

COLABORACIÓN ESPECIAL**ANÁLISIS DEL ORIGEN, SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIO ESPAÑOL****Javier Rey del Castillo.**

Ministerio de Sanidad y Consumo.

RESUMEN

La descentralización de los servicios sanitarios, en cualquier país, es un proceso que les afecta profundamente cuando tiene lugar. Así ha ocurrido también en España, dónde las entidades que han recibido las competencias y servicios descentralizados (las Comunidades Autónomas) son de ámbito regional y han asumido responsabilidades de naturaleza política y no sólo administrativa, en un proceso que puede ser caracterizado como de «devolución». Se analizan en primer lugar las razones del proceso español. Sus propias características permiten afirmar que se ha producido por razones externas al sector sanitario, y que éste ha debido adaptarse al cambio político general. Una segunda peculiaridad es la simultaneidad de una distribución territorial de competencias y servicios con la posibilidad de otra descentralización de carácter funcional para la gestión de centros y servicios sanitarios. La combinación de ambas clases de procesos ha abierto amplias posibilidades de diversificación del sistema sanitario español. Se hace referencia en este trabajo a los efectos cuantitativos, en el sentido de ampliación o disminución de las diferencias entre los distintos territorios, del proceso de descentralización, y asimismo, se analizan algunos efectos cualitativos de carácter general. El desarrollo de formas de coordinación del sistema sanitario, que se estudian a continuación, ha sido limitado y son necesarias nuevas líneas de desarrollo en este campo. Por último, se consideran las posibilidades de futuro del sistema sanitario español como sistema descentralizado, valorándose que tiene que ver con dos cuestiones principales: en primer lugar, la consideración del grado de diferenciación entre los servicios sanitarios autonómicos que es compatible con el mantenimiento de un sistema de protección sanitaria en todo el territorio español para todos los ciudadanos y, en su caso, el establecimiento de los límites que lo garanticen; y en segundo lugar, la definición de las relaciones entre los servicios sanitarios autonómicos en un sentido cooperativo o competitivo.

Palabras clave: Descentralización. Comunidades Autónomas. Servicios sanitarios. Coordinación. Desigualdades sanitarias.

ABSTRACT**Analysis of the Origin, Situation and Future Prospects of the De-Centralisation Process of the Spanish Health System**

The de-centralisation of health services in any country is a process that involves profound change. This is what has occurred in Spain, where the entities that have received authority for de-centralised services (Autonomous Communities) are regional and have assumed political as well as administrative responsibilities within, what could be defined as, a process of «devolution». Firstly, the reasons behind the Spanish process are analysed. The nature of the process enables it to be confirmed that it has been a result of causes non-related to the health sector, which has had to adapt to the global political change. A second feature is the coinciding of territorial distribution of authority and services with the possibility of further de-centralisation of a functional nature in the managing of health centres and services. The combination of both types of processes has enabled a large number of diversification possibilities for the Spanish Health System. This study refers, in quantitative terms, to the increase or decrease in differences between regions, the de-centralisation process and, therefore analyses certain general qualitative effects. Developing of ways to co-ordinate the health system, to be studied later, has been limited and further developments are necessary in this area. Finally, future prospects of a de-centralised Spanish health system are considered in relation to two principal issues: firstly, the level of difference amongst autonomous health services that is compatible with the ability to maintain health protection for all citizens throughout Spain and, as the case may be, establishing of the limits to guarantee such level; secondly, defining of the relations between autonomous health services in terms of cooperation of competition.

Key Words: Decentralisation. Autonomous Communities. Health Services. Coordination. Health Inequalities.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia hay pocas ocasiones en las que se tenga la oportunidad de asistir a un cambio fundamental en la conformación de un país. Un cambio de ese carácter ha tenido lugar en España con la constitución del Estado de las Autonomías. Sus efectos se extienden a todos los ámbitos en los que se ha producido la descentralización de las responsabilidades o servicios correspondientes.

Sin embargo, los efectos en cada uno de esos ámbitos, en particular en el sanitario, han sido pocas veces analizados de manera independiente. Otros cambios, de manera específica en nuestro caso los relacionados con las nuevas modalidades de gestión de los servicios, han sido objeto de una atención más especial.

El objetivo de este trabajo es llamar la atención sobre las características y consecuencias de la descentralización que ha tenido lugar en España, también en el ámbito sanitario. Unas y otras configuran ese proceso como el acontecimiento más importante y condicionante ocurrido en los servicios sanitarios españoles en las dos últimas décadas. Analizar ambas cuestiones, por otra parte, es una actuación indispensable para orientar los cambios producidos hacia la consecución de unos servicios sanitarios más eficaces, equitativos y eficientes para todos los ciudadanos.

Las características del proceso

La complejidad de un proceso de descentralización como el que ha tenido lugar en España, exige análisis amplios, los cuales han sido ya objeto de estudio¹. Con carácter general, sin embargo, cabe describir el proceso de descentralización fundamental como una «devolución» (proceso de descentralización política en la que la capacidad de decisión se transfirió a un nivel po-

lítico inferior) según la terminología al uso^{2,3}.

Las entidades a las que se transfirió la responsabilidad política sanitaria son de nivel regional, las Comunidades Autónomas, pero el proceso no ha sido homogéneo en todos los ámbitos de responsabilidad sanitaria.

Una descripción somera del sistema sanitario español antes de la descentralización permitiría caracterizar tres grupos de distintos de competencias más importantes: las de Salud Pública en sentido amplio, incluyendo la planificación sanitaria, dependían antes de la democracia de una Dirección General de Sanidad, integrada en el Ministerio de la Gobernación (o de Interior). Los servicios sanitarios asistenciales más generales, por su parte, se gestionaban bajo la responsabilidad de un órgano de la Seguridad Social (el Instituto Nacional de Previsión, más tarde Insalud), que dependía del Ministerio de Trabajo. Por último, un grupo de centros sanitarios especiales, encargados hasta entonces de «luchas sanitarias» específicas (lepra, tuberculosis, otras enfermedades infecciosas, cáncer), formaban un grupo independiente, agrupado en un organismo denominado Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) también bajo la responsabilidad del Ministerio del Interior.

Con la instauración de la democracia en España se creó un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977, que tenía como precedente único un corto período durante la época de la Segunda República. En él se unificaron los tres grupos de competencias citadas (no así otras competencias sanitarias, a alguna de las cuales se alude más adelante, que permanecieron dispersas por otros Departamentos Ministeriales).

Sin embargo, a la hora de ceder responsabilidades a las Comunidades Autónomas se reprodujo la división previa: todas las Comunidades Autónomas recibieron la capacidad de asumir las responsabilidades en las materias de Salud Pública, incluida la plani-

ficación, así como la de gestionar la red de centros específicos integrados en la AISNA. Y, de hecho (tabla 1), asumieron tales competencias en los primeros años siguientes a su propia constitución como Comunidades Autónomas.

Por el contrario, las transferencias para gestionar los servicios sanitarios asistenciales de la Seguridad Social (Insalud) se limitaron a un número reducido de Comunidades Autónomas, y aún entre las que tenían reconocida tal capacidad, el proceso de asunción real de las competencias ha sido disperso en el tiempo (tabla 1). La transferencia de esta materia a las Comunidades Autónomas que aún no la tienen, requiere modificaciones legales para abrir la capacidad legal de asumir esa competencia, a las que tendrá que seguir el proceso real de transferencia, lo que es previsible que consuma aún períodos de tiempo relativamente amplios.

Tabla 1

Transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad

	1979-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995
Sanidad	9	8	—	—
AISNA	2	11	4	—
Insalud	—	2	2	3

Los orígenes del proceso

La decisión de la transferencia de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas (aún con distintas modalidades y extensión) no fué una decisión primaria orientada a la mejora de la gestión de los servicios, o al acercamiento de éstos a los ciudadanos: los servicios sanitarios se transfirieron, y deberán transferirse en lo que aún resta, a las Comunidades Autónomas porque se habían constituido éstas y para llenarlas de un contenido más. A su vez, la decisión de crear esas entidades se adoptó para resolver problemas de integración po-

lítica general, en especial de las llamadas «nacionalidades históricas»: esta tarea se llevó a cabo con mayor o menor acierto, abriendo el campo a otros problemas nuevos, acordes con las modalidades de descentralización establecidas.

La afirmación contraria (que las Comunidades Autónomas se constituyeran para facilitar la mejora de la gestión de los servicios, o para acercar las responsabilidades a los ciudadanos) no responde a la realidad del proceso, aunque estos argumentos se hayan añadido luego para justificar algunas de las ventajas posibles de las entidades previamente constituidas.

Este hecho es básico para comprender cómo se ha desarrollado el proceso en aspectos fundamentales del mismo, como son el ritmo y los contenidos de la descentralización: la decisión de las cuestiones cuya responsabilidad debería transferirse a las Comunidades Autónomas en cada campo se adoptó de manera urgente, condicionada por urgencias más generales, las de la propia Constitución de 1978, sin debates sectoriales específicos que permitieran un planteamiento más adaptado a cada campo concreto; y se ejecutó de manera inmediata, sin esperar la existencia de leyes sectoriales que facilitasen una perspectiva armónica y coordinada del proceso.

En el ámbito sanitario, la norma «sectorial» llamada a ordenar el sistema sanitario español (Ley General de Sanidad) es de 1986, fecha en la cual se habían realizado ya buena parte de las transferencias derivadas de la distribución competencial establecida (tabla 1).

Por otra parte, se discuten más adelante los problemas derivados de la transferencia de las competencias más genuinas de autoridad sanitaria, que se cedieron a todas las Comunidades Autónomas (a través de la atribución de competencias a todas ellas en materia de «Sanidad e Higiene»). Por el contrario, probablemente por razones de repercusión económica más inmediata y evidente,

la cesión de competencias en materia de gestión de los servicios sanitarios, se restringió inicialmente a un número más reducido de Comunidades Autónomas, abriendo el campo a un problema todavía no resuelto, que previsiblemente deberá acabar con la ampliación de esas competencias a todas ellas.

El mismo hecho sirve también para comprender cómo el papel de los servicios sanitarios ha sido, como consecuencia, en muchos casos el de adaptarse al «terreno de juego» que se les ha marcado desde fuera, y con arreglo a lógicas distintas a la suya propia. Las razones sanitarias hubieran determinado probablemente una distribución diferente de responsabilidades y servicios. Pero las demandas de eficacia, eficiencia y equidad dirigidas a los servicios sanitarios no podrán ser respondidas en un contexto que no sea el político establecido por las coordinadas generales del proceso, y con los instrumentos que se derivan del mismo.

El determinante político, como causa fundamental del proceso descentralizador, es también la razón por la que las características del mismo, tal como ha tenido lugar en España, no se ajusten a las que le corresponderían si se analiza el proceso desde un punto de vista económico y de la teoría de las organizaciones, comparándolo con los procesos de descentralización que tienen lugar en las grandes empresas, como han estudiado algunos autores⁴.

Por otra parte, las propias características del proceso general determinan la irreversibilidad del mismo incluso a niveles sectoriales: una vez atribuidos ciertos poderes (competencias) a las Comunidades Autónomas, no cabe, razonablemente, plantear la reversión de esas facultades, aún sobre la base de la disfuncionalidad de la distribución de competencias efectuada, pues la reasignación de poderes no será aceptada en ningún caso por las nuevas entidades a las que se han atribuido las competencias. Esa razón política general afecta a cualquier

planteamiento parcial que pueda hacerse con arreglo a lógicas sectoriales específicas, y abocan a éstas a un callejón sin salida si se plantean como alternativas únicas a lo existente.

Coexistencia de diversas formas de descentralización

Otro aspecto a señalar es que el proceso de descentralización fundamental que ha tenido lugar en España ha sido de carácter territorial: las competencias distribuidas en el proceso que se ha descrito, lo fueron a entidades políticas constituidas en territorios concretos. Sin embargo, ese proceso fundamental coexistió con otras formas de distribución de ciertos poderes, sobre todo en el terreno de la gestión de determinados servicios asistenciales, que ya se daban con anterioridad al proceso de descentralización territorial principal. Así puede considerarse, por ejemplo, la gestión independiente de la asistencia sanitaria de las Mutualidades de funcionarios (Muface, Mugeju e Isfas), o la de las denominadas «Entidades colaboradoras de la Seguridad Social», cuyas formas de gestión estaban y se mantienen al margen de la gestión de los servicios sanitarios generales, y que no han sido afectadas por el proceso de transferencias territoriales.

Junto con esas formas de gestión independiente preexistentes, que corresponden al nivel del aseguramiento sanitario, los procesos de descentralización territorial se han caracterizado por la potenciación de nuevas formas de gestión de centros y servicios (hospitales y otros), tendentes a la autonomía de los centros, al margen del derecho administrativo que ha caracterizado hasta ahora los servicios más generales.

Desde un punto de vista teórico, se ha discutido la adecuación de incluir unas y otras formas de gestión diferentes a la general como procesos de descentralización de naturaleza «funcional»^{5,6}. En tanto constituyen otras formas de atribución de poderes a

entidades distintas a las que realizaban con anterioridad esas funciones con carácter más general, sí parece adecuada tal consideración.

En todo caso, es peculiar del proceso de descentralización español la coexistencia del proceso de descentralización territorial con esa otra clase de procesos de descentralización «funcionales» (una experiencia similar ha tenido lugar en Croacia⁷, sin que se conozcan valoraciones más amplias de los efectos de la coincidencia de ambos tipos de procesos). Más aún, lo característico del proceso español, es la potenciación de la posibilidad de procesos «funcionales» por la descentralización territorial previa realizada. El efecto final de la combinación de ambas clases de procesos, es la posibilidad de una amplia diversificación del sistema sanitario, que se ha asumido como adecuada para éste (no puede interpretarse de otra forma la Ley 15/97, de 25 de abril, que abre la posibilidad de nuevas formas de gestión, sin hacer referencia a algunas experiencias en determinadas Comunidades Autónomas que se salen del ámbito marcado), aún antes de evaluar los efectos de tal diversificación, tanto desde el punto de vista de la cobertura de los servicios como desde el del control del gasto.

Sin pretender sobreestimar sus efectos, uno de los elementos que han podido contribuir a ese proceso de potencial diversificación es la falta de una cultura corporativa de los servicios sanitarios, concretada en la debilidad de la «tecnestructura» (los cuerpos de funcionarios existentes), siguiendo la terminología de Mintzberg. La ausencia o debilidad de esos grupos se ha descrito como característica de los países mediterráneos⁸, y en particular de España, y ha tendido a llenarse en nuestro caso, como en otros, mediante el recurso al personal asistencial, que por su propia orientación y formación carece también de una cultura global de los servicios, aunque su función sea la prestación concreta de éstos. Entre los efectos del recurso a esa clase de personal, está la ines-

tabilidad de las «tecnestructuras» existentes en cada momento, que son sustituidas por razones de afinidad política al partido que gobierna en cada caso.

Los procesos de descentralización, por otra parte, se han descrito como un momento propicio para la importación de modelos de otros países, en especial si se carece de un modelo definido propio⁵. Esta es la situación en España años después de la Ley General de Sanidad: esta norma siguió pautas de organización y planificación de los servicios que estuvieron vigentes, sobre todo en los Servicios Nacionales de Salud, durante largo tiempo; pero cuando en España entró en vigor, la mayoría de ellos (el Reino Unido; Suecia) se estaban planteando ya otras formas de organización para afrontar los nuevos problemas (fundamentalmente de eficiencia y control del gasto, pero también de legitimación ante una población de características nuevas) a los que debían enfrentarse, por otra parte similares a los que se plantearon en España casi de forma inmediata a la aprobación de la Ley.

La combinación de esa falta de modelo propio para afrontar dichos problemas, junto con la ausencia de la tecnestructura adecuada, descrita en el párrafo anterior, ha podido contribuir a la difusión de algunos modelos de reforma en la línea de la «gestión» de los servicios, como solución para todos los problemas de éstos, que hoy dominan netamente en el discurso sanitario español.

Sin embargo, seguramente la razón más importante para justificar las amplias posibilidades de diversificación derivadas del proceso de descentralización que ha tenido lugar en España, hay que buscarla en la situación y actitudes del Ministerio de Sanidad y Consumo. Desde un punto de vista estructural, a éste no se le atribuyeron competencias sobre las distintas formas de descentralización «funcional» preexistentes (por ejemplo, las mutualidades de funcionarios). Pero, en la práctica, tampoco demostró ningún afán coordinador o regulador de las nuevas mo-

dalidades de gestión que se iban produciendo en las Comunidades Autónomas. Y cuando finalmente lo ha hecho, a través de la Ley citada, ha sido para abrir puertas, sin otra clase de desarrollo regulador general. La actitud mantenida por el Departamento de Sanidad, puede calificarse como globalmente más preocupada por las modalidades de gestión de los servicios en los territorios de los que es todavía responsable (el Insalud) que por el papel de coordinación general que, nadie discute, le debe corresponder en el conjunto del Sistema.

Los elementos de coordinación del Sistema

En tanto el proceso de descentralización no suponga la separación de un sistema sanitario en servicios por completo independientes, el establecimiento de instrumentos de coordinación debe ser paralelo al desarrollo del propio suceso descentralizador.

Los instrumentos de coordinación son semejantes entre unos y otros países con sistemas descentralizados y abarcan distintas formas: el establecimiento de un órgano multilateral de relación entre las entidades descentralizadas y con el que desempeña el papel central del sistema; los sistemas de información y planificación general; los mecanismos de financiación y presupuestación, que suponen el reparto de fondos que suelen tener, total o parcialmente, un origen común; las distintas modalidades de convenios y subvenciones para propiciar la actuación común en ciertos campos; las normas «marco» o «básicas», de carácter general y obligado seguimiento en sus desarrollos por parte de las entidades descentralizadas; y, finalmente, la denominada «alta inspección», como forma de seguimiento (limitado normalmente al control de legalidad de las normas de las entidades descentralizadas) de la actuación de estas últimas.

Dentro de ese marco general, el desarrollo de las distintas formas de coordinación

tiene características propias en cada país, las cuales se atienen a las condiciones específicas de éste.

En el caso español se consideran como las más relevantes las siguientes:

1. En primer lugar, las **condiciones de las transferencias a las Comunidades Autónomas**, que hacen a éstas políticamente responsables de las competencias asumidas. En los campos en los que estas administraciones han recibido la competencia (y todas las han recibido en materia de autoridad sanitaria), no hay posibilidad de imponerles actuaciones contrarias a sus propios criterios, ni de demandarles responsabilidades por otra vía que no sea la política citada.

Esta situación influye sobre los órganos de coordinación, cuyas decisiones no pueden tener un carácter distinto al de recomendaciones, cuyo seguimiento queda a la voluntad de cada una de las entidades responsables. Esa limitación, sin embargo, es común a los órganos de coordinación de otros países, y permite formas de adopción de acuerdos que no se han agotado en nuestro caso⁹.

Como es lógico, tal situación tiene también repercusión directa sobre las posibilidades de la denominada «alta inspección», que (salvo complejos mecanismos legales, que al final no suponen tampoco la existencia de otra coerción que la de los tribunales) no puede alcanzar las expectativas de obligar determinadas actuaciones por parte de las Comunidades Autónomas, que se han demandado en algunos casos.

2. En segundo lugar, las **características del sistema de financiación establecido**, en el que el Estado es el financiador último, mientras que el gasto se hace por las Comunidades Autónomas, con una distribución vinculada al reparto poblacional de los fondos, y un sistema de seguimiento del gasto descentralizado inexistente en la práctica.

Diversos autores han examinado las razones del crecimiento del gasto sanitario, tanto

en España como en otros países. Entre los estudios más recientes, los realizados sobre el Reino Unido^{10,11} y España¹², coinciden en señalar que el factor más importante de crecimiento es el coste de las nuevas tecnologías incorporadas (del 80 al 90% del incremento se justifica por esta razón), y que el resto (entre el 10 y el 20% del total) puede atribuirse al proceso de envejecimiento de la población. Según estos estudios, el crecimiento del gasto, en contra de lo que suele decirse, sería controlable en su participación en el Producto Interior Bruto (PIB), con los niveles de crecimiento de la financiación sanitaria mantenidos hasta ahora, siempre que se dé un crecimiento económico global sostenido en niveles del 2,5 al 3% en términos reales.

En esa situación, la ausencia de información económica real y pública de las Comunidades Autónomas se ha convertido probablemente en el mecanismo más inflacionista del Sistema, pues facilita las demandas de fondos adicionales basadas en supuestas insuficiencias financieras, en las que no es posible diferenciar la parte atribuible realmente a la escasez de financiación de la correspondiente a la gestión de cada una de las entidades (Comunidades Autónomas) descentralizadas, a las que, de esa forma, no es posible demandar la responsabilidad política que les corresponde.

Esa falta de información económica de las entidades descentralizadas puede agravarse con el cada vez más difícil seguimiento de las formas de descentralización «funcionales» (los hospitales sometidos a nuevas modalidades de gestión; las nuevas formas de gestión establecidas en algunas Comunidades Autónomas en atención primaria) establecidas en cada territorio, lo que puede repercutir en las posibilidades de control del ritmo de crecimiento del gasto sanitario.

Otra característica específica del sistema de financiación sanitario en España, es la falta de previsión de un reparto centralizado

de una parte de los fondos, cuya eficacia para promover el seguimiento de políticas comunes ha sido puesta de manifiesto en otros países¹³. Por comparación con otros órganos de funcionamiento descentralizado (así, por ejemplo, la Unión Europea, cuya capacidad para promover el cumplimiento de sus acuerdos se pone en relación con la distribución condicionada de los distintos fondos de cohesión) se ha puesto en cuestión la viabilidad real de promover un funcionamiento más eficaz del Consejo Interterritorial, el órgano de coordinación multilateral propio del sistema español, si no tiene un cierto papel de reparto de algunos fondos.

3. En tercer lugar, con carácter general, cabe señalar la existencia de **importantes déficits, tanto en los sistemas de información común** (que no se han reforzado de manera significativa respecto a la situación previa al proceso descentralizador), **como en los mecanismos e indicadores de planificación general**. Respecto a estos últimos, no se han llegado a diferenciar todavía los que pueden corresponder a los niveles centrales del sistema, ni las formas en que puede promoverse su establecimiento y seguimiento por parte de las Comunidades Autónomas.

4. En cuarto lugar, el **desarrollo de los convenios** ha sido también **escaso y falto de continuidad**, de manera que, en la práctica, no ha servido como instrumento de coordinación¹⁴. Y la **utilización de subvenciones se frenó** como consecuencia de alguna sentencia del Tribunal Constitucional (STC de 6 de febrero de 1992), que se muestra partidaria, en la mayoría de los casos, de un reparto de los fondos similar y simultáneo al de la financiación general, y sobre bases fundamentalmente poblacionales.

5. Por último, el **desarrollo de normas «básicas»**, salvo la Ley General de Sanidad, dotada en buena parte de su texto de ese carácter, ha sido **también escaso** (puede citarse como ejemplo el tantas veces demandado «Estatuto Marco» del personal del Sistema Nacional de Salud). Su desarrollo futu-

ro se verá dificultado por su retraso, que deberá afrontar la existencia de normas en muchas materias dictadas por las Comunidades Autónomas, que serán así reticentes a modificar sus desarrollos ya hechos.

Una panorámica conjunta como la descrita, que resulta una valoración negativa de la situación de la coordinación sanitaria en nuestro país, es, sin embargo, acorde con la actitud global que se atribuyó al Ministerio de Sanidad y Consumo en el apartado anterior. La modificación de esa situación requiere, por eso, el cambio de actitud y papel a desarrollar por el Departamento, haciendo un uso diferente de los medios a su alcance que se describían antes.

Algunos efectos de la descentralización

Hacer una valoración general de los efectos de distinto tipo (sobre la salud; sobre los recursos; sobre la organización de los servicios) que ha tenido el proceso de descentralización constituye una tarea compleja, que se ha tratado de iniciar en otros trabajos¹⁵.

Cabe señalar aquí, a grandes rasgos, que el proceso descentralizador no parece haber aumentado significativamente hasta ahora las desigualdades territoriales (no se hace referencia en este caso a desigualdades sociales, que han sido analizadas por otros autores¹⁶ en distintos parámetros de salud y de dotación y organización de los servicios, e incluso puede apuntarse una tendencia a la convergencia en algunos ámbitos.

Esas tendencias pueden ser el resultado de movimientos que ya existieran con anterioridad a la constitución de las Comunidades Autónomas (se ha descrito, por ejemplo, la tendencia a la igualación de los índices de dotación de camas hospitalarias públicas por territorios desde antes del proceso descentralizador¹⁷. En el caso de los niveles de salud, los movimientos van en paralelo a un cierto acercamiento en los niveles promedio de renta y servicios entre las Comunidades Autónomas¹⁸.

Desde el punto de vista de la organización de los servicios, un cierto «efecto copia» de lo realizado por otras administraciones, puede haber desempeñado un papel importante: así, por ejemplo, puede explicarse que las normas de constitución de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, hayan seguido pautas distintas antes y después de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990, que introdujo la novedad de plasmar la separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios, como base para introducir dosis de competencia y mercado entre ellos, orientación seguida por las normas posteriores de otras Comunidades Autónomas. Pero las comparaciones podrían extenderse a otras áreas¹⁹⁻²¹. Los parecidos observados pueden deberse más a esa forma de «contagio» que a una adaptación específica a circunstancias que son muy distintas en algunos casos, y que, en principio, permitirían considerar como poco adecuadas para algunas de ellas lo que puede resultar apropiado para otras (así, se han puesto ya de manifiesto en otros países²² las dificultades y efectos de promover la competencia entre servicios sanitarios en territorios donde sólo existe un proveedor; ése es el caso de diversos territorios y servicios en España).

El efecto de la descentralización sobre las diferencias entre territorios en distintos aspectos de los señalados, debe ser objeto de atención preferente en el futuro. Pero se quiere llamar la atención aquí sobre otros efectos del proceso descentralizador sanitario español de carácter cualitativo:

- En primer lugar, que al quedar al margen del interés (y de la responsabilidad) del órgano coordinador principal las formas de descentralización funcionales preexistentes que se han citado antes (las Mutualidades de funcionarios; las entidades colaboradoras de la Seguridad Social), se dejaron al margen del sistema sanitario, y sin capacidad de influencia sobre ellos, modelos de organización de los servicios que, a la postre, se han constituido en referencia para el conjunto del

sistema sanitario a la hora de proponer innovaciones en su gestión. Desde este punto de vista parece que sería adecuado que los procesos de descentralización territorial se acompañasen de una cierta centralización de competencias sanitarias en un solo Departamento ministerial, pues, de otra forma, es difícil, si no imposible, orientar una política sanitaria de manera coordinada. Se trata de un problema que se ha descrito en países en vías de desarrollo²³, cuya solución, sin embargo, parece haberse alcanzado ya en otros países de nuestro entorno.

- En segundo lugar, que la descentralización de la autoridad sanitaria como la que ha tenido lugar en España, al margen de otros problemas de coordinación, ha contribuido a provocar una situación de relación desigual entre las Administraciones que ostentan esa autoridad (cada vez de menor tamaño y más atomizadas), y las entidades y grupos que constituyen el objeto fundamental de la misma (por ejemplo, empresas químicas, de alimentación, u otras), que tienden a reforzar su poder y capacidad de influencia mediante la constitución de grupos de carácter nacional o transnacional.

En otros países, como Francia y el Reino Unido, se han producido iniciativas para centralizar la autoridad sanitaria en materia de salud pública y control sanitario de los alimentos, como forma de potenciar la consideración de los efectos sanitarios de las actuaciones más diversas, de afrontar otros intereses que puedan resultar contradictorios con los sanitarios y de coordinar servicios hasta ahora dispersos en diferentes departamentos ministeriales^{24,25}.

Por el contrario, con arreglo a la situación descrita en el caso español, la distribución de competencias efectuada en España no sería un modelo a imitar en este campo. Pero la solución de los problemas derivados de esta situación en nuestro país, no parece tener otra vía que la más intensa coordinación de los servicios descentralizados, si se

acepta la irreversibilidad del proceso, antes apuntada.

El mismo tipo de reflexiones podría aplicarse a las actuaciones de compra por parte de los servicios sanitarios, que, ahora dispersos, han disminuido la capacidad de utilización del poder de monopsonio (o monopolio de compra) que en la práctica tienen como conjunto.

- Un tercer aspecto de interés es que la descentralización ha contribuido al reforzamiento de una valoración fundamentalmente económica de la sanidad y, como consecuencia, a una mayor «expropiación» de las decisiones sanitarias, que han pasado a ser objeto de una aún mayor atención y decisión por parte de las áreas económicas de responsabilidad de los gobiernos, tanto el central como los descentralizados. Las razones para ello son dobles: la importancia proporcional del gasto sanitario en los presupuestos de las Comunidades Autónomas que reciben las transferencias sanitarias «completas» (la parte sanitaria suele rondar el 30% del presupuesto autonómico correspondiente); y la desconfianza (tanto central, como de las áreas económicas de los gobiernos autonómicos) hacia el control del gasto sanitario (en un contexto general de control del gasto público) en un marco descentralizado.

Sin que ello suponga poner en cuestión la capacidad de gestión de las Comunidades Autónomas (por otra parte probablemente más sensibles a las demandas ciudadanas más diversas por razones estructurales de proximidad), la combinación de la falta de información real del gasto sanitario autonómico y el peculiar sistema de financiación sanitaria vigente hasta ahora en España, conforme a lo indicado antes, parecen haber contribuido a una tendencia inflacionista, en la que todas las administraciones pueden obtener beneficios (mayores presupuestos) de las desviaciones en el gasto realizadas por otras. (A la vez, los déficits de una determinada administración se elevan a la potencia del conjunto del Sistema, y pueden provocar

la adopción de medidas generales, como el copago en determinados servicios, para aportar fondos adicionales a la financiación insuficiente).

Pero la adopción de decisiones sanitarias con la orientación exclusivamente económica propia de las autoridades de este área deja al margen aspectos fundamentales de la política sanitaria como política social y parte importante del Estado del Bienestar²⁶.

De cualquier forma, por las razones apuntadas, recuperar una cierta capacidad de gestión autónoma por parte de las autoridades sanitarias, pasa, en nuestro caso, por dotarse de unos sistemas de información económica y de financiación que contribuyan a evitar los problemas citados.

Perspectivas de futuro de la descentralización sanitaria española

Siguiendo el planteamiento general de este trabajo, se dejan al margen cuestiones de futuro más concretas (desde la perspectiva temporal de las transferencias pendientes; el desarrollo de algunas normas básicas, como el Estatuto Marco del personal del Sistema Nacional de Salud; las formas que pueden permitir la consolidación del Consejo Interterritorial como órgano de coordinación; el papel de futuro del Ministerio de Sanidad, u otras), que se han analizado en el texto más amplio citado antes²⁷.

Con carácter general, los aspectos que centran las posibilidades de evolución del Sistema Nacional de Salud como sistema descentralizado podrían girar en torno a dos cuestiones principales:

- En primer lugar, la determinación de los márgenes de diferenciación organizativa y funcional que resultan compatibles con el mantenimiento de un sistema de protección sanitaria para toda la población en todo el territorio español, con niveles de cobertura semejantes, como parte del Estado de Bienestar y contribución a la integración del propio Estado.

Se ha señalado antes que el resultado del desarrollo descentralizador, en la forma en que ha tenido lugar hasta ahora, ha abierto las puertas a un amplio potencial diversificador. Esa diversificación se ha considerado adecuada y acorde con el proceso desde fuera del propio sector sanitario, e incluso una de las expresiones más propias de un desarrollo «asimétrico» (y, por tanto, desigual) del Estado autonómico²⁸. Sin embargo, desde el ámbito sanitario, parece necesario en primer lugar valorar con más profundidad (y mantener una evaluación continuada) los efectos de la diversificación desde distintos puntos de vista (niveles de salud; cobertura de los servicios; mantenimiento de niveles sostenibles de gasto...). Ese paso debería seguirse de la regulación de las circunstancias (organizativas, financieras, de intercambio de información...) que contribuyan al mantenimiento de condiciones de homogeneidad en los aspectos que se consideren fundamentales, aun cuando éstos deban definirse por acuerdo general.

- La segunda perspectiva tiene que ver con una definición todavía no hecha del modelo de Estado descentralizado español. La disyuntiva que se ha planteado por algunos autores, con carácter general, es el decantamiento por un «federalismo competitivo» o bien por un «federalismo cooperativo»²⁹. El paradigma del primero de ellos es el modelo americano, en el que cada Estado compite con los restantes por atraer hacia su territorio la mayor cantidad de recursos e inversiones públicas y privadas y los mayores niveles de bienestar para sus ciudadanos propios. Alemania, con sus «länder», y una amplia aplicación del principio de lealtad para con el Estado común como base central del sistema, constituye un ejemplo claro del segundo modelo³⁰.

La aplicación de un principio de competencia interterritorial en el caso sanitario, que se ha propuesto desde fuera del sector

por algunos autores (y que se beneficia del clima favorable con el que son acogidas en los ámbitos económicos de los gobiernos las llamadas a la competencia para resolver cualquier clase de problemas) es discutible con carácter general, y contradictoria con los principios de cooperación y solidaridad que sustentan cualquier sistema sanitario desarrollado.

Desde puntos de vista más específicos se ha propuesto también la competencia entre los servicios sanitarios autonómicos en el contexto de la separación de las funciones de financiación y de provisión de los servicios y el establecimiento de un mercado regulado³¹.

Fuera de análisis teóricos sobre las posibles ventajas de situaciones como las descritas⁴ no hay evidencias contrastadas de que ese tipo de mecanismos, aplicados a la competencia territorial, mejoren ni la eficiencia ni la equidad de los servicios sanitarios del país, tomados como conjunto al servicio de todos los ciudadanos españoles. Por el contrario, la distribución territorial desigual de buena parte de los servicios complejos y la disparidad de características (en tamaño, población, dispersión y otras) de las Comunidades Autónomas, permiten suscitar recelos fundados de que el resultado pueda ser el contrario desde los puntos de vista citados (la posibilidad de la competencia interterritorial contribuiría probablemente a promover la provisión de toda clase de servicios por parte de todas las Comunidades Autónomas, lo que resultaría en deterioro de la eficiencia global y de la calidad de buena parte de ellos; el establecimiento de sistemas de precios diferentes para la «compra» de servicios entre las Comunidades Autónomas puede provocar claros problemas de equidad en el acceso).

Ante unos y otros tipos de problemas, la única solución factible y adaptada a la realidad de nuestro Estado parece la de la coordinación entre las Administraciones para garantizar los objetivos comunes del Siste-

ma; y el paso a un cierto sentimiento de propiedad del conjunto de éste por parte de cada uno de los responsables parciales (autonómicos) del mismo, de manera que el interés de cada uno de ellos, no sea sólo la situación de la salud y los servicios sanitarios en su territorio autónomo, sino que se manifiesten también como responsables solidarios (por razones de interés propio, como es la inevitable repercusión de las situaciones y actuaciones sanitarias de otros territorios sobre el suyo) de las mismas cuestiones en todo el Estado español.

Dejando al margen las formas concretas de mejorar las formas de cooperación entre las Comunidades Autónomas y el cambio que debe producirse en la actuación del Ministerio de Sanidad, que escapan a las posibilidades de este trabajo, el conocimiento de los déficits en la coordinación desarrollada hasta ahora, que se señalaban antes, debe ser el primer incentivo para mejorar esa situación.

BIBLIOGRAFIA

1. Rey del Castillo, J. La descentralización de los servicios sanitarios; aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. (en prensa).
2. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh, I. (eds). Descentralización de los sistemas de salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Ginebra: OMS; 1990.
3. Saltman RB, Figueras J. European Health Care Reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 1997.
4. Rico A. ¿Es la descentralización sanitaria una reforma deseable?. Expectativas teóricas y experiencia comparada. En: Freire J.M. (ed.) Reformas sanitarias y equidad. Madrid: Fundación Argentina. Colección Igualdad, vol. IX; 1997.
5. Collins C and Green A. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Int J Hlth Serv* 1994; 24(3): 459-475.
6. Araujo JLAC. Attempts to decentralize in recent Brazilian health policy: issues and problems. *Int J Hlth Serv* 1997; 27(1): 109-124.

7. Deppe HU, Oreskovic S. Back to Europe: Back to Bismarck?. *Int J Hlth Serv* 1996; 26(4): 777-802.
8. Figueras J, Mossialos E, Mc Kee M, Sassi F. Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean Paradigm?. *Int J Hlth Sci* 1994; 5(4): 135-146.
9. Rey del Castillo J. Elementos y formas de coordinación. En: Rey, J. La descentralización de los servicios sanitarios; aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (en prensa).
10. Harrison A, Dixon J, New B, Judge K. Can the NHS cope in the future?. *BMJ* 1997; 314: 139-142.
11. Dixon, J. The British National Health Service-A Funding Crisis?. *Euro Health* 1997; 3(1): 36-37.
12. Fuentes Quintana E, Barea Tejero J. El déficit público de la democracia española. *Papeles de Economía Española* 1996; 68: 86-191.
13. OECD. The reform of Health care Systems: a review of seventeen OECD countries. OECD: Paris; 1994. p. 103-122.
14. Subdirección General de Alta Inspección. Los convenios de Sanidad firmados con las CC.AA. (1984-1994). Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995 (mimeo).
15. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Evolución comparativa de la salud y los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas a partir de 1980. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995 (mimeo).
15. Comisión científica de estudio de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales de salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
17. Trovo Esteban AM, Olivares Mariscal O, Oñorbe de Torre JA. Evolución del sector hospitalario español 1972-1991. *Gestión Hospitalaria* 1995; 4: 5-19.
18. Pérez F, Goerlich FJ, Mas M. Capitalización y crecimiento en España y sus regiones 1955-1995. Madrid: Fundación BBV; 1996.
19. Barnuevo R, Sánchez García I, Suárez Barrio B. La participación democrática en el Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994 (mimeo).
20. Barnuevo R, Sánchez García I, Suárez Barrio B. Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
21. Barnuevo R, Sánchez García I. La integración de centros y establecimientos sanitarios de las Corporaciones Locales en los Servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995 (mimeo).
22. Drummond M. The NHS reforms. Where are we now?. *Australian Health Rev* 1995; 18(1): 28-42.
23. Govindaraj R, Chellaraj G, Murray CJL. Health expenditures in Latin America and the Caribbean. *Soc Sci Med* 1997; 44(2): 157-169.
24. Anónimo. The moral maze of public health (Editorial). *The Lancet* 1997; 349: 583.
25. Olsen N. At last, a public health minister (Editorial). *BMJ* 1997; 314: 1498-1499.
26. Villota F. Contra-Erewhon: una defensa del gasto sanitario público. *Razón y Fe* 1996; 234: 56-69.
27. Rey del Castillo J. Perspectivas de futuro de la descentralización sanitaria en España. En: Rey, J. La descentralización de los servicios sanitarios; aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (en prensa).
28. Requejo F. Diferencias nacionales y federalismo asimétrico. *Claves de Razón Práctica* 1995; 55: 24-37.
29. Colomer JM. Autonomismo competitivo. *El País* 7 mayo 1996, 12 (col 1-5).
30. De Blas Guerrero A. Nacionalismos y naciones en Europa. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
31. Elola J. Informe a la Subcomisión Parlamentaria para la consolidación y mejora del Sistema Nacional de Salud. *Centro de Salud* 1997; 5(4): 221-234.