

**Una propuesta alternativa
para la Coordinación del Sistema
Nacional de Salud español**

Javier Rey del Castillo

Documento de trabajo 9/2003



Javier Rey del Castillo

Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Cardiología, ha ejercido como especialista en los Hospitales Clínico de Madrid y La Paz entre 1973 y 1983.

Desde septiembre de 1983 como Médico Inspector de la Seguridad Social ha desempeñado diversos cargos en la Administración central, entre ellos el de Secretario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) entre 1991 y 1996. Actualmente es Vocal Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo y Secretario de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida desde su constitución en 1997.

Ejerce una labor docente en universidades e Institutos y Escuelas de Salud y actividades de cooperación con países de América Latina sobre organización de servicios sanitarios y descentralización.

Autor de diversas publicaciones en materia de administración sanitaria, así como de ponencias y comunicaciones en congresos de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, de las Sociedades Españolas de Epidemiología, de Economía de la Salud, de Hospitales, y de la International Association of Health Policy (Europe).

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Javier Rey del Castillo

ISBN: 84-96204-09-X

Depósito Legal: M-20223-2003

Contenido

Resumen Ejecutivo	5
1 Introducción	7
2 La protección sanitaria como parte del Estado de Bienestar, y sus peculiaridades en condiciones de descentralización	9
3 Criterios generales y de experiencia comparada para la organización de servicios sanitarios descentralizados	11
3.1 Aspectos políticos	11
3.2 Aspectos económicos	13
3.3 Análisis comparado	13
4 La descentralización de servicios sanitarios desde el punto de vista español	15
4.1 Aspectos políticos	15
4.2 Aspectos económicos	16
4.3 Aspectos constitucionales generales	16
4.4 Algunos aspectos cualitativos específicos	19
5 La situación actual del ejercicio de las competencias sanitarias y la utilización de una ley como vía para resolver los problemas de coordinación	23
5.1 Situación actual	23
5.2 La utilidad de una norma sobre la coordinación sanitaria	24
6 Una ¿nueva? versión de la coordinación sanitaria: la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	26
7 Una alternativa para la coordinación en el Sistema Nacional de Salud	31
7.1 La orientación general del Acuerdo	32
7.2 El sentido político del Acuerdo y la iniciativa para su desarrollo	33
7.3 Contenidos generales del Acuerdo	34
7.4 Algunos aspectos concretos del Acuerdo	35
7.5 Participantes y forma de elaborar el Acuerdo	39
7.7 Incentivos para el Acuerdo	39
Bibliografía	41

Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español

Javier Rey del Castillo

Ex Secretario del Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud

Los **servicios sanitarios** son una parte importante del Estado de Bienestar y son un **instrumento importante de cohesión social**. Como servicio público universal ha tenido y tiene lugar a nivel de los Estados y no a otros niveles regionales o subcentrales de gobierno. Eso hace que su organización deba tener determinadas peculiaridades de adaptación en países de organización política descentralizada.

Aunque el sistema sanitario de cada país tiene características propias, algunos aspectos comunes a todos los sistemas sanitarios descentralizados incluyen:

- a) Un **funcionamiento coordinado de los sistemas** a nivel de Estado de modo que, aunque las autoridades de nivel regional o local gestionen los servicios territoriales, el conjunto de ellos funciona como un sistema integrado. Esto les proporciona diferentes ventajas, y sobre todo es la **base de la universalidad y la equidad de la protección sanitaria con independencia de las desigualdades económicas y sanitarias que puedan existir entre territorios distintos de un mismo país**.
- b) El mantenimiento de la coordinación requiere de la intervención estatal, en especial como garantía y control de la universalidad y equidad mencionadas.

El proceso de descentralización sanitaria en España culminó en diciembre de 2001 con el traspaso de la responsabilidad de la gestión de los servicios sanitarios a diez CC AA, y coincidió con la integración de la financiación sanitaria en un nuevo sistema de financiación autonómica. En el desarrollo simultáneo de ambos procesos hay razones para considerar que el cierre del proceso de descentralización sanitaria ha ocupado un lugar subordinado al establecimiento de este sistema de financiación autonómica general, entre cuyos objetivos principales se encuentra el de reducir, hasta eliminar casi por completo, la responsabilidad de la Administración General del Estado en determinadas

políticas de gasto, entre ellas, el sanitario, a la vez que se traspasa casi totalmente (en términos cuantitativos) la responsabilidad fiscal de los servicios que gestionan a las CC AA. Un aspecto importante de ese desarrollo ha sido la coincidencia de estos planteamientos de los dos partidos mayoritarios a nivel estatal.

La actual situación se caracteriza por una definición ambigua de las responsabilidades y competencias de las Administraciones central y autonómicas en relación con los servicios sanitarios. Esa definición se ha ido deslizando, sin acuerdo legal expreso para ello, hacia el incremento del papel autonómico en la organización y gestión de los servicios sanitarios, a la vez que se reducía el papel central (en especial el del Ministerio de Sanidad), incluso en funciones de coordinación que tenía legalmente fijadas. Una segunda característica es la falta de definición de los instrumentos de coordinación adecuados y necesarios para intervenir en una situación de descentralización completa de la gestión de los servicios públicos sanitarios. Un último aspecto es la reducción, hasta casi su desaparición, de la participación estatal en la financiación de los servicios sanitarios en general, y de instrumentos financieros específicos para intervenir en el mantenimiento de la universalidad y equidad de la protección sanitaria.

Ante esa situación se ha diseñado una norma legal como solución para la coordinación del sistema sanitario: la **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, recientemente aprobada con el apoyo casi unánime de la Cámara, con la sola excepción de Coalición Canaria.**

Frente a esta Ley, que previsiblemente comenzará a demostrar su ineficacia para resolver los problemas de la coordinación sanitaria en España en breve plazo, **se propone un Acuerdo Nacional de Salud.** Éste, igual que se ha hecho en otros ámbitos de la protección social, como es el caso de las pensiones, debería establecer las bases para garantizar el mantenimiento y la equidad de la protección sanitaria vinculada a la condición de ciudadanía del Estado, así como su sostenibilidad financiera en condiciones de descentralización.

El Acuerdo debería definir también el **papel a desempeñar por las distintas Administraciones públicas** en la gestión sanitaria y prever la constitución de órganos de coordinación sobre bases distintas respecto a los existentes hasta ahora. Debería asimismo incluir un aumento concreto de la **aportación de la Administración General del Estado a la financiación sanitaria**, vinculando el mismo al control de la eficiencia del gasto y una **profundización en la información pública** (*accountability*) de la utilización de los recursos económicos proporcionados al sistema sanitario. Sólo algunas de estas materias deberían traducirse posteriormente en una nueva norma que cambie la situación legal existente, mientras que otras, en las que es necesario el acuerdo, no requieren ni tienen posible traducción legal posterior.

1. Introducción

La elaboración de una propuesta sobre la coordinación sanitaria no precisa de muchas explicaciones. El mismo hecho de que se esté tramitando un proyecto de ley presentado por el Gobierno sobre esta cuestión –que es el último de una serie de proyectos previos promovidos tanto desde el propio Gobierno como desde la oposición– exime de mayores justificaciones sobre su actualidad. La culminación del proceso de traspaso de las responsabilidades sanitarias a las CC AA en diciembre de 2001 ha creado una situación inédita, en la que la universalidad y la equidad de la protección sanitaria en nuestro país pueden ser puestas en cuestión si no se adoptan nuevas medidas para garantizar el funcionamiento integrado del sistema sanitario, ahora con gestión descentralizada.

La rapidez con la que se ha tramitado el proyecto de Ley –ahora llamada “de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”– más reciente ha dejado también su huella en este trabajo. Éste había sido concebido inicialmente como una valoración teórica y práctica de los aspectos más sustanciales para mantener un funcionamiento integrado de un sistema sanitario público en una situación de gestión descentralizada. Valoración que, tras analizar los aspectos teóricos de esta cuestión, tanto desde el punto de vista político como económico, así como las experiencias de otros países y la situación española, debería concluir con la propuesta de diseño de unos órganos de coordinación sanitaria para nuestro país que permitieran superar la precariedad de los que actualmente existen, la cual puede terminar por poner en peligro las condiciones demandadas de universalidad y equidad con que teóricamente se ofrece la protección sanitaria a todos los ciudadanos.

El proyecto de Ley que se está tramitando se presentó en el Congreso en los primeros días del mes de diciembre y ha sido discutido con una gran rapidez, de manera que la votación del texto por el Congreso –con el apoyo de todos los grupos políticos, con la excepción de Coalición Canaria, tras un proceso de aprobación de numerosas enmiendas presentadas por los grupos de oposición que carece de precedentes conocidos en nuestra vida parlamentaria– tuvo lugar el 12 de marzo.

El desarrollo del trabajo, que de forma no prevista ha tenido que ser necesariamente paralelo al de la tramitación parlamentaria del proyecto de Ley, se ha tenido que ir adaptando a las nuevas realidades surgidas como consecuencia de esa tramitación. Así los aspectos teóricos del trabajo han tenido que ser combinados en todo caso con el análisis del texto del proyecto presentado y con las posiciones adoptadas por los diferentes grupos políticos. El texto de una norma que puede estar en vigor en un plazo muy breve (parece

que se quiere imprimir la misma rapidez a su paso por el Senado) se ha convertido en una referencia obligada para considerar si son o no necesarias otras propuestas sobre la coordinación sanitaria.

Ese proceso de análisis combinado de cuestiones teóricas y nuevas referencias de la realidad sanitaria tiene su expresión en el diseño del trabajo: los primeros apartados del mismo, se dedican sucesivamente a la consideración de la protección sanitaria como parte del Estado de Bienestar y sus peculiaridades en condiciones de descentralización (capítulo 2); los criterios generales y experiencia comparada en la organización de sistemas sanitarios descentralizados (capítulo 3); y las peculiaridades de la descentralización de los servicios sanitarios en España (capítulo 4).

La valoración de una Ley como vía de solución de los problemas de la coordinación sanitaria en España supone en primer lugar una consideración teórica de la cuestión, que se realiza en el capítulo 5 del trabajo.

En el capítulo 6 se analiza la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud recientemente aprobada por el Congreso, que aún está pendiente de su paso por el Senado, en donde no es previsible que se introduzcan modificaciones sustanciales en el texto.

Por último, en el capítulo 7 del trabajo se formula una propuesta alternativa para promover criterios y mecanismos eficaces de coordinación en nuestro sistema sanitario, consistente en promover un Acuerdo Nacional de Salud. Se describen su orientación general, sentido político y contenidos más generales, referidos a los principios fundamentales que debe mantener el sistema sanitario público, y también al papel que deben cumplir las diferentes administraciones públicas, conforme a una interpretación explícita y común de las competencias sanitarias. También se perfilan algunos aspectos concretos del Acuerdo, tales como las propuestas para integrar en un régimen único de protección sanitaria a toda la población española, y otras relacionadas con la financiación; y también las fórmulas para constituir desde nuevas premisas instrumentos eficaces de coordinación que permitan superar los problemas ahora existentes. Las propuestas se cierran con la referencia a quiénes deberían participar en la suscripción de un acuerdo de ese carácter y qué forma podría adoptar el Acuerdo, así como a los incentivos que podrían justificar el interés de distintos suscriptores potenciales del Acuerdo para promover su adopción.

2. La protección sanitaria como parte del Estado de Bienestar, y sus peculiaridades en condiciones de descentralización

La protección sanitaria forma parte principal de los instrumentos de cohesión social de los que se han dotado las sociedades desarrolladas y constituye –junto con los sistemas de pensiones, la protección del desempleo y los servicios educativos– el núcleo fundamental del Estado de Bienestar de la mayoría de los países desarrollados.

La característica peculiar de los servicios sanitarios es que contribuyen a la disminución de las desigualdades sociales y a la cohesión, no mediante prestaciones económicas, sino a través de su propia prestación. Además, desde un punto de vista económico, los servicios sanitarios, como otras partes del Estado de Bienestar, constituyen un instrumento de estabilidad, mediante mecanismos distintos. Por una parte, se garantiza un nivel de demanda de bienes y servicios de distinta naturaleza que está en la base del desarrollo de sectores productivos muy pujantes, de los que la industria farmacéutica puede ser un buen ejemplo (Rey, 2001 b) y, por otra, proporciona posibilidades de empleo a amplios grupos de población, que ha de ser una mano de obra cualificada, la cual, a su vez, posibilita que se promueva el desarrollo y la innovación.

La prestación de los servicios sanitarios así concebidos ha dado lugar a dos formas fundamentales de organización, conocidas como “Sistemas de Seguridad Social” y “Servicios Nacionales de Salud”. Ambas formas de organización se diferencian por el título mediante el que se accede a la protección sanitaria, la fuente de la financiación de los servicios y la forma en que se presta la atención. Los resultados de uno y otro tipo de modelos son diferentes en términos de eficacia, eficiencia, equidad y grado de satisfacción de la población con los servicios prestados (Rey, 2000).

En condiciones de descentralización política de los Estados, las consecuencias de la descentralización sobre la organización de los servicios sanitarios son diferentes en una y otra clase de sistemas. La repercusión es más directa en los Servicios Nacionales de Salud, cuya organización está en relación directa con la organización política de los Estados, que en los Sistemas de Seguridad Social, organizados habitualmente por “Cajas de Seguro” según ramas de producción, que son independientes de la organización del Estado, aunque puedan tener un desarrollo paralelo a éste.

El sistema sanitario español está constituido como un Servicio Nacional de Salud, que, sin embargo, tiene su origen en un sistema de Seguridad Social. Tras la descentralización política que ha tenido lugar en España son discutibles las condiciones que pueden permitir mantener su caracterización como Servicio Nacional de Salud y, de hecho, esta denominación se sustituyó ya en la Ley General de Sanidad, de 1986, por la de “Sistema” Nacional de Salud.

3. Criterios generales y experiencia comparada en la organización de sistemas sanitarios descentralizados

3.1 Aspectos políticos

Desde el punto de vista político hay diferentes cuestiones que afectan a la constitución de los servicios sanitarios en países descentralizados. Entre ellas deben incluirse:

- La reducción del papel de los Estados derivada del proceso de “globalización” (Estes, 2002). Conforme a esta tendencia, el papel de los Estados tiende a reducirse frente al de las organizaciones de nivel supranacional y el de las regiones o entidades de nivel inferior al estatal en el cumplimiento de las funciones que se les atribuían normalmente, entre ellas el desarrollo de las políticas económicas principales y el mantenimiento de los diferentes sistemas de protección social.
- La puesta en cuestión de la capacidad del Estado para seguir manteniendo sus posibilidades de actuación preferente en esos campos se ha puesto en relación con el aumento de la movilidad de los capitales, que resulta imposible de controlar con los sistemas estatales de que se dispone en este momento. Esta movilidad descontrolada socavaría de manera sustancial la capacidad fiscal de los Estados, sobre la que se sustenta su capacidad de actuar en los campos citados y pondría en cuestión la sostenibilidad de los sistemas de protección social tal como estaban concebidos hasta ahora.
- Por algunos autores (Castles, 2002; Navarro, 2002) se ha puesto en cuestión que esa pérdida de capacidad fiscal se esté produciendo en la realidad. Sin embargo, esas posiciones contradictorias, sustentadas en análisis de los datos económicos de distintos países, no han conseguido cambiar la imagen dominante de la pérdida de poder y de capacidad económica de las entidades de nivel estatal.
- A pesar de esa tendencia descrita a la pérdida de poder de los Estados en el terreno de la protección social, en organizaciones supranacionales, como la Unión Europea, no se han planteado hasta ahora políticas activas para homologar la protección sanitaria en

el ámbito supraestatal¹. Los modelos nacionales, constituidos con arreglo a sus propias peculiaridades de origen y organización, seguirán siendo en el futuro previsible las bases fundamentales de la protección sanitaria. En consecuencia, no cabe esperar la homologación de sistemas regionales diferentes dentro de un mismo país como consecuencia de procesos supranacionales de homologación e integración de los sistemas sanitarios correspondientes. Por el contrario, el predominio de unos u otros modelos nacionales en una posible tendencia a su homologación en el futuro es previsible que dependa de su grado de integración y funcionamiento homogéneo a nivel estatal².

- En ese contexto la cesión de la responsabilidad de la organización y la financiación de los servicios sanitarios desde niveles estatales a niveles regionales o subcentrales de responsabilidad política –que carecen en muchos casos de capacidad fiscal para sostener de manera autónoma los servicios sanitarios– pueden suponer una forma encubierta de reducir el ámbito de la cobertura sanitaria y de inducir la aportación de financiación privada para el sostenimiento de los sistemas sanitarios.

Políticas de este carácter han sido ya promovidas en otros ámbitos de los Estados de bienestar en países desarrollados (Caminal, 2002, pag. 151). Lo mismo se ha señalado para el caso concreto de los servicios sanitarios en países en desarrollo (Collins, 1994).

Por otra parte, estas políticas son congruentes con las promovidas desde instituciones como el Banco Mundial (Abassi, 1999, a, b y c; Armada, 2001; Stott, 1999), el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio (Pollock, 2000; Price, 1999) para los servicios sanitarios, en el contexto de sus propuestas más generales para la reducción de los Estados de Bienestar, considerados como una rémora para la competitividad en la nueva situación de “globalización”.

¹ Cuestiones como la creación de una “tarjeta sanitaria europea” (Gómez, 2003) no suponen poner en común las políticas sanitarias, sino sólo facilitar con un documento más simple que los que ya existen los trámites necesarios para que un ciudadano de la Unión reciba atención sanitaria en un país distinto al propio. La atención se mantiene, en cuanto a su contenido y extensión, en los mismos términos en que estén recogidos en los acuerdos existentes entre países, normalmente con carácter bilateral, y en el ámbito de los regímenes de Seguridad Social respectivos, de los que forma parte la prestación sanitaria.

² Sin embargo, por algunos autores (Busse, 2003) se han comenzado a analizar las consecuencias sobre los servicios sanitarios, que en los países europeos están basados en valores de solidaridad y protección social aplicados a nivel estatal, de que las políticas de la Unión Europea se orienten principalmente a conseguir la adaptación de los países que la integran a las reglas del mercado, y a fomentar la libertad de circulación de personas, mercancías y servicios. El traslado automático de estos valores y criterios a los servicios sanitarios provocaría la crisis de los sistemas de protección sanitaria tal como están concebidos, en especial los de los países con modelos de Servicios Nacionales de Salud. Algunas decisiones de los Tribunales europeos han provocado ya situaciones contradictorias. Antes de que estas situaciones se extiendan, se propugnan políticas activas desde la Unión Europea, que perfilen los mecanismos y límites de adaptación de esos dos mundos distintos.

- Pese a todo, y sin considerar esos efectos potenciales al menos de manera explícita, políticas de “devolución” (una forma específica de descentralización política) de las responsabilidades se están promoviendo en diferentes países desarrollados, como Italia (Fattore, 2001; France, 2001; Taroni, 2000, 2001) o el Reino Unido (Jervis, 2000, 2001; Owen, 2001; Pollock, 1999; Woods, 2002). Estas reformas se están produciendo a la vez que otros países, como Suecia (Whitehead, 1997) o Finlandia (Koivusalo, 1999) –que disponen de un amplio desarrollo de sus Estados de Bienestar, y de sistemas sanitarios descentralizados (a nivel local) desde su origen– se están planteando aumentar el grado de implicación de sus gobiernos centrales para mantener la universalidad y equidad de sus sistemas sanitarios respectivos.

3.2 Aspectos económicos

La parte de la teoría económica que analiza la organización y financiación de los servicios públicos en condiciones de descentralización es el “federalismo fiscal” (Molero, 2002). De estos análisis, que están desarrollados sólo de manera limitada, no cabe deducir una receta expresa para la organización de los servicios sanitarios en las condiciones citadas. En todo caso, sí cabe deducir una recomendación de carácter general para esa organización, que consistiría en mantener un cierto grado de implicación estatal o federal en la organización y financiación de los servicios sanitarios públicos, que, además de cumplir funciones de provisión de los servicios sanitarios y otras relacionadas con la estabilidad económica de los sistemas correspondientes, desempeñan un papel relevante de redistribución personal y cohesión social a través de la propia protección sanitaria (Calonge, 1998). El papel de los servicios sanitarios en este sentido tiene que ver fundamentalmente con el mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad de la protección.

3.3 Análisis comparado

Desde el punto de vista de la experiencia comparada cabe obtener también algunas conclusiones importantes (Rey, 2002 b):

- En el origen de la protección sanitaria universal en diferentes países, la acumulación de riesgos y capital necesarios para permitir el acceso a la protección sanitaria a toda la población ha tenido lugar a nivel estatal y no a otros niveles subcentrales de organización.
- La implicación estatal en el establecimiento y la organización de la protección sanitaria en países descentralizados constituye un instrumento de cohesión social relevante, y sus formas concretas de cobertura y organización proporcionan un elemento principal de diferenciación nacional frente a otros Estados (Rey, 1998 a; Taylor, 1998, 1999).

- La implicación estatal en los países de estructura sanitaria descentralizada se realiza a través de mecanismos diversos, que ponen de relieve, en todo caso, el interés del Gobierno federal o central en disponer de una política sanitaria propia, como instrumento global de cohesión.
- Entre esos mecanismos, los de carácter legal y político, incluso los establecidos en las normas constitucionales, no son en general suficientes para hacer posible el papel federal o central en el mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad del sistema sanitario correspondiente. Por el contrario, el factor más importante para hacer posible la garantía de esas condiciones es la implicación económica del nivel central del gobierno en el sistema de financiación, condicionando una parte del mismo al mantenimiento de las condiciones expresadas por las regiones o niveles de gobiernos que realicen la gestión de los servicios sanitarios.
- La amplitud de los servicios cubiertos bajo el sistema público de protección sanitaria es mayor en los casos en los que la universalidad de la protección sanitaria fue anterior a la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios que en los casos en que se llegó a un acuerdo federal de universalización. Las economías de escala son el mecanismo adecuado para ampliar el ámbito de la protección, pero las medidas para aplicarlas pueden resultar contradictorias con los intereses de las entidades descentralizadas que lleven a cabo la gestión de los servicios sanitarios. Estas contradicciones potenciales están probablemente en la raíz de las situaciones que dan pie a la afirmación de que es más amplio el ámbito de la protección sanitaria si tuvo lugar antes su universalización que su descentralización.
- La experiencia de diversos países sugiere que la coordinación entre servicios sanitarios de nivel regional o equivalente para hacer efectivo el mantenimiento de una protección sanitaria universal y homogénea requiere de una estructura federal o central fuerte, dotada de mecanismos adecuados, fundamentalmente de carácter económico, de intervención.
- Otro instrumento esencial para el mantenimiento de la universalidad y la equidad en sistemas sanitarios descentralizados es la existencia de un sistema adecuado de información, sin la cual es imposible mantener un grado adecuado de funcionamiento coordinado de cualquier sistema sanitario, menos aún en condiciones de descentralización.

4. La descentralización de servicios sanitarios desde el punto de vista español

4.1 Aspectos políticos

Desde el punto de vista político la descentralización sanitaria española hay que enmarcarla en el proceso de descentralización política general que ha dado lugar al Estado de las autonomías. De este proceso político cabe destacar que se trata de un proceso cuyos límites no están cerrados y que ha seguido un camino de descentralización, y no de federación, cuyo sentido condiciona las actitudes de las entidades que han participado en tal proceso.

Un segundo aspecto a considerar es que el desarrollo y destino final del Estado autonómico no han sido motivo de acuerdo entre las entidades y fuerzas políticas que han participado en el proceso, con lo que caben interpretaciones distintas, e incluso contradictorias, acerca de la perspectiva de futuro del sistema (Fernández, 2002; Juliá, 2003).

El sentido del proceso hacia la descentralización ha permitido, y probablemente también potenciado, que las interpretaciones distintas sobre el diseño de futuro de la organización del Estado y el papel que deban desempeñar en él las Comunidades Autónomas haya sido más favorable a la ampliación de las capacidades y papel a desempeñar por éstas (Argullol, 2002) que a cualquier propuesta que encierre cierto grado de centralización o intervención central en el ejercicio de los poderes y el funcionamiento de los servicios públicos.

El “sesgo autonómico” en el ejercicio de las competencias públicas se ha extendido desde el ámbito de ciertos “hechos diferenciales” a cualquier otro ámbito de gestión, sin que existan evidencias teóricas o comparadas que permitan afirmar las ventajas de la gestión autónoma de determinadas competencias sobre el mantenimiento de formas de organización que garanticen la coordinación de los servicios públicos y hagan posible cierto grado de intervención central en la gestión (Ovejero, 2002). Por el contrario, son cada vez más comunes las advertencias acerca de la “voracidad” y las ansias de poder propias de las élites locales para utilizar ese poder en provecho propio, tanto en España (Alvarez Junco, 2002) como en otros países (Edwards, 2003; Navarro, 2002).

Algunas propuestas de evolución del Estado autonómico vienen insistiendo en que el principal problema de futuro que debe afrontar la organización del Estado es la integración en él de identidades nacionales diferentes (Fossas, 1999; Requejo, 1995, 2002). Para estas posiciones, la gestión de cualquier bien o servicio público es un instrumento más de diferenciación e identificación, a pesar de que en ciertos casos, como el de los servicios sanitarios, no haya una demostración fehaciente del valor de los servicios sanitarios como instrumentos de identificación regional o “nacional”, sino que las haya más bien, como se ha mencionado antes, de que pueden contribuir a la diferenciación y cohesión estatal frente a otros Estados.

4.2 Aspectos económicos

Desde el punto de vista económico, algunos estudios realizados sobre las bases teóricas del federalismo fiscal han considerado que el proceso de descentralización del gasto público en España ha ido más allá de lo que debiera haber ido si se hubieran observado ciertas prescripciones teóricas. Las diferencias, por exceso de descentralización en la realidad sobre lo que prescribiría la teoría, son especialmente importantes por incluir entre las funciones afectadas algunas de las que contribuyen al diseño del Estado de Bienestar, de manera destacada los servicios sanitarios (Braña, 1997: 199).

Es importante también valorar la evolución de las posiciones mantenidas por algunos de los economistas que más han influido en el diseño del sistema de financiación autonómica y sanitaria. Desde posiciones que reconocían la necesidad de mantener un cierto grado de participación estatal en la financiación sanitaria para mantener la universalidad y la equidad del Sistema (López Casanovas, 1999: 128) se ha pasado a justificar y promover un sistema de financiación autonómica y sanitaria que supone, en la práctica, hacer desaparecer esa forma de participación y constituir a los servicios sanitarios en instrumentos al servicio de la identidad regional (López Casanovas, 2001).

4.3 Aspectos constitucionales generales

El desarrollo postconstitucional del sistema sanitario español no ha sido una prioridad para ningún gobierno de la democracia (Navarro, 1995), por lo que cabe poner en duda que exista una vinculación entre el desarrollo democrático y el de la protección sanitaria universal a los ojos de la población. La constitución del sistema sanitario universal y descentralizado se ha hecho sobre la base del sistema sanitario de la Seguridad Social existente, y la transformación más importante que han tenido los servicios sanitarios desde la Constitución es la descentralización de la responsabilidad de su gestión.

Las características que se consideran más importantes del proceso de descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España de cara al mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria son las siguientes:

Una base constitucional “abigarrada”. La protección sanitaria no tiene un tratamiento unívoco en la Constitución española, sino que a ella hacen referencia dos títulos diferentes, el de “Sanidad e Higiene” (que se refería originalmente a la “Salud Pública”), y el de “Seguridad Social”, este último el ámbito en el que se encontraba incluida la asistencia sanitaria cuando se aprobó la Constitución. Una y otra materias han seguido caminos y ritmos independientes para su descentralización, hasta completarla con el traspaso de las competencias en asistencia sanitaria a diez CC AA en diciembre de 2001.

Un proceso sin un modelo final definido. Ni siquiera la Ley General de Sanidad, de 1986, llevó a cabo un diseño acabado del sistema sanitario español en condiciones de descentralización completa. La ausencia de ese diseño incluye la falta de definición de los instrumentos y formas de coordinación en tal situación.

“Deslizamiento” en la interpretación de las competencias sanitarias a lo largo del proceso de descentralización. Ese “deslizamiento” ha supuesto en la práctica que las competencias en asistencia sanitaria, que se consideraban incluidas en el ámbito competencial de la Seguridad Social, han pasado a ser consideradas como incluidas en el campo de la “Sanidad e Higiene”.

Este cambio de título competencial, que resulta controvertido desde el punto de vista teórico (Mercader, 2001; Tornos, 2001; Vaquer, 2001), se ha basado en la evolución de la financiación de la asistencia sanitaria, que ha pasado de ser financiada mayoritariamente de manera contributiva con cargo a cotizaciones sociales a serlo de manera exclusiva por impuestos generales.

Cuando se propone de manera teórica la estimación de ese cambio de título por la razón indicada, se excluyen de la consideración otros aspectos del régimen de Seguridad Social bajo el que se efectuó la distribución de competencias entre el Estado y las CC AA, entre ellos la extensión universal del régimen de protección así definido, bajo la garantía del Estado, y los mecanismos solidarios, con la intervención del propio Estado, de su financiación y su gestión.

Sin embargo, esos otros aspectos, en relación con las prestaciones económicas, han sido determinantes para justificar decisiones políticas importantes, como las que llevaron a la ruptura del pacto para el gobierno en el País Vasco entre el PSOE y el PNV (Eguiagaray, 2002), dado que el primero no ha estado hasta ahora nunca dispuesto a romper la “caja única” de la Seguridad Social; a la vez que la negativa al traspaso del sistema de pensiones al País Vasco es la cuestión de mayor relieve suscitada por el PNV para aducir que el Estatuto de Autonomía vasco no está desarrollado “al completo”.

Desde un punto de vista estrictamente económico, la cuantía del gasto conjunto en servicios sanitarios alcanza un volumen casi tan importante como el de las prestaciones económicas de la Seguridad Social (en el gasto liquidado del año 2001, el porcentaje de la asistencia sanitaria sobre el total del gasto del sistema de Seguridad Social, sin contar la participación correspondiente en los gastos comunes, fue del 30,81%. Si la comparación se hace sólo con las prestaciones económicas, el porcentaje sube al 47,53%).

En esas condiciones, para explicar la escasa resistencia opuesta al traspaso completo de la responsabilidad sanitaria a las CC AA, al revés de lo ocurrido con las prestaciones económicas, hay que recurrir a razones distintas a las de universalidad e importancia económica características del sistema de Seguridad Social, que son iguales en el caso de las prestaciones sanitarias. Habría que pensar más bien en otras razones, como el hecho de que las prestaciones económicas se gestionan por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, bajo la tutela del Ministerio de Trabajo, mientras que las prestaciones sanitarias, aunque desde el punto de vista económico siguen siendo controladas, incluso en la actualidad, por la Tesorería General de la Seguridad Social, se han gestionado desde 1978 de manera independiente por el Instituto Nacional de la Salud, cuyos servicios son los que se han traspasado a las CC AA al hacer la transferencia de la asistencia sanitaria. Esa separación de entidades gestoras ha conferido ventajas en la gestión económica al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a las que se alude más adelante, que han podido influir en la práctica en el criterio funcional (aún sin traducción legal expresa) adoptado respecto al mantenimiento o la exclusión de las prestaciones sanitarias del ámbito de la Seguridad Social.

El efecto más importante de ese “deslizamiento” es precisamente que el cambio de título competencial supone un cambio en las posibilidades de intervención de unas y otras Administraciones en la financiación y la gestión de los servicios sanitarios, y, como consecuencia, en las posibilidades e instrumentos de coordinación al servicio del mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad del sistema de protección sanitaria. Esas posibilidades son más restringidas en el ámbito de la “Sanidad e Higiene”, una competencia “exclusiva” de las CC AA que excluye la posibilidad de intervención directa de la Administración General del Estado, tanto en su organización y funcionamiento como en su financiación (Rey, 2001 a).

El deslizamiento en la interpretación de los títulos competenciales ha sido acorde con la **relajación estatal mantenida en materia de coordinación**. Esta “relajación” se ha mantenido tanto desde un punto de vista teórico como práctico (Rey, 2001 a). En el primero de esos aspectos se ha aceptado por todos los gobiernos de la democracia, tanto los del Partido Socialista como los del Partido Popular, que las limitaciones del ejercicio de la coordinación en Salud Pública, definidas en la Ley General de Sanidad, eran también aplicables al ámbito de la asistencia sanitaria, con independencia de que ésta se encontrara incluida en un título competencial, el de la Seguridad Social, diferente.

Desde el punto de vista práctico se han desarrollado de manera escasa e incompleta los instrumentos de coordinación bajo la responsabilidad de la Administración General del Estado, entre ellos de manera destacada el Consejo Interterritorial (Rey, 1998 b; 2002 c) y los sistemas de información (Blanco, 2002).

Esa actitud supone una rémora evidente para reclamar la intervención de la Administración General del Estado como instrumento y garantía de las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria (Rodríguez, 2002).

4.4 Algunos aspectos cualitativos específicos

Desde el punto de vista cualitativo se destacan tres aspectos del proceso de descentralización sanitaria que ha tenido lugar en el Estado autonómico español:

- En primer lugar, su subordinación a la descentralización fiscal como objetivo político más amplio al servicio del equilibrio presupuestario como instrumento de política macroeconómica, en detrimento de la consideración de los efectos de la descentralización sobre las condiciones universales y equitativas de la prestación sanitaria.

El análisis de la evolución del sistema de financiación sanitaria proporciona argumentos diferentes para esta consideración. Estos argumentos se han hecho especialmente evidentes en la fase final del proceso de traspasos de la asistencia sanitaria a las CC AA. La aceptación de esos traspasos en las condiciones en que eran ofrecidos, sin posibilidad de ninguna otra discusión, se convirtió en requisito indispensable, introducido a última hora en las leyes de financiación autonómica, para la aplicación del nuevo sistema de financiación, que ofrecía otras ventajas económicas generales, a las CC AA que estaban pendientes de esos traspasos (Rey, 2002 a). Los traspasos sanitarios, considerados de esa forma, han supuesto más la justificación necesaria para ceder un amplio panel de tributos a las CC AA que una forma de contribuir a la mejora de su gestión.

Los efectos más destacados del nuevo sistema de financiación autonómica desde el punto de vista sanitario han sido (Freire, 2003), de un lado, la inclusión de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general, lo que rompe la situación de un sistema de financiación específico y diferenciado que estaba vigente desde la Constitución; y, de otro, la “liberación” de la Administración General del Estado de las responsabilidades de la financiación y la gestión de los servicios sanitarios, siquiera del mantenimiento de las condiciones y principios más generales de la prestación. Este último supone una contribución a los objetivos macroeconómicos mencionados, una vez que sus balances han desaparecido de las cuentas de la Administración General del Estado.

Que en ese proceso lo de menos era la mejora de los servicios sanitarios acercando su gestión a la población lo demuestra que la aprobación del nuevo sistema de financiación autonómica y sanitaria ha sido simultáneo y complementario de la aprobación de una Ley de Estabilidad Presupuestaria que limita la posibilidad de endeudamiento de las CC AA, restringiendo de esta forma las disponibilidades presupuestarias por parte de aquéllas que podrían ser necesarias para introducir mejoras en la protección sanitaria.

- En segundo lugar, que se ha dado una amplia coincidencia entre los dos partidos políticos mayoritarios a nivel estatal en la valoración preferente de los servicios sanitarios por su importancia económica antes que como instrumentos destacados de solidaridad e integración social (Rey, 2002 a).

La mejor expresión reciente de esa coincidencia ha sido el acuerdo entre ambos partidos para aprobar, en lo que se refiere a sus características generales y a la financiación sanitaria, el sistema de financiación autonómica en vigor, cuyas características y efectos más importantes se han destacado en el apartado anterior.

De esta situación se destaca que supone un cambio de posición por parte del Partido Socialista respecto a lo que ha venido siendo la posición habitual de los partidos socialdemócratas respecto a los servicios públicos sanitarios (Navarro, 2000; Westert, 1999), cuya creación, con las condiciones de universalidad y equidad en el acceso a las que se viene haciendo referencia, fue iniciativa de estos partidos, aunque su mantenimiento, probablemente por su popularidad entre la población, no fuera puesto en cuestión por los gobiernos conservadores que los siguieron en cada caso.

En la última década, el consenso entre partidos se ha trasladado a un terreno que es propio de la iniciativa de los partidos conservadores, poniendo el acento en la “mejora de la gestión” de los servicios, y la “racionalización” (*rationing*, traducible más bien como recorte o “racionamiento”) de las prestaciones sanitarias, así como en la “libertad de elección”. Diferentes partidos de orientación socialdemócrata han hecho suyas políticas de ese corte (Rey, 2000), aduciendo que se trata de garantizar con ellas la sostenibilidad económica de los servicios y su aceptación por parte de las clases medias, que es necesaria también para mantener su carácter universal.

Tales posiciones no excluyen que lo que quepa esperar de los partidos socialdemócratas respecto a los servicios sanitarios, en especial cuando se dan circunstancias que pueden poner en cuestión las condiciones de universalidad y equidad de la prestación, como es el caso de los procesos de descentralización, es que pongan el acento en las medidas necesarias para mantener esas condiciones por parte del sistema público de protección sanitaria. Y no, por el contrario, en los aspectos y efectos macroeconómicos de ésta, o en el desarrollo de “nuevas formas de gestión” (Dean, 2003), cuyos efectos sobre la satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios y la eficiencia de éstos

resultan cuando menos dudosos, a la luz de los análisis realizados tanto en España como en otros países (Le Grand, 1998).

Por otra parte, las iniciativas para mantener esas condiciones por parte de los partidos de orientación socialdemócrata deben partir del ámbito federal de éstos. Por el contrario, no cabe esperar por el momento que iniciativas de ese carácter puedan partir del ámbito regional de esos partidos, que se han hecho cargo de la gestión de esos servicios a nivel regional o aspiran a hacerlo en el futuro, y cuya responsabilidad es dar cuenta de la gestión de los servicios efectuada ante su propia población, pero no responder de la cohesión del conjunto del sistema sanitario, de la cual debería ser responsable otro nivel, federal o central, de actuación.

- Un último aspecto es el papel contradictorio que ha representado para los servicios sanitarios en España su vinculación original al sistema de Seguridad Social. Aunque esa vinculación constituye la base competencial para una intervención más directa de la Administración General del Estado en la organización, funcionamiento y financiación de los servicios sanitarios y en el desarrollo de instrumentos de coordinación que incluyan todos esos aspectos, la vinculación al sistema de Seguridad Social ha tenido otros efectos contradictorios para la protección sanitaria.

Dos aspectos que ejemplifican bien esos efectos negativos son la financiación sanitaria, mientras se ha mantenido como un sistema específico vinculado a la caja única de la Seguridad Social, y la definición del ámbito personal de esta prestación.

En el primero de esos aspectos cabe señalar que las necesidades de liquidez del sistema para hacer efectivo el pago de las pensiones se ha puesto por encima de las obligaciones de pago del sistema sanitario, retrasando los libramientos para hacer efectivos los segundos cuando ha sido necesario para hacer efectivo el pago de las primeras. Estas prácticas han supuesto problemas importantes para el funcionamiento adecuado del sistema de financiación sanitaria específico, y están en relación con el endeudamiento del sistema sanitario, también el de las CC AA, cuya situación actual es difícil de cuantificar, contribuyendo con ello a la dificultad de definir el grado de suficiencia financiera del sistema de financiación recientemente aprobado.

En cuanto al segundo aspecto, desde los ámbitos de responsabilidad de la Seguridad Social, vinculados al Ministerio de Trabajo, se ha insistido en mantener las bases de datos de población con derecho a la protección sanitaria, que en el caso de la Seguridad Social tiene una vinculación al régimen laboral de cada persona, mientras que en el caso sanitario está vinculado, conforme a lo establecido en el artículo 43.1 de la Constitución española y el artículo 1 de la Ley General de Sanidad, a la condición de ciudadanía. Esta interferencia, extendida a la emisión de tarjetas para acreditar el derecho a la protección sanitaria desde uno u otro ámbito, ha impedido hasta ahora establecer una definición precisa del ámbito de personas con derecho a la protección sanitaria; lo que tiene efectos

en muchos campos, incluido el de la distribución y el cálculo de la financiación sanitaria, basado en el tamaño y las características de cada población.

Estas condiciones hacen preciso que de cara al futuro, incluso si, como se propone en este trabajo, se reconoce el mantenimiento de la asistencia sanitaria en el ámbito general no contributivo de la Seguridad Social y se derivan las consecuencias correspondientes de ello, deba promoverse un ámbito de financiación específico, su manejo desde el Ministerio responsable de la prestación sanitaria, y la creación de una base de datos propia que recoja de manera específica y personal a la totalidad de las personas con derecho a esta protección.

5. La situación actual del ejercicio de las competencias sanitarias y la utilización de una ley como vía para resolver los problemas de la coordinación

5.1 Situación actual

La utilización de una ley como vía de solución de cualquier problema de la vida colectiva debe tener en cuenta las circunstancias sociales del ámbito en que va a ser aplicada, que condicionan su utilidad y aplicabilidad como vía de solución. En el caso de la coordinación sanitaria en España se destacan algunas de esas circunstancias:

- En primer lugar, con respecto al “deslizamiento” en la interpretación de las competencias sanitarias que se ha mencionado antes, esa evolución en la interpretación no ha afectado sólo a los contenidos legales más estrictos de éstas, sino también a la forma de aplicar los preceptos. Esta aplicación ha propiciado una interpretación expansiva de las competencias autonómicas en materia sanitaria, frente a una restricción en el ejercicio de las competencias propias por parte de la Administración General del Estado, que se ha descrito ya en el apartado anterior.

Ese deslizamiento práctico en el ejercicio de las competencias de unas y otras Administraciones no se ha producido sólo de manera pasiva, sino siguiendo los pasos del ejercicio de esas competencias por parte de determinadas Comunidades Autónomas, las dotadas de un mayor sentido de identidad territorial, que han marcado el desarrollo práctico del proceso de descentralización (Navarro Castillo, 1996).

De resultas de esa evolución, en el Sistema Sanitario español no existen en la práctica instancias ni mecanismos capaces de garantizar y obligar la utilización de unas reglas comunes en el Sistema Sanitario, y los mecanismos de hecho existentes para aplicar ciertas reglas comunes pasan por lograr el acuerdo para ellas por parte de las Comunidades Autónomas, incluso en terrenos en los que, con arreglo a la distribución de competencias en las materias sanitarias, podría preverse otra forma de aplicación y control.

- Otro aspecto a considerar es que, una vez finalizado el proceso de descentralización, y como resultado de los mecanismos de coordinación sanitaria y financiera aplicados, son observables diferencias significativas entre Comunidades Autónomas en la dotación de recursos sanitarios y su utilización frente a unas mismas necesidades sanitarias (González, 2001), lo que deriva en diferentes niveles de calidad de la atención.

Otras diferencias afectan a la capacidad fiscal de las Comunidades Autónomas (Urbanos, 2002) y a los factores determinantes del incremento del gasto sanitario (Cantarero, 2002). De estas situaciones se derivan niveles distintos de suficiencia financiera para afrontar el sostenimiento de los sistemas sanitarios por parte de diferentes Comunidades Autónomas en un futuro próximo. Por lo que, de no introducirse mecanismos correctores de esta situación, son también previsibles diferencias significativas en la capacidad de mantener la prestación y en la cobertura real de ésta, tanto desde el punto de vista de la población cubierta como en la extensión y calidad de la prestación.

- Las diferencias en la aplicación práctica de las competencias sanitarias y las existentes en cuanto a dotación y disponibilidad de recursos sanitarios y económicos derivan en una interpretación limitativa del concepto de coordinación (Hernández, 1993) que, también desde el punto de vista teórico, se ha reducido en la práctica al concepto de “cooperación voluntaria” (Trías, 2002) y el establecimiento de formas de colaboración del mismo carácter, eliminando cualquier otra posibilidad de interpretación del concepto ligado a la existencia de mecanismos coactivos o de control. Estas diferencias en la consideración de lo que debe ser la coordinación son el reflejo de las que existen también entre CC AA en cuanto a la concepción de las formas de gestión (públicas o con mayor intervención de las fuerzas del mercado) más adecuadas para los servicios propios del Estado de Bienestar, y sobre la necesidad de establecer mayores o menores grados de homogeneidad territorial en las políticas públicas correspondientes, incluida la prestación sanitaria (Adelantado, 2002, a y b; Gallego, 2003).

5.2 La utilidad de una norma sobre la coordinación sanitaria

Como consecuencia de la situación descrita existe una imposibilidad real de establecer mediante una norma unos criterios y procedimientos de coordinación diferentes a la interpretación limitada del concepto que se ha mencionado en el apartado anterior.

Tal imposibilidad no deriva de las normas que rigen la distribución de competencias entre unas y otras administraciones sanitarias, sino de la forma en que se han interpretado y aplicado éstas.

Dictar desde la Administración General del Estado una norma que se saliera de esas características provocaría de inmediato el recurso de las Administraciones Autonómicas

que sostienen una interpretación diferente, y que han conseguido por la vía de los hechos una posición favorable correspondiente a esa interpretación. Lo que provocaría la inutilidad de la norma, al menos en el plazo más inmediato, que es precisamente aquél en el que es más necesario poner en marcha instrumentos de coordinación que eviten la desintegración del Sistema Sanitario en diecisiete sistemas distintos.

El desarrollo de una norma con rango de ley que resultase útil a los efectos de lograr un funcionamiento integrado y solidario del sistema de protección sanitaria, de manera que se garanticen la universalidad y la equidad de la protección, requeriría partir de un acuerdo general sobre las competencias sanitarias y su forma de aplicación, así como la utilización de mecanismos que permitieran incentivar la aceptación de una interpretación y un ejercicio diferente de las competencias sanitarias por parte de los partidos y administraciones que han sostenido hasta ahora posiciones contrarias. Esos mecanismos compensadores, que deberían ser motivo de acuerdo, no tienen cabida en un texto legal, por lo que el desarrollo de éste debería ser posterior al acuerdo y compromiso previo que debería alcanzarse, tanto sobre los aspectos legales como sobre los que no tienen cabida en una norma, acerca del diseño coordinado del sistema de protección sanitaria.

Otro aspecto a considerar es que el desarrollo en el momento actual de una norma, que tendría las limitaciones que se han señalado antes, respondería a los criterios que han sido desarrollados en la práctica por determinadas Comunidades Autónomas, sin que otras tuvieran oportunidad de manifestar sus propias posiciones al respecto. Estas posiciones no vienen condicionadas sólo por razones vinculadas a sentimientos de identidad o de otro carácter, sino también a la situación de cada territorio en cuanto a dotación de los recursos, capacidad de autonomía en la prestación de los servicios y grado de suficiencia financiera para mantener la cobertura sanitaria.

6. Una ¿nueva? versión de la coordinación sanitaria: la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Los argumentos por los que se puede poner en cuestión que una norma con rango de ley sea la solución más eficaz y adecuada para la solución de los problemas de coordinación de los que adolece el sistema sanitario español, a los que se ha hecho referencia en el capítulo anterior, no se han tenido en cuenta por los diferentes grupos políticos presentes en el Parlamento.

En el momento de redactarse estas líneas, un proyecto de Ley del Gobierno, denominado “de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” ha sido aprobado con el apoyo casi unánime del Congreso (la única excepción fue Coalición Canaria) y se encuentra pendiente del cierre de su tramitación por el Senado, que no es previsible que introduzca variaciones sustanciales en el texto. Si a esa última tramitación se le imprime la misma rapidez que se le ha dado en el Congreso, es previsible que la nueva norma esté en vigor antes del cierre de este curso parlamentario. En consecuencia, ese texto se ha convertido en una referencia necesaria para la valoración de los problemas de coordinación mencionados.

Desde el punto de vista del desarrollo temporal de la nueva Ley de Cohesión, lo primero que hay que resaltar es que desde que se consumó la finalización del traspaso de las competencias sanitarias y el cierre del nuevo sistema de financiación, todo ello en diciembre de 2001, se han sucedido diferentes proyectos de leyes sobre la coordinación sanitaria, desarrollados tanto desde el Gobierno como desde la oposición.

Aunque la Ley aprobada ahora supone una renovación formal casi completa con respecto a otros proyectos previos, que no llegaron a aprobarse, unos y otra tienen en común muchos aspectos sustantivos. La coincidencia principal es el enfoque con que se aborda la cuestión central de todos ellos, que es la forma en que deberá ejercerse a partir de ahora la coordinación en un Sistema Nacional de Salud, cuya gestión se ha descentralizado por completo, de una manera que no estaba prevista en la Ley General de Sanidad. Pese a tratarse de una situación nueva y no prevista, lo característico de la Ley, igual que de los proyectos previos, es que sus planteamientos generales con respecto a la coordinación no varían en nada sustancial respecto a las normas ya vigentes. Algunos análisis de la nueva Ley han coincidido en señalar que nada de lo previsto en ella necesitaba de una norma nueva para su desarrollo, sino que se podía haber desarrollado al amparo de la normativa anterior.

En ese enfoque escasamente innovador respecto a lo que ya existía han coincidido, incluso antes de que se produjese la aprobación del nuevo texto, tanto el Gobierno como el Partido Socialista (Rey, 2002 b), lo que constituye una característica añadida de la situación.

Otro aspecto común a la Ley y los textos previos es la escasa calidad técnica de su redacción. Si a ello se le añade la utilización de un régimen derogatorio genérico y poco preciso, uno de los resultados previsibles de su aplicación en el futuro será la dificultad de determinar las reglas concretas que resulten de aplicación en cada caso.

Si se pasa a un análisis más pormenorizado de la nueva Ley, destaca la coincidencia de determinados planteamientos concretos con la situación ya existente:

- Es así con respecto a la interpretación de la coordinación, como implicación de las CC AA en las tareas propias del Estado, sin ningún compromiso de contraprestación por parte de aquéllas. De hecho, el nuevo texto está plagado de referencias a las competencias y al papel de las CC AA en las acciones más diversas. Una situación que resulta paradójica si se considera que el texto debería ir dirigido precisamente a resolver los problemas planteados por la descentralización, pero coherente con la caracterización hecha desde algunos ámbitos de que el principal problema a resolver por la norma era el respeto, y hasta el refuerzo, de las competencias de las CC AA (Benito, 2002 a y b).
- Ocurre igual con la primacía del sistema de financiación establecido sobre cualquier otra consideración específica de la protección sanitaria. En este sentido, el artículo 10 de la nueva Ley ratifica que “las prestaciones sanitarias son responsabilidad financiera de las CC AA” y que “la suficiencia para la financiación de las prestaciones y garantías recogidas en esta ley viene determinada por los recursos asignados a las CC AA conforme a lo establecido” en las leyes que regulan la financiación. Algunas referencias en el mismo artículo a la posibilidad de incrementar la financiación para la introducción de nuevas prestaciones a través del llamado Fondo de Cohesión son genéricas y no cuantificadas, y su misma posibilidad se supedita a la aprobación de las aportaciones que pudieran plantearse para el desarrollo de actuaciones concretas por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, el órgano de coordinación de las políticas fiscales.

Este diseño confirma la subordinación de las decisiones sanitarias, aun las más específicas, a órganos ajenos a los encargados de desarrollar las políticas sanitarias, que carecen así de ninguna autonomía en su gestión. Con ello se impide también el uso de alguna parte de financiación condicionada como instrumento de coordinación, y de la mejora de la eficiencia del sistema sanitario público, que resulta clave para mantener su sostenibilidad financiera, una cuestión que se ha planteado recientemente en la reforma del sistema de financiación sanitaria en otros países descentralizados, de los que Canadá es el mejor ejemplo (Kirby, 2002; Romanow, 2002).

En dos aspectos concretos la nueva Ley supone la confirmación legal del deslizamiento producido en la interpretación de las competencias sanitarias, por la vía de incluir en el texto sólo una de las formas posibles de interpretación:

- Ese es el caso de la unificación de hecho de las competencias sanitarias bajo un título común, en la práctica el de la “sanidad e higiene”. La Ley General de la Seguridad Social constituye sólo una referencia genérica en el preámbulo del texto, que no se concreta en ningún otro lugar del mismo hacia el ejercicio de unas u otras competencias por las administraciones sanitarias. Las consecuencias de la ausencia de esa distinción sobre la coordinación en las distintas materias sanitarias se ha comentado ya en el apartado III.9 anterior.
- Lo mismo ocurre con la responsabilidad de la garantía del derecho a la protección de la salud. El “aseguramiento universal y público por parte del Estado” figura entre los “principios generales que informan la Ley” enumerados en su artículo 2. Sin embargo, esa afirmación contrasta con la atribución de la responsabilidad económica de la cobertura sanitaria a las CC AA a la que se ha aludido en el apartado anterior, más aún si a lo largo del texto no se incluye ninguna precisión sobre las formas de intervención en que podría concretarse la garantía del aseguramiento por parte del Estado. En su ausencia, cada Comunidad Autónoma. se ocupará de la cobertura sanitaria de su propia población, y sólo de ésta, excluyendo las acciones comunes que pudieran ser necesarias para garantizar la universalidad e igualdad de la protección, enunciados como meros principios sin traducción efectiva. Esa fragmentación efectiva de la responsabilidad de la cobertura sanitaria viene así a sumarse a la que ya existe de hecho por el mantenimiento de ciertos regímenes de protección sanitaria diferentes para determinados colectivos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), a lo que la nueva Ley tampoco hace referencia alguna.

Tampoco suponen un cambio valorable con respecto a la situación existente los aspectos de la Ley que se han aducido como razones para dar el apoyo al proyecto del Gobierno desde la oposición. Estas razones se refieren a tres grandes áreas (Benito, 2003; Rumí, 2003):

- a) El fortalecimiento de la naturaleza pública del Sistema Nacional de Salud.
- b) La ampliación del Fondo de Cohesión para garantizar la financiación de las prestaciones sanitarias y para que permita introducir entre sus fines objetivos de corrección y eliminación de desigualdades.
- c) Y, por último, la conversión del Consejo Interterritorial en el órgano de dirección y coordinación del Sistema.

El escaso valor de las referencias genéricas contenidas en el texto en cuanto al segundo de esos aspectos se ha comentado ya en un apartado previo. A esos comentarios hay que

añadirles que lo característico de una Ley debería ser el establecimiento de procedimientos precisos para resolver las diferencias de interpretación entre los distintos organismos a los que se prevé hacer intervenir en la financiación dirigida a los fines citados; algo que está ausente por completo de la Ley, cuya efectividad cara a ellos puede, en consecuencia, ponerse en cuestión.

Por su parte, el fortalecimiento de la naturaleza pública del Sistema se confía de manera exclusiva a un “principio general” contenido también en el artículo 2 del texto. La importancia del mantenimiento de los sistemas sanitarios europeos³ en el ámbito público para que conserven su carácter fundamental de servicios públicos e instrumentos de cohesión se ha puesto de relieve con algunas sentencias de los Tribunales europeos y de ciertos países (Pollock, 2003). Los peligros para los sistemas sanitarios públicos europeos que se derivan de la privatización de su gestión vienen también siendo puestos de relieve desde hace tiempo (The Lancet, 2000; Pollock, 2000; Price, 1999). Frente a esos riesgos, las declaraciones de principios sin una mayor precisión de los instrumentos a utilizar para corregir su vulneración se han demostrado poco efectivas: una declaración similar, o incluso más precisa, existía ya en la Ley 35/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, sin que su existencia, a falta de la delimitación de instrumentos y procedimientos de control, haya impedido la aparición de casos como el del Hospital de Alzira, en la Comunidad Valenciana, y la creación de “sociedades de atención primaria” en Cataluña, que incluso se pretenden extender (Montaner, 2003). Iniciativas semejantes podrían repetirse en otras CC AA., contribuyendo en la práctica a romper el principio establecido, sin que la Ley proporcione posibilidades concretas de corrección.

En cuanto a las modificaciones introducidas en la composición del Consejo Interterritorial, su valor es también escaso de cara a la aplicabilidad de sus “recomendaciones” (previstas siempre “por consenso”) en cualquier ámbito territorial. Para ello, sobre la base de la interpretación limitativa de las competencias del Estado a la que se ha aludido de manera repetida, seguirá siendo necesaria la decisión positiva de la autoridad autonómica correspondiente en cada caso. Ése es el problema principal que ha venido afectando al Consejo Interterritorial, y sin darle solución la capacidad de dirección de este órgano seguirá siendo puramente nominal. La creación de numerosas Agencias e Institutos destinados a participar en distintas actividades al servicio de la coordinación adolece del mismo defecto: la Ley introduce numerosos cambios en la denominación y configuración respecto de los que ya existen o deberían existir con arreglo a normas previas, pero no supone modificación alguna en la naturaleza de los mismos, su dependencia (que sigue siendo de la Administración General del Estado), su configuración, ni la previsión de su ubicación.

³ Puede verse a este respecto la sentencia del Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas, en el Asunto T-3109/99, que afecta a la demanda presentada por la Federación Española de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (Fenin) contra los servicios autonómicos de Salud. La sentencia es accesible en www.curia.eu.int/es/index.

Si el resultado de la Ley es una situación en la que “ha cambiado todo para que todo siga igual”, cabe preguntarse qué razones han podido llevar a los suscriptores del acuerdo casi unánime con la Ley a apoyarla.

Por parte del Ministerio de Sanidad, su actitud para lograr el acuerdo le llevó a aceptar un volumen inusitado de enmiendas de los grupos de oposición, que, sin embargo, no han llevado a una Ley que pueda resultar efectiva para los fines a los que teóricamente debería ir dirigida. Tal actitud sugiere que, más que el contenido de la Ley en sí misma, el Departamento ministerial podría estar interesado en lograr un acuerdo, cualquiera que fuese el contenido con el que pudiera lograrse. De hecho, los abundantes comentarios favorables recibidos por la aprobación de la Ley (Benito, 2003; El Global, 2003; El País, 2003 b) se han sustentado principalmente en la propia consecución del acuerdo, una situación inusual en tiempos caracterizados por un amplio grado de confrontación, que ha provocado una gran abundancia de recursos frente a otras leyes que incidían en las competencias autonómicas (El País, 2003 a y c) y que incluso provocó la renuncia del Gobierno al desarrollo de una Ley general de coordinación (Aizpeolea, 2002). La rentabilidad política deducible para quien ha logrado tan alto grado de acuerdo es indudable, al margen de la utilidad real de la norma promulgada.

Por su parte, las CC AA, con una ley de las características que se han comentado, se ven reforzadas en la posición alcanzada en el sistema sanitario, sin que por parte de nadie se ponga en cuestión tal situación. Además, con el texto de la Ley logran introducir las primeras referencias a la necesidad de aumentar la financiación sanitaria, sin que se comprometa con ello el establecimiento de ningún control añadido de la eficiencia de su gestión.

En cuanto al Partido Socialista, ha suplido la carencia de una política federal propia sobre los servicios públicos sanitarios con el apoyo a los intereses surgidos desde las CC AA en las que gobierna, a pesar de que quede claro no cabe identificar los intereses del Sistema Nacional de Salud con la suma de los intereses individuales de cada una de las CCAA. Una parte sustancial de éstos está centrada en la importancia de la aportación económica a la financiación autonómica que supone la asunción de las competencias en asistencia sanitaria, además de la contribución a la diferenciación regional que se puede deducir de su gestión.

Si se aceptan los diferentes elementos de este análisis, el resultado más probable de la entrada en vigor de la nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud es la continuación de los problemas que ya existen en él, que no serán resueltos por la norma: las desigualdades en la dotación sanitaria de las CC AA y, con ello, en el acceso a distintas facetas de la prestación y en la calidad de la misma; las diferencias en la capacidad fiscal de las CC AA para afrontar el sostenimiento de la protección sanitaria de su propia población; la tendencia a establecer diferencias en la extensión de la cobertura sanitaria y en la “portabilidad” real del derecho a la protección sanitaria; y la diversificación de las formas de gestión sin la garantía de la existencia de sistemas de información que permitan mantener los niveles de coordinación necesarios.

7. Una alternativa para la coordinación en el Sistema Nacional de Salud

Una primera redacción de este trabajo, llevada a cabo antes de que se produjera el debate del proyecto de Ley de Cohesión del Gobierno, cifraba la posibilidad de una alternativa para la coordinación en el Sistema Nacional de Salud en una primera fase en la ausencia de compromiso por parte de quien quisiera proponer esa alternativa con el texto del Gobierno.

Esa ausencia de compromiso, a falta de enmiendas a la totalidad del texto, debería traducirse al menos en no comprometer el apoyo al proyecto en un proceso de enmiendas parciales. Las limitaciones de las enmiendas parciales derivan de que estas no podrían modificar el sentido general ni las propuestas concretas de coordinación contenidas en el proyecto, todas las cuales se sustentan en una interpretación limitativa de las competencias sanitarias por parte de la Administración General del Estado, no sólo desde el punto de vista teórico, sino en la aplicación que se ha ido produciendo a lo largo del proceso de descentralización.

La realidad del debate posterior ha demostrado una situación por completo contradictoria con la primera parte de la propuesta alternativa que se formula en este trabajo, establecida en los términos mencionados: el Partido Socialista, que debería ser el promotor más natural de una propuesta alternativa con visos de aplicabilidad, se ha comprometido en un proceso de enmiendas parciales cuya amplia aceptación le ha llevado no sólo al apoyo al texto acordado, cuyas limitaciones se han analizado en el apartado anterior, sino a comprometerse a gobernar con él si en el futuro más próximo se produjera un cambio en la responsabilidad del Gobierno del Estado (Benito, 2003).

Sin embargo, junto con el apoyo al proyecto por parte del Partido Socialista, se han comenzado a manifestar algunas posiciones, aunque minoritarias, que, al igual que se hace en este trabajo y de manera expresa en el capítulo 6, han empezado a poner en cuestión la idoneidad de una norma, sin acuerdo previo sobre sus fundamentos, como vía más adecuada de solución de los problemas de integración y coordinación del Sistema Nacional de Salud (Arias, 2003). En la misma línea, promoviendo de manera más expresa una propuesta sucesiva que venga a resolver los problemas no resueltos y que no pueden serlo por una norma, el Consejero vasco de Sanidad se preguntaba (y contestaba de manera afirmativa) si “tiene sentido un pacto sanitario al estilo del alcanzado en su día sobre las pensiones” (Inclán, 2003).

Si esas consideraciones teóricas, junto con los problemas de coordinación previsibles en el futuro próximo si el proyecto de Ley se convierte en norma, son razones suficientes para plantear una alternativa a la coordinación del Sistema en los términos contenidos en este trabajo, y en qué momento cabría hacerlo así, es una cuestión que deberá ser resuelta por quienes pueden ser agentes de su promoción.

La propuesta alternativa que se propone en este trabajo es el desarrollo de un “Acuerdo Nacional de Salud”, sobre la organización y distribución de responsabilidades en el Sistema Sanitario Público, una vez completado el proceso de descentralización. Este acuerdo, cuya propuesta en términos más genéricos se hizo ya en otros trabajos previos (Rey, 2002 b y c), podría posteriormente ser desarrollado en una norma, pero también mediante otras actuaciones complementarias, entre otras la constitución de unos órganos de coordinación de forma distinta a los existentes ahora y lo previsto en las normas propuestas, y también a través de la definición de los principios básicos de constitución del Sistema Nacional de Salud.

Los pormenores de este acuerdo que se propone se exponen en los siguientes apartados.

7.1 La orientación general del Acuerdo

El Acuerdo que se propone debería centrarse en la ratificación de la protección sanitaria pública, universal y equitativa como instrumento prioritario de cohesión social general, vinculado a la condición de ciudadanía del Estado, al que, conforme a ese criterio, correspondería la garantía última de su mantenimiento y sostenibilidad financiera.

La definición de los valores fundamentales que sustentan el sistema de protección sanitaria en un país es, como se ha demostrado en otros países, de los que Canadá es el mejor ejemplo, una actuación relevante, de la que se pueden deducir consecuencias concretas muy importantes para la organización y financiación de los sistemas sanitarios.

En nuestro país, algunos de esos aspectos básicos de la protección sanitaria están puestos en cuestión, o sometidos a interpretaciones diversas, como consecuencia de la descentralización de los servicios que se ha producido. El proceso de descentralización territorial es la transformación más importante que ha sufrido el sistema sanitario español, y su extensión no tiene comparación con los procesos del mismo carácter que han tenido lugar en otros países, salvo Italia, donde, por otra parte, sus bases constitucionales venían de más antiguo (Taroni, 2003).

Otros aspectos básicos del Sistema están también puestos en cuestión como consecuencia de la evolución científica y tecnológica, y los costes crecientes de su aplicación, que afectan a las posibilidades de extensión de la cobertura sanitaria, en términos poblacionales y de contenido de la protección.

Además, hay que tener en cuenta que no son sólo cuestiones territoriales, sino también otras relacionadas con la existencia de sistemas diferentes de protección sanitaria para ciertos colectivos, las que están poniendo en cuestión la universalidad de la protección (Rey, 1999; Alfaro, 2002; Freire, 2003).

La solución de determinados problemas concretos, como la interpretación de las competencias sanitarias, la definición del papel de unas y otras Administraciones en la protección sanitaria y el mantenimiento de sus condiciones más generales, y los niveles y formas de coordinación entre aquéllas para mantener esas condiciones, debe producirse en el marco de la definición más general señalada, y no a la inversa.

A todas esas cuestiones se les debería dar una perspectiva de solución acordada y común, en el marco de un Acuerdo Nacional de Salud, que ratificase, bien en forma de principios generales establecidos a la manera canadiense⁴, o bien mediante la respuesta a algunas de las cuestiones principales que están en cuestión: los criterios básicos de la protección sanitaria, correspondientes con la valoración que tiene la población española de la protección sanitaria universal como un derecho ciudadano principal; las condiciones más generales de funcionamiento del sistema sanitario que deben hacer efectivos esos principios básicos (entre otras, quién y cómo actúa como garante de la protección sanitaria universal; cómo se garantiza que todos los servicios públicos estén al servicio de todos los ciudadanos, sin discriminaciones territoriales en su uso, al margen de quién realice su gestión; cómo y bajo qué responsabilidad se garantiza la sostenibilidad financiera del sistema); así como los instrumentos a utilizar para garantizar el mantenimiento de la protección sanitaria y su extensión.

7.2 El sentido político del Acuerdo y la iniciativa para su desarrollo

Una propuesta de ese carácter supone ir a contracorriente de las tendencias a reducir el Estado de Bienestar, tendencias que se están promoviendo desde las doctrinas económicas liberales. Supone también salir del terreno de acuerdo entre partidos conservadores y

⁴ En Canadá la Ley básica del Sistema sanitario canadiense (Canada Health Act, de 1984) establece cinco principios generales, que constituyen su base, y cuyo mantenimiento, valorado por el Gobierno federal, es condición para la aportación federal a la financiación. Esos cinco principios, cuyo mantenimiento se ha confirmado por una Comisión del Senado canadiense que ha efectuado recientemente un profundo análisis de su sistema sanitario (Kirby, 2002) son: universalidad; acceso libre de cargas en el momento de la utilización de los servicios sanitarios (lo que excluye los copagos que podrían ser impuestos por las provincias); portabilidad; administración pública; y comprensividad o extensión de la protección. La propia Comisión, en congruencia con lo propuesto por otro grupo de estudio (Romanow, 2002) ha propuesto añadir ahora un sexto principio, sobre la *accountability* del sistema sanitario, para precisar cómo y ante quién deben dar cuenta de su gestión los responsables de los servicios sanitarios.

socialdemócratas en el que se han venido moviendo en los últimos años las propuestas para los servicios sanitarios, coincidentes en promover ante todo “mejoras en la gestión”.

La iniciativa de un Acuerdo de ese carácter, con independencia de que tratara de sumar al mismo cuantos actores políticos fueran posibles, debería naturalmente hacerse desde el ámbito socialdemócrata, que recuperaría de esa forma la iniciativa en un terreno que le es propio, y que se corresponde con lo que el electorado espera del mismo, si tenemos que juzgar por el apoyo con que cuenta, pese a sus deficiencias, el sistema sanitario español; en especial si se compara ese apoyo con el que podría suscitar un planteamiento explícito de diversificación territorial de la protección sanitaria, o la reducción del ámbito de la prestación.

7.3 Contenidos generales del Acuerdo

Los contenidos del Acuerdo que se propone deberían centrarse en las siguientes cuestiones:

- La ratificación de los principios de universalidad y equidad de la protección sanitaria, y su vinculación a la ciudadanía estatal.
- El reconocimiento de que las competencias en asistencia sanitaria corresponden al ámbito general de la Seguridad Social.
- Residenciar en la Administración General del Estado, como responsable del sistema de Seguridad Social y su régimen económico, la garantía final de la cobertura sanitaria. De lo que se deriva el reconocimiento de los medios necesarios para verificar el respeto del derecho y para actuar en la corrección de las desviaciones que pudieran producirse.
- Unificar el ejercicio del derecho a la protección de la salud bajo un sistema único de atención sanitaria pública a toda la población, suprimiendo sistemas y regímenes de protección diferentes, e integrando la atención de los grupos ahora cubiertos por esos sistemas, con los recursos económicos para ello, en el Sistema Nacional de Salud.
- La implicación de la Administración General del Estado en la financiación sanitaria, mediante la modificación de los fondos de cohesión existentes, sin que ello suponga necesariamente salirse del sistema de financiación actualmente en vigor.
- La constitución de órganos para poner en práctica diferentes funciones al servicio de la coordinación sanitaria bajo nuevas fórmulas, congruentes con la interpretación de la distribución de las competencias sanitarias.

El planteamiento de estas cuestiones no supone, como se ha interpretado en algunas críticas al Proyecto de Ley de Cohesión, un intento de restar competencias a las CC AA.

El peligro de la situación actual para el mantenimiento de la protección sanitaria universal y esencialmente igualitaria es, por el contrario, que la forma en la que se ha llevado a cabo el proceso de descentralización provoque la ruptura del sistema sanitario en una multitud de sistemas distintos (en las posibilidades financieras de mantener la protección sanitaria de manera independiente; en la extensión de la protección; en establecer condiciones distintas para facilitar la “portabilidad” del derecho a la protección sanitaria y la movilidad de la población).

Poner por delante una forma de interpretar las competencias sanitarias de las CC AA supone priorizar la utilización de los servicios sanitarios como instrumento de identificación y de gestión autonómica, antes que como un instrumento de cohesión social y de protección frente a uno de los riesgos más importantes para la población.

7.4 Algunos aspectos concretos del Acuerdo

Uno de los aspectos generales que se han mencionado como parte del Acuerdo son las **propuestas para integrar en un régimen único de protección a toda la población española.**

Las situaciones y regímenes especiales a los que se ha hecho alusión se refieren a las Mutualidades de funcionarios (Muface, Mugeju e Isfas), a las Empresas colaboradoras de la Seguridad Social, y podría extenderse a las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La inclusión de estos colectivos y riesgos en el sistema general de asistencia sanitaria debería hacerse de manera que supusiera no sólo una sobrecarga de actividad para el sistema sanitario público, sino también la adición a éste de los recursos económicos adicionales correspondientes que se vienen utilizando en la gestión de esas formas diferentes de prestación; lo que permitiría rentabilizar el uso de esos fondos para el conjunto de la población.

Además, un planteamiento general de esta cuestión permitiría homogeneizar las iniciativas que en un sentido similar al propuesto se están planteando de manera independiente por algunas CC AA (Ochoa, 2003 a).

Los **aspectos financieros del Acuerdo** constituyen una parte esencial, y son a la vez un incentivo importante para su aceptación por parte de las CC AA.

Además de una perspectiva general de insuficiencia financiera global del sistema sanitario, hay un acuerdo general en las perspectivas de una insuficiencia financiera dinámica diferente por parte de distintas CC AA para hacer frente al incremento del gasto sanitario.

También hay un acuerdo amplio en la insuficiencia de los fondos estatales previstos para hacer frente a la insuficiencia financiera general y a las condiciones de desigual capacidad financiera por parte de las CC AA. Por último, existe también un amplio nivel de coincidencia en que la solución de esas diferencias debe hacerse con la participación estatal, y no sólo, como se ha sugerido con frecuencia desde las áreas económicas del Gobierno, haciendo responsable de la solución a las CC AA, con arreglo a su capacidad de gestión.

Como se ha puesto de manifiesto en otros sistemas sanitarios descentralizados que han abordado problemas semejantes, el buen uso de los recursos económicos por el sistema sanitario y por todos los que lo gestionan es una condición esencial para su sostenibilidad financiera. De otra forma sería necesario recurrir a fuentes privadas de financiación, en forma de copagos o tasas⁵ (que ya han sido consideradas necesarias desde algunas CCAA, como Cataluña (Fernández, 2003)), y que, conforme a las evidencias disponibles, provocan desigualdades constatables en el acceso a la protección sanitaria (Gené, 2001). El buen uso de los recursos económicos destinados al sistema sanitario está en relación directa con la responsabilidad pública (*accountability*) del gasto efectuado, algo que en nuestro sistema sanitario, y más en las actuales condiciones de descentralización, adolece de graves defectos.

En otros sistemas sanitarios, como el canadiense, se han formulado recientemente propuestas ya comentadas en el apartado anterior que combinan:

- El incremento de la financiación federal para el sistema sanitario, sostenido con un nuevo impuesto estatal específico.
- Con una finalidad asimismo específica del uso de esos fondos, que se propone vayan destinados a la financiación de las nuevas tecnologías y prestaciones que se introduzcan en el sistema sanitario, como factor determinante del incremento del gasto sanitario (lo que ocurre también en España).
- Y cuya distribución, y el control de su utilización por las provincias canadienses que gestionan los servicios sanitarios, se haga también desde el gobierno federal.

En nuestro país podrían acordarse medidas semejantes, a través del Fondo del incremento del Fondo de Cohesión o de otros fondos, que servirían también para utilizar la financiación sanitaria como instrumento de coordinación.

Por el contrario, aumentar la financiación del sistema sanitario sin cambiar ni condicionar la distribución de los incrementos de financiación ni potenciar el control del uso de los

⁵ Un ejemplo de esta evolución tras un proceso de descentralización semejante al español se ha producido ya en Italia: la Lombardía, una región de alto nivel de renta y un ritmo de crecimiento incontrolado del gasto sanitario por razones semejantes a las que provocan el crecimiento del gasto en el caso español, ha introducido un “ticket moderador” a pagar por los que acuden a los servicios de urgencias (Matesanz, 2003).

fondos, como se está empezando a proponer como complemento de la Ley de Cohesión, no llevará probablemente más que a aumentar la ineficiencia del sistema y, con ello, a poner en cuestión su sostenibilidad financiera, allanando el camino para introducir formas privadas de financiación.

Otro aspecto que debería contemplarse en el Acuerdo es la **constitución de instrumentos y órganos eficaces de coordinación.**

El Consejo Interterritorial adolece del defecto de que pretende llevar a cabo funciones de coordinación (reducidas a “cooperación”) en materias en las que las competencias de unas y otras Administraciones son, al menos en el origen, diferentes, por lo que es también diferente la forma y la extensión de las medidas que se pueden adoptar en cada caso para garantizar el funcionamiento coordinado de los servicios incluidos bajo una u otra acepción. Este problema, que se arrastra desde la constitución del Consejo⁶, puede tener dos vías de solución: o bien constituir dos órganos diferentes para competencias distintas, o bien establecer mecanismos de funcionamiento y decisión diferentes en un mismo órgano para abordar competencias y materias diversas. La experiencia desarrollada hasta ahora pone de relieve las dificultades de esta segunda vía de solución. La primera vía citada, por el contrario, todavía no ha sido explorada.

Esta vía supondría crear dos órganos de coordinación diferentes. Uno para la coordinación de las actuaciones sanitarias en las materias en las que las CC AA tienen competencia “exclusiva”, que se caracterizan como propias de la “autoridad sanitaria”, y que entran en el campo de las “políticas de salud”. A esas funciones cabría añadirle el debate político sobre otras áreas, como la política farmacéutica, que son competencia del Estado, sin que en este caso las decisiones adoptadas (que podrían adoptar la forma de informe preceptivo en los casos que se definieran) pudieran condicionar la decisión final adoptada, aunque sí orientar la decisión. Esta capacidad de decisión última en este terreno por parte de la Administración General del Estado tendría su correlato equivalente en la decisión última por parte de cada una de las CC AA para aplicar en su territorio los acuerdos o recomendaciones alcanzadas en los terrenos que les son propios con arreglo a la distribución de las competencias sanitarias, que no se pondría así en cuestión.

Además, cabría crear de manera independiente el “Consejo de Dirección” del Sistema Nacional de Salud. En este caso, la capacidad de decisión final respecto a las materias generales (garantía del derecho universal a la cobertura sanitaria y “portabilidad” personal de la prestación; extensión de la protección sanitaria, incluida la definición de las prestaciones cubiertas, así como la forma de definición de la cobertura) correspondería a la Administración

⁶ Un ejemplo de la confusión y mezcla entre unas y otras materias fue el abordaje de las cuestiones relacionadas con el funcionamiento de la asistencia sanitaria “de la Seguridad Social” en Comisiones específicas del Consejo Interterritorial mientras no se produjo el traspaso de esta materia a todas las CC AA. Sobre esta cuestión se puede obtener más información en Rey, 1998 b.

General del Estado (AGE), como titular de la competencia en Seguridad Social. Pero puesto que las CC AA lo son de la “ejecución” o gestión de los servicios de ésta, se trataría de considerar la forma de integrarlas en los órganos de dirección del Sistema, sin que eso supusiera “expropiar” las capacidades finales de decisión de la AGE en las materias generales citadas, ni eliminar sus responsabilidades en materia de financiación. Por otra parte, si lo que se pretende constituir es un órgano de dirección, las decisiones deben ser compartidas por quienes forman parte de los órganos correspondientes. Estas dos condiciones pueden hacerse compatibles si se constituyera un órgano de dirección, de tamaño limitado para ser eficaz (lo que excluiría que formaran parte del mismo de manera simultánea todas las CC AA), en el que la representación de la AGE superase en al menos un voto a las de las CC AA. Éstas, por su parte, podrían designar periódicamente, y por acuerdo entre ellas, a los miembros que formasen parte del órgano de gobierno en su representación.

En cuanto a otra clase de instrumentos y órganos precisos para mantener la coordinación en el Sistema Nacional de Salud, entre ellos un órgano que soporte un sistema de información adecuado, la clave para superar las deficiencias que presentan los sistemas y mecanismos existentes pasa por variar la constitución de estos órganos (Rey, 2002, b y c). Se trataría de modificar tanto su naturaleza (haciendo que no sean órganos dependientes de la Administración General del Estado, sino que sean propios de la totalidad de las Administraciones que formen parte de ellos, bajo las fórmulas jurídicas adecuadas), como su composición (facilitando que formen parte de ellos personal procedente de distintas administraciones), y hasta, si se considerase conveniente, su ubicación (siguiendo los modelos de las agencias descentralizadas europeas).

Otros ejemplos para la constitución de esos órganos pueden obtenerse de los existentes en algunos países, entre los que Canadá ocupa un lugar destacado⁷.

De otros países, como el Reino Unido, se pueden extraer experiencias de gran interés para considerar los problemas que pueden derivarse de la constitución de esos órganos, llamados a desempeñar funciones características de la autoridad pública, al margen del sector público (Burke, 2002; Dent, 2002), por mucho que en esa constitución deban a la vez evitarse los problemas derivados de una configuración dentro del ámbito de la gestión pública más tradicional.

Del caso italiano, en el que se creó una “Agencia Nacional de Servicios Sanitarios Regionales”, órgano independiente, pero controlado de manera conjunta por el Gobierno nacional y los regionales, se puede deducir que la existencia de una cultura federal

⁷ Ver, por ejemplo, la constitución del Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI, 2003), que incluye en su composición a entidades universitarias de aquel país. En uno de los informes canadienses más recientes que se vienen citando (Romanow, 2002) se propone la creación de un Consejo de Salud de Canadá, como órgano de participación institucional y ciudadana, vinculado al propio CIHI, y a la Oficina de Coordinación Canadiense para el Asesoramiento en Tecnologías Sanitarias (CCOHTA).

cooperativa, como la que existe en Canadá pero inexistente en Italia, es un elemento sustantivo de la creación de instrumentos de cooperación, sin cuya existencia, como ocurre en Italia, no puede garantizarse su funcionamiento adecuado (Taroni, 2003).

El Acuerdo sería el marco en el que se podrían acordar estas cuestiones, que, si no se varían, condicionarán en todo caso que continúe el funcionamiento ineficaz e insatisfactorio que ha caracterizado hasta ahora a todos los órganos y sistemas que han venido desempeñando esas funciones al servicio de la coordinación.

7.5 Participantes y forma de elaborar el Acuerdo

- Los participantes necesarios en un acuerdo de ese carácter serían los partidos estatales y todos aquellos de ámbito “regional” que cuentan con representación en las Cortes, y que sustentan o pueden sustentar órganos de Gobierno en las CC AA. Los términos del Acuerdo se podrían extender también después, para su ratificación, a los sindicatos y organizaciones empresariales, puesto que sus términos alcanzan a la extensión de los sistemas sociales de protección.
- La forma de promover el Acuerdo sería a través de una ponencia parlamentaria semejante a la que elaboró el Pacto de Toledo respecto a las pensiones, que en este caso debería vincularse a la Comisión de Sanidad del Congreso. La implicación de un abanico importante de cuestiones en el Acuerdo que tienen que ver con los aspectos territoriales de la organización sanitaria podría hacer aconsejable la constitución de una ponencia mixta, en la que participasen los representantes en el Senado. Éste, por su parte, de acuerdo con sus funciones, podría adquirir un papel central en el seguimiento y control del funcionamiento del sistema sanitario en cuanto al mantenimiento de la universalidad y equidad del sistema en las nuevas condiciones de descentralización.

7.6 Incentivos para alcanzar tal Acuerdo

El proyecto de Ley de Cohesión forma un todo coherente en sus efectos con otros acuerdos y normas previas, de manera especial los relacionados con la financiación autonómica y sanitaria, uno de cuyos efectos más importantes es la “liberación” del Gobierno central de sus responsabilidades en relación con la protección sanitaria. El Acuerdo que se propone parte del objetivo opuesto: se trata de mantener el compromiso del gobierno central con la protección sanitaria como servicio público universal, incluyendo en el compromiso el mantenimiento y la ampliación de una parte de su financiación. Ese compromiso no es posible si no se parte de la valoración del interés

político prioritario del mantenimiento de la protección sanitaria como instrumento global de cohesión. Algo que no puede constatarse que haya sido prioritario hasta ahora para ningún gobierno democrático español desde la Constitución; por lo que la adopción de ese compromiso, del que no se obtendría otra ventaja que la derivada de la percepción por la población de la prioridad otorgada a esta cuestión, supondría un cambio de actitud con respecto a la trayectoria seguida hasta ahora por todos los partidos respecto a la protección sanitaria.

Por su parte, para las CC AA y los partidos que sustentan a los gobiernos autonómicos, los incentivos, además del sostenimiento, ampliación y mejora de la protección sanitaria, que no es posible, al menos en muchos casos de manera independiente, deberían ser de diferente carácter: desde el punto de vista económico, a través de los términos del Acuerdo se podrían llegar a obtener mayores niveles de financiación, aunque ésta deba ser condicionada; desde el punto de vista de la gestión, el sometimiento a un mayor control externo de su propia gestión se podría ver compensado por una mayor participación y capacidad de decisión compartida en el funcionamiento global del Sistema Nacional de Salud, a través de las modificaciones que deberían hacerse en sus órganos de gobierno y coordinación.

Bibliografía

- Abassi, K. (1999 a), The World Bank and world health. Changing sides, *British Medical Journal*, Vol. 318, p. 865- 869.
- Abassi, K. (1999 b), The World Bank and world health. Healthcare strategy, *British Medical Journal*, Vol 318, p. 933- 936.
- Abassi, K. (1999 c), The World Bank and world health. Under fire, *British Medical Journal*, Vol. 318, p. 1003- 1006.
- Adelantado, A. *et al.* (2002 a), Las políticas públicas autonómicas; capacidad de autogobierno y Estado de Bienestar, en Subirats, J., Gallego, R., Veinte años de autonomías en España. Leyes, políticas públicas, instituciones y opinión pública, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, p. 203-249.
- Adelantado, A. *et al.* (2002 b), Las políticas públicas autonómicas: las formas de gestión del Estado de Bienestar, en Subirats, J., Gallego, R. Veinte años de autonomías en España. Leyes, políticas públicas, instituciones y opinión pública, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, p. 251- 289.
- Aizpeolea, L.R. (2002), El Gobierno renuncia a su ley autonómica por el rechazo de la oposición y las comunidades, *El País*, 15 Febrero, p. 16.
- Alfaro, M., Barranco, V., Navarro, C. (2002), Algunas reflexiones sobre la cobertura de la asistencia sanitaria pública en España, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. VI (23), p. 123-141.
- Alvarez Junco, J. (2002), Entrevista. *El País. Suplemento Domingo*, 3 noviembre, p. 6-7.
- Argullol, E. (2002), Desarrollar el autogobierno, Barcelona, Península/HCS.
- Arias, B. (2003), Una Ley ¿con o sin modelo?, *El Observador*, 14 marzo, p. 7.
- Armada, F., Muntaner, C., Navarro V. (2001), Health and Social Security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations, *International Journal of Health Services*, Vol. 31, p. 728-769.
- Benito, E. (2002 a), EL PSOE propone reforzar el poder autonómico en su ley sanitaria, *El País*, 2 febrero, p. 26.
- Benito, E. (2002 b), El PSOE exige más participación autonómica en la política sanitaria, *El País*, 29 marzo, p. 19.
- Benito, E. (2003), Consuelo Rumí: la Ley de Sanidad permanecerá cuando gobierne el PSOE, *El País*, 13 marzo, p. 38.

- Blanco, A. (2002), La coordinación de los sistemas de información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. VI, (monográfico 2), p. 79-98.
- Braña, F.J., Serna, V.M. (1997), La descentralización de competencias de gasto público. Teoría y aplicación a España, Madrid, Civitas.
- Burke, K. (2002), NICE accuses drug companies of withholding data, *British Medical Journal*, Vol. 324, p. 320.
- Busse, R., Wismar, M., Berman, P. (Eds.) (2003), The European Union and Health Services, Accesible en: www.tu-berlin.de/fak8/ifg/mig.
- Calonge, S., Rodríguez, M. (1998), Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad, *Papeles de Economía Española*, Vol.76, p. 259-272.
- Caminal, M. (2002), El federalismo pluralista. Del federalismo nacional al federalismo plurinacional, Barcelona, Paidós.
- Cantarero D. (2002), Estimación del sistema actual de financiación autonómica: el caso de la integración de las competencias sanitarias, en: Salinas J. (dir.), El nuevo modelo de financiación autonómica, Madrid, Instituto de Estudios Fiscales, p. 111- 159.
- Castles, F.G. (2002), The future of Welfare State: crisis myths and crisis realities, *International Journal of Health Services*, Vol. 32 (2), p. 255-277.
- CIHI (2003), Who we are, accesible en: <http://www.cihi.ca>.
- Collins, C., Green, A. (1994), Decentralization and primary health care:some negative implications in developing countries, *International Journal of Health Services*, Vol. 24 (3), p. 459-475.
- Dean, M. (2003), UK government reveals plans to give hospitals more control, *The Lancet*, Vol. 361, p. 1110.
- Dent, THS., Sadler, M. (2002), From guidance to practice; Why NICE is not enough, *British Medical Journal*, Vol. 324, p. 842-845.
- Edwards, J. (2003), Paisaje latinoamericano, *El País*, 21 enero, p. 11-12.
- Eguiagaray, JM. (2002), Garaikoetxea y su tiempo, *Cuadernos de Alzate*, Vol. 26, p. 207-215.
- El Global. Editorial (2003), Una Ley de Cohesión de todos y para todos, *El Global*, 17- 23 marzo, p. 3.
- El País. Redacción (2003 a), Cataluña lleva al Constitucional la ley que reforma le educación, *El País*, 14 marzo, p. 32.
- El País. Editorial (2003 b), Un modelo a seguir, *El País*, 17 marzo, p. 16.
- El País. Redacción. (2003 c), Siete Comunidades creen que la Ley de calidad acapara su espacio para establecer enseñanzas, *El País*, 24 marzo, p. 41.
- Estes, C.; Phillipson C. (2002), The globalization of capital, the Welfare State, and old age policy, *International Journal of Health Services*, Vol. 32(2), p. 279-297.

- Fattore, G. (2001), A new Italian Government: radical changes for the Italian NHS?, *Euro Observer*, Vol. 3(2), p. 1-3.
- Fernández, C. (2003), Rius insiste en que el copago será inevitable, *Diario Médico*, 10 febrero, p. 1 y 3.
- Fernández, T., Laborda, J.J. (coords.) (2002), España. ¿Cabemos todos?, Madrid, Alianza.
- Fossas, E., Requejo, F. (coords) (1999), Asimetría federal y Estado plurinacional. El debate sobre la acomodación de la diversidad en Canadá, Bélgica y España, Madrid, Trotta.
- France, G. (ed.) (2001), Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paessi, quattro approci, Milano, Dott. A. Giuffré Editore.
- Freire, J.M., Infante, A., Rey, J. (2003), Políticas de salud en el Estado de las Autonomías, en: Garde JA, Informe 2003. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España, Madrid, Fundación Hogar del Empleado. (En prensa).
- Gallego, R., Gomá, R., Subirats, J., Conclusiones. Políticas sociales y gobierno multinivel en España, en: Gallego,R., Gomá, R., Subirats, J. (editores), Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas, Madrid, Tecnos, p. 213- 229.
- Gené J. (2001), Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios, *El Médico*, 1 junio 2001, p. 74-87.
- Gómez, J. (2003), La tarjeta sanitaria europea será efectiva a partir de junio de 2004, *El Observador*, 25 febrero, p. 3.
- González, B. (2001), Situación y resultados de la descentralización sanitaria española, en Rey, J (coord.), Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, p. 191-203.
- Greer, S. (2001), Divergence and Devolution, London, The Nuffield Trust.
- Hernández, A. (1993), Relaciones entre Administraciones Públicas, en Comentarios ante la entrada en vigor de la Ley de Regimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, Madrid, MAP, p. 61-72.
- Inclán, G. (2003), ¿Tiene sentido un pacto sanitario al estilo del alcanzado en su día sobre las pensiones?, *Diario Médico*, 11 marzo, p.4.
- Jervis, P., Plowden, W. (2000), Devolution and health. First Annual Report of a Project to monitor the impact of devolution on the United Kingdom's health services, accesible en www.ucl.ac.uk/constitution-unit.
- Jervis, P., Plowden, W. (2001), Devolution and health. Second Annual Report: Monitoring the impact of devolution on the United Kingdom's health services, accesible en www.ucl.ac.uk/constitution-unit
- Juliá, S. (2003), Entre naciones, *El País. Suplemento Babelia*, 18 enero 2003, p. 14.
- Kirby, M.J.L./Chair. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Tecnology) (2002), The Health of Canadians. The Federal Role, Volume VI, Reccomendations for Reform. Final Report on the state of the health care system in Canada, accesible en www.parl.grc.ca.

- Koivusalo, M. (1999), Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland, *British Medical Journal*, Vol. 318, p. 1198-1200.
- Le Grand, J., Mays, N., Mulligan, J.A. (1998), Learning from the NHS Internal Market. A review of the evidence, London: King's Fund.
- López Casanovas, G. (coord.). (1999), Cataluña y España. Una relación económica y fiscal a revisar, Barcelona, Omnium Cultural/Vernal.
- López Casanovas G. (2001), La financiación autonómica de la sanidad: algunas claves, en González Fidalgo *et al.* (coords.), Coordinación e incentivos en sanidad, Barcelona, Asociación de Economía de la Salud, p. 13-38.
- Matesanz, R. (2003), Que viene el ticket, *El Observador*, 27 febrero, p. 3
- Mercader, J.R. (2001), La consideración constitucional de los servicios sanitarios, en Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias, Madrid. Confederación Sindical de Comisiones Obreras, p. 29-39.
- Molero, J.C. (2002), Gasto Público y Federalismo Fiscal en España, Madrid, CES.
- Montaner, J. (2003), Xavier Pomés quiere aumentar la concertación de primaria en Cataluña, *El Observador*, 21 enero, p. 4.
- Mossialos, E., McKee, M. (2002), EU Law and the Social Character of Health Care, London, Peter Lang, Sofback.
- Navarro, V., Elola, J. (1995), Análisis de las políticas sanitarias españolas 1975-1992, *Sistema*, Vol. 126, p. 19-39.
- Navarro, V., Schmitt, J., Astudillo, J. (2001), Estado de Bienestar y globalización económica, *Sistema*, Vol. 171, p. 3-46.
- Navarro, V. (2002), A critique of social capital, *International Journal of Health Services*, Vol. 32(3), p. 13-15.
- Navarro Castillo, C. (1996), Financiación de los servicios de la Seguridad Social: principios configuradores del régimen económico de la Seguridad Social, en El funcionamiento del Estado autonómico, Madrid, MAP, p. 279-333.
- OCDE (1995), Nouvelles orientations dans la politique de santé. Études de politique de santé n° 7, Paris, OCDE.
- Ochoa, A. (2003 a), Autonomías socialistas, a favor de integrar las colaboradoras, *Diario Médico*, 26 febrero, p. 4.
- Ochoa, A. (2003 b), Canarias tendría dificultades hoy para afrontar la Ley de Cohesión, *Diario Médico*, 18 marzo, p. 3.
- Ovejero, F. (2002), El nacionalismo con respeto, *Revista de Libros*, Vol. 69, p. 13-15.
- Pollock, AM. (1999), Devolution and health: challenges for Scotland and Wales, *British Medical Journal*, Vol. 318, p. 1195-1198.

- Pollock, A.M., Price D.C. (2000), Rewriting the regulations: how the World Trade Organization could accelerate privatization in health care systems, *The Lancet*,. Vol. 356, p. 1995-2000.
- Pollock, AM., Price D. (2003), The Better Care judgment- a challenge to health care, *British Medical Journal*, Vol. 326, p. 236-237.
- Price D., Pollock A.M., Shaoul, J., How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care, *The Lancet*, Vol. 356, p. 1889-1892.
- Requejo, F. (1995), Diferencias nacionales y federalismo asimétrico, *Claves de Razón Práctica*, Vol. 55, p. 24-37.
- Requejo, F. (coord.) (2002), Democracia y pluralismo nacional, Barcelona, Ariel Ciencia Política.
- Rey, J. (1998 a), La evolución del Estado autonómico. ¿Hay algo que decir desde el punto de vista sanitario?, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol.II (8), p. 45- 75.
- Rey, J. (1998 b), Evolución histórica del CISNS, en La coordinación en el ámbito sanitario. Perspectivas de futuro, Jornadas Décimo Aniversario del CISNS, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 41-50.
- Rey, J. (1999), El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma, Madrid, Fundación Alternativas/ExLibris ediciones.
- Rey, J. (2000), Las políticas sanitarias como parte del Estado de Bienestar, en Garde J.A. (ed.), Informe 2000. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España, Madrid, Fundación Hogar del Empleado, p. 225-278.
- Rey, J. (2001 a), Los instrumentos de coordinación en el Estado descentralizado español, en Rey, J. (coord.), Jornadas sobre coordinación y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, p. 289-310.
- Rey, J. (2001 b), New policies in health research: a need for maintaining health systems, Papers. XII Conference of the International Association of Health Policy Europe, 2001, London, accesible en www.healthp.org.
- Rey, J. (2002 a), El acuerdo sobre financiación sanitaria: ¿Crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. VI (21), p. 69-95.
- Rey, J. (2002 b), Mecanismos de coordinación en servicios sanitarios. Aspectos generales y consideraciones y propuestas sobre el caso español, en Cabasés J.M. (coord.), La organización territorial de la sanidad. Pamplona, Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud, p. 143-193.
- Rey, J. (2002 c), A vueltas con la coordinación en el Sistema Sanitario y el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. VI (monográfico 2), p. 101-118.
- Rodríguez, M. (2002) , Mirada retrospectiva sobre las XXII Jornadas de Economía de la Salud, *Economía y Salud*, Vol. 45, p. 6-7.
- Romanow R.J. (Commissioner) (2002), Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final Report, Ottawa: Commission on the Future of Healthcare in Canada.

- Rumí, C. (2003), Acuerdo para los ciudadanos, *Diario Médico*, 14 Marzo, p. 4.
- Stott, R. (1999), The World Bank. Friend or foe to the poor?, *British Medical Journal*, Vol. 318, p. 822- 823.
- Taroni, F. (2000), Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy, *Euro Observer*, Vol. 2(1), p. 1-2.
- Taroni, F. (2001), La organización comparada de los servicios sanitarios en Estados descentralizados: Italia, en Rey, J. (coord.), Jornadas sobre coordinación y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, p. 145-165.
- Taroni, F. (2003), Mecanismos formales de cooperación intergubernamental en Italia, en La coordinación sanitaria en países descentralizados. Implicaciones para España, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo- European Observatory on Health Care Systems, 6 Febrero 2003.
- Taylor, C. (1992), Reconciling the solitudes. Essays on Canadian federalism and nationalism, Edición española (1999), Acercar las soledades. Federalismo y nacionalismo en Canadá, San Sebastián, Tercera Prensa/Hirugarren Prensa.
- Taylor, C. (1999), Valores compartidos y divergentes, en Fossas, E., Requejo, F. (eds.), Asimetría federal y estado plurinacional. El debate sobre la acomodación de la diversidad en Canadá, Bélgica y España, Madrid, Trotta, p. 37-68.
- The Lancet (Editorial). (2000), Trading public health for private wealth, *The Lancet*, Vol. 356, p. 1941.
- Tornos, J. (2001), La consideración constitucional de los servicios sanitarios, en Rey, J. (coord.), Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, p. 21-28.
- Urbanos, R., Utrilla, A. (2002), La financiación de los servicios sanitarios: distribución de fondos por CC AA y efectos sobre la suficiencia dinámica, en Salinas, J. (dir.), El nuevo modelo de financiación autonómica (2002), Madrid, Instituto de Estudios Fiscales, p. 161- 201.
- Vaquero, M., La consideración constitucional de los servicios sanitarios, en Rey, J. (coord.), Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, p. 41-62.
- Westert, GP, Groenewegen PP. (1999), Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter?, *Health Policy*, Vol. 47, p. 169-182.
- Whitehead, M., Gustaffson RA., Diderichsen F. (1997), Why is Sweden rethinking its NHS style reforms?, *British Medical Journal*, Vol. 315, p. 935-939.
- Woods, KJ. (2001), Making a Difference?. The Effects of Political Devolution on Health Policy and the NHS in the UK 1997- 2001, obtenible en kjwoods@nlaw14.freemove.co.uk.

Documentos de trabajo publicados

1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.

2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.

3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.

4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.

5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.

6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.

7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.

8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.

