

LA DESCENTRALIZACION SANITARIA. LECCIONES DESDE LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA

**G. López-Casasnovas
Univ. Pompeu Fabra.**

INTRODUCCION

Pretendo ofrecer en estas páginas un resumen breve de lo que ha supuesto hasta el presente momento la descentralización sanitaria en España. Resumiremos aquí muchas páginas de literatura sobre el tema (con el riesgo de simplificación que ello conlleva), y centraremos el análisis en las lecciones aprendidas, por parte de quien suscribe, a efectos de compartir con el lector puntos de vista y comentarios críticos si es el caso.

IDEAS BASICAS PARA COMPRENDER LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACION SANITARIA

No conviene adentrarse en las realidades de los procesos de descentralización sanitaria ignorando algunos extremos:

- 1) La prestación sanitaria es muy importante. Con ella no se juega (afecta a aspectos muy sensibles al bienestar ciudadano), aunque en propuestas académicas y en el debate político el papel lo aguanta todo. Los peligros a evitar en este terreno son: cuidado con descentralizar totalmente las competencias en gasto y financiación en ausencia de (i) una regulación de contexto –constitucional o básica si puede ser- que delimite el alcance de las competencias respectivas, y (ii) una masa crítica mínima, tanto en términos de *know how* gestor como de una escala poblacional mínima. Al fin y al cabo, todas las asignaciones descentralizadoras acaban buscando un referente poblacional, lo que equivale a identificar diversos servicios de salud regionales que pueden aspirar consecuentemente con la financiación capitativa, a la autosuficiencia. Dicha propensión no se fundamenta en supuestos de racionalidad económica (ante costes fijos elevados para el conjunto del dispositivo) ni sanitariamente eficiente (mayores tasas de mortalidad a menor escala de actividad- p.e., número de intervenciones quirúrgicas).

Pensar que los problemas que se deriven de dicha aproximación podrán resolverse técnicamente, por la vía, por ejemplo, de ajustar por desplazados y consorciando dispositivos asistenciales para la regulación de flujos de pacientes (quizás a través de facturaciones internas voluntarias entre regiones según gravedad y casuística de las patologías, compatibilizando los sistemas de información existentes, y a menudo con las voluntades políticas legitimadoras diferenciadas), no deja de ser hoy por hoy una aspiración algo ingenua. Si hacemos caso de la realidad observada, para territorios de menos de dos millones de habitantes no parece muy sensato forzar una descentralización uniforme (en ausencia por ejemplo, de un factor distancia o lejanía que la justifique). La credibilidad de la transferencia del riesgo que la descentralización financiera supone resulta por lo demás

cuestionada por el coeficiente de variación en los costes, dada la dispersión observada en el gasto capitativo territorial.

En otras palabras, cuanto más se obvие la racionalidad del tamaño o la escala de provisión, más hace falta 'ex ante' acompañar la descentralización de cautelas que garanticen la coordinación (el buen funcionamiento) del sistema de salud.

2) Es poco lógico pensar en fórmulas de distribución-redistribución que resuelvan técnicamente lo que es un problema político, éste es, el grado de solidaridad de la que queremos dotar al sistema tanto en financiación (transferencia central) como en gasto (incluyendo aquí el esfuerzo fiscal complementario que se pueda realizar desde la propia comunidad autónoma). El paradigma ha sido para muchos la RAWP (*Resource Allocation Working Party*) para Inglaterra. Pero ojo con los errores. Las regiones sanitarias inglesas son divisiones geográficas 'artificiales' sin una descentralización política consecuente (elecciones de diputados, parlamentos que legislen, capacidades financieras reconocibles). Además no ha sido capaz la RAWP de consolidar una aproximación estable. En primer lugar, las fluctuaciones medias que generan las variables utilizadas sobre la capitación pura son 'a tercios': la demografía (el envejecimiento), el precio relativo geográfico (una libra no compra lo mismo sobre la geografía, o '*market forces factor*') y un elusivo concepto de necesidad. En segundo lugar, y al final del día, la RAWP, por lo demás actúa en los márgenes (una vez garantizada la financiación de una restricción general, o '*cash limit*' y que ninguna región recibe un más/ menos de financiación predeterminado). Como resultado de lo anterior sólo en las desviaciones cabe anotar algún impacto de la RAWP, que en sus evaluaciones, por lo demás no parecen haber afectado a las bases de la desigualdad observada (que son sociales más que geográficas). Ello no debe de constituir sorpresa alguna ya que la desigualdad tiene características más personales y de grupo social que de valores territoriales medios (dada la conocida como falacia ecológica).

Por tanto, el aprendizaje debe ser aquí que las restricciones políticas (configuración de Estado) son previas a las soluciones técnicas (emulación de experimentos).

3) Reconocido lo anterior, los problemas de ajuste de la asignación de recursos basada en la noción de necesidad, a pesar de tener un fuerte apelativo intelectual, en su traslación al ámbito territorial, son prácticamente irresolubles desde un punto de vista estrictamente técnico. En primer lugar hace falta una buena identificación del factor que está detrás del problema que genera la inequidad. Luego se debe definir, aproximar empíricamente, establecer su ponderación en el conjunto de la fórmula general y establecer sus límites en su capacidad de afectar la distribución financiera de los recursos. Variables tales como la morbi-mortalidad están afectadas del problema de su recurrencia perversa (reducir su valor, cosa deseable, hace perder financiación). Además morbilidad y mortalidad no suponen siempre caminos paralelos (por ejemplo con enfermedades mentales o dermatológicas). Conviene no perder de vista la necesaria estandarización de dichas variables, y su necesaria remisión a los aspectos relativos a la tratable o evitable por el propio sistema sanitario (o IMIPSEs en la terminología habitual).

Especialmente complicada es la inclusión de factores sociales tales como la privación o la exclusión social (identificar, definir, medir, ponderar, acotar), y los pesos relacionados con la utilización sanitaria (no la propia, quizás la media nacional, estandarizada, o sólo quizás considerando las mejores prácticas, ‘normándola’ –como ha intentado la modificación última de la RAWP,...).

- 4) La singularización de la financiación sanitaria dentro de la financiación territorial general en un Estado descentralizado tiene por lo demás luces y sombras. Las luces tienen que ver con la más fácil identificabilidad del esfuerzo financiero que hace la administración central sobre la base de los recursos estatales generales; lo cual puede no ser poco si se pretende políticamente utilizar la descentralización para reducir el estado de bienestar sin que aparente que la amenaza está en la financiación y no en la gestión del gasto (responsabilidad autonómica). Pero tiene también muchas sombras. Por un lado abre un mecanismo de discusión paralelo al de la financiación general que erosiona el diseño de la política sanitaria en su conjunto: los consejeros regionales culpan al ministro estatal de las insuficiencias, buscando un posible consenso en ‘gastar más’ y no ‘mejor’, lo que suele enervar a los ministros económicos del ramo y ofrecer una imagen de incesante fagocidad del sector sanitario en su conjunto. Y cuando la Administración central se decide acabar con la discusión rompiendo el ‘cartel’ regional, coloca encima de la mesa variables de distribución que dividen a los participantes, incluso del mismo ropaje político (por ejemplo, a la vista de factores tales como el peso del envejecimiento relativo, la renta relativa, la dispersión, los diferenciales de coste en factores, la orografía, etc.)

Lo ‘normal’ en un proceso de descentralización es que las decisiones se realicen, dentro de límites conocidos, tras un debate de los propios parlamentos y en el seno de los órganos territoriales de gobierno. Además, el no optar por dicho esquema, parcela la política pública entre la prestación sanitaria y el resto de políticas públicas, cuando son bien conocidas las intersectorialidades necesarias para poder impactar en los grandes objetivos de la reducción de las desigualdades en salud. La segmentación tampoco parece garantizar que la financiación singularizada centralmente se dirija a los objetivos deseados y no a recursos (salarios de los médicos, más camas, etc.).

- 5) La integración de la financiación en el sistema general resulta más coherente con el teorema de la descentralización fiscal, base de todo proceso de corte federal. Permite una corresponsabilización más diáfana entre esfuerzo fiscal y mayor financiación sanitaria o mejor gestión del gasto. Ello evita el abuso moral de reclamar incesantemente bajo criterios de solidaridad interterritorial una mayor financiación estatal, bajo supuestos agravios históricos a compensar, y unas transferencias que se quieren incondicionadas y globales (la autonomía del gasto sin responsabilidad recaudatoria), en lugar de la financiación de políticas específicas, controlables por todas las partes y tuteladas en su uso dirigido hacia los factores causantes de la desigualdad. De ahí que sea conveniente al juzgar la desigualdad en el gasto autonómico, separar qué parte procede de una mayor necesidad de gasto, y qué parte de una menor capacidad recaudatoria (a igual esfuerzo fiscal), del mismo modo que hace falta distinguir entre

diferencias en financiación recibida que en gasto, cuando éste se ha financiado con aportaciones autonómicas complementarias.

EL CASO ESPAÑOL EN EL CONTEXTO COMPARADO

A pesar del alcance comprensivo de la utilización del sistema comparado a la hora de analizar las realidades y propuestas alternativas de descentralización sanitaria, conviene ser conscientes de algunas limitaciones de las comparaciones entre países:

- (i) El ejemplo inglés como referente de la regionalización sanitaria reiteradamente estudiada es correcto a la vista de que se estructura desde un Servicio Nacional de Salud, con objetivos políticos muy similares al español. Pero no resulta un buen referente por cuanto las regiones contempladas no tienen, como veíamos, fundamento político (parlamentos electoralmente legitimados). Se trata de demarcaciones en cierto sentido útiles para la planificación, y en buena parte específicas a la prestación sanitaria (y no a otros servicios públicos), sobre la base de un tamaño mínimo que permita supuestamente economías de alcance y de escala (la mayoría comprenden poblaciones entre 3 y 4 millones de habitantes, todas por encima de 2 millones). Más aún, a la espera de lo que pueda resultar de la nueva regionalización prometida por el laborismo inglés para el año 2003, las reformas sanitarias británicas han representado una pérdida de significado financiero de estas regiones a favor de los grupos de médicos de cabecera (*Fund-holders*) o de los Distritos sanitarios, y en favor de las denominadas *Health Action Zones* (o zonas de Acción para la Salud).

De hecho, las regiones sanitarias inglesas, desde 1996, reciben un trato más como "Oficinas Regionales" del Sistema Nacional de Salud que de Autoridades regionales (que no lo son).

Todo esto contrasta con la mayor autonomía de la que disfrutaban Escocia, Gales e Irlanda del Norte, que sí cuentan con parlamentos elegidos. Su financiación no está, entre ellas y Inglaterra, sometido a ningún "gran RAWP" de la Gran Bretaña o del Reino Unido. Como hemos comentado en otros lugares (véase López-Casasnovas, 2001, ob. cit.), las diferencias en el capitativo se mantienen, y también las distintas responsabilidades en las políticas de salud.

- (ii) El caso canadiense no resulta un buen ejemplo a replicar en su integridad, debido a las raíces históricas a partir de las que se estructuran sus servicios de salud: las provincias existían antes que la Federación canadiense, de manera que lo que se intenta inicialmente con la financiación central es estimular la coordinación vista la diversidad de bases de las que se partía, renunciando a la homogeneización completa que, sin duda, resultaría anticonstitucional. El ejemplo canadiense tiene, de todas formas, interés por lo que supone en el modo en que se han 'habilitado' los mecanismos de financiación sanitaria pública. Se pasa de una fórmula de participación de la Federación respecto del gasto provincial basado en los costes ("*Cost-sharing*") entre 1974 y 1984, resultado de una subvención sobre el gasto histórico realizado, pero que en la

práctica comportaban unos crecimientos cada vez más limitados por debajo del crecimiento del PIB nominal canadiense, a una subvención global, las "*Canadian Health and Social Transfers*" (1984-1996). Dicha habilitación abre definitivamente la vía al espacio fiscal, a la corresponsabilización financiera de las provincias para todas aquellas prestaciones, dentro de unos límites preestablecidos por encima de las ya definidas en los años ochenta con los Programas Establecidos ("*Established Programs*"). En otras palabras, la experiencia canadiense muestra que si la descentralización fuera constitucional, la financiación central ha de garantizar mínimos, eso sí, asegurando que las diferencias por encima de los niveles anteriores se sufraguen desde las provincias sin ilusión fiscal. La garantía de '*portability*' (o de reconocimiento de derechos) que exige la Federación a las provincias requiere la vecindad previa de tres meses para servicios electivos, y en urgencias se factura a precio de origen (de donde resida permanentemente el ciudadano atendido).

En concreto, destaca en la actual situación lo que pueda suponer en el sistema el establecimiento de copagos. Este es un tema de debate abierto en algunas provincias, y estudiado por una Comisión recientemente creada al respecto. En breve, el tema radica en que en la actualidad, las transferencias de la Federación a las provincias para financiar específicamente el gasto sanitario exige, entre otros (*The Canadian Health Act*, 1984), que se cumpla un criterio de acceso a los servicios independientemente de la capacidad de pago de los canadienses en cualquier provincia de la Federación. Hasta el momento ello ha impedido que algunas provincias utilizaran el copago en los servicios médicos. Vista la escasa importancia que tiene hoy la transferencia federal en el total del gasto sanitario algunas provincias han pasado a cuestionar la racionalidad de dicha exigencia. Nótese que dicha medida no afecta al gasto farmacéutico, para el que la Federación tutela tan sólo lo que acontezca con el gasto de los mayores de 65 años.

- (iii) El caso francés está 'constitucionalmente' lejos de la realidad española, pero puede ayudar a entender un hecho destacado: Cuanto más centralizado es un Estado, más discrecional resulta para la Administración central el gasto sanitario sobre bases geográficas. En López-Casasnovas, 2001, ob. cit. Hemos documentado cuantitativamente las distintas afirmaciones. Ello tampoco puede sorprender. Dado que la regionalización del gasto sanitario no recibe una lectura política, la financiación sigue otros criterios diferentes a los territoriales y la reconducción a criterios más homogéneos similares (como el capitativo) no se observa como necesario.
- (iv) Por otro lado, el caso sueco resulta de interés por la participación local en la prestación sanitaria, aunque el marco de los condados está lejos de configurarse al estilo de lo que son hoy las regiones sanitarias españolas.
- (v) Australia muestra algunos hechos asimilables a los comentados para Canadá, sobresaliendo de su experiencia la inercia del gasto recurrente de los estados que, en buena parte, la federación acaba reconociendo y proyectando en su

financiación, aunque las fórmulas utilizadas a veces resulten tan complejas como interpretables de una manera 'ad hoc'.

- (vi) Finalmente, Italia nos ofrece un aceptable referente regional (capacidad competencial, refuerzo constitucional a la diversidad) si bien, el referente tiene algún déficit en lo que atañe al hecho que las competencias sanitarias no son originarias sino derivadas de las transferencias estatales, pero sobre todo, de las locales o municipales. Como resultado de la diversidad transferencial, ordenar una financiación suficiente a la nueva situación resulta mucho más compleja. De aquí que muchas de las propuestas de financiación regional se hayan de considerar sobre todo tentativas, a menudo más desde el nivel de propuestas que de realidades contrastadas (entre ellas, hoy, la de un Fondo General diferenciado de un Fondo de solidaridad, nutrido este último al 10% de la cuantía del primero).

En resumen, la descentralización permite transparentar más y mejor las relaciones financieras, lo que permite lecturas políticas diáfanas. Así por ejemplo, tal como comentamos, las diferencias en el gasto sanitario per cápita más importantes entre los países analizados (véase Cuadro 1) se observa en Francia, con coeficiente de variación entre el 16 y 20 por ciento. Parece obvio que las responsabilidades del Gobierno central francés son muy escasas a la hora de justificar variaciones en el gasto. En cambio, en estados descentralizados en mayor o menor grado, aflora dicha diferencia, y existe un parlamento autonómico y una reivindicación social que favorece comúnmente una cierta reconducción de las diferencias. Así, países como Suecia, Australia, Canadá, Italia y España muestran diferencias menores que los estados centralistas.

Podría en todo caso pensarse que las preocupaciones por la desigualdad son más sentidas dado que las diferencias en el gasto sanitario son aquí más grandes que en estos otros países, o que están creciendo. Ninguna de las dos afirmaciones parece fundada (a la vista al menos de los Cuadros que se cogen en el anexo), atendiendo al coeficiente de variación que recoge la dispersión a través del ratio entre la desviación típica y el valor medio. Las cifras son: Suecia: 10%, Inglaterra: 14.3%, Francia: 18%, Italia: 15%, Canadá: 26.2% y en España es del 2.11% ponderando por población incluso (sin población aún era en 1999 menor).

Las cifras internas para Inglaterra también ofrecen una lectura interesante, dado el corte centralista del regionalismo sanitario inglés. Así, en la región del Támesis se observa un nivel de gasto sanitario del 35% por encima de la media de Inglaterra. La propia cifra de Inglaterra para el coeficiente de variación es del 14.3% (7 veces el español).

Así pues, desde la experiencia española puede que sea oportuno enumerar lo que ha supuesto la integración en la financiación autonómica general. Es obvio que implica riesgos mayores, ya que las compensaciones entre gasto educativo y sanitario, y del social en general, dado que se la financiación se pasa a basar inicialmente de un único parámetro poblacional, depende en parte de la estructura demográfica, pero sobre todo, de las rigideces o sustituibilidad entre los gastos de los respectivos departamentos

autonómicos, aunque todo ello resulte mucho más coherente con la idea de autogobierno. En cualquier caso, la integración ha supuesto:

- (i) *evitar una discusión sin final*, entre CC.AA. (Consejeros de Sanidad, con intereses muy distintos) y entre los directamente afectados por el gasto sanitario (central y autonómico) y los responsables de su financiación (Ministerio de Hacienda, Consejeros de Finanzas), de la que ha tenido experiencia a menudo amarga: los Consejeros autonómicos de Hacienda han acostumbrado a remitir etiquetada la financiación sanitaria recibida del Estado ‘como si la insuficiencia previsible no fuese propia’, y los instrumentos ad hoc que por compensaciones políticas se acaban produciendo quedan en manos ajenas a las de los propios responsables de la sanidad (estatal y autonómica), con lo embarazoso que ello acaba siendo (pe. en el seno del Consejo Interterritorial);
- (ii) una base sustantiva para haber aceptado la integración, pese a los problemas potenciales que ello puede generar (la negociación básica en el Consejo de Política Fiscal y Financiera queda en manos de los Consejeros económicos, el conflicto de asignación presupuestaria se internaliza en los consejos de gobierno de cada C.A.) tiene fundamento político constitucional. Como es sabido, en buena parte, la estabilidad que ha representado la Constitución de 1978 ha sido al coste de que las nacionalidades históricas postergaran el reconocimiento de sus diferencias. En efecto, aún partiendo de situaciones muy diferentes en sus aspiraciones a la autonomía, aceptaron la homogeneización de los techos competenciales. Como vimos en la primera parte, sólo el ritmo de traspasos tenía que marcar diferencias: las CC.AA. de vía ‘rápida’ del artículo 151 de la Constitución frente a las del 143, o de ‘vía lenta’. Hoy, tras veinte años de traspasos, cuando se han transferido ya las competencias sanitarias, todas las autonomías, las históricas y las creadas de nuevo cuño aparentan ser iguales. Pero puede que ello sea un espejismo numérico a la vista sólo de la cuantía en que gestionan gasto. El sentir nacionalista para unos, la aspiración soberanista para otros, puede continuar siendo muy diferente. El diseño técnico del mapa autonómico ha supuesto una importante obra de ingeniería financiera, pero no parece haber encajado satisfactoriamente, para algunos, las piezas del puzzle.

LA SITUACION ESPAÑOLA HOY

La descentralización sanitaria: evaluación a los veinte años del primer traspaso

Veinte años es tiempo ya suficiente para valorar lo que han representado las transferencias sanitarias desde los primeros traspasos para Cataluña el año 1981, y posteriormente a otras seis comunidades más. Recientemente he tenido la oportunidad de dirigir un trabajo que acaba de ser publicado en dos volúmenes por la Fundación BBVA y el Instituto de Estudios Autonómicos de la Generalidad de Cataluña con el objetivo, precisamente, de evaluar las políticas sanitarias llevadas a cabo por tres Comunidades Autónomas desde que accedieron a dichas competencias (Andalucía, Cataluña y País Vasco), para las que se ha podido contar con datos, comparando su desarrollo con las del Insalud- Gestión directa¹.

Se trataba de averiguar si a la vista de la evolución registrada en su ordenación jurídica y en sus dispositivos asistenciales, los traspasos han incidido en una mayores desigualdades en salud, como resultado de diferencias en la utilización de los servicios sanitarios y en las estrategias de salud desarrolladas desde cada Autonomía. Se antepónía a dicho análisis un conjunto de prejuicios acerca de una supuesta diversidad creciente en las prestaciones a las que tienen acceso los ciudadanos de cada Comunidad, considerando tanto la cantidad como la efectividad de las mismas, y una relativamente mayor desigualdad en las capacidades financieras de dichas CC.AA.

Intuitivamente, las diferencias en financiación y composición de gasto observadas podríamos esperar que tuvieran que ver con: (i) diferencias en necesidades sanitarias (relacionadas con la composición demográfica y las características de la morbilidad), (ii) los condicionantes económicos generales que afectan al coste de los suministros sanitarios sobre la geografía, (iii) las mayores preferencias o el mayor consumo sanitario de la población atendida, en este caso con reflejo último en un mayor esfuerzo fiscal. A todo ello debería coadyuvar la descentralización fiscal, siendo consubstancial a ésta la diversidad al mejor servir las distintas preferencias o necesidades territoriales.

Diferencias en utilización, lideradas por Cataluña, más que en tipo de prestaciones

Contrariamente a lo que se suele suponer, el análisis de las diferencias observadas en nuestro estudio parece derivarse: 1- no tanto de variaciones en derechos reconocidos a ciertas prestaciones (continúa siendo anecdótico lo que representan, en términos de estrategias correctoras de desigualdades en salud, diferencias tales como la cirugía del cambio de sexo, el suministro de la píldora anticonceptiva o el mantenimiento de financiación pública para medicamentos de bajo valor terapéutico) como de la utilización real de los servicios. Esta resulta de las políticas sanitarias 'internas' de cada una de las

¹ -'La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías'. G. López-Casasnovas (dir), Ana Rico (coord.). Conselleria de Institut d'Estudis Autonòmics de la Generalitat de Catalunya y Fundación BBVA, Bilbao, 2001.

CC.AA, de acuerdo con factores que tienen que ver con la calidad asistencial, los costes de acceso y la educación sanitaria de sus ciudadanos, más que de supuestas desigualdades en la asignación 'entre' CC.AA. de los recursos sanitarios; y 2- que no resulta posible correlacionar la existencia de la incipiente diversidad en prestaciones con diferencias en resultados de salud. Al contrario éstas se deben de buscar más en factores relativos a la utilización inadecuada de los servicios, la variación de la práctica clínica y a la educación y estilos de vida, responsabilidades éstas de las CC.AA.

En resumen, si bien es cierto que la descentralización sanitaria ha visualizado en mayor medida la asignación de los recursos sanitarios sobre base territorial (entre CC.AA.) permitiendo su lectura política –lo que no ha ocurrido, por ejemplo, con el gasto en educación-, ello no parece que por el momento se haya traducido, en cambios fundamentales en el sistema sanitario. Más bien parece haberlo legitimado intentando, si acaso, perfeccionarlo, que resquebrajado su cohesión interna. Ha permitido emular las mejores prácticas observadas y ha ayudado a aprender de la diversidad. La coherencia descentralizadora exige, por tanto, aprender a vivir con cierta diversidad, acompañando ésta de mecanismos de nivelación y responsabilidad fiscal y una coordinación desde el nuevo Ministerio de Sanidad que se habrá de inducir más que imponer. El juego a 15 bandas (una vez transferida la sanidad a todas las CC.AA.) va a ser sin duda más complejo –es mi opinión que el proceso de generalización ha sido forzado en demasía-, pero necesario.

Algunas diferencias en prestaciones, lideradas por Andalucía y el País Vasco

En todo caso, en el detalle de programas e iniciativas entre CC.AA., sí aparecen diferentes improntas territoriales en materias tales como salud mental, planificación familiar, programas de drogodependencias y en mucho menor medida –aunque se visualicen en gran manera- en prestaciones sanitarias específicas. Son conocidas algunas diferencias, en el caso de Andalucía, debido a la financiación, excluida para el resto de CC.AA, de la prestación ortoprotésica, y para determinadas prótesis especiales cubriendo la parte que le corresponde abonar al usuario. De modo similar en lo que se refiere a determinados medicamentos excluidos en el último Medicamentazo (tanto en Andalucía como en Navarra), o el de la píldora 'del día después', las sillas de ruedas de material ligero (en Galicia, Comunidad Valenciana y País Vasco) y más recientemente, la cirugía de cambio de sexo, de nuevo en Andalucía. Asimismo, en el caso del País Vasco, destaca la mayor extensión de la prestación en materia de salud bucodental para niños. Mientras el País Vasco y Navarra son casos aparte habida cuenta de su particular sistema de financiación, para el resto de CC.AA. resulta complicado justificar, sin embargo, dichas diferencias con criterios de solidaridad territorial o de reducción de las desigualdades en salud, en ausencia de un mayor esfuerzo fiscal territorial.

A nuestro entender los problemas reales, si acaso radican en las diferencias de acceso a servicios (dispositivo sobre la geografía e isocronas a tiempo real), consumo (por diferencias en educación sanitaria/ estilos de vida), o de utilización debido a variaciones en la práctica profesional, con las secuelas consiguientes sobre la calidad asistencial (malapraxis). De ello sabemos mucho menos de lo que quisiéramos, pese a su importancia, siendo competencia interna de las CC.AA., no resultando para ello información substitutiva la pura comparación interterritorial de los datos agregados de gasto o recursos sanitarios.

En todo caso, el reto se sitúa en identificar si se acaban produciendo cambios en el terreno más decisivo; esto es, en el modo en el que se ejerce la práctica clínica. Las variaciones en el nivel operativo parecen en todo caso muy menores respecto de los cambios en las estructuras organizativas. La planificación por estructuras o dispositivos (en lógica financiera) predomina aún sobre lo que debiera representar una planificación efectiva por objetivos asistenciales dentro de los diversos territorios.

Las encuestas de satisfacción de usuarios juegan a favor de la bondad de los trasposos.

La conclusión última, en el sentido comentado más arriba, es que la descentralización no parece haber servido para cambiar el paradigma de planificación por estructuras ni avanzar en el terreno de la calidad de la práctica clínica. Reconocido lo anterior, conviene destacar que el País Vasco muestra hoy más que nunca un sistema sanitario de elevado nivel de recursos tecnológicos y muy valorado por sus ciudadanos, Cataluña ofrece un dispositivo asistencial de calidad y equidad territorial de acceso, y Andalucía registra una evolución en su sistema sanitario a ritmos elevadísimos, tanto en recursos, resultados de salud y satisfacción, aún aceptando que partía en general de niveles inferiores.

La financiación autonómica de la sanidad a partir del 1 de enero del 2002

Incluso los más optimistas no parecían confiar en que el Gobierno conservador español pudiera descentralizar la administración de los servicios sanitarios a todas las regiones españolas (Comunidades Autónomas, CC.AA. en adelante). Sin embargo, el gobierno central, liderado por el Sr. Aznar sorprendió a muchos cuando en Julio del 2001 consiguió alcanzar nuevos acuerdos fiscales con las CC.AA. (algunas de ellas representadas por gobiernos regionales socialistas) que incluían la financiación sanitaria bajo un único sistema de financiación, y que generalizaba la transferencia de las competencias sanitarias a la responsabilidad regional de cada uno de ellas.

El alcance y rapidez de la transferencia fue primero una sorpresa, porque la anterior descentralización (de siete CC.AA. históricas que suponía ya el 60% del gasto total) fue argumentado por parte de algunos como elemento erosionador de la cohesión social. Esta opinión fue incluso mantenida por algunas corporaciones centrales en una reciente publicación española del Consejo Económico y Social (2001). La rapidez de la implementación ha sido una sorpresa por lo demás, ya que se ha realizado en ausencia de una regulación básica central de planificación y coordinación sanitaria. Ello es importante ya que no es trivial el hecho de que en España 10 CC.AA. tengan menos de dos millones de habitantes.

Una interpretación política de los hechos es que los gobernantes piensan que la atención sanitaria es difícil de controlar en manos públicas (por las quejas de usuarios, listas de espera, las demandas incesantes de financiación adicional, la resistencia al cambio administrativo, etc.), siendo esta descentralización el primer escalón hacia la privatización. Adicionalmente, para limitar la responsabilización de la financiación central, la descentralización algunos creen puede ser un buen sistema para que la administración

central pueda proteger sus fondos mientras centrifuga los costes políticos (insuficientes prestaciones) hacia las regiones.

Hay algunas contradicciones, sin embargo, en esta interpretación, puesto que el partido conservador se gobierna en un buen número de CC.AA.– Madrid, Galicia, Castilla León y Cantabria – y existe, por lo demás, tan sólo una evidencia anecdótica para apoyar la opinión de que el Partido Popular favorece la privatización de los servicios públicos y su financiación.

Otras interpretaciones apuntarían a que resulta en todo caso muy complejo gestionar un sistema sanitario residual (una vez realizadas las transferencias a las CC.AA. más importantes) para el 40% de la población, con grandes diferencias en el gasto INSALUD en las distintas administraciones regionales (dada la sobre financiación que ha recibido la Comunidad de Madrid como eje central de la sanidad no transferida).

Una consideración más podría ser que la extensión de la devolución de responsabilidades financieras a todas las CC.AA. no es sino un camino para debilitar la búsqueda para un poder diferencial para las CC.AA. con mayor arraigo nacionalista (Cataluña, País Vasco y Galicia) a favor del trato uniforme y simétrico, también llamado “café para todos”.

El nuevo acuerdo fiscal

Algunos rasgos claves de los nuevos acuerdos se resumen a continuación:

1. En primer lugar, el sistema de financiación sanitario se incluyó en los acuerdos de financiación general de las CC.AA. Hasta este momento, la financiación de la sanidad se negociaba en el marco de las relaciones entre el Ministro de Sanidad y sus correspondientes Ministros Regionales. Dada la importancia de los presupuestos del sistema sanitario (alrededor del 40% del gasto regional), los resultados de estos acuerdos podían seriamente afectar la financiación regional. Ahora dicho acuerdo resulta de la negociación primero entre los Ministros de Economía primero a escala estatal y autonómica, y segundo, al nivel regional interno de las CC.AA. Los parlamentos regionales ahora tienen más poder de decisión en cuestiones de política sanitaria.
2. El ‘suelo’ mínimo de lo que deba de representar el gasto sanitario autonómico se estima como el mínimo total procedente de (i) el coste efectivo en el momento de la transferencia, o (ii) la cuantía resultante de la participación de la Comunidad en el total del gasto financiado por los fondos centrales sobre la base de la población (al 75%), estructura etaria (al 24,5%) y un factor de insularidad (para Baleares y las Islas Canarias, al 0,5%). El gobierno central se compromete durante tres años a mantener la financiación del momento inicial de los traspasos, incrementada según el crecimiento del PIB en términos nominales y a coste de los factores. Se establece como criterio de nivelación (para sanidad y educación) el que una Comunidad ve incrementada su población protegida (ponderada en función de la edad) entre un año y el siguiente, en términos porcentuales, tres puntos por encima de la media estatal. Previo examen de las razones que han llevado a dicho crecimiento diferencial el Gobierno establecerá medidas al respecto. Sin embargo, más allá de dichos ‘suelos’,

se destapa definitivamente el ‘techo’ con la financiación adicional que las CC.AA. apliquen desde sus propios presupuestos.

3. Desde el año 2002, los ingresos públicos generales para financiar todos los servicios de las CC.AA. (no tan sólo sanidad) proceden de la participación en la recaudación por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (cifras recaudadas en la Comunidad, al 33%), por el Impuesto sobre el Valor Añadido, IVA (al 35%, en este caso como imputación estimada según porcentaje del consumo, respecto de la recaudación estatal), Impuestos sobre la Gasolina, Tabaco y Alcohol (40%), y en un 100% sobre los ingresos generados en la Comunidad en algunos impuestos menores (registro de coches, tasa de energía, impuesto sobre sucesiones y donaciones, transmisiones patrimoniales, y sobre los juegos de azar, ...). En principio, cada fuente de ingresos mencionada, incluyendo las posibles transferencias centrales de garantía, se computa a efectos de garantizar el nivel básico necesario (en sanidad, estimado tal como señalábamos en (i), y en educación, ambos en términos capitativos) que deberá ser cubierto en todo caso. Las diferencias en capacidades de gasto pueden por tanto producirse en la medida en que aumente la participación de la Comunidad en la recaudación estatal, ya sea en razón de la evolución de los porcentajes a través de los que se imputa la recaudación regional, o al incremento en tipos donde sea que ello es posible: básicamente en el impuesto sobre la renta personal (+/- 20%), y en el de gasolinas (la CA de Madrid ha introducido ya un pequeño recargo de medio euro para financiar su plan de calidad, y la propia Administración central elevó con anterioridad el impuesto para financiar algo mejor la sanidad transferida).
4. El Fondo de suficiencia, configurado como mecanismo de nivelación, parte de las ‘necesidades de gasto’ (entendidas como nivel inicial de financiación), actualizadas por la recaudación de los ingresos tributarios en manos del Estado (no cedidos). Las diferencias entre lo recaudado por el nuevo sistema y la suficiencia ‘normada’ de la manera indicada, habrán de ser sufragadas centralmente. Estos fondos quedan condicionados para su afectación a la financiación del gasto sanitario autonómico (los ‘suelos’ antes comentados) y durante los tres primeros años, sea cual sea la evolución de la presión fiscal, no serán inferiores a la cifra inicial (1999), incrementada según la tasa de incremento del PIB nominal. Sobre lo que pueda ser la evolución de la recaudación por la cesta de impuestos conviene recordar que hasta el día de hoy, la observancia de un cierto patrón de convergencia regional se deriva de crecimientos relativos más elevados en renta precisamente para aquellas CC.AA. que partían de unos niveles relativos inferiores (regiones pobres). Además, todo apunta a que en el pasado reciente, los incrementos de la financiación general por la vía de la participación fiscal han resultado más elevados que los montos dedicados en su conjunto a la financiación específica para el gasto sanitario. De hecho, las salvaguardas establecidas en la financiación general, pensadas inicialmente para las CC.AA. más pobres han venido a beneficiar a algunas de las más ricas. Recuérdese en cuanto a proyección recaudatoria, que sólo en el IRPF y en los cedidos la financiación se vincula a la cuotas liquidadas, mientras que en el resto de imposición sobre el consumo se trata de imputaciones sobre la base de alícuotas en consumo. (Es sabido en este sentido que para una comunidad rica el % que representa la recaudación sobre la renta fiscal se suele situar por encima del % sobre el Valor añadido bruto regional,

éste por encima del % de consumo y éste por encima del % que representa su población). Por el momento, se calcula en casi 2 mil millones más de euros el coste de la financiación que ha impuesto el nuevo acuerdo.

5. El Fondo de Cohesión y otras asignaciones específicas. A efectos de preservar que el gasto sanitario converja, evitando una ‘excesiva’ desviación en el gasto sanitario per cápita entre CC.AA., (debido por ejemplo a una mayor tasa de inmigración legal), tres puntos por debajo del promedio español, se propone un fondo de cohesión de naturaleza aún insuficientemente definida (en parte postulado también para compensar saldos en los flujos de pacientes desplazados). Para ello, la Administración central propone crear un sistema de información homogéneo y utilizar los DRG (*Diagnosis Related Groups*) para tarificar los desplazados según complejidad. Por lo demás, algunas regiones parecen estar preparadas para coordinarse para evitar estos ajustes compensatorios de intervención central, como, por ejemplo, en el caso la región sanitaria central (Madrid y ambas Castillas). Existen finalmente dudas acerca de cómo la Administración central compensará por las nuevas regulaciones estatales o por el coste de las políticas que al suponer nuevas prestaciones (nuevos medicamentos reembolsados, autorizaciones centrales nueva tecnología sanitaria, ampliación del catálogo de derechos asistenciales ...) afectan los gastos regionales. Sin compensación expresa, la aceptación regional de dichas políticas resulta sin duda menos probable.

El futuro inmediato

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 CC.AA. que integran el Estado. Pese a que algunas CC.AA., las históricas en general 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, ha venido a remover buena parte del *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 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 ‘cluster’ 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 (y así de combinación público-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 modo tan frágil como la experimentada en nuestro país (con mucha rapidez –poco menos que seis meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales conocidos (aún pendientes algunas de dichas normativas: de coordinación, de desarrollo de normativa básica, de modificación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, 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 éste uno de nuestros pilares del Estado de bienestar.

Ante ello se deberá pronunciar la Administración Central del Estado, ya que la coordinación de las políticas sanitarias en los nuevos contextos de descentralización fiscal, es la clave del nuevo rol del Ministerio de Sanidad².

Las políticas que favorezcan la coordinación puede que no sea la tarea única del Gobierno, ya que una interpretación extensiva de las prestaciones de la Seguridad Social al conjunto de la asistencia sanitaria (como se pretende con la prestación farmacéutica) remitiría al punto 17 y no 16 del art. 149 de la Constitución española, remitiendo así su desarrollo a lo que se puede entender competencia exclusiva del Estado. Si así fuera, el desarrollo de normativa básica no requeriría tanto procedimientos horizontales sino normativos substantivos. Sin embargo, no deja de resultar paradójico que los que se pronuncian abiertamente contra una generalización extensiva de las competencias sanitarias a las CC.AA. se refugien en un supuesto retorno a una sanidad prestación de seguridad social para recuperar 'ataduras' en el sistema sanitario. Y en esto curiosamente coinciden algunos partidos políticos desde ideologías diferentes, olvidándose del universalismo al que aspiró en su día la Ley General de Sanidad, aunque con flecos pendientes como el que ahora permite una reinterpretación centralizadora de los desarrollos autonómicos.

Sea el que sea el 'iter' constitucional finalmente seguido, nos centraremos aquí en lo que atañe en concreto a la cooperación 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 mínimos básicos y comunes*', que han de informar el sistema sanitario español; concreción insuficiente a efectos de lo que debemos finalmente entender por coordinación en el plano operativo: un terreno que admite diversas acepciones, entre el '*coordinar-se*' *entre iguales* y el '*ser coordinados*' *por un superior*, entre los acuerdos resultantes de un '*previo informe a*' y la exigencia del '*previo informe de*', entre el '*a propuesta de*' versus 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 CC.AA. 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 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 desde la Alta Dirección o Inspección del estado o del Ministerio con potestad reglamentaria);
- b) su desarrollo en el plano horizontal, fuera de la vía jerárquica y vertical (LGS art.73);

² 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.

- 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 coordinación, 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, y
- f) evitando divergencias ‘irrazonables y desproporcionadas’ (Sentencia del TC 37/1981)

En el contexto anterior, 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).

Así pues, queda claro que ‘coordinación’ no es uniformidad, aunque tampoco parece que pueda ser compatible con divergencias ‘no razonables’ o ‘desproporcionadas’

Ello nos remite al terreno de lo concreto: ¿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 para 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, posibilite que el servicio de destino (público o privado) facture al servicio (público) de origen?. ¿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, que no se le puede negar allá donde vaya, pero que si es de nivel superior en algún aspecto en destino que en origen, no le legitime a la plena gratuidad (respecto de una addenda que no ha ayudado a financiar) y el servicio de destino (público) facture al propio paciente?...?

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 si se desea la misma descentralización. El recurso a los modelos garantistas apela bastante al sentido común, pero hay que ser conscientes de que son muy complejos de implementar. Además, a menudo, garantizar es un poco ‘empezar a morir’.

Y una última observación. Como hemos señalado en otros trabajos (López-Casasnovas, 2001)³, España, al contrario de lo que algunos postulan, no es un Estado desigual en la financiación sanitaria pública per cápita. El punto de partida es más bien de una gran igualdad (coeficientes de variación en la financiación per cápita entre CC.AA. inferior a todos los países occidentales analizados (Francia, Italia, Reino Unido (e Inglaterra), Suecia, Alemania, Canadá y Australia) y muy bajos (en torno al 3%). 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)⁴ 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. Nótese en cualquier caso, que de acuerdo con nuestros resultados, importa distinguir lo que es financiación pública del gasto de lo que es el gasto sanitario público en sí mismo, en aquellos casos en los que pesa mucha la capacidad de los parlamentos federales de añadir financiación por su cuenta a los niveles de financiación procedentes de la federación. Claro está, sin embargo, que las lecturas de equidad territorial en uno y otro caso son distintas, ya que las aportaciones financieras propias de una comunidad derivadas de su esfuerzo fiscal adicional al realizado conjuntamente para la financiación común, y que 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 que prioriza entre diferentes partidas de gasto a igual esfuerzo fiscal.

Algunas recomendaciones ante las nuevas disyuntivas

Ante la cuestión de cómo debería de ser el foco del análisis para los que ud. considera los problemas más importantes de coordinación en materias de política de salud en nuestro país, todo apunta a que en el futuro el énfasis relativo para el Estado debería centrarse en materias de Salud pública. Para los servicios sanitarios, mayor énfasis relativo para las CC.AA. En este último caso, como instrumento de efectividad clínica y equidad, mayor repliegue en cuestiones internas regionales de estrategias de políticas de salud y menos en las interterritoriales, para las que el estado debe fijar ‘suelos’ y no ‘techos’.

Dado el hecho de que todo catálogo ofrece bases para o resulta de una determinada priorización de prestaciones, ¿debiera el Estado incidir adicionalmente en la priorización de los colectivos destinatarios? La respuesta es a nuestro criterio negativa. La atención a los grupos más frágiles destinatarios de las políticas equitativas de salud se debe modular por la

³ - ‘La Sanidad Catalana: Financiación y Gasto en el marco de las sociedades desarrolladas’. Fulls Econòmics, 16 Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2001.

⁴ - ‘Fiscal Federalism and Health Care Systems’. Blackwell Publishers, 2002.

vía de las prácticas clínicas (guías y similares) -en mayor medida dependientes en su implantación de las CC.AA.-, y no a través del catálogo de servicios estatales (generales).

Es obvio que la coordinación es reconocida y aceptada como necesaria, sin embargo, ¿dónde mejor ubicar los organismos para su definición y tutela: en Presidencia de Gobierno o Ministerio de AA.PP. en una estrategia más general de coordinación sectorial y/o territorial para garantizar las intersecciones relevantes (educación, transporte, sanidad, agricultura...), o mantenerse en los Ministerios específicos de referencia inmediata en cuanto a instrumentos de intervención (de Sanidad y Consumo en nuestro caso)?. A falta de un esquema institucional definido alternativo para contemplar el conjunto de políticas sectoriales que inciden en la equidad del sistema y en la eficiente utilización de los servicios, mejor mantener la competencia específica del MSC, sobre todo para mejor garantía de las tutelas en materia de salud pública (a menudo pariente pobre, que es de interés de todos y a su vez de nadie). En cuanto a su posible configuración jurídica concreta (Dirección Gral., OO.AA., Ente público o Agencia -dependiente del Consejo Interterritorial, o como agencia independiente participada por las distintas CC.AA., es difícil ofrecer una recomendación concreta. En la organización jurídica no parece estar situado el problema, sino en la composición del órgano y el procedimiento adoptado para la toma de decisiones.

Dado lo anterior, los contenidos de la coordinación cuanto más similares sean a los que en terrenos similares sugiere/establece para el mundo occidental la OCDE, pongamos por caso en materia de recursos y utilización, la UE (por ejemplo en materia de tarjeta sanitaria) o a nivel interno, organismos funcionales como el INE (definición separada de la gestión de la información), mejor. Transparentados los objetivos, sugeridos los procedimientos para su mejor cumplimiento, respetando en la medida posible el interés de las propias CC.AA. en la mancomunización de los servicios o su realización con autonomía (para aquellas CC.AA. con capacidad de gestión), más allá de los aspectos básicos, mejor.

En cuanto a si la coordinación estatal debería de implicarse con sus propios recursos en la materialización de los distintos Informes sobre la evolución de nuestro SNS, parece que términos de efectividad y equidad, la ‘auditoría de seguimiento y cumplimiento’ mejor concertarla con sociedades científicas. No hay ventajas relativas en las tecno-estructuras políticas de una unidad de coordinación. El tejido de fundaciones e iniciativas sociales debería tener una mayor presencia frente al ‘dirigismo’ administrativo central. Ello podría remitir las tareas básicas de las unidades centrales o de una supuesta Agencia general de coordinación, a las tareas de ordenar información (o encargar su producción más que autogenerarla) y, sobre todo, diseminarla para que su recepción se visualice como un resultado útil para el conjunto de las CC.AA. Para ello, no parece adecuado separar la información sobre la eficiencia y la información sobre la equidad del sistema sanitario. Se trataría mejor de agrupar bajo el objetivo común de la efectividad de las políticas de salud ambos aspectos, perdiendo foco en aspectos institucionales o segmentados de cuidados asistenciales, y ganándolo en el estudio, en mayor medida, en las estrategias de coordinación e integración asistenciales (medios) y resultados (*outcomes* de salud y satisfacción de usuarios).

ANEXO

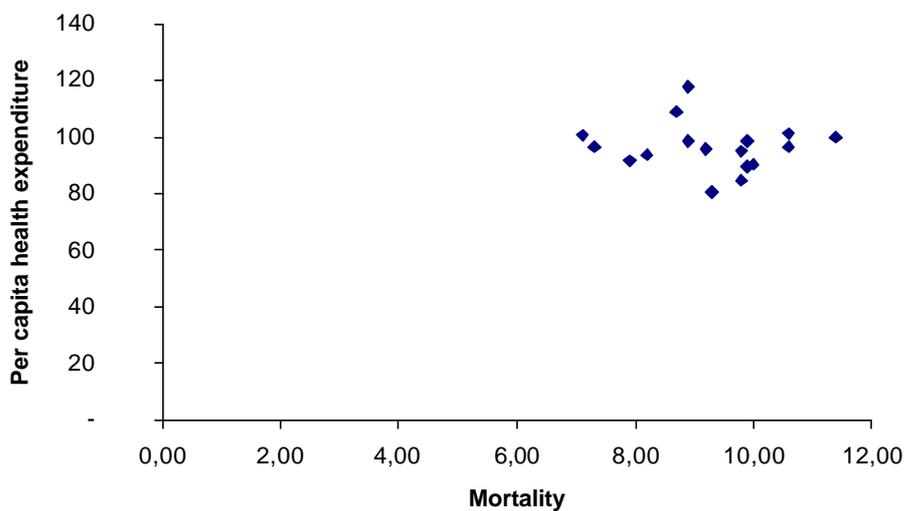
CUADRO 1

	<u>– Coeficiente de variación ponderado por población en</u>	<u>En gasto sanitario público) y en renta per cápita</u>
• Estado	Coef. var (GSpúbpc)	Coef.var (Rentapc)
• Australia	0,056245992	0,07716817
• Alemania	0,143079048	0,233900136
• Canadá	0,080830943	0,126293752
• Francia	0,125511933	0,277026573
• Italia	0,089808538	0,268621807
• Suecia	0,087837144	0,109060605
• Inglaterra	0,143562389	nd.
• España	0,021105161	0,163707875
• UK	0,15182091	0,092255009

CUADRO 2: Participación del gasto sanitario en la renta 1999 POR CC.AA.

CC.AA.	% Gasto sanitario total/PIB
Aragón	7,5%
Asturias	10,2%
Baleares	4,5%
Cantabria	8,9%
C. La Mancha	9,3%
C y León	8,2%
Extremadura	10,7%
La Rioja	6,0%
Madrid	6,0%
Murcia	8,8%
Andalucía	10,5%
Canarias	8,2%
Cataluña	6,5%
Galicia	9,6%
Navarra	6,5%
País Vasco	6,8%
C. Valenciana	7,7%

GRAFICO 1: Gasto sanitario público Regional per cápita y Tasas de mortalidad regional estandarizadas. (1996)



Cuadro 3: FINANCIACION AUTONOMICA 1999.

	FINANCIACION PER CAPITA*	Idem (SNS=100)
ANDALUCÍA	101.927	99,04
CANARIAS	100.460	97,61
CATALUÑA	108.214	105,14
C. VALENCIANA	102.814	99,90
GALICIA	104.160	101,20
GESTIÓN TRANSFERIDA***	104.034	101,08
GESTIÓN NO TRANSFERIDA	101.350	98,47
S.N.S.***	102.920	100
COEF. DE VARIACIÓN****	0,0285	

* En pesetas. Calculada a partir de la población residente en el 1 de julio de 1998 (INE).

** En pesetas. Calculada a partir del índice regional de paridad de poder adquisitivo del año 1998 (Institut d'Estadística de Catalunya).

*** Excepto País Vasco y Navarra.

**** CC.AA con gestión transferida (excepto País Vasco y Navarra).

CUADRO 3: Gasto per cápita: incrementos anuales y coeficientes de variación.

Gasto per cápita	Incrementos anuales (%)		
	91-99	91-95	96-99
España	76,9	45,7	14,3
Andalucía	81,2	46,0	20,5
Cataluña	84,9	47,0	20,4
País Vasco	84,6	47,8	17,2
INSALUD-GD	69,3	35,6	16,7
	Rango (min- max)		
	91-99	91-95	96-99
Coficiente de variación	0,020- 0,039	0,020- 0,031	0,031- 0,039

Fuente: Elaboración propia a partir de datos presupuestarios del Insalud (Ministerio de Sanidad, Datos y Cifras, 1999).

Cuadro 4: GASTO PUBLICO per capita EN SANIDAD POR CCAA (Gasto liquidado INSALU CCAA))

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Aragón	84.272 Pts	86.643 Pts	84.792 Pts	93.315 Pts	101.034 Pts	102.748 Pts	110.872 Pts
Asturias	83.370 Pts	90.076 Pts	87.489 Pts	97.408 Pts	104.150 Pts	105.389 Pts	112.204 Pts
Baleares	65.867 Pts	66.895 Pts	67.760 Pts	76.688 Pts	81.485 Pts	83.670 Pts	91.924 Pts
Canarias	72.131 Pts	77.443 Pts	93.357 Pts	-	-	-	-
Cantabria	78.881 Pts	90.178 Pts	84.717 Pts	95.359 Pts	96.705 Pts	106.136 Pts	112.741 Pts
C. La Mancha	74.885 Pts	80.464 Pts	80.058 Pts	89.078 Pts	97.434 Pts	98.137 Pts	104.234 Pts
C y León	71.460 Pts	74.960 Pts	74.179 Pts	83.020 Pts	88.820 Pts	92.432 Pts	97.603 Pts
Extremadura	74.291 Pts	80.766 Pts	76.846 Pts	87.176 Pts	96.669 Pts	98.564 Pts	104.247 Pts
La Rioja	76.369 Pts	81.180 Pts	81.116 Pts	90.476 Pts	89.567 Pts	97.167 Pts	102.512 Pts
Madrid	85.519 Pts	88.905 Pts	90.719 Pts	95.483 Pts	99.416 Pts	98.684 Pts	104.527 Pts
Murcia	72.383 Pts	75.177 Pts	71.105 Pts	82.576 Pts	91.549 Pts	94.347 Pts	99.058 Pts
Ceuta	56.842 Pts	72.285 Pts	75.582 Pts	85.661 Pts	86.224 Pts	94.377 Pts	97.279 Pts
Melilla	80.242 Pts	82.643 Pts	78.154 Pts	87.748 Pts	89.394 Pts	100.034 Pts	106.950 Pts
Gestión Directa	75.116 Pts	80.586 Pts	80.452 Pts	88.666 Pts	93.537 Pts	97.641 Pts	103.679 Pts
Andalucía	78.950 Pts	82.276 Pts	88.131 Pts	89.415 Pts	94.242 Pts	101.015 Pts	103.495 Pts
Canarias	-	-	76.792 Pts	87.329 Pts	92.840 Pts	93.259 Pts	106.605 Pts
Cataluña	78.760 Pts	86.031 Pts	89.707 Pts	91.012 Pts	96.630 Pts	101.386 Pts	105.336 Pts
Galicia	67.622 Pts	74.102 Pts	79.175 Pts	88.853 Pts	97.472 Pts	102.421 Pts	109.439 Pts
Navarra	93.148 Pts	102.848 Pts	103.615 Pts	107.994 Pts	114.162 Pts	121.808 Pts	124.028 Pts
País Vasco	85.338 Pts	93.401 Pts	94.753 Pts	101.785 Pts	109.022 Pts	113.516 Pts	123.274 Pts
C. Valenciana	73.520 Pts	78.272 Pts	80.150 Pts	82.490 Pts	94.944 Pts	91.549 Pts	98.782 Pts
Gestión Transferida	79.556 Pts	86.155 Pts	87.475 Pts	92.697 Pts	99.902 Pts	103.565 Pts	110.137 Pts
Total Gasto Publico en sanidad de CCAA	76.518 Pts	82.344 Pts	82.910 Pts	90.151 Pts	95.882 Pts	99.823 Pts	106.058 Pts

Fuente: Lopez G, Costa J, and Planas I (2002, mimeo pendiente de publicación) Equity-efficiency trade-offs and the performance of the Spanish System (NHS)

Fuente: - Gasto, a partir de "Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público 1991-1996" y "Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público 1997-1998" (Nota: no incluye el gasto sanitario local). Cifras de población extraídas de las Proyecciones del INE 1991-2001 de acuerdo con crecimiento anual equivalente

**CUADRO 5: Participación del Gasto sanitario público en el PIB por
CC.AA. 1995-1999**

	1995	1996	1997	1998	1999
Aragón	4,67%	4,73%	4,54%	4,72%	4,67%
Asturias	5,83%	6,01%	5,67%	5,76%	5,84%
Baleares	3,60%	3,65%	3,53%	3,68%	3,63%
Cantabria	5,57%	5,35%	5,57%	5,50%	5,48%
C. La Mancha	3,40%	3,58%	3,51%	3,58%	3,62%
C y León	4,68%	4,78%	4,79%	4,81%	4,85%
Extremadura	7,27%	7,57%	7,47%	7,48%	7,54%
La Rioja	4,51%	4,19%	4,25%	4,25%	4,24%
Madrid	4,00%	3,95%	3,69%	3,66%	3,61%
Murcia	5,46%	5,79%	5,64%	5,68%	5,73%
Gestión Directa (media)	4,90%	4,96%	4,87%	4,91%	4,92%
Andalucía	6,57%	6,61%	6,77%	6,61%	6,54%
Canarias	5,14%	5,17%	4,89%	5,21%	4,93%
Cataluña	4,05%	4,05%	4,03%	3,98%	4,03%
Galicia	5,92%	6,15%	6,13%	6,24%	6,24%
Navarra	4,52%	4,51%	4,57%	4,42%	4,44%
País Vasco	4,65%	4,77%	4,65%	4,65%	4,64%
C. Valenciana	4,75%	5,22%	4,78%	4,87%	4,95%
Gestión Transferida (media)	5,09%	5,21%	5,12%	5,14%	5,11%