

**¿Qué podemos aprender de la experiencia previa?
Evaluación de las políticas sanitarias
en el Estado de las Autonomías (1979-1999) ***

Ana Rico Gómez^a y Guillem López Casasnovas^b

^a Observatorio Europeo de Sistema Sanitarios, Centro de Madrid,
c/o Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

^b Department d'Economia i Empresa y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES),
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Enero 2003

Artículo preparado por encargo de la Asociación de Economía de la Salud, para la Jornada Técnica sobre “Nuevos Instrumentos de Integración y Cooperación Sanitaria”, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid 31 de enero del 2003

Borrador provisional, no citar

* El artículo se basa extensamente en dos trabajos previos aún no publicados de los autores. En particular, los apartados 2-4 son en buena medida el resultado de el resumen y traducción al castellano de Rico y Costa (2003). Los autores agradecen a Irache Ilarde y Hans Dubois (Observatorio Europeo) la ayuda con la traducción del texto original. El apartado 5 de este trabajo está basado ampliamente en López Casasnovas (2002).

1. Introducción

La descentralización política o devolución de poderes¹ se ha convertido en una reforma prioritaria en muchos sistemas sanitarios. Durante las últimas dos décadas, los gobiernos centrales a lo largo del planeta están descentralizando responsabilidades fiscales, políticas y administrativas a gobiernos regionales o locales elegidos democráticamente. La primera etapa en este proceso consiste en la creación de gobiernos sub-centrales sólidos, con poder y recursos suficientes como para realizar una gestión efectiva del sistema sanitario.

La coordinación sanitaria constituye habitualmente el principal foco de atención en las reformas de segunda generación en los países compuestos. Este ha sido claramente el caso en los países pioneros en la descentralización sanitaria como Canadá y los países Nórdicos. La coordinación sanitaria puede llevarse a cabo a través de distintos mecanismos. Los controles democráticos pueden activar la coordinación de abajo arriba, dado que cabe esperar que los ciudadanos ejerzan presión sobre sus gobiernos sub-centrales para obtener los mismos niveles de servicio que en territorios cercanos. La cooperación horizontal entre gobiernos sub-centrales, constituye el mecanismo crítico de coordinación. Finalmente, la regulación central a través de la legislación básica, y a menudo previa al mismo proceso descentralizador, representa una herramienta clave de coordinación de arriba abajo en la mayoría de los Estados compuestos, entendida como definición del ‘terreno de juego’ del conjunto del proceso descentralizador². Aclaremos que entendemos por descentralización, a diferencia de delegación, la transferencia de competencias plenas, más allá de lo que pueda suponer el conjunto armonizador procedente de la legislación básica, en un ámbito en el que se valora una ventaja comparativa substantiva a favor de los poderes locales en la información sobre las demandas sociales y su óptima capacidad de respuesta, no malograda por las externalidades a terceros que sobrepasen dicha esfera territorial. De otro modo, ante la presencia de externalidades a ‘internalizar’ por el poder político central, incluso ante la presencia de asimetrías informativas favorables, la delegación (con capacidad de revocación y coordinación vertical) y no la descentralización debiera de prevalecer.

La combinación concreta de instrumentos de coordinación varía ampliamente en el tiempo y en el espacio. Más en general, el diseño institucional de la descentralización es un proceso abierto y en continua revisión en cualquier Estado, dado que responde a cuestiones políticas y sociales más amplias que varían dependiendo del país y del momento del tiempo

¹ A partir de aquí se utiliza el término descentralización como equivalente al más largo descentralización política. La devolución de poderes es sin embargo sólo un tipo de descentralización (otros son, por ejemplo, la desconcentración, la delegación, y para algunos, la privatización).

(León, 2002). Una preocupación fundamental de todas las estrategias de coordinación es garantizar el avance de objetivos políticos básicos como la equidad, la eficiencia, la responsabilidad política, y la capacidad de respuesta a las necesidades y preferencias locales. Sin embargo, se sabe muy poco sobre la medida en que cada una de estas estrategias es capaz de avanzar los objetivos políticos citados.

El caso de España resulta altamente relevante por varios motivos. (1) Primero, porque constituye uno de los pocos casos de estudio para los que existen evaluaciones políticas y económicas basadas en la evidencia. De hecho, sorprende que existan publicaciones sobre otros países avanzados con una larga tradición descentralizadora, excepción hecha quizás de Canadá y Australia. A pesar de ello, los países del Centro y el Este de Europa, como otros muchos en el mundo, se han embarcado en procesos de descentralización sanitaria de amplio calado durante los años 90. Ello subraya la relevancia del caso español en perspectiva internacional. (2) Segundo, porque el modelo español, inicialmente asimétrico, permite comparar los resultados obtenidos por las Comunidades Autónomas (CCAA) de vía rápida – a las que se transfiere la asistencia sanitaria³ entre 1981 y 1994–, con los obtenidos por el gobierno central en las CCAA de vía lenta –que no reciben los traspasos hasta el 2002. (3) Tercero, porque la investigación previa sugiere que, al contrario de lo que en teoría cabría esperar, la descentralización ha contribuido a potenciar un mejor y más rápido desarrollo del sistema sanitario español.

El artículo examina la evidencia existente sobre la primera etapa de la descentralización sanitaria en España (1978-1998), con la finalidad de extraer lecciones sobre las estrategias de coordinación deseables de cara a la segunda etapa. (Y más en general, con la aspiración de ofrecer evidencia útil para otros países en proceso de descentralización sanitaria). Ello se concreta en tres objetivos. El primero es resumir⁴ los resultados de investigaciones recientes que comparan la evolución de las políticas sanitarias centrales y autonómicas, y evalúan los resultados obtenidos en España en relación a otros países europeos de nuestro entorno (Rico y Costa, 2003; López Casasnovas, Costa y Planas, 2003; López Casasnovas, 2002; Albaek, 2001; Bovens et al., 2001; Jordana, 2001; López Casasnovas y otros, 2001; Rico et al., 2001; Rico y Sabés, 2000). El segundo objetivo es determinar los mecanismos de coordinación que han operado durante la primera etapa, y explorar en qué medida han incidido sobre los resultados obtenidos. Un tercer objetivo es reflexionar sobre las implicaciones que estos resultados tienen

² Otro instrumento de control vertical que se ha aplicado en algunos países (como los escandinavos) es la financiación condicionada a programas percibidos como estratégicos por el gobierno central.

³ Para simplificar, nos centramos principalmente en las competencias de asistencia sanitaria. El apartado 3.2. cubre además las competencias de salud pública (también brevemente consideradas en los apartados 4 y 5), que se descentralizaron a todas las CCAA entre 1979 y 1986.

⁴ Varios de estos trabajos incluyen a su vez amplias revisiones de la literatura previa; y en otros casos se trata de volúmenes colectivos en donde las contribuciones de los autores son resumidas y analizadas por los editores. Para facilitar la exposición, no se referencian en el texto los trabajos originales, sino tan solo las revisiones y análisis comparados.

para la coordinación sanitaria, considerados a la luz del nuevo marco institucional que emerge como resultado de las reformas aprobadas durante 2001-2002.

Este trabajo se estructura en cuatro apartados. El apartado 2 resume las expectativas teóricas previas sobre los resultados de la descentralización sanitaria. Los apartados 3, 4 y 5 se dedican respectivamente a los tres objetivos de investigación enumerados en el párrafo anterior.

2. Expectativas teóricas y experiencia internacional

La investigación desde la economía política sobre las consecuencias del federalismo sobre el desarrollo de las políticas del bienestar constituye un buen punto de partida para analizar las consecuencias de la descentralización sanitaria en España, dado que presenta la ventaja con respecto a otros enfoques teóricos de considerar explícitamente la relación existente entre los procesos políticos (definidos como la interacción dinámica entre actores políticos, mediada por instituciones), las reformas en las políticas de bienestar, y el impacto que éstas tienen sobre los resultados obtenidos en términos de eficiencia y equidad. Sin embargo, aunque las preguntas son las correctas, las respuestas que ofrece este marco de investigación son cuando menos ambiguas, y en ocasiones incluso contradictorias, dependiendo de los supuestos (a menudo implícitos) sobre los mecanismos causales que podrían mediar en la relación entre federalismo y resultados.

Consideremos en primer lugar las predicciones de estas teorías en cuanto a la evolución probable de la política sanitaria. De un lado, los enfoques políticos sobre las consecuencias de la descentralización defienden que las instituciones federales reducen la visibilidad del proceso político, e incrementan los posibles puntos de veto, lo que aumentaría las probabilidades de que los grupos de interés puedan bloquear los cambios políticos. Ello facilitaría a su vez la aprobación de políticas de recorte del Estado de Bienestar, y dificultaría las reformas expansivas (Pierson 1996). Bajo la clásica *hipótesis del Leviatán* en economía, se esperan resultados semejantes, y en concreto una reducción de la financiación pública. Ello se produciría por la vía del aumento de la competencia fiscal regional (horizontal) para atraer a ciudadanos/contribuyentes móviles en el territorio; y conllevaría un aumento de la eficiencia productiva (entendida como contención de costes), y en definitiva una reducción de los impuestos en todo el territorio (Brennan and Buchanan, 1980). Paradójicamente, ambas teorías predicen el mismo resultado pero se apoyan en mecanismos causales distintos. En ambos casos, la responsabilidad política (o *accountability*) es la variable mediadora clave. Sin embargo, las teorías políticas defienden que la devolución de poderes reduce la responsabilidad política, mientras que desde la economía pública se espera que la responsabilidad aumente como resultado de la descentralización. Utilizamos el término de *la paradoja de la responsabilidad* para describir este fenómeno, al cual volvemos más adelante.

Respecto a los resultados esperados, la imagen es la siguiente. Las teorías económicas clásicas del federalismo fiscal defienden que la toma de decisiones descentralizada mejora la eficiencia asignativa (o capacidad de respuesta de los políticos ante las necesidades de los ciudadanos) de las políticas del bienestar (Oates 1977). La devolución de poderes incentiva la innovación y la diversidad en las políticas, permite la expresión de valores y preferencias locales, da voz a las minorías y permite por ello un mejor ajuste a las necesidades regionales. Las teorías del federalismo fiscal coinciden además con la ciencia política contemporánea en señalar que la descentralización puede acabar aumentando la diferencia entre las regiones más ricas y las más pobres en términos de la efectividad política o de gobierno (Putman et al. 1993), mientras que la uniformidad de recursos y la igualdad de acceso pueden resultar más difíciles de garantizar en un Estado compuesto (Powell y Boyne 2001). Ello podría resultar finalmente en una reducción en la cohesión social y de la equidad horizontal, que son los principios básicos en los que se basa el NHS. Por lo tanto, se espera la descentralización de lugar a un dilema eficiencia/igualdad específicamente territorial, también denominado *dilema de la descentralización* (Rico y Costa, 1993).

Como veremos en las secciones siguientes, el caso de España sugiere que estos dilemas pueden atenuarse, e incluso revertirse, en aquellos casos en que los que la dinámica de las relaciones entre niveles de gobierno es positiva y las instituciones están bien diseñadas. El análisis del caso español también sirve para generar hipótesis más adecuadas de las relaciones entre descentralización, coordinación sanitaria y responsabilidades políticas.

3. Evidencia previa sobre el caso español (1979-1999)

El objetivo básico del trabajo es explorar las conexiones entre la descentralización, la coordinación, y los resultados obtenidos en política sanitaria durante el periodo 1979-1999⁵. Esta sección se centra en la variable dependiente, es decir, en evaluar los resultados obtenidos en cuanto a equidad, eficiencia, y capacidad de respuesta del sistema sanitario a las necesidades y preferencias de los ciudadanos. El apartado 3.1. resume la evolución comparada de las políticas y resultados en cuanto a asistencia sanitaria en las CCAA de vía rápida (y en concreto, en Andalucía, Cataluña y el País Vasco), y en el territorio gestionado por el gobierno central (o territorio INSALUD). El apartado 3.2. analiza la evolución española en perspectiva internacional comparada. La sección 4 a continuación evalúa en qué medida la descentralización sanitaria (la variable independiente de la investigación), y los procesos de coordinación resultantes (en tanto mecanismos causales mediadores), han incidido sobre los resultados. Se

⁵ Dada la amplitud del tema, sólo le dedicamos una atención menor en este trabajo al fascinante proceso político a través del cual el Estado centralista español fue transformado en un Estado quasi-federal asimétrico durante la transición a la democracia (1978-1982). Rico y Sabes (2000 para la edición en inglés; 2002 para la traducción al castellano) ofrecen más detalles sobre este proceso.

incluyen en la evaluación (apartados 3.2. y 4) tanto las competencias de asistencia sanitaria como las de salud pública.

3.1. Políticas y resultados sanitarios en el Estado de las Autonomías

El año 1982 constituye un buen punto de partida para estudiar el desarrollo y los efectos de la descentralización de la asistencia sanitaria, por varios motivos: se inaugura la sanidad descentralizada⁶ tras los traspasos a Cataluña; se inicia una batalla clave en el seno del Tribunal Constitucional⁷ sobre el grado de control asociado a las competencias de coordinación sanitaria del gobierno central; y se produce la llegada al poder del partido socialista PSOE, que había basado su campaña electoral sobre la propuesta -apoyada en las encuestas por una mayoría de los ciudadanos- de instaurar en España un Sistema Nacional de Salud (SNS) financiado con cargo a impuestos, de cobertura universal, y considerablemente expandido en términos tanto de prestaciones como de personal y centros sanitarios públicos.

Durante el periodo 1982-1986, de preparación de la reforma, se van lanzando a nivel autonómico y central, y a través de órdenes y decretos, una serie de normativas y experimentos novedosos en materia de salud mental, atención primaria, territorialización de los servicios, organización y gestión de los centros propios y concertados, y ampliación de la cobertura a colectivos antes excluidos (en particular a los hijos de contribuyentes a la Seguridad Social sin límite de edad⁸). Varias de ellas son el resultado de la iniciativa pionera de profesionales, políticos o gestores de las Comunidades Autónomas de vía rápida, para las que la sanidad ya representaba más del 30% del presupuesto autonómico, así como un sector con gran visibilidad política; y por ello de alta importancia estratégica para atraerse el crédito de los ciudadanos.

La aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 supone principalmente la elevación a rango de ley (aunque no básica ni orgánica) de estas medidas previas de reforma; y también de la normativa y jurisprudencia constitucionales sobre el reparto de poderes en política y coordinación sanitaria aprobada durante los primeros años 80. La Ley añade además un par de novedades importantes. Como resultado en parte de las presiones de los sindicatos y de buena parte de la izquierda política, se establece la sustitución de cotizaciones por impuestos en la financiación, se amplía la cobertura a los no contribuyentes con insuficientes recursos económicos (previa prueba de pobreza), y se definen como legislación básica algunos artículos de la ley, incluyendo los que establecen las grandes líneas de la reforma de la atención primaria. De otro lado, los pactos entre el gobierno central, y los partidos y federaciones de ámbito autonómico, supusieron un cierto recorte de los poderes de jerarquía en la organización sanitaria

⁶ Las traspasos de la asistencia sanitaria se inician con Cataluña en julio de 1981.

⁷ *Conflictos positivos de competencias* nº 92/ y 95/1982, que dan lugar a las *Sentencias del Tribunal Constitucional (STC) nº 32/ y 42/1983*.

⁸ Esta medida adquiere especial relevancia en España debido a la importante y creciente magnitud del desempleo juvenil previo al primer empleo.

del gobierno central, ya algo debilitados como resultado de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. En particular, y sobre la base de la equidistancia jurisdiccional entre el gobierno central y los autonómicos establecida en la Constitución, se suprimió la inspección de los servicios sanitarios autonómicos y la evaluación de sus resultados de la lista de competencias centrales. Además, las funciones de acreditación e información pasan de ser competencias exclusivas del Estado central a constituir competencias compartidas con las Comunidades Autónomas.

El ejemplo vasco sirve para ilustrar la dinámica básica de la innovación y difusión territorial subsiguiente que ha caracterizado el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en España. Los políticos vascos, seguidos de cerca por los navarros, también lideraron otros procesos de reforma en España, como la implantación de la red comunitaria de salud mental y la ampliación de la cobertura dental en la infancia. Andalucía y Navarra por su parte, lideraron las reformas en la atención primaria, otro área de baja prioridad para el gobierno central. Cataluña creó en 1988 un programa de cuidados integrados de larga duración para la tercera edad, y lideró la implantación en España de una versión muy suavizada de las reformas basadas en la competencia gestionada ensayadas en Gran Bretaña (separación de comprador/proveedor, introducción de contratos, y flexibilización de las estructuras organizativas y de gestión de los hospitales). En ausencia de un marco legislativo central, las propuestas de reforma catalanas fueron más tarde adoptadas por varias CCAA y posteriormente fueron incluidas dentro de un paquete de medidas legislativas aprobados por el gobierno central entre 1992 y 1999.

Finalmente, el sistema de financiación autonómica ha evolucionado en parte de un modo independiente de la política sanitaria, dado que se sitúa bajo la jurisdicción del Comité de Política Fiscal y Financiera, un organismo multilateral formado por los responsables de Economía y Hacienda a nivel central y autonómico, tal y como se establecía en la Constitución. Hasta 1994 el sistema de financiación se basa principalmente en una combinación del gasto histórico y una serie de acuerdos bilaterales poco transparentes. Esto, junto con la práctica habitual de liquidaciones presupuestarias un 10% superiores a lo previsto por parte del gobierno central, conllevó una espiral de aumento de los déficits presupuestarios a nivel central y autonómico.

En 1994, se acuerda un punto de partida, se consigue un compromiso en torno a la financiación capitativa basada únicamente en las cifras de población brutas, se ligan los aumentos en el gasto a la evolución del PIB, y se establece que los deslizamientos sobre este límite correran a cargo de impuestos propios. También se consolida la práctica de negociaciones multilaterales regulares, cada cuatro años, para ajustar progresivamente el sistema de financiación. A partir de estas fechas, comienzan también a aplicarse medidas de contención del gasto farmacéutico y los salarios públicos. El principio capitativo se rompió formalmente en 1997 al incluirse en la financiación un suplemento para aquellas CCAA con cifras de población

decreciente (principalmente Cataluña y Galicia). Otros factores de ponderación (edad, docencia e investigación) se introdujeron en 1997 y 2001. En esta última fecha, además, se da un paso importante en la ampliación de la autonomía fiscal, y la financiación sanitaria pasa a integrarse en la financiación autonómica general.

Pasamos ahora a examinar el impacto del SNS transferido en la eficiencia y la equidad. Respecto a la eficiencia asignativa existe evidencia de que las CCAA han adaptado los recursos sanitarios a las necesidades de sus poblaciones. Por ejemplo, el número de camas de larga estancia, que entre 1979 y 1996 se multiplicaron por cuatro en Cataluña y por dos en el País Vasco, dos CCAA con una población considerablemente más envejecida que la media durante el periodo; permanecen constantes en España; y se reducen a la mitad en Andalucía, una región con una estructura de edad relativamente joven. Otro ejemplo es la evolución y distribución territorial del dispositivo asistencial en el País Vasco, que durante 15 años siguió de cerca las necesidades cambiantes de la población en términos de localización y estado de salud. Una aspecto a destacar es que más de la mitad de los ciudadanos declara en las encuestas que la descentralización había contribuido a aumentar la capacidad de respuesta de los gobiernos a las necesidades y preferencias de los ciudadanos. Además, la satisfacción general de los ciudadanos con el sistema sanitario público creció de manera continua desde principios de los 90, y de manera más acusada (de 50% a 75%) en cuanto a la atención primaria (López Casanovas y Rico, 2001).

Respecto a la equidad inter-territorial, la evolución ha sido la siguiente. Las diferencias sustanciales en los ratios de mortalidad evitable que se daban entre las distintas regiones a comienzos de los 80 se había reducido considerablemente a finales de los 90. Las desigualdades inter-territoriales en las expectativas de salud eran muy pequeñas a comienzos de los 80 (con un coeficiente de variación, CV del 1%), y permanecieron estables durante el período. La desigualdad en el gasto sanitario entre las 17 comunidades autónomas se redujo entre 1986 y 1997 (con una disminución paralela del coeficiente de variación de 11% a 9%). En 1998, subió repentinamente (a un CV de 13%), y permaneció a este nivel durante 1999. Es interesante observar que el coeficiente de variación para las 10 comunidades autónomas gestionadas centralmente era significativamente mayor al final del período (17%) (López-Casanovas et al. 2003).

3.2. La evolución española en contexto europeo

Otros países del sur de Europa, como Portugal y Grecia, en los que la sanidad se gobierna de un modo centralizado, inician procesos de reforma en la misma dirección, partiendo de una base semejante, y en torno a las mismas fechas, y constituyen por ello importantes referentes (o controles) para juzgar la evolución registrada en España. Este es también en mucha medida el caso de Italia (con la excepción de que su punto de partida en términos de recursos y

gasto sanitario es más alto), que además inició un proceso de descentralización en 1992 que se asemeja en mucha medida al que se abre en 1982 en España. Otros casos de referencia claves son los países europeos con modelo NHS como Gran Bretaña, y en especial los países nórdicos, en dónde el gobierno de la sanidad se sujeta también a estructuras cuasi-federales desde los años 60 y 70. Europa del Sur se caracteriza por la puesta en marcha de las reformas centradas en la expansión de la sanidad pública durante un período de crisis económica internacional, y en paralelo a la gestión de las complejidades políticas de la transición a la democracia. A pesar de éstas dificultades específicas, las reformas tipo NHS inicialmente previstas fueron ejecutadas en su mayor parte en España, y también, aunque en un grado inferior, en Italia; aunque en Portugal y Grecia se ha registrado una evolución más lenta.

Hoy, el SNS español es el resultado de una transición avanzada, pero aún incompleta, desde el sistema de Seguridad Social anterior. Por un lado, y en contra de lo que las teorías examinadas en el apartado 2 permitían esperar, la consolidación de las características básicas del modelo de NHS ha sido mayor que en otros países similares pero centralizados como Portugal y Grecia. El sistema proporciona cobertura casi universal y un paquete de prestaciones comprehensivo a todos los ciudadanos independientemente de su riqueza, y prácticamente gratuito en el acceso. Después de que una transición gradual lograda durante 1989-1999, la financiación a través de impuestos representa el 97% del gasto sanitario público. Una nueva red de equipos de atención primaria operados por el sector público ha sido puesta en marcha lentamente desde 1986 (Larizgoitia y Starfield, 1997), y en el 2000 cubría aproximadamente al 80% de la población. Además, la cobertura pública se ha ampliado en algunas regiones a algunos servicios preventivos, a la atención dental, y a la atención comunitaria en los ámbitos de la salud mental y los cuidados de larga duración (Rico y Sabés, 2000).

De otro lado, algunos rasgos del modelo anterior de Seguridad Social han resultado más resistentes al cambio. Resulta interesante que en la mayor parte de los casos se trate de materias de competencia estatal. Aunque más del 95% (oficialmente el 99.4%⁹) de los españoles tiene derecho al libre acceso, la cobertura no está ligada al status de residencia o ciudadanía, y para no cotizantes a la Seguridad Social requiere una prueba de pobreza. Esto supone que un número creciente de personas (jóvenes, mujeres e inmigrantes principalmente) que trabajan sujetas a nuevos tipos de regulación laboral (o en la industria sumergida), y con retribuciones por encima de 2/3 del salario mínimo no tienen acceso a la cobertura pública. Los derechos de acceso de los inmigrantes no fueron hechos completamente efectivos hasta el año 2000 (y ello como resultado de las presiones del Defensor del Pueblo de la Comunidad y los partidos de la oposición sobre

⁹ No existen datos fiables sobre cobertura en España. Las estimaciones oficiales están basados en datos de grandes encuestas basadas en tamaños muestrales suficiente para estimar tendencias promedio, pero no que no permiten hilar fino en la estimación de colectivos de peso poblacional pequeño. Una discusión más en profundidad de otras estimaciones disponibles y sus debilidades respectivas puede encontrarse en Rico y Sabés (2000).

un más que reticente gobierno central), y también son condicionales a una prueba de pobreza. La condicionalidad del acceso a la cotización a la Seguridad Social o a la prueba de medios, además de los efectos que pueda tener sobre la dignidad de las personas, aumenta considerablemente el papeleo, lo que a su vez dificulta el acceso y genera insatisfacción. El estatus corporativo especial de algunos grupos de la población, establecido bajo del régimen de Franco, también ha tendido a permanecer intacto. Consecuentemente en torno a un 10-5% de la población son miembros de mutualidades de funcionarios o de empresas colaboradoras, y tienen derecho de elección de aseguradoras y proveedores. Las prestaciones son formalmente comprehensivas, pero en la práctica algunos servicios preventivos y comunitarios se cubren solamente en algunas autonomías.

De otro lado, un desafío específico adicional en el sur de Europa ha sido la coincidencia en el tiempo de las presiones internacionales para acomodar la segunda ola de reformas, que en parte perseguía objetivos políticos opuestos (congelación o disminución de prestaciones, contención de costes, y promoción del papel de la financiación y la iniciativa privada). En España, el equilibrio alcanzado entre estas dos fuerzas opuestas ha sido el siguiente. En cuanto al control presupuestario, la constante desde principios de los años 80 ha sido la alternancia entre periodos de contención de costes y periodos caracterizados por la expansión del gasto, que han seguido de cerca la evolución del ciclo económico. Se han desarrollado un gran número de experimentos innovadores en gestión y organización de los centros públicos, y algunos de ellos han alcanzado posteriormente un alto grado de implantación en el territorio. Este es el caso, por ejemplo, de los contratos, que han ido además incorporado progresivamente objetivos explícitos y estrategias para la reducción de los tiempos de espera, y se basan cada vez más en GRDs a lo ancho y largo del territorio. Durante la mayoría del período, sin embargo, el papel del sector privado aumentó poco, y a un ritmo menor que en otros países europeos (ver subsección siguiente). Desde finales de los años 90, hay signos de inversión de esta tendencia diferencial. Correlativamente, se aprueban una serie de medidas de fomento de la iniciativas privada en sectores como la salud laboral o los seguros de empresa.

El dilema de la descentralización: ¿la eficiencia a costa de la equidad?

En perspectiva internacional comparada, las desigualdades regionales de gastos en España son bajas. En concreto, alrededor de 1997, el CV registrado en España en cuanto al gasto sanitario regional (en torno al 9-11% entre 1986 y 1997) era el más bajo de un grupo de países federales de la OCDE (Lopez-Casasnovas y Saez 2001). Por ejemplo, Italia presenta entre 1985 y 1995 un nivel de desigualdad de casi el doble que España, como se refleja en un CV en torno al 18-19% a lo largo del periodo (Giannoni e Hitiris 1999). A nivel individual (y probablemente como resultado del papel limitado del sector privado) las desigualdades en

cuanto a utilización entre grupos sociales son pequeñas y han disminuido durante 1987-1997 (Urbanos 1999); mientras que la equidad en la financiación aumentó ligeramente como consecuencia de una serie de cambios desencadenados a raíz de la transición a la financiación con cargo a impuestos¹⁰ (Wagstaff y Van Doorslaer 1999), y en mayor medida que en otros países europeos (Mossialos et al., 2002).

Asimismo, las presiones sobre la estabilidad macroeconómica han sido levemente más altas que en otros sistemas de NHS, pero en el promedio solamente moderadas. El gasto sanitario total aumentó del 5,8% del PIB en 1981 a 7,0% en 1999; las cifras para el Reino Unido son casi idénticas; mientras que para Portugal (6.2%-7.7%) e Italia (6.8%-7.9%) los incrementos reflejan también ritmos de crecimiento similares o levemente más bajos (Rico y Costa, 2003). Es interesante notar que la subida principal dentro del presupuesto público se concentra en los productos farmacéuticos, que aún es una responsabilidad central. La evidencia empírica para las CCAA revela que el gasto por capita público en 2000 era levemente más alto en el País Vasco y Navarra que en el resto de las CCAA, y que el ritmo de crecimiento del gasto ha sido más alto en las dos Comunidades forales (con autonomía fiscal completa) durante la mayor parte del periodo (junto con Galicia a partir de mediados de los 90) que en Andalucía y Cataluña (con autonomía fiscal muy limitada durante el período estudiado) (López Casanovas et al., 2003).

El sector privado resulta especialmente relevante para el análisis del dilema entre equidad y la eficiencia en política sanitaria. De acuerdo con Wagstaff y van Doorslaer (1999; 2001), la financiación privada (copagos, seguros, pagos directos) y la utilización de servicios sanitarios privados inciden negativamente sobre la equidad en la financiación y la utilización de los servicios. De otro lado, la evolución del sector privado también resulta interesante porque puede interpretarse como un indicador ‘duro’ de la capacidad de atracción de mercado de su principal competidor (y recientemente, imitador), el sector público. En España, el gasto sanitario privado aumento tan sólo un 3% entre 1981 y 1996, mientras que en Suecia, Italia, Portugal y el Reino Unido aumentó entre un 5 y un 10%. Los copagos o los impuestos especiales han sido empleados escasamente por los gobiernos autonómicos, en contraste con Italia o los países nórdicos. Asimismo, tienen un marcado papel marginal en la financiación, y en contraste con el resto de Europa, su peso ha disminuido durante los años 80 y los años 90 (Rico y Sabés, 2000). Por último, los seguros privados aumentaron poco en número de pólizas (pero bastante en términos de precio de las pólizas y recaudación) durante los 80 y 90 (López Casanovas, 2000?@en Critical challenges); a partir de finales de los 90, sin embargo, se observa una crecimiento más acelerado (Rico y Costa, 2003).

¹⁰ Lo últimos datos disponibles al respecto a nivel europeo comparado solamente cubren hasta el año 1990, sin embargo, cuando la transición a impuestos estaba tan sólo empezando. A más largo plazo, sin

Política sanitaria y resultados en salud pública

Las competencias de salud pública requieren mención aparte. La única evidencia comparada disponible en este campo procede de un estudio internacional que evalúa la efectividad política de seis Estados europeos (Alemania, España, Francia, Gran Bretaña, Holanda, y Suecia) en el gobierno de cuatro sectores (reforma sanitaria, control epidemiológico de los bancos de sangre; reconversión industrial y regulación de los mercados financieros) durante los años 80 y 90 (Bovens et al., 2001). En el ámbito de la salud pública se examina en concreto la lucha por el control de la transmisión de la epidemia del SIDA a través de sangre infectada, que se inicia en 1982-1984 a raíz del descubrimiento del VIH, y de los métodos para detectarlo y eliminarlo de los productos derivados del plasma.

La evaluación realizada por el editor del volumen dedicado al control de la sangre infectada apuntan a problemas importantes en este sector: “Con la excepción de España, los países incluidos en el presente estudio habían aplicado medidas preventivas eficaces para el control de la transmisión del HIV a través de la sangre hacia finales del año 1985” (Albaek, 2001: 463-4). En España hay que esperar a febrero de 1987, casi un año y medio más tarde (Jordana, 2001). Como analizamos con más detalle en el siguiente apartado, los resultados agregados obtenidos por el Estado español en los cuatro sectores considerados apuntan hacia un efecto positivo de la descentralización sobre los resultados a medio y largo plazo; compatible, sin embargo, con un primer impacto disruptor sobre las actividades de gobierno (como parece haber sido el caso en salud pública).

4. Descentralización, coordinación y responsabilidades políticas

La evidencia presentada en secciones anteriores sugiere que el Sistema Nacional de Salud español se sitúa en buena posición en términos de eficiencia dinámica en comparación con otros países europeos. La descentralización parece haber generado un aumento claro de la capacidad del Estado de reformar las instituciones a través de la adopción de experiencias internacionales y de procesos de innovación basados en la experimentación autónoma; y un incremento paralelo en la capacidad del Estado de responder a las preferencias políticas y necesidades de salud de los ciudadanos. La única excepción parcial parece ser el ámbito de la salud pública; aunque tan sólo existe evidencia sobre los primeros años de la descentralización, durante los que el marco institucional y regulador estaba todavía en proceso de negociación y diseño.

De hecho, la transición de la asistencia de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud ha avanzado considerablemente más rápido en España que en Portugal y Grecia

embargo, es de esperar que la transición aumente la regresividad del sistema, debido al aumento

(centralizados), y su grado de consolidación puede considerarse mayor que el alcanzado en Italia (descentralizado más tarde). Además, en comparación con otros países financiados con base a impuestos de Europa Occidental, España aparece como un país relativamente pro-activo e innovador en cuanto a la segunda oleada de reformas que tiene lugar en Europa durante los años 90. Al contrario de otros Estados profundamente descentralizados como Italia o Suecia, la innovación y diversificación en política sanitaria no parecen haber generado una ampliación de las desigualdades inter-territoriales en cuanto a recursos sanitarios y estado de salud; ni tampoco presiones importantes sobre el gasto y la estabilidad macroeconómica. En conjunto, el balance resultante claramente del proceso descentralizador ha favorecido la expansión y mejora de la sanidad pública sobre la reducción de impuestos.

El papel de la coordinación

Como se analiza en más detalle en otro lado (Rico y Costa, 2003), los buenos resultados obtenidos por el Estado de las Autonomías español en el ámbito sanitario pueden atribuirse en mucha medida a la descentralización sanitaria. Tal como hemos visto en el apartado 1., la coordinación debe entenderse principalmente como resultado de las relaciones dinámicas entre ciudadanos, gobiernos autonómicos y gobierno central. El principal punto fuerte de la descentralización es que aumenta la visibilidad política de la política sanitaria y promueve de este modo los mecanismos de coordinación de abajo arriba, y en definitiva, la rendición de cuentas. A su vez, la descentralización ha estimulado simultáneamente un balance positivo de cooperación y competencia entre gobiernos autónomos en política sanitaria; que ha dado como resultado la generación y difusión de mejoras importantes tanto en la gestión de los servicios, como en el catálogo (cantidad y calidad) de prestaciones. El caso español pone también de manifiesto que la reducción del peso del control central puede contribuir a promover tanto los controles de abajo arriba como la innovación y la cooperación informal a nivel autonómico (que constituyen dos importantes palancas de cambio institucional en los Estados compuestos); lo que a su vez puede atenuar el dilema entre eficiencia y equidad que se supone asociado a la descentralización.

En contraste, los resultados obtenidos en salud pública se sitúan marcadamente por debajo de la media. Un factor importante a tener en cuenta es la diferencia importante en el periodo cubierto por las evaluaciones comparadas disponibles (salud pública, 1983-7; asistencia sanitaria, 1984-1999) de la media. De hecho, durante los años 80, la evolución también fue considerablemente negativa en cuanto a la reforma de la atención primaria; mientras que los 90 supusieron un cambio claro de tendencia. Estos resultados podrían pues indicar que durante las primeras etapas de la descentralización, el esfuerzo realizado en términos de transformación del mapa de poder de la sanidad española pudo haber mermado la capacidad de reforma y gobierno

correlativo del peso de los impuestos indirectos en la fiscalidad general.

de la sanidad y la salud pública. Un factor clave en esta etapa es el protagonismo de la competición vertical entre el gobierno central y autonomías para ampliar sus parcelas de poder respectivas. Y también el predominio de las responsabilidades compartidas; junto con una falta de claridad sobre el reparto de poderes entre niveles de gobierno. De hecho, los editores del volumen comparado citado, sobre la base del trabajo de Jordana, atribuyen a estos factores (además de a las debilidades en términos de infraestructuras y sociedad civil heredadas del franquismo) un papel clave en el caso de la crisis del HIV; en particular: “Durante los primeros 80, la atención de las autoridades sanitarias públicas centrada principalmente en la construcción de un nuevo equilibrio de poder estaba entre el Estado y las CCAA. Ello impidió el desarrollo de una dinámica más cooperativa entre niveles de gobierno, dado que todas las medidas preventivas proyectadas se interpretaban como parte de la lucha por el poder institucional (Bovens et al., 2001: 638)”.

Un rasgo importante del modelo español es el bajo perfil de los mecanismos de coordinación a nivel del gobierno central (regulación, evaluación, información, mediación, liderazgo en la innovación y la implantación, etc). Ello puede deberse en parte a un cierto debilitamiento de los poderes formales de coordinación central a través de la jurisprudencia constitucional y la legislación sectorial (como analizamos en el apartado siguiente). Pero también puede indicar una relativa incapacidad del gobierno central en el desempeño de su papel en el ámbito de la coordinación sanitaria. En esta dirección apuntan también, al menos parcialmente, los resultados obtenidos en la gestión de los servicios en el territorio INSALUD, que aunque siguen de cerca los desarrollos impulsados por los gobiernos autonómicos, son por lo general inferiores a los obtenidos por varias de las Comunidades de vía rápida. También apuntan en la misma dirección las investigaciones comparadas sobre los resultados obtenidos en cuanto a reconversión industrial y reforma del mercado financiero, que sitúan a España por debajo de la media de un grupo de países europeos de referencia (Bovens et al., 2001).

Sobre la base de este panorama en general positivo, hay que añadir que la dinámica de las relaciones entre niveles de gobierno en España ha presentado también aspectos negativos que han incidido negativamente en los resultados. Primero, la cooperación informal está sujeta a límites como principal mecanismo de coordinación, especialmente cuando, como en el caso español, se basa principalmente en la buena disposición de las autoridades políticas autonómicas, y en ausencia de recursos específicos dedicados a fomentarla y facilitarla. Ello, junto con otros factores (vinculados a las diferencias en recursos, necesidades o precios), explica que en muchos casos, las innovaciones en cuanto a paquete de prestaciones y en otros campos sólo hayan sido adoptadas por un número limitado de Comunidades Autónomas.

De otro lado, la competencia entre administraciones por la ampliación de sus poderes y presupuestos respectivos, junto con la falta de transparencia en la asignación de responsabilidades en materias como la salud pública, la financiación o el gasto, se ha traducido

a problemas de control del endeudamiento y en algunos casos de la seguridad sanitaria ante crisis epidemiológicas de distinto tipo. Además, la competencia entre gobiernos puede acabar incidiendo de un modo negativo a la larga sobre la cooperación en el desarrollo de las políticas sanitarias (vía ruptura de relaciones diplomáticas), y en la coordinación de abajo arriba (debido al peso excesivo de las batallas financieras sobre los logros en prestaciones y servicios dentro del debate público y mediático).

El papel de las instituciones

En el subapartado anterior hemos visto que la coordinación sanitaria ha tenido un desarrollo en mucha medida independiente del marco institucional, y mas bien vinculado a las actitudes y aptitudes de ciudadanos, gobiernos autonómicos y autoridades centrales. Y en particular, a la evolución de las relaciones dinámicas entre actores políticos. Un ejemplo de ello es el destacado papel jugado por la cooperación informal entre CCAA en el desarrollo y la implantación de reformas durante las últimas dos décadas, a pesar de que los convenios entre CCAA no están previstos en el marco de la legislación vigente. También la lucha inevitable por conseguir un volumen mayor de las transferencias financieras del gobierno central (en tanto factor *descoordinador* del gasto) se produce en mucha medida al margen de las instituciones.

Es innegable, sin embargo, que el marco institucional juega un papel clave en la coordinación sanitaria. En particular porque regula la distribución del poder y, por tanto, el grado en que el reparto de responsabilidades políticas permite la rendición de cuentas. Cuando el reparto de poderes es confuso o compartido, y las responsabilidades no están claras, la coordinación de abajo arriba no puede funcionar por falta de visibilidad, y la de arriba abajo por falta de efectividad. Además, resulta más probable, debido a la reducción de la visibilidad política, que los grupos de interés saquen partido de la falta de transparencia política. En definitiva, las instituciones influyen sobre la rendición de cuentas porque determinan en mucha medida el grado de transparencia del proceso político, esto es, la magnitud de las asimetrías de información entre ciudadanos y decisores.

Dos elementos de las instituciones de tipo federal o cuasi-federal son decisivos para conseguir una atribución más clara de responsabilidades (Rico et al. 2001). De un lado, la visibilidad política depende del modelo y el grado de reparto de poder entre niveles de gobierno que el marco institucional establece. En general, existen dos tipos de federalismo: el basado en otorgar poderes compartidos a ambos niveles de gobierno y en casi todos los sectores (Alemania); y, el que se basa en conceder poderes casi exclusivos a cada nivel de gobierno en cada ámbito de actuación (Canadá), de manera que ambos niveles de gobierno se 'reparten' los sectores (pero no los poderes). En el primer caso, la distribución del poder no favorece la transparencia, dado que es difícil evaluar quién es culpable de qué cuando los poderes son compartidos. Por el contrario, en el segundo caso aumenta la visibilidad política de las

responsabilidades de cada nivel de gobierno en sus respectivos campos de actuación. De otro lado, el reparto basado en poderes compartidos supone un mayor grado de dispersión del poder dentro de cada sector, y por ello aumenta el número de puntos de veto (esto es, mayor exposición de las decisiones de gobierno a las presiones externas de grupos de interés).

El reparto de poder entre niveles de gobierno establecido en la Constitución española concedía en principio amplios poderes (aunque relativamente indefinidos) al gobierno central en el campo de la asistencia (y coordinación) sanitaria, y por tanto parecía inclinar la balanza hacia el modelo de poderes compartidos (más semejante a la delegación de poderes, y sujeto a más puntos de veto). Las previsiones constitucionales evolucionaron considerablemente, sin embargo, a través de la doctrina jurisdiccional y la legislación sectorial. En particular, en cuanto a asistencia sanitaria el balance ha tendido a inclinarse progresivamente a favor de los gobiernos autonómicos. El resultado ha sido una distribución del poder más cercana al 'reparto' de sectores que al de poderes. En la misma dirección apuntan las reformas llevadas a cabo durante 2001-2002, que suponen una expansión importante de la autonomía financiera y política de las CCAA en el sector sanitario. Esta evolución debe interpretarse como el resultado de la confluencia entre el poder y experiencia crecientes de los gobiernos autonómicos; y la satisfacción de los ciudadanos con la evolución del Estado de las Autonomías, que se refleja en el hecho de que una mayoría apoye la asunción de mayor autonomía para las CCAA, y la reducción consecuente del control central (García Ferrando et al., 1994).

5. Implicaciones para el futuro de la coordinación sanitaria

5.1. El nuevo contexto de la descentralización tras las reformas del 2001-2003

La transferencia de las competencias de asistencia sanitaria a las diez Comunidades de vía lenta negociada durante el periodo 1999-2001, y aprobada en enero del 2002, constituye sin duda el cambio institucional de mayor calado que se ha producido en la sanidad española desde 1986. La expansión resultante de la autonomía política puede tener efectos positivos sobre la capacidad de coordinación global del Sistema Nacional de Salud, y sobre sus resultados. De acuerdo con el análisis desarrollado más arriba, puede mejorar la cooperación horizontal y los mecanismos de rendición de cuentas; y también contribuir a generar una mayor claridad y transparencia en el ejercicio de las competencias centrales de coordinación (antes mezcladas con las responsabilidades de gestión directa del gobierno central sobre el territorio INSALUD).

Sin embargo, hay dos factores importantes que apuntan en la dirección contraria. De un lado, 8 de las 10 Comunidades de vía lenta (versus 2 de las 7 de vía rápida) tenían en el 2001 poblaciones menores de dos millones de habitantes. Aunque no existe evidencia sobre este tema, resulta razonable esperar que el tamaño de las economías de escala y gama (y del pool regional en términos de riesgos) sea en este caso menor, lo que puede generar problemas de

ineficiencia productiva. Por ello, puede que tenga sentido reconocer una internalización de flujos asistenciales entre varias CCAA que permita hablar de regiones sanitarias naturales. Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León son ejemplos de lo que podría funcionar como una gran región centro. Para estas, la transferencia se produciría, pero no se romperían ‘amarras’ entre las partes. En este sentido, el gobierno central o el Consejo Interterritorial podrían favorecer, facilitar, la creación de órganos consorciados entre gobiernos autonómicos, con financiación envolvente o global para las tres CCAA.

De otro lado, los acuerdos alcanzados sobre la partidas de gasto sanitario a transferir a las Comunidades de vía lenta se han caracterizado de un modo muy marcado por la discrecionalidad política y la falta de transparencia; que han adquirido un mayor peso en este caso que en la pauta de negociaciones desarrolladas en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera para las Comunidades de vía rápida durante el periodo previo. En consecuencia, es de esperar que ello resulte en un aumento importante de las desigualdades (arbitrarias, no fundamentadas en necesidades o precios mayores) territoriales en cuanto a la distribución de los recursos a partir del 2002, continuando la pauta ya iniciada en 1998. En el caso de las CCAA de vía rápida, las arbitrariedades políticas introducidas en el modelo de financiación en la primera etapa se corrigieron en la segunda, pero volvieron a aparecer años más tarde. No parece pues que se avance en línea recta hacia una mayor transparencia. Queda por ver si este será también el caso en las CCAA de vía lenta.

5. 2. Propuestas de cara al futuro de la coordinación sanitaria en España

De acuerdo con el análisis desarrollado en los apartados anteriores, el futuro de la regulación en el ámbito de la coordinación sanitaria debería sujetarse al siguiente enfoque general. De un lado, en el ejercicio de las competencias de coordinación central, debería basarse más en la promoción del rol del gobierno central en tanto facilitador de las iniciativas autonómicas, y menos en el control de abajo arriba. Este último, aunque podría ser quizás beneficioso en cuanto a algunos problemas concretos de salud pública, tendría principalmente efectos negativos en el ámbito de la asistencia sanitaria.

En particular, veinte años de experiencia con el Estado de las Autonomías español subrayan que el objetivo principal en este campo debería consistir en promover la cooperación horizontal y procurar re-orientar la competencia (ahora por poder y recursos) a las mejoras de la eficiencia. Ello requiere marcos institucionales que establezcan con claridad la distribución de competencias, y promuevan las responsabilidades plenas (de cada nivel de gobierno en cuanto a un conjunto de sectores y funciones concreto) sobre las compartidas. Sólo de esta manera pueden resolverse de un modo adecuado los dilemas específicos entre control central y controles democráticos, entre innovación y uniformidad, y entre eficiencia y equidad que se dan en los Estados compuestos.

Resulta obvio que el mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en los últimos años es el de la generalización de la transferencia de competencias a manos de las distintas CCAA que integran el Estado. Pese a que algunas CCAA muestran registros de casi veinte años en la gestión de sus sistemas sanitarios, la extensión descentralizadora a todo tipo de Comunidad, independientemente de su tamaño, vocación política de autogobierno y capacidad de gestión, puede generar tensiones en el *status quo*. ¿Es compatible la descentralización sanitaria con un Servicio Nacional de Salud cohesionado?. ¿Es la descentralización sanitaria parte del problema o de la solución?.

Nótese que las razones intrínsecas de la descentralización política y fiscal no son otras sino las de romper las pautas uniformes de provisión de servicios, a favor de respuestas mucho más próximas a la realidad (deseos, preferencias, necesidades) de cada jurisdicción territorial. Uniformismo y descentralización son términos antagónicos, de modo que la ruptura del patrón único en las combinaciones de provisión, prestación y financiación sanitaria, dentro de los límites constitucionales, ofrece un ámbito de experimentación de reformas (incluida la cuestión del papel relativo de los sectores público y privado en sanidad), y de emulación de las mejores prácticas competenciales que supone algo nuevo en nuestro sistema sanitario.

Vaya por lo demás el reconocimiento de que la generalización de las transferencias en un manera tan rápida como la experimentada en nuestro país (en poco menos que seis meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales explícitos en los ámbitos de la coordinación y del desarrollo de normativa básica, con un nuevo acuerdo de financiación autonómica general del que no se conocen aunque se intuyen algunas lagunas, etc), ofrece un presente con interrogantes. Un posible mal uso de las amplias competencias transferidas (se entiende por parte de las nuevas Comunidades en ejercicio de sus poderes) es fácilmente utilizable por parte de quienes añoran el centralismo preconstitucional, para levantar todo tipo de temores entre la población de resquebrajamiento de la sanidad pública en tanto pilar fundamental del Estado de bienestar.

Ante ello se deberá pronunciar la administración central del Estado, ya que la coordinación de las políticas sanitarias bajo el nuevo contexto de descentralización política generalizada y descentralización fiscal incipiente es la clave del nuevo rol del Ministerio de Sanidad¹¹. (Sin olvidar por supuesto que las responsabilidades de coordinación no son tarea única del gobierno central, sino también de los ejecutivos autonómicos y de los ciudadanos). Sea el que sea el camino constitucional finalmente seguido, nos centraremos aquí en lo que atañe en concreto a la coordinación en materia de política sanitaria. Se trata de una función que tiene como objetivo promover el respeto, según la LGS (arts 70, 2 y ss.), a los *'criterios*

¹¹ Un muy buen resumen del tema se puede leer en la ponencia de J.L. Beltrán, publicada en el Libro de las XXII Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en Pamplona en junio del 2002. Barcelona, AES, 2002.

mínimos básicos y comunes’, que han de informar el sistema sanitario español; concreción insuficiente a efectos de lo que debamos finalmente entender por coordinación en el plano operativo. La coordinación operativa es una cuestión que permanece por tanto relativamente abierta, y admite diversas interpretaciones: desde el *‘coordinar-se’ entre iguales hasta el ‘ser coordinados’* por un superior; y desde los *‘a propuesta de’* hasta el *‘según informe preceptivo y vinculante de’*.

Reconocida la anterior dificultad interpretativa, entenderemos aquí por ‘coordinación’ lo que entiende el Tribunal Constitucional (TC) en diversas Sentencias (por ejemplo, la 32/1983; y la 102/1995): ‘Se trata de una función instrumental, consistente en fijar medios, sistemas y procedimientos de relación entre CCAA. que hagan posible, sobre la base de la información recíproca y la acción conjunta, la integración del sistema sanitario desde la diversidad de las acciones de las diferentes CC.AA.

Con ello, lo que caracterizaría la coordinación competencial sería:

- a) el hecho de que se trata de una competencia formal (normas comunes y directrices auto-otorgadas a través de órganos mixtos,), no substantiva (no afecta a un organismo separado de las partes o perteneciente exclusivamente a una de ellas, como sería el caso si se ejerciera exclusivamente desde el Ministerio);
- b) su desarrollo en el plano horizontal, fuera de la vía jerárquica y vertical (LGS art.73);
- c) con carácter mayormente preventivo, de aceptación anterior a la adopción autónoma de decisiones;
- d) el no requerir funciones de dirección, ni de gestión, ni ejecución, sino tan sólo de instrumentación de mecanismos y sistemas de relación;
- e) con un objetivo último que no puede ser otro que establecer, a través de los diferentes mecanismos formales de cooperación, las condiciones básicas que garanticen los derechos y las obligaciones de los ciudadanos ante las prestaciones sanitarias en términos de igualdad de oportunidades de consumo ante igual necesidad,
- f) y evitando divergencias ‘irrazonables y desproporcionadas’ (Sentencia del TC 37/1981)

En cuanto a este último punto, y tal como reiteran distintas sentencias del mismo TC: ‘El principio de igualdad no puede ser entendido en modo alguno como una monolítica uniformidad (...), y no requiere un ordenamiento del que resulte que, en igualdad de circunstancias, en cualquier parte del territorio nacional, se tienen los mismos derechos y obligaciones (...), especialmente cuando ello resultase frontalmente incompatible con la autonomía (Sentencias del TC 37/1981 y 37/1987). Aclara por lo demás el TC, que se trata de garantizar la ‘igualdad de posiciones jurídicas fundamentales (...) de modo que la igualdad de derechos y obligaciones no puede ser entendida en términos tales que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado, pues ello impediría el ejercicio por las

CC.AA. de las competencias que tienen atribuidas, ejercicio que, entre otras cosas, supone libertad para configurar una política propia en dichas materias' (Sentencia del TC 14/1998).

Una última observación a este respecto es que, como hemos señalado en otros trabajos, España, al contrario de lo que algunos postulan, no es un Estado desigual en la financiación sanitaria pública capítativa. El punto de partida es más bien de una gran igualdad (coeficientes de variación en la financiación per cápita entre CC.AA. durante el periodo 1986-1997 son en general inferiores a la mayoría de países occidentales para los que existen datos (Francia, Italia, Reino Unido (e Inglaterra), Suecia, Alemania, Canadá y Australia). No constituye una sorpresa que cuanto menos descentralizado esté un país mayor sea la variación en el gasto sanitario público per cápita. Las razones son que bajo un sistema descentralizado resulta más difícil la discrecionalidad de mantener variaciones importantes en recursos entre territorios y, en cualquier caso, cualquier diferencia observada permite una lectura política y una reivindicación social geográfica muy difícil de ignorar políticamente. Este mismo resultado lo observa K. Banting (2002) comparando sistemas sanitarios con o sin estructura federal, para concluir que siendo el nivel de gasto total mayor en términos absolutos en los descentralizados, además la proporción de gasto sanitario público sobre el total es además mayor.

6. Conclusiones

Las conclusiones que pueden extraerse sobre el papel de la coordinación sanitaria como condicionante de los resultados políticos y sanitarios obtenidos en España durante el periodo 1979-1999 son las siguientes:

- 1) Existen tres mecanismos principales de coordinación en todos los Estados:
 - a) la coordinación de abajo arriba (ejercida por los ciudadanos),
 - b) la coordinación horizontal (basada en la cooperación y competencia entre gobiernos autonómicos), y
 - c) la coordinación vertical (basada o bien en los controles de arriba abajo, o bien en la cooperación/competencia entre gobiernos centrales y autonómicos)
- 2) El marco institucional de la descentralización sanitaria ha evolucionado en España (como en la mayoría de Estados compuestos) en la dirección de limitar los poderes de coordinación central basados en el control vertical de arriba abajo y expandir simultáneamente tanto el poder de control de abajo arriba de los ciudadanos, como las responsabilidades de coordinación horizontal y operativa de las Comunidades Autónomas.
- 3) Esta evolución parece ajustarse además a la percepción positiva por parte de una buena parte de los ciudadanos y de las elites políticas de los efectos de la descentralización sobre las políticas y resultados sanitarios
- 4) Los resultados de investigaciones previas (resumidos y evaluados en las secciones 3 y 4 de este trabajo), presentan evidencia consistente (aunque muy mejorable y aún relativamente insuficiente) que confirma los efectos positivos de la descentralización sobre la expansión y la capacidad de transformación del Sistema Nacional de Salud. La mayor eficiencia estática y dinámica no parece además haberse conseguido a costa de un aumento de las desigualdades (si que hasta 1997, más bien al contrario).

- 5) Ello se ha conseguido principalmente debido a la capacidad de innovación y de cooperación autónoma de las autoridades sanitarias de las CCAA, y a pesar de la relativa inhibición del gobierno central en el ejercicio de sus poderes de coordinación de abajo arriba en cuanto a política sanitaria. Los acuerdos de financiación alcanzados a nivel central parecen haber contribuido a disminuir las desigualdades de gasto entre las CCAA de vía lenta y el territorio INSALUD al menos hasta 1997.

- 6) De otro lado, la competencia vertical y horizontal entre gobiernos para la ampliación de su poder institucional y sus recursos financieros ha tenido aparentemente consecuencias negativas sobre la capacidad de coordinación y actuación en el ámbito de la salud pública, los niveles de endeudamiento, y la transparencia y legitimidad democráticas en política sanitaria.

- 7) Por último, la dinámica de las relaciones de coordinación, y su impacto sobre los resultados obtenidos, dependen en parte de la medida en que el marco institucional establezca una distribución clara y transparente de los poderes y responsabilidades políticas en el ámbito sanitario. Además, la cooperación, como la competencia, puede gestionarse.

Existe experimentación y evidencia crecientes a nivel europeo e internacional sobre el posible papel incentivador que el Estado puede jugar en el ámbito de la cooperación entre ciudadanos, proveedores, aseguradores o agencias de compra por parte del Estado; y tanto a nivel macro (Mintzberg, 1996?), como en los niveles meso y micro de la atención sanitaria (ver, por ejemplo, Rico y Saltman, 2002). Estas lecciones pueden y deben adaptarse al ámbito de la cooperación entre niveles de gobierno. Otros mecanismos para el fomento de la difusión de innovaciones en el territorio son los suplementos salariales a la movilidad geográfica, y la financiación específica (viajes, personal y material de apoyo, etc.) a proyectos de colaboración entre CCAA para la mejora de aspectos sectoriales específicos a los que se les conceda una prioridad estratégica especial.

Es importante tener en cuenta además que la cooperación es un instrumento clave para disminuir las desigualdades entre gobiernos autonómicos en cuanto a efectividad política y de gestión, y capacidad de gobierno (derivadas, por ejemplo, de la mayor experiencia de gobierno y recursos de algunas CCAA sobre otras). De hecho, la economía del desarrollo económico pone de manifiesto que abaratar y facilitar la imitación de soluciones innovadoras por parte de los países en vías de desarrollo fomenta la convergencia en el ritmo de crecimiento económico de los países; ya que los costes mayores de la innovación los soportan las regiones más avanzadas.

La doctrina del TC sobre la competencia central de coordinación sanitaria deja claro que 'coordinación' no es uniformidad, aunque tampoco parece que pueda ser compatible con divergencias 'no razonables' o 'desproporcionadas'; a partir de ahí, deja el terreno libre a los legisladores sectoriales para que decidan sobre los contenidos e instrumentos concretos de la coordinación. La Ley General de Sanidad supuso un cierto avance en este sentido, y en el 2003 entra en las Cortes un proyecto de ley de cohesión orientado en la misma dirección. El marco

legislativo existente y en proceso de debate deja sin embargo muchas cuestiones importantes sin resolver.

Ello nos remite al terreno de lo concreto, en el que quedan algunas cuestiones capitales abiertas: ¿Es desproporcionada la provisión de una prestación fuera de catálogo por parte de una C.A. que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos?. ¿Es desproporcionada la provisión de unas mismas prestaciones, pero a una mayor ‘calidad’, por parte de una C.A. que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos? ¿Qué entendemos en este ámbito por *calidad*: la relativa al dispositivo asistencial, al tratamiento hotelero, a prácticas diagnósticas menos agresivas (aunque menos ‘coste-efectivas’), a un menor tiempo de espera, a mayor frecuentación (aunque de demanda superflua)...? ¿Es ‘irrazonable’ un criterio de transferibilidad de derechos (*portability*) por el que el ciudadano que se desplace a otra CA ‘arrastre’ su derecho a la asistencia, de modo que ésta no se le pueda negar allá donde vaya, pero que si es de nivel inferior en algún aspecto en destino que en origen, no le legitime a la plena gratuidad, sino que posibilite que el servicio de destino (público o privado) facture al servicio (público) de origen?

Parece claro, por tanto, que hace falta sentido común para buscar los balances apropiados. Así, la descentralización que otorga nuestra Constitución a favor de las CC.AA. es política (no administrativa –como es el caso de los entes locales) y comporta capacidad financiera y legislativa propia. Como resultado de lo anterior, la diversidad es inevitable, más aún es deseable vistos los resultados muy positivos que ha tenido en términos de mejora de la innovación y capacidad de respuesta del sector público a las necesidades de los ciudadanos. El caso español demuestra que la diversidad y la innovación no se han traducido en diferencias importantes en cuanto a niveles de gasto.

Nótese en cualquier caso que importa distinguir lo que es financiación pública del gasto de lo que es el gasto sanitario público en si mismo, en aquellos casos en los que pesa mucho la capacidad de los parlamentos autónomos de añadir financiación por su cuenta a los niveles de financiación procedentes de la federación. Claro está, sin embargo, que las lecturas de la equidad territorial en uno y otro caso son distintas, ya que las aportaciones financieras propias derivadas del esfuerzo fiscal adicional de una comunidad, como complemento a su contribución a la fiscalidad general (que además se territorializa con criterios de equidad fiscal: por ejemplo, por necesidad aproximada por población más o menos ponderada, independientemente de la capacidad fiscal o contributiva de cada territorio), parece menormente discutible. Es la ciudadanía la que prioriza entre diferentes partidas de gasto a igual esfuerzo fiscal.

7. Referencias

Albaek E (2002). Managing crisis in HIV and the blood supply. En Guy Peters, Paul T’Hart & Mark Banting K (2002): *Fiscal Federalism and Health Care Systems*. London: Blackwell Publishers.

- Bovens M, t'Hart P, Peters G, Albaek E, Busch A, Dudley G, Moran M, y Richardson R (2001). Patterns of governance: Sectoral and national comparisons. **Guy Peters, Paul T'Hart & Mark Bovens (eds.)**, *Success and Failure in Governance: A Comparative Analysis*, Aldershot: Edward Elgar.
- Brenan, G and Buchanan, J.M (1983). Normative tax theory for a federal polity: some public choice preliminaries. In McLure, C (1983). Tax assignment in federal countries. The Australian national University, Canberra, pp 52-65.
- Evans RG (2002) Financing health care: Taxation and the alternatives. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds.) (2002) *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- García Ferrando, M., López Arangurez, E., y Beltrán, M. (1994). La conciencia nacional y regional en la España de las Autonomías. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Jordana, J. (2001). En **Guy Peters, Paul T'Hart & Mark Bovens (eds.)**, *Success and Failure in Governance: A Comparative Analysis*, Aldershot: Edward Elgar.
- Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy* 1997;41:121-137.
- León S (2002), proyecto de tesis doctoral. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales.
- Oates, W. 1977. *The Political Economy of Federalism*. Lexington Books, Lexington Massachusetts.
- Lopez-Casasnovas, G; Costa-Font, J and Planas, I (2003). Equity -efficiency trade-offs and the performance of the Spanish National Health System (NHS). *Frothcoming Health Economics* 2004.
- Lopez-Casasnovas, G (2002), La descentralización sanitaria. Lecciones para un aprendizaje acelerado desde la experiencia española, Ponencia presentada en **@COMPLETAR REF**.
- López-Casasnovas, G. y Rico, A. (eds.) (2001), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios el Estado de las Autonomías*. Bilbao: Fundación BBVA and IEA.
- López Casasnovas, 2000?@en Critical challenges)**
- Pierson, P (1996). The new politics of the Welfare State. *World Politics*, 48: 142-79.
- Powell, M and Boyne, G (2001). The Spatial strategy for equality and the spatial division of welfare. *Social Policy and Administration*, 35: 181-194.
- Rico, A. y Costa, J. (2003). Power rather than path? The dynamics of institutional change under health care federalism, unpublished paper, European Health Policy Group. London: London School of Economics and Political Science.
- Rico, A. Balaguer, M. and González, P. (2001): "The Spanish state and the medical profession in primary health care". Guy Peters & Mark Bovens (eds.), Guy Peters, Paul T'Hart & Mark Bovens (eds.). *Success and Failure in Governance: A Comparative Analysis*, Aldershot: Edward Elgar.
- Rico, A. and Sabés, R. (2000), *Spain*, Health Care Systems Transition series, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Wagstaff, A and Van Doorsaler, E (1999 y 2000), in Health Economics.**
- Urbanos, R (2001). *Measurement of inequality in the delivery of public health care: evidence from Spain*. Working Paper FEDEA, 2001-15.