describe cinco formas distintas de llevar a cabo la coordinación dentro de una organización, para que ésta funcione como un conjunto. Esas formas son las siguientes:

- La supervisión directa
- La estandarización de procesos de trabajo
- La estandarización de destrezas
- La estandarización de productos
- El ajuste mutuo

Los términos de esas formas parecen explicativos por sí mismos. Dentro del esquema general de la estructura de la organización propuesto también pueden representarse mediante líneas las relaciones establecidas entre unos y otros componentes de la propia organización.

La combinación de unas u otras formas de coordinación predominantes con el papel más relevante de unos u otros componentes de la organización da lugar, a su vez, a cinco formas básicas (y extremas) de organizaciones (8, pag 23 ed. en español):

- La estructura simple, cuya forma de coordinación característica es la supervisión directa, y en la que la cumbre estratégica es la parte clave, que se relaciona directamente con el núcleo operativo.
- La burocracia mecánica, que se basa en la estandarización de procesos de trabajo y en la que la tecnestructura representa ese papel principal.

- La burocracia profesional, que se basa en la estandarización de destrezas y en la que el núcleo operativo es el componente fundamental.
- La forma divisional, en la que la estandarización de los productos constituye la base y en la que la línea media tiene el papel más relevante.
- La *adhocracia*, basada en el ajuste mutuo, en la que el staff de apoyo (en ocasiones con el grupo operativo) es la parte clave de la organización.

Las formas de organización citadas constituyen prototipos, sólo útiles para una referencia tan breve como la que se está haciendo aquí. El análisis de cualquier organización real no debe perseguir tanto el encasillar el caso concreto en un patrón definido, como comprender qué clases de componentes existen en ese caso, qué formas de relación se dan entre ellos y cuál elemento es el predominante.

Por otra parte, lo importante es subrayar que cada clase de organización se corresponde mejor con uno u otro tipo de componentes predominantes, y que las formas de relación principales deben estar también en relación con las características de esos componentes.

3. Aplicación de las teorías de las organizaciones al ámbito sanitario

Ciñéndonos a los análisis más recientes de Mintzberg, una descripción de las organizaciones sanitarias con arreglo a los patrones citados puede ayudar a comprender mejor éstos, a la vez que proporciona elementos de interés para la reflexión sobre los servicios sanitarios.

a. Hospitales y centros sanitarios

De entre los análisis que se refieren al ámbito sanitario, tanto el propio Mintzberg en uno de los trabajos citados (8), como otras aportaciones (9), toman como referencia los hospitales y centros sanitarios, y no tanto los servicios sanitarios en su conjunto.

Con arreglo a esos análisis, que no son difíciles de compartir, un hospital constituye un ejemplo bastante prototípico de lo que se ha denominado una burocracia profesional.

Conforme a esa descripción, el núcleo operativo, en este caso los profesionales sanitarios, y de entre ellos los médicos, constituyen la parte clave de la organización para proporcionar los servicios fundamentales que se exigen de ésta. Un hospital, por eso, tiene hipertrofiada esa parte de la organización. Junto con ella, la otra parte que adquiere un importante nivel de desarrollo es la que hemos denominado staff de apoyo, pero sus funciones (personal, asesoría legal, compras, archivo, biblioteca, informática, o cualquier otra que pueda sugerirse) se concentran fundamentalmente en servir al núcleo operativo.

El esquema teórico representativo de una organización así resultaría como el de la figura IX.2. Veremos más adelante que surgen conflictos cuando la organización real no se adapta a un modelo como el representado.

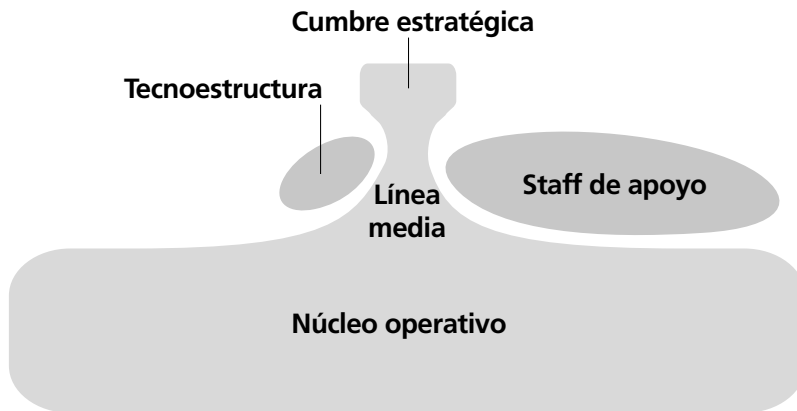


Figura IX.2. Esquema teórico de un hospital como burocracia profesional

En cuanto a las formas de coordinación establecidas, Mintzberg (8, pag 161 ed. en español) señala que la característica propia de las burocracias profesionales es la estandarización de destrezas. Lo peculiar de esa forma de coordinación es que las normas que la rigen se originan generalmente fuera de la estructura de la propia organización, en las asociaciones autogobernadas en las que los profesionales se unen con sus colegas de otras burocracias profesionales (otros hospitales, por ejemplo) similares. El resultado es que, a diferencia de la burocracia mecánica, que confía en la autoridad de naturaleza jerárquica -el poder del cargo-, la burocracia profesional enfatiza la autoridad de naturaleza profesional -el poder del experto-.

Por otra parte, en las organizaciones de este tipo es difícil confiar en otras formas de coordinación: los procesos de trabajo son demasiado complejos para ser estandarizados por analistas ajenos a la propia actividad profesional; a su vez, otros mecanismos coordinadores, como la supervisión directa o el ajuste mutuo, interfieren en la relación estrecha entre el profesional y sus clientes, que se basa en un alto grado de autonomía profesional, y en la libertad de no tener que responder sólo a órdenes administrativas, con una amplia posibilidad de consultar con otros profesionales homólogos.

El tipo de profesional preciso para llevar a cabo esas funciones requiere un proceso de capacitación y adoctrinamiento, que puede prolongarse durante años. A un proceso de capacitación inicial, que suele desarrollarse en las Universidades le sigue normalmente otro específico, en el que las asociaciones profesionales reclaman para sí, y desempeñan bajo unas u otras formas, un papel de control.

El esquema con el que se ha representado la burocracia profesional que es un hospital contiene otro aspecto que merece la pena resaltar: si se observa la figura, en una organización de este tipo la línea media de autoridad no debería estar muy desarrollada. La dispersión de las líneas

as de conocimiento precisas para el desarrollo de las funciones del hospital, y los obstáculos para promover la estandarización de las tareas, dificultan las posibilidades de dirección y control. En esas condiciones, al menos teóricamente, los gestores de los hospitales deben tener un desarrollo y poder limitados, más bien reducidos a la resolución de los problemas de coordinación entre quienes desarrollan el papel principal, es decir, los propios profesionales. Ese papel, sin embargo, resulta fundamental para el funcionamiento del conjunto.

Con esa distribución de funciones no es difícil entender que en las organizaciones así los profesionales pretendan controlar no sólo su propio trabajo, sino también ejercer el control colectivo de las decisiones administrativas que les afectan; decisiones que, no debe olvidarse, pueden suponer la contratación de otros profesionales o la distribución de recursos y, por estas vías, afectar muy directamente el propio poder profesional.

Por esa razón, los profesionales del grupo operativo ejecutan por sí mismos algo del trabajo organizativo. Pero, además, los administradores que ejercen esa labor a tiempo completo requieren certificaciones o avales profesionales, y es frecuente la demanda de su elección por los propios profesionales o, por lo menos, alguna clase de aprobación por su parte para llevar a cabo su designación; de la misma manera que es también frecuente su extracción de entre quienes constituyen el núcleo operativo, es decir, los mismos profesionales.

b. Servicios sanitarios

Los análisis de los servicios sanitarios desde la teoría de las organizaciones citados antes caracterizan globalmente a aquéllos como burocracias profesionales.

Hay numerosos elementos, que se han descrito, que permiten sostener esa consideración para los hospitales. Lo mismo puede extenderse a las organizaciones que dedican su actividad general a la prestación de servicios asistenciales.

Los servicios sanitarios, sin embargo, tienen también otros aspectos y actividades. Algunas se refieren a la prestación de otra clase de servicios. Otras, por el contrario, suponen asumir papeles y responsabilidades en terrenos distintos: definir cómo se configuran los servicios sanitarios, su ámbito de cobertura y las prestaciones que otorga; ejercer el control sanitario sobre diferentes actividades y productos; delimitar los perfiles profesionales que precisan los servicios asistenciales; diseñar las políticas de autorización y evaluación de medicamentos y orientar su consumo; proporcionar los recursos necesarios para la prestación de los servicios asistenciales y no asistenciales y distribuir aquéllos, son todas ellas funciones, y la lista podría hacerse más extensa, que son propias de los servicios sanitarios de cualquier país, entendidos en el sentido amplio que usamos ahora.

Las organizaciones que desarrollan esas funciones tanto a su nivel técnico como político, como los Ministerios de Salud o Sanidad de los distintos gobiernos, tienen características diferentes a las de los servicios asistenciales y no pueden caracterizarse como burocracias profesionales.

Buena parte de las funciones descritas corresponden al papel de lo que en los apartados anteriores se ha denominado tecnoestructura, cuyo papel tiene relación con la estandarización

de procesos de trabajo que, una vez diseñados, son aplicados por un núcleo operativo propio, o por otras organizaciones que se someten a su control.

La parte de la estructura que se dedica a la aplicación de los estándares de procesos de trabajo diseñados por la tecnoestructura correspondiente (por ejemplo, a la aplicación de determinados sistemas de control sanitario, o a ciertos procesos de distribución y seguimiento presupuestario) conforman una parte de la organización correspondiente como una burocracia mecánica, de ámbito administrativo.

Muchas de las características que la acepción popular del término atribuye a la burocracia se reúnen aquí: los trabajos repetitivos, que abocan a una cierta rutina, pero, a la vez, la posibilidad regulada mediante abundantes reglamentos de someter a seguimiento y control buena parte de sus actuaciones. Esto último hace a estas organizaciones especialmente adecuadas para ciertas facetas del ejercicio de la autoridad pública, a la vez que está en el origen de algunos de sus problemas, como es el descuido en el cumplimiento de tareas rutinarias.

No toda la organización de un departamento ministerial, sin embargo, se estructura así. Una parte de su personal, por ejemplo los "gabinetes" o "asesorías", pueden tener por función el desarrollo de propuestas innovadoras para la organización o la puesta en cuestión de los principios de ésta, para someter sus análisis a la cumbre estratégica (la dirección del departamento) que es quien finalmente adopta las decisiones de ejecución por las líneas correspondientes.

Esta última parte de la organización puede organizarse con arreglo a los principios de una adhocracia, conformando "constelaciones" (en la terminología de Mintzberg) o grupos de trabajo diferentes para tareas diversas, con la posibilidad de integrar elementos de la tecnoestructura (de la que forman parte) o del staff de apoyo para el desarrollo de proyectos concretos.

La forma de relación dominante en estos casos es el "ajuste mutuo", y la expresión concreta en muchos de ellos, la constitución de comisiones o grupos de trabajo para proyectos concretos.

Si quisiéramos representar gráficamente la suma resultante de los grupos que normalmente forman parte de un departamento ministerial o parte central de una organización sanitaria, lo más característico sería (Fig. IX.3), conforme a lo descrito, el mayor desarrollo de las partes intermedias de la organización, tanto la tecnoestructura como el staff de apoyo, con un componente de grupo operativo mayor o menor según el número de funciones directas a desarrollar, pero de características en todo caso diferentes de las descritas en el caso de los hospitales: no se trata aquí de la calificación obtenida para el ejercicio de determinadas destrezas de forma más o menos estandarizada y con un margen de discrecionalidad, sino de la aplicación estricta de procedimientos reglados.

La forma de reclutamiento del personal que forma parte de una organización así sigue caminos diferentes a los descritos para las burocracias profesionales. Lo habitual en estos casos no es confiar la capacitación y adaptación a los fines de la propia organización a organizaciones ajenas a ésta, sino realizar los procesos de selección y ajuste con procedimientos propios que garanticen al menos el conocimiento de sus principios y reglas fundamentales.

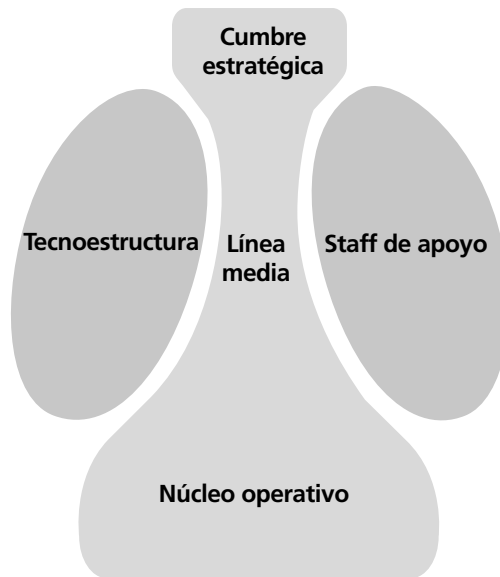


Figura IX.3. Esquema teórico de un hospital como burocracia profesional

Por otra parte, otra de las cuestiones a destacar en estos casos es el valor de la continuidad y homogeneidad de los sistemas de control establecidos, lo que exige, además de adiestramiento y criterios homogéneos, determinado grado de estabilidad en el desempeño de las funciones, así como el control directo de su ejercicio por parte de los responsables correspondientes del que, con frecuencia, deben dar cuenta públicamente.

4. Procesos de descentralización sanitaria a la luz de las teorías de las organizaciones

Las amplias disgresiones de los apartados anteriores pretenden justificarse aquí por las consecuencias que pueden tener para el análisis de los procesos de descentralización a los que venimos haciendo referencia en los capítulos precedentes.

El análisis sigue también en este caso la clasificación de los tipos de descentralización que se viene utilizando desde los primeros capítulos, señalando los aspectos que se consideran más relevantes en cada clase de procesos.

a. Procesos de desconcentración

Cuando tienen lugar procesos de este tipo suelen ser secundarios al crecimiento de la organización de tal manera que, para hacer posible su gestión, es más sencillo dividirla en unidades independientes, de contenidos y competencias similares.

Siguiendo la terminología de los apartados anteriores, lo que se produce en estos casos es una forma "divisional" de la administración: se constituyen "divisiones" distintas de la organización, normalmente de base geográfica, que tienen que proporcionar la misma clase de productos o servicios, cuya estandarización es la forma más habitual de coordinación en estas situaciones.

El establecimiento de esas divisiones no supone la multiplicación del personal de lo que llamamos "núcleo operativo" (la base de los servicios sanitarios: los médicos, la enfermería, etc). Antes al contrario, la ampliación del número de éste puede ser una de las razones fundamentales para llevar a cabo esta forma de descentralización.

El crecimiento del personal del staff de apoyo es secundario y proporcional a las necesidades de la gestión del núcleo operativo. En general, debe considerarse como regla un aumento de esta clase de personal, pero no un aumento proporcional en cada una de las unidades o divisiones constituidas.

El personal de la tecnoestructura no tiene por qué aumentar. Los procesos generales y de estandarización tienen lugar en los órganos centrales de la organización, y el proceso de descentralización de éste carácter no aumenta su necesidad.

Donde sí se produce un crecimiento marcado es en el personal de la línea media: precisamente la constitución de responsables de nivel intermedio constituye la base misma del proceso de descentralización llevado a cabo. Ese aumento, sin embargo, tiene lugar de manera proporcional al número de divisiones creadas y no tiene que suponer una modificación de las formas habituales de gestión de la organización correspondiente. Es frecuente que se establezcan estándares o módulos de organización, que se reproducen de manera proporcional a ciertos parámetros en cada una de las divisiones creadas, lo que puede dar lugar a varios modelos de organización si se pueden establecer grupos de divisiones según el tamaño de éstas.

Desde un punto de vista general, si tiene lugar un proceso de desconcentración sanitaria no supone que se produzca un cambio ni en las formas de reclutamiento, ni en las de coordinación ni control de la propia organización.

b. Procesos de devolución

Estos procesos, como hemos venido repitiendo, son de naturaleza política, y abarcan generalmente, con mayor o menor amplitud, tanto los aspectos de gestión de los servicios, como los de autoridad sanitaria, planificación, financiación y otros. Estos aspectos se han descrito de manera más amplia en el capítulo IV.

Por esa razón, si recuperamos la distinción hecha en el apartado anterior, lo normal en estos casos es que la descentralización afecte no sólo a los servicios asistenciales, sino también a los órganos centrales de los servicios sanitarios. Las consecuencias en uno y otro caso, sin embargo, como pasamos a analizar ahora, son diferentes desde el punto de vista del personal.

Comenzando por los servicios asistenciales, que tenga lugar un proceso de devolución no conlleva necesariamente que deba aumentar el personal del "núcleo operativo", al menos de

manera inmediata. Asumidas las responsabilidades de gestión por las nuevas autoridades, lo habitual es que esas responsabilidades se extiendan a los centros ubicados en el territorio correspondiente, con el personal dependiente de ellos, sin que inicialmente sea usual que se plantee incrementar éste.

Con el transcurso del tiempo, y según la dotación global y específica de personal respecto a otras entidades similares (no debe olvidarse que la comparación juega un papel central en cualquier proceso de descentralización), puede plantearse el incremento de ciertos grupos de personal y dar como resultado un incremento global en un plazo más largo, aunque siempre dentro de unos límites moderados.

Otro de los aspectos que puede plantearse a medio plazo es de carácter cualitativo: por razones ajenas a las estrictamente sanitarias pueden establecerse ventajas para el acceso a los puestos de trabajo en determinados territorios por parte de quienes residen en los mismos, han recibido la formación allí, conocen el idioma local o reúnen otras peculiaridades (lo que puede ocurrir igual que en otros sectores públicos e incluso privados (10, pag 109 y 131)).

La insistencia en esos aspectos sólo suele darse por parte de comunidades o entidades con potencial suficiente como para satisfacer sus propias necesidades de personal de diferentes especialidades y categorías, pero esos planteamientos pueden dar lugar a respuestas defensivas de otras entidades similares, y provocar una fragmentación del mercado profesional. No conozco todavía, sin embargo, ningún caso en que por razones de esta clase (que pueden ser las predominantes en el proceso de descentralización correspondiente) se haya llegado a perjudicar el nivel sanitario de la comunidad o entidad respectiva, pero esta cuestión puede permanecer como motivo de análisis en el futuro.

A la inversa, pueden crearse grandes dificultades a la hora de cubrir vacantes en las zonas menos atractivas de un país, lo que puede tratar de resolverse con sistemas de incentivos, siempre al alza.

En cuanto a otro personal que constituye parte importante de los servicios asistenciales como staff de apoyo, no es previsible tampoco inicialmente un incremento sustancial. Lo mismo que en el caso del personal asistencial, el traspaso de la responsabilidad se acompaña normalmente de la transferencia del personal que lleva a cabo esas funciones a nivel local, por lo que, al menos al inicio, no se plantea su aumento. Lo mismo resulta para quienes desempeñan funciones de dirección en la línea media, aunque en estos casos la disgregación producida puede determinar un cierto aumento, en todo caso proporcional a la descentralización realizada, de manera que no se incremente su peso respecto a otros grupos.

A otros niveles, un proceso de devolución supone la descentralización de la actividad política, y conlleva un aumento, si bien proporcional, de los cargos y responsables que constituyen la cumbre estratégica. Cuando tienen lugar estos procesos, las ventajas políticas generales obtenidas de los mismos compensan, o así se valora, los incrementos de costes que pueden generarse por esta causa. Pero esta cuestión puede utilizarse por quienes mantienen reticencias respecto a la descentralización, y quienes la promueven deben dotarse de argumentos razonables para defenderla, incluyendo un desarrollo proporcional, no desmesurado, de las nuevas estructuras.

Sin embargo, el grupo que puede centrar los problemas en los procesos de devolución es el que hemos llamado tecnoestructura que, como se ha descrito antes, tiene un nivel de desarrollo principal en los órganos centrales o departamentos ministeriales de los servicios sanitarios.

Desde un punto de vista cuantitativo, la dispersión de responsabilidades en planificación, financiación, aseguramiento o control sanitario exige el aumento global del personal dedicado a estas tareas, cuya suma del perteneciente a cada entidad en una situación descentralizada supera al que realizaba esas funciones antes de la descentralización. Por otra parte, los órganos centrales de la organización precisan mantener personal de esas características para la coordinación de esas tareas, que puede constituir la función residual más importante.

Siendo ese aspecto cuantitativo relevante, el desarrollo de la(s) tecnoestructura(s) en los procesos de devolución, tiene además una dimensión cualitativa de interés. Su papel en los servicios sanitarios es el de contribuir a mantener la homogeneidad y permanencia de los servicios, a través del diseño y aplicación de reglamentos y normativas, a la vez que participan en la configuración de alternativas para la mejora de aquéllos. Puesto que la devolución supone descentralización y aumento de este grupo, la forma en que tengan lugar esos cambios afecta a las posibilidades de mantenimiento de la homogeneidad de los servicios o, si se persigue el efecto contrario, a la progresiva diferenciación de éstos.

La transferencia de personal desde los servicios antes centrales a cada una de las entidades descentralizadas contribuye al mantenimiento de procedimientos y rutinas administrativas, y facilita la coordinación entre aquéllas y con el órgano central que permanezca (11, pag 153).

Pero, dado el incremento descrito, los sistemas de reclutamiento y formación cobran también un papel importante. Las posibilidades en este caso van desde el mantenimiento de procesos de selección y formación comunes, hasta la dispersión completa de unos y otros aspectos. Se ha apuntado (11) que la carencia inicial de personal y la falta de experiencia de las nuevas entidades descentralizadas puede dificultar la actuación inicial de los nuevos servicios. Por el contrario, la transferencia inicial de algunos efectivos de personal experimentado, así como el apoyo y coordinación desde los servicios centrales no transferidos, pueden producir el efecto contrario.

Pero, en todo caso, tratándose de nuevas entidades descentralizadas y con alto nivel de responsabilidad, debe considerarse una tendencia clara a la creación de una nueva tecnoestructura propia. Si se pretende mantener un cierto grado de homogeneidad de los servicios, los instrumentos disponibles para lograrlo no son en todo caso los de la imposición, sino que debe acudirse al acuerdo de las políticas. Los acuerdos pueden extenderse a los contenidos y las formas de selección, así como a los procesos de formación que se establezcan.

Un efecto colateral de la parcelación de este grupo de personal es el de dificultar su movilidad geográfica, lo que refuerza la tendencia a crear culturas estancas.

Los movimientos para superar esos límites no suelen originarse en los propios grupos constituidos en cada ámbito territorial, sino que proceden del exterior a ellos, a iniciativa de otros grupos interesados en promover determinadas culturas.

Es el caso, por ejemplo, de las nuevas ideas "gerenciales" sobre los servicios, para cuya difusión uniforme se está recurriendo en distintos países a métodos propios de las burocracias profesionales (congresos y publicaciones científicos; cursos de formación fuera del ámbito administrativo, etc.). Como señalan Groenewegen y Calnan (12), "la caída de los sistemas comunistas demuestra que no es necesario un proceso de adaptación gradual, sino más bien la difusión y adaptación de conceptos e ideas desarrollados en otra parte. Esa misma difusión de conceptos e ideas desde un sistema sanitario a otro puede ilustrarse también por la adopción del concepto de la competencia gestionada. Los fundholdings, tal como se han introducido en el Reino Unido, se inspiraron, a su vez, en la experiencia americana de las HMOs".

La descentralización geográfica del tipo de la devolución supone así, por la carencia de tradiciones propias y utilizando términos tomados de la planificación estratégica, una oportunidad para configurar tecnoestructuras adaptadas a conceptos e ideas importados de otros sistemas sanitarios.

c. Procesos de delegación y privatización

A los efectos del tema que se aborda en este capítulo, como ya se ha hecho en otros anteriores, es posible hacer una descripción conjunta de ambas clases de procesos, pues las características de las dos son similares.

En los dos casos, la idea que subyace es la utilización de las técnicas de gestión para la solución de los problemas de los servicios sanitarios que se caracterizan como principales, de entre ellos el de la eficiencia, que afecta fundamentalmente a los servicios de carácter asistencial. Bien sea mediante la aplicación de técnicas propias del sector privado en el ámbito público o a través de la gestión privada de servicios públicos, unos y otros procesos, que son formas de descentralización de las características descritas, centran su atención en el uso eficiente de los recursos.

Para Hunter (13), los dos elementos principales de las reformas sanitarias que están teniendo lugar en la mayoría de los países son la "gestión" de los servicios frente a la "administración" de los mismos y la creación de mecanismos de competencia en "mercados" sanitarios. Advierte, sin embargo, que se trata de la utilización de un modelo de gestión importado de la industria, que no se ha demostrado que sea adecuado para un servicio complejo y con un gran componente profesional como es el sanitario; por su parte, el mercado sanitario dista de ser un mercado perfecto, y para conseguir resultados, por otra parte alejados de las previsiones, dado que no consigue una buena distribución (14), incurre en altos costes de transacción (15).

Pollit (16, pag 24 y 25) describe así el conjunto de valores e ideas que subyacen a esta clase de planteamientos gerenciales, cuya aplicación se extiende a diferentes servicios públicos, incluidos los educativos, además de los sanitarios:

- *La vía principal para el progreso social se encuentra actualmente en el logro de incrementos continuos de la productividad definida según criterios económicos.*
- *El incremento de la productividad citado en el punto anterior se lograría, fundamentalmente, con la aplicación de tecnologías cada vez más sofisticadas. Estas incluirían tanto*

las tecnologías de la información y de la organización como el equipo físico óptimo para la producción de bienes materiales. Desde el punto de vista de la organización, la gran corporación multifuncional o agencia estatal se ha convertido, en un espacio muy corto de tiempo, en la forma dominante.

- La aplicación de las tecnologías avanzadas puede conseguirse solamente con una fuerza laboral "educada según las exigencias de la productividad ideal".
- La gerencia es una función independiente e identificable dentro de las que componen las tareas de organización y una de las que desempeñan el papel principal a la hora de planificar, ejecutar y evaluar las mejoras necesarias en la productividad "el éxito empresarial dependerá cada vez más de las cualidades y profesionalidad de los gerentes".
- El desempeño del papel crucial señalado anteriormente exige que los gerentes dispongan de un margen razonable de maniobra (el denominado "derecho a gestionar").

Para Drucker (17, pag 218), la gestión se ha convertido en todas partes en una nueva función social.

Burns (18, pag XX) señala que lo que se está produciendo, pese a la retórica en sentido contrario, es una vuelta a las líneas de gestión jerárquica más duras y antiguas, las cuales resultan poco apropiadas para las organizaciones de servicios profesionales.

Los efectos económicos, así como sobre la equidad, de medidas como las descritas aplicadas en el ámbito sanitario se han analizado ya en otros capítulos anteriores. Se trata aquí, a su vez, de estudiar los efectos de esas medidas sobre el personal, lo que pasa a valorarse a continuación, diferenciando las repercusiones desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo.

(1) Aspectos cuantitativos (cuadro IX.1)

Cuadro IX.1. Variaciones cuantitativas de los grupos de personal en los procesos de descentralización sanitaria

Componentes o núcleos	Procesos de descentralización			
	Desconcentración	Devolución	Delegación	Privatización
Cumbre estratégica	=	↑ proporcional	=	=
Línea media	↑↑ proporcional	= ó ↑ proporcional	↑↑↑ no proporcional	↑↑↑ no proporcional
Tecnoestructura	=	↑↑	↑	↑
Staff de apoyo	↑ global No ↑ proporcional	= (inicial)	↑↑ global ↑↑ proporcional	↑↑ global ↑↑ proporcional
Núcleo operativo	=	= (inicial)	= ó ↑	= ó ↑

Si nos centramos en los efectos de esos principios sobre los distintos grupos de personal de los servicios sanitarios, las consecuencias de los procesos de descentralización a los que nos estamos refiriendo, que suponen la aplicación de los principios citados, son claras: en uno y otro caso lo que se produce es el aumento de la línea media de autoridad, y del staff de apoyo que proporciona la información y tecnologías necesarias para llevar a cabo la "gestión" de los servicios. Ese aumento se produce tanto desde un punto de vista global, como aumentando su peso proporcional en el conjunto de los servicios.

En el capítulo segundo se han hecho ya distintas referencias al gasto en administración provocado por las nuevas líneas de reforma. De manera más específica, Buchan y Secombe (19, pag 187-188) han descrito el aumento de la nómina del personal de administración y gestión del NHS británico tras las medidas de reforma introducidas en el mismo. Otras estadísticas posteriores (20) confirman esa tendencia: el número de gerentes en el NHS aumentó un 133% entre 1990 y 1995, hasta alcanzar el 3% del total del personal de dicho servicio; en el mismo período, el personal administrativo y burocrático aumentó el 15%. El conjunto del personal administrativo y gerencial del NHS suponía en 1995 el 20% de su fuerza de trabajo.

Esos efectos no son sencillos de determinar directamente en muchos casos. El paso desde sistemas de gestión pública a otros caracterizados por la gestión con reglas de derecho privado de entidades públicas, o directamente por la gestión privada de servicios públicos, supone también el cambio de los registros estadísticos de unos y otros tipos de personal o, sencillamente, la pérdida de estadísticas generales viables que se refieran a estos aspectos.

Para evaluar esos efectos es necesario, por eso, recurrir a otras fuentes de información que permitan una visión general, como pueden ser las estadísticas de empleo por sectores. Estas, a su vez, pueden ser difícilmente comparables entre unos y otros países, más aún para caracterizar sistemas sanitarios diferentes, o para evaluar un cambio en el sistema sanitario en un mismo país.

Por esas razones el número de trabajos publicados que permitan comparar situaciones de organización diferentes o procesos de cambio organizacional en el sentido indicado son escasos. Sin embargo, cuando se superan esas dificultades, los resultados son llamativos: se cita aquí un trabajo reciente (21) en el que se comparan las estadísticas de empleo en el sector sanitario en Canadá y los Estados Unidos, clasificadas por grupos de personal. Por sus características y diseño, los datos resultan comparables entre ambos países. Las observaciones más relevantes son las siguientes:

- Hacia 1970 ambos países tenían una cantidad de personal administrativo y gerencial sanitario (medido en equivalentes de puestos administrativos a tiempo completo por millón de habitantes) similar.
- Entre 1971 y 1986 el personal hospitalario (en equivalentes a tiempo completo) aumentó un 29% en los Estados Unidos, mientras que disminuyó el 14% en Canadá.

Ese aumento se debió al de personal administrativo y de gestión: en 1986 había un 85% más de gerentes, 22% más de personal administrativo no relacionado con cuestiones financieras y 65% más de personal administrativo relacionado con la financiación de los servicios.

El conjunto de personal administrativo (incluidos los gerentes) pasó de representar un 18,1% del personal sanitario asistencial en 1968 a ser el 27,1% de éste en 1993. En Canadá, por el contrario, aumentó la proporción de personal asistencial, en especial del personal de enfermería.

(Los datos citados no incluyen a las aproximadamente 250.000 personas que trabajan en las compañías privadas de seguros en el sistema americano, ni al personal dedicado a las funciones públicas de aseguramiento sanitario en Canadá, cuyo número es mucho más escaso).

- A nivel extrahospitalario los datos son similares: mientras que en Canadá el personal administrativo se ha mantenido en una proporción estable respecto al personal asistencial (representa un 29% de este último), dentro de una línea general de aumento del empleo en este ámbito, en los Estados Unidos el crecimiento del personal administrativo a este nivel ha sido superior, y ha pasado de representar el 25% al 33% del personal asistencial.
- La divergencia entre ambos países es concordante con los bajos costes administrativos, comparados con los de los Estados Unidos, observada en los hospitales del Reino Unido, Suecia o Francia, que se caracterizan por sistemas públicos de presupuestación global, contrarios a los que suponen la existencia de pagadores múltiples en el sistema americano.

Ese método de cobertura y pago propio de los Estados Unidos puede considerarse una de las causas de los altos costes administrativos de dicho sistema.

(Esos datos son coincidentes con los de otros estudios ya citados (22), que se refieren a los costes administrativos globales, y no sólo a los de los hospitales).

Los efectos de procesos de delegación o privatización sobre otros grupos de personal no son tan evidentes:

- No hay razón para que se produzca un aumento del personal de la cumbre estratégica de los servicios.
- Puede producirse un cierto aumento del personal que conforma la tecnoestructura del sistema en los servicios centrales o departamentales del mismo, pues se hacen precisas nuevas regulaciones de los servicios que pasan a prestarse bajo nuevas fórmulas, a fin de garantizar su calidad y eficacia por otras vías.
- En cuanto al personal asistencial que lleva a cabo las funciones de atención directa, no es posible marcar una pauta general.

Lo que sí parece claro a la vista de los estudios citados es que no se produce un aumento de su proporción respecto al personal gerencial y personal de apoyo, sino al contrario, una disminución de su participación proporcional respecto a esos grupos, incluso aunque coexista con un aumento de cifras absolutas (19).

Desde un punto de vista numérico, las cifras absolutas y su aumento pueden referirse a puestos de trabajo y no a personas individuales: dependiendo del grado de desarrollo de los sistemas sanitarios (cuanto más consolidados están éstos, sea bajo sistemas públicos o privados, más habitual es el desempeño de un único puesto de trabajo por cada profesional) la introducción de nuevas formas de organizar los servicios pueden llevar a situaciones en que una misma persona desempeñe más de un puesto.

Si eso ocurre en casos en que coexistan sistemas de provisión públicos y privados, puede plantearse la demanda por el personal de los primeros para poder hacer compatible su desempeño con otros en el sector privado, lo que termina siempre perjudicando al ejercicio en los sistemas públicos. Pero las propias razones de eficiencia y control del gasto que guían este tipo de procesos, así como la pérdida de importancia relativa de los profesionales asistenciales del grupo operativo en estos sistemas, hacen poco probable la modificación de las condiciones de trabajo en el sentido descrito, al menos en los sistemas más desarrollados.

(2) Aspectos cualitativos

En el apartado 3.a) de este capítulo se han descrito las características de una organización hospitalaria (o de otros servicios asistenciales) que corresponderían teóricamente a su calificación como una burocracia profesional.

Entre esos rasgos estructurales, el esquema descrito conducía a prever y considerar más adecuado un amplio desarrollo del núcleo operativo (los profesionales) de la organización, junto con una disminución de la línea media de mando. A su vez, el mayor desarrollo del staff de apoyo debía ir dirigido al apoyo de esos profesionales.

Las formas de descentralización a las que venimos aludiendo aquí, tanto la delegación como la privatización, conducen, a la vista de lo expuesto en el apartado anterior, a un resultado distinto: el predominio de la línea media de mando y el crecimiento simultáneo del staff de apoyo para esa línea media en los centros que pasan a gestionarse de esa manera.

El contraste entre la estructura que teóricamente mejor correspondería a la organización de los servicios asistenciales y los procesos de reforma de éstos que parece más a la moda, bajo las formas de descentralización que venimos analizando, es evidente. Pero este tipo de respuestas no es imprevisible.

Volviendo a la teoría de las organizaciones, para Mintzberg (8, pag 173 y sig. ed. en español) la respuesta que se produce es consecuencia de tres clases de problemas que se dan en las burocracias profesionales:

- Un problema de coordinación: La estandarización de destrezas, que es el mecanismo característico de las burocracias profesionales, es un mecanismo coordinador flojo y de funcionamiento lento.
- Un problema de discrecionalidad: el ejercicio profesional médico, por mucho que se quiera estandarizar, requiere un margen importante de juicio individual. Esa libertad es apropiada para profesionales competentes y conscientes, pero resulta gravosa para el trato con profesionales que no reúnen esas características.

Por otra parte, la dificultad de medir los productos del trabajo profesional y la defensa de la propia libertad de ese ejercicio provocan que los mecanismos de autoregulación y denuncia desde las asociaciones profesionales se utilicen escasamente y, de hacerlo, sólo en casos extremos. Los intereses de la profesión quedan por encima de los de la propia organización, que es sólo un lugar conveniente para practicar sus destrezas.

- Un problema de innovación: las burocracias profesionales están adaptadas a desarrollar productos estandar, pero son inapropiadas para adecuarse a la producción de otros nuevos.

La innovación requiere formas ágiles de organización, del tipo de las adhocracias, donde los límites no están establecidos de antemano. Las dificultades para hacer posible el funcionamiento de unidades funcionales para la resolución de problemas limítrofes entre dos especialidades médicas es una buena expresión de cómo la organización profesional prefiere la delimitación concreta por servicios de especialidad.

Ante esos problemas, tomando palabras de Mintzberg (8, pag 176-177 ed. en español) *"quienes no pertenecen a la profesión -clientes, administradores no profesionales, miembros de la sociedad en general y sus representantes en el gobierno- ven los problemas como resultado de una carencia de control externo del profesional y de su profesión. Y así hacen lo obvio: tratan de controlar el trabajo con los demás mecanismos coordinadores. Específicamente, tratan de usar la supervisión directa, la estandarización de procesos de trabajo, o la estandarización de productos.*

La supervisión directa significa típicamente imponer un control intermedio de supervisión, preferiblemente con una "extensión de control" -acorde con los principios de los conceptos clásicos de autoridad- para vigilar a los profesionales. Esto puede funcionar en los casos de gran negligencia: al cirujano torpe o al profesor que falta a demasiadas clases se les puede retar o a la larga tal vez despedir. Pero las actividades profesionales específicas -complejas en ejecución y vagas en resultados- son difíciles de controlar para cualquiera que no sea los profesionales mismos. Así, el administrador apartado del trabajo y dedicado a la supervisión directa no puede hacer otra cosa que ocuparse de ejercicios molestos...la imposición de tales niveles intermedios de supervisión surge de presuponer que el trabajo profesional puede ser controlado como cualquier otro, en la forma de arriba-abajo, una suposición que ha probado ser falsa una y otra vez.

Del mismo modo, las otras formas de estandarización, en lugar de lograr el control del trabajo profesional, frecuentemente solo sirven para estorbar y desanimar a los profesionales. Y por las mismas razones: la complejidad del trabajo y la vaguedad de sus producciones. Los procesos de trabajo complejos no pueden ser formalizados por reglas y regulaciones, y los productos vagos no pueden ser estandarizados por sistemas de planeamiento y control. Excepto por caminos erróneos que programan los comportamientos equivocados y miden los productos igualmente equivocados, obligando a los profesionales a jugar el juego de la Burocracia Mecánica o satisfacer las normas en lugar de servir a los clientes. Se vuelve a la antigua inversión medios-fines...

El hecho es que el trabajo complejo no puede ser desempeñado efectivamente a menos que caiga bajo el control del operador que lo efectúa. La sociedad puede tener que controlar los gastos generales de sus burocracias profesionales -para mantener el control sobre ellas- y para legislar contra los tipos más graves de comportamiento profesional. Pero demasiado control externo del trabajo profesional mismo lleva a la centralización y formalización de la estructura, impulsando a la Burocracia Profesional hacia la Burocracia Mecánica. El poder de decisión influye desde los operadores a los gerentes, y sigue hasta los analistas de la tecnoestructura. El efecto de esto es tirar al bebe junto con el agua del baño. Los controles tecnocráticos no mejoran el trabajo de tipo profesional, ni pueden distinguir entre comportamiento responsable e irresponsable -restringen a ambos por igual-. Eso puede, por supuesto, ser apropiado para organizaciones en las que el comportamiento irresponsable no es raro. Pero donde lo es -presumiblemente en la mayoría de los casos- los controles tecnocráticos solo sirven para desanimar la rectitud profesional.

Los controles también alteran la delicada relación entre el profesional y su cliente, una relación basada en el contacto personal sin estorbos entre los dos...los controles quitan la responsabilidad por el servicio al profesional y la colocan en la estructura administrativa, donde no le sirve al cliente. No es el gobierno el que enseña al estudiante, ni siquiera el sistema escolar o la escuela misma; no es el hospital el que trae al bebe, ni la fuerza policial la que prende al criminal, ni el departamento de bienestar el que ayuda a la familia en problemas. Estas cosas son hechas por el profesional individual. Si ese profesional es incompetente, ningún plan o regla confeccionado en la tecnoestructura, ni orden alguna del administrador podrá volverlo competente. Pero tales planes, reglas, y órdenes pueden impedir que el profesional competente suministre su servicio de modo efectivo. Por lo menos la racionalización en la Burocracia Mecánica deja al cliente con productos económicos. En el caso del trabajo profesional, lo deja con servicio inefectivo e impersonal.

Más aún, el incentivo para perfeccionar, aún para innovar -este último lo más débil de la Burocracia Profesional- puede ser reducido por controles externos. Al perder control sobre su propio trabajo los profesionales se vuelven pasivos como los operadores en la Burocracia Mecánica. Aún la tarea del administrador profesional, nunca fácil, se vuelve extremadamente difícil cuando hay un impulso hacia el control externo. En los sistemas escolares, por ejemplo, el gobierno busca de arriba-abajo que los gerentes más antiguos implementen sus normas, y los profesionales buscan de abajo-arriba para que las resis-

tan. La cumbre estratégica se ve atrapada entre una tecnoestructura gubernamental hambrienta de control y un núcleo operativo aferrado con alma y vida a su autonomía. Nadie gana en el proceso.

¿No hay entonces soluciones para una sociedad preocupada por sus Burocracias Profesionales? El control financiero de las Burocracias Profesionales y la legislación que castiga el desempeño del profesional irresponsable son obviamente necesarios. Pero más allá de eso, ¿debe dejarse al profesional con un cheque en blanco, libre de responsabilidad pública? Hay soluciones disponibles, pero surgen de reconocer el trabajo profesional por lo que es. Un cambio en la Burocracia Profesional no proviene de nuevos administradores que se hacen cargo par anunciar reformas importantes, ni de los intentos de las tecnoestructuras gubernamentales de hacer caer a los profesionales bajo su control. Más bien se filtra por el lento proceso de cambiar a los profesionales -cambiando quienes pueden entrar en la profesión, lo que aprenden en sus escuelas profesionales (las normas tanto como las destrezas y conocimientos), y a partir de ahí a cuantos más deseos están de aumentar sus destrezas. Cuando estos cambios son resistidos, lo mejor que puede hacer la sociedad es apelar al sentido de responsabilidad de los profesionales para servir al público, o, si esto fracasa, presionar a las asociaciones profesionales más que a las Burocracias Profesionales".

La larga descripción recogida en la cita anterior, que se ha preferido transcribir literalmente por su claridad, corresponde a un análisis teórico de la cuestión. Éste, sin embargo, se compadece de manera bastante exacta con lo que está ocurriendo en la práctica.

Con carácter general se han descrito los condicionantes económicos de la práctica médica, la necesidad de hacer un uso eficiente de los recursos disponibles para poder mejorar la atención del conjunto de la población, y la posibilidad de obtener ahorros importantes a través de prácticas clínicamente más adecuadas y con mejor base científica (23).

La cuestión, sin embargo, es cómo conseguir un ejercicio profesional eficiente, lo que en las formas de delegación y privatización se pretende obtener, como se ha descrito (13), a través de la gestión y la competencia en el mercado.

Los efectos cualitativos generales de la aplicación de esos principios a través de las distintas vías de reforma que se han descrito en el capítulo segundo son semejantes en los análisis de diferentes autores. Buchan y Seccombe (19) para el caso del Reino Unido, y Saltman y von Otter (24, pag 12-15) con carácter más general, para el conjunto de procesos de reforma que analizan, coinciden en señalar entre los efectos más importantes de las reformas sobre el personal:

- Una modificación de las categorías de profesionales asistenciales y de su proporción en los servicios.

El reajuste en la estructura de las cualificaciones profesionales afecta de manera más importante a las de más alto nivel.

Entre las categorías que sufren una disminución global se encuentra de manera característica el personal de enfermería más cualificado, que es sustituido por otro de menor nivel de formación, lo que en el Reino Unido se está haciendo, entre otras vías, mediante la creación de nuevas modalidades profesionales a nivel local.

Se ha observado que algunos de esos cambios, si determinan la disminución de la cualificación media profesional del conjunto, pueden entrar en contradicción con otras pautas de mejora de la gestión (como la disminución de la estancia media), que requieren personal de la más alta cualificación y calidad.

- Transformaciones en los contratos, los sueldos y la seguridad en los puestos.

En lo relativo a los niveles retributivos, en el Reino Unido los cambios han sido hasta ahora muy lentos y paulatinos. Cuando han tenido lugar, se han producido sobre todo en áreas de hostelería o administrativas, que no afectan al núcleo fundamental de servicios directos a los pacientes, o en los trusts menos complejos (ambulancias, servicios comunitarios). En esos casos, la tendencia general ha sido al establecimiento de unos niveles retributivos ligeramente por encima de los establecidos a nivel nacional. Se prevé que los cambios pueden acelerarse en adelante.

Si la modificación paulatina en el Reino Unido puede deberse a una estrategia gradual, la experiencia americana, por su parte, sugiere que en las reformas privatizadoras se utilizan formas de contratación más flexibles y menos reguladas, menores niveles retributivos, y menores complementos, en especial en cuanto a cobertura de seguridad social (desempleo y retiro).

La flexibilidad en las formas de contratación lleva a la coexistencia de trabajadores ligados mediante formas de contratación diferentes. Se hace más común la contratación temporal y a tiempo parcial.

En el caso del personal auxiliar hay la tendencia a sustituir el personal "propio" por contratos temporales externos. Sin embargo, las evaluaciones de procesos de contratación externa en el Reino Unido a principios de los años 80 indican que los costes añadidos para la sociedad en seguros de desempleo al adoptar esas formas de contratación y prescindir de los trabajadores propios (si bien pagados por otras entidades) eran suficientes para poner en cuestión muchos de los beneficios en microeficiencia de los centros obtenidos a corto plazo.

- Un cambio en las relaciones laborales, con desaparición de los modelos nacionales de negociación salarial y establecimiento de acuerdos de empleo con condiciones locales específicas y variaciones en los sistemas de pago.

La implantación de esas nuevas condiciones en el Reino Unido está teniendo lugar también de manera característica de forma paulatina y pragmática: sin modificar las condiciones generales de negociación que están vigentes en el NHS, se tienden a establecer mesas de negociación laboral a nivel local para todos los empleados, con presencia limitada de los sindicatos.

Una vía añadida para promover esa orientación es el establecimiento de categorías específicas de personal a nivel local, cuyas condiciones, por no existir en otros lugares, no pueden ser negociadas con carácter general de manera centralizada.

El objetivo a largo plazo parece que sería acabar con la representación colectiva de la fuerza de trabajo, y establecer relaciones individuales con los empleados.

- Modificaciones en la ética profesional y disminución de la autonomía clínica.

Este último aspecto, que es el más directamente relacionado con las cuestiones que se indicaban anteriormente en el texto de Mintzberg, es analizado también por otros autores.

Así, Hunter (13) señala que las prescripciones de las reformas de gestión y mercado constituyen un híbrido con contradicciones internas (entre la descentralización presupuestaria, que aumenta los costes de transacción, y el objetivo de recorte del gasto; entre el modelo de jerarquía y control característico de los servicios públicos y el modelo neoclásico de mercado, vinculado a la ética del beneficio privado; entre la determinación de prioridades orientada por las preferencias de los consumidores, que carecen de información adecuada, y el objetivo de la efectividad y eficiencia de los resultados). Ese conjunto de contradicciones pueden ser causa de desorientación de los profesionales.

La contradicción más importante a su juicio, sin embargo, es el choque de culturas provocado por los mercados sanitarios, en los que las relaciones habituales entre profesionales, y entre profesionales y clientes, caracterizadas por pocas definiciones y un amplio margen de confianza (relaciones que denomina de "alta confianza"), deben ser sustituidas por otras, en las que todo tiene que estar definido, documentado, formalizado y transformado casi en una relación contractual (relaciones de "baja confianza").

Desde el punto de vista de la organización del trabajo, se trata del conflicto entre la cultura gerencial (ordenar a otros que hagan cosas) y la profesional (emplear el criterio propio para saber qué hay que hacer y cómo hay que hacerlo), conflicto que puede tener soluciones diversas (25).

De entre estas últimas, las reformas gerenciales optan por traspasar el poder a los "burócratas" gestores, en detrimento de la autonomía de los profesionales (26).

Para Groenewegen y Calnan (12), la relación entre reformas sanitarias y autonomía profesional se establece a través de las vías de incentivación creadas en unos y otros sistemas sanitarios, que pueden condicionar la libertad de elección de los profesionales.

De acuerdo con el criterio de Döhler (27), "la pérdida de autonomía profesional ocurre cuando el médico se ve forzado a tener en cuenta cálculos externos, especialmente económicos". Con arreglo a ese criterio, tanto las formas retributivas como las de presupuestación global o por centros o servicios que vinculan los beneficios económicos de los médicos con su actividad caso a caso llevan inevitablemente a interferir desde fuera, a través de controles y regulaciones, en su comportamiento clínico autónomo si se pre-

tenden controlar los costes. Por el contrario, la vinculación salarial y la negociación retributiva no ligada a la actividad individual preservan mejor la autonomía profesional, característica hasta ahora de la profesión médica.

Como señala Morone (28) "la gran ironía histórica es que la autonomía profesional puede estar más segura en un sistema sanitario estatalizado que bajo sistemas más privatizados o de mercado. El Estado, al que los médicos americanos han resistido tan duramente durante tanto tiempo, es precisamente el amortiguador entre la autonomía profesional y las fuerzas de mercado que la subordinan".

Harrison (29), por su parte, señala que la situación anterior a las reformas de mercado, en la que los profesionales ejercían con autonomía, sin controles externos, permitía dar solución a problemas diversos:

- Si se considera desde un punto de vista ético, en cualquier sistema basado en el pago de los costes sanitarios por un tercero surge el conflicto de intereses entre el paciente y el pagador.

La doctrina de la autonomía clínica permite resolver esa tensión proporcionando al paciente la confianza de que el médico actúa a su favor.

Esa situación es un importante símbolo político para un servicio nacional de salud.

- Si se considera desde el punto de vista de los profesionales, la autonomía clínica proporciona beneficios intelectuales, de reconocimiento y materiales para los médicos.
- Pero desde el punto de vista de los gobiernos, la autonomía permite racionalizar y modular la provisión de los servicios y prestaciones de forma no conflictiva y aceptada por la sociedad, con arreglo a las indicaciones y pautas de los médicos.

Es esta situación de equilibrio, donde todos obtenían beneficios, la que se ha quebrado con la introducción de los principios de mercado en los servicios sanitarios, antes de la evaluación adecuada de sus efectos. Entre estos, desde el punto de vista de la autonomía clínica, se han producido al menos los siguientes:

- Una mayor delimitación de la actividad profesional en los contratos, que deben ahora especificar tiempos, formas y lugares de actividad.
- Un mayor control de la actividad profesional por los gerentes, fundamentalmente en términos de volumen de actividad.
- Una mayor atención de los profesionales hacia las demandas y objetivos de la organización sanitaria derivados de las reformas, en detrimento de una mayor orientación hacia las demandas de los pacientes.
- El compromiso de los profesionales en el desarrollo de protocolos, auditorías y controles profesionales para evaluar la actividad.

- La ruptura del principio de confianza de los pacientes en los profesionales, al introducir como una posibilidad reconocida (por ejemplo en los fundholdings) el interés económico del médico en las decisiones que adopta.
- La necesidad de establecer mecanismos de racionamiento explícito de los servicios y prestaciones, lo que puede contribuir a la deslegitimación de los servicios sanitarios o, más ampliamente, del Estado de Bienestar.

Otro efecto descrito por algunos autores como consecuencia de las reformas de mercado es la fragmentación profesional entre los que participan de una visión más mercantil de las reformas y quienes tienen una visión más social y holística del ejercicio profesional (30). Hunter (13) describe ese efecto como "estratificación horizontal" dentro de las profesiones.

Por su parte, Boyce (43) señala que la competencia supone un desafío importante para la filosofía característica de las profesiones sanitarias, en la que el comportamiento cooperativo es una piedra angular. La propia competencia puede suponer un coste sobreañadido a las reformas organizativas, vía la introducción de límites artificiales y barreras operativas resultantes de las filosofías de mercado, las cuales, una vez inmeros en ese campo, sólo pueden ser resueltas con definiciones explícitas en los sistemas de contratación, distintas del método cooperativo tradicional de las profesiones sanitarias.

Con independencia del grado de acuerdo con esos análisis, o sobre la necesidad o alternativas de las reformas introducidas, lo que se deduce en todo caso de éstas es, como señalan Saltman y von Otter (31, pag 249) la necesidad de desarrollar un nuevo "profesionalismo" para los médicos.

A medida que los médicos han perdido respeto público ha habido un deslizamiento de la autoridad desde ellos hacia los gestores. Un desafío cara al futuro es el diseño de sistemas de incentivación que se adecuen al papel fundamental del médico en la relación con el paciente; papel que no es de carácter económico, aunque deba tener en cuenta consideraciones de este tipo en una época en la que el control del crecimiento del gasto sanitario se hace imprescindible.

Southon (32) incluye entre los elementos para configurar ese nuevo profesionalismo, que debe tener en cuenta las características específicas del ejercicio profesional médico (en las que coincide con Mintzberg) los siguientes:

- Formación (incluyendo la reforma de los estudios de Medicina) adecuada a las necesidades reales a las que deben enfrentarse los médicos.
- Reforzamiento de las bases de conocimiento, entre lo que incluye el diseño de protocolos, la orientación adecuada de la investigación y el estudio de las formas de organización y sistemas sanitarios óptimos.
- Desarrollo de las organizaciones profesionales y académicas, cuya colaboración es precisa para el manejo de las cuestiones anteriores.

- Relación con la comunidad y educación sanitaria de ésta, en especial acerca de lo que puede esperar de los servicios sanitarios, y sobre cuestiones críticas (como el manejo de pacientes terminales o el tratamiento de prematuros, u otros) que, a la vez que plantean cuestiones morales difíciles de resolver, tienen un gran impacto en el gasto sanitario.
- Estructuración de los servicios de salud orientada a facilitar el desarrollo del trabajo de los profesionales.
- Creación de un ambiente político de claridad y estabilidad de las políticas sanitarias para poder generar confianza en ellas.
- Desarrollo de un entramado legal que evite las prácticas defensivas, a la vez que dé garantías a los pacientes.
- Establecimiento de los valores propios de los servicios sanitarios. Examen de los que han informado en el pasado a los servicios de salud más efectivos y los que caracterizan las estructuras que se están promoviendo.

Ese conjunto de propuestas, sobre las que advierte acerca de la imposibilidad de obtener resultados inmediatos en el corto plazo, son coherentes en todo caso con un análisis previo que coincide en señalar la falta de adecuación de las reformas de mercado que se están promoviendo con las características profesionales de los servicios sanitarios, lo que lleva a que tales reformas no estén produciendo en muchos casos los resultados esperados. Esa misma inadecuación y resultados son señalados por Durán-Arenas (1) para los Estados Unidos y para diversos países en desarrollo.

Por su parte, Hunter, en el trabajo ya citado (13), interpreta que la incorporación de profesionales médicos y de enfermería a la gestión puede equilibrar el avance y la toma de poder por parte de gestores de otra procedencia y, por tanto, con otra visión profesional. Sobre esta cuestión se hacen algunas consideraciones en el análisis del caso español.

5. El personal en el proceso de descentralización sanitaria española

a. Aspectos cuantitativos

La primera cuestión a resaltar en este caso es la carencia de estadísticas públicas que permitan valorar la evolución de los distintos grupos de personal en los procesos de descentralización que han tenido lugar en España.

Si merece la pena abundar en ello no es tanto para subrayar el defecto, como porque el hacerlo es una demanda añadida de subsanación del problema, y una llamada de atención sobre las necesidades de información en otros procesos de descentralización futuros si se quieren luego analizar determinados aspectos de ellos.

(1) Proceso de devolución

Como se ha descrito, en España ha tenido lugar un gran proceso de descentralización "geográfico" a las Comunidades Autónomas, que se ha calificado como "devolución".

Pese a la limitación de los datos aportados, se presentan en primer lugar en los cuadros IX.2 y IX.3 las estadísticas disponibles en el Registro Central de Personal del Ministerio para las Administraciones Públicas, que publica un Boletín semestral con esos y otros datos.

El primero de ellos se refiere a la evolución del personal al servicio de las administraciones públicas de distinto nivel (estatal, autonómico y local, además del de las universidades, que disponen de un régimen de autonomía propio).

El segundo cuadro por su parte, se refiere a la evolución del personal de las Comunidades Autónomas, separándolo en cuatro grupos, de funcionarios, docentes no universitarios, personal laboral, y personal sanitario asistencial, que mayoritariamente (el dependiente del INSALUD, incluso el transferido a las Comunidades Autónomas que es el que puede recoger la estadística) está sometido a un régimen estatutario propio y diferencial.

El primer aspecto relevante es la fecha del inicio de los datos, 1990. No hay datos en el registro constituido que correspondan a periodos anteriores, que son precisamente aquellos en que se desarrolló el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas de manera principal, tanto en el ámbito sanitario (pueden consultarse al respecto los cuadros del capítulo 1) como en los restantes ámbitos.

Los datos, pese a todo, son significativos como expresión de la tendencia al aumento del personal al servicio de las Comunidades Autónomas y la Administración Local, mientras que disminuye el sector público estatal. La importancia global de estos cambios a lo largo del proceso de descentralización que ha tenido lugar en España, fundamentalmente a las Comunidades Autónomas, puede valorarse si se comparan los datos ofrecidos con otros que, citando fuentes no precisadas del Ministerio para las Administraciones Públicas, han presentado en ocasiones diferentes medios de comunicación, que se recogen en el cuadro IX.4: con independencia de la fiabilidad de las cifras concretas e incluso de su error en algunos miles de personas, el personal al servicio de las Comunidades Autónomas pasó de suponer menos del 5% del empleo público en 1982 a alrededor del 30% en 1996, dentro de un aumento global de casi el 50%.

Si se analiza el número y distribución del personal al servicio de las Comunidades Autónomas, las tendencias en los años recogidos por el Registro Central de Personal, que sólo son los últimos, corresponden al aumento de todas las categorías en cifras absolutas, con escasas redistribuciones no valorables en las proporciones de cada uno de los grupos. Los aumentos, al menos en el caso del personal sanitario estatutario, parecen corresponder a los procesos de transferencias (el aumento más significativo tiene lugar entre 1991 y 1992; en 1991 fue transferido el Insalud a Galicia y Navarra. Posteriormente lo fue en 1994 a Canarias).

Cuadro IX.2. Evolución del personal al servicio del sector público. 1990-95

	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I.- Personal al servicio del sector público estatal	1.308.692	60,7	1.277.827	58,9	1.256.693	57,2	1.213.255	54,1	1.225.250	53,9	916.403	44,8
II.- Personal al servicio de las C.C.AA.	514.273	23,8	536.983	24,7	565.460	25,7	593.453	26,5	601.327	26,4	621.616	30,4
III.- Personal al servicio de la admón. local	333.843	15,5	355.548	24,7	374.656	17,1	366.391	16,3	371.456	16,3	425.881	20,8
IV.- Universidades	Incluido en I	-	Incluido en I	-	Incluido en I	-	71.031	3,1	77.517	3,4	80.924	4
TOTAL	2.156.808	100	2.170.358	100	2.196.809	100	2.244.130	100	2.275.550	100	2.044.824	100

Fuente: Boletín Estadístico del Registro Central de Personal. Ministerio para las Administraciones Públicas.1990-95.

Cuadro IX.3. Evolución del personal al servicio de las Comunidades Autónomas. 1990-1995

	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Funcionarios	106.010	20,6	114.817	21,4	115.897	20,5	111.926	18,9	116.683	19,4	123.725	19,9
Docentes no Universitarios	192.974	37,5	203.545	37,9	197.518	34,9	204.959	34,5	215.622	35,9	218.982	35,2
Personal sanitario (Estatutarios)	132.082	25,7	135.173	25,2	164.732	29,1	177.265	29,9	164.859	27,4	168.201	27,1
Laborales	83.207	16,2	83.448	15,5	87.313	15,5	99.303	16,7	103.797	17,3	110.708	17,8
TOTAL	514.273	100	536.983	100	565.460	100	593.453	100	600.961	100	621.616	100

Fuente: Boletín Estadístico del Registro Central de Personal. Ministerio para las Administraciones Públicas. Datos a 1 de Enero de cada año excepto 1994.

Cuadro IX.4. Personal al servicio del sector público en 1982

	Nº	%
I Personal al Servicio del Sector Público Estatal	1.115.500	82,19
II Personal al Servicio de las Comunidades Autónomas	44.475	3,28
III Personal al Servicio de la Administración Local	167.045	12,30
IV Universidades	30.320	2,23
TOTAL	1.357.340	100

Fuente: elaboración propia sobre datos de diario ABC, citando fuentes del MAP. 27 Febrero 1996.

La limitación de los datos recogidos impiden en todo caso contrastar si en el caso español, más aún en un ámbito tan específico como es el sanitario, se corroboran los patrones que se describían antes para los procesos de devolución; y aunque los datos aportados respecto al personal estatutario son sugestivos de la confirmación de que el personal asistencial no tiene necesariamente que crecer en estos casos, no es posible hacer valoraciones sobre el grupo que se calificaba como tecnoestructura, que correspondería básicamente a personal funcionario sanitario.

(2) Procesos de delegación y privatización

Como se describió en el capítulo segundo, en España han coexistido con el proceso fundamental de devolución realizado en el terreno sanitario otras formas de descentralización sanitaria que corresponden a procesos de los calificados como delegación y privatización.

Diversos regímenes específicos de cobertura sanitaria, como los correspondientes al personal funcionario, u otras formas de organización, como las entidades colaboradoras de la Seguridad Social, pueden recibir esa calificación. Además, diferentes Comunidades Autónomas han desarrollado la constitución de entidades públicas de distinto carácter (empresas, fundaciones, consorcios u otras), para la gestión de diversos centros y servicios sanitarios, que pueden agruparse bajo estas condiciones. E incluso ha habido varios intentos, hasta ahora no culminados, de transformar la naturaleza jurídica del INSALUD en la línea indicada.

Como en el caso anterior, no hay estadísticas generales sobre el personal en cada una de esas situaciones y modelos que permitan evaluar la evolución de cada uno de los grupos de personal en los procesos indicados. En este caso ni siquiera está claro a quién podría corresponder la recogida de datos de carácter general, pues a las responsabilida-

des de unas y otras administraciones sanitarias habría que añadir las de otros departamentos ministeriales (Administraciones Públicas, Trabajo) que tienen responsabilidad sobre algunas de las formas de organización mencionadas (sobre MUFACE o las entidades colaboradoras respectivamente).

En ausencia de esos datos, puede dirigirse la atención a un ámbito diferente, como es el de los propios servicios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (el INSALUD). Como se ha indicado, los intentos de cambiar su naturaleza jurídica, que alcanzaron su mayor concreción en 1991 (dejando aparte la posibilidad de introducir ese cambio, que se estableció en el Real Decreto-Ley 10/1996 por el nuevo Gobierno del Partido Popular, y que está pendiente de desarrollarse) no llegaron a lograr su objetivo.

Pese a ello, las líneas de reforma posteriores, y la retórica de las mismas, han mantenido el lenguaje de la eficiencia y la gestión de los servicios como objetivo principal, promoviendo sistemas de establecimiento de objetivos, medición de productos sanitarios, sistemas de retribución vinculada al rendimiento, y otros, que asemejan el conjunto de estos procesos a las líneas "gerenciales" que son la base de los procesos de delegación y privatización.

Merece la pena, por eso, tratar de analizar aquí desde el punto de vista del personal cuáles han sido las consecuencias de esas prioridades.

La primera limitación es también la escasez de datos: las únicas estadísticas que se han podido analizar en este caso corresponden a los datos recogidos en las sucesivas memorias del INSALUD, que se presentan en el cuadro IX.5. Algunas variaciones interanuales no atribuibles a los procesos de transferencias a las Comunidades Autónomas sugieren ciertas primeras cautelas respecto a los datos aportados. Pero, con independencia de ellas, hay otras dos limitaciones generales:

- Los datos no se han recogido siempre con el mismo grado de desagregación (respecto a personal de dirección y personal administrativo de apoyo).
- La comparación es difícil de llevar a cabo por la interferencia de los procesos de trasposos a las Comunidades Autónomas. Respecto a éstas, sólo en los dos primeros años de publicación de las memorias se ofrecieron datos de los servicios de salud que iban siendo transferidos. En los últimos años, los datos no se presentaban siquiera desagregados con arreglo a los territorios de Comunidades Autónomas que todavía no han recibido la transferencia.

Parece claro que la competencia para recoger datos de los diferentes Servicios de Salud a medida que van siendo transferidos no debe ser del propio INSALUD, que es ya sólo el órgano gestor de una parte minoritaria del sistema. De entre los centros directivos del Ministerio de Sanidad, esa competencia podría haber sido desarrollada por la Dirección General de Recursos Humanos, o podría haberse requerido información sobre estas cuestiones en el contexto de un sistema de información más amplio. Ni unas ni otras medidas han tenido lugar.

Cuadro IX.5. Evolución del personal de los Servicios Centrales y Centros Sanitarios Asistenciales del Insalud clasificado por grupos. 1983-94

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Personal de Dirección I (línea media)	10.879	10.903	8.647	7.483	7.496	4.774	4.576	4.923	854	839	865	833
Personal Administrativo II (staff de apoyo)									2.754	3.287	-	3.224
Personal Centros y Servicios Asistenciales III (grupo operativo)	208.919	217.597	171.359	184.224	183.950	132.937	159.264	165.207	145.799	146.119	146.711	136.927
% I+II/III	5,20	5,01	5,04	4,06	4,07	3,59	2,87	2,97	2,47	2,82	-	2,96
Observaciones	Datos Todas CC.AA	Datos Todas CC.AA	Datos CC.AA No Transf	Datos CC.AA No Transf	Datos CC.AA No Transf	Datos CC.AA No Transf	Datos CC.AA No Transf	No datos CC.AA	Datos CC.AA No Transf	Datos CC.AA No Transf	No datos CC.AA	No datos CC.AA
Transferencia Insalud	Cataluña (1981)	Andalucía			C. Valen. P. Vasco (Nov.)				Galicia Navarra (1 Enero)			Canarias
% I/III	-	-	-	-	-	-	-	-	5,85	5,74	5,89	6,08

Fuente: Memorias del Insalud

Con los datos disponibles, es visible la disminución progresiva de todos los grupos de personal (sólo se recogen desde 1985 los datos del personal no transferido) a medida que va teniendo lugar el proceso de transferencias, lo que es lógico si tenemos en cuenta que el dato recogido se refiere a personal dependiente todavía de la Administración General del Estado. Las variaciones interanuales citadas, algunas de las cuales (1988, por ejemplo, en lo relativo al personal asistencial) parecen difíciles de explicar, no permiten valorar tampoco si la variación de disminución es proporcional a los criterios utilizados para llevar a cabo el traspaso de medios, ni tampoco permiten seguir el desarrollo posterior de los servicios una vez transferidos.

Se ha tratado de evaluar la tendencia al predominio del personal de dirección y el personal de apoyo respecto al grupo operativo valorando la proporción de los dos primeros grupos respecto al personal asistencial cada año. Los resultados se presentan en la cuarta fila del cuadro, y parecerían indicar una tendencia contraria (salvo un repunte en los últimos años, que se reproduce para el personal de dirección en la quinta fila) a la que sería acorde con lo descrito en los apartados generales de este capítulo respecto a los procesos caracterizados por una línea "gerencial", pues se marca una tendencia continuada al descenso proporcional de los grupos de gestión y apoyo citados.

En sentido inverso, el incremento de las estructuras y el personal de gestión, aún sin citar datos concretos en el primero de los casos, ha sido expuesto por otros autores (9, pag 188-189; 33, pag 69) como característico del proceso de reforma español.

El segundo de los trabajos referidos deduce sus conclusiones de las Estadísticas de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado de años sucesivos, una de las series estadísticas de mayor tradición en España, que viene recogiendo datos de los hospitales desde principios de los años 70, pero que no diferencia las cifras correspondientes a hospitales del INSALUD en la mayoría de los casos. Para el ámbito de los hospitales públicos, el trabajo citado indica que el número de directivos aumentó un 261% entre 1983 y 1990, y el de administrativos en un 154%, frente a un crecimiento del personal total del 31%.

Es muy probable que los datos presentados en este texto no resulten representativos de lo que se pretende. Una de las razones para juzgar sobre esa representatividad pueda ser la infravaloración de los puestos considerados como de dirección o línea media en el ámbito de la atención primaria (las cifras de las memorias del INSALUD se refieren al conjunto de los niveles de atención, y no sólo a los hospitales), que se han multiplicado en estos años, sin que se recoja así en las estadísticas descritas.

Deben además analizarse las tendencias de los últimos años, en los que se han concentrado de manera más intensa esas reformas "gerenciales" descritas; lo mismo que sería de interés conocer las proporciones de personal de gestión y apoyo que se producen en las nuevas estructuras creadas en diferentes Comunidades Autónomas bajo nuevas fórmulas de gestión, así como la repercusión de estas modalidades sobre el personal central de los servicios.

La mejora de los sistemas de información disponibles es el requisito indispensable para todo ello.

b. Aspectos cualitativos

Como en el apartado anterior, es más sencillo analizar estos aspectos separando lo relativo al proceso de devolución a las Comunidades Autónomas, que afecta fundamentalmente a la teoestructura del sistema sanitario, de lo que se refiere a los procesos de descentralización "gerenciales" (delegación y privatización, pero ampliando el análisis a otros procesos del mismo tipo en el ámbito del INSALUD) cuyos efectos pueden extenderse a la ampliación de líneas medias de dirección, y a su relación con el núcleo operativo, fundamentalmente los médicos asistenciales del sistema.

(1) Proceso de devolución

(a) Los cuerpos sanitarios

La primera característica a resaltar es el escaso desarrollo de los cuerpos de funcionarios sanitarios previo al inicio de estos procesos de descentralización.

Dejando de lado diversos cuerpos marginales, en situación a extinguir en muchos casos, antes de la descentralización existían dos cuerpos fundamentales de funcionarios sanitarios: los cuerpos de Sanidad Nacional (médicos, farmacéuticos, y veterinarios, con otro anexo de epidemiólogos) y las diversas escalas (médicos, farmacéuticos y ATS) del cuerpo sanitario del INSALUD.

El primer grupo de esos cuerpos no tenía a principios de los años 80 más de 200 miembros, distribuidos por todo el país. Centraba sus tareas básicamente en el ámbito de la salud pública y la epidemiología, pero, siguiendo las pautas de separación de funciones ya señaladas para el conjunto de los servicios y las unidades respectivas (estos cuerpos dependían de la antigua Dirección General de Sanidad), eran ajenos a la organización de los servicios asistenciales.

Por su parte, los grupos dependientes del INSALUD eran más numerosos (en conjunto alcanzaban las 1000 personas, con predominio del personal médico, con más de 600 miembros), y centraban sus funciones en el ámbito de la gestión de los servicios asistenciales y el control de otras prestaciones (la farmacéutica; la incapacidad laboral transitoria).

El personal del primero de los grupos citados siguió las pautas de descentralización y traspaso a las Comunidades Autónomas acordes con su dependencia, distribución y funciones desarrolladas. Como quiera que estas últimas se transfirieron a todas las administraciones autonómicas constituidas, todo el personal de estos cuerpos que dependía de las antiguas Direcciones Provinciales de Sanidad pasó a depender en cada caso de la Comunidad Autónoma respectiva. Sin embargo, si se resta el personal que desempeñaba sus funciones en el Ministerio de Sanidad y se contrasta el número total de personal de estos cuerpos con el número de Comunidades Autónomas, cabe hacerse una idea de lo reducido de la plantilla transferida en cada caso.

A su vez, el personal funcionario del INSALUD sólo ha ido siendo transferido a medida que lo era el propio Instituto, lo que, como se pone de manifiesto en los calendarios pre-

sentados en el capítulo primero, ha tenido lugar mucho más tarde, y de manera reducida hasta ahora a siete Comunidades Autónomas.

El resultado para las Comunidades Autónomas que puede deducirse de todo ello es la carencia o escasez de personal que pudiera contribuir con criterio experto a la configuración de los nuevos Servicios de Salud que debieron constituirse. Ese vacío ha tendido a llenarse de distintas formas:

- La primera, de la que cabría esperar el mayor desarrollo por la misma naturaleza del proceso de devolución que ha tenido lugar, sería la constitución de nuevos cuerpos por parte de las Comunidades autónomas para el desarrollo de esas funciones.
- La segunda, la realización de esas funciones por personal de otros cuerpos o grupos, sean o no sanitarios.

En el cuadro IX.6 se presenta un resumen de la actuación de las Comunidades Autónomas en cuanto a la creación de nuevos cuerpos. Llama la atención el contraste entre la creación de cuerpos en el ámbito asistencial, lo que han realizado todas las Comunidades autónomas, hayan recibido o no la transferencia del INSALUD, y lo realizado en el ámbito de la salud pública-administración sanitaria. En este último caso hay una diferencia significativa entre las Comunidades Autónomas con el INSALUD transferido (han creado cuerpos en estas áreas 4 de las 7 Comunidades Autónomas que han recibido esta transferencia) y las que no tienen competencias sobre aquél (sólo 3 de las 10 Comunidades Autónomas en esta situación lo han hecho).

La actuación en el área asistencial es explicable por razones de necesidad: el personal de Asistencia Pública Domiciliaria (la atención primaria en el medio rural) tiene la condición de funcionario, y ha sido transferido a todas las Comunidades Autónomas. Estas se han visto obligadas a crear situaciones específicas para este personal peculiar. En la mayoría de los casos los nuevos cuerpos autonómicos se han adaptado a las tres profesiones (médicos, farmacéuticos, ATS) que constituyen el citado nivel de asistencia, aunque en otros casos se ha aprovechado la actuación para delimitar puestos y áreas de actividad también para otras profesiones.

En cuanto al ámbito de la salud pública y la administración sanitaria, basta decir aquí que su limitada extensión es indicativa del uso de otros mecanismos de sustitución, que han tenido lugar de manera amplia. Entre éstos, el principal ha sido la utilización de personal sanitario asistencial, al que se ha facilitado el acceso a esas funciones, y a los puestos de trabajo correspondientes. En el caso de las Comunidades Autónomas, en algunos casos en primer lugar el personal de los cuerpos de APD citados, lo que se facilita, además, porque este personal tiene la condición de funcionario. Pero también el personal "estatutario", responsable de las funciones asistenciales, tanto en el ámbito del INSALUD transferido como no transferido.

No es posible aportar datos sobre este aspecto respecto a cada una de las Comunidades Autónomas; pero las pautas no deben ser diferentes, y aún más amplias en aqué-

Cuadro IX.6. Creación de cuerpos y escalas sanitarios de titulados superiores por parte de las Comunidades Autónomas

	Comunidades Autónomas	Area Asistencial	Area Salud Pública-Admón. Sanitaria
Comunidades Autónomas con transferencia de INSALUD	Andalucía	SI (4 profesiones)	SI (2 profesiones)
	Canarias	SI (2 profesiones)	SI (3 profesiones)
	Cataluña	SI (3 profesiones)	SI
	C. Valenciana	SI (5 profesiones)	NO
	Galicia	SI (5 profesiones)	SI
	Navarra	SI (6 profesiones)	NO
	Pais Vasco	SI (3 profesiones)	NO
Comunidades Autónomas sin transferencia de INSALUD	Aragón	SI (3 profesiones)	SI (3 profesiones)
	Asturias	SI (5 profesiones)	NO
	Baleares	SI (3 profesiones)	NO
	Cantabria	SI (3 profesiones)	NO
	Castilla-La Mancha	SI (2 profesiones)	NO
	Castilla-León	SI (7 profesiones)	SI
	Extremadura	SI (3 profesiones)	NO
	La Rioja	SI (6 profesiones)	NO
	Madrid	SI (3 profesiones)	NO
	Murcia	SI (3 profesiones)	SI (Sólo Salud Pública)

Fuente: Elaboración propia sobre el informe "La integración de Funcionarios Sanitarios Nacionales en la Función Pública, Autonómica y los Cuerpos Sanitarios Autónomos de nueva creación".
Dirección General Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Madrid. Mayo 1996. (34)

llas, de las que se describen en los cuadros IX.7 y IX.8 respecto al Ministerio de Sanidad y los Servicios Centrales del INSALUD, con arreglo a las estructuras en vigor hasta antes de la última restructuración del Departamento.

En ambos casos se han analizado las relaciones de puestos de trabajo, valorando los que deben ser desempeñados por personal con titulación universitaria (licenciados y/o diplomados).

Además de esa condición, en muchos casos se limitan las características del personal que puede desempeñar los puestos respectivos:

- En algunos de ellos sólo pueden ser desempeñados por personal funcionario de cuerpos no sanitarios (es lo que en el cuadro se recoge como "EX11", excepción que permite el desempeño de esos puestos por personal de casi cualquier cuerpo y titulación, salvo el docente, sanitario, y de instituciones penitenciarias);

Cuadro IX.7: Relación de puestos de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo

Unidad	Total (A-AB)	Ex.11	Ex.18	Ex.19
SGT	8	2	--	--
Vicesecretaría GT	25	16	8	--
Relac. Internac.	10	3	6	--
S.G.Normativa	3	2	--	--
S.G.Recursos	12	11	--	--
Total	58	44	14	0
D.G. ALTA INSPECCIÓN	5	--	2	2
S.G. Alta Inspección	9	1	7	--
S.G.Inspecc. y Coord.	13	--	11	1
S.G.Rel.CC.AA. y CC.LL	10	--	9	--
Total	37	1	29	3
D.G. SERVICIOS E INFORMACIÓN	3	1	--	--
S.G. Sistemas y Tec. Inf.	13	11	--	--
S.G. Personal	23	22	--	--
Oficialía Mayor	20	16	1	2
S.G. Admón Financ.	16	15	--	--
Total	75	65	1	2
D.G. FARMACIA	15	2	10	--
S.G. Evaluac. Medic.	24	4	19	--
S.G.Control Farmac.	32	3	28	--
S.G. Orden y Asistencia	13	1	11	--
S.G. Product. Sanit.	16	1	11	2
S.G. Asuntos Económicos	1	--	--	--
Total	101	11	79	2
D.G. SUBSECRETARÍA	7	--	--	--
Gabinete Subsec.	12	1	5	--
Inspección Gral. Serv.	12	--	9	2
Plan SIDA	6	--	--	5
Total	37	1	14	7
D.G. SALUD PÚBLICA	15	4	8	1
S.G. Sanidad Exterior	28	3	24	--
S.G. Higiene Alimentos	27	4	22	--
S.G. Sanidad Ambiental	19	4	14	--
S.G. Epidemiología	31	2	13	15
Total	120	17	81	16
D.G. ORDEN PROFESIONAL	2	1	--	--
S.G. Planif. Ord. Rec. Hum.	9	--	3	5
S.G. Desarr. Rec. Humanos	1	4	--	--
S.G. Ordenac. Rec. Hum.	8	1	--	6
Total	25	3	7	11
D.G. ASEGUR. Y PLANIFIC.3	1	1	1	--
S.G. Inf. Estad. Sanit.	5	1	2	1
S.G. Planific. Sanitaria	8	--	4	3
S.G. Aseguramiento	5	--	2	2
Total	21	2	9	7
D.G. PROGRAM. ECONÓMICA	1	--	--	--
S.G. Fin. Anal. Cost. y Ev. Ec.	11	7	2	--
S.G. Contrat. Serv. Sanit.	11	8	2	--
Oficina Presupuestaria	7	6	--	--
Total	30	21	4	0
GABINETE DE LA MINISTRA	7	--	2	3
Total	7	0	2	3
Total General	611	165	240	61

Cuadro IX.8: Relación de puestos de trabajo (grupos A y A-B)
de los Servicios Centrales del Insalud

Centro (D.G. Insalud)	Total (A-AB)	Ex.11	Ex.18	Ex.19
Unidad de apoyo	14	3	--	2
S.G. Gestión Económica y Tesorería (extinguida)	32	12	12	2
S.G. Compras y mantenimiento (extinguida)	23	20	--	1
Secretaría General	97	75	8	3
Vicesecretaría General	3	2	--	1
S.G. Personal	48	43	--	4
S.G. Relaciones Internas	1	--	--	1
Asesoría Jurídica	1	1	--	--
Inspección Sanitaria	5	1	3	1
Coordinación General	1	--	--	1
S.G. Atención Primaria	31	3	10	18
S.G. Atención Especializada	21	4	5	11
S.G. Conciertos	6	2	2	--
S.G. Control Econ. y Presupuestos	1	--	--	1
S.G. Instalac. y Suministros	1	--	--	1
Fondo Invest. Sanitaria	11	2	--	9
Instituto Nnal. Med. y Seg. Trab.	5	3	1	1
Subsecretaría (?)	2	2	--	--
D.G. Recursos Humanos (?)	3	3	--	--
D.G. Program. Econ. Financiera	4	2	--	2
U. Coord. Gnal. Direc. Territ.	3	1	--	2
Total	317	179	41	61

- En otros, lo que se recoge como "EX18", también por los cuerpos de la lista "EX11", pero además por el personal sanitario que tiene la condición de funcionario (fundamentalmente los cuerpos que se han citado antes);
- Por último, hay puestos que, además de los grupos anteriores, pueden ser desempeñados también por personal sanitario asistencial (los recogidos como "EX19"). (Si el puesto carece de especificación alguna puede ser desempeñado por cualquier clase de personal. Esto suele ocurrir con los puestos de nivel más alto, como las Subdirecciones Generales).

En el caso de los Servicios Centrales del Ministerio de Sanidad, de los 611 puestos para personal de titulación superior casi un tercio (165) están vedados a personal de cuerpos sanitarios, pero paradójicamente abiertos a personal de cualquier otro cuerpo, sea cual sea su capacitación profesional de origen. Aparentemente una proporción de más de un tercio (240 de los puestos) estarían abiertos también a personal funcionario sanitario; pero el número sería muy inferior si se eliminan buena parte de los puestos más numerosos (160), correspondientes a las Direcciones Generales de Farmacia y buena parte de la de Salud Pública, reservados en la práctica para titulados en farmacia y veterinaria respectivamente. Aún así, 51 puestos estarían expresamente abiertos también a personal "estatutario" asistencial.

En el caso de los Servicios Centrales del INSALUD la proporción es aún más evidente: de 317 puestos, más de la mitad (179) están reservados a personal de cuerpos no sanitarios, y la proporción de puestos abiertos a personal asistencial (61) es directamente mayor que la abierta a personal funcionario sanitario (41).

Con independencia de otras valoraciones posibles, la situación descrita sí parece expresiva al menos del escaso peso relativo de los cuerpos sanitarios para la vertebración del sistema sanitario en su conjunto. Esa situación, reproducida en el ámbito de las Comunidades Autónomas, ha tenido también efectos, que se comentan más adelante, en relación con los procesos de descentralización.

(b) La influencia del idioma

Un aspecto cualitativo diferente es el derivado de la existencia de diferentes lenguas, además de la común, en el conjunto del territorio español.

Siguiendo las pautas de las políticas lingüísticas de las diversas Comunidades Autónomas, la utilización del idioma se ha planteado bajo dos formas distintas: en unos casos, como requisito para el acceso a los puestos de trabajo públicos de cualquier naturaleza, asistencial o administrativa, en el territorio respectivo; en otros, el conocimiento del idioma correspondiente se ha valorado como un mérito añadido en los baremos para el acceso a las plazas.

Sin entrar en pormenores más amplios cabe decir que, salvadas algunas excepciones de usos concretos en determinados casos, las líneas descritas han sido reconocidas como acordes con el ordenamiento jurídico español por el Tribunal Constitucional.

Siendo la lengua propia uno de los elementos más característicos distintivos de diferentes nacionalismos, el resultado en la práctica es una parcelación relativa del mercado profesional sanitario español, por razones ajenas a las propiamente sanitarias, que hoy es preciso considerar como una característica más del proceso de descentralización español.

Esa situación, por el momento, no ha tenido otros efectos evaluables distintos a los que pueden haberse producido para el acceso a determinados puestos por parte de unas u otras personas concretas. A su vez, las Comunidades Autónomas que carecen de otro idioma oficial propio además del español no han generado hasta ahora respuestas que pudieran ir dirigidas a compensar en sentido inverso la preferencia de determinados profesionales para el acceso a plazas en territorios con idiomas añadidos propios.

La tendencia general que puede producirse en el futuro es a una cierta inmovilidad territorial del personal, cuyas consecuencias deberán evaluarse.

Los efectos pueden ser mayores si el idioma pasa a valorarse también en el nivel de la formación postgraduada. Dado que el reparto territorial de ciertos recursos precisos para la formación en determinados campos es desigual, la tendencia a formar sólo el personal necesario para el territorio propio, o a dar preferencia a éste (dentro de la fórmula actual de una única convocatoria MIR, o a través de convocatorias MIR independientes) puede potenciar diferencias no aceptables, que deben ser también objeto de observación en el futuro.

(2) Procesos "gerenciales" de delegación y privatización

(a) El personal de administración y gestión de los servicios

Ya se ha indicado en el apartado dedicado al análisis cuantitativo que no es posible disponer de datos generales respecto al personal en las situaciones de delegación y privatización existentes y las que se han producido en las Comunidades Autónomas, éstas bajo la forma de nuevas fundaciones, empresas públicas, consorcios u otras.

Sin embargo, si en aquel caso se ha utilizado la descripción de lo ocurrido en las reformas gerenciales de gestión en el propio INSALUD, desde el punto de vista cualitativo esa descripción puede resultar aún más representativa del conjunto: los procesos funcionales de descentralización del tipo de la delegación y la privatización deben tener siempre como origen los servicios asistenciales ya constituidos en el ámbito público, por lo que las líneas de orientación que se adopten en éste, más aún si van dirigidas en el mismo sentido, son una referencia adecuada.

Elola (8) ha descrito el reforzamiento y crecimiento de las líneas de gestión como una de las características de lo acontecido en el sistema público con motivo de las líneas de reforma promovidas.

Pero un aspecto añadido por el mismo autor, que resulta acorde con lo que puede comprobar cualquier observador del sistema público, es la forma en que ha tenido lugar ese reforzamiento. Lo peculiar de ese proceso ha sido la incorporación a las líneas de ges-

ción de médicos asistenciales, desplazando de esas tareas en muchos casos a quienes las venían desempeñando hasta entonces, fundamentalmente personal de las escalas sanitarias de los cuerpos de funcionarios del INSALUD.

Estos, a su vez, han ido siendo mayoritariamente destinados al desempeño de funciones de "inspección", siempre limitadas al servicio y bajo el control de los gestores correspondientes, al amparo de la denominación formal de los cuerpos citados (médicos y farmacéuticos inspectores).

Las razones de ese proceso son diversas. Entre ellas cabe citar algunas de naturaleza política: cuando en 1982 el Partido Socialista accedió al poder en el gobierno central, se consideró a la mayoría del personal de estos cuerpos, que habían nacido durante la época de la dictadura y servido de apoyo básico en la gestión de los centros que se crearon en ese período, como portadores de una visión sobre los servicios sanitarios contradictoria con la de los nuevos gobernantes.

Esta situación tenía numerosas excepciones personales, e incluso cabría caracterizar en sentido contrario al personal que se incorporó a estos cuerpos en la época de la transición democrática. Sin embargo, las ideas de defensa y reforma del sistema público promovidas por el sistema socialista tenían los apoyos más explícitos en sectores de los médicos asistenciales, que pasaron así a hacerse cargo de responsabilidades de gestión (lo que tenían previsto ya en su propio estatuto, en unas condiciones ventajosas de reserva del puesto de trabajo asistencial).

Creada esa dinámica de acceso a los puestos gerenciales (pero también a otros de carácter netamente administrativo) por parte de médicos asistenciales afines al poder político de turno, esos procesos se han reproducido también en otros ámbitos territoriales con responsabilidad política diferente, incluso contraria a la descrita.

Como ejemplo de lo anterior puede citarse lo ocurrido en el año 1995 al cambiar la responsabilidad política en la Comunidad Valenciana: los gerentes de centros y responsables del Servicio Valenciano de Salud, muchos de ellos médicos asistenciales afines al partido socialista gobernante hasta entonces, fueron sustituidos por otros profesionales de la misma cualificación, que habían sido en muchos casos los representantes sindicales que encabezaron un conflicto salarial que se desarrolló en coincidencia con el período electoral aún no resuelto al finalizar éste.

Pero sin llegar a estos extremos más llamativos, pueden encontrarse numerosos efectos en diferentes gobiernos autonómicos que han ido recibiendo la transferencia del INSALUD a lo largo de estos años.

Otra razón que probablemente ha contribuido también al recambio descrito de responsabilidades entre unos y otros grupos de personal ha sido la falta de cualificaciones específicas por parte del personal funcionario correspondiente.

Las habilidades y conocimientos de éste se han venido limitando a la superación de las pruebas de acceso respectivas (normalmente una oposición con un temario tanto más

limitado en sus contenidos cuanto más nos retrotraigamos en el tiempo) y un corto período de formación práctica posterior (que solía ceñirse también a las tareas de control en el terreno de la incapacidad temporal y la prestación farmacéutica, con medios también restringidos).

Cualquier ampliación de conocimientos sobre organización o gestión de los servicios sanitarios quedaba a las posibilidades e intereses personales de desarrollo, y al ejercicio de la práctica cotidiana, bajo las formas limitadas en que se planteaba esta en los centros existentes.

Con todas las excepciones individuales que puedan salvarse, no había, en consecuencia, mucho "producto específico que vender" por parte de éstos cuerpos, que han ido, así, sufriendo un proceso de marginación progresiva.

También ha podido contribuir a esa marginación el deterioro comparativo de estos cuerpos respecto a otros sectores profesionales: en el caso del personal asistencial, ha sido un proceso consolidado a lo largo de estos años la homologación de los profesionales españoles con los de otros países, y el conocimiento y contribución profesional a lo que ocurría fuera de nuestras fronteras. A salvo, de nuevo, cuantas excepciones puedan hacerse, los cuerpos sanitarios que desempeñaron en otra época las responsabilidades de gestión han quedado globalmente al margen de un proceso de actualización similar.

El vacío creado en la situación descrita se ha llenado también por diversas vías:

- En algunas Comunidades Autónomas (quizás el caso más característico es el de Andalucía, con la creación de la Escuela Andaluza de Salud Pública) se han dotado de un instrumento propio para proporcionar habilidades y conocimientos al personal que se incorporaba o pudiera incorporarse en el futuro a tareas de gestión.

En esos casos, el acceso se ha abierto a personal funcionario y asistencial, pero el predominio numérico de este último ha hecho que la mayoría de los receptores de la formación pertenezcan a ese grupo. No es requisito el estar desempeñando responsabilidades de gestión para acceder a los cursos, por lo que, en la práctica, la vía de la gestión de centros y servicios, siquiera durante un período, se convierte en una "salida profesional" más para el personal asistencial.

- En otros casos, como una política deliberada o por la ausencia de un modelo único, se ha promovido el acceso a títulos proporcionados por escuelas y consultoras privadas.

Este proceso se ha visto facilitado por un sistema generoso de distribución de becas por parte del Fondo de Investigaciones Sanitarias, que ha reservado una parte específica para promover la formación en estos campos.

Como elemento coadyuvante a la incorporación a las tareas de gestión por parte de personal asistencial hay que citar la peculiar situación de estos grupos en cuanto a carrera profesional, que se citaba antes.

Forman parte ya del acervo común las dificultades que se derivan de ciertas condiciones demográficas y estatutarias: buen número de profesionales tienen una perspectiva de cambio cerrada, porque sus superiores en la jerarquía profesional tienen su misma edad y se jubilarán a la vez, y los traslados entre centros requieren complejos procesos de concurso.

En esas condiciones, "pasarse a la gestión", siquiera durante un tiempo, puede resultar una perspectiva atrayente. Es probable que esta situación de insatisfacción personal y colectiva esté en la base de declaraciones de distintos responsables sanitarios de origen asistencial, en el sentido de considerar la gestión como "una salida profesional más", tal como se decía antes.

(b) Los profesionales de la asistencia y los procesos de reforma "gerenciales"

En diferentes ocasiones a lo largo de este libro se ha hecho referencia a la naturaleza jurídica de la relación de empleo del personal sanitario asistencial.

Para la mayoría del personal (el que trabaja en los centros originalmente dependientes de la Seguridad Social, que todavía forman parte del patrimonio de ésta) se trata de una relación especial, regida por normas propias (estatutos). Las características de éstas son más cercanas al régimen administrativo que al laboral, pero, probablemente por la dependencia de la entidad gestora de la Seguridad Social, se mantuvo abierta la competencia de la jurisdicción laboral en determinados aspectos de su regulación.

Existen tres estatutos específicos (para personal médico, de enfermería y auxiliar sanitario, y no sanitario respectivamente) con ciertas peculiaridades propias en cada caso, pero numerosas semejanzas fundamentales.

El régimen de contratación y la retribución salarial generalizada, incluso para los médicos generales y los especialistas no hospitalarios, constituye una excepción en el contexto de los países de la OCDE, que suelen tener establecidos regímenes de contratación específicos para esos grupos (33, pag 74).

Es también un lugar común la necesidad de modificar ese régimen de vinculación, para dotar al sistema de formas de gestión más "ágiles", que se cifran normalmente en el establecimiento de un régimen laboral con carácter general, condición a la que se propone someter a todo el personal, sin diferencias entre las distintas categorías profesionales.

Arruñada (33, pags 75 y 76) atribuye la preferencia por el régimen laboral, sin evidencias previas de que el sector público haya sido capaz de hacer un uso más eficiente de los recursos humanos bajo un marco laboral del que ha alcanzado dentro del modelo administrativo, más al deseo de escapar a las restricciones a que está sujeta la creación de nuevos empleos en este último que a objetivos racionalizadores.

Lo cierto es que ese cambio general no se ha producido hasta la fecha y, conforme se analiza en el capítulo undécimo al hablar de un posible futuro "estatuto-marco" previs-

to legalmente, hay numerosas razones de diferente naturaleza que confluyen en dificultar la adopción (y aceptación) de una decisión de ese carácter.

A semejanza de la aproximación paulatina y pragmática que, como se indicaba antes, se está produciendo en el Reino Unido, distintas Comunidades Autónomas han optado por la creación de nuevas modalidades de gestión que se describen en el capítulo siguiente. Estas se acompañan de nuevas formas de relación contractual, que es laboral o, en todo caso, ajena a la relación próxima a la administrativa que caracteriza al personal estatutario.

El Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, abrió también esa posibilidad para el ámbito de éste.

La característica común a todos esos casos, sin embargo, es la limitación de las nuevas modalidades de contratación a las entidades de nueva creación que se constituyen. El personal del regimen "general" de los centros que ya venían funcionando mantiene su forma de relación y no hay a la vista propuestas reales de recambio de ese regimen.

En los casos en que en las nuevas entidades que se constituyen se ha ofertado la integración de personal "estatutario" del regimen general, tales ofertas se han acompañado de niveles retributivos más elevados (33, pag 76), así como el mantenimiento temporal o permanente de derechos sobre la plaza estatutaria anterior.

La búsqueda de formas relación menos estables, como vía de estímulo del rendimiento profesional, supuestamente amenazado por la fijeza y "propiedad" de las puestos características del regimen estatutario, encontró en los últimos años otra vía de expresión en la contratación de personal "interino", sin tales derechos de propiedad sobre las plazas.

Sin que hubiese ninguna declaración explícita para tal desarrollo, el hecho es que en la actualidad los "interinos" desempeñan más de un tercio de las plazas médicas y asimiladas del sistema sanitario público, con condiciones de tiempo, especificidad de las funciones desempeñadas, titulación y acceso muy variadas. Adquirido ese volumen, el problema se ha convertido en una nueva cuestión de difícil solución global, y las individuales se rechazan como menoscabo (o pérdida de fuerza) de los derechos de cada uno.

Otras formas de expresión de la aplicación de las ideas gerenciales han sido el establecimiento de sistemas cuantitativos de evaluación del rendimiento y de incentivación por la consecución de objetivos a corto plazo (complemento de productividad; "peonadas" para la solución de las listas de espera), mientras que permanece como una demanda pendiente el establecimiento como incentivo a largo plazo de una "carrera profesional" diferente al acceso a las diferentes categorías profesionales establecidas, que está colapsado por las razones generacionales citadas antes.

Si los sistemas de evaluación del rendimiento han permitido dotar a los gestores de argumentos más objetivos para plantear a los médicos las diferencias observadas, y han contribuido a incrementar la concienciación y preocupación por la formación de costes en

los servicios públicos, los regímenes retributivos establecidos no han servido para establecer incentivos económicos reales para la mejora de la productividad individual, que globalmente parece haber evolucionado en sentido negativo (33, pag 84).

A falta de un examen más pormenorizado de las características y efectos de los diferentes sistemas de incentivos establecidos, que puede encontrarse en el trabajo que se viene citando (33, pag 96 y sig), cabe proponer como hipótesis que la ausencia de resultados satisfactorios tras la implantación de esos sistemas se debe a la inadecuación de los instrumentos utilizados a las formas de relación contractual y de organización vigentes, sin haber promovido modificaciones globales de esta última, y no sólo a defectos en su aplicación, que también se han señalado.

(3) Una perspectiva general

Si hubiera que caracterizar globalmente la situación descrita en los apartados anteriores de alguna forma, probablemente como mejor puede definirse es como un desorden organizado: hay grupos de personal de los que deberían existir dentro de la organización sanitaria que están poco o nada desarrollados (caso de la tecnoestructura y la línea media de dirección); personal de otros grupos, de manera fundamental procedente del grupo operativo (el personal asistencial) que ha pasado a sustituir a los grupos citados y a desempeñar sus funciones; finalmente, como resultado de determinadas líneas de reforma en el sentido de la gestión de los servicios, se han promovido líneas de actuación prioritarias a desarrollar por parte del núcleo operativo (gestión por objetivos, medición de productos sanitarios, sistemas de retribución vinculada al rendimiento y otros) que, conforme a los análisis de la teoría de las organizaciones, se adaptan mal a las características del personal asistencial (44).

¿Cuáles son los efectos de una situación como la descrita?

Cabe señalar de entrada que el buen funcionamiento de una organización en su conjunto depende de que cada grupo de funciones se desempeñe por personal que, por sus características de selección, relación, formación y cultura profesional, se adecue en cada caso al desarrollo de aquéllas.

El papel de la tecnoestructura, que, en la descripción que hemos hecho, correspondería a los cuerpos de funcionarios sanitarios que deberían desempeñar sus funciones en los órganos centrales del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de Salud, sería contribuir a la estandarización del funcionamiento de los servicios sanitarios y, por esa vía, a un diseño y configuración homogénea de los mismos. Su escaso desarrollo, por el contrario, contribuye a dejar abierto el campo para las posibilidades más diversas.

Ese papel homogeneizador, que puede actuar como garantía de continuidad y tampón frente a reformas radicales, es el que de hecho desempeña un personal similar en otros países. En algunos de ellos, como en el Reino Unido, se discuten ahora los efectos que puede producir el cambio de la forma de vinculación de ese personal, que puede pasar

de ser personal propio del Servicio Nacional de Salud a convertirse en funcionario público (35). Su existencia, en todo caso, se considera importante para garantizar la continuidad en el mantenimiento de unos servicios públicos de calidad.

Algo similar podría decirse del personal de la línea media de gestión. No es lo mismo que aplique las novedades en gestión personal con formación y experiencia en distintos sistemas que otro que carezca de esa perspectiva y orientación general. Es cierto que personal formado y situado expresamente para aplicar ciertas líneas de reforma puede ser más eficaz y entusiasta para la aplicación de éstas. Pero, desde luego, cabe decir que la actitud de un personal reclutado así carecería de la posibilidad de valoración crítica de las líneas de reforma que se implanten con esos apoyos.

Por otra parte, la ausencia de personal cualificado con una formación específica en administración sanitaria facilita la dirección de cualquier reforma y la imposición de criterios en este ámbito por las áreas económicas de los gobiernos, que tienden a imprimir a esas reformas su sesgo propio, del que están ausentes otros elementos de servicio e integración social característicos de los servicios sanitarios.

Este efecto se ha producido también en España, donde podrían citarse desde declaraciones de miembros de diferentes equipos económicos sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, criticando las ineficiencias de éstos y proponiendo medidas para disminuir el gasto sanitario público, hasta estudios promovidos de manera independiente desde las áreas económicas del gobierno y el Banco de España con los mismos objetivos. En la mayoría de los casos ni unos ni otros han tenido contestación desde el Ministerio de Sanidad u otros centros de responsabilidad sanitaria.

La falta de experiencia y desarrollo de líneas de gestión y administración de los servicios sanitarios es tan propia de los países del sur de Europa, entre ellos España, que se ha descrito como una de las características centrales de éstos y, a la vez, como uno de los elementos que más limita sus posibilidades de reforma (36). La escasez de programas de formación adecuados en estas materias y la ausencia de un funcionariado ("civil service") independiente para desarrollar las reformas que se precisen constituyen elementos fundamentales de esos déficits.

Estos últimos tienden a llenarse también de manera semejante en estos países, con el recurso a personal asistencial. Se produce, además, y en relación con ello, un alto nivel de renovación de los cargos por afinidades políticas, dado el alto nivel de interrelación entre el sistema político y la estructura administrativa y de gestión, que constituye también una peculiaridad.

Pero las carencias no sólo afectan a los niveles de administración y gestión de los servicios. También las profesiones sanitarias asistenciales acusan diferencias significativas en estos países respecto a otros del norte de Europa.

Cualquier comparación entre el papel de los Colegios Profesionales (y no digamos de sus publicaciones) españoles y las organizaciones de las profesiones sanitarias en estos últi-

mos puede servir para demostrar el escaso desarrollo independiente que han alcanzado las profesiones sanitarias en nuestro país. No en vano los Colegios Profesionales españoles han desempeñado hasta hace bien poco un papel político (representantes de estos órganos formaban parte de la representación corporativa en las Cortes de la dictadura) e ideológico, sin componentes profesionales, del que resulta difícil desprenderse.

Por otro lado, la cultura de las profesiones sanitarias no es, en todo caso, una cultura de los servicios sanitarios: el personal asistencial se forma más bien en aspectos individuales, que resultan esenciales y complementarios para el equilibrio adecuado de los servicios. Y aunque sea imprescindible ampliar su formación en la consideración de los aspectos y resultados sociales de su actuación, a la hora de juzgar la globalidad de dichos servicios carece de la perspectiva y formación adecuadas para ejercer esa labor general que se señalaba antes.

La coincidencia de la falta de un personal adecuado para el desarrollo de las funciones de la tecnoestructura y de línea media de dirección, junto con su sustitución fundamentalmente con personal asistencial, carente de las condiciones básicas para una adecuada valoración de las líneas de reforma propuestas, pero también sin una perspectiva profesional independiente desarrollada, ha podido jugar un papel importante en la orientación y popularización de ciertas líneas de reforma en la línea "gerencial" indicada.

Al analizar los efectos de la incorporación del personal asistencial a las funciones propias de otros grupos, algunos autores (37) ha valorado como más importante el efecto de asimilación de los profesionales más progresistas por el aparato burocrático, y la pérdida del potencial reivindicativo de esos colectivos. Otros (9) han considerado que la inclusión de ese personal en la tecnoestructura modificaba la ideología profesional de ésta y aumentaba desde dentro las presiones hacia una mayor descentralización, autonomía de gestión y modificación del control formal previo, característico de la administración pública.

No es preciso entrar aquí a discutir esos efectos que, al menos en el primero de los casos, tienen un carácter circunstancial, que no se ha reproducido en otros cambios y procesos de descentralización, en los que la responsabilidad política ha sido asumida por grupos de orientación diferente, de los que se han citado algunos ejemplos.

El efecto que se quiere resaltar ahora es otro distinto: la participación de personal asistencial en las funciones propias de la tecnoestructura y la gestión de los servicios, sin una adecuada preparación previa para ello, ha podido contribuir a facilitar la difusión entre los propios profesionales de una orientación profesional que encierra contradicciones con su propia naturaleza y el papel que les correspondería en la organización sanitaria.

El contraste entre las actitudes mantenidas por distintos grupos de personal ante procesos de reforma de orientación similar, en el caso del Reino Unido y España, es evidente: en el primer caso, tanto las asociaciones de gerentes y funcionarios sanitarios, como, por su parte, la British Medical Association, han mantenido una postura crítica ante las reformas, que puede contrastarse ampliamente en las publicaciones de unos y otros (pueden

consultarse las revistas patrocinadas por ambas, el *Health Service Journal* y el *British Medical Journal* respectivamente, a lo largo de los últimos años).

Por su parte, en el caso español buena parte del panorama profesional se encuentra orientado a la definición de productos sanitarios, que permitan evaluar y retribuir el rendimiento individual y por servicios, así como al establecimiento de sistemas de contabilidad analítica.

Gestores procedentes del ámbito asistencial se han convertido en importantes paladines de estos proyectos (con el apoyo y base fundamentales de expertos en gestión y evaluación económica), de los que se deducen propuestas de reforma que no dudan en considerar las nuevas formas de gestión de los servicios que pueden promoverse con esos medios como la solución de los problemas sanitarios de nuestro país, y no sólo como un instrumento para ello.

La influencia de esas orientaciones en el debate que está teniendo lugar en los servicios sanitarios españoles es evidente, e incluso los sindicatos médicos parecen haber asumido como propios, pese a sus evidentes dificultades (quizás con el señuelo de posibles beneficios económicos inmediatos), los sistemas de retribución por objetivos y la consecución de la eficiencia como el principal objetivo asistencial. Salvo alguna excepción puntual (38), que es más bien una referencia a planteamientos que se están produciendo en las asociaciones de médicos europeos, nadie hasta ahora ha esgrimido por razones propias la defensa de la autonomía profesional que, como se indicaba antes, puede encontrarse amenazada en los sistemas de medicina gestionada (26; 39).

En los últimos tiempos, por el contrario, han comenzado a difundirse trabajos (40) en los que se advierten de los mismos efectos por parte de los sistemas nacionales de salud, en contra de las evidencias más generales.

La definición a favor de sistemas de competencia pública y gestión empresarial y el establecimiento de sistemas de incentivación y financiación por resultados (sin señalar cómo pueden medirse éstos) formó parte también de las aportaciones del presidente de la Organización Médica Colegial ante la Subcomisión de Sanidad del Congreso constituida para estudiar la "modernización" de la sanidad (41).

Es seguro que en la actitud mantenida por unos y otros grupos en el Reino Unido se mezclan aspectos de defensa de los intereses propios con otros de carácter general. Esa situación, sin embargo, no invalida las posturas mantenidas. Por el contrario, puede ser sugestiva de condiciones en las que la defensa del mantenimiento de unos servicios públicos sanitarios de calidad para toda la población encuentra aliados objetivos en determinados grupos profesionales por razones propias de estos (16, pag 92; 42).

Para el caso español eso supondría modificar la situación y orientación de diversos grupos profesionales:

En primer lugar, de los propios profesionales asistenciales. Pero también de aquéllos que deben formar parte de la tecnoestructura y las líneas de gestión del sistema sanitario.

(a) Los profesionales asistenciales

Respecto a los primeros, carecen hasta ahora de órganos de representación adecuados a su propia naturaleza profesional. Han comenzado a plantearse distintas líneas de modificación de la representación profesional a través de los Colegios, sugiriendo en algunos casos que éstos se configuren en torno a las Sociedades Científicas por especialidades médicas, lo que serviría para romper la tradición de representación política e ideológica desarrollada por los Colegios hasta ahora.

Es evidente que esa transformación no resultará por sí misma suficiente, pero si también en España es necesario un nuevo "profesionalismo", como se indicaba antes (31), no parece que éste sea posible sin unos vehículos adecuados de expresión corporativa, adaptados a las características del ejercicio profesional, que no parecen encarnarse en ninguna de las organizaciones existentes hasta la fecha.

Por otra parte, la búsqueda de incentivos adecuados a las características profesionales y acordes a la vez con los intereses de la organización sanitaria en su conjunto (incluido el control del gasto, pero no sólo éste) ocupa un lugar principal.

Dejando aparte otras consideraciones teóricas, hay que constatar la oposición global de los propios profesionales a los repartos no lineales de los complementos (por otra parte una porción menor de la retribución en la mayoría de los casos) que pretenden compensar la productividad. La experiencia reiterada de esos planteamientos (que ha llevado a aceptar repartos lineales de esos conceptos en distintas ocasiones) a la hora de repartir las cuantías globales dedicadas a estos fines no ha hecho, sin embargo, variar el lenguaje formal desde las administraciones responsables.

Es probable que el problema carezca de solución sin abordar simultáneamente otras cuestiones: el sistema retributivo en su conjunto, copiado del vigente con carácter general en las administraciones públicas (aunque, por las mismas razones que en el caso sanitario, poco adaptado a las características de las organizaciones burocráticas); la determinación de las plantillas, para cuyo fijación se ha prescindido de las ventajas que proporcionaba la organización administrativa, y que cabe calificar cuando menos de desequilibradas en el momento actual; los regímenes de dedicación con la posibilidad de introducir dedicaciones parciales en ciertos casos y grupos profesionales.

Cualquiera de esos debates, sin embargo, carecerán de utilidad si las administraciones no ponen de manifiesto una actitud sólida de utilizar todos los instrumentos de gestión que los sistemas vigentes le proporcionan y de los que se puedan acordar, lo que no ha ocurrido en muchos casos.

(b) La administración de los servicios

En cuanto a los segundos, la primera evidencia es el vacío existente, que está tratando de llenarse de distintas formas. Así, pueden señalarse las propuestas para la

creación de un Cuerpo de Salud Pública y Administración Sanitaria que se han hecho en distintas ocasiones o, de manera más reciente, la de otorgar a los miembros de los cuerpos ya existentes el título de la especialidad de Medicina Preventiva, a cambio de condicionar o priorizar el acceso futuro a los puestos de administración sanitaria a la posesión de ese diploma profesional.

La valoración de esas propuestas requiere tener en cuenta aspectos diversos:

- La creación o el reforzamiento de un Cuerpo Sanitario, sea nuevo o por refundición de los existentes, supone promover la existencia de un grupo interesado objetivamente en el mantenimiento de los servicios sanitarios organizados bajo fórmulas y control públicos.

Por el contrario, si las políticas sanitarias que pretendan promoverse se orientan hacia la liberalización de los servicios (lo que, en términos de Pollit, hemos convenido en llamar "gerencialismo", y según la terminología utilizada para la descentralización hemos caracterizado como procesos funcionales de delegación y privatización), el papel de los cuerpos sanitarios se reduce.

- Debe buscarse la mayor correspondencia posible entre las formas de reclutamiento y formación promovidas y el papel que deba desempeñar el grupo constituido dentro de la organización.

Si lo que se trata es de configurar la tecnoestructura de la organización sanitaria, cuyo papel en la configuración y homogeneización de ésta ya se ha descrito, las formas citadas deben adecuarse a su control por la propia organización.

Propuestas como la constitución de una especialidad médica que condicionen o primen el acceso a los puestos corresponden a los grupos profesionales de otros niveles de la organización, en concreto al grupo operativo, muy desarrollado en las organizaciones sanitarias, pero de características diferentes.

Entre éstas, como se ha descrito, un papel muy importante en el reclutamiento por parte de los propios profesionales y unos procedimientos de coordinación basados en la estandarización de destrezas. Estos últimos conducen a formas concretas (por ejemplo, congresos científicos, publicaciones técnicas) en las que es evidente la influencia y hasta el control por parte de otros grupos de interés (en el caso de las especialidades médicas, laboratorios farmacéuticos o empresas de tecnología médica).

Aunque esas formas de coordinación puedan utilizarse, la cuestión principal en este caso es el mantenimiento del control y orientación de la tecnoestructura por la propia organización. También en la forma de configuración de ésta existen grupos de interés para orientarla en determinado sentido o promover ciertas líneas de reforma (en el caso de las reformas gerenciales, por ejemplo, es evidente el interés de distintas organizaciones dedicadas a la formación de expertos en esas tareas, o de los grupos profesionales expertos en las técnicas económicas de la gestión, pero aún de manera más remota puede estimarse el interés de

obtener una consideración favorable por los sectores empresariales (farmacéuticos, de tecnologías médicas, compañías privadas de seguros médicos) en los que se produce mayor gasto sanitario.

Ceder el control de los procedimientos de reclutamiento, formación y coordinación profesional a estos sectores supone la pérdida de control no sólo de esos procedimientos, sino de la orientación dominante de los servicios, por la propia organización.

- La caracterización de los grupos constituidos debe tener en cuenta el entorno en que deban moverse.

En tanto los servicios sanitarios estén configurados como servicios públicos, muchos aspectos esenciales de aquéllos (por ejemplo, personal, presupuestos, formas de contratación y hasta la propia organización) están de hecho condicionados por la actividad de otros sectores y Departamentos de la misma Administración.

La posibilidad de diseño de una política sanitaria autónoma está también en relación con la capacidad de establecer diálogos y dar respuesta a esos otros sectores en sus mismos términos. Y, si estos sectores están constituidos por personal de determinada naturaleza, esa capacidad pasa también por disponer de personal que, desde un punto de vista propio sanitario, tenga la misma cualificación profesional.

- En cualquier orientación que se adopte, la descentralización geográfica realizada en España condiciona la respuesta concreta a desarrollar.

Así, por ejemplo, no es imposible la creación mediante Ley de cuerpos de carácter nacional conforme al artículo 28 de la Ley del Proceso Autonómico (Ley 12/1983, de 14 de Octubre). Su constitución, sin embargo, parece poco probable en el contexto del actual Estado Autonómico, dadas las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas para la creación de cuerpos y la propia responsabilidad política asignada.

Parecen posibles, por eso, otras líneas de actuación, como la coordinación y el acuerdo sobre los requisitos de selección y los patrones de formación continuada del personal que conforme la tecnoestructura en cada administración. También podrían pactarse formas de movilidad e intercambio entre administraciones, para evitar la parcelación descrita del mercado profesional en estos campos.

En cuanto a la línea media de gestión, se ha descrito ya la tendencia general en las burocracias profesionales por parte de quienes componen el grupo operativo para ocupar también esta parcela de la organización. Tratar de evitar ese acceso, en consecuencia, parece ir contra las propias características de una organización así. Pero, a la vez, se trataría de evitar algunos de los inconvenientes de que el acceso desde los niveles asistenciales de la organización sanitaria se convierta en la vía única de acceso y en "una salida profesional más". Algunas de esas condiciones serían:

- Garantizar una formación básica en gestión para acceder a los puestos.

Las características de esa formación deben definirse conforme a las prioridades de la propia organización sanitaria (no promover, por ejemplo, formación en técnicas de gestión que no resulten luego aplicables al ámbito organizativo establecido)

En las condiciones de descentralización autonómica hoy en vigor en España, sería de gran utilidad lograr el acuerdo sobre requisitos mínimos y características de esa formación, y establecer procedimientos de acreditación de centros para desarrollarla.

- Evitar la preferencia que supone para el acceso a los puestos de gestión la reserva de plaza en el caso del personal estatutario. Este no tiene nada que perder por su paso temporal por un puesto de gestión. Pero el probable camino de ida y vuelta puede ser un condicionante para la actividad como gestor, sobre todo si desempeña su labor en el mismo centro en el que tenga su puesto asistencial.

Otros grupos, como los funcionarios sanitarios, carecen de esas condiciones de reserva, al menos en el ámbito del INSALUD, y su paso a la gestión supone un salto al vacío de la excedencia, aunque pueda solicitar el reingreso luego, en su propia carrera profesional. Homologar situaciones, mejor en el sentido de buscar alguna situación específica para el personal funcionario, sea sanitario o no, supone contribuir a la diversificación profesional de los gestores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Health care reform and the labor market. Durán-Arenas, L.; López Cervantes, M. *Soc. Sci. Med.* 43(5); 791-797; 1996.
2. General and Industrial Management. Fayol, H. Pitman. New York. 1949. (Hay edición francesa *Administration industrielle et générale*. Dunod. Paris. 1916).
3. Papers on the science of administration. Gulick, L.; Urwick, L.F. (eds.). Columbia University Press. New York. 1937.
4. The manager's span of control. Urwick, L.F. *Harvard Business Review* 39-47; May-June 1956.
5. Scientific Management. Taylor, F.W. Harper&Row. New York. 1947. (Hay una edición previa de 1911).
6. The human problems of an industrial civilization. Mayo, E. Macmillan. New York. 1933.
7. The structure of organizations. Mintzberg, H. Prentice Hall. Englewood Cliffs. 1979. (Hay edición en español *Ariel*. Barcelona. 1990).
8. Structure in Fives. Designing effective organizations. Mintzberg, H. Prentice Hall. Englewood Cliffs. 1983. (Hay edición en español *El Ateneo*. Buenos Aires. 1989-1990).
9. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. Elola, J. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid. 1991.
10. Naciones contra el Estado. Los nacionalismos de Cataluña, Quebec y Escocia. Keating, M. *Ariel*. Barcelona. 1996.

11. Lecciones aprendidas de la experiencia. Vaughan, J.P. en *Descentralización de los sistemas de salud*. Mills, A.; Vaughan, J.P.; Smith, D.L.; Tabibzadeh, I. (eds.). OMS. Ginebra. 1990.
12. Changes in the control of health care systems in Europe. Implications for professional autonomy. Groenewegen, P.P.; Calnan, M. *Europ. J. Pub. Hlth.* 5(4); 240-244; 1995.
13. The changing roles of health care personnel in health and health care management. Hunter, D.J. *Soc. Sci. Med.* 43(5); 799-808; 1996.
14. Where do internal markets come from and can they work?. Mc Guire, A. *Journal of Health Services Research and Policy* 1; 56- 59; 1996.
15. Competition in the National Health Service: mission impossible. Maynard, A. *Health Policy* 23; 193-204; 1993.
16. Managerialism and the public services: the Anglo- American experience. Pollit, C. Basil Blackwell Ltd. Oxford. 1990. (Hay edición española *El gerencialismo y los servicios públicos: la experiencia anglo-norteamericana*. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid. 1993).
17. *The New Realities*. Drucker, P. Mandarin. London. 1990.
18. Preface to the third edition. Burns, T. en *The management of innovation*. Burns, T.; Stalker, G.M. Oxford University Press. Oxford. 1994.
19. The changing role of the NHS personnel function. Buchan, J.; Seccombe, I. cap. 8 en *Evaluating the NHS reforms*. Robinso, R.; Le Grand, J. (eds.). King's Fund Institute. Policy Journals. U.K. 1994.
20. NHS Hospital and Community Health Services non-medical staff in England: 1985-1995. citado en *News. BMJ* 313; 575; 7 Sept. 1996.
21. Who administers? Who cares? Medical administrative and clinical employment in the United States and Canada. Himmelstein, D.U.; Lewontin, J.P.; Woolhandler, S. *Am. J. Pub. Hlth.* 86; 172-178; 1996.
22. 1960-1990 OECD Health Data. OECD Health data/ Eco Santé. París. 1994.
23. Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads. Lázaro, P.; Azcona, B. *Health Policy* 37(3); 185-198; 1996.
24. Introduction. Saltman, R.B.; von Otter, C. en *Implementing planned markets in health care. Balancing social and economic responsibility*. Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.). Open University Press. Buckingham. Philadelphia. 1995.
25. Managing clinical activity in the NHS. Ham, C.; Hunter, D.J. Briefing Paper. King's Fund Institute. London. 1988.
26. The health care bureaucracy: small changes, big consequences. Morone, J.A. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18(3); 723- 730; Fall 1993.
27. Physicians professional autonomy in the Welfare State: endangered or preserved?. Döhler, M. en *Controlling medical professionals; the comparative politics of health governance*. Freddi, G.; Björkman, J.W. (eds.). Sage. London. 1989.
28. Health Policies in Europe: Welfare States in a market Era. Morone, J.A.; Goggin, J.M. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20(3); 557- 569; Fall 1995.
29. Clinical autonomy and planned markets: the British case. Harrison, S. cap. 7 en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.). (op. citada).
30. Challenges to professional autonomy in the United Kingdom? The perceptions of General Practitioners. Calnan, M.; Williams, S. *Int. J. Hlth. Serv.* 25(2); 219-241; 1995.
31. Balancing social and economic responsibilities. Saltman, R.B.; von Otter, C. cap. 11 en *Implementing planned markets in health care...* Saltman, R.B.; von Otter, C. (eds.). (op. citada).
32. Professional autonomy and accountability. A critique of current health reforms and an alternative proposal. Southon, G. *World Hospitals* 30(3); 4-7; 1994.

33. Diseño organizativo y gestión del personal en la sanidad pública. Arruñada, B. en Cambios en la regulación sanitaria (XIV Jornadas de Economía de la Salud). SG Editores. Barcelona. 1995.
34. La integración de Funcionarios Sanitarios Nacionales en la Función Pública Autonómica y los Cuerpos Autonómicos de nueva creación. Subdirección General de Relaciones con las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Marzo 1996. (mimeo).
35. Divided loyalties. Stewart, R. *Health Service Journal* 106(5495); 30-31; 21 March 1996.
36. Health Care Systems in Southern Europe: is there a Mediterranean Paradigm?. Figueras, J.; Mossialos, E.; Mc Kee, M.; Sassi, F. *Int. J. Hlth. Sciences* 5(4); 135-146; 1994.
37. La política sanitaria y los profesionales. Marset, P. en *La Sanidad española a debate*. FADSP. Madrid. 1990.
38. Salvaguardia ante la aplicación de técnicas de gestión. Garcés, V. *El Médico* 16-18; 7 Junio 1996.
39. Physicians and the growth of managed care. Iglehart, J.K. *New Eng. J. Med.* 331(17); 1167-1171; 1994.
40. El médico, víctima del financiador único. *Diario Médico* 4; 19 Julio 1996 (Hace referencia a Ontario's Health Care. Arnett, J.C.; Goodman, W.E. *The Wall Street Journal*; 16 July 1996).
41. Comparecencia del Dr. D. José Fornés, presidente de la OMC, ante la Subcomisión del Congreso de los Diputados para la "modernización" de la Sanidad. OMC. Suplemento al nº 49. Diciembre 1996.
42. *Managing the National Health Service: shifting the frontier?*. Harrison, S. Chapman and Hall. London. 1988.
43. Internal market reforms of health care systems and the allied health professions: an international perspective. Boyce, R.A. *International Journal of Health Planning and Management* 8; 201-217; 1993.
44. The poverty of PRP. Alimo-Metcalfe, B. *Health Service Journal* 22-24; 20 Oct. 1994.

PARTE B

EVALUACION Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION SANITARIA EN ESPAÑA

CAPITULO X

EFFECTOS DE LA DESCENTRALIZACION SANITARIA EN ESPAÑA

Cualquier proceso de descentralización puede ser evaluado. Las condiciones para ello son dos: la primera, que haya personas o grupos que consideren que la evaluación tiene que realizarse; la segunda, si se ha cumplido la primera, que se establezcan procedimientos y formas de evaluación, e instrumentos de medida, que resulten aceptables para los que están interesados en la valoración a realizar.

Respecto a la primera de esas condiciones, no parece que quepan dudas en cuanto a su cumplimiento en los procesos de descentralización sanitaria. Sean cuales sean las razones de entre las descritas en el capítulo primero que conduzcan un proceso de descentralización concreto, en tanto el resultado sea una distinta configuración y distribución del poder en un sistema sanitario, y no la constitución de sistemas sanitarios independientes, es lógico pensar que la evaluación de los efectos del proceso tenga lugar en uno u otro momento.

Dependiendo de cuáles hayan sido los determinantes, en algunos casos puede también suponerse que ciertos agentes de un proceso (sea una descentralización territorial guiada primordialmente por razones ajenas al ámbito sanitario, o un proceso de privatización generalizado, por poner ejemplos extremos) opongan resistencias a que se realicen valoraciones de éste: así puede ocurrir por parte de quienes consideren que el proceso debe tener lugar y avanzar con independencia de cuáles sean sus efectos, por lo que cualquier efecto negativo que pudiera demostrarse se constituya en un obstáculo.

Pero aún en esos casos, las evaluaciones terminan por tener lugar, como un elemento imprescindible para corregir los posibles aspectos negativos y como oportunidad para reconducir los propios procesos.

En cuanto a las formas posibles de evaluación de los procesos descentralizadores, cabe distinguir con carácter general dos vías, que pueden resultar alternativas o complementarias: en unos casos el método de evaluación establecido tendrá un carácter fundamentalmente cuantitativo, basado en la evolución de ciertos parámetros de los recogidos habitualmente a través de los sistemas de información correspondientes; pero es posible también la evaluación cualitativa de los procesos: una forma de llevar a cabo ésta es determinar el grado de consecución de los objetivos prioritarios del proceso, para lo que puede ser necesario establecer sistemas de indicadores específicos, o utilizar algunos de entre los recogidos habitualmente, que puedan representar el aspecto a evaluar.

En los apartados siguientes se presentan dos evaluaciones, una de carácter cuantitativo y otra cualitativa, del proceso de descentralización español.

1. Evaluación cuantitativa del proceso de descentralización español

a. Características generales de la evaluación

Los datos que se presentan a continuación corresponden a un estudio que se llevó a cabo por la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales del Ministerio de Sanidad y Consumo (suprimida en la remodelación ministerial de Mayo de 1996) a lo largo de 1994 y 1995.

El estudio culminó en un informe, que se presentó en Octubre de 1995 a los órganos superiores del Departamento con el título de "Estudio territorializado de la evolución del sector salud a partir de 1980". Posteriormente fué propuesto para su publicación formal bajo la denominación de "La salud y los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas 1980-1994". En el momento de redactarse estas líneas se encuentra en proceso de publicación por el Ministerio de Sanidad.

El estudio partía de algunas premisas fundamentales. Eran las siguientes:

- En primer lugar, la utilización de datos ya existentes o susceptibles de ser elaborados a partir de los sistemas de información ya existentes en España.

Se huyó de manera deliberada de la configuración de nuevos sistemas específicos de información, cuya continuidad, por esa misma razón, distaría de estar garantizada. Por el contrario, se consideró que evaluaciones como la iniciada, dadas las características del proceso de descentralización español, deberían repetirse en el futuro, por lo que la garantía de continuidad que suponía la utilización de datos que ya se vienen recogiendo habitualmente constituía un valor añadido.

- Por otra parte, el valor del estudio aumentaría si los datos eran comparables con los de otros países.

Por esa razón trató de establecerse una lista de indicadores que resultasen comunes con otros sistemas de indicadores. De entre ellos se seleccionaron la lista de indicadores para el seguimiento del programa "Salud para todos" de la Organización Mundial de la Salud promovido por la Oficina Regional Europea (1), así como el conjunto de indicadores recogidos por la OCDE bajo la denominación OECD Health Data (2). En los apartados y cuadros posteriores se describen las coincidencias de los indicadores utilizados en el estudio con los grupos de indicadores citados.

- Otra alternativa era la realización de una valoración "en corte", correspondiente a un momento concreto, pero sin valor predictivo respecto a otras situaciones puntuales distintas, o un estudio de la evolución temporal de los distintos parámetros.

Entre ambas posibilidades se eligió la segunda, por considerar que los datos puntuales carecen de valor estimativo de las tendencias, lo que resulta de especial importancia en sistemas, como el sanitario, en los que las diferencias no pueden eliminarse bruscamente, como ya se ha descrito en el capítulo octavo.

- Un último aspecto se refiere a la responsabilidad de la evaluación.

La decisión de realizar ese estudio desde el Ministerio de Sanidad no fue arbitraria o casual, sino producto de la consideración de que precisamente ese tipo de evaluaciones corresponde al papel que el Departamento de Sanidad tiene que desempeñar en el sistema sanitario español, como reconoce expresamente el artículo 43.2.c) de la Ley General de Sanidad.

Establecidas esas premisas fundamentales, el estudio debía enfrentarse en todo caso a ciertos problemas, que pueden enumerarse como sigue:

- En primer lugar, el número de sujetos de observación reducido, puesto que se limita al de las Comunidades Autónomas constituídas.

Supuesta esa condición, y siguiendo los criterios de los expertos consultados que se citan en el propio informe, se optó por la utilización de descriptores no paramétricos, en concreto la mediana y el rango entre los percentiles 15 y 85.

Aunque en este último caso hubiese resultado más homologable con otros estudios la utilización del rango entre los percentiles 25 y 75, se consideró que, de usar esos rangos, se hubiera prescindido de las observaciones correspondientes a la mitad de los sujetos (Comunidades Autónomas) analizados, lo que, dado el escaso número de observaciones, hubiera restado representatividad al estudio.

- En segundo lugar, una vez que se había optado por hacer un análisis de tendencias y no un estudio de corte, se trataba de caracterizar todo un período.

Los valores utilizados para lograr esa caracterización fueron dos: de una parte, el crecimiento anual medio de cada uno de los indicadores utilizados; pero además, el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (3).

Este último, utilizado en sentido horizontal (comparando el valor anual de cada indicador con el del año anterior) permite considerar la homogeneidad de las tendencias al crecimiento o decrecimiento de los valores: un coeficiente de +1 supone para el período analizado una tendencia creciente constante, de manera que el valor del indicador cada año es siempre superior al del año anterior; lo contrario ocurre para un coeficiente de -1, y los valores intermedios, positivos o negativos, suponen tendencias al crecimiento o decrecimiento, con oscilaciones intermedias que hacen esas tendencias más indefinidas cuanto más se acerque a 0 el valor del coeficiente.

- Por último, cabía hacer una valoración general, o hacerla indicador por indicador.

Se optó por realizar el estudio a varios niveles: partiendo de la valoración y presentación indicador por indicador, se realizó después una valoración global por grandes grupos de indicadores (de salud; de recursos sanitarios; de recursos económicos; etc.) y, finalmente, una valoración general, que permitiese una visión globalizadora del conjunto del proceso.

Como es lógico, cuanto más general es la visión adoptada, es menos posible introducir matices. Esas visiones generales, sin embargo, son las propias y resultan imprescindibles para los niveles más altos o más centrales del sistema.

b. Areas e indicadores de la evaluación

El informe se dividió en seis grandes áreas:

- características demográficas y socioeconómicas
- estado de salud
- recursos personales y materiales
- gasto sanitario
- planes de salud
- actividad normativa

A su vez, dentro de cada una de esas áreas se seleccionaron una serie de indicadores, que se describen en los cuadros X.1 a X.6. En esos cuadros se hace referencia además a la coincidencia de esos indicadores con los utilizados en las dos series citadas antes (en algunos casos los indicadores utilizados en esas series no coinciden exactamente, pero, referidos a la misma cuestión, se utilizan otros indicadores similares: así, el Producto Interior Bruto en vez del Valor Añadido Bruto preferido en nuestra evaluación; o los Años Potenciales de Vida Perdidos por determinadas causas, en vez de algunas de las tasas de mortalidad referidas a las mismas causas, que se prefirieron en nuestro informe).

Cuadro X.1. Evolución del Sector Salud a partir de 1980.
Indicadores Demográficos y Socioeconómicos

Indicador	OMS	OCDE
• Distribución de la población por edad	----	SI
• Población según tamaño municipal	----	----
• Densidad de población	----	----
• Natalidad	----	SI
• Mortalidad general	----	SI
• Tasa de crecimiento vegetativo	----	----
• Tasa de analfabetismo	SI	----
• Tasa de paro	SI	----
• Equipamiento de las viviendas		
• Agua corriente	SI	----
• Servicios higiénicos	SI	----
• Valor añadido bruto	----	SI (PIB)
• Denominación de Consejería y áreas de competencia		

Cuadro X.2. Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores del Estado de Salud

Indicador	OMS	OCDE
-Mortalidad Infantil	SI	SI
-Mortalidad Perinatal	SI	SI
-Esperanza de Vida al Nacer	SI	SI
-Mortalidad Materna	SI	----
-Mortalidad General en Población Infantil	----	APVP
-Mortalidad por Cardiopatía Isquémica	SI	APVP
-Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares	SI	SI
-Mortalidad por Cáncer de Pulmón	SI	APVP
-Mortalidad por Cáncer de Mama en la Mujer	SI	SI
-Mortalidad por Cirrosis Hepática	----	APVP
-Mortalidad por Accidentes de Tráfico	SI	APVP
-Mortalidad por Suicidios	SI	----
-Incidencia de Sarampión	SI	----
-Incidencia de Tétanos	SI	----
-Incidencia de SIDA	SI	----
-Índice de Frecuencia de Accidentes Laborales	SI	----
-Porcentaje de Fumadores	SI	----
-Porcentaje de R.N. de madres menores de 20 años	SI	----
-Interrupciones Voluntarias del Embarazo	SI	----
-Autovaloración del Estado de Salud	SI	----

Cuadro X.3. Evolución del Sector salud a partir de 1980. Indicadores de Personal y Materiales

Indicador	OMS	OCDE
• Personal de Salud (Colegiados)		
- Médicos	SI	SI
- ATS/DUE	SI	SI
- Farmacéuticos	SI	SI
- Veterinarios	----	----
• Camas por 1.000 habitantes	----	SI
• Estancia media	----	SI
• Índice de Ocupación	----	SI
• Rotación Enfermo/Cama	----	SI
• Frecuentación Hospitalaria	----	SI
• Presión de Urgencias	----	----

Cuadro X.4. Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores de Gasto Sanitario

Indicador	OMS	OCDE
- Gasto en la Liquidación del INSALUD	----	----
- Aportación Financiera de cada C.A. al Presupuesto Inicial de Salud por Habitante	----	----
- Gasto de Capital en Hospitales por habitante	----	----
- Gasto corriente en hospitales por habitante	----	----
- Porcentaje de Gastos de Capital sobre Gastos Corrientes en Hospitales	----	----
- Porcentaje de Gasto por persona en Servicios Médicos y Gastos Sanitarios sobre el Gasto Total	SI	----
- Importe de la Prestación Farmacéutica por habitante	SI	----

Cuadro X.5. Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores de Planes de Salud

- Referencia temporal y normativa
- Áreas prioritarias de intervención
- Estructura de los Planes
(Adecuación de contenidos a R.D. 938/89, de 21 de julio)
- Relación de documentos valorados

Cuadro X.6. Evolución del Sector Salud a partir de 1980. Indicadores de Actividad Normativa

- Total de normas publicadas por períodos anuales
- Número de normas con rango de Ley por períodos anuales
- Número de Decretos, por períodos anuales
- Número de Ordenes y otras Disposiciones, por períodos anuales
- Normativa legal por materias (9 áreas) y años

Para cada una de esas áreas e indicadores se construyeron tablas con los valores de los indicadores anuales correspondientes a cada una de las Comunidades Autónomas, así como con los valores de la mediana de los indicadores autonómicos y el del conjunto de España; en cada una de las tablas se presenta también el rango entre los percentiles 15 y 85 para cada uno de los años. Se calculó el coeficiente de Spearman para cada una de las series autonómicas, así como para la de la mediana, la del total nacional, y la evolución del rango percentil 15-percentil 85; igualmente la tasa de crecimiento anual medio de cada una de esas series.

En los cuadros X.7 a X.9 se presentan como ejemplo las tablas correspondientes a tres indicadores distintos de tres áreas diferentes de evaluación. Cada una de esas tablas, lo mismo que las correspondientes a los restantes indicadores, se acompañaba de una presentación gráfica, como la que se incluye en las figuras X.1 a X.3. Esas gráficas, como puede observarse, tienen tres apartados: en el primero de ellos se representa de manera simultánea la evolución del rango P15-P85 y de la mediana de los valores autonómicos. El segundo y tercer apartados representan el crecimiento (o decremento) anual medio de cada una de las Comunidades Autónomas y el coeficiente de Spearman de las series respectivas; en estos dos casos, como elemento de comparación, se representa con una barra el valor de cada uno de ellos del total nacional.

Hay una gran área o capítulo que no se atiene a esa construcción general: se trata de la referente a los planes de salud, cuyo desarrollo no era posible resumirlo mediante indicadores. En este caso, tal como se indica en el cuadro, se hizo una descripción resumida de los contenidos de los planes de salud de cada una de las Comunidades Autónomas, así como una referencia expresa a la adecuación de estos a la normativa (el Real Decreto 938/89, de 21 de Julio) que regulaba su desarrollo. Uno y otro aspecto se presentan en los cuadros X.10 y X.11.

Para el capítulo sexto, el referido a la actividad normativa de las Comunidades Autónomas, se buscó una valoración también de carácter cuantitativo, basada en la producción de distintos tipos de normas en cada uno de los períodos anuales valorados. Se trata de una valoración poco habitual, de la que, sin embargo, se deducen conclusiones de interés, que se describen más adelante. Como ejemplo de la presentación gráfica realizada en este capítulo (que acompañaba a las tablas numéricas correspondientes, sin promedios ni otros coeficientes en este caso) pueden observarse las figuras X.4 y X.5.

Cuadro X.7. Mortalidad Perinatal por Comunidades Autónomas (1980-1991)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Tasa Inc.An. Medio (%)	Spearman
Total Nacional	14,50	14,60	13,00	12,20	11,20	10,90	10,90	10,00	9,00	8,30	7,58	7,27	-6,90	-0,99
Andalucía	17,90	18,20	16,70	15,30	14,10	14,10	14,40	11,60	11,20	10,60	9,76	9,08	-5,98	-0,97
Aragón	14,40	15,90	12,30	10,20	10,50	9,00	9,40	8,80	6,80	7,70	5,21	7,25	-6,98	-0,97
Asturias	15,90	14,90	14,10	13,40	10,00	13,90	12,00	9,70	8,30	4,80	5,02	6,99	-7,20	-0,94
Baleares(*)	15,60	16,10	11,80	14,10	13,90	--	--	--	--	--	--	--	-2,84	-0,60
Canarias	16,60	15,90	14,50	14,40	11,50	9,40	10,80	11,00	10,30	10,10	5,99	5,32	-9,83	-0,92
Cantabria	13,30	13,90	13,90	14,00	11,20	11,90	6,00	11,20	11,60	9,30	6,34	7,14	-5,50	-0,76
C.-La Mancha	15,50	15,30	14,60	13,60	12,20	10,60	13,40	10,30	7,60	8,50	7,42	6,99	-6,98	-0,97
C.-León	15,20	15,00	11,40	10,30	10,80	10,40	9,30	9,60	9,00	7,90	8,11	5,92	-8,21	-0,97
Cataluña	11,10	11,40	8,90	8,10	6,10	7,50	8,50	9,70	7,30	6,80	6,99	6,83	-4,32	-0,66
C. Valenciana	12,10	13,80	10,90	11,60	10,40	9,30	8,70	7,50	8,60	8,00	7,42	7,50	-4,25	-0,93
Extremadura	17,70	13,50	12,90	11,00	13,40	12,40	13,20	10,20	9,10	8,90	6,58	4,56	-11,60	-0,91
Galicia	14,10	15,50	13,30	12,70	13,70	11,90	10,40	10,70	7,70	8,10	7,42	6,48	-6,83	-0,96
Madrid	11,30	12,30	12,70	11,40	9,50	8,40	8,10	7,90	6,90	6,20	6,49	5,83	-5,84	-0,94
Murcia	14,00	9,90	9,70	10,20	11,20	11,30	10,00	7,70	9,30	7,70	8,36	9,64	-3,33	-0,69
Navarra	14,00	9,30	13,80	11,60	11,30	10,00	7,90	6,90	6,50	5,10	2,91	5,22	-8,58	-0,91
País Vasco	16,30	15,50	12,20	11,60	12,50	12,50	11,70	10,40	10,30	8,70	7,96	7,00	-7,40	-0,92
Rioja	20,50	13,50	18,10	14,00	15,10	12,10	16,40	16,30	13,40	9,60	11,64	9,89	-6,41	-0,73
Mediana	15,20	14,90	12,90	11,60	11,30	10,50	9,70	9,70	8,45	7,95	6,78	6,91	-6,92	-0,99
Rango P15-P85	5,60	4,50	3,70	3,90	3,90	4,10	5,50	3,70	4,40	4,50	3,35	3,86	-3,33	-0,33

(*) A partir de 1985 no se calcula la mortalidad perinatal ya que las muertes fetales tardías recogidas en el M.N.P. muestran grandes oscilaciones que resultan paradójicas.

Fuentes: I.N.E. Movimiento Natural de la población Española. Tomo I. Madrid 1990 y 1991.

MSC Indicadores de Salud. Segunda evaluación en España del programa Regional Europeo Salud para Todos. Madrid 1993

Elaboración: MSC.D.G. Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

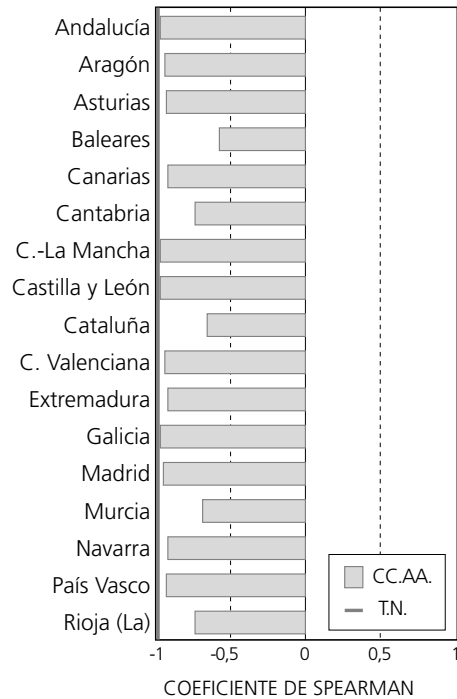
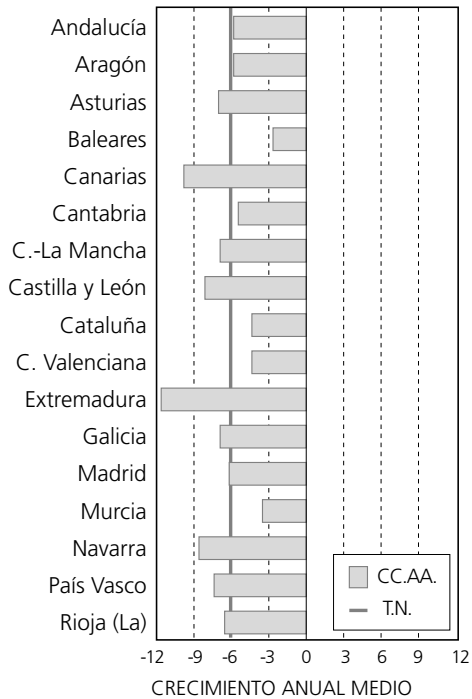
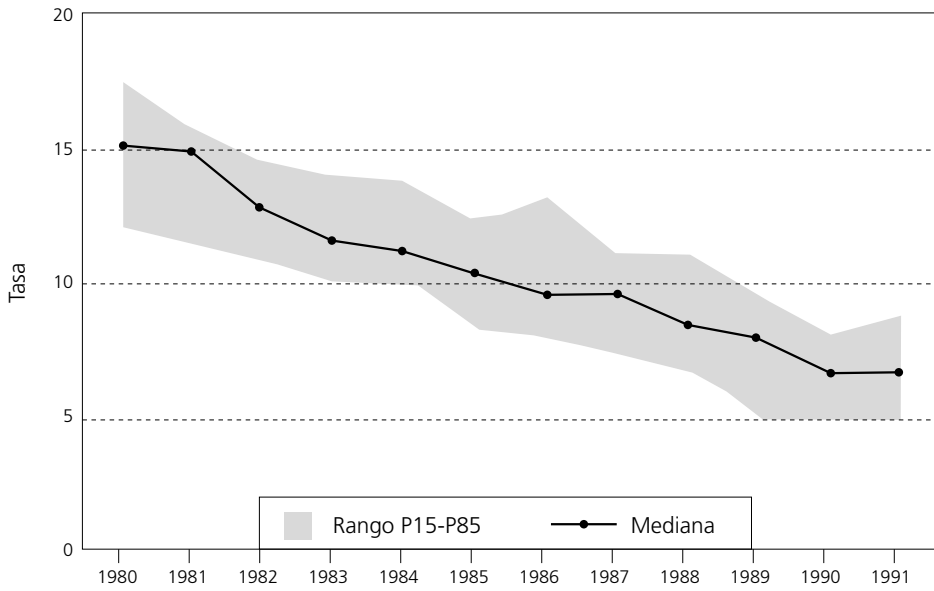


Figura X.1. Mortalidad Perinatal

Fuente: M.S.C.: D.G. de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

Cuadro X.8. Índice de ocupación en Hospitales de Agudos (1980-1991)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Tasa Inc.An. Medio (%)	Spearman
Total Nacional	67,80	67,12	69,92	70,32	65,62	67,48	65,07	70,54	71,71	71,39	71,14	74,03	0,80	0,68
Andalucía	66,91	66,03	70,95	71,21	69,15	67,90	63,32	70,74	71,43	70,68	73,30	74,15	0,94	0,61
Aragón	55,38	58,10	58,80	61,61	58,86	62,94	62,33	69,46	73,04	75,10	68,10	71,54	2,35	0,91
Asturias (*)	65,71	64,66	71,99	70,06	62,51	63,97	58,02	63,09	63,07	68,47	69,54	74,19	1,11	0,23
Baleares	51,62	59,79	65,02	60,48	60,65	60,65	59,88	67,61	72,61	71,60	68,71	71,90	3,06	0,84
Canarias	67,33	72,30	72,10	76,36	57,38	60,96	55,96	74,55	76,76	74,68	71,21	77,73	1,31	0,39
Cantabria	42,40	56,65	67,80	70,33	63,79	68,60	69,86	76,15	81,47	84,77	78,53	80,63	6,02	0,89
C.-La Mancha	62,59	64,21	71,10	72,53	61,63	65,75	68,62	77,67	74,85	77,59	66,01	74,08	1,54	0,59
C.-León (*)	--	65,73	67,33	69,83	64,23	69,50	67,96	66,89	68,02	67,61	73,18	71,23	0,73	0,67
Cataluña	69,86	68,08	71,43	70,24	68,05	68,00	63,99	68,53	70,46	68,57	70,03	77,10	0,90	0,23
C. Valenciana	64,45	65,34	65,23	68,47	64,07	68,44	66,72	72,62	72,85	73,05	69,63	72,19	1,04	0,78
Extremadura	54,18	58,03	59,68	60,64	58,49	68,11	66,61	70,05	70,03	68,99	65,16	71,76	2,59	0,84
Galicia	70,09	69,72	68,52	69,00	70,10	72,04	69,83	75,68	74,02	74,69	75,37	78,19	1,00	0,83
Madrid	66,10	70,84	70,80	76,41	68,32	70,28	68,72	72,44	73,58	72,97	74,08	73,82	1,01	0,57
Murcia	63,67	65,31	62,35	62,76	59,78	59,50	61,52	67,67	72,21	70,50	67,64	64,79	0,16	0,45
Navarra	70,32	71,02	67,21	69,10	66,18	69,51	69,42	73,07	72,37	72,86	73,77	75,29	0,62	0,71
País Vasco	69,58	77,19	82,39	69,99	65,35	65,92	66,01	67,05	67,32	69,10	66,06	69,84	0,03	-0,33
Rioja	77,95	81,52	76,48	89,52	64,64	71,60	61,19	76,38	73,30	71,98	73,87	77,22	-0,09	-0,37
Mediana	65,71	65,73	68,52	69,99	64,07	68,00	66,01	70,74	72,61	71,98	70,03	74,08	1,10	0,71
Rango P15-P85	18,47	14,20	9,76	14,75	9,46	9,32	9,54	9,09	6,77	6,54	8,01	6,50	-9,05	-0,92

(*) El dato de esta C.A. en 1880, no se ha calculado en la creencia de que por alguna deficiencia de la información de base arroja un valor superior al 100%, por lo que la tasa de incremento anual media y el coeficiente de correlación de rangos se refieren al periodo 1981-1991.

Fuentes: I.N.E. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado: 1980-1991.

Elaboración: MSC.D.G. Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

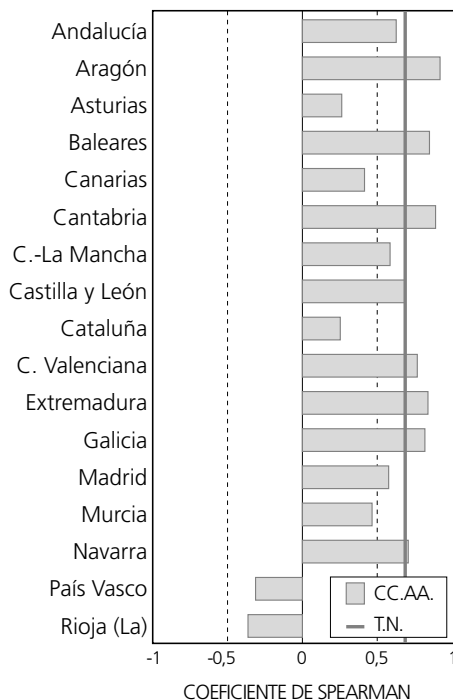
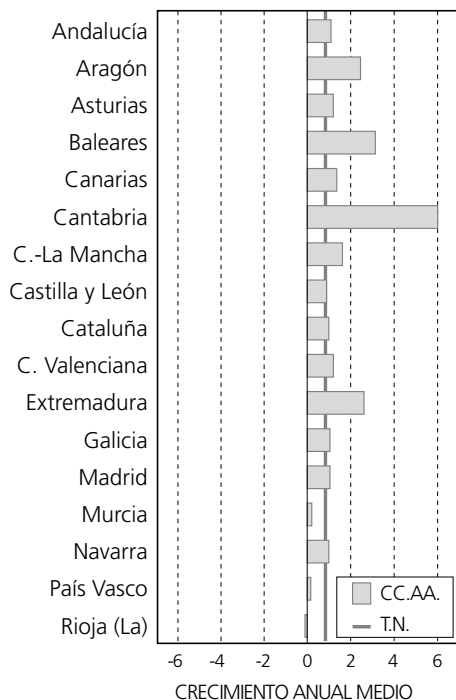
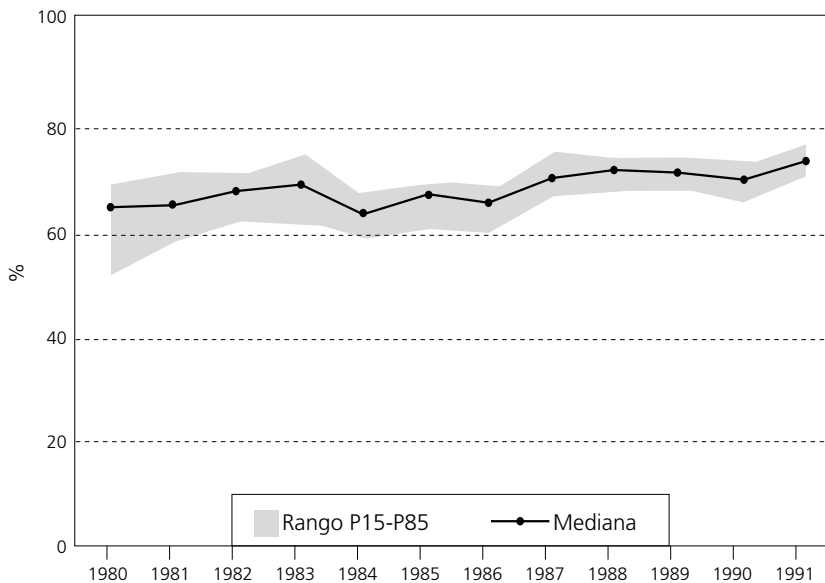


Figura X.2. Índice de ocupación en hospitales de agudos

Fuente: M.S.C.: D.G. de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

Cuadro X.9. Gasto en el presupuesto liquidado del Insalud por habitante (1986-1993)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Tasa Inc.An. Medio (%)	Spearman
Total Nacional	29.771	34.363	38.477	45.471	53.804	58.537	69.800	76.594	14,45	1,00
Andalucía	29.203	33.933	37.581	42.133	54.409	56.275	63.702	77.334	14,93	1,00
Aragón	33.797	39.580	44.811	52.810	59.307	67.170	80.879	79.844	13,07	0,98
Asturias	31.810	37.739	41.858	50.013	55.370	64.024	81.695	84.198	14,92	1,00
Baleares	30.569	33.492	36.450	44.062	46.352	52.650	69.452	68.116	12,13	1,00
Canarias	28.868	30.859	34.517	47.223	51.003	59.627	74.938	77.501	15,15	1,00
Cantabria	36.173	39.512	44.928	53.517	58.405	63.168	80.924	84.147	12,82	1,00
C.-La Mancha	23.990	28.524	33.398	40.430	45.622	51.986	65.720	67.696	15,97	1,00
C.-León	29.585	33.491	37.971	45.539	50.281	56.585	70.381	69.980	13,09	0,98
Cataluña	31.419	35.784	39.636	44.537	57.601	59.658	67.479	78.577	13,99	1,00
C. Valenciana	29.609	36.100	39.756	44.737	57.952	60.122	68.271	79.792	15,21	1,00
Extremadura	25.469	30.327	34.357	42.584	48.161	56.937	68.727	71.155	15,81	1,00
Galicia	23.799	26.468	31.332	39.122	43.130	48.445	56.157	66.983	15,93	1,00
Madrid	33.366	39.203	41.642	51.394	56.510	61.714	80.478	49.431	13,19	0,98
Murcia	27.888	32.966	35.499	43.395	47.272	53.441	68.484	69.484	13,93	1,00
Navarra	27.917	32.535	35.277	45.872	46.063	69.472	79.004	84.783	17,20	1,00
País Vasco	31.191	34.050	43.763	51.901	60.280	66.374	74.854	83.393	15,08	1,00
Rioja	29.156	34.172	40.591	49.345	51.232	56.882	71.083	72.316	13,86	1,00
Mediana	29.585	33.933	37.971	45.539	51.232	59.627	70.381	77.501	14,75	1,00
Rango P15-P85	7.897	8.876	9.406	9.768	12.342	13.724	15.159	16.031	10,64	1,00

Fuentes: I.N.E. Proyección de la población española para el período 1981-2000. Cifras revisadas. Base Censo 1981
INSALUD. Liquidación del presupuesto de cada año

Elaboración: MSC.D.G. Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

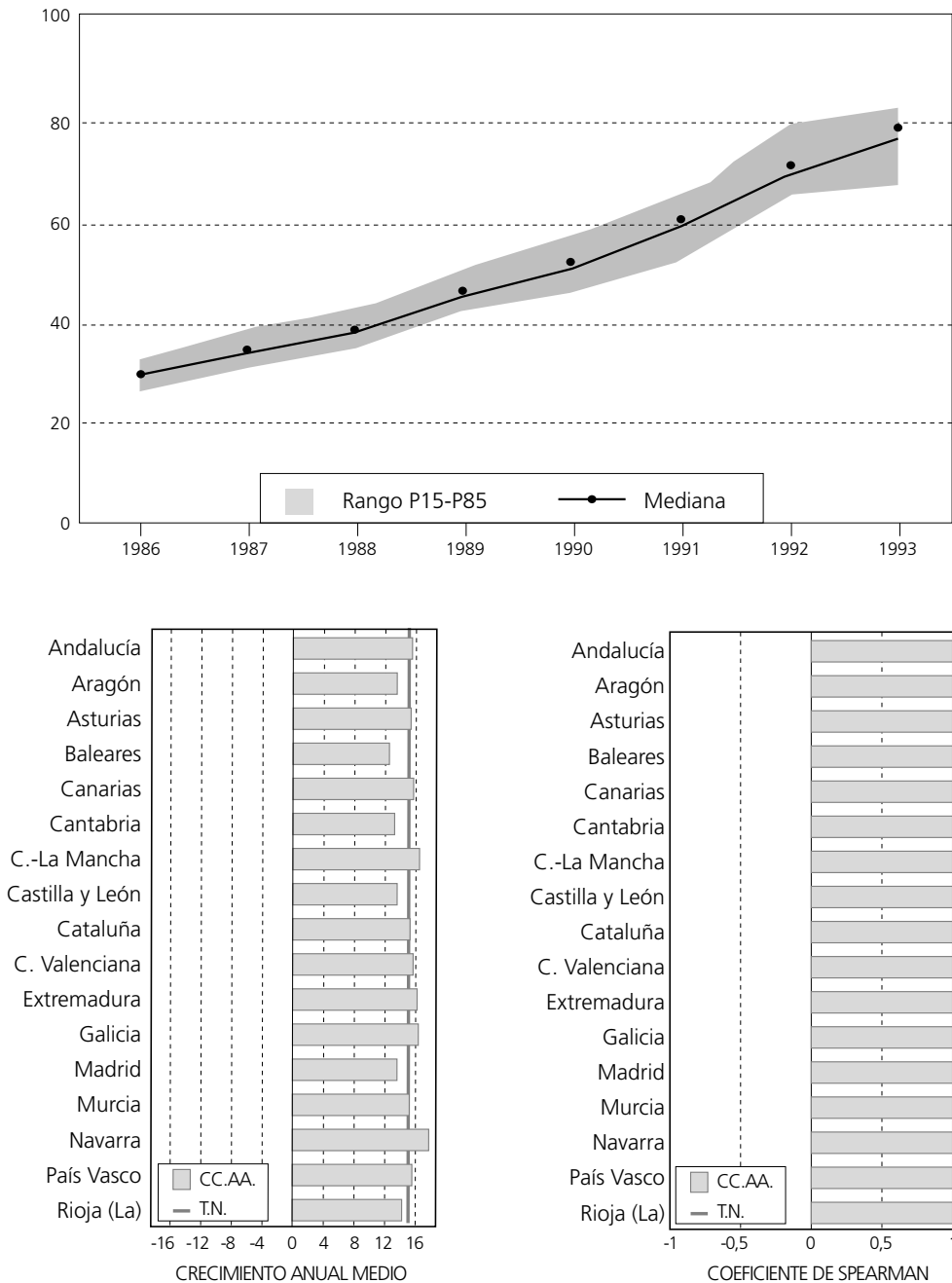


Figura X.3. Gasto por habitante en el presupuesto liquidado del INSALUD

Fuente: M.S.C.: D.G. de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

Cuadro X.10. Planes de Salud de las Comunidades Autónomas. Comparación por áreas de actuación.

Áreas	And.	Arag.	Ast.	Canar.	C-Man.	Galic.	C. y L.	Catal.	C.Val.	Madr.	Murc.	Nav.	P. Vas.
Vacunaciones	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enf.Infecciosas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sida	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Infantil	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X
Maternal-Fam.	X	X		X	X		X	X	X	X		X	X
At. al anciano	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
S. Bucodental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
S. Mental	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Drogas Alcoh.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tabaco	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cancer	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E.C- Vasculares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enf. Respir.	X	X				X		X		X	X		
E. Musc-Esquel.	X	X	X			X		X		X	X		
Enf. Resp.	X	X	X			X		X		X	X		
E. Musc.-Esquel	X	X	X			X		X		X	X		
Enf. Digestivas	X	X				X		X		X	X		
Accidentes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enf. Laborales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diabetes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alim. y Nutrición	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ejerc. Físico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medio Ambiente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dis. Fis-Psiq					X		X	X	X	X	X	X	X
Don. y Trasp								X			X		
Medicamentos								X					
Sist. Sanitario	X		X		X	X		X	X	X			
Inf. y Evaluación	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Documentos aportados por las Comunidades Autónomas.

Elaboración: Subdirección General de Alta Inspección. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cuadro X.11. Adecuación de los documentos de las Comunidades Autónomas
(R.D. 938/1989 de 21 de julio)

	Anal. y Diagn. de problemas	Establecim. objetivos	Programas desarrollar	Financiación	Ejecución	Evaluación
Andalucía	X	X	X			
Aragón	X	X				
Asturias	X					
Baleares						
Canarias	X					
Cantabria						
C. La Mancha	X	X	X			
C. y León	X	X				
Cataluña	X	X	X		X	X
C. Valenciana	X					
Extremadura						
Galicia	X	X				
Madrid	X	X	X			
Murcia	X	X	X			X
Navarra	X	X	X			
P. Vasco	X	X	X			
Rioja						

Fuente: Documentos aportados por las Comunidades Autónomas.

Elaboración: Subdirección General de Alta Inspección. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo.

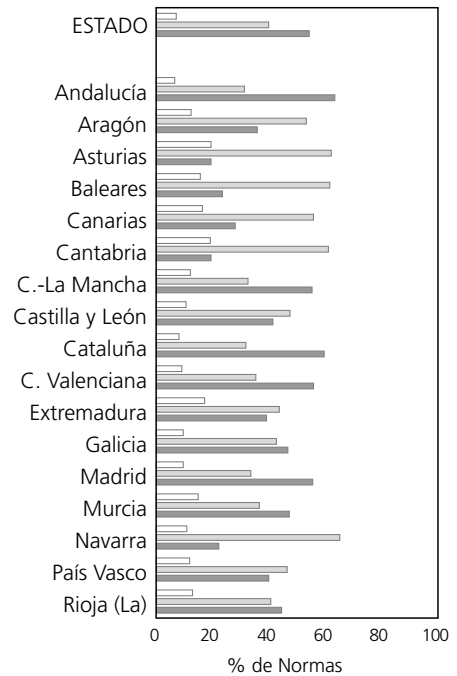
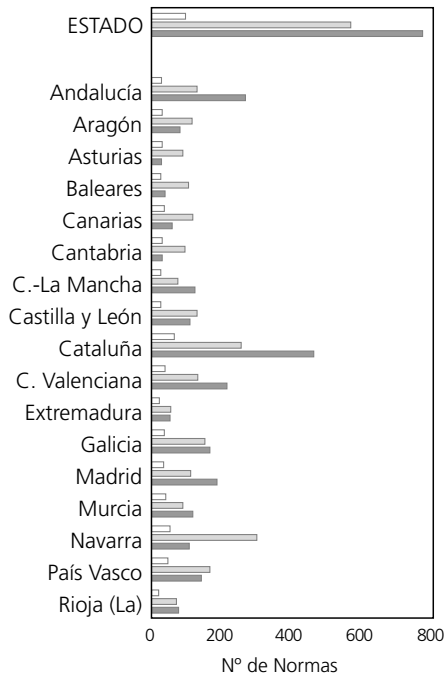
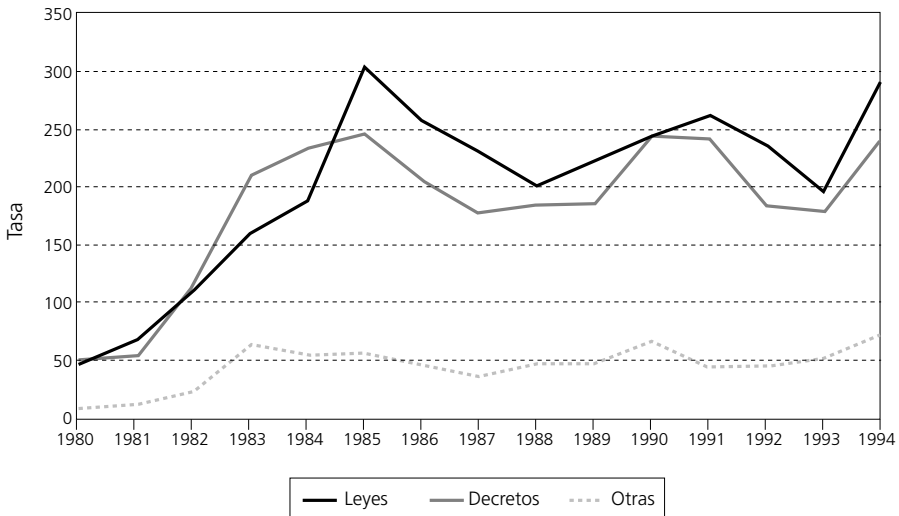


Figura X.4. Normas de aplicación en el ámbito de las administraciones sanitarias

Fuente: M.S.C.: D.G. de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

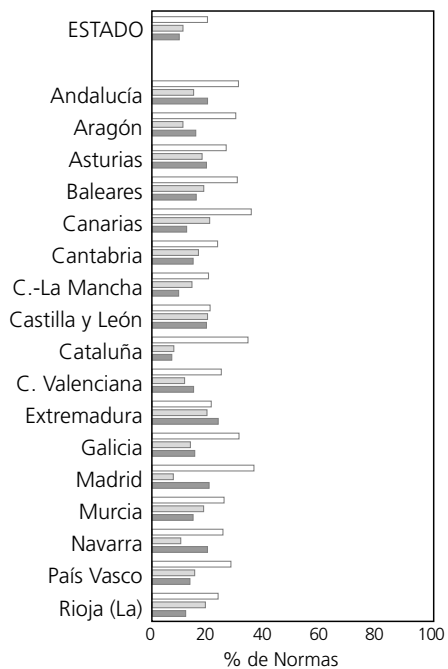
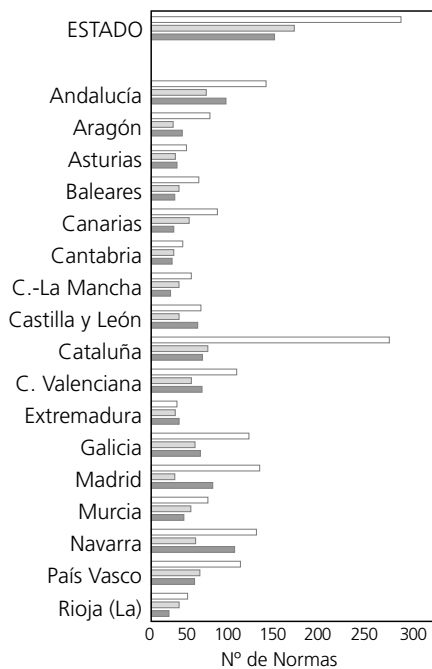
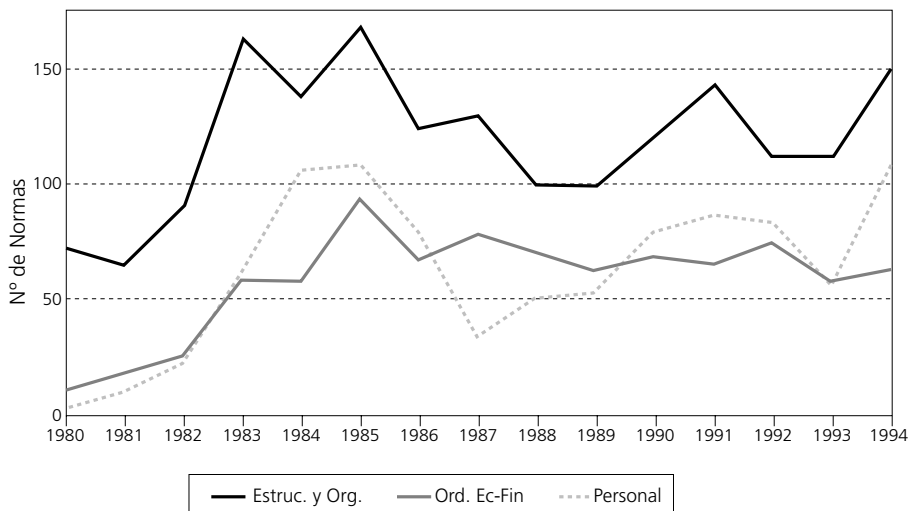


Figura X.5. Normas de aplicación en el ámbito de las administraciones sanitarias. Área organizativa

Fuente: M.S.C.: D.G. de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Alta Inspección

c. Conclusiones generales

La presentación de las tablas, gráficos y análisis de la evolución de cada uno de los indicadores resulta imposible aquí, y constituye otra publicación, que se ha citado (4).

Ante esa imposibilidad, se ha optado por presentar de manera resumida las conclusiones generales correspondientes a cada una de las grandes áreas de evaluación citadas, precedidas de otros dos grupos de conclusiones muy generales referidas a la propia necesidad del estudio y la disponibilidad de sistemas de información. A continuación se presentan las conclusiones generales ordenadas según las nueve grandes áreas de evaluación:

(1) Necesidad de estudio

- Determinar por organización territorial del estado.
- Período transcurrido insuficiente para variaciones significativas, aunque sí se apuntan tendencias.
- Necesidad de estudios posteriores (periodicidad superior a anual).

(2) Sistemas de información

- Desarrollo suficiente de buen número de sistemas existentes
- Déficits valorables en:
 - Atención Primaria
 - Información económica
 - Personal
 - Accesibilidad

(3) Características demográficas y socioeconómicas

- Disminución de la natalidad, aumento de la esperanza de vida y envejecimiento consiguiente de la población, tendencias generales y comunes.
- Distribución de la población por CC.AA. muy desigual, que viene desde principios de siglo.
- El mayor crecimiento relativo, con carácter general, núcleos de 5.000-50.000 habitantes.
- Indicadores culturales (analfabetismo) y de saneamiento mejora general. sólo algunas bolsas limitadas de marginalidad.
- Mejora general de situación económica personal medida en términos de v.a.b. por persona. diferencias entre cc.aa. se mantienen o aumentan en términos absolutos, pero no relativos.

(4) Estado de salud

- Evolución general positiva de indicadores más habituales (mortalidad infantil, perinatal, esperanza de vida al nacer).
Ninguna C.A. se separa de esa tendencia, con situación favorable en comparaciones internacionales.
Diferencias entre CC.AA. disminución o no aumento significativo.
- Cardiovasculares y tumores malignos, primeras causas de muerte en todas las CC.AA.
- Evolución de enfermedades prevenibles por intervenciones sanitarias (vacunaciones y otras) similar en todas las CC.AA.
- Sida y accidentes de tráfico, problemas de futuro, por volumen y afectación de población joven.
Mortalidad en población joven, aumento de las diferencias absolutas y relativas entre CC.AA.

(5) Recursos personales

- Cifras de médicos y farmacéuticos, estatales y por CC.AA., entre las más altas de países de OCDE.
Tendencia creciente.
- Situación contraria en cuanto a personal de enfermería.
Cifras tienden a aumentar.
Diferencias entre CC.AA. tienden a disminuir, tanto en términos absolutos como relativos.
- (Carencia de cifras: p. ej. distribución de especialistas)

(6) Recursos materiales

- Cifras de camas hospitalarias entre las más bajas de OCDE.
Como en todos los países de OCDE, tendencia decreciente (¿Otro uso de hospitales?).
- Disminución de diferencias entre CC.AA. en camas de titularidad pública y camas de agudos.
- Baja dotación general de camas privadas, con limitadas excepciones territoriales, y evolución desigual (desaparición en algunas CC.AA.;
Ligero aumento en algunas CC.AA., por razones no homogéneas.
- Indicadores de actividad de hospitales de agudos, mejora de rendimiento en todas las CC.AA. y todo tipo de centros.
Comparaciones con otros países permiten apuntar posibilidades de mejora de eficiencia.

(7) Gasto sanitario

- Crecimiento importante y sostenido de gasto liquidado INSALUD/CC.AA. en todas las CC.AA. Diferencias entre CC.AA. aumentan en términos absolutos, pero disminuyen en términos relativos al nivel de gasto.
- Crecimiento sostenido de gasto farmacéutico en todas las CC.AA., pero menor que el del gasto sanitario global. Diferencias entre CC.AA. disminuyen en proporción al nivel de gasto.
- Diferencias notables en gasto sanitario "propio" de las CC.AA., aunque tendencia a disminuir las diferencias, por aumento de las de menor gasto (datos elaboración propia).
- Crecimiento del gasto corriente en hospitales, menor y más uniforme que el de inversiones.
- Bajo nivel de gasto sanitario privado en todas las CC.AA. Ligera tendencia a aumentar con disminución de diferencias relativas.

(8) Planes de salud

- Puesta en cuestión de idoneidad de normas que regulan elaboración de planes de salud.
- Cuestionamiento del concepto de planes de salud.
- Diferente grado de elaboración por CC.AA. (4 CC.AA., ningún desarrollo).
- Ausencia de referencias a financiación en planes elaborados.
- Escasa atención dedicada a evaluación.
- Amplitud de áreas de actuación y objetivos y coincidencia de ellos entre CC.AA.

9. Actividad normativa

- Importantes diferencias entre CC.AA.
- En volumen de producción normativa
- En rango de normativa (no siempre pirámide normativa)
- Gran peso de producción normativa de todas las CC.AA. dedicada a aspectos organizativos.

Tratar de resumir aquí las tendencias generales señaladas en cada una de esas áreas en una sola tendencia común llevaría probablemente a incurrir en simplificaciones que falsearían la realidad. No obstante sobre los datos aportados en el trabajo podrían sustentarse algunas observaciones:

- En primer lugar, que el proceso de descentralización que ha tenido lugar en España en el ámbito sanitario no ha derivado por el momento en una tendencia al aumento de las diferencias tanto en salud como en servicios sanitarios, medidas al nivel territorial autonómico, que pudieran existir con anterioridad.

Más bien al contrario, se observan tendencias en aspectos de salud y dotación de recursos sanitarios muy diversos hacia la confluencia en los valores correspondientes, sea en términos absolutos o relativos al nivel de los indicadores de salud o al volumen de los recursos.

Esas tendencias son coherentes con las que se han detectado en otros estudios (5-9), en los que se apunta, en alguno de los casos en sentido crítico, que las políticas desarrolladas desde la constitución del Estado de las Autonomías tendió más a corregir las diferencias entre éstas en nivel de renta y servicios que en el desarrollo económico.

- Esas tendencias coexisten con el mantenimiento de diferencias entre Comunidades Autónomas (se ha descrito, por ejemplo, un eje de Noroeste a Sureste de España que podría servir de separación entre las Comunidades con mejores y peores condiciones socioeconómicas y de mortalidad, siendo las de peor nivel las situadas por debajo de esa línea) y entre grupos sociales dentro de cada una de las propias CC.AA.(10).

La valoración positiva o negativa del ritmo de atenuación de las diferencias entre las Comunidades Autónomas constituye un aspecto cualitativo, para el que no se han establecido objetivos precisos.

- Junto con el mantenimiento (con tendencia a la atenuación) de las diferencias preexistentes, es posible detectar también la aparición de diferencias temporales en la dotación de nuevos recursos.(11).

En estos casos, sin embargo, tiende a observarse un ritmo de igualación más rápido, siempre sobre la base de la equiparación con el nivel de dotación más alto. Esta situación puede contribuir a la inflación de recursos sanitarios y el incremento de los costes.

La ausencia de medidas adecuadas de la accesibilidad a los nuevos recursos con arreglo a criterios territoriales puede contribuir a promover como solución la dotación universal (e innecesaria) de aquéllos.

- Si se trata de establecer la relación entre la distribución de responsabilidades sanitarias a las CC.AA. y las tendencias relativas a la igualación en estado de salud y recursos sanitarios que se apuntaban al principio, en el momento actual sólo es posible constatar la coexistencia de ambos hechos, junto con la potenciación de las tendencias igualitarias en ciertos casos, como los descritos en el apartado anterior.

En otros casos (por ejemplo, en el caso de la dotación de camas hospitalarias por CC.AA.) las tendencias a la homologación parecen previas a la constitución de las CC.AA., aunque se han mantenido tras la asunción de las responsabilidades por éstas (12).

- Diversos datos cuantitativos, que afectan a áreas diferentes (por ejemplo, actividad vacunal; indicadores de actividad hospitalaria; cifras de gasto farmacéutico o de gasto corriente en hospitales; áreas de actuación en los planes de salud; ritmo de producción y carácter de las normas dictadas por distintas CC.AA.) apuntan a un comportamiento administrativo semejante por parte de las distintas Administraciones sanitarias (aún con las diferencias concretas que puedan detectarse en diversos casos), frente a unas condiciones generales y un "mercado" sanitario que sigue siendo fundamentalmente semejante y común.

El elemento de comparación (e inspiración) básico para la mayoría de las Administraciones autonómicas parece seguir siendo el resto de las Comunidades Autónomas, como se comenta también más adelante desde el punto de vista cualitativo.

- Si se utiliza como referencia el gasto liquidado del INSALUD, tanto en las CC.AA. que tienen asumida la gestión de éste como en las que esa función se sigue realizando bajo la autoridad del Ministerio de Sanidad, el sistema de financiación sanitaria que viene funcionando hasta ahora (que se ha explicado en el capítulo sexto, y que se caracteriza por depender tanto en unos como en otros casos de unas cifras de referencia establecidas centralmente, con una proyección a cada territorio por coeficientes) da como resultado un aumento importante y sostenido del gasto en todas las CC.AA..

Aunque las diferencias entre éstas aumentan en términos absolutos, esas diferencias se hacen menores en relación al nivel de gasto.

Las diferencias son mayores en la parte del gasto sanitario que depende de cada una de las CC.AA., aunque la importancia proporcional de este gasto es menor y las diferencias tienden a atenuarse por incremento del gasto de las que parten de un menor nivel.

2. Evaluación cualitativa de la descentralización sanitaria española

Los aspectos cualitativos a analizar en cualquier proceso dependen del punto de vista del evaluador, y de las cuestiones a las que éste atribuya mayor importancia.

En nuestro caso se entran a analizar tres aspectos:

- La relación entre la descentralización sanitaria y el proceso de descentralización general que tuvo lugar en España en el mismo período.
- La influencia del proceso de descentralización sobre la consideración atribuida a la salud y los valores y recursos sanitarios en el conjunto de la sociedad y en las diferentes Administraciones.
- La relación entre el proceso de descentralización y la posible diferenciación entre los nuevos servicios descentralizados.

La elección del primero de estos aspectos es consecuencia obligada de las consideraciones respecto a las razones de la descentralización sanitaria en España que se hicieron en el capítulo primero. La conclusión en aquella ocasión era que el proceso descentralizador español se ha

movido por razones primordialmente extrasanitarias. Se trata ahora de valorar hasta dónde han llegado las influencias extrasanitarias en el proceso específicamente sanitario y, a la vez, qué contribución ha habido desde el ámbito sanitario a los objetivos más amplios que han promovido el proceso de descentralización generalizado que ha tenido lugar.

La segunda cuestión es casi el reverso de la anterior: se trata de valorar en este caso si el proceso de descentralización sanitario ha tenido alguna consecuencia en la importancia atribuida a la salud y los valores sanitarios en los distintos ámbitos sociales y administrativos en los que se ha producido.

El tercer aspecto que se entra a valorar tiene que ver con una de las razones que habitualmente más se barajan como justificación de los procesos de descentralización sanitaria. Esa razón no es otra que el tratar de adaptar los servicios sanitarios a las peculiaridades y características de las sociedades en las que se desarrollan. El objetivo de la valoración en este caso es considerar hasta qué punto la descentralización ha conducido realmente a una organización diferente de los respectivos servicios sanitarios o si, por el contrario, el proceso descentralizador no ha llevado hasta ahora a diferencias sustanciales entre aquéllos.

Para la consideración de cada uno de esos aspectos se han tratado de establecer indicadores o medidas, cuya significación y valoración tienen inevitablemente un carácter más subjetivo que las de los que se han utilizado en la valoración cuantitativa anterior. Son, en todo caso, datos que no suelen conocerse y manejarse con la misma frecuencia y amplitud que los indicadores antes usados, por lo que presentarlos todos juntos puede suscitar reflexiones no hechas hasta ahora, aunque éstas no coincidan necesariamente con las que aquí se hacen, lo que constituye una razón suficiente para su exposición.

a. Relación entre el proceso de descentralización sanitaria y la descentralización general

Para la valoración de esta cuestión se establecen tres líneas de análisis:

- Los conflictos de competencias en uno y otro sentido entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.
- La situación y efectos del sistema de distribución de competencias sanitarias hacia las Administraciones autonómicas.
- La consideración de la actitud de las CC.AA. en el proceso de descentralización sanitario, estudiando si por parte de aquéllas, además del desarrollo propio de cada una de ellas, se han dado alguna clase de actitudes de compromiso con el desarrollo general del sistema sanitario, entendido como un sistema común.

(1) Conflictos de competencias

La primera distinción a establecer en este caso es que estos conflictos (entendidos como cuestionamientos recíprocos de las actuaciones de las administraciones central o auto-

nómicas ante los tribunales) pueden producirse a dos niveles diferentes: el constitucional, si se estima que se han vulnerado principios establecidos en la norma fundamental, o el contencioso-administrativo, si las supuestas infracciones o desacuerdos son de ese rango.

- Respecto a los *conflictos ante el Tribunal Constitucional*, sean los presentados por el Estado frente a las Comunidades Autónomas o a la inversa, desde 1981 hasta 1988 las impugnaciones ante el Tribunal Constitucional en materia de sanidad y consumo fueron de cinco por año, con valores extremos de uno (1982) y catorce (1984). En 1987 se constituyó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Tanto ese año como el siguiente el número de impugnaciones ante el Tribunal Constitucional fue de cuatro, descendiendo a cero a partir de esa fecha y hasta 1995.

Las cifras reseñadas ponen de relieve un evidente cambio de rumbo en la evolución hacia 1988, lo que se pone en relación con la fecha de constitución del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sin descartar que el establecimiento de un cauce periódico y obligado de relación entre todas las partes tuviera alguna clase de influencia en ese cambio, es seguro que en éste concurren también, y quizás de manera fundamental, otras razones.

Hay que decir en primer lugar que la actividad normativa por parte de las Comunidades Autónomas tuvo un auge especial (por razones obvias y con una proyección principal hacia los aspectos organizativos, como se puso de relieve en los cuadros que acompañan al análisis cuantitativo) en los años más próximos a la constitución de aquéllas. Es razonable deducir que en fases de mayor actividad normativa, con menor experiencia, y sin una norma de ámbito general que orientase las actuaciones (la Ley General de Sanidad se promulgó en 1986) el número de conflictos fuera mayor.

A las razones apuntadas, sin embargo, hay que añadir en cualquier caso otra de carácter general: lo que ocurría en el ámbito de la Sanidad y el Consumo no era diferente a lo que tenía lugar en los ámbitos competenciales más diversos; como consecuencia, el acúmulo de conflictos acumulados ante el Tribunal Constitucional desbordaba netamente las posibilidades de resolución de éste, a la vez que convertía al alto Tribunal en el árbitro de la vida política ordinaria hasta sus detalles menores, papel que excedía las previsiones para las que fué creado.

"Desatascar" esa situación requería una actitud diferente por parte de las Administraciones litigantes. Esta se tradujo en la práctica en una mayor actitud de cooperación y diálogo en la elaboración de las normas, y en la aceptación de una forma de interpretación de éstas que había sido recomendada por el propio Tribunal Constitucional en diferentes sentencias.

Esa forma de valorar las normas consiste en abstenerse de la presentación de conflictos constitucionales en todos aquellos casos en los que, aunque puedan darse interpretaciones de la norma contrarias al orden constitucional, quepa también algu-

na acorde con éste, quedando a la espera de la aplicación que se haga realmente en cada caso para la presentación de posibles recursos.

En algunos casos se ha llegado a solicitar de la Administración que había elaborado la norma un compromiso escrito de intencionalidad, en el sentido de aplicar los preceptos de interpretación discutible en un determinado sentido, como condición para evitar la interposición de un recurso.

En el ámbito de la Administración General del Estado ha sido la Comisión de Seguimiento de las normas y actuaciones de las CC.AA., coordinada por el Ministerio para las Administraciones Públicas, a la que se ha aludido en el capítulo octavo, la que se ha encargado de garantizar la aplicación de esos principios.

Esa aplicación ha supuesto en diversos casos la imposición de criterios contradictorios con los sostenidos por los ministerios sectoriales correspondientes, también el de Sanidad, que hacían lecturas más acordes con la realidad del ámbito propio, y con el conocimiento inmediato del objetivo político pretendido en cada caso.

Por otra parte, la impugnación de actos o disposiciones concretos en aplicación de normas de las que quepan diferentes interpretaciones constituye una labor más compleja y ardua que el recurso frente a la norma original.

El efecto de esa situación, en la práctica, ha sido una normativa general sanitaria más laxa y amplia que la que pudiera haberse alcanzado con un seguimiento más estricto. En los capítulos anteriores se han citado algunos ejemplos concretos de ello.

Pero, a la vez, es preciso considerar que otra forma de actuación hubiera planteado otros problemas de carácter político general como los que se han indicado, para cuya solución ha sido precisa la contribución sectorial, bajo la forma de sumisión a los criterios de interpretación que se han expresado.

- Los conflictos competenciales se han planteado también en el ámbito *contencioso-administrativo*.

Estos conflictos han abarcado tanto la impugnación de disposiciones generales, que no afectasen a principios constitucionales, como actos concretos en ejecución de normas.

La característica fundamental en estos casos, sin embargo, ha sido que los desacuerdos no han tenido una proyección superior a la sectorial ni, en general, se han promovido vías de solución para estas cuestiones que superase los cauces específicos de la relación sanitaria.

No es posible presentar una estadística general de esta clase de conflictos. Su presentación y tramitación desde los ámbitos de la Administración General del Estado ha tenido lugar desde distintos lugares y niveles de responsabilidad, pues para su interposición no son necesarias decisiones de órganos superiores, lo que dificulta una visión numérica global del problema.

Sí es posible, por el contrario, una caracterización general de estos conflictos.

En general puede decirse que el campo más habitual de ellos ha sido la relación entre las Comunidades Autónomas que carecen de las competencias sobre el INSALUD y este último.

La extensión de los criterios de autoridad sanitaria propia de las CC.AA. hacia la gestión interna propia del Instituto; la extensión de los criterios autónomos de actuación de éste hacia áreas propias de la planificación de las Comunidades Autónomas respectivas (lo que se potencia por la disponibilidad de un presupuesto no sometido al control autonómico correspondiente); y la confluencia de responsabilidades ya descrita sobre ciertos grupos de personal, en especial en el ámbito de la Atención Primaria en el medio rural, constituyen todas ellas un terreno abonado para que se produzcan diferencias de criterios que, con cierta frecuencia, precisan de solución por parte de Tribunales ordinarios.

Resulta también difícil resumir, y más porcentualmente, cuáles han sido los criterios jurisprudenciales en la solución de esos conflictos, y a qué administraciones han dado la razón con más frecuencia en estos casos.

Cabe señalar en primer lugar que, tratándose de procedimientos resueltos por Tribunales ordinarios, se producen con cierta frecuencia soluciones hasta contrarias para problemas similares en ámbitos territoriales diferentes, e incluso en el mismo territorio.

Las resoluciones judiciales, en todo caso, en ocasiones a través de recursos ante el Tribunal Supremo para la unificación de doctrina, van contribuyendo a configurar un cuerpo de doctrina respecto al ejercicio de las competencias respectivas en ciertas materias por las Administraciones que se citaban, por lo que, en general, el número de estos conflictos se va reduciendo con el paso del tiempo y la adecuación de las Administraciones respectivas a los criterios establecidos.

Un área de interés especial la constituyen los recursos interpuestos por el personal sanitario en las áreas de coincidencia de actuaciones que se citaban antes (turnos de guardia, horarios, plantillas u otros, en la Atención Primaria en el medio rural).

Las resoluciones de los Tribunales en estos casos suelen tender a la interpretación más favorable para los recurrentes individuales, invitando a las Administraciones a que pongan de acuerdo sus criterios de actuación.

Las decisiones conllevan en muchos casos repercusiones económicas, que tienen que ser afrontadas por quien es habitualmente responsable en este campo, normalmente el INSALUD, sin que el aumento de gasto consiguiente haya provocado actitudes de colaboración previa suficientes como para hacer desaparecer estos casos.

Se han aducido en ocasiones razones de clientelismo político para el mantenimiento de esas diferencias de criterios que, en todo caso, no parece que puedan resolverse sino por la corresponsabilidad y el acuerdo entre las Administraciones.

(2) Distribución de competencias

Cómo se encuentran distribuidas las competencias sanitarias tras el proceso de descentralización que ha tenido lugar en España se ha descrito ya en los capítulos generales de este texto, en especial en el capítulo cuarto.

Lo que corresponde hacer aquí es una evaluación de los efectos de ese sistema de distribución de competencias.

El criterio que se sostiene es que se trata de un sistema que ha conducido a una situación inestable, para lo que se aducen las siguientes razones:

- Mantiene diferencias competenciales entre las CC.AA., en concreto dos niveles de competencias distintos (según tengan o no transferido el INSALUD) para unos servicios únicos, lo que lleva a considerar permanentemente la situación como transitoria hasta que se produzca la igualación competencial.
- Ha producido la descentralización de la planificación, lo que conlleva diferentes problemas que se han comentado ya en los capítulos anteriores.
- Esos problemas adquieren un mayor relieve por la disparidad de niveles de descentralización alcanzados en planificación y responsabilidad económica de los servicios sanitarios.
- Las consecuencias negativas de la descentralización de la planificación se han potenciado por la falta de utilización de algunos de los mecanismos propios de los órganos centrales de planificación característicos de un sistema descentralizado, como, por ejemplo, el establecimiento de criterios y niveles de dotación, y otros de los que se han mencionado en el capítulo octavo, sobre instrumentos de coordinación.
- El sistema establecido, y su utilización, ha potenciado la sensibilidad a los intereses localistas, siempre presentes en la planificación y gestión sanitarias, tanto en cuanto a centros sanitarios, como en cuanto a personas.

Respecto a los primeros, no es preciso repetir aquí las consideraciones que se han realizado ya en capítulos anteriores. Por su parte, los sistemas de reclutamiento del personal de la tecnoestructura y el staff de apoyo a que se ha aludido en el capítulo noveno, en especial en el ámbito autonómico, han facilitado la atención de intereses de grupos sanitarios concretos con presencia de peso a nivel territorial.

El conjunto de esas razones abonan la probabilidad de una solución a esa situación inestable en un plazo próximo. Las características de esa solución, por otra parte, están condicionadas por la propia naturaleza del proceso descentralizador autonómico y las fuerzas que éste desencadena: no es verosímil que se replantee la distribución de competencias autonómicas en el sentido de devolver a los órganos centrales de la Administración alguna de las competencias transferidas; por el contrario, la vía más probable de solución a alguno de los problemas planteados será, sin duda, la generalización de las transferen-

cias del INSALUD, que ya ha sido invocada en numerosas ocasiones. Esa vía de solución exigirá otras actuaciones complementarias, todas ellas en el sentido de la coordinación, que se comentan en el capítulo siguiente.

(3) *Compromiso con el desarrollo sanitario general*

El análisis de este aspecto dentro del apartado dedicado a valorar los efectos de la descentralización sanitaria sobre la relación general entre el Gobierno central y las CC.AA. tiene sentido si consideramos la salud y los servicios sanitarios como un patrimonio común, de los que contribuyen a consolidar el sentimiento de pertenencia a un mismo Estado, con independencia de a quién corresponda su protección y gestión en un territorio determinado.

Incrementar el capital común, en uno u otro sentido, excede el interés de la mejora de unos y otros aspectos en el territorio propio; para ello pueden ser necesarias actitudes que, por encima de los intereses inmediatos y concretos de un territorio determinado, tengan en cuenta los efectos de las actuaciones propias y colectivas sobre el conjunto del sistema.

Por otra parte, sólo desde actitudes así parece posible el funcionamiento del sistema "coherente, armónico y solidario" que define el artículo 43.2.c) de la Ley General de Sanidad.

Encontrar indicadores de actitudes no resulta sencillo. Se ha tratado de ser fiel, además, al conocido dicho español de que "obras son amores y no buenas razones". Lo que se recogen a continuación son, por eso, no tanto justificaciones o posicionamientos como actuaciones concretas, que se considera pueden resultar significativas de las posiciones que subyacen a ellas.

Esas actuaciones se refieren a dos ámbitos determinados: la actividad de unas y otras Administraciones en el máximo órgano coordinador sanitario, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y los modelos de solución de conflictos (al margen de las vías legales ya comentadas) en las relaciones entre Administraciones. Uno y otro aspecto se analizan a continuación.

(a) La actuación en el Consejo Interterritorial

Una valoración general de las actuaciones de este órgano lleva a considerar que la actitud de las diferentes Administraciones en el mismo se ha guiado más bien por los intereses individuales de cada una de ellas que por el planteamiento de intereses generales del Sistema.

Entre las razones para sustentar esta afirmación cabe incluir las siguientes:

- Los sistemas de adopción de acuerdos por el Pleno del Consejo han excluído de manera sistemática, como se comentaba en el capítulo octavo, las posibilidades de votación.

Algunas CC.AA. (de manera muy significada Cataluña) han planteado de manera explícita que cualquier acuerdo adoptado por votación se consideraría una injerencia en una competencia que se tenía por ellas como propia y exclusiva. Esto, aparte de limitar el sentido de las votaciones (que pueden servir para reflejar las posiciones mayoritarias, aunque éstas no tengan carácter coactivo), impide en la práctica la adopción de acuerdos sobre cuestiones en las que no exista unanimidad, que, sin embargo, pueden ser precisos para el conjunto del sistema.

Se trata, en la práctica, de un derecho de veto general, que no es común siquiera a otros órganos de coordinación existentes en el Estado de las Autonomías, de los que el Consejo de Política Fiscal y Financiera, que coordina algo tan delicado como es la financiación general del sistema autonómico, resulta un buen ejemplo.

- La participación de las CC.AA. en el funcionamiento del Consejo Interterritorial se ha caracterizado por una relativa pasividad.

Como indicador de la misma se analiza en los cuadros X.12 a X.15 la actividad de las citadas Administraciones en la introducción de puntos de discusión en los órdenes del día del Pleno de dicho órgano.

Cuadro X.12. Participación de Comunidades Autónomas en orden del día plenos CISNS

Período	Nº de Sesiones					
	Con puntos propuestos por CC.AA.		Sin puntos propuestos por CC.AA.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1987 - Febrero 1991	15	65	8	35	23	100
Abril 1991 - Dic. 1991	3	100	0	0	3	100
Mzo. 1992- Mzo.1993	2	40	3	60	5	100
Sep. 1993 - Nov. 1995	3	37,5	5	62,5	8	100
TOTAL	23	59	16	41	39	100

Cuadro X.13. Número de puntos orden del día propuestos por Comunidad Autónoma

Período	0	1	2	3	4	5	6	Total
1987 - Febrero 1991	8	11	2	1	-	-	1	23
Abril 1991 - Dic. 1991	-	3	-	-	-	-	-	3
Mzo. 1992- Mzo.1993	3	1	-	1	-	-	-	5
Sep. 1993 - Nov. 1995	5	2	1	-	-	-	-	8
TOTAL	16	17	3	2	-	-	1	39

Cuadro X.14. Proponentes de puntos de orden del día de plenos CISNS

N° de sesiones	Total Puntos Orden Día		Proponente Ag Estado		Proponente CC.AA.	
	N°	%	N°	%	N°	%
39	342	100	307	89,75	35	10,25

Cuadro X.15. Contenidos de puntos de orden del día propuestos por Comunidades Autónomas en pleno CISNS

Total Puntos		Información Proy. y Sit. Propios		Temas para debate(*)		Peticiónes a otros Órganos	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
35	100	18	51	15	43	2	6

(*) Incluye propuestas creación comisiones (9/15)

Con estadísticas obtenidas de las informaciones contenidas en las sucesivas Memorias del Consejo, en los dos primeros cuadros se estudia esa cuestión, separando la actividad por períodos ministeriales. Aunque se trata de plazos de duración diferentes, que dificultan la comparación, se ha tratado de contribuir con ello a valorar también hasta qué punto las características de la gestión propia de cada uno de esos períodos ministeriales ha podido contribuir a diferenciar la participación autonómica en el Consejo.

El resultado de la comparación evidencia una tendencia a la progresiva disminución de la participación autonómica, tomada en los términos citados, a medida que ha ido pasando el tiempo: disminuye tanto la proporción de Plenos celebrados en el período respectivo que tuvieron algún punto del Orden del día propuesto por una Comunidad Autónoma, como el número de puntos de responsabilidad autonómica que se trataron en cada uno de los Plenos celebrados en los distintos períodos.

El tercero de los cuadros demuestra con claridad la iniciativa de la Administración General del Estado en el funcionamiento del órgano coordinador, puesto que es responsable del 90% de los temas abordados en el mismo.

Más aún cuando, como se proyecta en el cuarto cuadro, las CC.AA. han introducido puntos en el Orden del día lo han hecho para exponer proyectos y situaciones propias (normas o proyectos de normas, sobre todo de carácter organizativo; planes de salud o documentos preparatorios de éstos), que no se sometían

a debate. Y de entre los temas propuestos para debate, casi dos terceras parte de ellos fueron propuestas de creación de comisiones para temas concretos, cuya operatividad se ha comentado ya.

Es indudable que el funcionamiento del órgano coordinador es una responsabilidad compartida, por lo que buena parte de ésta le corresponde al propio Departamento, que es, además, con arreglo a las estadísticas presentadas, quien mantiene la iniciativa del funcionamiento del Pleno.

Se diría, sin embargo, que ese papel más pasivo reservado a las CC.AA. se ha aceptado en la práctica por éstas. O, de alguna manera, que se ha alcanzado un compromiso tácito de no injerencia en los asuntos respectivos, constituyendo la única razón repetida de protesta el retraso en los envíos de la documentación previa a los Plenos, que dificulta su adecuada preparación.

- El funcionamiento de alguna de las Comisiones del Consejo apunta la misma tendencia.

De entre ellas puede citarse de manera característica la que se constituyó para reunir al INSALUD con el conjunto de CC.AA. que no tienen transferido este Instituto.

Puesto que el presupuesto y la planificación de este último son únicos y comunes para el conjunto de los territorios autonómicos que gestiona, parecen existir razones suficientes para abordar en conjunto esas cuestiones, de manera que las decisiones adoptadas pudieran contar con un refrendo general, que contribuyese a evitar las pugnas unilaterales desde cada una de las CC.AA. afectadas para conseguir beneficios específicos para su territorio.

Sin interés aparente por ninguna de las partes, central ni autonómica, para que llegara a constituirse, esa Comisión no ha mantenido hasta la fecha ninguna reunión.

Los datos citados, sin embargo, pueden ser en otros términos la expresión de las dificultades iniciales que debe siempre afrontar un órgano de coordinación tras un proceso de descentralización.

En ese sentido, cabe comparar el desarrollo del Consejo Interterritorial con el de otros órganos de coordinación, denominados Conferencias Sectoriales, existentes en otros ámbitos de actividad.

En el cuadro X.16 se describen las características de otras Conferencias Sectoriales en cuanto a la disponibilidad de Reglamento de Régimen Interior (lo que supone un grado de formalización y rigor en el funcionamiento), órganos de apoyo y participación central y autonómica.

A su vez, en el cuadro X.17 se presenta el número de reuniones celebradas por cada una de las Conferencias Sectoriales descritas desde 1981.

Cuadro X.16. Conferencias Sectoriales de Primer Nivel

Denominación	Reglamento	Régimen Interno	Órganos de apoyo	Participación	
				Estado	CC-AA Observ.
1 Agricultura y Desarrollo Rural	Aprobado en sesión de 20607/95		Comisiones y grupos de Trabajo	Ministerio	17
2 Pesca	Aprobado en sesión de 20607/95		Comisiones y grupos de Trabajo	Ministerio	Sect. Pesq.
3 Consejo de Política Fiscal y Financiera de las CC-AA.	Aprobado por Acuerdo 1/81 de 20/08 (B.O.E.10/11/81) y Acuerdo 1/83 de 29/07 (B.O.E.29/10/83)		Grupos de Trabajo	Ministerio y otros Dept.	17
4 Transportes	Aprobado en sesión de 20/12/88 Grupos de Trabajo		Comisiones, Subcomisiones y	Ministerio	17
5 Asuntos Sociales	Aprobado en sesión de 26/07/90 de Trabajo		Comisiones, Ponencias y Grupos	Ministerio	17
6 Asuntos Laborales (1)	En proyecto			Ministerio	C.materia
7 Educación			Comisiones y Grupos Técnicos	Ministerio	C.plenas
8 Medio Ambiente	Aprobado en sesión de 27/02/95		Comisiones	Ministerio	17
9 Industria y Energía	Aprobado en sesión de 20/01/94 Grupos de Trabajo		Comisiones de Coordinadores y	Ministerio	C.materia
10 Ciencia y Tecnología	Aprobado en sesión de 05/05/87		Comisión Permanente	Mº - otros Dep.	17 C.Paritaria
11 Infraestructura y Ordenación del Territorio				Ministerio	17
12 Consejo Interterritorial del S.N.S	Aprobado en sesión constitutiva de 07/04/87 y modif. el 20/12/94		Comité Consultivo del S.N.S., Comisiones y G. de Trabajo	Mº - otros Dep.	17 C.Paritaria
13 Cultura			Grupos de Trabajo	Ministerio	17
14 Consumo			Comisión de Cooperación y Coordinación y G. de Trabajo	Mº - otros Dep.	17
15 Protección Civil	Ley 2/85 de 21/01 y RR.DD. de desarrollo		Comisión Permanente, Comisiones y Grupos de Trabajo	Mº - otros Dep.	17
16 Turismo	En fase de debate		Comisión Sectorial de Turismo	Mº - otros Dep.	17
17 Telecomunicaciones	Aprobado por O.M. 22/11/94		Comisión Permanente y Ponencias	Mº - otros Dep.	C.materia

(1) En Preparación próxima constitución

Fuente: "La participación de las CC-AA. en los asuntos comunitarios Europeos" (M.A.P. Octubre 1995)

Cuadro X.17. Reuniones celebradas de conferencias sectoriales de primer nivel

Denominación	Reuniones celebradas																
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995		
1. Agricultura y Desarrollo Rural	-	-	2	3	3	3	4	2	5	3	4	4	1	2	3		
2. Pesca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1		
3. Consejo de Política Fiscal y Financiera de las CC.AA.	4	3	1	3	2	7	-	1	-	1	2	1	1	1	1		
4. Transportes	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	2	1	-	1	1		
5. Asuntos Sociales	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	2	1	3	2		
6. Asuntos Laborales (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
7. Educación	-	-	-	-	-	1	4	3	3	2	4	4	3	3	2		
8. Medio Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	2	2		
9. Industria y Energía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-		
10. Ciencia y Tecnología	-	-	-	-	-	-	4	3	3	1	1	1	1	1	1		
11. Infraestructuras y Ordenación del Territorio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-		
12. Consejo Interterritorial del S.N.S.	-	-	-	-	-	-	5	5	6	6	5	4	3	3	2		
13. Cultura	-	-	1	2	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	1		
14. Consumo	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	1	1	-	1	-		
15. Protección Civil	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	1	1	1	2	1		
16. Turismo	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	1		
17. Telecomunicaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	2		

Fuente: "La participación de las CC.AA. en los asuntos comunitarios Europeos" (M.A.P.- Octubre 1995)

(1) En preparación próxima constitución.

Desde los diferentes puntos de vista descritos, el Consejo Interterritorial ocupa una posición de ventaja relativa (es, de alguna forma, "tuerto en el reino de los ciegos"), lo que apunta más a la necesidad de mejorar su funcionamiento, para lo que cuenta con una más abundante experiencia previa, que a su puesta en cuestión.

(b) Los modelos de solución de conflictos

Hay que recordar que esta cuestión se analiza como indicador del grado de compromiso con el desarrollo general que se ha generado en las diferentes entidades como consecuencia del proceso de descentralización.

Desde ese punto de vista cabe hacer dos consideraciones:

- En primer lugar, que se ha mantenido una tendencia general a la solución bilateral (Administración General del Estado-Administración autonómica) de los problemas que a la solución multilateral.

En el apartado anterior se ha citado ya el nulo funcionamiento de una Comisión concreta del Consejo Interterritorial que podía servir de modelo de solución multilateral.

Esa situación se ha acompañado de movimientos de diferentes clases para potenciar la solución privilegiada unilateral por parte de cada una de las CC.AA. Movimientos que, por otra parte, han afectado tanto a las CC.AA. con el INSALUD transferido, como a las que carecían de esa competencia.

Como ejemplos de ello pueden citarse las negociaciones de cada uno de los procesos de transferencias del INSALUD, lo que parece inevitable conforme al procedimiento establecido.

Pero también pueden incluirse otros diversos: así, la constitución y actividad de las Comisiones de Coordinación con las CC.AA. sin transferencias del INSALUD (Asturias, por ejemplo, tiene firmado un convenio para la constitución de la comisión respectiva que diferencia, haciéndola de mayor rango, la representación estatal; en otros casos se han pretendido alcanzar acuerdos específicos de inversión preferente, o de potenciación de ciertas áreas de actividad, en el seno de esas Comisiones).

Un ejemplo distinto es el que ofrece la negociación presupuestaria anual por parte de la Generalitat de Cataluña, que en los últimos años viene incluyendo la condición del mantenimiento y ampliación de la financiación sanitaria como condición para el apoyo por parte del Grupo que sustenta su Gobierno a los Presupuestos Generales del Estado, lo que ocurría con el anterior gobierno socialista y ha continuado sucediendo después con el del Partido Popular.

Esta demanda, además de responder al interés por mantener y mejorar genéricamente el nivel de las prestaciones sociales, lo que constituye la justificación

habitual, parece, a su vez, condicionada por unas determinadas necesidades de financiación sanitaria acordes con el modelo que sostiene, que resulta más costoso (aunque la falta de datos económicos públicos hacen que esta afirmación sea de difícil demostración) además de ser una expresión más de la tendencia a la diferenciación respecto a otras CC.AA. que caracteriza en todos los ámbitos al Gobierno catalán.

El principal interés de los gobiernos vasco y navarro en cuanto a financiación sanitaria se dirige, a su vez, a la preservación de la aplicación del "cupo" correspondiente también a los presupuestos sanitarios (aunque luego pueda ocurrir que una parte de los fondos así obtenidos se apliquen a otros fines no sanitarios); lo que puede explicarse, además de como forma de expresión del mantenimiento de sus peculiaridades, en este caso financieras, por el superior nivel de financiación sanitaria así obtenido, que les hace valorar en menor medida otras limitaciones presupuestarias más generales.

- En segundo lugar, que el modelo descrito de solución bilateral de los problemas contribuye a una tendencia alcista del gasto (¿a lo que colabora la falta de responsabilidad fiscal?), pues todos los problemas tienden a resolverse con gastos adicionales, y nadie cuestiona la extensión de los beneficios obtenidos, una vez logrados, al resto de las Administraciones.

Ese tipo de planteamientos puede finalmente poner en peligro el modelo general, si aceptamos como uno de sus condicionantes fundamentales el control del crecimiento del gasto.

b. La descentralización y sus repercusiones sobre la valoración de las cuestiones sanitarias

La redistribución del poder y las responsabilidades sanitarias que supone cualquier proceso de descentralización tiene siempre repercusiones sobre la valoración de las cuestiones sanitarias por parte de quienes tienen que asumir su gestión, así como por parte de quienes asumen las consecuencias de esa gestión.

En el caso del proceso de descentralización español se analizan las repercusiones que se consideran más importantes, las cuales tienen que ver de manera específica con la modalidad y características del proceso que ha tenido lugar.

Esas repercusiones afectan a dos aspectos principales:

(1) La valoración económica de la salud y las actuaciones sanitarias

En las nuevas situaciones provocadas por el proceso de descentralización, el aspecto sanitario que ha pasado a ocupar un lugar más relevante y a merecer una atención principal por parte de los nuevos responsables de los servicios, que se ha trasladado a la opinión pública, ha sido la financiación sanitaria y los niveles de gasto.

La justificación de esta actitud tiene que ver con la importancia porcentual del gasto sanitario en el presupuesto de las nuevas Administraciones que han recibido la transferencia de la responsabilidad en diferentes materias.

En el caso de las CC.AA. que han recibido la transferencia del INSALUD, el presupuesto sanitario supone entre el 30 y el 40 % de los presupuestos totales de la Administración correspondiente, lo que, por mucho que se trate de presupuestos condicionados y comprometidos en buena parte, convierte al responsable de la sanidad en cada caso en el consejero con mayor responsabilidad (y poder) económico teórico del gobierno correspondiente. A la vez, este área deviene en la fuente potencial más importante de desviaciones y problemas de naturaleza económica, si la gestión se separa de lo presupuestado.

La sanidad, en consecuencia, se ha convertido en sujeto de atención principal por parte de los responsables económicos de las diferentes administraciones, lo que deriva en una menor autonomía de gestión por parte de los responsables sanitarios. El interés por el control del gasto sanitario ha pasado de ser una cuestión sectorial a transformarse en uno de los principales motivos de ocupación para los responsables económicos de las nuevas administraciones autonómicas. Más aún cuando los déficits en que incurran las CC.AA. en su gestión está en principio previsto que deban ser afrontados por las propias CC.AA.

Otra expresión de esa pérdida de autonomía sectorial y de la valoración predominantemente económica de lo sanitario lo constituye la negociación general de la financiación autonómica.

A lo largo de los últimos años la financiación sanitaria, que, como se ha comentado en el capítulo sexto, en su parte principal tiene un sistema propio diferente del sistema de financiación autonómica general, ha formado parte inseparable de la discusión de la financiación general, en foros ajenos a los sanitarios (principalmente en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, que es la conferencia sectorial en materias económicas) (13). En ese mismo ámbito, conforme a las previsiones establecidas en el acuerdo de financiación general al que se refiere la cita anterior, se alcanzó en 1994 el acuerdo sobre el modelo de financiación sanitaria que está vigente en la actualidad⁶.

Como parte inseparable de la discusión, a esos mismos foros se ha trasladado con frecuencia la negociación de la financiación de los déficits sanitarios autonómicos antes aludidos (bien que bajo la forma de discusión de los déficits del INSALUD no transferido, dado el sistema de financiación explicado en el capítulo sexto), tratando (y consiguiendo con mayor o menor amplitud) que se obtuvieran para aquéllos vías de financiación general.

⁶ Lo mismo puede decirse del acuerdo para el periodo a partir de 1998, que está en discusión al redactar estas líneas. Sobre su contenido se hacen observaciones en los capítulos sexto y decimoprimer. Es importante considerar que en ese foro se ha planteado no sólo la distribución de la financiación sanitaria en general, y la posible adopción de medidas para la contención del gasto sanitario, como los copagos o la exclusión de medicamentos de la prestación pública. Esas medidas pueden tener importantes repercusiones sanitarias y sobre la equidad del sistema, sin que quepa deducir otro conocimiento de estas cuestiones por parte de dicho foro que el referente a los aspectos económicos del problema.

Desde el ámbito de la Generalitat de Cataluña se ha intentado iniciar una reflexión complementaria desde el punto de vista económico, promoviendo la consideración del sector sanitario no sólo como fuente de gasto, sino también como sector productivo y de empleo (14).

De manera menos sofisticada otras administraciones han pretendido seguir una línea similar para la atracción de una especie de "turismo sanitario" hacia ciertos centros de su responsabilidad (se puede citar como ejemplo extremo la actuación peculiar del Gobierno de Cantabria durante el mandato del Sr. Hormaechea, que trató de convertir un centro de atención de pacientes crónicos y cirugía menor y complementaria en centro de alta tecnología, que fuera capaz de atraer pacientes de otras CC.AA. y hasta del extranjero, probablemente con el objetivo de financiar los déficits generales de su administración).

Por el contrario, no parece que la descentralización haya servido para promover la prioridad de otros valores sanitarios, como los asociados a la calidad de vida, la solidaridad social, o la atención a los hábitos de vida o alimentarios de la población.

(2) Las dificultades de control de factores extrasanitarios con repercusión sobre la salud

Que la salud de la población es la resultante de factores individuales y sociales muy diversos es un concepto que, superadas diferentes ideas previas acerca del origen de las enfermedades que apuntaban a distintos orígenes únicos de los deterioros de la salud, forma parte del acervo común de los conocimientos sanitarios.

En los capítulos anteriores se ha razonado ya en distintas ocasiones acerca de los problemas que se derivan para el control de los factores que afectan a la salud individual y colectiva de un sistema de distribución de competencias como el existente en España, en el que la atribución de responsabilidades en materias diversas pero relacionadas no observa un desarrollo paralelo en diferentes campos.

En sentido inverso, lo habitual es también que las decisiones sanitarias de cualquier administración tengan repercusión y trascendencia en territorios distintos al propio: así pasa, por ejemplo, en el caso del control sanitario de alimentos o de las aguas, cuya distribución desborda normalmente el ámbito de la producción y el control de los mismos.

Un aspecto que viene a hacer más complejo el panorama de la asunción de las responsabilidades sanitarias por las diferentes administraciones es la falta de una definición clara de competencias o, en su ausencia, de un acuerdo entre administraciones, respecto al régimen sancionador de las infracciones: por las razones que se han citado antes, es frecuente que los efectos de los comportamientos sanitarios inadecuados, especialmente en ciertos sectores de producción, se detecten en territorios distintos al de origen del producto, o al de ubicación de la razón social de la entidad responsable de éste.

Se plantea en esos casos quién debe y quién puede instruir el proceso sancionador correspondiente, y, de concluirse en ella, qué autoridad sanitaria puede y debe hacer efectiva

la sanción impuesta: si la del lugar en que se detectó la infracción o la del lugar de producción y posible domicilio del responsable.

Se trata de una cuestión que se ha planteado también en otros aspectos relacionados con el consumo. En esos otros campos, pese a alcanzarse un acuerdo teórico (15, pag 11-12; 16) de cooperación e inhibición entre administraciones, se ha demostrado la dificultad de su aplicación práctica: se cita el caso de una administración autonómica concreta que, de más de 800 denuncias recibidas desde otras administraciones respecto a entidades radicadas en su territorio, instruyó menos de una decena de expedientes sancionadores. Las estadísticas generales demuestran desequilibrios muy llamativos en la actividad inspectora de las diferentes CC.AA y, de manera característica, una aparente menor actividad (al menos en cuanto a colaboración con otras administraciones) por parte de las administraciones de diferentes territorios en los que se concentra la actividad industrial (17, pag 83).

Las razones de esas dificultades no son difíciles de entender: hay numerosos intereses económicos, de empleo, u otros, que se contraponen en diferentes casos al rigor del control sanitario. La historia más reciente de nuestro país puede ofrecer diferentes ejemplos de ello.

Por otra parte, los portadores de esos intereses pueden tener una importante presencia local. Pero puede ocurrir también que se trate de grandes corporaciones, frente a las cuales la segmentación de los responsables sanitarios que ha supuesto la descentralización ha podido suponer un debilitamiento relativo de la autoridad sanitaria.

En éste, como se ha indicado antes en otros terrenos, la solución posible no parece otra que la mejora de la cooperación entre las diferentes administraciones. Se trata de una cuestión que se ha planteado también en el ámbito de la Unión Europea, especialmente a raíz de la epidemia de encefalopatía espongiforme bovina iniciada en el Reino Unido, sin que en ese ámbito se haya alcanzado tampoco hasta ahora una solución satisfactoria (18), pese a que en aquel caso se dispone de instrumentos económicos coactivos de posible utilización.

c. La descentralización y las relaciones de homogeneidad y diversidad en la organización de los servicios sanitarios

Como se ha indicado antes, una de las razones invocadas con más frecuencia para justificar los procesos de descentralización suele ser la adaptación a las condiciones específicas y peculiaridades de los distintos lugares en los que deben implantarse los servicios sanitarios.

Con arreglo a ese criterio sería de esperar que, una vez producido un proceso de descentralización, tuviera lugar una paulatina diversificación en la organización de los servicios correspondientes, con arreglo a diferentes parámetros, dentro de las pautas generales que se hayan marcado a la largo del propio proceso descentralizador.

Del análisis del desarrollo de la descentralización sanitaria española parece deducirse, sin embargo, una conclusión diferente: para la constitución de los servicios de salud correspondientes

por cada una de las CC.AA. se han seguido pautas sustancialmente homogéneas, con arreglo a patrones similares. Pueden observarse, eso sí, dos épocas diferenciadas, cada una de las cuales responde a un patrón distinto, que se describen a continuación.

Para ello en el cuadro X.18 se presenta en primer lugar una relación cronológica, agrupada por períodos plurianuales alrededor de una fecha central cuyo significado se explica más adelante, de las normas por las que las diferentes CC.AA. crearon sus servicios de salud respectivos, o modificaron las características de éstos una vez creados. En el cuadro aparecen sombreados los casos en que la creación del servicio de salud se hizo sin que en ese momento la Comunidad Autónoma correspondiente tuviera transferido el INSALUD, sin perjuicio de que recibiera esa transferencia con posterioridad. Los casos que no aparecen sombreados responden a la situación contraria.

Cuadro X.18. *Fechas de Constitución de Servicios de Salud Autonómicos*

Antes de LGS (1986)	1987 - Junio 1990	Julio - Dic. 1990	1991 - 1995
Pais Vasco (Ley 10/1983, de 19.05)	Comunidad Valenciana (Ley 8/1987,de 04.12)	Cataluña (Ley 15/90, de 9.07)	La Rioja (Ley 4/91, de 25 .03)
Navarra (Decreto Foral 43/84, de 16.05)	Galicia (Ley 1/89, de 02.01. Modif. Ley 4/91, de 02.01)	Navarra (Ley 10/90, de 23.12)	Asturias (Ley 1/92, de 2.07)
Madrid (Ley 9/1984, de 30.05)	Aragon (Ley 2/89, de 21.04)		Baleares (Ley 4/92, de 15.07)
Andalucía (Ley 8/1986, de 6.05)	Murcia (Ley 2/90, de 5.04)		Castilla-León (Ley 1/93, de 6.04)
			Canarias (Ley 11/94, de 26.07)

Los servicios de salud agrupan a los centros y servicios que fueran dependientes de la administración respectiva en el momento de su constitución; cuando entre ellos no se encontraban los centros del INSALUD y se ha recibido esa transferencia más tarde, los mismos se han integrado después en el servicio de salud respectivo, conforme a lo previsto en la Ley General de Sanidad. El mismo tipo de previsiones obraba respecto a centros dependientes de otras administraciones, como las Diputaciones y los Ayuntamientos.

Fuera cual fuera la situación respecto a los centros del INSALUD, que conforman el dispositivo asistencial más amplio, el conjunto de servicios constituidos con anterioridad a Julio de 1990 responden a un patrón común: todos ellos siguieron un modelo inicial centralizado, similar al que tenía establecido el INSALUD, y se constituyeron como organismos autónomos de carácter administrativo, con una naturaleza similar a la del mismo Instituto (19).

Como se ha descrito (20), las semejanzas entre los nuevos servicios se extienden también a otras cuestiones (cuadro X.19), como la constitución de los órganos de dirección, aunque se dan

Cuadro X.19. *Constitución Inicial de los Servicios de Salud de Comunidades Autónomas*

Como Organismos Autonómicos de carácter Administrativo	
Similitud	Órganos de dirección (3 denominaciones) Órganos de gestión (4 denominaciones) Órganos de participación centrales y periféricos Organización por niveles (adecuados a LGS, con alguna excepción) Relación con el sector privado (conciertos y convenios)
Atribución Competencias Órganos Centrales	Presupuestación y distribución Nombramientos de gestores de centros Centros sin personalidad jurídica propia

tres denominaciones posibles; lo mismo respecto a los órganos de gestión (con cuatro modalidades en cuanto al nombre) y los órganos de participación previstos, tanto a nivel central, como en los centros.

La organización por niveles responde globalmente a lo previsto en la Ley General de Sanidad, incluso antes de que se promulgara ésta (lo que habla de una homogeneidad de criterios al margen de los mecanismos legales), con algunas diferencias terminológicas y, en algún caso, referidas a los grupos de población correspondientes (21).

Desde el punto de vista de la gestión, el denominador común de esas normas abarca también distintos terrenos:

- Unas mismas formas de relación con el sector privado (no comprenden sino las vías del concierto y el convenio para la colaboración de las entidades sometidas al derecho privado en el ámbito público).
- Unos mismos mecanismos centralizados de presupuestación y distribución de los recursos.
- El nombramiento igualmente centralizado de los "gestores" de los centros.
- La carencia de personalidad jurídica propia de centros y servicios, siendo el servicio de salud el único titular de esa responsabilidad.

Un último aspecto similar entre los servicios de salud constituídos en aquel período se refiere a los mecanismos de integración en ellos por parte de los centros dependientes de otras administraciones, fundamentalmente corporaciones locales (22), siguiendo las pautas previstas en la Ley General de Sanidad.

1990 marca un punto de inflexión en los patrones citados. Ésa es la fecha en la que las ideas de competencia y mercado sanitario, que fueron desarrollándose a lo largo de los años 80 en diferentes países y cuya hegemonía actual, al margen de su valoración, es evidente, cristalizaron

en una norma sanitaria española. Esa norma no es otra que la Ley 15/90, de 9 de Julio, de Ordenación sanitaria de Cataluña, al amparo de la cual se creaba el Servicio Catalán de la Salud.

Al nuevo servicio de salud, a diferencia de los hasta entonces creados, se le dotaba de una naturaleza jurídica distinta, como ente público de carácter institucional, responsable de la financiación y cobertura de los servicios y prestaciones. A la vez, en la norma en cuestión se abre la posibilidad de que la gestión de éstos, separada de la responsabilidad citada, se lleve a cabo mediante fórmulas de gestión diversas -directas, indirectas o compartidas- a través de entidades, públicas o privadas, admitidas en derecho.

Con la única excepción de Navarra (que, a través de una norma casi simultánea con la catalana, siguió una tendencia inversa, transformando en funcionario a todo su personal) las restantes normas sobre servicios de salud producidas por distintas CC.AA. con posterioridad a la Ley autonómica citada han dotado a esos servicios de una naturaleza jurídica similar, y han previsto la adopción de fórmulas de gestión variadas, incluyendo las privadas o las públicas sometidas a este tipo de derecho.

Hay que resaltar que esas nuevas formas se han adoptado con independencia de las características de los servicios propios de cada una de las CC.AA. Esas características son muy diversas, tanto en cuanto a la responsabilidad o no sobre el INSALUD, como al número y tamaño de los centros bajo su dependencia. Como consecuencia, podría plantearse que lo que pudiera ser adecuado para un servicio, como el catalán, con peculiaridades en cuanto a propiedad y nivel de los centros que ya se han comentado, no resultase igual para otros servicios con situaciones diferentes.

La progresiva extensión de esos modelos, como ha ocurrido en otros países (pueden verse a este respecto numerosas citas en el capítulo primero), sin embargo, no ha podido guiarse por una adecuada valoración de los efectos de las distintas experiencias de gestión, que no ha existido, al menos de manera pública, por parte de las administraciones responsables de las mismas. Los déficits en distintos aspectos de los sistemas de información, ya aludidos, han contribuido a esa ausencia de valoración.

Otro factor contribuyente a la difusión de esos planteamientos sin valoraciones previas en el ámbito autonómico es la facilidad con la que pueden adoptarse nuevas fórmulas en administraciones menos complejas, como son las citadas, que carecen, además, en la mayoría de los casos, de tradiciones de control administrativo por parte de otras áreas de gobierno como las que existen en el ámbito de la Administración General del Estado. (De la popularidad y difusión de las nuevas formas de gestión puede ser buen ejemplo la propuesta que en el mismo sentido se promovió desde el Ministerio de Sanidad para el ámbito del INSALUD no transferido a finales de 1991, pero la propuesta fue finalmente rechazada con el criterio de otros Departamentos ministeriales. Esas mismas pautas han sido finalmente adoptadas por el nuevo gobierno del partido Popular en el real Decreto-Ley 10/1996).

Como consecuencia de esa mayor facilidad, el curso de esas reformas por parte de las CC.AA. es progresivo: puede ser expresivo de ello la relación de diferentes clases de entidades que estaban constituidas por distintas CC.AA. a finales de 1995 (cuadro X.20). A la vez, ese curso pare-

Cuadro X.20. Nuevas formas de organización de Servicios Públicos Sanitarios

C.A.	Denominación	Área de actuación	Naturaleza
Andalucía	Escuela Andaluza de Salud Pública	Docencia	Empresa pública
	Hospital de la Costa del Sol Empresa Pública de Emergencias Sanitarias	Asistencia hospitalaria Urgencias y emergencias	Empresa pública Empresa pública
Baleares	Gestión Sanitaria de Mallorca	Asistencia hospitalaria	Empresa pública
Canarias	Urgencia Sanitaria, S.A.	Urgencias	Empresa pública
Cataluña	Consorcio hospitalario de Vic	Asistencia hospitalaria	Consorcio
	Consorcio hospitalario de Parc Taulí	Asistencia hospitalaria	"
	Consorcio sanitario de Tarrasa	Asistencia hospitalaria	"
	Consorcio sanitario de Barcelona	Asistencia primaria y hospitalaria	"
	Unidad de diagnóstico para la imagen de alta tecnología	Alta tecnología	"
	Consorcio para gestión hospital de Cruz Roja de Hospitalet	Asistencia hospitalaria	"
	Consorcio del laboratorio de Anoiá	Pruebas de laboratorio	"
	Consorcio sanitario de la Selva	Asistencia socio-sanitaria	"
	Consorcio sanitario del Alto Penedés	Asistencia sanitaria	"
	Instituto de Asistencia Sanitaria	Asist.hosp.(Diput.Gerona)	Ente público sometido a derecho privado
	Gestión y Prestación de Servicios de Salud	Asist.hosp.(Diput.Tarragona)	"
	Gestión de Servicios Sanitarios	Asist.hosp.(Diput.Lleida)	"
	Centro de Resonancia Magnética Ciudad Sanit.Vall d'Hebrón	Alta Tecnología	Empresa pública
Agencia de Evaluación de Tecnología Médica	Evaluación tecnológica	Empresa pública	
Energética de Instalaciones Sanitarias, S.A	Gestión energética	Sociedad mercantil	
Sistema de emergencias médicas, S.A.	Urgencias y emergencias	Sociedad mercantil	
16 nombres diversos	Asist. primaria y hospitalaria	Concesión de gestión de servicios públicos	
Galicia	Hospital de Verín	Asistencia hospitalaria	Fundación
	Centro Gallego de Hemodonación	Hemoterapia	Fundación
	Instituto Gallego de Oftalmología	Oftalmología	Fundación
	Instituto Gallego de Medicina Técnica, S.A. (MEDTEC)	Alta tecnología	Empresa pública

ce carecer de límites precisos. Como ejemplo de ello se incluyen en el cuadro X.21 las principales innovaciones introducidas por una nueva Ley catalana, la 11/1995, de 29 de Septiembre, que vino a modificar algunos apartados concretos de la Ley anterior; de entre ellas, la que ha recibido mayor atención es la referida a la posibilidad de que personal de los propios servicios de salud constituya entidades independientes para la gestión de los mismos.

Cuadro X.21. *Innovaciones de Ley 11/1995 de 29 de Septiembre. Modifican la Ley 15/1990, de Ordenación Sanitaria de Cataluña*

- El Servicio Catalán de la Salud (SCS) se somete a derecho privado "en lo que se refiere a las relaciones jurídicas externas, en términos generales" (Artº 1, modifica Artº 4 anterior)
- "en particular el SCS puede crear cualesquiera empresas públicas" (Artº 2, modifica Artº 7.3 anterior)
- "...las regiones sanitarias pueden establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, que deben ser acreditados al efecto, con entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal ... " (propio) (Artº 7, añade Disposición Adicional Décima).

Lo que interesa resaltar, en todo caso, es que el proceso de descentralización, tanto en uno como en el otro de los períodos descritos, ha mantenido la uniformidad de las grandes tendencias en la organización de los servicios por parte de las diferentes administraciones. Éstas parecen guiarse más por las corrientes generales dominantes respecto a estas cuestiones (las cuales, además, son vehiculadas por las reformas promovidas por otras administraciones del mismo nivel, que sirven de ejemplo más próximo en la mayoría de los casos) que por la adaptación a las peculiaridades territoriales de cada uno de los servicios constituídos. O, en otras palabras, los modelos han predominado sobre las diferencias en el proceso de descentralización español.

Esa valoración general tiene, sin embargo, al menos una excepción parcial, que resulta significativa: en materia de retribuciones de personal, que suponen una proporción muy importante (hasta el 60%) del gasto de los servicios, sí se han establecido diferencias significativas. Precisamente esas diferencias constituyeron el motivo formal del conflicto que afectó al personal facultativo de atención especializada de la mayoría de los servicios de salud con competencias sobre el INSALUD, incluyendo éste, en los meses anteriores al verano de 1995.

En los cuadros X.22, X.23 y X.24 se presentan los datos que, suministrados por las diferentes administraciones, se manejaron durante el conflicto, que responden, por tanto, a los existentes en aquella época.

Cuadro X.22: Retribuciones anuales personal sanitario facultativo (*) Año 1995. Análisis comparativo

	Insalud		Andalucía	Canarias	Cataluña	Galicia	Navarra	P.Vasco	
	(1)	(2)						(1)	(2)
Personal facultativo jerarquizado									
Jefe Departamento con esp. dedicación					7.358.294				
Jefe Dpto. con dedicación exclusiva	6.850.680	6.217.898	6.217.806	6.217.896	6.353.302	(**)	6.587.544	7.768.528	7.062.296
Jefe Dpto. sin ded. excl. y jornada partida					6.320.334				6.105.125
Jefe Dpto sin jornada partida ni ded. exclu.		4.710.528		4.710.528	4.910.016		5.023.632		5.550.114
Jefe de servicio con esp. dedicación				7.325.238 (5)					
Jefe de servicio con ded. exclusiva	6.663.578	6.030.792	6.142.932	6.030.792		6.186.198	6.274.492	6.406.580	7.435.938
Jefe de servicio sin ded. excl. y jornada partida				6.289.278 (5)					5.772.538
Jefe de servicio sin jornada part. ni ded. excl.		4.523.424		4.523.424	4.878.960		4.858.320		5.247.780
Jefe de sección con esp. dedicación					6.543.786 (5)				
Jefe de Sección con dedicación exclusiva	5.897.068	5.264.296	5.564.330	5.284.298		5.397.170	5.546.730	5.589.316	6.041.053
Jefe de sección sin ded. exc. y jorn. part.					5.507.826 (5)				5.132.993
Jefe de sección sin jorn. part. ni ded. exc.		3.893.988		3.693.968	4.219.252	4.026.642	4.370.254	4.181.836	4.666.357
Adj/esp. de área con esp. dedeicación					5.702.998				
Adj/esp. de área con dedicación excl.	5.138.110	4.503.326	4.558.694	4.503.326		4.629.914	4.811.464	4.743.772	5.883.416
Adj/esp. de área sin ded. exc. y jorn. part					4.667.038 (5)				4.522.467
Adj/esp. de área sin jorn. part. ni ded. ex.		3.270.038		3.270.038	3.527.958	3.396.602	3.755.668	3.474.258	4.111.334
Médico Gral. hospital dedicación excl.			4.431.674						
Odontólogo con dedicación exclusiva								4.743.772	

(*) Las retribuciones anuales expuestas se incrementan en su caso con la percepción adicional de antigüedad, guardiaas y productividad variable. Salvo el ICS de Cataluña que no contempla este último concepto retributivo

(**) El Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea no contempla la figura de Jefe de Departamento.

(1) Retribuciones correspondientes a los facultativos que se hayan acogido con carácter voluntario a modificación de Jornada

(2) Retribuciones correspondientes a los facultativos sin modificación de Jornada

(3) Sin aplicación del acuerdo de homologación cuyas condiciones y plazos están pendientes de acuerdo

(4) Estas retribuciones son de exclusiva aplicación al personal estatuario facultativo del Instituto Catalán de la Salud

Éste representa tan solo un 30% del total del personal de la Comunidad Autónoma, en cifras absolutas 2.000 facultativos, los de los otros 60 hospitales públicos pero de dependencia diferente al Instituto Catalán de la Salud que constituye el 70% restante de facultativos de hospitales de esa Comunidad, están sometidos a otros tipos de convenios con niveles retributivos inferiores y dispersos.

En dicho instituto, la jornada partida supone un horario semanal de 40 horas, mientras que el horario sin jornada partida se cifra en 37,5 horas. Aproximadamente un 53% de los facultativos tiene especial dedicación y jornada partida, un 35% sólo tiene jornada partida y el 12% restante no tiene jornada partida.

(5) Retribuciones que percibe el personal estatuario facultativo que tiene al menos condiciones laborales similares a las contempladas en el Convenio de Modificación de Jornadas del Insalud.

(6) Estas retribuciones incluyen para todos los facultativos la posibilidad de jornada partida y para los que tienen exclusividad disponibilidad para la realización de jornadas complementarias

Cuadro X.23: Porcentaje de Médicos transferido según intervalos retributivos (salario bruto) en 1995

Intervalos Retributivos	And.	Can.	Cat.	Val.	Gal.	Nav.	Vas.	Ins.
3 a 4 millones Pts.	1,33	5,50	2,72	2,98	4,57	2,23	0,00	3,41
4 a 5 millones Pts.	11,08	16,00	8,15	19,45	16,19	3,18	0,00	19,42
5 a 6 millones Pts.	19,21	28,6	16,51	25,69	25,95	24,20	25,00	27,89
6 a 7 millones Pts.	25,12	25,2	27,48	26,79	28,83	21,98	47,6	27,99
7 a 8 millones Pts.	24,70	15,60	23,27	16,68	14,90	24,20	14,50	14,13
8 a 9 millones Pts.	11,15	5,00	12,19	8,25	6,17	16,89	9,70	4,75
Más de 9 millones Pts.	7,40	4,13	9,68	0,16	3,39	7,34	3,20	2,50
Total (porcentajes)	100	100	100	100	100	100	100	100

Cuadro X.24: Retribución media por facultativo. Año completo

Andalucía	6.789.450
Canarias	6.293.766
Cataluña	6.909.119
Com. Valenciana	6.026.763
Galicia	6.178.314
Navarra	6.926.020
País Vasco	7.357.942
Insalud	6.010.859

Método de cálculo: Masa salarial global at. especializada / número facultativos año completo

Las retribuciones se presentan bajo tres formas distintas:

- Como retribuciones brutas en cada uno de los servicios de salud para cada una de las categorías profesionales, agrupando unos mismos complementos (todos los establecidos, excepto antigüedad, guardias y productividad variable, que tienen variaciones individuales);
- Como retribución media por facultativo de atención especializada en cada servicio de salud, obtenida de la división de la masa salarial global en atención especializada de cada uno de los Servicios entre el número de facultativos con actividad durante el año completo (para lo que se utilizaron equivalentes, en el caso de actividades temporales de duración más corta);
- Por último, como porcentaje de facultativos en cada uno de los Servicios de Salud incluidos en diferentes tramos retributivos, conforme a los datos suministrados a las Haciendas correspondientes.

Bajo cada una de esas formas se observan diferencias llamativas, que podrían reproducirse para otros grupos de médicos o para otras categorías profesionales.

La primera consideración a hacer es que la existencia de esas diferencias ha sido convalidada por la doctrina del Tribunal Supremo, que rechazó las demandas legales de homologación realizadas por distintas organizaciones profesionales (puede verse en este sentido la sentencia dictada por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo el 2 de Noviembre de 1995, ante un recurso de casación para la unificación de doctrina planteado por una Coordinadora de médicos de Hospitales).

Esa situación no evita, sin embargo, que la comparación con los salarios percibidos en otras administraciones sea la referencia habitual para las negociaciones retributivas en cada uno de los Servicios de Salud, de manera que en cada una de ellas se parte de los incrementos establecidos con anterioridad en otros territorios como el "mínimo", a partir del que conseguir incrementos adicionales.

En sentido contrario a lo que viene ocurriendo, la coordinación entre los distintos Servicios en estas materias (que sólo comenzó a funcionar de una manera relativamente organizada en el último conflicto) parece un mecanismo imprescindible -junto con el desarrollo adecuado de la información económica y la responsabilización de cada una de las administraciones por las decisiones que incrementen los gastos por encima de la media general-para contribuir a controlar las desviaciones inflacionistas que se derivan de las tendencias a la homologación existentes también en estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. reparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Serie Salud para Todos nº 4. OMS. Ginebra. 1991.
2. CREDES/OCDE. ECO-SANTÉ OCDE. Versión nº 3.6. 1995.
3. Méthodes en épidémiologie. 3ª ed. Rumeau-Rouquette, C.; Breart, G.; Padieu, R. Flammarion Médecine Sciences. Paris. 1985.
4. Estudio territorializado de la evolución del sector salud a partir de 1980. Dirección general de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1995. (mimeo).
5. Escasa mejora de los tradicionales desequilibrios regionales en los últimos diez años de Gobierno socialista. Diario ABC, pag 52-53; 27 Mayo 1996. Cita datos del Servicio de Estudios del Banco Bilbao-Vizcaya.
6. Capitalización y crecimiento en España y sus regiones 1955-1995. Pérez, F.; Goerlich, F.J.; Mas, M. Fundación BBV. Madrid. 1996.
7. Relaciones y contradicciones entre la distribución personal y la distribución espacial de la renta. Ruiz-Huerta, J.; López Laborda, J.; Ayala, L.; Martínez, R. Papeles de Trabajo (PT 6/95)). Instituto de Estudios Fiscales. Madrid. 1995.
8. La distribución de la renta en España desde una perspectiva internacional: tendencias y factores de cambio. Ayala, L.; Martínez, R.; Ruiz-Huerta, J. Papeles de Trabajo (PT 26/95). Instituto de Estudios Fiscales. Madrid. 1995.
9. Comunidades autónomas y desarrollo regional. Fuentes García, F.J. Revista de Fomento Social 50(198); 255-272; Abril-Junio 1995.
10. Desigualdades sociales de salud en España. Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1996.
11. La asistencia sanitaria mantiene notables desigualdades regionales en España. Diario El País, pag. 26; 29 Enero 1996.
12. Evolución del sector hospitalario español 1972-1991. Trovo Esteban, A.M.; Olivares Mariscal, O.; Oñorbe de Torre, J.A. Gestión Hospitalaria 4; 5-19; 1995.
13. Acuerdo sobre el sistema de financiación autonómica en el período 1992-1996. Consejo de Política Fiscal y Financiera. Madrid. 20 Enero 1992.
14. La gestión empresarial de la Sanidad. Trías, X. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona. Enero 1992.
15. Manual del procedimiento sancionador en materia de Consumo. Tomo I. Instituto Nacional del Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 14 Febrero 1996.
16. Acuerdo provisional y complementario sobre inhibiciones. Comisión de Cooperación de Consumo. 30 Noviembre 1995.
17. Memoria de actividades de control y disciplina del mercado realizadas por las Administraciones de Consumo durante 1994. Instituto Nacional del Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Noviembre de 1995.
18. La Asamblea francesa reclama una autoridad europea de salud pública. Diario El País, pag. 23; 15 Enero 1997.
19. Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Barnuevo Hervás, R.; Sánchez García, I.; Suárez Barrio, B. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1994.
20. Características organizativas generales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Quiralte, A.; Sánchez García, I.; Guirao García, A.; Mansilla, P.P. Comunicación oral al IV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Valencia. 24-26 Octubre 1991.

21. Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas. Barnuevo Hervás, R.; Sánchez García, I.; Suárez Barrio, B. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1995.
22. La integración de centros y establecimientos sanitarios de las Corporaciones Locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Barnuevo Hervás, R.; Sánchez García, I. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Diciembre 1995. (mimeo).

CAPÍTULO XI

PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LA DESCENTRALIZACION SANITARIA EN ESPAÑA

A lo largo de los capítulos anteriores se han realizado diversas consideraciones parciales acerca del futuro del proceso de descentralización que ha tenido lugar en España. Cada una de esas consideraciones tenía que ver con las cuestiones específicas que se analizaban en el capítulo correspondiente.

En este capítulo se aborda de manera global y con arreglo a un orden escogido para ello una perspectiva general de futuro del proceso de descentralización español en los aspectos que se consideran de mayor importancia, complejidad o necesidad de resolución para el mismo. No se trata de repetir argumentos ya expuestos, por lo que se hacen las remisiones correspondientes a los capítulos en que hayan podido ser analizadas las cuestiones más extensamente con anterioridad, si eso ha tenido lugar; en cualquier caso, una visión conjunta del proceso puede permitir valorar mejor sus aspectos prioritarios, así como observar la interacción de sus distintas facetas.

En los capítulos precedentes se ha caracterizado el proceso español como un proceso de los que se han denominado "geográficos". El enfoque fundamental de este capítulo es congruente con esa definición y se presta especial atención a los aspectos que tienen relación con ella.

Se ha expuesto también, sin embargo, cómo ese proceso descentralizador a las Comunidades Autónomas se ha entremezclado con otras formas de descentralización "funcionales" que ya existían, y se ha combinado con otras formas de descentralización nuevas de este carácter en el ámbito de las CC.AA., que han tenido lugar siguiendo los modelos de organización de los servicios sanitarios que predominan, al menos desde el punto de vista de las ideas, en el panorama sanitario actual. En consecuencia, se presta también atención a estas cuestiones, y a la relación entre ambas clases de procesos.

El capítulo se ha dividido en cuatro grandes apartados, que siguen un cierto orden de agrupamiento y prioridad: en primer lugar, los aspectos que tienen que ver con la descentralización de carácter geográfico y, dentro de ellos, según la urgencia con que se plantean las cuestiones y su resolución; estos aspectos corresponden a los tres primeros apartados. El último se refiere a las formas de descentralización funcionales y a su relación con la de carácter geográfico que ha tenido lugar.

Cabe señalar que el análisis que se realiza constituye una mezcla inevitable de evidencias formales o materiales y valoraciones discutibles. Unos y otros aspectos, en todo caso, tratan de diferenciarse en la exposición en la que hay que advertir también cierto grado de asimetría en la extensión y profundidad del abordaje de las distintas cuestiones. Las diferencias resultan de intentar aportar perspectivas a problemas de nivel muy distinto, desde lo más amplio a lo más

concreto, sin dejar al margen ninguno de los que pueda tener interés desde el punto de vista de la descentralización. La presentación ordenada de las cuestiones puede facilitar el seguimiento de lo que a cada uno le resulte de mayor interés.

1. Extensión y cierre del proceso de transferencias

La razón para incluir esta cuestión entre las más importantes perspectivas de futuro de la descentralización española y, dentro de ellas, con el primer grado de prioridad es la que se ha indicado en el capítulo anterior: la situación actual de la distribución de competencias se ha calificado allí como inestable, por razones que no es preciso repetir, y, como toda situación inestable, requiere y tiende a la búsqueda del equilibrio perdido.

Esa situación inestable, sin embargo, se limita a un terreno preciso: la diferencia de competencias entre CC.AA. para la gestión de la red sanitaria de la Seguridad Social en el territorio propio de cada una, de manera que sólo siete de ellas han asumido esa función.

Que la distribución constitucional de competencias en materia sanitaria no esté cerrada, como se describió en el capítulo quinto, no supone un problema especial si se trata de otras materias. De hecho en distintos momentos se ha tratado la extensión de ciertas transferencias sanitarias específicas a determinadas CC.AA. con resultados diversos (de transferencia o no transferencia) sin que el logro o no del acuerdo haya tenido otra influencia mayor fuera del ámbito específico tratado.

Por el contrario, la situación respecto a dicha materia concreta es el origen de una sensación general de que "esto no puede quedar así" y, en la práctica, no ha habido ninguna fuerza política con presencia local o autonómica que haya defendido públicamente como definitiva la situación actual.

No se trata tampoco de un proyecto global, que defienda un determinado modelo final de organización de los servicios: lo habitual (y frecuente) ha sido la reivindicación de esas competencias por parte de alguna de las CC.AA. que carecen de ellas, con independencia del signo político del Gobierno responsable de tal reivindicación. Ésta ha formado parte también de los planteamientos públicos del Partido Popular, de manera tanto más intensa cuanto más nos alejemos hacia atrás de la fecha en que accedió al Gobierno de la Nación; por su parte, el Partido Socialista, fuera de algunos planteamientos individuales ocasionales siempre en el sentido de la extensión de las transferencias, no ha hecho pronunciamientos formales sobre esta cuestión mientras desempeñaba esas responsabilidades.

En todo caso hay algunos aspectos que merecen recordarse y ser destacados en relación con la posible generalización de las transferencias en esa materia. Son los siguientes:

a. Condiciones formales

En la situación actual ninguna de las CC.AA. que no han recibido todavía esa transferencia pueden recibirla directamente.

Esa imposibilidad, como se explicó en el capítulo quinto, está en relación con la adscripción de la materia a transferir no al ámbito de la Sanidad, en el que todas las CC.AA. son competentes, sino, por razones de su financiación, al de la Seguridad Social, en el que las CC.AA. que están a la espera carecen de capacidad legal para asumir competencias.

Las posibles vías de solución de ese problema legal, como se ha indicado ya, son diversas:

- El problema desaparecerá si desaparece la participación de fondos de la Seguridad Social en la financiación sanitaria, una cuestión que por sí misma es objeto de debate.
- Si se mantiene esa participación, es necesaria una modificación legal, que puede realizarse por uno de los dos procedimientos que se citan, o por ambos a la vez, como ocurrió en el año 1992, como consecuencia del Pacto Autonómico firmado entre los dos partidos mayoritarios de implantación estatal. Esos dos posibles procedimientos son:
 - La modificación de los Estatutos de Autonomía de las CC.AA. que quieran recibir esta competencia, incluyendo la misma entre las susceptibles de ser asumidas por la administración correspondiente.
 - La delegación de la competencia propia del Estado en las CC.AA., conforme a lo establecido en el artículo 150 de la Constitución, lo que requiere una Ley orgánica.

La reiteración de esas vías posibles de solución tiene por objeto llamar la atención sobre el hecho de que ninguno de esos trámites es inmediato: cualquiera de los procedimientos citados requiere unos plazos de cierta amplitud, además del logro del acuerdo para cumplir los requisitos establecidos en cada caso.

No se trata, por tanto, de una decisión susceptible de adoptarse y aplicarse de manera casi simultánea, por lo que el grado de firmeza en la decisión debe ser mayor.

b. Condiciones materiales complementarias

De las que pueden citarse, una tiene un carácter obligado: como se ha indicado en el capítulo sexto, la pérdida de la referencia que supone el presupuesto del INSALUD no transferido para la elaboración del presupuesto general del Sistema Nacional de Salud, lo que ocurrirá en el momento en que se generalicen estas transferencias, hará imprescindible un nuevo sistema de definición del presupuesto sanitario global, para el cual existen las diversas variantes que ya se han explicado.

Otra de las condiciones no resulta obligada, pero sí conveniente: se trata de llegar a un acuerdo explícito sobre las condiciones de acceso a los servicios que no tienen una distribución universal por todas las CC.AA. (incluso aunque se adoptase la decisión no eficiente ni garante de la calidad de los servicios de implantar todos en todas las CC.AA. serían necesarios plazos para alcanzar esa distribución universal) de manera que no se

planteen problemas de ese carácter por razones de facturación u otras tras hacer "independientes" la totalidad de los servicios.

El mismo tipo de compromisos, con las condiciones que quieran establecerse, debería extenderse para garantizar la atención en todo el territorio español en los desplazamientos de distintos tipos, cuyo volumen e importancia han empezado a ser debatidos también por las CC.AA. que ya tienen estas transferencias.

En tanto persiste una parte de la asistencia bajo la responsabilidad de la Administración General del Estado, ésta viene ejerciendo actividades de arbitraje y compensación bajo formas que en la nueva situación generada no serían posibles. Se trata de definir las nuevas formas antes de que sean necesarias.

c. Condiciones específicas

Cualquier análisis de las características de las CC.AA. que no han recibido hasta ahora la transferencia del INSALUD resalta como un rasgo fundamental su disparidad extrema: entre ellas se encuentran las de menor población, junto con otras (Madrid) donde se produce una gran concentración de ésta; en algunas de las mismas se concentran medios sanitarios en un volumen muy superior al que precisan para la atención de la población residente en su territorio, mientras que otras, por el contrario, resultan tributarias para la atención de su población de centros situados en el territorio de las anteriores, sobre todo en lo que se refiere a ciertas especialidades de alto nivel tecnológico.

Esas características diversas hacen que a cada una de ellas les resulte de difícil aplicación el criterio de financiación con arreglo a la población de su territorio que está en vigor en la actualidad.

Por otra parte aunque la proporción de CC.AA. que se encuentran en esta situación sea mayoritaria sobre el total (10 de 17), el porcentaje de población sobre la población total española que reúnen resulta minoritario (alrededor del 39%) respecto al que habita en las CC.AA. que ya tienen esta transferencia. Pese a ello esa misma proporción, que es la que gestiona el INSALUD, es el referente presupuestario para el conjunto del sistema como se indicó en el capítulo sexto. Resultaría inaceptable que una proporción cada vez menor del Sistema se convirtiera en la referencia para el presupuesto de la totalidad de éste.

Esas condiciones hacen que resulte poco probable un proceso de transferencias a las CC.AA. pendientes similar a los que se han venido produciendo hasta ahora, de carácter individual para cada una de ellas. Aunque cada proceso de transferencias supone necesariamente una negociación individual por parte de la Comunidad Autónoma correspondiente, como se ha indicado en el capítulo quinto, la situación descrita parece exigir una perspectiva global previa del conjunto de las transferencias a realizar antes de iniciar ese proceso.

Probablemente la dificultad de resolver ese conjunto de condiciones hace que no se haya producido una solución hasta ahora.

Se han descrito también otros aspectos que contribuyen al mantenimiento de la situación actual (1). Entre ellos cabe citar la desconfianza por parte del Ministerio de Economía y Hacienda hacia el control presupuestario por parte de las CC.AA. Ese factor adquiere un valor especial en un momento en el que el control del gasto sanitario constituye uno de los elementos centrales de las políticas dirigidas a la disminución del déficit público.

En la situación actual, y con los mecanismos de establecimiento del presupuesto sanitario global que se han explicado, el control del gasto en una parte del Sistema sobre la que se tiene posibilidad de influencia más directa (el INSALUD no transferido) parece proporcionar al Departamento citado mayores garantías de limitación de las aportaciones precisas a las prestaciones sanitarias, con independencia de que en otros Servicios transferidos se haya incurrido en realidad en gastos y déficits mayores, que teóricamente deberían afrontar las administraciones responsables de aquéllos.

Esas garantías son, en todo caso, relativas, pues diferentes administraciones recurren en la práctica a negociaciones bilaterales (la negociación presupuestaria global en el caso de Cataluña, con la asunción por unas u otras vías de sus déficits; la reivindicación de "deudas históricas" por parte de Andalucía...) que, proyectando o no los beneficios obtenidos sobre el conjunto del Sistema, terminan en todo caso por incrementar por otras vías el gasto de éste.

Por su parte, ante la perspectiva inicialmente establecida de que las CC.AA. deben afrontar con sus propios medios los déficits adicionales a los generales que se originen en sus servicios sanitarios, y la importancia porcentual del gasto sanitario en los presupuestos autonómicos cuando se incluye en ellos gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad social, las consejerías económicas de las administraciones que demandan esta transferencia son también reticentes a la misma.

En sentido contrario actúa la incomodidad que supone para la Administración General del Estado, sea cual sea el partido que gobierne, el cruce de responsabilidades que supone el esquema actual de distribución de competencias en planificación y gestión de los servicios. Como se ha comentado, esa distribución lleva con frecuencia a las CC.AA. a planificar recursos cuya dotación debe afrontar el INSALUD, so pena de aparecer como responsable de la denegación a ciertos territorios de determinadas dotaciones.

En el cuadro XI.1 se han esquematizado los factores a favor y en contra de que se adopte finalmente la decisión transferencial.

Es difícil predecir en qué momento un conjunto de esos factores adquirirá suficiente predominio como para cristalizar en una decisión. Por el contrario, sí parece más claro el sentido de ésta, al menos en cuanto a la exclusión de que esa decisión establezca de manera expresa y firme, siquiera para un período de tiempo, la negativa a llevar a cabo estas transferencias.

Cuadro XI.1: *Perspectivas de evolución de descentralización (transferencias)*

Solución	A favor	En contra
Mantenimiento de la situación actual	La comodidad del presupuesto del INSALUD como referencia y vía de control del gasto	<p>Dinámica de "agravio comparativo entre CC.AA.</p> <p>Aspiración política de CC.AA. a control presupuestario más amplio</p> <p>Experiencia de peso de CC.AA. con control sobre INSALUD en decisiones de reparto presupuestario (la presencia directa como garantía de defensa)</p>
Extensión de transferencia de INSALUD a todas las Comunidades Autónomas	<p>Desgaste político del gobierno central con distribución actual de competencias</p> <p>Propuestas expresas de responsables sanitarios de CC.AA. sin transferencia con independencia de su adscripción</p> <p>Experiencia previa de transferencia en esta materia aceleradas aún en ausencia de solución de condiciones de transferencia</p>	<p>Necesidad de actuaciones complementarias (nuevo modelo de financiación)</p> <p>Desconfianza de M^o de Hacienda hacia fórmulas de control presupuestario no directo</p> <p>Necesidad de garantizar mecanismos de coordinación</p> <p>Desigualdades en tamaño y medios de CC.AA. pendientes de transferencias</p> <p>Necesidad de cambios legales (Si financiación actual, Ley Orgánica o modificación Estatutos de Autonomía)</p> <p>Precaución de haciendas autonómicas pendientes de transferencias</p>

2. Futuro de las formas de coordinación

Traer aquí esta cuestión supone ya una valoración inicial: en un sistema en el que se ha producido una descentralización política de las responsabilidades, como es el español, no es posible la vuelta atrás. El conjunto de fuerzas puestas en marcha a partir de la decisión inicial determinan la irreversibilidad del proceso: lo que se da no se quita, por utilizar un dicho popular, de plena aplicación a esos casos.

La única vía accesible para mantener un funcionamiento armónico del conjunto de servicios sanitarios descentralizados es la coordinación, cuyos instrumentos potenciales, con las características, posibilidades y limitaciones de cada uno de ellos, se han expuesto ampliamente en el capítulo octavo. Allí se ha descrito también la situación de esas diversas formas de coordinación en el caso español, y sobre algunas de ellas se ha hecho una valoración cualitativa en el capítulo anterior.

Tratando de evitar repeticiones innecesarias, se presenta aquí una relación restringida a alguna de las cuestiones pendientes cuya solución parece más urgente, relativa a un número limitado de instrumentos de coordinación. A ellos se ha añadido una referencia a la financiación, en lo que se refiere a la distribución presupuestaria, que constituye una forma fundamental, que puede contribuir a condicionar las restantes, de la coordinación.

a. Sistemas de información

En el capítulo anterior se han caracterizado las áreas en las que los sistemas de información sanitaria resultan más deficitarios en el caso español. Éstas son la Atención Primaria, la información económica (sobre la que se han realizado diversas observaciones en el capítulo sexto), el personal y, tratándose de un sistema que teóricamente se plantea la equidad en términos de igualdad en el acceso, las condiciones de accesibilidad de las personas a los diversos centros y servicios.

Respecto a las dos primeras áreas existían iniciativas en marcha, todavía no consolidadas, en el momento de la remodelación ministerial en Mayo de 1996. En el caso de la información económica, las iniciativas se producían en dos direcciones distintas: el establecimiento de un sistema de información sobre pacientes desplazados entre CC.AA., cuyo diseño, ya realizado, se estaba poniendo a prueba por todas las CC.AA. con transferencias del INSALUD y por el propio Instituto; y la elaboración de un sistema de "volcado" de los presupuestos sanitarios autonómicos a un sistema de información común, conforme a lo descrito en el capítulo sexto, para cuyo diseño se disponía ya de diversos trabajos previos, aplicados a diferentes ejercicios presupuestarios.

Las estadísticas de distintas clases en materias de personal se encuentran en situación más deficitaria, quizás con la excepción de la información relativa a los procesos de formación post-graduada.

En cuanto a las informaciones relativas a accesibilidad, no hay sistemas de información disponibles, salvo en lo referido a los trasplantes. El modelo constituido de manera autónoma por

la organización que coordina esas actuaciones (Organización Nacional de Trasplantes, de perfiles jurídicos poco definidos pero eficaz en su funcionamiento, hasta haberse convertido en modelo para muchos países) justifica la posibilidad de alcanzar sistemas de información sobre estas cuestiones. La utilización pública de las informaciones relativas a listas de espera, por el contrario, es una buena expresión de las dificultades que pueden encontrarse en este campo.

Puesto que la continuidad de los sistemas de información constituye un valor fundamental de éstos, la primera prioridad parecería mantener lo existente y no interrumpir, y desarrollar más, las iniciativas en curso, en especial en las áreas deficitarias descritas.

Un aspecto distinto, que puede contribuir al desarrollo de los contenidos, es la posibilidad de promover nuevas formas organizativas que permitan una participación más directa de las CC.AA. en la propiedad y uso de la información sanitaria. Como se comentaba en el capítulo octavo, el primer paso para ello podría ser la unificación de las diferentes unidades que mantienen sistemas de información en el propio Ministerio de Sanidad. Esta cuestión no ha sido tampoco resuelta en la reestructuración ministerial llevada a cabo por el Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, mediante el que se llevó a cabo la reestructuración del Departamento.

b. Planificación y regulación de los servicios

Como en el apartado anterior, en el capítulo octavo se han analizado las diversas posibilidades de coordinación a través de distintas formas de planificación, a la vez que se comentaba su situación en España. En el capítulo décimo se ha hecho también una valoración sobre la situación de algunos de ellos, en concreto los planes de salud.

Cabe añadir aquí que el desarrollo de un "plan integrado de salud", en los términos previstos en la Ley general de Sanidad y en el Real Decreto 938/1989 parece poco probable:

- El Ministerio de Sanidad cumplió formalmente su parte al presentar a finales de 1995 un "Plan de Salud", en los términos que parece posible hacerlo desde el Gobierno central, entendiendo el mismo más como un conjunto de orientaciones generales que como actuaciones precisas, que no puede llevar a cabo directamente;
- Las condiciones para el llamado "plan integrado", dependen ahora de que cada una de las CC.AA. completen sus planes. De ellas, cuatro no han desarrollado todavía ninguna fase de los mismos, y la situación de los restantes, a todos los cuales les faltan diversas fases, incluido siempre el capítulo de financiación, se ha descrito en el capítulo anterior.
- Además, en todo caso, parece dudoso el interés de cualquier gobierno central en llegar a comprometer en un documento asumido como propio cantidades económicas y plazos para la aplicación de unas medidas que hayan sido previstas por otros (los gobiernos autonómicos), lo que, según la mecánica prevista, es lo característico del "plan integrado de salud".

Con arreglo a esa perspectiva sería más razonable plantearse la derogación de la norma relativa a los planes de salud, pues los instrumentos legales imposibles de cumplir resultan no sólo

inútiles sino, a la larga, perjudiciales para la credibilidad del sistema; y concentrarse en la búsqueda de otro tipo de formas de expresión (incluso de planes de salud en otros términos distintos a como se han desarrollado en España) de las prioridades y consecuencias de otras actuaciones sectoriales en materia de salud.

Por el contrario, el desarrollo de "criterios mínimos y básicos" de planificación se encuentra casi virgen en nuestro país. Sobre la necesidad y prioridad de este tipo de criterios, así como sobre las posibilidades de su elaboración participativa se ha insistido suficiente a lo largo de este texto, y no es necesario extenderse más aquí.

Las tensiones entre planificación y financiación de los servicios es previsible que continúen en tanto no se resuelva la cuestión de las transferencias pendientes comentada en el apartado anterior. Esas tensiones, sin embargo, podrían verse aliviadas si se alcanzara un desarrollo adecuado de los criterios generales de planificación que se han comentado antes.

La misma vía de adopción de criterios generales antes de que se desarrollen otros con carácter parcial por parte de una o varias de las CC.AA. sería de utilidad en otras materias, como las relativas a diferentes formas de acreditación, autorización y regulación de servicios.

Como en el caso de los sistemas de información, en este campo podrían abrirse posibilidades organizativas diversas, tratando de constituir agencias con actividad para todo el territorio español con participación de las CC.AA. y vinculación de uno u otro tipo con el Consejo Interterritorial. Aunque por parte de varias CC.AA. hay la tendencia permanente a constituir sus propios órganos, con actividad y eficacia para su territorio, la calidad y eficacia de los criterios y actuaciones pueden verse incrementados con ámbitos de actuación más amplios.

Otras posibilidades organizativas, como se ha comentado, pasan por la especialización de órganos creados por las CC.AA. en materias concretas, a ser posible no coincidentes, estableciendo mecanismos de reconocimiento general de las actuaciones de cada uno de ellos. En todo caso, sólo si se establecen formas de cooperación este tipo de actividades serán asequibles realmente a todas las CC.AA. pues, de otra forma, las más pequeñas carecerán de capacidad de desarrollar autonomamente estas actividades, sobre las que las administraciones de mayor tamaño y más dotadas lanzan iniciativas con frecuencia.

En el capítulo octavo se han comentado también las posibilidades de coordinación en lo relativo a la Agencia (o agencias) de Evaluación Tecnológica, que son similares a las que se han descrito en los párrafos anteriores.

Por su parte, además de las posibilidades abiertas en relación con la evaluación de las tecnologías, el Real Decreto 63/95, sobre prestaciones del Sistema Nacional de Salud, establece un marco fundamental para éste, al iniciar una delimitación homogénea de las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos con derecho a ellas, con independencia de su territorio de residencia. Esa vía, sin embargo, requiere mayores grados de concreción en diferentes aspectos.

Uno de esos aspectos es la determinación de unas condiciones de accesibilidad a las prestaciones, en especial si se sigue manteniendo que uno de los objetivos prioritarios del sistema

es la igualdad en el acceso. Se ha comentado en el capítulo séptimo el sistema de definición de esas condiciones que se da en Nueva Zelanda, que puede servir de modelo o alternativa a otras definiciones posibles.

Esas definiciones pueden determinar la necesidad de otras regulaciones complementarias, por lo que se incluyen también en el apartado siguiente, sobre el dictado de normas básicas como instrumento de coordinación. Pero pueden requerir también actividades en materia de planificación y ordenación coordinada de los recursos, por cuanto la distribución territorial de éstos es claro que condiciona el acceso a ellos.

c. Desarrollo de normas básicas

Descritas las características y condiciones de las normas básicas, así como el desarrollo de ellas en el ámbito sanitario en España, en el capítulo octavo, cabe reseñar aquí las materias en las que podrían desarrollarse otras normas de este carácter, bien sea porque así esté establecido por alguna norma de rango superior, porque haya sido propuesto desde algún ámbito o porque su dictado se considera que podría resultar de utilidad.

(1) Estatuto-Marco

La primera de esas razones es la que determina la necesidad de que se dicte un "Estatuto-Marco" del personal del Sistema Nacional de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad. El cumplimiento de ese mandato es además una demanda permanente por parte de las diversas organizaciones representativas de los trabajadores del sector.

Aunque en distintos momentos desde 1986 han circulado borradores diferentes de un estatuto, ninguno de los anteproyectos ha alcanzado el nivel de formalidad suficiente como para justificar su presentación pública.

Hay que recordar que una norma de carácter básico, el Real Decreto 118/91, constituye la regulación aunque sea provisional pero dotada de la condición citada, de uno de los aspectos que, conforme a lo establecido en la Ley general de Sanidad, debe regular el Estatuto, en concreto lo relacionado con la selección de personal. Dicha norma, conforme a los pronunciamientos de los Tribunales, debe considerarse un desarrollo parcial y anticipado del propio Estatuto.

El desarrollo global de un estatuto, a su vez, está sometido a diferentes contradicciones.

La primera de ellas se refiere a su alcance: cuando la Ley General de Sanidad se refiere al Estatuto-Marco, lo hace en relación inmediata con los diferentes estatutos existentes para las distintas categorías profesionales del personal sanitario al servicio de la Seguridad Social. Diversos anteproyectos elaborados a lo largo del tiempo transcurrido, sin embargo, trataban de establecer un conjunto de reglas comunes para todo el personal cualquiera que fuera su procedencia, que pasara a formar parte del Sistema Nacional de Salud.

Este planteamiento, más ambicioso, y razonable desde otros puntos de vista, podría incluso entrar en contradicción con algunas otras previsiones de la Ley General de Sanidad: así, por ejemplo, lo establecido en el artículo 50.2 de la misma norma, en la que se señala que cada Administración Territorial cuyos centros puedan pasar a formar parte de un Servicio de salud autonómico, con independencia de su adscripción funcional al Servicio correspondiente, podrá mantener la titularidad de aquéllos y, parece razonable deducir, también las formas de vinculación y características del régimen de su personal.

Aún si se aceptara una perspectiva limitada del Estatuto, sin embargo, la solución no resulta sencilla.

Hay que decir, de entrada, que los diferentes responsables autonómicos se han declarado en distintas ocasiones contrarios al régimen estatutario del personal, por considerarlo poco adecuado para la buena gestión de los servicios (2).

No se ha tratado sólo de declaraciones teóricas: en la práctica el camino elegido por distintos Servicios de Salud para introducir nuevas formas de vinculación del personal no ha sido la transformación global del régimen en vigor (salvo en Navarra, donde se ha convertido a todo el personal procedente de las instituciones de la Seguridad Social en funcionario, con condiciones homólogas a la del personal de la antigua Diputación Foral), sino la oferta de otras formas de contratación y relación a grupos concretos y limitados. Ni que decir tiene que esas ofertas (y también la transformación llevada a cabo en Navarra) deben acompañarse de ventajas añadidas (en forma de retribuciones más altas, reversibilidad de la opción en determinados plazos con conservación de los derechos anteriores, u otras) para facilitar una aceptación que, en todo caso, siempre tendrá carácter voluntario.

Por otra parte, otras formas de vinculación contractual resultan aparentemente más congruentes con las líneas de reforma de los servicios en el sentido de la gestión, la autonomía de los centros y la competencia, que predominan en la mayoría de los discursos. Algunos autores ponen en duda la realidad de las diferencias y los efectos de las nuevas formas de relación propuestas (3) siempre que se mantengan las mismas entidades como responsables últimas de los servicios. De hecho, en otros ámbitos administrativos distintos al sanitario se ha puesto de relieve las escasas diferencias existentes en cuanto a posibilidades de incentivación y control del rendimiento del personal entre el funcionario y el vinculado con las administraciones públicas mediante contratación laboral.

En todo caso la percepción contraria ha hecho virar los comportamientos de las diferentes administraciones, al menos en lo que se refiere a la integración de personal de centros de otra dependencia integrados en los servicios de salud: si la tendencia en los primeros años fué la integración del personal en los regímenes correspondientes de la Seguridad Social, cuando se tenía asumida esa competencia (así pasó con el personal de diferentes Hospitales Provinciales, tanto en el INSALUD como en distintos Servicios autonómicos), en la actualidad cuando tales integraciones ocurren se trata de mantener los regímenes diferenciados correspondientes o establecer nuevas formas específicas de vinculación laboral.

Desde el punto de vista de las administraciones, otro condicionante, también negativo, al desarrollo de una norma común es la tendencia de las CC.AA. a establecer condiciones propias que favorezcan la selección y también las formas retributivas peculiares para el personal de su territorio.

El deseo contrario de garantizar la homogeneidad retributiva (siempre a los niveles más altos) y la movilidad del personal por todo el territorio español con los menores costes posibles son las razones que mueven a las representaciones de los distintos grupos de trabajadores sanitarios a demandar el cumplimiento del mandato legal con la elaboración del estatuto. Pero las posiciones son de una gran indefinición cuando se trata de concretar las características de éste.

El rechazo de una modificación de la naturaleza de la relación para transformarla en laboral fué explícito, y motivó la supresión de las disposiciones en ese sentido, durante la elaboración de la Ley General de Sanidad. En el momento actual forma parte del lenguaje común el rechazo a las limitaciones que supone una forma de relación que se aproxima a la funcionarial. Mientras que en ningún momento se ha entrado en debates más amplios, que pongan en relación las formas organizativas que se pretendan para el Sistema con las posibles modificaciones de la situación del personal. Para éste se pretenden todas las ventajas y ninguno de los inconvenientes correlativos, que caracterizan a cualquiera de las formas de vinculación extremas, laboral o funcionarial, por lo que, en la práctica, lo más acorde con esas aspiraciones resulta el mantenimiento de la situación estatutaria vigente.

No es posible tampoco predecir si en algunas circunstancias concretas ese conjunto de elementos contradictorios llevará a la propuesta de un Estatuto. La actual situación de indeterminación y mantenimiento de las relaciones establecidas para los distintos grupos de personal, fuera de las declaraciones en demanda del cumplimiento de una norma legal, parece, pese a todo, la respuesta más acorde al equilibrio de intereses en esta materia.

Si se quiere hacer un desarrollo pragmático del Estatuto limitado a los grupos de personal de la Seguridad Social que se han citado, y a la refundición en una sola norma de todas las modificaciones producidas en la redacción de los estatutos originales, lo que por razones prácticas justificaría por sí solo tal elaboración, las mayores dificultades se encontrarán en el ámbito de las diferentes CC.AA., cuyo interés por mantener y ampliar sus posibilidades de desarrollo autónomo de sus relaciones de personal es importante.

(2) Salud pública

La posibilidad de dotarse de un nuevo instrumento jurídico en esta materia ha sido invocada desde los propios sectores de responsabilidad que gestionan estos campos concretos de actividad (4), y ha sido también demandada desde el ámbito de los juristas de la salud (5).

Conforme a estos criterios una norma de este carácter no debería interpretarse como una aspiración de la Administración General del Estado sino como una solución para pro-

blemas que, en la práctica diaria de la relación en estas materias, producen múltiples complicaciones a las propias administraciones de las CC.AA. por carecerse de fuerza ejecutiva conjunta y de instrumentos de verificación del cumplimiento de los acuerdos y de penalización de los incumplimientos, incluso de los adoptados mediante consenso.

Cada una de las CC.AA., por otra parte, carece de capacidad para ordenar los aspectos globales de esa relación, o tiene mayores dificultades para regular ciertas materias, por la presión de los intereses locales contradictorios de otros sectores de actividad.

El dictado de una norma de carácter básico en este campo, si quisiera desarrollarse, debería tener en cuenta la limitación general de no constituir un menoscabo de competencias transferidas a las CC.AA., que han sido ejercidas y desarrolladas ampliamente por todas ellas. Su propia finalidad haría especialmente recomendable su elaboración participativa (algo extensible a todas las normas de este tipo), para lo que la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial podría ofrecer un ámbito adecuado de colaboración.

(3) Prestaciones

La necesidad de regular las prestaciones sanitarias de manera similar para el conjunto del Sistema Nacional de Salud ha sido ya argumentada ampliamente a lo largo de este texto.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, conforme a esa necesidad, tiene atribuido expresamente ese carácter básico.

Se han comentado también, sin embargo, las demandas de mayores precisiones en determinados aspectos contemplados por esa norma, entre otras una mayor concreción de las condiciones de accesibilidad. Esas nuevas regulaciones, si se producen, deben tener atribuido el mismo carácter básico, que garantice determinados niveles de homogeneidad en todo el sistema, sin perjuicio de que por cada una de las CC.AA. con competencias en esas materias puedan establecerse prestaciones y condiciones complementarias, que no afecten a las generales y que tengan garantizadas otras vías de financiación.

(4) Acreditación y homologación de personal, centros, servicios y puestos de trabajo

Se han incluido también estas cuestiones en el apartado anterior sobre coordinación de actividades en materias relacionadas con la planificación y la regulación de los servicios.

Pero otra de las posibilidades complementarias en estas materias es el dictado de normas de carácter básico, que establezcan marcos generales para las normas que sobre estas mismas cuestiones se dicten por las CC.AA.

Por otra parte, la iniciativa estatal en este sentido, aunque sería de gran utilidad la elaboración participativa de las normas contribuiría a orientar y priorizar las iniciativas de las administraciones autonómicas que, como se ha descrito en el apartado i) del capítulo octavo, han tenido un carácter bastante disperso.

(5) Organización de los servicios

La posibilidad así como las razones de considerar la conveniencia de dictar alguna norma básica en este campo se comentan en los apartados referidos a las perspectivas de futuro de los servicios de salud de las CC.AA. y de las formas de descentralización funcionales, por lo que, para evitar repeticiones sólo se hace aquí mención de tal posibilidad.

d. Futuro de las formas de financiación y presupuestación

En el capítulo sexto se han descrito ampliamente diversas cuestiones relacionadas con la financiación de los servicios descentralizados en el proceso español. Se ha hecho referencia allí a los avances producidos por el acuerdo de financiación sanitario alcanzado en 1994, que, de manera resumida son los siguientes:

- Homogeneidad temporal de los criterios de distribución a las distintas CC.AA. con el INSALUD transferido, que rompió la dinámica de falta de coincidencia de los horizontes temporales de las distintas CC.AA. para alcanzar los criterios poblacionales finales de participación en la financiación global.
- Conocimiento previo del ritmo de crecimiento del presupuesto sanitario (conforme al PIB previsto), y de la resultante de su aplicación a cada una de ellas a partir del presupuesto propio de 1993, por parte de las CC.AA.
- Participación automática de las CC.AA. en los incrementos presupuestarios por desviaciones en el ámbito del INSALUD no transferido (incrementos que, por otra parte, se dificultan en su obtención, debiendo tramitarse en su caso ante el Parlamento).

El acuerdo mencionado, sin embargo, no cerró una serie de cuestiones que, al margen de las alternativas generales de financiación de los servicios sanitarios, están pendientes de resolver en relación con la distribución presupuestaria a las CC.AA. Esas cuestiones, sin extenderse en otras explicaciones más amplias, que ya se hicieron en el capítulo sexto, son las siguientes:

- La alternativa entre el mantenimiento de un sistema diferenciado de financiación sanitaria o el paso a la financiación de los servicios sanitarios con la misma metodología de la financiación autonómica general (la cual, por otra parte, se somete periódicamente a discusión, como ocurre ahora, en que constituye uno de los problemas más determinantes de la discusión política general).
- Si se mantiene un sistema de financiación sanitaria específico, qué papel debe corresponder al Ministerio de Sanidad (y al Consejo Interterritorial) en la determinación del presupuesto sanitario global, en especial a partir del momento en que se hayan generalizado las transferencias del INSALUD.

Este papel viene siendo cada vez más ampliamente desarrollado por el Departamento de Economía y Hacienda, en relación directa con las CC.AA.

El funcionamiento del conjunto de los servicios como Sistema sanitario precisa de definiciones presupuestarias globales pues hay decisiones, como las prestaciones a atender

con los presupuestos, que sólo pueden abordarse con carácter general. Los criterios sanitarios de gasto para el conjunto del Sistema sólo pueden ser vehiculados por el Departamento de Sanidad o por órganos de coordinación específicos vehiculados por éste. Cualquier línea de actuación diferente debería considerarse como una infravaloración de la política sanitaria en general por parte del gobierno que la pusiese en práctica.

- Partiendo del mantenimiento de un sistema de financiación específico, sigue pendiente la discusión de los criterios "definitivos" de financiación, llegando al acuerdo acerca de si deben existir correctores complementarios del criterio poblacional estricto y, en su caso, cuáles deben ser éstos.
- Una variante de lo anterior sería la posibilidad de establecer alguna parte de financiación sanitaria condicionada, cuyos efectos sobre la coordinación y el mantenimiento de mínimos en la homogeneidad de las prestaciones y los servicios en otros países parecen evidentes (puede consultarse a este respecto el ejemplo comentado de Canadá).

La probabilidad de que se llegue al condicionamiento siquiera de una parte menor de la financiación parece en todo caso escasa.

De entrada si la financiación sanitaria pasa a hacerse por completo bajo el concepto de "sanidad", sin ninguna parte que lo sea como "seguridad social", se tratará de una competencia exclusiva de las CC.AA., a las que deberán distribuirse los fondos correspondientes con arreglo a los criterios que se establezcan, quedando su utilización bajo su responsabilidad sin posibilidad de condicionamiento posterior.

Pero incluso si se mantiene bajo el epígrafe de "seguridad social" (materia en la que las CC.AA. sólo tienen constitucionalmente atribuidas las competencias de gestión) la costumbre adquirida en la distribución de los fondos hecha hasta ahora, al amparo de los criterios establecidos en la Ley General de Sanidad, hace más que probable que, si quisieran modificarse esos criterios incluso en una parte menor, se encontrara la oposición cerrada de las administraciones autonómicas que haría imposible tal modificación.

- Finalmente, están por establecer mecanismos de información económica suficientes como para permitir que se haga realidad la responsabilidad autonómica por las desviaciones presupuestarias que puedan atribuirse a la gestión propia de los servicios, o a las prestaciones adicionales a las generales que puedan darse en algunos territorios.

Otros sistemas de información económica pendientes de desarrollo, como se ha comentado, son los correspondientes a los pacientes desplazados entre CC.AA. y, en relación con ellos, un acuerdo sobre las formas de llevar a cabo las compensaciones que procedan ⁷.

7 Como se ha comentado en el Capítulo VI, la ausencia de sistemas de información económica real sobre el gasto de cada una de las CC.AA. se ha constituido en una de las principales vías de presión global para el aumento del gasto del conjunto del sistema sanitario español.

Esa dinámica puede abocar a éste a una insuficiencia neta, y a la búsqueda de fuentes de financiación adicionales, que pueden terminar en la demanda de aportaciones añadidas por parte de los ciudadanos de todas las CC.AA., o la disminución de los beneficios sanitarios para todos ellos, con independencia de cuáles sean las CC.AA. que generan mayores necesidades de financiación.



e. Mejora del funcionamiento del Consejo Interterritorial

Que el Consejo Interterritorial es el órgano fundamental de la coordinación sanitaria en España no es puesto en cuestión por nadie.

Las críticas sobre su funcionamiento, sin embargo, se han ido haciendo más frecuentes en los últimos años coincidiendo con lo que debería ser su período de maduración, pues no en vano este órgano alcanzará en 1997 los diez años desde que inició sus actuaciones.

Es importante caracterizar primero la naturaleza de esas críticas, pues se sostiene aquí que se han intentado respuestas diversas que, sin embargo, no correspondían a la esencia de aquéllas.

En efecto, en diferentes ocasiones se han criticado las demoras en las convocatorias, los retrasos formales en el envío de la documentación, o el incumplimiento del calendario mínimo anual de reuniones en los últimos años, entre otros aspectos formales. La crítica más importante formulada, sin embargo, se refiere a una cierta trivialización progresiva de la vida del Consejo, del que habría escapado en la práctica la discusión real de las opciones más importantes de política sanitaria planteadas en los últimos años, fundamentalmente en la fase de elaboración y discusión de las decisiones. En relación con este problema, los aspectos formales comentados serían otra clase de vehículos de expresión de las mismas tendencias.

Frente a esas críticas sería posible entrar en una discusión cuantitativa, analizando los temas tratados en las sesiones del Consejo, y el momento en que lo fueron. Esa discusión, para la que se han aportado algunos datos parciales (sin entrar en el análisis de temas concretos) en los capítulos octavo y décimo, aportaría probablemente poca luz a un debate que es de carácter fundamentalmente cualitativo, expresivo de una forma de interpretar y "sentir" los mismos datos y actuaciones de un órgano común.

Interesa, por eso, mas bien analizar algunos aspectos de ese carácter. Así, por ejemplo, que las críticas en el sentido indicado han sido siempre realizadas desde el ámbito autonómico y respondidas desde el gobierno central, que es el motor principal del funcionamiento de este órgano coordinador. A lo que, a su vez, podría oponerse la tendencia a la solución individual, todo lo más en discusión bilateral con la administración General del Estado, de sus problemas por parte de cada una de las CC.AA., que ya se ha comentado.

El contraste de las posiciones mantenidas en uno y otro ejercicio de las responsabilidades autonómicas y centrales cuando se han desempeñado ambas sucesivamente por personas coincidentes, para lo que carecemos todavía de suficientes sujetos de observación, podría aportar probablemente también información sobre los sesgos que imprimen cada una de las responsabilidades citadas.

La falta de información sobre aspectos concretos (desplazados, costes docentes) ha provocado a su vez que la distribución de fondos adicionales se haga con criterios arbitrarios desde el punto de vista sanitario, dentro de una negociación política ajena a la financiación sanitaria específica y que, como consecuencia, tenga efectos desproporcionados, que benefician claramente a algunas CC.AA. en detrimento de otras.

Se ha resaltado también en el capítulo VI y en éste mismo el papel que en estas cuestiones desempeña el Ministerio de Hacienda, que establece directamente los criterios de reparto, dejando de lado al Ministerio de Sanidad.

Lo que hay de común en ambas actitudes, al menos desde el punto de vista del contrario en cada caso, es la tendencia al ejercicio no compartido de las responsabilidades que son propias; lo que resulta opuesto al concepto de un Sistema sanitario común, y al funcionamiento adecuado de un órgano de coordinación, en orden a facilitar la gestión, por más que resulte comprensible el origen de tal actitud, a la vez que puede considerarse acorde con el sistema de distribución de competencias vigente.

Frente a problemas como los citados las respuestas que han pretendido darse hasta ahora han sido siempre de carácter formal. Así, en 1992 comenzó a abordarse una reforma del reglamento del Consejo en vigor, que pretendía "agilizar" el funcionamiento del mismo, tanto en el Pleno como en las Comisiones, para lo que se apuntaban diversas medidas, comentadas en el capítulo octavo. De ellas, en la modificación del reglamento aprobada en Diciembre de 1993 sólo llegó a aceptarse la racionalización y reducción consiguiente del número de comisiones, que por aquellas fechas había alcanzado las elevadas cifras que se han citado.

Con posterioridad a esa fecha se han continuado las peticiones y respuestas a las demandas formales de envío más urgente de la documentación, mayor frecuencia de los Plenos, u otras, que se han citado. (pueden consultarse a este respecto las actas del Pleno del Consejo de los dos últimos años).

La insuficiencia de ese tipo de medidas frente a problemas como los citados, sin embargo, es evidente.

El Consejo Interterritorial, que ha alcanzado un nivel de funcionamiento formal suficiente, se enfrenta al reto de convertirse en un órgano real de discusión y coordinación de las políticas sanitarias y las modificaciones formales deben hacerse en tanto aporten algo a ese objetivo.

De entrada hay que señalar que se trata de un objetivo a largo plazo que permite distintos grados de consecución, respecto al cual hay ya un camino andado, en el que no debe volverse atrás y un conjunto valioso de experiencias para orientar las reformas.

Entre los elementos a favor de la perspectiva indicada hay que citar la probable transferencia del INSALUD a todas las CC.AA. Si ésta tiene lugar, la Administración General del Estado carecerá de instrumentos propios para llevar adelante directamente las políticas en la mayoría de los casos, por lo que el instrumento de la coordinación resultará imprescindible.

En sentido contrario pueden actuar el escaso papel desempeñado hasta ahora por el Consejo en la coordinación económica del Sistema, y las perspectivas contrarias a la posibilidad de establecer alguna clase de condicionamientos al reparto siquiera de una parte de los presupuestos sanitarios, que se han comentado con anterioridad.

El elemento integrador de esos factores, que resulta imprescindible para dar pasos adelante en el sentido indicado, sin embargo, es la decisión política de hacerlo, sin la que cualquier modificación formal está abocada al fracaso. La iniciativa fundamental para ello corresponde a la Administración General del Estado, que ejerce la presidencia del Consejo, aunque la respuesta, el grado y la forma de participación de las CC.AA. condicionan en buena parte las posiciones de aquélla.

A partir de esa actitud, los avances que puedan producirse, aparte de otras actuaciones en materias concretas con carácter potestativo por quien ejerza las tareas de gobierno, deberían orientarse al reforzamiento de los mecanismos formales que puedan resultar expresivos de las posibilidades del Consejo. Entre ellas pueden citarse:

(1) Debates periódicos

Se trataría de la presentación periódica y "obligada" al Pleno de informes sobre materias determinadas, para su debate.

Algunas de esas materias tienen un carácter necesariamente periódico: entre ellas pueden citarse los presupuestos o las convocatorias de plazas de formación especializada, ambas con carácter anual.

Respecto a los primeros no se trataría de introducir un nuevo paso en la tramitación de éstos, ya suficientemente compleja. Pero es difícil imaginar otras posibilidades de intervención de los órganos sanitarios en su propia presupuestación en el futuro si no se demuestra en la práctica la capacidad para debatir, aunque sea sin proyección concreta inmediata, sobre estas materias. Las diferencias políticas y los conflictos de intereses que confluyen sobre debates en estos campos son evidentes; deberían tenerse en cuenta para fijar momentos del calendario presupuestario y condiciones y alcance de esos debates, más aún en las primeras experiencias, para no hipotecar desde el principio sus posibilidades de futuro.

En cuanto a la formación especializada, no se trataría tanto de obtener el informe formal a la convocatoria MIR (y restantes que tienen lugar de manera simultánea), lo que ya ocurre ahora. Pero las convocatorias de cada año podrían servir de base para la presentación anual de las orientaciones generales en políticas de personal y necesidades de éste.

Otras de las materias susceptibles de un informe anual no tienen todavía una justificación periódica, que debería establecerse. El mejor ejemplo de ello sería la presentación de un informe anual sobre la salud de la población española. En otras ocasiones se ha invocado la posibilidad de presentar esos informes ante otros órganos, hasta el propio Congreso de los Diputados. En el caso del órgano sanitario coordinador por excelencia de las políticas de salud, quizás lo que debiera justificarse es por qué esos informes y debates no han tenido todavía lugar.

(2) Sistemas de adopción de acuerdos

Los sistemas de adopción de acuerdos en el Consejo también tienen algo que aportar a la mejora de éste como órgano de coordinación.

De entrada cabe señalar que no hay justificación aparente para aceptar las limitaciones tácitas establecidas en el Consejo para excluir en sus Plenos cualquier clase de votación.

Otros órganos de coordinación semejantes al Consejo, entre ellos de manera destacada el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en cuyo seno se adoptan los acuerdos relativos

a la financiación autonómica general, tienen previstos sistemas de votación y los aplican en la práctica.

Otra cosa es el valor de las votaciones: ninguno de sus resultados, que adoptan la forma de recomendaciones que se elevan al Gobierno, es aplicable a un territorio autonómico concreto si no es ratificado por su propio Gobierno, que puede excluirse de lo acordado (así ocurrió por parte de algunos gobiernos autonómicos con la transferencia del 15% del IRPF, y puede ocurrir en el futuro con otras decisiones en la misma materia). Tal capacidad es consustancial al sistema de distribución de competencias que se da en diferentes campos. Pero aceptar que del mismo deba derivarse la imposibilidad de establecer con la mayoría de las CC.AA. procedimientos o sistemas comunes en determinadas áreas es llevar la limitación más allá de lo previsto y de lo que resulta adecuado desde el punto de vista de la coordinación precisa.

El regimen de garantías respecto a esa forma de decidir el criterio mayoritario puede complementarse con otras previsiones. Así ocurre de hecho en el Consejo de Política Fiscal y Financiera citado en el que, conforme a su reglamento (6), se prevé la necesidad de contar con al menos los dos tercios de los votos de los miembros (los votos están repartidos por igual entre la representación de la Administración general del Estado y el conjunto de las CC.AA., cada una de las cuales dispone de un voto) en primera votación.

Como en el caso de otros mecanismos formales, no se trata de confiar en ciertas propiedades mágicas de éstos: como si el Consejo Interterritorial, por el mero hecho de que se votara en sus Plenos, fuera a cambiar de carácter y ejercer un papel más activo de coordinación. Eso ocurrirá si se producen votaciones que resulten útiles, como ocurre en otros ámbitos con la adopción de un nuevo sistema de financiación. Pero las vicisitudes hasta alcanzar un nuevo sistema en ese caso son también expresivas de las precauciones, añadidas a las cautelas formales indicadas, con que hay que utilizar los procedimientos de votación, que, por sí solos, no constituyen la solución de ningún problema.

La selección cuidadosa de las cuestiones a someter a estos procedimientos y del momento más propicio para hacerlo juegan, en consecuencia, un papel tan importante como el propio procedimiento, más aún en las primeras ocasiones en que pueda utilizarse, para determinar la utilidad a los fines indicados de los sistemas de votación.

(3) Acuerdos de conferencia sectorial

Las previsiones en cuanto al valor de los acuerdos que se han citado en el apartado anterior son similares a las establecidas en el artículo 5 y siguientes de la Ley de Regimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (Ley 30/92) para los denominados "acuerdos de conferencia sectorial", ya comentados, se adopten éstos mediante el sistema de votación o por consenso.

Lo mismo cabe decir respecto a la elección de los temas y los momentos adecuados para ello.

(4) Informes de otros órganos

El Consejo Interterritorial debe convertirse en la vía final común de los informes emitidos por distintas comisiones y grupos de diferente carácter constituidos en el ámbito sanitario.

Eso afecta a Comisiones específicas creadas con carácter ocasional. De hecho, así ocurrió con el denominado "Informe Abril", y lo mismo debe ocurrir en el futuro próximo con los análisis y recomendaciones de la ponencia sobre la modernización del sistema sanitario constituida en el seno del Congreso.

Pero esa actividad debe extenderse a comisiones o grupos constituidos con carácter permanente para la gestión de cuestiones concretas.

Entre éstas cabe citar el Fondo de Investigaciones Sanitarias, que de hecho ha informado ya en distintas ocasiones al Pleno del Consejo sobre sus actividades, lo que debería también convertirse en una actividad periódica de carácter anual, en la que pudieran debatirse las áreas de investigación y formación preferentes en el ámbito sanitario. Pero puede extenderse a otros órganos, como los Consejos Nacionales de Especialidades Médicas y de Enfermería, que deberían emitir los mismos informes periódicos, la Comisión Nacional para el Uso Racional de Medicamentos u otras.

En estos órganos tiene lugar el debate de buena parte de las cuestiones de mayor interés para el desarrollo sanitario de nuestro país y debe buscarse el vínculo entre esos debates y la actividad del Consejo Interterritorial, en el que confluyen todas las responsabilidades políticas sanitarias de más alto nivel en el Estado español.

(5) Coordinación de organismos o agencias de actuación común

Si se llegaran a constituir ciertos organismos o agencias para la gestión común de determinadas actividades (se han citado repetidamente para el ámbito de la información, la acreditación y otras) deberían buscarse igualmente vínculos con ellos, que en este caso pueden adoptar formas orgánicas más precisas ya comentadas.

(6) Comisiones del Consejo

La actividad del Consejo Interterritorial reside en buena parte en sus Comisiones y Grupos de trabajo propios.

Desde un punto de vista teórico, el número y los ámbitos de trabajo de los ya constituidos parecen recoger, adecuadamente agrupadas, las materias fundamentales.

Se trataría, por eso, no tanto de entrar a constituir otros nuevos con una dinámica cuya ineficacia se ha comprobado ya, sino de hacer funcionar de manera homogénea lo existente que, como se ha indicado, ha alcanzado un grado de actividad muy desigual.

Algunas de las Comisiones constituídas podrían ser las receptoras de determinados informes de entre los citados en los párrafos anteriores, modulando su paso a los Plenos conforme al interés de aquéllos.

La coordinación de esas Comisiones ha venido residiendo hasta ahora en los Centros Directivos del Departamento que ejercían las responsabilidades en cada una de esas áreas. La nueva estructura ministerial creada por el Real Decreto 1983/1996, de 2 de agosto, hizo desaparecer buena parte de los Centros Directivos correspondientes.

Acerca de la funcionalidad de la nueva estructura se hacen otros comentarios en un apartado posterior. Aquí cabe señalar que deberán buscarse los mecanismos adecuados (muchas veces del ámbito de los símbolos, más que de categorías administrativas precisas) para evitar que la desaparición de las Direcciones Generales correspondientes no afecte a la capacidad de coordinación de las comisiones correlativas del Consejo Interterritorial.

(7) Composición del Consejo Interterritorial

Al margen de las cuestiones citadas, aunque también en relación con la nueva estructura adoptada por el Departamento, cabe referirse a la modificación que ha tenido lugar en la representación de la Administración General del Estado en el Consejo Interterritorial.

Para hacerse paritaria con la de las CC.AA., esta última está compuesta por 17 miembros, de los que 10 venían siendo del Ministerio de Sanidad y 7 de otros Departamentos, como se ha expuesto en el capítulo octavo.

A raíz de la modificación en la estructura del Departamento, no existían en éste un número suficiente de altos cargos como para cubrir las plazas correspondientes, si no era a través de cargos del ámbito del INSALUD, lo que no parecía adecuado dado el ámbito limitado de actuación y competencias de éste, al fin y al cabo un servicio de salud de naturaleza equivalente a la de otros servicios.

A fin de resolver ese problema, la decisión adoptada fué la de incluir una representación más amplia de otros Departamentos en la representación estatal (se incluyó, mediante Acuerdo de Consejo de Ministros, a representaciones de los Ministerios de Defensa, Interior, Medio Ambiente y de la Presidencia).

Como consecuencia, la representación del Ministerio de Sanidad en el Consejo es minoritaria respecto a otros departamentos (7 miembros frente a 10), lo que es una situación inédita en cuanto a la representación de los ministerios específicos de la materia a tratar respecto a las restantes conferencias sectoriales constituídas.

Esa situación puede no tener otras consecuencias, puesto que las posiciones de la Administración General del Estado en el seno del Consejo deben seguir siendo coordinadas, y hechas homogéneas si fuera preciso, por el propio Ministerio de Sanidad.

Pero debe evitarse en todo caso que la nueva composición derive en una orientación dirigida a las demandas de otros Departamentos hacia el ámbito sanitario, y no hacia las prioridades propias de éste, lo que resultaría contrario a su papel de coordinación principal.

f. Posibilidad de nuevas áreas de coordinación

El propio desarrollo del Estado autonómico ha abierto nuevas posibilidades de coordinación en ciertas materias, con independencia de la distribución competencial que corresponda a las mismas.

Se trata de cuestiones que en su ejecución práctica precisan de colaboración entre, al menos, los niveles central y autonómico de las administraciones, en interés de ambas partes. Para ello pueden ser útiles algunos de los instrumentos de coordinación ya comentados o desarrollarse otros nuevos.

Entre esas áreas se encuentran en el ámbito sanitario al menos las siguientes:

(1) Relaciones internacionales

Es una competencia en principio atribuida con carácter exclusivo a la Administración General del Estado, conforme a lo establecido en el apartado 2.3 del artículo 149 de la Constitución Española.

En la práctica, sin embargo, tanto en el ámbito sanitario como en otros las CC.AA. han desarrollado diferentes iniciativas para hacer posible su presencia en distintos foros internacionales o ante entidades concretas en defensa y representación de sus propios intereses.

En el caso sanitario, dejando aparte otros casos concretos, el lugar donde la relación se ha establecido con un carácter más amplio ha sido la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud.

En los últimos años, quizás en relación con la crisis de contenidos propios de la misma Organización cara a los países más desarrollados (7-23), desde la propia Oficina Regional se han promovido diferentes programas cuyos destinatarios, bajo la cobertura del enfoque multisectorial de los problemas sanitarios, tienen como destinatarios las entidades de carácter regional (el Programa Regiones por la Salud) o local (el Programa Ciudades Saludables) (24-28).

Por su parte, diferentes entidades de ese nivel de distintos países, en el caso español de manera preferente determinadas Comunidades Autónomas y ciertas corporaciones locales, han encontrado a través de esos programas una posibilidad de proyección exterior para sus propias actividades y relaciones, así como para su personal.

Una situación similar ha tenido lugar en algunos casos en lo relativo a actividades de cooperación internacional en materias sanitarias.

Es cierto que esas situaciones no se hubieran producido si la actividad de control del Departamento sobre competencias que son propias, de haberlas considerado inadecuadas, las hubiera impedido.

El ejercicio de la competencia, sin embargo, no puede limitarse a evitar que otros ejerzan lo que le corresponde llevar adelante.

Llegados a la situación en la que nos encontramos en estas materias, el camino para hacer posible la coordinación en estos campos pasa por plantear desarrollos de los que puedan obtener ventajas todas las partes.

Por parte de la Administración central, éstas pueden ser, además de ejercer el papel que le corresponde (para lo que hay no sólo razones competenciales, sino incluso de carácter económico, pues son los Estados los que financian con sus contribuciones las organizaciones internacionales en la mayoría de los casos), obtener el mayor rendimiento posible para el conjunto de los ciudadanos y administraciones del país de la contribución y participación en las actividades y organizaciones correspondientes. Para ello, la primera responsabilidad es difundir entre todos ellos las iniciativas que se produzcan.

Respecto a las administraciones autonómicas (o de otro nivel), sólo la coordinación de todas ellas con la Administración General del Estado, que es la titular de la competencia, puede garantizar el conocimiento general de las distintas iniciativas y el respaldo adecuado de la actividad en que se produzca su participación. De otra forma, ésta tendrá siempre un carácter de gracia o favor, que puede afectar su ejercicio.

Si para la coordinación de estas actividades sería conveniente la constitución de un grupo específico, o podría hacerse de manera conjunta con las actividades que se comentan en el apartado siguiente, o incluso si la coordinación en estas áreas podría pasar inicialmente por el establecimiento de ciertos canales de información recíproca, son detalles que exceden el nivel de los comentarios que pueden hacerse aquí.

(2) Participación en las relaciones con la Unión Europea

Este ámbito constituye una parte muy específica de las relaciones internacionales.

Como tal, podría despacharse con una referencia genérica a la competencia del Estado en sentido limitado. Pero las relaciones son más complejas: con frecuencia, las decisiones y los temas abordados en las instituciones de la Unión afectan de una u otra manera a los intereses de las Comunidades Autónomas. En el caso español se dan también situaciones en las que la aplicación de las normas europeas corresponde a las mismas administraciones por tratarse de materias en las que éstas ejercen las competencias correspondientes, tanto en lo referente al desarrollo legislativo como a la ejecución.

La participación de las CC.AA. en la Unión Europea para la representación de sus intereses de manera directa sólo está prevista, con una representación restringida, en organismos como el Comité Consultivo de las Colectividades Regionales y Locales (cuya pre-

sidencia ha ejercido en fechas recientes el presidente catalán) o en los Planes de Desarrollo Transfronterizo.

Ese tipo de órganos, pese a su refuerzo creciente, no pueden considerarse más que una vía de respuesta parcial a los problemas citados, frente a los cuales la capacidad de decisión básica la mantienen los Estados. Por otra parte, la diversidad de formas de organización institucional y competencial de las regiones o sus equivalentes en distintos países, hacen difícil prever en un futuro próximo otra perspectiva distinta.

La cuestión que se plantea, en consecuencia, es la búsqueda de formas de participación de las CC.AA. en la formación de la voluntad del Estado en los asuntos abordados en la Unión que las afecten, así como la coordinación de las actuaciones en aplicación de las decisiones europeas que corresponda desarrollar a las CC.AA., aunque de su ejecución global en el conjunto del Estado español deba responder éste.

Debe señalarse que, en las materias sanitarias, las decisiones que se adoptan que reúnen una u otra condición se refieren por el momento de forma casi exclusiva a dos terrenos concretos: el de la salud pública, con una proporción muy importante de cuestiones relacionadas con el control sanitario de los alimentos, y el de los productos farmacéuticos y sanitarios.

La forma en que hacer efectiva esa participación no está definida en la Constitución española y las posibilidades para llevarla a cabo eran diversas (29). El desarrollo posterior que ha tenido lugar ha establecido cauces determinados para su institucionalización, cuyos pasos más significativos han sido los siguientes:

- Creación de una Conferencia Sectorial presidida por el Ministro para las Administraciones Públicas de la que forman parte la Secretaría de Estado para las Comunidades Europeas, así como representantes designados por todas las CC.AA. Esta conferencia es la encargada con carácter global de analizar y hacer posible la participación en los sentidos indicados.
- Firma de un acuerdo de institucionalización de la misma, suscrito por cada una de las CC.AA. (publicado por el Ministerio de la Presidencia en el BOE de 8 de octubre de 1993). En él se dotó a la Conferencia de una Comisión de Coordinadores de Asuntos Comunitarios Europeos, encargada con carácter permanente de preparar los trabajos de aquella, y de una Secretaría.
- Elaboración de un Reglamento Interno de la Conferencia, publicado por el Ministerio para las Administraciones Públicas en el BOE de 10 de noviembre de 1994.
- Adopción de un acuerdo, suscrito por todas las CC.AA. excepto (como en el caso del acuerdo anterior) por el País Vasco, en el que se establecen formas concretas de participación de las CC.AA. en los asuntos comunitarios europeos, a través de las conferencias sectoriales (en el caso sanitario, el Consejo Interterritorial).

En este acuerdo, que publicó el Ministerio para las Administraciones Públicas en el BOE de 22 de marzo de 1995, se establecen unos principios generales, así como meca-

nismos específicos para la participación en la fase de formación de la voluntad del Estado en las decisiones europeas, y otros para su aplicación en la fase "descendente" de aplicación del derecho comunitario europeo y de los actos de las instituciones.

Entre las previsiones adoptadas se incluye que al inicio de cada semestre el pleno de la conferencia sectorial respectiva debe reunirse para analizar el programa sectorial expuesto por el Estado miembro que en ese tiempo ejerce la Presidencia del Consejo de la Unión Europea, y que las políticas comunitarias en sus materias correspondientes deben formar parte de la actividad habitual de las conferencias.

La posibilidad de constituir comisiones específicas para estas cuestiones en el ámbito de cada conferencia sectorial o, alternativamente, tratar los temas correspondientes en las comisiones por materias que puedan existir en cada conferencia queda a juicio de éstas.

Al Consejo Interterritorial, que a lo largo de los últimos años ha examinado formalmente en numerosas ocasiones normas de trasposición de directivas europeas, le corresponde valorar las formas más adecuadas de entre las citadas para que la participación autonómica en las materias en las que estas administraciones son competentes se haga más amplia y real.

(3) Inspección y control de los servicios

Al hablar de "inspección" en este caso debe quedar claro que se hace referencia a la "inspección ordinaria" o "inspección de servicios", dejando al margen la "alta inspección", cuyo objeto (las normas y hasta los actos de las CC.AA.), así como sus métodos de actuación propios (fundamentalmente se trata de un control jurídico) son de naturaleza diferente, como se ha explicado en el capítulo octavo.

El control sobre los servicios y actividades que caracteriza a la dirección de cualquier organización debe ejercerse sobre aquellas cuestiones que se encuentran dentro del ámbito de competencias propio.

Se ha descrito, sin embargo, el intrincado sistema de distribución de responsabilidades que caracteriza el sistema sanitario español, una vez producida la descentralización que ha tenido lugar. El ejercicio de las funciones de inspección y control, como es lógico, se encuentra sometido a la misma situación.

Los efectos de los solapamientos y coincidencias en el ejercicio de estas competencias son diversos: desde la confluencia de posibilidades de inspección y control de los mismos centros, servicios y actividades por parte de diferentes administraciones, sea para cuestiones distintas o incluso para las mismas materias; al entrecruzamiento de responsabilidades entre una administración que tiene capacidad de control, pero no de gestión del servicio correspondiente, y la que ejerce esta última; o la verificación de que los efectos de actuaciones producidas en un territorio determinado se observan en el correspondiente a una administración diferente.

Esas variantes de un mismo problema hacen que la coordinación en los terrenos de la inspección y el control sea especialmente adecuada, si se quiere dotar de eficacia a los ejercidos por cada una de las administraciones.

La coordinación en estas materias, que en algunos casos se ha iniciado ya de manera incipiente, puede afectar a tres niveles distintos:

- El establecimiento de objetivos comunes para las campañas y a actuaciones de las diferentes administraciones. Se trata de una cuestión sobre la que se han desarrollado diversas experiencias en materia de consumo.

En el ámbito sanitario se iniciaron algunos contactos entre CC.AA. y con la Administración General del Estado en relación con la lucha contra el fraude en este campo, habiéndose producido algunos intercambios de experiencias relativas al control del gasto farmacéutico y de la incapacidad temporal, sin que llegaran a acordarse programas y prioridades comunes.

Las materias abiertas a estas posibilidades no se limitan a los servicios asistenciales, sino que tienen un campo de actuación amplio en el control sanitario de productos y actividades.

- El establecimiento de sistemas de reconocimiento mutuo de las sanciones impuestas por las diferentes administraciones, cuyos problemas se han comentado ya en el capítulo décimo.
- La constitución de grupos mixtos de inspección entre diferentes administraciones para distintas cuestiones, cuya actividad podría extenderse a los territorios de las administraciones que aceptasen formar parte de los mismos, pero haciendo posible que personal dependiente de otras administraciones pudiese colaborar en las actuaciones de cada una de ellas.

Este tipo de mecanismos aumentarían la independencia y capacidad de control de los grupos de inspección así constituídos e incrementarían el valor y la posibilidad de reconocimiento mutuo de las actuaciones realizadas de esta manera.

3. Perspectiva de futuro de los diferentes niveles de responsabilidad sanitaria tras la descentralización

Los tres niveles de descentralización a los que se va a hacer referencia en los apartados siguientes son el central (el Ministerio de Sanidad), el autonómico y el local. Todos ellos se han visto afectados por la nueva distribución de papeles a desempeñar realizada por la Constitución, así como por el desarrollo de las previsiones de ésta que ha tenido lugar con posterioridad a ella.

En el capítulo tercero se ha hecho ya una amplia referencia a esta cuestión. Aquí se trata de poner al día lo que constituyen los aspectos más relevantes de la situación actual para cada uno de los niveles citados.

a. Ministerio de Sanidad

(1) Una cuestión previa: la persistencia del Ministerio de Sanidad

La primera cuestión que se plantea tras el proceso de descentralización, que se planteará de manera más aguda si se lleva a cabo la finalización del proceso de transferencias con la de las de asistencia sanitaria de la Seguridad social a todas las CC.AA., hasta alcanzar lo que ha venido a conocerse como "transferencias completas", es la propia existencia del Ministerio de Sanidad.

La respuesta que se dé a esta cuestión, que supone el reconocimiento de que la descentralización provoca la disminución de ciertas competencias y la modificación de otras, lleva detrás toda otra serie de valoraciones acerca de la importancia de la prestación sanitaria y de que ésta alcance niveles homogéneos en el conjunto del país.

Si se quieren alcanzar esos objetivos, cuya importancia económica, además, no es posible soslayar, el instrumento más adecuado para ello es el Ministerio de Sanidad. Pero podrían alcanzarse los mismos fines con otras formas de organización.

Las ventajas de las otras formas posibles, sin embargo, parecen escasas, salvo el ahorro potencial en los cargos de más alto nivel que incluso resultaría globalmente improbable.

La adscripción a otros departamentos, como los de Interior o Trabajo a los que han estado unidas en algún momento ciertas materias sanitarias, sería resucitar la separación entre competencias de "policía sanitaria" y las de "asistencia sanitaria" que fueron superadas por la creación del Ministerio de Sanidad, pues ninguna de ellas resulta remotamente apropiada para su adscripción al Departamento contrario al que lo estuvieron con anterioridad. Las mismas competencias separadas que dependieron antes de los Ministerios respectivos han evolucionado lo suficiente en sus contenidos y aplicaciones como para que su adscripción no resulte ahora adecuada a sus anteriores responsables.

A su vez, la adscripción al Ministerio de Economía carece de sentido, aunque a veces pudiera pensarse que la posibilidad de autonomía de las políticas sanitarias podría encontrar más audiencia al calor de una cobertrura que las sintiera como propias.

Entre los Ministerios restantes podría plantearse la refundición con los órganos administrativos que gestionan los servicios sociales, sobre la que en cada remodelación ministerial se han producido comentarios. Aunque una estructura así podría reunir la ventaja de aproximar ciertas prestaciones cuyos servicios resultan complementarios en muchos casos, tal decisión no supondría una pérdida de nivel por parte de las competencias sanitarias, como resultaría de subsumir éstas en otro Departamento con otras materias propias más características.

Frente a cualquiera de esas posibilidades, el mantenimiento del Ministerio de Sanidad como tal, o asociado a algunas de las competencias más afines, parece constituir la mejor garantía de atención a los distintos aspectos de las competencias sanitarias globales.

En cuanto a la posibilidad de extender las responsabilidades del Ministerio de Sanidad a otras cuestiones que permanecen ahora en el ámbito de otros Departamentos de la Administración central, se hace referencia a ello en otros apartados posteriores, en relación con las materias tratadas.

(2) Cambios funcionales y descentralización

El proceso de descentralización, en especial si se produce de manera "completa" en el sentido indicado, supone necesariamente el cambio del centro de interés propio del Departamento de Sanidad: éste carece de capacidad, y carecerá más aún en el futuro descrito, para actuar de forma directa en la gestión de buena parte de las competencias sanitarias (casi en la totalidad, salvo en aspectos de los productos farmacéuticos y, si no decide delegar o concertar algunas de esas competencias, en la sanidad exterior, así como en las relaciones internacionales, a las que se ha hecho referencia antes).

Simultáneamente se refuerza el papel a desarrollar en funciones de coordinación y funcionamiento conjunto del Sistema Sanitario constituido por los Servicios de Salud de las CC.AA.

Los límites para el desarrollo de la nueva orientación precisa no son otros que los que imponen la propia naturaleza y condiciones establecidas a las formas de coordinación a las que se ha hecho referencia en capítulos y apartados anteriores, que, por otra parte, están por desarrollar en varios de los aspectos mencionados.

La tarea prioritaria, por eso, es desarrollar esos aspectos pendientes, frente a lo que la gestión de la parte aún no transferida del Sistema tiene un interés parcial aunque todavía incrementado por constituir la referencia económica general del Sistema, como se ha explicado; pero la realidad ha demostrado ya que controlar el gasto en la parte no transferida no supone garantía de control del conjunto de los servicios y que, producidos desfases presupuestarios en éstos, se buscan vías de solución por encima y al margen del propio sistema sanitario, integrando estas cuestiones en la negociación presupuestaria global.

La nueva orientación precisa debe suponer necesariamente el cambio en actividades y funciones que el Departamento venía desarrollando ya, pero que habrá que llevar a cabo de una manera distinta: así, ciertas labores de planificación o presupuestación, que deberán pasar de centrarse en cuestiones y centros concretos, a hacerlo sobre los indicadores o aspectos más generales. Las inercias administrativas pueden contribuir a dificultar el cambio de orientación preciso, por lo que sería importante avanzar en el ejercicio práctico de esas competencias generales y de coordinación antes de que se complete el proceso de transferencias.

(3) Descentralización y cambios en la estructura del Departamento (30)

La consideración de los cambios funcionales que afectarán en el futuro al Ministerio de Sanidad antes de valorar los cambios estructurales que puedan afectarle parte de una

valoración evidente: son los primeros los que deben determinar los segundos, de manera que la configuración del Departamento facilite las nuevas funciones a cumplir de manera preferente.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la Administración General del Estado cuenta con un dispositivo central, constituido por la sede del Departamento y algunos organismos añadidos, y una organización situada en las CC.AA., lo que se conoce como "organización periférica". A ambas es preciso referirse en este caso, siempre con el referente funcional indicado.

(a) Organización central

Respecto a la organización central, la referencia obligada en este momento es el Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, de estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus organismos autónomos y del Instituto Nacional de la Salud.

Como es conocido, la citada norma introdujo una modificación sustancial en la estructura del Departamento, acomodando la misma a lo previsto en una norma anterior, el Real Decreto 839/1996, de 10 de Mayo, que realizó cambios importantes en numerosos departamentos ministeriales, suprimiendo incluso varios de ellos y creando otros nuevos, además de afectar al interior de todos, en general en el sentido de la reducción de Centros Directivos.

En el caso del Ministerio de Sanidad esa reducción se ha traducido en la práctica en el mantenimiento de dos Direcciones generales en el ámbito del Departamento (las de Farmacia y Salud Pública) además de la Secretaría General Técnica, habiendo suprimido las restantes (Alta Inspección y Relaciones Institucionales; Planificación y Aseguramiento; Programación Económica; Ordenación Profesional), cuyas competencias han pasado a ser asumidas por la Subsecretaría o la nueva Secretaría general de Asistencia Sanitaria, con la colaboración de diferentes Subdirecciones Generales.

En el ámbito del INSALUD, además de elevar de rango (a Secretaría General) al titular más alto de su gestión, se han creado cuatro nuevas Direcciones Generales, con responsabilidades claramente limitadas a la gestión del propio INSALUD, pese a su similitud con algunas de las preexistentes en el Departamento (las nuevas Direcciones Generales en el Insalud son las de Organización y Planificación Sanitaria, Atención primaria y Especializada, Presupuestos e Inversiones y Recursos Humanos) (figuras XI.1 y XI.2).

Desde el punto de vista de adaptación a las perspectivas futuras de la descentralización, las nuevas estructuras vigentes tienen algunos problemas importantes:

- La coordinación de y con las CC.AA. supone el establecimiento de relaciones frecuentes con los órganos de aquéllas en todas las materias en las que se pretenda llevar a cabo esa coordinación.

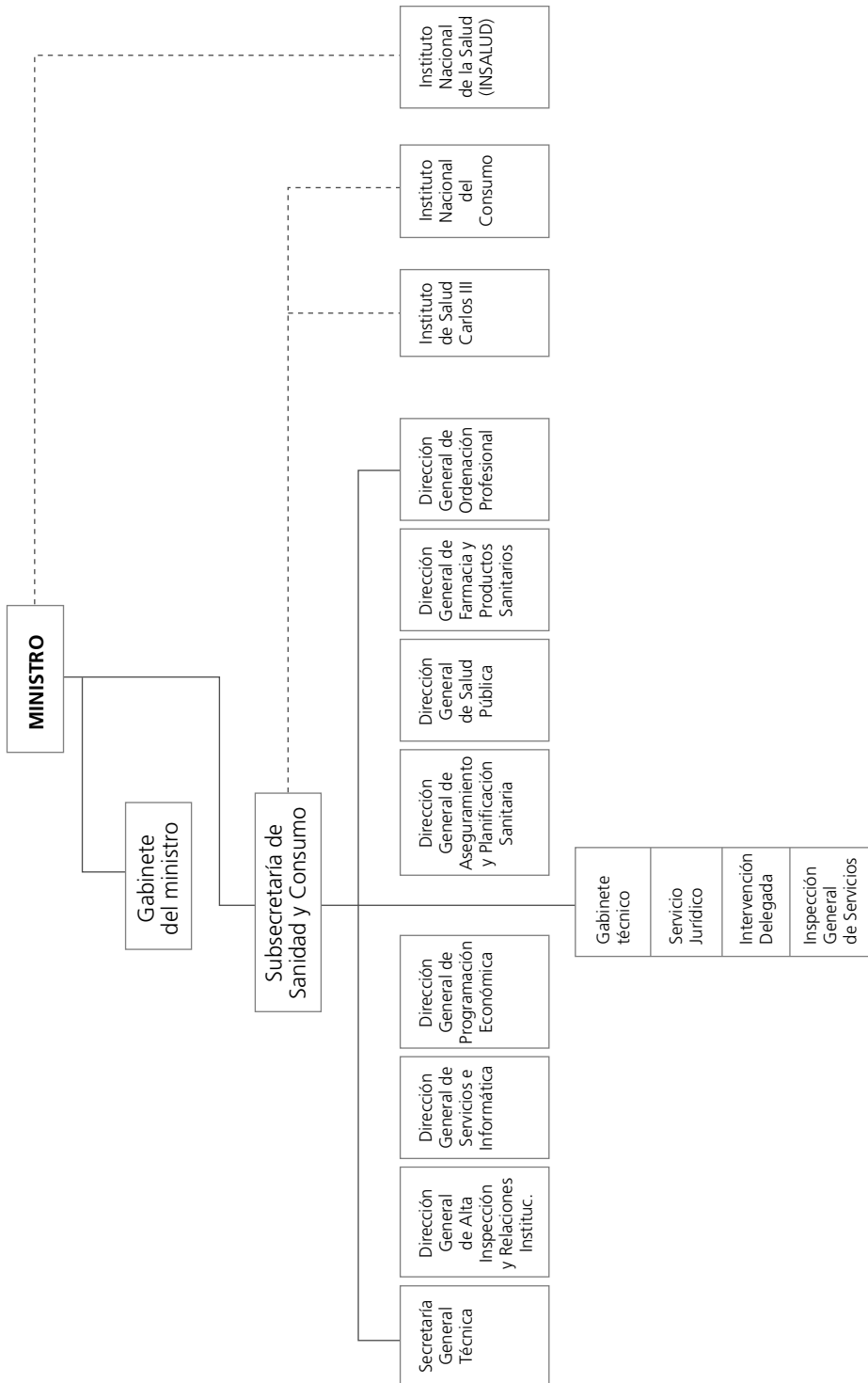


figura XI.1. Estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo anterior a 1996*

* Real decreto 858/1992 de 10 de Julio, B.O.E. del 16. Real decreto 14115/1994 de 25 de Junio, B.O.E. del 28.

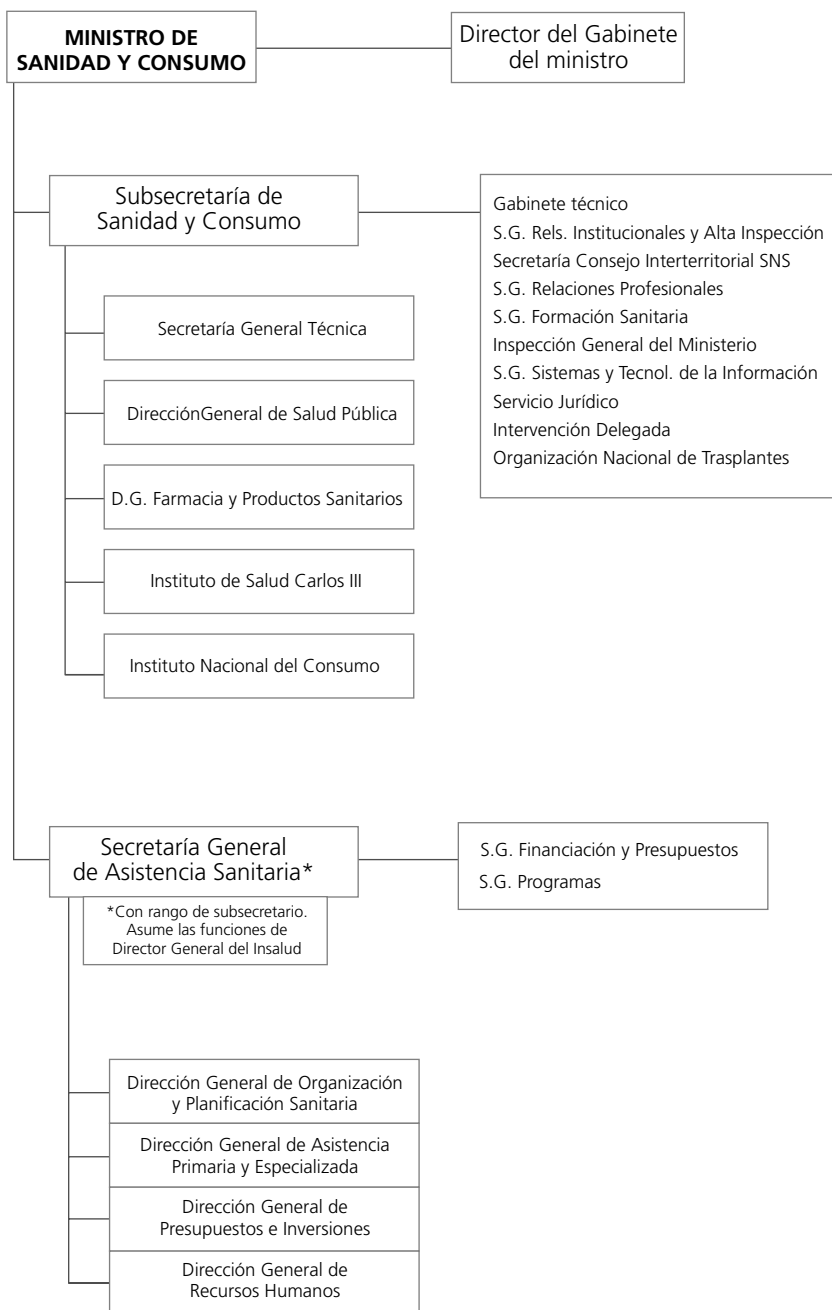


figura XI.2. Estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo posterior a 1996*

* Real decreto 839/1996 de 10 de Mayo. Real decreto 1893/1996 de 2 de Agosto.

El desarrollo de esas actividades está condicionado en buena parte por el grado de responsabilidad y nivel de quien las lleve a cabo. Puesto que, si se quiere alcanzar un grado de eficacia suficiente por parte de las CC.AA., es necesario que éstas sean representadas en muchos casos al menos por los Directores Generales respectivos competentes en las materias tratadas, se requiere por parte de la Administración General del Estado un nivel de representación similar.

Como se ha indicado, muchas de las responsabilidades atribuidas con anterioridad a distintas Direcciones Generales del Departamento han sido atribuidas a la Subsecretaría y la Secretaría General de Asistencia Sanitaria. Es previsible que ambos órganos, por la amplitud de las funciones que les corresponden, no puedan desarrollar de forma directa las funciones de coordinación en las diversas materias, y pretendan delegar esas funciones en las Subdirecciones Generales que les han sido adscritas. Si se da esa situación, pueden preverse problemas en la respuesta de las CC.AA. a las actuaciones de coordinación, y multiplicarse la necesidad de actuaciones hasta alcanzar el nivel de responsabilidad suficiente.

- En cuanto a la actividad propia del Departamento, la estructura adoptada, con dos altos niveles de responsabilidad y numerosas Subdirecciones Generales adscritas a éstos sin niveles intermedios, parece poco funcional para llevar a cabo la coordinación y fomento de la actividad de las citadas Unidades con rango de Sudirección general.
- Por otra parte, una estructura departamental tan reducida en sus niveles directivos puede suponer una invitación a su desaparición como departamento independiente en una futura remodelación ministerial, lo que, como se ha indicado, no resulta deseable desde el punto de vista sanitario.

Si está prevista en el futuro una nueva remodelación del Departamento, quizás coincidiendo con el momento en que se complete el proceso de transferencias, esa perspectiva contribuiría a la valoración de la actual estructura adoptada como una forma transitoria que debe demostrar su funcionalidad.

Por el contrario, desde el punto de vista de la descentralización sería conveniente adoptar una estructura dotada de garantías de continuidad, que permita la consolidación de órganos capaces de sostener la coordinación del proceso de descentralización, aportando al mismo el valor añadido de la continuidad. Desde ese punto de vista, la anterior estructura departamental, cuyos Centros Directivos respondían a las áreas en las que es imprescindible la coordinación del Sistema, correspondía mejor, al menos a falta de otra experiencia, a las necesidades de éste.

(b) Organización periférica

La valoración fundamental en este caso es si es posible la coordinación general del sistema sanitario sin disponer de información en directo del funcionamiento del Sistema en cada una de las CC.AA. y basta con la información disponible a través de los sistemas de información.

Desde el punto de vista de los servicios sobre los cuales la Administración General del Estado mantiene la responsabilidad de su gestión a nivel periférico (se reducen a ciertas competencias en farmacia en relación con el decomiso de drogas, y a actividades de control de Sanidad Exterior en lugares precisos, no en todas las CC.AA.) es claro que no es precisa la permanencia de unidades departamentales de sanidad independientes constituidas en cada una de las CC.AA.

Incluso, en los casos mencionados, las características especiales de las materias citadas hacen más apropiada una actividad de gestión en relación directa con las unidades centrales del Departamento responsables de estas cuestiones.

Para el mantenimiento de tales actividades, no hay nada que se oponga a la integración de las unidades que el Ministerio de Sanidad posee en su organización periférica para el desarrollo de esas competencias en estructuras interdepartamentales para la gestión de competencias residuales, que pueden constituirse bajo la autoridad de las Delegaciones del Gobierno en las CC.AA. Esas propuestas de simplificación se han realizado bajo el mandato de distintos gobiernos. Caben también otras formas de organización (delegación de competencias; encomiendas de gestión a las CC.AA. u otras, con la característica común de mantener el Estado el control de la actividad) que se han barajado ya en diferentes ocasiones.

Desde otro punto de vista, la constitución de "Direcciones Territoriales" del Ministerio que existían sobre el papel hasta su supresión en el Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, citado antes, no ha resultado tampoco efectiva. Como vehículo de coordinación de las relaciones entre el Ministerio de Sanidad y las CC.AA., tales "direcciones" no pueden sustituir las relaciones establecidas a los niveles políticos más altos, y las actividades de coordinación a otros niveles se han desarrollado directamente por los Centros del Departamento que tenían encomendadas las diferentes materias, lo mismo que ha ocurrido con las actividades de gestión antes descritas. La escasa proporción de plazas cubiertas de entre las posibles (se llegó a alcanzar un máximo de seis Directores Territoriales nombrados de los diecisiete posibles) es expresiva de la falta de apoyo de que gozaron esas estructuras antes de su supresión.

Queda por saber si una actividad de seguimiento directo de la situación y actividad sanitaria de las CC.AA., que tendría cabida bajo la cobertura general de la "alta inspección" tiene cabida en el sistema, e incluso si es precisa para la mejor coordinación de éste.

Como modelo para una actividad así, y para la creación de las estructuras correspondientes a nivel periférico, puede citarse el precedente del Ministerio de Educación, que se dotó de "altos inspectores" (no más de dos como máximo, y eso en las CC.AA. más pobladas y extensas) en todas las CC.AA. a las que se fueron haciendo las transferencias educativas completas (incluyendo todos los niveles, desde los básicos a los universitarios).

Con ellos se trata de conocer mejor (con una infraestructura mínima, pero claro respaldo político ante la C.A. correspondiente, que es la condición imprescindible para

tener una presencia significativa) el desarrollo de las competencias recibidas por la administración autonómica, a través de un conocimiento directo que complementa el que puede proporcionarse a través de datos y cifras. Esta clase de seguimiento puede resultar especialmente adecuado en las primeras fases de un proceso de descentralización para garantizar la coordinación general.

(4) Cambios en el Ministerio y cualificación del personal

Parece evidente que las tendencias respecto a las funciones del Ministerio de Sanidad en el futuro apuntan más al desarrollo de actividades con menor contenido de gestión inmediata y una mayor orientación hacia los análisis generales, la planificación, la coordinación y la evaluación, todas ellas con carácter general, del Sistema Nacional de salud.

Se trata de funciones más propias de órganos "staff", cuyo desarrollo precisa de personal de alta cualificación reduciéndose, por el contrario, las necesidades de personal de cualificación más baja, sin perjuicio de los puestos de apoyo precisos para los órganos de más alta cualificación citados.

Respecto a las formas de reclutamiento, vinculación y formación de esa clase de personal se han hecho amplios comentarios en el capítulo noveno.

b. Servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas

La perspectiva más relevante para el futuro de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas, que constituyen el núcleo fundamental de gestión de aquéllos se concluya o no el proceso de transferencias descrito, es la determinación de los márgenes de diversificación de los propios servicios autonómicos que pueden hacerse compatibles con el mantenimiento de un servicio público de cobertura universal y financiación pública, características éstas que no han sido puestas en cuestión por ninguno de los partidos que ejercen responsabilidades de gobierno a los distintos niveles.

(1) Entorno político general

Para valorar esa cuestión es preciso, en primer lugar, tener en cuenta las condiciones del proceso de descentralización general español que, como se ha indicado, ha marcado las pautas de los procesos sectoriales de los que se ha seguido el primero:

(a) El estado autonómico como proceso "abierto"

En primer lugar hay que considerar que el proceso de descentralización español es un proceso "abierto".

Lo que se significa con esa expresión es que, a pesar de ser un proceso cuyos límites están marcados por la Constitución y los Estatutos de las diversas CC.AA. y que, por tanto, no es posible cualquier desarrollo, en las normas citadas se encuentran suficientes aspectos que quedan a la voluntad de las partes (competencias que pueden

demandarse, finalizado un determinado plazo ya transcurrido, por las CC.AA. constituidas al amparo del artículo 143 de la Constitución; competencias propias del Estado que pueden delegarse siguiendo mecanismos previstos) como para que en diferentes casos no sea posible disponer de un modelo de organización definitivo y claro. Se ha señalado (31) que se trata de un efecto paradójico del Estado calificado como "autonómico": con esta definición, en la elaboración de la Constitución probablemente se evitó, por razones de coyuntura política, una definición federal explícita. Pero los estados federales se caracterizan por una delimitación clara del papel a desempeñar por las diferentes entidades, central y descentralizadas, lo que en el caso autonómico se dejó abierto a procesos posteriores.

Con ello, en la práctica, se pueden estar alcanzando niveles de descentralización más amplios que los que se hubieran producido con una definición cerrada original; no hay tendencias centralizadoras, como se han producido históricamente en los Estados de corte federal, que contrapesen las tendencias a la descentralización; es difícil llegar a un nivel de acuerdo sobre lo que debe constituir el modelo final.

(b) Posibilidad de diferencias entre autonomías

Por otra parte, el régimen autonómico español se configuró desde su inicio como una forma de organización abierta a tratamientos específicos de situaciones diferenciadas y en el que, por tanto, caben soluciones diversas para problemas semejantes acomodadas a las demandas y exigencias de cada colectividad.

Esta característica está en relación con uno de los problemas históricos que el Estado de las autonomías vino a resolver, en concreto el reconocimiento constitucional de la existencia de colectividades dentro de España con una personalidad histórico-cultural propia. Aunque, por razones del momento en que se adoptaron las soluciones, éstas tuvieran un carácter provisional, no definitivo, y sin entrar en el fondo de la cuestión (32).

Frente a esos problemas, en todo caso, a juicio de algunos autores (33), la Constitución adoptó una aproximación en la que primó la consideración de esas diferencias históricas sobre una orientación igualatoria dirigida a definir una organización más eficaz y cercana a los ciudadanos. Esa orientación alternativa que no se siguió hubiera producido una definición organizativa más explícita y homogénea, cercana a la que antes se ha señalado como propia de los sistemas federales.

(c) Tendencias a la uniformidad

El potencial de diversidad que se contiene en la forma autonómica del Estado se contrapone a la tendencia general por parte de las CC.AA. no "históricas" a obtener el máximo grado de autonomía y equipararse a las anteriores.

Se ha puesto también de relieve la tendencia de algunos nuevos nacionalismos a obtener los máximos beneficios económicos a expensas de los mecanismos de cesión de recursos por parte del Estado, sin esfuerzo recaudador propio (34), lo que cons-

tituiría un elemento diferenciador respecto a otras identidades nacionales o regionales preexistentes. Los problemas que se derivan de esos planteamientos están en el origen de los debates, hoy generalizados, sobre las formas de profundizar en los mecanismos de corresponsabilidad fiscal.

Por otra parte, se ha señalado que "en un Estado (casi) federal que se encuentra bajo la presión de nacionalismos periféricos, el intento de preservar la unidad política mediante la generalización del nivel de autogobierno reclamado por aquéllos tan sólo puede llevar, más allá de un cierto punto, al debilitamiento o incluso la desintegración de la unión" (32).

(d) Límites legales a la diversificación

Las posibilidades diversificadoras contenidas en la Constitución se producen de manera simultánea con el establecimiento de mecanismos de garantía para el mantenimiento de condiciones de igualdad en el ejercicio de ciertos derechos y la prestación de determinados servicios a través de los que se hacen efectivos los primeros (35).

Una de las expresiones más explícitas de las previsiones unificadoras con esa orientación es, a decir de algunos expertos (36, pag 1.0 y sig), el título competencial definido en el artículo 149.1 de la Constitución española, en el que se establece la capacidad del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de esos derechos. Esa disposición "es absolutamente original en el panorama del derecho constitucional comparado de los estados federales o descentralizados" (14).

En la misma línea cabe citar el artículo 158.1 de la Constitución, en el que se habla de la garantía de un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español (aunque las competencias para su prestación correspondan a las CC.AA.), previendo para ello la posibilidad de asignaciones específicas en los Presupuestos Generales del Estado. Sin embargo, ni los niveles mínimos ni las dotaciones correspondientes se han desarrollado con posterioridad.

(e) Propuesta de un "federalismo asimétrico"

En este panorama complejo de posibilidades descentralizadoras y centralización se ha propuesto como perspectiva de futuro un desarrollo al que se ha calificado como "federalismo asimétrico" (37).

La propuesta se caracteriza por sugerir la posibilidad de modelos administrativos diferentes para una misma competencia ejercida en territorios diversos. Entre las competencias que se citan como ámbitos de ejercicio más apropiados se citan por los proponentes la enseñanza y la sanidad.

Entendido en un sentido político más amplio, un "federalismo asimétrico" podría servir como vía de solución a problemas de integración de comunidades que reclaman para sí un "hecho diferencial" histórico en relación con otros territorios del Esta-

do. Pero, a su vez, introducir la asimetría federal en esos términos requeriría no sólo un considerable esfuerzo intelectual para definir los derechos de las minorías y los límites a la preservación política de las identidades, sino también "la formulación de un nuevo concepto de justicia político-territorial para el federalismo y de las condiciones bajo las que sería legítimo esperar la lealtad política de sus ciudadanos" (32).

(f) *Tensión entre "federalismo cooperativo" y "federalismo competitivo"*

La perspectiva general se cierra con la disyuntiva a la que se enfrenta el sistema político español como sistema descentralizado, entre decantarse por una relación de cooperación entre las entidades descentralizadas (las Comunidades Autónomas), y entre éstas y la Administración General del Estado, o hacerlo por una forma de relación competitiva entre ellas.

La primera de esas formas de relación se ha descrito (38, pag. 159 y sig.) como la evolución propia de los sistemas que pretenden suavizar las diferencias en los modos de vida y que, para ello, se sirven de los instrumentos propios del Estado del Bienestar. Los medios característicos de estos sistemas son los métodos de coordinación entre órganos federales y estados miembros, en el contexto de unas competencias compartidas, y forma parte esencial de sus elementos constitutivos el principio de lealtad a la federación.

La relación competitiva entre estados miembros, más característica del modelo americano (que, pese a algunos intentos liberales, en el sentido europeo, de corrección del rumbo, está evolucionando también en el sentido cooperativo), se sustenta en una delimitación de competencias más estricta y en la capacidad de decisión independiente más amplia, que deriva en mayores diferencias entre las entidades descentralizadas, y resulta finalmente incompatible con las exigencias del Estado del Bienestar.

Algunos autores (39) han señalado que el modelo autonómico español resulta ambiguo entre ambos extremos. La diferente distribución de competencias entre distintos territorios (incluidos los llamados "hechos diferenciales"), la posibilidad de tratamientos diversos de unas mismas situaciones y de políticas diferentes en los mismos ámbitos de competencias, que aumenta a medida que se incrementan las transferencias, especialmente las económicas, pueden alimentar la desconfianza mutua y las tensiones de base territorial.

Esa situación, a juicio de estos autores, sólo puede evitarse aumentando la cooperación de las Comunidades Autónomas en la política general mediante su participación sin reticencias en las instituciones del Estado.

(2) Situación del proceso de descentralización en sanidad

Las mismas tensiones entre tendencias uniformadoras y a la diversidad y la misma falta de precisión de los límites de unas y otras que se han descrito en el apartado anterior respecto al marco político general se reproducen en el ámbito sanitario en España.

En el capítulo siete se ha hecho referencia a las desigualdades en los procesos de descentralización y el establecimiento de formas de medición de las mismas y de límites de tolerancia en aspectos sanitarios de distinta naturaleza (recursos materiales y económicos, niveles de salud y otros). En el capítulo décimo se ha descrito un intento de valoración cuantitativa de las tendencias de las diferencias en esos aspectos entre las CC.AA. españolas desde su constitución.

Sean cuales sean las medidas que se hayan adoptado respecto a esas cuestiones (a lo largo del texto se han hecho diversas referencias a las faltas de desarrollo de determinados criterios de homogeneización de los servicios sanitarios previstos en la Ley general de Sanidad y a la formas posibles de subsanar esos déficits), lo cierto es que las valoraciones sobre esos aspectos están al menos previstas.

Además, todas las CC.AA., tanto las que pertenecen al grupo de las denominadas "históricas" y las que se han asimilado a ellas, como las que están todavía a la espera de hacer semejante su nivel de competencias a las primeras, con independencia de sus demandas concretas en unos u otros casos, aceptan la comparación de esos valores y la necesidad de establecer márgenes de tolerancia en esas materias por encima de los cuales promover actuaciones correctoras.

La situación es la contraria, sin embargo, en lo que se refiere a las formas organizativas de los servicios.

Respecto a esta cuestión no hay previsión limitativa alguna en la Ley General de Sanidad, quizás porque en el momento de dictarse ésta (1986) se hizo desde una posición "planificadora", que tomó como referencia los Servicios Nacionales de Salud constituidos, ignorando tendencias que estaban ya presentes en otros países en aquel momento.

La falta de previsiones iniciales se ha seguido de una aceptación generalizada poco crítica de las posiciones que promueven la "gestión" de los servicios como solución universal a los problemas de los sistemas sanitarios (pueden verse las referencias al "gerencialismo" que se han hecho en el capítulo noveno), y de la introducción de formas de gestión pública sometidas al derecho privado, o de privatización de los servicios (sobre las que se han hecho distintas observaciones en el capítulo sexto) como fórmulas de aplicación general.

Como expresión de la generalización de esos planteamientos puede revisarse lo descrito en el capítulo décimo respecto a las previsiones de nuevas formas de gestión en todas las leyes de salud autonómicas dictadas con posterioridad a la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña de 1990 y, de manera más reciente, el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD. O, desde un punto de vista concreto, la diversidad de formas de gestión que se han promovido ya, que están recogidas en el cuadro 30 del mismo capítulo décimo y que abarcan un amplio panel, desde fundaciones a empresas, consorcios y otras, cada una con sus peculiaridades e implantación preferente en uno u otro ámbito territorial.

La generalización de las previsiones descritas puede llevar a afirmar que en este terreno se ha llegado a una situación paradójica: se ha uniformado y generalizado la diversificación de manera que en lo que todas las CC.AA., y el propio Ministerio, han alcanzado una posición común es en promover formas de gestión diversas. Y para ello no se establece ninguna condición. La combinación del proceso de descentralización geográfica con las formas de descentralización funcional que pueden suponer las nuevas modalidades organizativas puede conducir a una dispersión general del sistema.

La posición que se defiende aquí es la de que en este terreno es preciso llegar también al establecimiento de ciertas condiciones para esas nuevas formas de gestión, si se quieren mantener los servicios sanitarios con las características de cobertura universal y financiación pública que se han descrito al principio. En otras palabras, que, siendo posible y deseable la "asimetría" de los servicios, es preciso establecer límites y condiciones a la diversidad.

Dejando aparte otras razones de carácter más general (pueden contrastarse esas razones en el artículo citado de Parejo (35)), en el ámbito sanitario se dan condiciones específicas que exigen límites también en las formas y capacidades de diferenciación de las organizaciones dentro de un sistema de funcionamiento global. Entre esas razones pueden citarse:

- Se da una forma interdependiente de organización, de manera que la circulación de los pacientes entre los distintos centros y niveles del sistema debe estar garantizada, y el funcionamiento, actividad y condiciones de unos centros repercuten sobre y condicionan los mismos aspectos de los restantes.
- Una de las condiciones del Sistema es la igualdad de los ciudadanos en todo el territorio.

Aunque la interpretación de las condiciones de igualdad es susceptible de discusión (en uno de los textos citados (15) se propone que la definición de igualdad entre territorios descentralizados debe ser que los ciudadanos reciban el mismo trato que reciben los de un determinado territorio en éste, con independencia de su lugar de origen y residencia) no sería aceptable el establecimiento de condiciones sustancialmente diferentes en distintos lugares del sistema, menos aún impuestas por agentes sin capacidades reconocidas para ello.

- La financiación sanitaria parte de una fuente fundamentalmente única. Las repercusiones de los efectos de la gestión de determinados recursos sanitarios no sólo recaen sobre los agentes directos, sino sobre el conjunto del sistema: los déficits en que se pueda incurrir por uno o varios centros pueden provocar una insuficiencia global de recursos y determinar una limitación general de servicios, la imposición de tasas, u otras formas de respuesta general ante problemas de origen parcial, autonómico o local.

La forma más adecuada para establecer esos límites podría ser, como ya se ha comentado, el establecimiento de alguna norma de carácter básico que resultara de aplicación a todas las CC.AA. Su finalidad y efectos no tienen que ser el impedir diferencias que

tienen una base real (¿cómo desconocer, por ejemplo, las diferencias en la propiedad de los centros que se da en Cataluña respecto a otros territorios en una proporción mucho más amplia?) o que pueden aportar ventajas a la solución de los innegables problemas de gestión de muchos centros. Lo que debería perseguir una norma así, sin embargo, es establecer las precauciones necesarias para que las novedades de gestión que puedan introducirse no produzcan alguno de los efectos negativos posibles que se han citado.

Puesto que se trata de establecer límites a formas de descentralización "funcionales", las posibilidades de los contenidos de normas con esos fines se comentan en el último apartado de este capítulo.

Pero, dado que quienes están promoviendo las nuevas modalidades de gestión son en buena parte las administraciones autonómicas, es importante que las regulaciones afecten también a éstas (lo que determina la necesidad de su naturaleza básica), a la vez que sería adecuada la participación y acuerdo de las mismas en su elaboración, con arreglo a las pautas que se han comentado con carácter general.

Una cuestión diferente es la valoración de la probabilidad de que se dicte una norma básica referida a los contenidos citados: no se hizo así por los gobiernos anteriores, que permitieron el desarrollo de las nuevas experiencias por parte de todas las CC.AA. sin límite alguno, y abonaron la interpretación más extensiva de las facultades de autoorganización de aquéllas, como se ha mencionado en el capítulo sexto. Tampoco parece haber disposición para ello por parte del gobierno actual, que, a través del Real Decreto-Ley 10/1996 citado, extendió la posibilidad de las nuevas formas de gestión al ámbito del INSALUD no transferido, que hasta entonces la tenía vedada, sin establecer ninguna condición adicional para ello.

Por otra parte, el desarrollo ya realizado por las CC.AA. es una dificultad adicional para intentar ahora poner límites que no existían antes, como se ha comentado respecto al dictado de otras normas básicas. Pero otras circunstancias, como el debate en la ponencia constituida en el Congreso, pueden constituir una oportunidad para considerar esta posibilidad.

c. Papel para los municipios

En el capítulo tercero se ha realizado un amplio recorrido por los diversos argumentos que justifican los reparos a que las organizaciones de carácter local sean la base organizativa y financiera de los servicios sanitarios, al menos en los países en los que se carece de esa tradición.

Se han analizado también diferentes propuestas de actuación dirigidas hacia las organizaciones locales, que pretenden atribuir a éstas nuevos papeles en el campo sanitario, así como las consecuencias que se pueden derivar de esas propuestas.

Como características peculiares de los intereses y actividades de los municipios españoles en materias sanitarias se han descrito la respuesta de los municipios españoles a las normas de universalización de la asistencia, que tenían la consecuencia de eximir a las autoridades locales de

la cobertura asistencial de la población de beneficencia, así como el desarrollo del Programa de Ciudades Saludables en nuestro país.

De ambas experiencias se dedujeron algunas consideraciones generales, en concreto la dificultad de interesar a las autoridades municipales en lo que constituyen las competencias más genuinas de las corporaciones locales en el ámbito sanitario conforme a la organización actual de los servicios sanitarios y las normas en vigor, tanto las sanitarias como las que regulan la actividad local. Esas competencias tienen más que ver con el control y la policía sanitaria que con los servicios asistenciales.

A su vez, se constata la orientación de los municipios de mayor tamaño a seguir interviniendo a través de organizaciones propias en distintas modalidades de la prestación de servicios asistenciales. El predominio de esos municipios más grandes en las organizaciones comunes de las corporaciones locales (la Federación Española de Municipios y Provincias es la más característica) puede contribuir a desorientar la actividad de las corporaciones de menor tamaño, que constituyen una mayoría muy amplia y carecen de medios para intervenir en ciertas áreas de actividad.

En cuanto a las corporaciones locales como vehículo de participación ciudadana en los servicios sanitarios, se realizaron también en aquel capítulo distintas observaciones sobre las dificultades de las formas de participación que se han previsto habitualmente.

Interesa comentar aquí, sin embargo, una modalidad organizativa orientada a otra forma de participación municipal que ha surgido en los últimos meses.

Se trata de la creación de una figura denominada "defensor del enfermo", que, a partir de la iniciativa adoptada en primer lugar por el municipio madrileño de Majadahonda, ha sido abordada por algunos municipios.

De manera resumida, lo que caracteriza la iniciativa es la designación de un responsable, ajeno a las estructuras municipales ordinarias y al proceso electivo propio de las autoridades de ese nivel, para atender las reclamaciones que los vecinos del municipio correspondiente presenten contra el funcionamiento de los servicios sanitarios. Producidas éstas, su función es canalizarlas a los servicios sanitarios correspondientes, y obtener de éstos la justificación o la subsanación del problema.

En los casos de las experiencias desarrolladas hasta ahora la designación ha recaído en vecinos del municipio correspondiente con cierto grado de experiencia y conocimientos al menos en el ámbito administrativo, que no perciben retribución por su actividad, la cual desarrollan a tiempo parcial y con un mínimo apoyo administrativo.

Con una figura como la descrita se trata de contribuir a cualificar la demanda de los usuarios de los servicios hacia éstos, a la vez que puede servir para estimular el mejor funcionamiento de los servicios de atención y respuesta a las quejas, y graduar la intensidad de las exigencias según la importancia de éstas. Por parte de las autoridades municipales, puede permitir a éstas obtener información de interés para aportar en representación del municipio en los órganos de gobierno de los centros en los que participe.

La ventaja de un planteamiento como el descrito respecto a otras modalidades de "defensor del enfermo" creadas en otros servicios (existe, por ejemplo en el NHS inglés, pero con competencias para el conjunto del territorio (40)), es la relación inmediata con los vecinos del municipio correspondiente, que puede evitar su conversión en una figura administrativa más, y la independencia de los servicios sanitarios con los que tienen que establecer la interlocución. Los resultados, en todo caso, dependen de manera importante del acierto con que se desarrollen las primeras actuaciones.

La creación de este tipo de figuras por algunos municipios se ha seguido de propuestas similares a otros niveles. Así, por ejemplo, se ha registrado una propuesta formulada por el Partido Socialista en la Asamblea de Madrid para la creación de un "defensor del paciente" para todos los hospitales de esa Comunidad Autónoma (41; 42). Cuanto más generales sean las iniciativas de este carácter, más alejadas se encuentran de las ventajas que se han citado antes.

Está por ver, en todo caso, si iniciativas como las descritas pueden contribuir a revitalizar la relación de los municipios con los servicios sanitarios, que en la actualidad se encuentran en una fase de alejamiento global.

4. Perspectivas de futuro de las formas funcionales de descentralización

Desde el capítulo segundo se ha venido utilizando una división de las formas funcionales de descentralización que pueden afectar al ámbito sanitario, distinguiendo las que lo hagan al aseguramiento de la cobertura sanitaria de las que se refieren a la provisión de los servicios. Esa misma distinción se va a seguir aquí.

a. Diversificación del aseguramiento sanitario

En un trabajo anterior (1) se analizaba como uno de los elementos determinantes del futuro del sistema sanitario español la posibilidad de que éste evolucionase en el sentido de diversificar el regimen de cobertura sanitaria, extendiendo el modelo constituido por la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), descrito en el capítulo segundo, a otros colectivos, definidos con criterios profesionales o con carácter general.

El momento en el que se publicó el trabajo citado se caracterizaba por el planteamiento público de esta cuestión por parte del Partido Popular, a la sazón primer grupo de la oposición. En los meses anteriores a las elecciones de Marzo de 1996 llegó incluso a concretarse el colectivo al que, de acceder al gobierno dicho grupo político, se daría inicialmente la opción de elegir entre el sistema de aseguramiento general y la cobertura a través de un número limitado de aseguradoras privadas. Ese colectivo era el perteneciente al regimen especial de trabajadores autónomos de la Seguridad Social, formado, entre titulares y beneficiarios, por una cifra de alrededor de 4 millones de personas, con una distribución territorial peculiar, fundamentalmente urbana.

Pero en este caso, como en la mayoría de los asuntos públicos, los factores que influyen son múltiples. En el trabajo citado trataron de esquematizarse algunos de ellos en un cuadro que se reproduce aquí.

La evolución posterior es conocida: nombrado Ministro de Sanidad por el nuevo Gobierno del Partido Popular, lo que recayó en una persona distinta a la que había encabezado las tareas de oposición en este área, la perspectiva de la dispersión del aseguramiento desapareció de los discursos públicos y se declaró expresamente desechada (43; 44).

Es difícil asegurar cuáles fueron los determinantes del cambio de postura expresado, pero cabe aventurar que de entre los factores analizados en el cuadro citado tuvieran un peso importante los económicos: no hay ningún dato objetivo que permita afirmar que con un sistema como el descrito se vaya a disminuir el gasto sanitario; por el contrario, como se ha comentado en varios capítulos anteriores, la comparación con sistemas sanitarios de otros países en los que está en vigor la segmentación del aseguramiento lleva a pensar que el efecto puede ser el contrario.

Lo mismo ocurre respecto a una parte del gasto, la correspondiente a los gastos administrativos, respecto a la cual los datos disponibles en España (comparando los gastos en administración del Sistema Nacional de Salud, del 2,8% sobre el total del gasto, con los de las compañías privadas, del 15,5%, e incluso los de MUFACE, del 4,7%) confirman una tendencia similar (45).

Parece claro que una situación en la que el control del déficit público constituye la prioridad política de primer orden no es compatible con medidas que puedan determinar un aumento del gasto, por lo que los proyectos de diversificación y libre elección de aseguradora sanitaria pueden estar temporalmente aparcados.

Pero los factores a favor de una evolución contraria (fundamentalmente el interés de las aseguradoras privadas, que en España como en otros países parecen tener un techo de crecimiento si no se extienden a la colaboración en el aseguramiento público; también la pérdida de legitimación que pueda producirse por el sistema público de no corregirse sus problemas de su funcionamiento) no han perdido su peso. No es probable tampoco una evolución en sentido inverso, con la desaparición del sistema vigente en la MUFACE. Bajo esas premisas, la aparición bajo unas u otras formas de nuevos planteamientos de diversificación del aseguramiento sanitario son previsibles en el futuro.

Entretanto, a fin de poder comparar mejor el funcionamiento de unos y otros sistemas, y de racionalizar las formas de colaboración entre unos y otros que ya se producen, sería adecuado avanzar en el seguimiento y control de los sistemas paralelos de aseguramiento sanitario público (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) por parte del Ministerio de Sanidad. Las posibilidades comienzan por el establecimiento de mecanismos de información, hoy prácticamente inexistentes, pero podrían extenderse hasta la dependencia de la gestión sanitaria de esas entidades, separándola de la de otras prestaciones, del Ministerio de Sanidad.

Una propuesta como la citada podría invocar como precedente la separación de la gestión de las prestaciones en el ámbito del antiguo Instituto Nacional de Previsión.

Lo que se trata, en todo caso, es de evitar que factores que condicionan de manera importante la política sanitaria general, como se ha descrito en el capítulo segundo, estén al margen de las posibilidades de control del órgano de gobierno para tales políticas, que no es otro que el Ministerio de Sanidad. Las mismas razones exigirían extender ese control a las entidades colaboradoras de la Seguridad Social, en lo que se refiere a la prestación sanitaria, control que hoy día se ejerce sólo de manera marginal.

b. Introducción de nuevas formas de gestión en el sistema sanitario

Las nuevas modalidades organizativas para la provisión de los servicios que se han descrito en diversas ocasiones en los capítulos anteriores, correspondan a formas de "delegación" o "privatización" de las descritas, pueden presentar una serie de problemas comunes, a los que se ha hecho referencia en los capítulos segundo, sexto y séptimo. De manera resumida, esos problemas afectan a varias áreas distintas, que se han analizado más ampliamente en el capítulo segundo:

- En primer lugar, la eficiencia y el gasto.

Respecto a estas cuestiones es preciso señalar que, como ocurre en otros países, en España no hay evidencias que sustenten la mayor eficiencia, sobre todo a nivel macroeconómico, de las nuevas formas de gestión promovidas.

Por el contrario, los territorios en los que se han difundido de manera más amplia las nuevas modalidades de gestión coinciden con los que parecen tener (siempre con la limitación que impone el carecer de una información económica precisa) mayores deudas presupuestarias.

- En segundo lugar, la equidad.

Desde este punto de vista, de la coincidencia en España del proceso de descentralización territorial con procesos "funcionales" como a los que nos referimos ahora se deriva la necesidad, comentada en diversas ocasiones a lo largo de este texto, de hacer un uso de los recursos al servicio de los ciudadanos de territorios diversos que, según las formas de relación y financiación establecidas, pueden resultar contradictorias con los criterios de eficiencia microeconómica y las políticas de gestión de centros concretos.

- Por último, la eficacia y la calidad de los servicios prestados.

Con las referencias anteriores no se quiere indicar que estos problemas sean exclusivos de las nuevas modalidades de gestión que se analizan, pero sí que se presentan de una manera peculiar en ellas, que debe ser tenida en cuenta para el establecimiento de ciertas condiciones específicas para su implantación y desarrollo, similares a las que se han propuesto en otros países (46; 47).

De entre las cuestiones citadas las condiciones más sencillas de establecer, al menos a nivel teórico, parecen las que se refieren a los aspectos de eficacia y calidad: el establecimiento de mecanismos de evaluación tecnológica, los protocolos de actuación, o los sistemas de autoriza-

ción y acreditación de centros, servicios o personas, son todos ellos sistemas que gozan de un acuerdo muy general en el terreno de los principios.

Las dificultades en ese terreno en nuestro país se encuentran, por el contrario, en la práctica. Como tales dificultades hay que considerar la ausencia de tradiciones administrativas en ese tipo de actividades y los problemas (agrandados por la experiencia de la ineficacia tradicional de los que han existido hasta la fecha) de los regímenes sancionadores que deben complementar esos sistemas.

Esos problemas, a su vez, se relacionan no sólo con la rigidez o flexibilidad en la imposición y el cumplimiento de las sanciones, sino también con las posibles limitaciones de éstas, bien porque las soluciones de los problemas o incumplimientos detectados exijan incrementos de gasto, o porque no haya alternativas asistenciales a los medios (centros, servicios o personas) que no cumplen los criterios establecidos.

En cuanto a las condiciones de equidad, éstas deben referirse a dos aspectos:

- El acceso a los centros y servicios, de manera que no exista la discriminación (positiva o negativa) para el acceso a centros y servicios. (La posibilidad de una "selección positiva" puede darse en relación con sistemas de pago diferentes, más beneficiosos para el centro, sea por pertenecer a colectivos con distinta forma de cobertura o personas procedentes de territorios diversos).
- Los servicios y prestaciones recibidos, de manera que no se establezcan diferencias (ni otras aportaciones) respecto a las condiciones establecidas con carácter general, y que no se excluyan prestaciones por razones económicas del interés de los centros si éstas se exigen por razones sanitarias por la autoridad correspondiente.

Como en el caso anterior, el establecimiento de condiciones expresas en los sentidos indicados debe acompañarse del control de su cumplimiento, para lo que se dan los mismos condicionantes señalados antes.

Por último, respecto a la eficiencia y el gasto, las condiciones se refieren a dos materias, cuya forma de exigencia habrá que poner en relación con las modalidades adoptadas en la constitución de las entidades correspondientes:

- La información económica que permita valorar el funcionamiento de esas entidades y su eficacia frente al control del gasto de manera continuada, tanto por razones de valoración general de las experiencias como para evitar la posibilidad de que se planteen déficits ocultos o situaciones agudas de falta de financiación.
- La estabilidad en el compromiso de asistencia adoptado en cada caso mediante la regulación de las condiciones de entrada y salida del mercado, a fin de evitar déficits de cobertura.

Esas condiciones, a su vez, deben reflejarse en los contratos que se celebren, que, como en otros países, deben ser también objeto de atención principal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Análisis de factores determinantes del futuro del Sistema Nacional de Salud. Rey, J. Salud 2000 vol IX (54); 19-27; 1995.
2. Amplio consenso contra el regimen estatutario. Diario Médico, pags. 1 y 3; 4 Julio 1996. 3. Diseño organizativo y gestión del personal en la Sanidad pública. Arruñada, B. en Cambios en la regulación sanitaria (XIV Jornadas de Economía de la Salud). SG Editores. Barcelona. 1995.
4. Balance 1993-1995 y Proyección 1996. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Septiembre 1995. (mimeo).
5. Los juristas exigen una Ley sobre Salud Pública. (Información sobre el VI Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). Diario Médico, pag. 3; 26 Octubre 1995.
6. Reglamento de regimen interior del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Acuerdo 1/81 de dicho Consejo, de 20 de Agosto de 1981. Boletín Oficial del Estado 10 Noviembre 1981.
7. What future WHO?. Stenson, B.; Sterky, G. Health Policy 28; 235-256; 1994.
8. Planning in the health sector: for whom, by whom?. Akbar Zaidi, S. Soc. Sci. Med. 39(9); 1385-1393; 1994.
9. WHO in crisis. Godlee, F. BMJ 309; 1424-1428; 26 Nov. 1994.
10. WHO in retreat: is it losing its influence?. Godlee, F. BMJ 309; 1491-1495; 3 Dec. 1994.
11. The regions--too much power, too little effect. Godlee, F. BMJ 309; 1566-1570; 10 Dec. 1994.
12. WHO at country level-- a little impact, no strategy. Godlee, F. BMJ 309; 1636-1639; 17 Dec. 1994.
13. WHO fellowships-- what do they achieve?. Godlee, F. BMJ 310; 110-112; 14 Jan. 1995.
14. The World Health Organisation: WHO's special programmes: undermining from above. Godlee, F. BMJ 310; 178-182; 21 Jan. 1995.
15. Fortress WHO: breaching the ramparts for health's sake. Editorial. The Lancet 345(8944); 203-204; 28 Jan. 1995.
16. The World Health Organisation: WHO in Europe: does it have a role?. Godlee, F. BMJ 310; 389-393; 11 Feb. 1995.
17. The World Health Organisation; The director general's view. Godlee, F. BMJ 310; 583-590; 4 March 1995.
18. The WHO: change or die. Smith, R. BMJ 310; 543-544; 4 March 1995.
19. WHO auditor leaves. News. BMJ 310; 1221; 13 May 1995.
20. An unhealthy situation. The Economist, pag. 84; 20 May 1995. 21. World health organisation: change and progress. Kikbusch, I. BMJ 310; 1518-1520; 10 June 1995.
22. Who should be doing what in international health: a confusion of mandates in the United Nations?. Lee, K.; Collinson, S.; Walt, G.; Gibson, L. BMJ 312; 302-307; 3 Feb. 1996.
23. WHO and the effects of extrabudgetary funds: is the Organization donor driven?. Vaughan, J.P.; Mogedal, S.; Walt, G.; Kruse, S.E.; Lee, K.; de Wilde, K. Health Policy and Planning 11(3); 253-264; 1996.
24. Ciudades sanas. Ashton, J. (ed.). Masson. Barcelona. 1993.
25. Healthy Cities five-year review. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1992.
26. El Proyecto Healthy Cities en España. Costa, J.; Colomer, C. Revisiones en Salud Pública 1; 159-173; 1989.

27. Red Española de Ciudades Saludables. Subdirección General de Alta Inspección. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1995. (mimeo).
28. El Proyecto Ciudades Saludables casi una década después. Artazcoz, L.; Moncada, S.; Manzanera, R. en La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995. SG Editores. Barcelona. 1995.
29. Participación de las Comunidades Autónomas en la formación de la posición que el Estado ha de trasladar a las instituciones comunitarias. Pérez Calvo, A. Revista de Documentación Administrativa nº 232-233; 247-270; Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. 1993.
30. Consideraciones sobre la organización del Ministerio de Sanidad en un contexto de transferencias completas del INSALUD. Rey, J. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de sanidad y Consumo. Madrid. Diciembre 1995. (mimeo).
31. Homogeneidad y asimetría en el Estado autonómico. Trujillo, G. Revista de Documentación Administrativa nº 232-233; 101-120; 1993.
32. Las políticas constitucionales y los avatares del federalismo: Canadá y España ante la "cuestión nacional". Colom González, F. Debats, nº 56; 4-16; verano 1996.
33. Algunas notas sobre la igualación competencial. López Guerra, L. Revista de Documentación Administrativa nº 232-233; 121-134; 1993.
34. Estado autonómico y nuevos nacionalismos. López Aguilar, J.F. Claves de Razón Práctica nº 65; 32-39; 1996.
35. Algunas reflexiones sobre el poder público administrativo, como sistema, en el Estado autonómico: Una contribución al debate sobre la llamada Administración Única. Parejo Alfonso, L. Revista de Documentación Administrativa nº 232-233; 271-272; 1993.
36. Igualdad de los ciudadanos y autonomías territoriales. Pemán Gavín, J. Prensas Universitarias. Universidad de Zaragoza. Editorial Cívitas. Madrid. 1992.
37. Diferencias nacionales y federalismo asimétrico. Requejo, F. Claves de Razón Práctica nº 55; 24-37; 1995.
38. Nacionalismos y naciones en Europa. Blas Guerrero, A. de. Alianza Universidad. Madrid. 1994.
39. Autonomismo competitivo. Colomer, J.M. Diario El País, pag. 12; 7 Mayo 1996.
40. The role of the Health Service Ombudsman. Reid, W.K. Health Trends 27(4); 103-105; 1995.
41. El PSOE madrileño propone crear la figura del Defensor del Paciente. Diario Médico, pag. 5; 7 Mayo 1996.
42. El PSOE propone crear un Defensor del Paciente para todos los hospitales de la Comunidad. Diario El País, suplemento Madrid, pag. 5; 4 Junio 1996.
43. Romay quiere extender al INSALUD el modelo sanitario catalán, basado en consorcios y empresas públicas. Diario El País, pag. 28; 30 Mayo 1996.
44. La modernización de la Sanidad pública. Romay, J.M. en Jornadas sobre la modernización de la sanidad pública en el mundo, organizadas por The Economist. Madrid. 23-24 Septiembre 1996. (El texto está publicado en El Médico, pags. 14-18; 4 Oct. 1996).
45. Gasto en administración en distintos sistemas sanitarios. Sevilla Pérez, F. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1995. (mimeo).
46. What kind of healthcare "internal market"?. A cross- Europe view of the options. Sheaff, R. International Journal of Health Planning and Management 9; 5-24; 1994.
47. Managing the market. Anarchy rules. Ham, C. Health Service Journal 104(5418); 18-20; 1 Sep. 1994.

