

LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA: EL CAMINO RECORRIDO Y LAS TAREAS PENDIENTES

Ana RICO GÓMEZ (*)

I. INTRODUCCIÓN

LA historia de las reformas sanitarias en España durante los últimos veinte años pone de manifiesto que el sistema sanitario español ha experimentado cambios importantes durante el período democrático. De la asistencia sanitaria de la seguridad social, heredada del período franquista, en la que sólo los cotizantes tenían acceso al sistema, basada en las cotizaciones como fuente principal de financiación, y fuertemente centralizada en cuanto a su organización y gestión, se pasa a un sistema nacional de salud profundamente descentralizado, financiado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y en el que el acceso a los servicios públicos se considera un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos españoles. Estos cambios, salvo cuestiones puntuales, se ejecutan plenamente durante los años ochenta y noventa. Durante esta última década, además, el sector sanitario público español muestra un considerable dinamismo en cuanto a la rapidez con la que las propuestas internacionales de reforma pasan a protagonizar los debates políticos internos, e incluso a reflejarse formalmente en la legislación. Ello supone una ruptura con respecto a la pauta histórica predominante en el pasado, caracterizada por el considerable retraso con el que se introducen en España los cambios adoptados por los países europeos occidentales (1).

El proceso político que sirve de hilo conductor a estas reformas no ha sido, curiosamente, objeto de interés preferente por parte de la investigación española, principalmente centrada en los aspectos económicos y jurídicos de las reformas. Y esto es así a pesar del considerable interés que tiene el caso español desde el punto de vista del análisis comparado. A partir de un punto de arranque compartido con el resto de países del Sur de Europa (Grecia, Italia y Portugal), que introducen entre mediados de los setenta y mediados de los ochenta el modelo de servicio nacional de salud, se puede defender que España inicia una cierta trayectoria divergente con respecto a estos países. Esta trayectoria se inicia en 1986, con la plasmación legislativa de una estructura institucional profundamente descentralizada de gobierno de los servicios sanitarios. Las competencias que entonces adquieren las comunidades denominadas de «vía rápida», que incluyen una discrecionalidad importante en el plano de la legislación, la planificación y la gestión, superan en este sentido la situación de los gobiernos subcentrales en otros países europeos formalmente federales.

Un segundo rasgo distintivo del caso español con respecto a los países del Sur de Europa se refiere a la naturaleza de la ola de reformas que comienza a introducirse en la mayoría de los países europeos a partir de mediados de los ochenta. En Italia,

Portugal o Grecia, esta segunda generación de reformas se centra principalmente en la concesión de un mayor papel al sector privado dentro de los servicios sanitarios públicos. En España, sin embargo, las escasas iniciativas en esta dirección se someten a un fuerte control del Estado, mientras que las líneas predominantes de reforma se plasman en una serie de esfuerzos destinados a intentar mejorar el funcionamiento del sector sanitario público. La estrategia consiste, pues, principalmente, en la introducción de innovaciones en la estructura institucional del Estado, más que en la reducción de su papel con respecto al sector privado.

La descentralización de la sanidad a las comunidades autónomas constituye el ejemplo más visible, pero no el único, de esta estrategia institucional. A partir de este punto, la creación de múltiples servicios de salud autonómicos dotados de un poder político considerable, dirigidos por gobiernos autonómicos de distintos signos ideológicos, y que compiten entre sí y con el Estado central en el mercado político de las reformas sanitarias, convierte a nuestro país en uno de los terrenos de juego más excitantes para la investigación sobre los procesos de reforma de los estados del bienestar contemporáneos.

El objetivo global de este artículo, en este contexto, consiste en analizar la doble interacción entre descentralización y reforma sanitaria, por un lado, y entre proceso político y estructura institucional, por otro. En otras palabras, el estudio empírico de las relaciones entre descentralización y reforma del Estado del bienestar se enfoca en este trabajo a través de una perspectiva teórica considerablemente inexplorada en nuestro país, que conce-

de una centralidad explicativa singular a los factores políticos e institucionales. Esta perspectiva puede contribuir a enriquecer, además, el debate internacional sobre los efectos que la descentralización ejerce sobre la capacidad de reforma e innovación de los Estados.

La perspectiva político-institucional es, de hecho, especialmente pertinente dado el énfasis excesivo que las investigaciones recientes sobre el tema ponen en el contexto social en el que se desenvuelven las instituciones políticas, lo que acaba conduciendo a una visión de la política como un proceso profundamente marcado por la Historia. La publicación en 1993 del influyente libro de Robert Putnam y colaboradores sobre las consecuencias de la descentralización en Italia contribuye decisivamente a inclinar la balanza del lado de la sociedad y de la Historia. En otras palabras, estos autores concluyen que el funcionamiento del sector público depende principalmente de las características sociopolíticas (tejido asociativo, confianza) y socioeconómicas (desarrollo económico) históricas de cada región, lo que introduce en el debate académico una visión de las consecuencias de la descentralización caracterizada por un cierto determinismo sociológico e histórico (2). Desde un punto de vista teórico, pues, el momento actual resulta considerablemente adecuado para emprender un análisis de la cuestión centrado en la importancia de la política y las instituciones como instrumentos de reforma social que permiten superar la dependencia de la Historia.

El artículo se estructura en tres grandes apartados. En el II, se examina el proceso de formulación de la estructura institucional de gobierno de la sanidad en

España, cuya expresión legislativa principal es la Ley General de Sanidad. El apartado III intenta demostrar que sin prestar atención a la interacción entre instituciones y procesos políticos difícilmente puede comprenderse la trayectoria seguida por las reformas sanitarias durante la última década, que responde en gran medida a la profunda descentralización del sector sanitario público español. Por último, el apartado IV, dedicado a las conclusiones, presenta un breve análisis de las consecuencias de la descentralización sanitaria en España en términos de sus costes y beneficios principales.

II. DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA Y ESTADO DEL BIENESTAR: LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE GOBIERNO DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

La evolución de las reformas sanitarias durante el período democrático puede dividirse en dos períodos, en razón de los modelos internacionales que protagonizan el debate político en nuestro país. El primer período, que coincide a grandes rasgos con la década 1976-1986, se caracteriza por el predominio de propuestas de reforma basadas en el modelo de servicio nacional de salud británico, que acaba adoptándose formalmente en 1986, aunque adaptado a la estructura descentralizada del Estado español consignada en la Constitución.

El segundo período, que se abre en 1987, se caracteriza principalmente por las tensiones existentes entre las iniciativas políticas dirigidas a consolidar el modelo adoptado en el período previo y un conjunto de pro-

puestas de reforma sanitaria innovadoras, que comienzan a debatirse en Europa a partir de mediados de los años ochenta (Enthoven, 1985; Saltman y von Otter, 1987), y que adquieren una importancia creciente en el debate político español durante los años noventa. Esta situación, que perdura al menos hasta 1996, podría inclinarse finalmente hacia las nuevas propuestas de reforma a partir de la entrada del Partido Popular en el gobierno central, lo que supondría la apertura de un tercer período, en términos analíticos. El breve tiempo transcurrido desde su entrada en el poder no permite, sin embargo, realizar juicios firmes a este respecto.

El presente artículo se centra principalmente en el segundo período, puesto que su objetivo principal es analizar el impacto de la descentralización sobre la trayectoria seguida por la reforma sanitaria (3). Sin embargo, resulta conveniente repasar antes algunos de los rasgos del proceso de reforma que se acomete durante el primer período y, más concretamente, los que se refieren al proceso de construcción de la estructura institucional actual de gobierno de la sanidad en España.

En general, se puede empezar por afirmar que el modelo de descentralización sanitaria adoptado en España, sólo esbozado en la Constitución y en los estatutos de autonomía, se define principalmente durante el debate político y parlamentario sobre la Ley General de Sanidad, que se aprueba en el Congreso de los Diputados el 18 de marzo de 1986. La Ley articula el nuevo Sistema Nacional de Salud en torno a cuatro rasgos institucionales clave: la universalización de la asistencia, la financiación con cargo a impuestos, la expansión e integración de las múlti-

ples redes sanitarias públicas, y la consolidación de una estructura federal asimétrica (4) de reparto de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. En 1986, para terminar, se transfiere la asistencia sanitaria a la comunidad andaluza, continuando así el proceso iniciado en noviembre de 1981 con el traspaso del INSALUD a la Generalitat de Cataluña.

Los tres primeros rasgos institucionales del Sistema Nacional de Salud español se derivan directamente del modelo británico, y se adoptan igualmente en el resto de países del Sur de Europa durante el mismo período. La adopción de este modelo responde en estos cuatro países, como ha señalado adecuadamente Ferrera (1996), a la fuerte presión ejercida en este sentido por los partidos socialistas y comunistas, apoyada en subculturas de izquierda profundamente arraigadas en estos países. En contraste, la descentralización política del gobierno de la sanidad por la que se opta en España no se adopta en ninguno de estos países, mientras que resulta relativamente incoherente con el propio modelo de Servicio Nacional de Salud británico, basado en una centralización notable de la política sanitaria (5).

¿Cuáles son los rasgos distintivos del marco institucional de gobierno de la sanidad en España? Suele asumirse a este respecto que la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades en el ámbito sanitario constituye simplemente una aplicación puntual y no problemática de la estructura institucional del Estado consignada en la Constitución. Esto no es totalmente cierto, ni constituye siquiera una aproximación global adecuada al problema de estudio, principalmente en tres sentidos.

En primer lugar, como ha sido puesto repetidamente de manifiesto, el título VIII de la Constitución es suficientemente abierto como para permitir que su aplicación sectorial se incline bien en el sentido de una descentralización administrativa sujeta a fuertes controles centrales, bien en el sentido de una descentralización política profunda.

Una segunda consideración es la siguiente. En el ámbito sanitario, como ya hemos visto, la balanza podría haberse inclinado fácilmente en la primera de las direcciones señaladas en el párrafo anterior: la sanidad es una de las pocas cuestiones para las que la Constitución reserva amplios poderes al Estado central, por un lado. Por otro, las sentencias del Tribunal Constitucional sobre la LOAPA sanitaria (STC 32/1983 y 42/1983) dejan las manos libres al Estado central para reforzar aún más estos poderes, siempre que lo haga a través de una ley, y no por decreto.

Hay que tener en cuenta, en tercer lugar, que las comunidades de vía lenta disponen de considerables competencias en cuanto a la sanidad, de acuerdo con el bloque constitucional. Poseen, en primer lugar, competencias exclusivas en cuanto al campo competencial denominado «sanidad e higiene pública» (6) —prevención y promoción de la salud, canalización y depuración de aguas, control alimentario, servicios mortuorios...—, por un lado. Por otro, la Constitución les adjudica, además, competencias de desarrollo ejecutivo y gestión de los servicios de «sanidad interior» (servicios médicos, farmacéuticos y veterinarios rurales, red de hospitales provinciales y de salud mental, centros de asistencia sanitaria de la Beneficencia). Por último, diez de los trece estatutos de autonomía de

las comunidades de vía lenta incluyen competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de «coordinación hospitalaria, incluida la de la seguridad social» (7). Estos grandes paquetes competenciales permanecen, sin embargo, notablemente indefinidos tanto en la Constitución como en los estatutos.

No hay que olvidar, por otro lado, que el programa sanitario socialista, desde el inicio mismo de la transición, se ajusta muy de cerca al modelo de Servicio Nacional de Salud británico en esta cuestión, por lo que prevé una descentralización administrativa limitada a todas las comunidades autónomas, y no sólo a las de vía rápida. De hecho, la mayor parte de los sucesivos anteproyectos de la Ley General de Sanidad elaborados por los socialistas entre 1983 y 1985 reflejan este modelo de descentralización administrativa y simétrica, predominante, en lo que a la sanidad se refiere, y no sin fuertes resistencias internas, dentro del propio PSOE (8).

Para entender la actitud de los socialistas en torno a esta cuestión, hay que tener en cuenta al menos dos hechos importantes. La tradicional aversión de los partidos de izquierda a la descentralización política resulta aquí especialmente significativa, y se basa en un argumento histórico: los proyectos de reforma social resultan más difíciles de llevar a la práctica en un Estado descentralizado, puesto que los gobiernos subcentrales pueden ser utilizados como bastiones de resistencia por parte de los poderes sociales tradicionales opuestos a la reforma.

Otro dato importante a retener es que, dadas las competencias constitucionales de las comunidades de vía lenta en materia de

sanidad, el modelo asimétrico de descentralización de la asistencia sanitaria puede suponer un serio obstáculo para la consecución de los objetivos centrales de la reforma sanitaria socialista. En concreto, si se bloquea el acceso de estas comunidades a las competencias de asistencia sanitaria, resulta imposible llevar a la práctica la unificación completa de las redes sanitarias públicas. Además, la aplicación de la reforma de la atención primaria y de la universalización del acceso se convierte en una tarea de ingeniería política considerablemente complicada, lo que puede hacer peligrar los resultados del proceso. Por último, y esta vez por razones jurídicas considerablemente complejas, tampoco es posible promover la independencia completa de la asistencia sanitaria con respecto al sistema de seguridad social.

Esto es así por los siguientes motivos. Las comunidades de vía lenta, dadas sus competencias constitucionales, pasan a ser titulares, a efectos prácticos, de la antigua red de centros y servicios sanitarios locales. Ello quiere decir que para unificar completamente la red sanitaria pública resulta necesario que accedan también a las competencias de asistencia sanitaria de la seguridad social, para poder adscribirles además los centros incluidos en esta red. Del mismo modo, la aplicación de la reforma de la atención primaria requiere la integración de los profesionales sanitarios rurales (que dependen de las administraciones autonómicas) en la red de centros de atención primaria de la seguridad social. El caso de la universalización del acceso es semejante: se trata de incluir a los usuarios y a los centros de la antigua red de la Beneficencia en los servicios sanitarios de la seguridad social.

En cuanto a la separación de la asistencia sanitaria del sistema de seguridad social, su puesta en práctica (financiación con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, fin de la tutela ejercida por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre el de Sanidad y Consumo a través de la doble dependencia orgánica del INSALUD) tendría efectos paradójicos. En concreto, la asistencia sanitaria pasaría a formar parte del paquete competencial de «sanidad e higiene pública» o del de «sanidad interior». Ello supondría la ampliación automática de las competencias constitucionales de las comunidades de vía lenta, que pasarían a tener derecho al mismo umbral competencial que las de vía rápida (9).

El punto de partida es, pues, el siguiente: el marco institucional previo proporciona suficientes grados de libertad como para que el proceso político pase a primer plano; los ingredientes propiamente políticos en la situación de partida (preferencias programáticas del PSOE, mayoría absoluta de los socialistas en el parlamento) parecen indicar que la descentralización administrativa simétrica constituye la solución más probable al problema de la estructura institucional de gobierno de la sanidad. Sin embargo, el resultado final del proceso de discusión parlamentaria de la Ley General de Sanidad difiere considerablemente de estas expectativas previas.

Aunque no pueden analizarse aquí en detalle las causas de los cambios experimentados por el modelo de descentralización sanitaria a lo largo del debate parlamentario, sí que conviene mencionar al menos el importante papel jugado por el Partido Nacionalista Vasco, y por Convergencia y Unión, a lo largo del proceso de formulación del marco

institucional de la descentralización consignado en la Ley General de Sanidad. Los partidos nacionalistas consiguen en este caso rentabilizar a su favor las profundas divisiones internas existentes dentro del PSOE en torno a la cuestión autonómica. Un ejemplo de la intensa actividad política y parlamentaria desplegada por los nacionalistas vascos y catalanes son las 475 enmiendas planteadas por estos grupos al texto de la Ley, que constituyen casi el 50 por 100 del número total de enmiendas presentadas por todos los grupos parlamentarios, a pesar de que el peso de los partidos nacionalistas no supera el 6 por 100 de los escaños totales del Congreso. Más del 60 por 100 de las enmiendas de estos grupos se refieren exclusivamente, además, a la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades.

La aceptación por parte del gobierno central de la mayor parte de las reivindicaciones sustantivas reflejadas en las enmiendas de los nacionalistas supone un cambio radical del modelo de descentralización sanitaria. De una descentralización limitada de competencias de gestión a todas las comunidades se pasa a un modelo asimétrico de descentralización política. Este modelo tiene tres implicaciones principales: las comunidades con competencias estatutarias pasan a disponer de una autonomía casi ilimitada en la formulación y ejecución de políticas sanitarias; el Estado central dispone de medios reducidos para controlar y evaluar la actividad política de estas comunidades en el ámbito sanitario; se bloquea el acceso de las comunidades de vía lenta a las competencias de gestión de la asistencia sanitaria, y se recortan, además, algunas de las competencias de desarrollo le-

gislativo atribuidas a estas comunidades por los gobiernos centristas. Los detalles concretos de este modelo institucional, así como sus conexiones con el proceso político de la reforma sanitaria socialista, se exponen a continuación.

1) En primer lugar, los partidos nacionalistas consiguen negociar durante la etapa pre-parlamentaria (10) que la mayor parte del capítulo dedicado a la ordenación territorial y a la estructura organizativa de la atención primaria (capítulo 3, título III) se considere no básico para las comunidades que han dictado ya sus normativas al respecto.

2) En segundo lugar, se modifica de un modo sustantivo a lo largo del debate parlamentario el capítulo dedicado a la Coordinación General Sanitaria (capítulo 4, título III) y a la Alta Inspección (capítulo 4, título II). En concreto, en cuanto al capítulo sobre Coordinación, se elimina toda mención a la planificación sanitaria como competencia exclusiva del Estado, y se elimina la capacidad del mismo de modificar los planes regionales de Salud. En cuanto a la Alta Inspección, se eliminan algunos preceptos que dotaban a esta competencia del carácter de inspección ordinaria, y se suprime la capacidad del Estado de evaluar la calidad y resultados de los servicios prestados por las comunidades.

3) Además, se logra que varias de las funciones reservadas en el proyecto con carácter exclusivo al Estado acaben compartiéndose con las comunidades. Éste es el caso de los estudios epidemiológicos, de los sistemas de información sobre la morbi-mortalidad y los mapas de riesgos laborales, de la evaluación y autorización de la compra de tecnología médica, del regis-

tro sanitario de alimentos, de la programación de la formación de postgrado, de la homologación, acreditación y diseño de los contratos con los centros concertados, de la acreditación de productos y artículos sanitarios, de la definición y aplicación de las infracciones y sanciones, y de la naturaleza jurídica de los servicios regionales de Salud.

4) En esta misma línea, se consigue también la inclusión en la Ley General de Sanidad del artículo 41.2, que afirma que «las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las comunidades autónomas». La inclusión de este artículo supone una modificación sustantiva de la Constitución, que en su artículo 149.3 enfoca el principio de subsidiariedad competencial de un modo exactamente opuesto: todas aquellas competencias no previstas explícitamente en la Constitución se atribuyen, según este artículo, al Estado central.

5) Las cuatro concesiones previas ilustran los logros conseguidos por los partidos nacionalistas en cuanto a los límites del poder del Estado central. Además, tanto los representantes vascos como los catalanes consiguen la aceptación de enmiendas que favorecen a sus tradiciones institucionales históricas. Por un lado, los vascos consiguen el reconocimiento explícito de la autonomía financiera de las comunidades vasca y navarra con respecto al sistema de seguridad social, lo que supone el reconocimiento parcial de sus reivindicaciones con respecto a las competencias de gestión económica de la seguridad social. Por otro lado, los nacionalistas catalanes consiguen que la ley prevea la inclusión de los centros y servicios sin ánimo de

lucro en el Sistema Nacional de Salud; sin embargo, esta concesión supone la inclusión simultánea de una nueva disposición (disposición final 2ª.2), que prescribe que la integración de aquéllos deberá decidirla el gobierno por Real Decreto.

6) Los partidos nacionalistas logran también modificar otra serie de disposiciones no relacionadas con sus tradiciones, pero sí con sus reivindicaciones políticas principales desde el inicio de la transición. En cuanto a la financiación sanitaria autonómica, una reivindicación importante de Minoría Catalana, que es aceptada por los socialistas, es la participación proporcional de las comunidades con transferencias en las desviaciones presupuestarias anuales del INSALUD. Otros logros menores de los nacionalistas catalanes se refieren al refuerzo del poder de las comunidades sobre los entes locales, a pesar de la oposición explícita de comunistas, centristas y populares (así como de un grupo importante del PSC) a este respecto.

7) En cuanto al Grupo Vasco, sus representantes consiguen también una de sus reivindicaciones políticas centrales, que atañe de lleno a las competencias de las comunidades de vía lenta. Se trata en este caso de un grupo de enmiendas, aceptadas en su mayoría por los socialistas, dirigidas a dificultar el acceso futuro de estas comunidades a las competencias de asistencia sanitaria de la seguridad social, una posibilidad explícitamente prevista en el proyecto de ley redactado por los socialistas. La posición de los vascos es coherente con los argumentos clásicos sobre el carácter diferencial del nacionalismo vasco y catalán, y con su defensa correlativa de las tesis del federalismo asimétrico. Aunque las implicaciones políticas de este conjunto de enmien-

das del Grupo Vasco permanecen implícitas a lo largo del debate (lo que les dota de escasa visibilidad política), se puede firmar que no pasan desapercibidas para algunos representantes parlamentarios (11).

Las reivindicaciones de los partidos no nacionalistas en cuanto al modelo de descentralización no son aceptadas por los socialistas, al contrario de lo que ocurre con los partidos nacionalistas. De hecho, a cambio de las concesiones del gobierno central, los representantes vascos y catalanes retiran la mayoría de sus enmiendas en el Senado, mientras que votan afirmativamente la ley tanto en el Senado como en la votación final en el Congreso (12). En contraste, el resto de partidos en la oposición vota finalmente en contra del texto de la Ley, dado que la mayoría de sus enmiendas que son aceptadas por el grupo socialista se refieren a cuestiones de detalle o a la corrección de errores de redacción del texto original del proyecto.

III. EL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN SOBRE LA TRAYECTORIA DE LAS REFORMAS SANITARIAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA (1987-1997)

1. La ejecución de la reforma sanitaria socialista en el contexto de los países del Sur de Europa

De acuerdo con Ferrera (1996), la segunda característica común de los países del Sur de Europa, en cuanto a las reformas sanitarias de los últimos veinte años, es que muchos de los compromisos formales de cambio institucional no se llevan a la práctica

posteriormente. Ferrera defiende a este respecto que, a pesar de las reformas legislativas aprobadas, el débil compromiso de los gobiernos del Sur de Europa con los objetivos de reforma contribuye a explicar por qué el modelo de Servicio Nacional de Salud adoptado formalmente por estos países no se aplica luego en la práctica. La falta de compromiso político responde, de acuerdo con este autor, a la débil capacidad de las instituciones del Estado en estos países, a la inexistencia de una «cultura universalista y abierta», y a su menor desarrollo económico relativo.

Aunque la afirmación de Ferrera con respecto al grado de ejecución de las reformas puede parecer en general plausible, las diferencias entre países son importantes, como vamos a ver a continuación. A mediados de los años noventa, el acceso universal al sistema sanitario público se aplica ya plenamente en Italia, y afecta en España a aproximadamente el 98 por 100 de la población. En contraste, en Portugal y en Grecia se mantiene un sistema sanitario dual, en el sentido de que sólo una parte de la población tiene acceso a los servicios públicos (Guibentif, 1996; Symeonidou, 1996). Por otro lado, en España se realizan considerables esfuerzos para unificar las múltiples redes de centros sanitarios públicos, así como la regulación fragmentada y dispersa anterior, y se realiza una importante ampliación de la red de centros públicos de atención primaria y de hospitales comarcales, mientras que el porcentaje del gasto sanitario público financiado con cargo a los impuestos crece del 25 al 95 por 100 entre 1989 y 1996.

Del mismo modo, las hipótesis de Ferrera, con respecto a los factores que explican el limitado

desarrollo de las reformas, en la práctica resultan poco plausibles, al menos en el caso de España. El análisis del caso español sugiere que las causas de que algunos elementos de la reforma no se apliquen son diferentes a las defendidas por Ferrera. Las razones que contribuyen a explicar el debilitamiento relativo del compromiso del gobierno socialista con la aplicación de la reforma a lo largo del período de estudio, y que pueden probablemente ayudar a comprender también por qué muchos de los cambios no se llevan a la práctica en el resto de los países del Sur de Europa, son las siguientes.

En primer lugar, el cambio del paradigma internacional de intervención en materia sanitaria que tiene lugar a mediados de los ochenta contribuye probablemente a bloquear, en distintos grados, la implantación de las reformas en estos cuatro países. La paradoja central en este sentido es que las reformas legislativas que conducen a la adopción del modelo de Servicio Nacional de Salud se introducen en estos países con tanto retraso con respecto a sus vecinos europeos que su aplicación coincide en el tiempo con el abandono a nivel internacional de los objetivos políticos principales en que se basan las reformas.

Un segundo factor, que puede ayudar a explicar la debilidad del compromiso estatal con respecto a la aplicación de las reformas, es la profunda crisis económica que afecta a los países europeos entre la primera mitad de la década de los setenta y la segunda mitad de los ochenta, que se reproduce de nuevo durante la primera mitad de los noventa. Al contrario de lo que ocurre en el caso del resto de países de Europa Occidental, la ejecución de las reformas sanitarias en los

países del Sur de Europa se realiza durante un período caracterizado por la escasez de recursos materiales para llevar a la práctica los cambios.

Ambos factores están relacionados entre sí, y se refuerzan mutuamente. De hecho, el cambio del modelo internacional de reforma sanitaria responde a una transformación más general en la concepción dominante sobre el papel del Estado, como es bien conocido. Los efectos de la crisis económica aparecen reforzados por la emergencia de un nuevo paradigma en materia de política económica, abiertamente desfavorable a la expansión del gasto público y del papel del Estado como proveedor de servicios públicos. El nuevo paradigma se deriva, en definitiva, de las experiencias internacionales negativas con respecto al crecimiento del déficit público que suele asociarse al aumento de los compromisos de gasto del Estado, y del cambio correlativo en los presupuestos ideológicos dominantes.

Este paradigma canaliza sus efectos sobre los gobiernos nacionales a través de varios factores mediadores. La socialización profesional de los expertos y las élites políticas estatales encargadas de la política económica es uno de ellos. Además, los compromisos internacionales, y en concreto los derivados de la pertenencia a la Comunidad Europea, ejercen una presión política considerable sobre los gobiernos del Sur de Europa, que en su mayoría dependen crucialmente del empuje económico que estos acuerdos internacionales pueden imprimir a sus economías nacionales. Por último, los riesgos que pueden derivarse de una expansión excesiva del gasto son más marcados en un entorno económico internacional crecientemente compe-

titivo. En conclusión, pues, los límites que afectan a la ejecución de las reformas sanitarias en el Sur de Europa parecen deberse más bien a factores contextuales internacionales que a las características político-institucionales específicas de los países del Sur de Europa defendidas por Ferrera.

Estos cambios en el contexto internacional pueden ayudar a explicar, por ejemplo, la ampliación del peso del sector privado concertado dentro del sistema sanitario público en los países del Sur de Europa, a pesar de la adopción formal del modelo de Servicio Nacional de Salud. En cuanto a este aspecto, el caso español presenta también algunos rasgos específicos que merecen ser resaltados: mientras que sólo el 15 por 100 del gasto sanitario público se dedica a financiar a los centros privados concertados a mediados de los años noventa (López i Casasnovas, 1993), los porcentajes equivalentes para Portugal e Italia en las mismas fechas alcanzan el 40 y el 37,5 por 100 respectivamente (Ferrera, 1996). Además, el porcentaje del gasto sanitario total financiado en España a través de los presupuestos públicos supera el 85 por 100 en los últimos años ochenta (Murillo *et al.*, 1996), mientras que en Grecia no llega al 60 por 100 (Symeonidou, 1996).

Las diferencias notables entre los países del Sur de Europa en cuanto a este aspecto permiten llegar a una primera conclusión: el contexto social y económico común es una condición necesaria, pero no suficiente, para explicar la trayectoria de las reformas sanitarias del período. A partir de esta afirmación, los rasgos específicos del caso español permiten plantear abiertamente la siguiente cuestión ¿por qué el modelo de Servicio Nacional de

Salud se aplica más plenamente en España que en el resto de países del Sur de Europa? Una primera respuesta posible a esta pregunta puede encontrarse en el hecho de que la expansión de la red de centros sanitarios públicos se produzca en España durante los años sesenta y primeros setenta, en un contexto de crecimiento económico sin precedentes y de predominio de un paradigma internacional favorable a la expansión del sector público. Esto supondría explicar la especificidad española principalmente en términos de la estructura institucional histórica de la sanidad en España. O, en el lenguaje académico desarrollado por los defensores del nuevo institucionalismo, en términos de la dependencia de la Historia (*path dependence*).

Esta explicación, sin embargo, no resulta suficiente si se examinan cuidadosamente los hechos.

El análisis del proceso de ejecución de las reformas en España permite inferir que los gobiernos autonómicos, y en menor medida los sindicatos, son actores políticos clave para entender la rapidez y la profundidad con las que se aplican los cambios aprobados por el gobierno socialista (13). En concreto, es especialmente destacable en este sentido la labor realizada por las autoridades sanitarias del País Vasco y Navarra desde la segunda mitad de los años ochenta, en tanto ambas comunidades muestran una capacidad de reforma superior a la del resto de comunidades y a la del Estado central, y ejercen por ello un papel de liderazgo en la ejecución e implantación de las reformas.

El caso del País Vasco resulta especialmente significativo. Un ejemplo importante en este sentido es la ejecución de las medidas de universalización del acce-

so. De hecho, tan sólo un mes y medio después de haber asumido las competencias de asistencia sanitaria, el Departamento de Sanidad vasco, encabezado por el socialista José Manuel Freire, lanza el Decreto 26/1988, que supone la ampliación automática de la cobertura sanitaria pública y gratuita a todas las personas sin recursos económicos suficientes. Esta iniciativa produce fuertes tensiones entre el Partido Socialista de Euskadi y el PSOE central, contrario a la aplicación de esta medida en el corto plazo debido a los problemas de expansión del gasto que su aplicación puede suponer.

En el ámbito central, la iniciativa vasca coincide en el tiempo con el momento álgido de las relaciones entre UGT y el PSOE, y con el inicio de la campaña de oposición sindical a la política social del gobierno socialista. De hecho, el apoyo de los sindicatos a la iniciativa del PSE contribuye decisivamente al cambio de actitud del gobierno socialista central. Este cambio se plasma en el lanzamiento en el año 1988 de una serie de medidas de aplicación de la Ley General de Sanidad. En concreto, la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, que se aprueba un par de semanas después de la huelga general convocada por los sindicatos contra la política social del gobierno, incluye dos medidas clave. Por un lado, se inicia la transición a la financiación con cargo a impuestos, que pasan a suponer el 78 por 100 del gasto sanitario en 1989, mientras que en 1987 constituían sólo el 21,4 por 100 (Barea *et al.*, 1992: 462). Por otro lado, la Ley de Presupuestos prescribe, en su artículo 9.3, que el gobierno deberá regular la extensión de la cobertura a las personas sin recursos económicos suficientes durante el mismo año

fiscal, y reserva una partida finalista dedicada a este tema.

La iniciativa vasca, así como el importante papel que parecen jugar los sindicatos en el proceso de difusión autonómica y central de la universalización, explican la adopción de medidas legislativas semejantes en el resto de comunidades. La Comunidad Valenciana (Decreto 88/1989), Andalucía (Decreto 66/1990) y Cataluña (Decreto 55/1990) aprueban, de hecho, decretos semejantes entre 1989 y 1990. A partir de esta fecha, se producen una serie de iniciativas autonómicas que no se dedican simplemente a aplicar lo previsto en la Ley General de Sanidad (cobertura a personas sin recursos económicos suficientes), sino que amplían la universalización a todos los ciudadanos residentes en la comunidad autónoma. Cataluña es pionera en este sentido (Ley 15/1990, Decreto 178/1991), seguida de cerca por Navarra (Ley 10/1990, Decreto 71/1991), y posteriormente por Asturias (Ley 1/1992), Castilla y León (Ley 1/1993), Murcia (Ley 4/1994) y Canarias (Ley 11/1994).

Aunque no puede estudiarse aquí con detalle el resto de medidas de ejecución de la Ley General de Sanidad, la evidencia disponible indica que siguen la misma pauta descrita en el caso de la reforma de la atención primaria, por ejemplo, es semejante. El impulso inicial de la reforma parte en este caso de Andalucía (Pérez, 1998), seguida de cerca por el País Vasco y Navarra. La iniciativa de los gobiernos autonómicos, junto con las presiones sindicales, explican su difusión posterior al INSALUD y al resto de comunidades. En 1994, como resultado, más de dos tercios de la población española están cubiertos por el nuevo modelo de

atención primaria, con escasas variaciones a escala autonómica (Rico, 1997a: 257-276).

La excepción más importante en este campo es el caso de la Comunidad Autónoma de Galicia, donde en 1994 el nuevo modelo de atención primaria cubre sólo al 20 por 100 de la población. Merece la pena dedicarle un breve espacio a este tema, puesto que el caso gallego constituye una buena ilustración de la importancia del modelo institucional de gobierno de la sanidad en el proceso político de aplicación de las reformas (14). En el caso de las comunidades que no han recibido los traspasos de la asistencia sanitaria, la división de competencias entre el gobierno central (regulación, financiación y gestión de la reforma de la atención primaria) y los gobiernos autonómicos (red de centros sanitarios provinciales y rurales, adscripción funcional de los profesionales sanitarios locales) requiere necesariamente la coordinación entre ambas administraciones para la aplicación de las reformas. En la práctica, además, las importantes competencias de las que disponen todas las comunidades en este terreno suponen que éstas disfrutan de un cierto poder de veto sobre los intentos del Estado central de aplicar la reforma en su territorio. Por último, la distribución competencial introduce un importante problema de incentivos y de asignación de responsabilidades políticas: ambas administraciones pueden culpabilizarse mutuamente en caso de bloqueo de la reforma, por lo que disminuyen los incentivos para afrontar los costes políticos que su implantación supone, que se derivan principalmente de la oposición tradicional de los colegios de médicos al nuevo modelo de atención primaria.

Estos problemas afectan de lleno al desarrollo de la atención

primaria en Galicia durante el período previo a la asunción autonómica de competencias de asistencia sanitaria, y explican por qué el gobierno central no es capaz de imponer la aplicación de la reforma, a pesar del limitado grado de autonomía del que dispone esta Comunidad hasta 1991, momento en que se hacen efectivos los traspasos. Durante este período de tiempo, la actitud beligerante del gobierno gallego se plasma en la interposición de varios recursos ante el Tribunal Constitucional, con el objetivo de bloquear las iniciativas centrales de ejecución de la reforma y de acelerar las transferencias correspondientes a la asistencia sanitaria.

La asunción final de competencias por el ejecutivo gallego a principios de los años noventa modifica profundamente esta situación. En términos institucionales, los costes de coordinación disminuyen dramáticamente a partir de esta fecha, dado que la comunidad gallega dispone de plenos poderes en el ámbito sanitario, que van acompañados de la responsabilidad política plena sobre los resultados obtenidos en la aplicación de la reforma, lo que aumenta los incentivos políticos para afrontar sus costes. Las consecuencias no se hacen esperar (González, 1997): en 1992 se inicia un proceso acelerado de implantación de la reforma de la atención primaria, que incluye transformaciones orgánicas en la estructura de poder de la Consejería de Sanidad (Decretos 182/1992 y 184/1992), apertura de varias rondas sucesivas de negociación con sindicatos y colegios profesionales, formulación legislativa de la estrategia global de implantación de la reforma (Decreto 200/1993), creación de las Gerencias de atención primaria (Decreto 252/1994), atención a urgencias (Decreto

172/1995), y diseño de un modelo retributivo atractivo que potencie la integración de los médicos del modelo antiguo (Decreto 226/1996).

El caso gallego ilustra adecuadamente los problemas que genera la estructura bilateral de gobierno de la sanidad que rige en la actualidad en las comunidades de vía lenta. De hecho, y volviendo ahora a un argumento iniciado en el apartado anterior, puede afirmarse que los problemas de ejecución de algunos de los elementos clave del modelo inicial de reforma sanitaria se derivan, en mucha medida, del modelo asimétrico de descentralización de la sanidad por el que se opta. Este es el caso, por ejemplo, de las insuficiencias que afectan a la integración en la práctica de los colectivos sin recursos económicos suficientes en la red de centros de la seguridad social (15); de la unificación, parcialmente frustrada, de las múltiples redes de centros sanitarios públicos, y del abandono de los planes iniciales de independencia orgánica de las prestaciones sanitarias con respecto al sistema de la seguridad social, lo que requeriría la desaparición del INSALUD.

2. La reforma de la reforma en los años noventa: la especificidad española y el papel de las comunidades autónomas

En estrecha conexión con lo anterior, el caso español presenta también una especificidad considerable con respecto a la segunda ola de reformas sanitarias que tiene lugar durante los años noventa en Europa. Un rasgo en común que comparten Grecia, Italia y Portugal es la rápida incorporación de las medidas de reforma aplicadas en

otros países europeos occidentales, que tienden a expandir el papel de la financiación y los centros sanitarios privados en el sistema sanitario público, y a recortar los derechos de los usuarios con respecto a la sanidad pública (Symeonidou, 1996; Granaglia, 1996; Guibentif, 1996). La introducción rápida de estas reformas destaca especialmente en relación con el retraso de casi treinta años con el que se adopta la ola de reformas previa, basada en el paradigma del Servicio Nacional de Salud.

El caso español resulta considerablemente interesante a este respecto, puesto que las propuestas de reforma internacionales no se aplican con la misma profundidad a lo largo de los años noventa. En contraste con el resto de países del Sur de Europa, la línea de reformas predominante durante esta década es considerablemente más moderada, en cuanto parece orientarse a aumentar la eficiencia del sector público sanitario, más que a disminuir su tamaño y su peso con respecto al sector privado.

Aunque no se puede entrar aquí con detalle en la cuestión de las iniciativas de reforma que se ponen en marcha durante los años noventa, sí que conviene apuntar brevemente algunas de sus características principales. El nuevo paradigma internacional de la competencia gestionada se plasma en la legislación en su versión más precavida: la separación de las funciones de financiación, compra y provisión, prevista en numerosas piezas legislativas centrales y autonómicas, se aplicaría exclusivamente dentro del sector público; se opta por flexibilizar la estructura de organización y gestión del sector público (fundaciones públicas, empresas públicas, entes públicos) y no por traspasar la gestión y/o la provisión al sector privado;

las escasas iniciativas en esta dirección (el caso de los consorcios y de las cooperativas de atención primaria en Cataluña) se someten al control público mayoritario; los cambios que incorporan un mayor potencial de mejora se orientan principalmente a mejorar los instrumentos de microgestión pública de los servicios (contratos de provisión de servicios, financiación prospectiva, contabilidad analítica).

En contraste, algunas de las reformas internacionales que apuestan más decididamente por aumentar el papel de la financiación y la iniciativa privada en el sistema sanitario público (*ticket* moderador, competencia entre aseguradoras, inclusión progresiva de hospitales con ánimo de lucro en la red pública), debatidas también en España, no llegan a adoptarse, salvo excepciones puntuales, debido a una fuerte resistencia pública a su introducción. Son especialmente significativos a este respecto los episodios de movilización ciudadana a principios de 1990 contra las propuestas de reforma del Informe Abril, a pesar de ser éstas notablemente moderadas en perspectiva internacional comparada. Hacia mediados de los años noventa, destacan también las plataformas políticas para la defensa de la sanidad pública contra las iniciativas del gobierno valenciano de inclusión de hospitales privados con ánimo de lucro en la red pública, así como la fuerte oposición parlamentaria a las primeras medidas del gobierno popular (Real Decreto 10/1996), que contemplan simplemente la posibilidad de la gestión privada de los servicios sanitarios públicos.

En cuanto al proceso político de introducción de la segunda ola de reformas en España, su dinámica es semejante a la que caracteriza el proceso de aplica-

ción de la reforma socialista. La iniciativa de introducción de innovaciones parte de los gobiernos autonómicos, y se difunde en los ámbitos central y autonómico a través de un proceso de competencia entre niveles de gobierno, que aparece mediado en este caso por grupos de gestores y técnicos sanitarios, en vez de por los sindicatos.

El caso de la Comunidad Autónoma de Cataluña requiere una mención aparte en este proceso, en cuanto a la capacidad de innovación de los responsables autonómicos en el gobierno de la sanidad. Los políticos y técnicos catalanes lideran desde mediados de los ochenta la introducción de reformas organizativas y de gestión vinculadas al importante papel del sector privado concertado en esta Comunidad (creación de la XHUP, introducción de los primeros esquemas de financiación prospectiva basados en las UBA), y no previstas en el marco de la reforma sanitaria socialista. Además, el nuevo paradigma de organización y gestión de los servicios sanitarios públicos predominante a nivel internacional desde el inicio de los años noventa comienza a reflejarse en la legislación catalana tan sólo unos meses después de introducirse por primera vez en Europa, y se desarrolla rápidamente a lo largo de la primera mitad de los noventa. Los investigadores y los técnicos sanitarios catalanes desarrollan además una labor de difusión de estas innovaciones que explica en mucha medida su extensión posterior a otras partes del territorio español.

Como resultado de este proceso, la separación de funciones, las formas flexibles de organización y gestión, las fórmulas de gestión mixta, y algunos de los instrumentos de microgestión sanitaria adoptados por primera

vez en Cataluña se extienden a lo largo de la primera mitad de los noventa a la legislación central, a la de las comunidades con competencias, e incluso a la de las comunidades de vía lenta (16). La adopción de estas innovaciones, sin embargo, se realiza generalmente desde una óptica de defensa y mejora de lo público. Dos afirmaciones ilustrativas de esta filosofía registradas en la legislación autonómica son las siguientes:

Únicamente en casos plenamente justificados y previa comunicación a la Comisión de Acción Social y Asistencial de la Junta General del Principado, la gestión y administración de los centros y servicios [públicos]... podrá ser realizada mediante el establecimiento de acuerdos, convenios, o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades privadas (art. 4.4. de la Ley 2/1992 del Principado de Asturias)

Por último, la Ley refleja el interés, creciente en nuestros ciudadanos, por la mejora de la gestión pública. Superado el debate relativo a la publicación (*sic*) versus privatización, nuestros ciudadanos reclaman una mejora, en términos de eficiencia y eficacia, de la administración de los servicios públicos... Esta preocupación por la eficiencia y la eficacia, sin romper, como ya hemos dicho, con la sujeción al derecho público, se pone de manifiesto en el modelo organizativo elegido, y en las matizaciones que a la gestión pública ordinaria se establecen, que son las imprescindibles para que el Servicio pueda contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia que reciben nuestros ciudadanos (Ley 11/1994 de Canarias, Exposición de motivos)

En otras palabras, el obstáculo principal con el que se enfrenta el Informe Abril en los primeros años noventa sigue presente en el contexto político español a lo largo de la década: una amplia minoría de la población y de los líderes políticos de izquierda mantiene un compromiso emo-

cional considerablemente intenso con respecto al sector público sanitario, como reflejan las movilizaciones políticas en contra de los planes de reforma de los populares que tienen lugar en España desde el año 1995.

El factor explicativo más importante a este respecto pueden ser las experiencias positivas de los ciudadanos con las instituciones públicas estatales. En este sentido, en 1996, de acuerdo con los resultados de una encuesta internacional elaborada por la London School of Economics, el porcentaje de la opinión pública que considera que el sector público sanitario funciona bien o sólo requiere reformas menores representa en España el 47,2 por 100 de la población, mientras que las cifras equivalentes para Italia, Portugal y Grecia son, respectivamente, el 19,1, 24,1 y el 29,7 por 100 de los ciudadanos (Le Grand, 1996).

La evolución de la opinión pública española entre 1986 y 1996 es también ilustrativa. De acuerdo con los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (17), la sanidad es, durante el debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad (abril 1985-abril 1986), uno de los programas políticos mejor evaluados por la población, sólo superado por la política educativa (18). Durante los años 1987, 1988 y 1989, sin embargo, aumenta progresivamente la insatisfacción de los ciudadanos con respecto a la política sanitaria, ciclo que comienza a invertirse de nuevo a principios de los años noventa (19).

Las cifras de opinión parecen indicar que las expectativas de la población durante la primera legislatura con respecto a la reforma educativa y sanitaria son muy altas; que estas expectativas se cumplen en el ámbito educativo tras la aprobación de las refor-

mas, pero no tanto en el sanitario, quizá debido al bajo compromiso mostrado por los socialistas con respecto a sus propios objetivos programáticos a lo largo de este período, que se refleja además en una reducción notable del gasto sanitario público en términos reales durante el período 1982-1987 (Coll, 1991; Costas Lombardía y López Casasnovas, 1988). Aunque resulta difícil deducir cuál es el efecto específico de la descentralización sobre la satisfacción de la población con respecto a la política sanitaria, conviene recordar aquí que durante el período 1988-1990 se transfieren los servicios de asistencia sanitaria a las comunidades vasca, valenciana, navarra y gallega.

En 1990, pues, momento en que la satisfacción de la población con respecto a la política sanitaria alcanza de nuevo el nivel de 1986, la descentralización afecta ya al 60 por 100 de la población. Seis años más tarde, en junio de 1996, el porcentaje de ciudadanos que opinan que los servicios sanitarios han mejorado en los últimos diez años se eleva al 65 por 100 de la población, frente al 8 por 100 que opina que la sanidad ha empeorado y al 22 por 100 que cree que sigue igual. Estas cifras reflejan un aumento muy notable de la satisfacción de la población con la sanidad, puesto que el porcentaje de los que creen que los servicios han mejorado crece más de un 25 por 100 durante el período de ejecución de la reforma (1987-1996).

El hecho de que la reforma sanitaria socialista se aplique casi plenamente en España puede quizá contribuir a explicar las experiencias nacionales distintivas de los españoles con respecto a las instituciones del Estado en el ámbito sanitario. A su vez, estas experiencias ayudarían a enten-

der la capacidad de movilización política de los grupos de izquierdas opuestos al aumento de peso del sector privado, y su éxito en la activación de la opinión pública en contra de las nuevas propuestas de reforma.

Estos hechos parecen implicar que los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios públicos en el Sur de Europa a partir de la segunda mitad de los años noventa pueden afectar de un modo diferencial al caso español. En particular, la crisis estructural del Estado del bienestar, que según Ferrera afecta en mayor medida a estos países debido precisamente a la ejecución parcial del modelo de servicio nacional de salud, podría afectar en menor medida al caso español. Un factor clave que podría ayudar a debilitar las presiones que actúan en favor de la disminución del peso del Estado del bienestar sanitario sería la propia descentralización política al nivel autonómico de gobierno.

En este sentido, la evidencia empírica analizada a lo largo de esta investigación sugiere que las autoridades sanitarias autonómicas mantienen un fuerte compromiso con la aplicación de las reformas y la introducción de innovaciones que mejoren el funcionamiento de los servicios y expandan la capacidad del sector público. Este compromiso de los gobiernos subcentrales con las políticas de bienestar, que constituyen una parte importante de sus competencias, es perceptible también en cuanto a las políticas de asistencia y servicios sociales tanto en España (Laparra y Aguilar, 1996) como en Italia (Fargion, 1996). La tendencia señalada es además, para terminar, especialmente notable si se compara con las estrategias desarrolladas por los gobiernos centrales, que tienden a primar el control del gasto público sobre la

expansión y mejora de los servicios de bienestar.

Otro hecho importante a tener en cuenta aquí es la evolución del gasto sanitario durante el período. Como es lógico, la aplicación de la reforma y la introducción de innovaciones tienen un precio. Esto explica las presiones políticas directas de los gobiernos autonómicos para aumentar la partida de la financiación sanitaria autonómica. Estas presiones ayudan a explicar el importante aumento del peso del gasto sanitario en los presupuestos públicos a lo largo de la última década, que aumenta 2,1 puntos porcentuales su peso sobre el PIB, es decir, pasa de un 4,6 por 100 del PIB en 1987 a un 6,7 por 100 en 1994, lo que supone un crecimiento acumulado cercano al 50 por 100 (Blanco y de Bustos, 1996).

En contraste, los países del Sur de Europa para los que existen datos a escala europea muestran una evolución diferente. El peso del gasto sanitario público apenas aumenta en Italia, puesto que supone un 5,7 por 100 del PIB en 1987 y tan sólo un 5,8 por 100 en 1994. En Portugal, las cifras de gasto sanitario sobre el PIB aumentan 0,8 puntos (3,5 por 100 del PIB en 1987, 4,3 por 100 en 1992) durante el mismo período, menos de la mitad del crecimiento experimentado en España. Además, si se incluyen en la comparación el resto de los países europeos, parece reforzarse aún más la especificidad del caso español: con la excepción del caso británico, en donde el gasto sanitario pasa de un 5 a un 5,8 por 100 del PIB entre 1987 y 1994, el resto de países europeos mantienen relativamente estable el peso del gasto sanitario durante el período (Eurostat, 1997: 241).

IV. BALANCE Y CONCLUSIONES: BENEFICIOS Y COSTES DE LA DESCENTRALIZACIÓN AUTONÓMICA DE LA SANIDAD

En resumen, la descentralización política de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas emerge del análisis realizado en estas páginas como un factor de considerable importancia para entender la trayectoria de las reformas sanitarias en España durante los últimos veinte años. El aumento sustantivo de la capacidad de reforma y de innovación del Estado español en el ámbito sanitario parece depender en gran medida de la capacidad de presión y el dinamismo mostrado por los gobiernos autonómicos, lo que abre una serie de preguntas de considerable interés para la investigación futura sobre el Estado del bienestar y la estructura territorial de los estados democráticos contemporáneos. La primera conclusión es, pues, que la descentralización parece aumentar la efectividad política en el gobierno de la sanidad.

En cuanto a la equidad en el tratamiento de los ciudadanos por parte del sector sanitario público, y en contra de las expectativas pesimistas de aumento de las diferencias interterritoriales, se puede afirmar lo siguiente. Aunque las reformas se introducen por primera vez en las comunidades con mayores recursos, existe una pauta clara de difusión de estas innovaciones dentro del territorio español, también presente en distintos grados en cuanto a los servicios sociales españoles (Laparra y Aguilar, 1996) e italianos (Fargion, 1996). Es cierto, desde luego, que los cambios institucionales formales

no afectan por igual a todas las comunidades, debido principalmente a la existencia de entornos políticos muy diferentes tanto a escala autonómica como central. También es cierto que el grado de aplicación de los cambios varía considerablemente en el ámbito autonómico, lo que se debe probablemente a las diferencias de partida en los recursos disponibles y en la magnitud de las necesidades sanitarias a escala autonómica.

A pesar de estas diferencias, la evidencia empírica sugiere que la descentralización genera a medio plazo un proceso de convergencia de las políticas sanitarias, impulsado en un primer momento por los sindicatos, y después por procesos informales tales como la cooperación y la competencia intergubernamental, la socialización profesional, la labor de difusión realizada por las sociedades científicas, la imitación de innovaciones y la circulación de expertos a través de las administraciones autonómicas. A largo plazo, además, resulta razonable suponer que la descentralización es capaz de generar un aumento de las preferencias de los ejecutivos autonómicos por el gobierno efectivo de los servicios sanitarios públicos, debido a los propios incentivos que genera la autonomía política y al refuerzo del control de los ciudadanos sobre el gobierno de la sanidad en el ámbito autonómico.

Los datos de opinión existentes ilustran estos efectos (García Ferrando *et al.*, 1994: 99-102). En concreto, resultan interesantes algunas de las opciones de respuesta incluidas dentro de la pregunta «¿Cuáles de las siguientes cosas cree Ud. que han sucedido desde que tenemos autonomías?». Una primera opción, referida a la efectividad política de los gobiernos

autonómicos, se plantea a través de la siguiente proposición: «los servicios transferidos están mejor llevados y funcionan mejor». Con respecto a esta cuestión, el 51 por 100 de los españoles opina que sí, y el 25 por 100 que no. La comunidad en donde el sí obtiene un valor máximo es el País Vasco, con un 67 por 100 de la población que defiende que los servicios han mejorado, frente a un 15 por 100 que defiende que no han mejorado.

Otras opciones de respuesta interesantes se refieren a los mecanismos a través de los cuales se canalizan los efectos de la descentralización sobre la mejora de los servicios públicos, que se refieren principalmente a la receptividad y a la capacidad de respuesta a las preferencias de la población de los niveles central y autonómico de gobierno (García Ferrando *et al.*, 1994: 130-1). Esta variable se mide en la encuesta analizada por García Ferrando y colaboradores a través de cuatro indicadores (1994: 130-1).

El primero de ellos se refiere al conocimiento de los problemas de la comunidad: el 54 por 100 de la población española opina que el gobierno autonómico conoce mejor estos problemas, frente al 6 por 100 favorable al gobierno central (20). En cuanto al segundo indicador, el 42 por 100 de la población defiende que los gobiernos autonómicos tienen una mejor comprensión de las necesidades de la gente, frente al 6 por 100 que sostiene la opinión contraria. En tercer lugar, un 40 por 100 de la población opina que los gobiernos autonómicos tienen mayor capacidad de comunicación con la gente, mientras que tan sólo el 5 por 100 defienden que el gobierno central tiene una capacidad de comunicación mayor. Los resultados obtenidos en relación

con el cuarto indicador permiten afirmar que la mayoría de la opinión pública piensa que los gobiernos autonómicos tienen mayor capacidad para tomar decisiones beneficiosas para los ciudadanos (el 45,2 por 100 apoya esta opción, frente al 8 por 100 que opina que el gobierno central es más capaz). Por último, es importante destacar que en Cataluña, País Vasco y Navarra el porcentaje de ciudadanos favorables a la receptividad de los gobiernos autonómicos supera el 50 por 100 en los cuatro indicadores considerados, mientras que los valores concretos se sitúan casi 10 puntos porcentuales por encima de la media nacional.

En resumen, pues, las opiniones subjetivas de los ciudadanos parecen apoyar plenamente las conclusiones de este artículo en cuanto a los beneficios de la descentralización de los servicios públicos. De acuerdo con la evaluación mayoritaria de los españoles, los gobiernos autonómicos son más efectivos que el gobierno central en la prestación de los servicios, debido a que tienen un mayor conocimiento de las necesidades de la población, a que son más receptivos con respecto a las preferencias políticas de los ciudadanos, y a que su capacidad de respuesta y de comunicación con el público son también mayores que las del Estado central.

En cuanto a los costes que el experimento autonómico puede generar, los problemas parecen afectar principalmente a la coordinación central y entre niveles de gobierno, al control del gasto público y a la equidad interterritorial en la distribución de los recursos. En cuanto a esta última cuestión, que no se ha mencionado hasta el momento, la evidencia sugiere en este caso un balance mixto.

Por un lado, el marco institucional de la descentralización sanitaria incluye, por primera vez, en la agenda política un compromiso formal explícito con la corrección de los desequilibrios interterritoriales, tal y como se refleja en el articulado de la Ley General de Sanidad. Como consecuencia, la descentralización genera un mayor ajuste al principio capitativo de la financiación de la sanidad en las comunidades con competencias, mientras que contribuye a disminuir las diferencias de gasto entre las comunidades gestionadas por el INSALUD central (Rico, 1997a: cap. 8).

Por otro lado, sin embargo, y en estrecha conexión con los problemas de control del gasto sanitario que la propia descentralización genera, los gobiernos de las comunidades con competencias (y especialmente los del País Vasco y Navarra), consiguen aumentar considerablemente su gasto sanitario a lo largo del período. Este aumento se canaliza principalmente a través de los deslizamientos presupuestarios anuales y la generación de déficit oculto, que son compensados a posteriori por el gobierno central.

Tanto el problema del control del gasto sanitario público como el de la coordinación sanitaria central parecen derivarse más bien de los rasgos institucionales concretos del modelo español de descentralización sanitaria que de la propia devolución del poder sanitario al nivel autonómico de gobierno. En particular, el modelo asimétrico de distribución del poder autonómico parece contribuir a explicar los costes de la descentralización en cuanto a estos dos aspectos.

Esta hipótesis es coherente con la evidencia disponible sobre la descentralización en el sector

privado (Rico, 1997b), que permite anticipar que cuando las autoridades organizativas centrales se ocupan de los aspectos operativos de la gestión de los servicios, tienden a descuidar como resultado las tareas de coordinación. Estas tareas se refieren principalmente, en el caso que nos ocupa, a la generación de información estratégica sobre las alternativas de reforma que pueden mejorar la prestación de los servicios, a la implantación de sistemas de asignación de recursos equitativos y eficientes, a la evaluación comparada de los resultados de la gestión descentralizada de la sanidad, y al diseño de sistemas de incentivos que mejoren tanto la aplicación de las reformas como sus resultados. Estas expectativas se cumplen claramente en el caso español, puesto que, durante el período de estudio, las autoridades sanitarias centrales apenas conceden atención a la labor de coordinación, debido probablemente al hecho de que la gestión de los servicios en las comunidades gobernadas centralmente constituye una tarea mucho más acuciante.

Otro aspecto problemático importante del modelo asimétrico de descentralización es el aumento de los costes de coordinación que afectan al gobierno de los servicios sanitarios en las comunidades de vía lenta. El mantenimiento de dos autoridades sanitarias distintas en su territorio puede dar lugar, como hemos visto en el caso gallego, a bloqueos en la aplicación de reformas, a responsabilidades políticas confusas y a una disminución global de los incentivos para mejorar los servicios. Las implicaciones en este caso son claras: independientemente de la legitimidad política que se les conceda a las reivindicaciones vinculadas al federalismo asimé-

trico, es necesario tener en cuenta aquí los costes que esta opción genera en cuanto a la gestión eficiente de los servicios públicos.

Por otro lado, los problemas de control del gasto derivados directamente de la descentralización autonómica parecen responder también, entre otras cosas, al papel dual que cumplen las autoridades sanitarias centrales, aunque los procesos causales son probablemente más complejos en este caso. Los fuertes deslizamientos presupuestarios anuales del INSALUD central entre mediados de los años ochenta y mediados de los años noventa son un factor importante para explicar que las comunidades con competencias tiendan a imitar esta pauta de comportamiento central, puesto que contribuyen a minar la credibilidad de los compromisos centrales de gasto y a restar legitimidad a los intentos del gobierno central de controlar el gasto autonómico. El hecho de que las comunidades con o sin competencias de asistencia sanitaria estén sometidas a principios de financiación diferentes (el criterio per cápita en el caso de las comunidades con competencias, el gasto efectivo en cuanto a las comunidades gestionadas por el INSALUD central) actúa probablemente en la misma dirección.

El análisis detallado de otros factores que pueden ayudar a comprender las dificultades para controlar el gasto sanitario público trasciende los objetivos de esta investigación. Una enumeración breve de aquéllos es la siguiente. Para empezar, existen obviamente una serie de variables que inciden en esta cuestión y que no tienen relación alguna con la descentralización (cambios demográficos, mejoras en la tecnología médica, demanda inducida por la oferta, preferencias

crecientes de la población por la salud y la calidad de vida, bajos aumentos de productividad en el sector servicios, etcétera).

Un segundo grupo de factores explicativos, vinculado estrechamente a las variables político-institucionales, podría derivarse de la divergencia de intereses entre ministerios generalistas (Economía y Hacienda, Administración Pública, Presidencia...) y ministerios sectoriales (Sanidad, Educación, Medio Ambiente, etc.) señalada por Scharpf (1988). Entre el primer grupo de élites políticas y burocráticas, según este autor, predominan los objetivos de control del gasto público, debido a los compromisos internacionales del Estado, y a su preocupación global por la competitividad económica del país. Los ministerios sectoriales, en contraste, están generalmente interesados en la expansión del gasto y de los servicios públicos, por motivos obvios. De acuerdo con Scharpf, la descentralización de la gestión de estos servicios al ámbito regional de gobierno contribuye a consolidar una cierta alianza entre los ministerios sectoriales y los ejecutivos autonómicos, que hacen frente común contra los intentos de control de los ministerios generalistas, lo que explica que las dificultades para el control del gasto público sean mayores en los estados compuestos.

De nuevo, la cuestión de los rasgos institucionales específicos de cada estructura territorial del Estado parece tener mayor importancia aquí que el hecho de que la gestión de los servicios esté o no descentralizada. La evidencia empírica histórica sobre la asociación entre federalismo y disminución del gasto social contradice, por ejemplo, las hipótesis de Scharpf al respecto, excesivamente basadas en el caso alemán. Además, tanto la propia

Alemania como algunos estados federales de amplio arraigo histórico, como Suiza y Canadá, son a la vez considerablemente modélicos en cuanto al tema del control del gasto público. La existencia en estos países de cláusulas constitucionales específicas que prohíben o limitan la capacidad de endeudamiento de los gobiernos subcentrales podría marcar la diferencia en este sentido, que se debería, pues, de nuevo, a factores institucionales (reglas constitucionales) o políticos (existencia de un amplio consenso nacional sobre el tema que explica tanto la inclusión de garantías constitucionales como el comportamiento concreto de los gobiernos subcentrales). Se puede concluir, en cualquier caso, que la descentralización política no siempre aumenta las dificultades de control del gasto.

Dos factores mediadores adicionales pueden ayudar a explicar las diferencias observadas al respecto. En primer lugar, la autonomía fiscal de los gobiernos subnacionales es probablemente una variable institucional de importancia central para una comprensión adecuada de esta cuestión. Cuando los gobiernos no sufren plenamente las consecuencias políticas y financieras de sus decisiones de gasto, como ocurre en el caso de España, resulta razonable afirmar que el marco institucional ofrece pocos incentivos para controlar el gasto público.

En segundo lugar, y si se acepta la hipótesis de que la descentralización aumenta la receptividad de los gobiernos con respecto a las preferencias de los ciudadanos, se puede concluir que el comportamiento de los gobiernos autonómicos, y especialmente si disfrutan de un grado considerable de autonomía fiscal, depende crucialmente del contenido, intensidad y exten-

sión de las preferencias de los ciudadanos. Si los ciudadanos prefieren que la presión fiscal disminuya, es de esperar que los incentivos para el control del gasto público a escala subcentral aumenten. En contraste, en los países en los que la opinión pública concede mayor prioridad a la mejora de los servicios públicos que a la reducción de los impuestos o al control del gasto, la descentralización tenderá a promover el aumento del gasto público (21).

No debe primarse, en este último caso, una interpretación de las presiones autonómicas para el aumento del gasto social en términos de las ineficiencias asociadas al comportamiento del sector público en los estados compuestos, sino más bien al contrario. La acción política de los gobiernos subcentrales contribuiría en este caso a garantizar una distribución del gasto público más acorde con las preferencias de la población, lo que aumentaría, en definitiva, tanto la eficiencia asignativa del sector público como el carácter democrático de la asignación de recursos. La cuestión clave radica, pues, en el contenido de las preferencias de los ciudadanos con respecto al sector público, puesto que nos permite discriminar si las presiones de los gobiernos autonómicos responden a sus propios intereses corporativos o a las demandas de la población.

De cualquier modo, en el caso de que estas presiones para aumentar el gasto se consideren legítimas, resultaría necesario dotarlas en el futuro de mayores dosis de transparencia política y coherencia institucional. Ello requiere, en otras palabras, que los aumentos del gasto se realicen por la vía del debate parlamentario, de los presupuestos y los planes de salud. Y no, como ha venido ocurriendo hasta ahora, por

el camino de los deslizamientos presupuestarios y de la generación de déficit oculto, y a través de procesos oscuros de negociación extraparlamentaria.

NOTAS:

(*) El presente artículo es una adaptación de los principales argumentos de mi tesis doctoral (Rico, 1997a). Varias de las ideas que se exponen a lo largo del trabajo proceden de los debates con el director de la tesis, José María Maravall. Agradezco a la Fundación Juan March, la Fundación la Caixa, la Fundación Argentaria, la Fundación Salud 2000, la Fundación Joan Maragall y la Fundación Ortega y Gasset el haberme proporcionado, a través de becas, ayudas y premios de investigación, la financiación necesaria para completarla. Agradezco también a Marc Balaguer sus comentarios a un borrador previo de este artículo.

(1) Este retraso es patente a lo largo del siglo XIX (MUÑOZ MACHADO, 1975), y sigue afectando a la política sanitaria española a lo largo de la mayor parte del siglo XX. La única excepción a este respecto se da durante el período republicano, que supone una cierta inflexión en esta tendencia histórica. La entrada del socialista Francisco Largo Caballero en el Ministerio de Trabajo, a principios de los años treinta, marca el inicio de un breve período caracterizado por el dinamismo de las propuestas de innovación y reforma de las políticas sociales. De hecho, el proyecto de seguros sociales unificados que se desarrolla durante el período republicano resulta considerablemente innovador en perspectiva internacional comparada. Sin embargo, el proyecto no llegará a ser aprobado por el Parlamento, puesto que los debates parlamentarios en torno a este paquete legislativo, iniciados en el año 1936, son interrumpidos por el estallido de la Guerra Civil. Sobre la evolución histórica de las políticas sociales españolas a partir del último cuarto del siglo XIX, el mejor estudio publicado hasta el momento es la colección en tres volúmenes editada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MONTERO, 1988; CUESTA, 1988; SAMANIEGO, 1988). El último volumen citado estudia con detalle la evolución de la política social durante la II República. Un resumen de la evidencia descriptiva presentada por Mercedes Samaniego, que incluye además un análisis político del proceso de formulación y discusión parlamentaria de este paquete legislativo, puede encontrarse en Rico (1990). Sobre la evolución de la sanidad durante el período franquista, ver la tesis doctoral inédita de Ana GUILLÉN (1996).

(2) Sobre el trabajo de evaluación realizado por Putnam y colaboradores sobre las consecuencias de la descentralización en Italia, ver sobre todo PUTNAM *et al.* (1993), que constituye un resumen de los múltiples artículos y libros publicados por este equipo de investigación sobre el mismo tema (las referencias pertinentes pueden consultarse en PUTNAM *et al.*, 1993: pág. 207, nota 1). Un resumen muy completo de los argumentos de los autores puede encontrarse en la reseña del libro de 1993 publicada en *The Econo-*

mist (6 de febrero de 1993: 88). Entre las numerosas contribuciones académicas posteriores que critican, complementan o amplían el marco teórico desarrollado por Putnam y colaboradores, dos de ellas merecen, a mi parecer, una mención especial (Boix y Postner, 1996; Levi, 1996).

(3) Sobre el proceso político de elaboración de la reforma sanitaria, y sus antecedentes históricos, ver Rico (1997a, cap. 3).

(4) La elección del término «federalismo asimétrico» para referirse a la estructura institucional de gobierno de la sanidad se realiza principalmente por motivos de simplicidad. Sin embargo, es necesario realizar un par de breves aclaraciones al respecto. La primera es que algunas definiciones clásicas del concepto «federalismo» utilizan como principal rasgo definitorio de éste el grado de responsabilidad fiscal (ver, por ejemplo, Lijphart, 1984), bastante limitado en España, como es sabido, con las excepciones del País Vasco y Navarra. La segunda aclaración es que el término «federalismo asimétrico», tal como se utiliza en el campo de la ciencia política (Requejo, 1996 y 1998), no coincide exactamente con la acepción utilizada en este artículo. A pesar de ello, se puede afirmar, desde mi punto de vista, que el modelo institucional de gobierno de la sanidad reflejado en la Ley General de Sanidad comparte dos de los rasgos definitorios clave del modelo de federalismo asimétrico: la existencia de distintas reglas del juego para las diferentes comunidades y la intención del legislador de dotar de un cierto carácter permanente a estas diferencias.

(5) Algunos matices a este respecto son los siguientes. El modelo británico se basa en una fuerte centralización de las competencias legislativas, de financiación, planificación y control de la gestión, compatible con una descentralización administrativa (es decir, sujeta a un grado de autonomía muy limitado) de la gestión a las regiones sanitarias. Tanto Italia como Portugal y Grecia prevén en la legislación un esquema de descentralización administrativa semejante a este modelo, que comienza a ponerse en práctica en Italia en 1975, mientras que está aún pendiente de aplicación en Portugal y Grecia. La diferencia más importante entre estos tres países y Gran Bretaña consiste en que las regiones italianas, así como las previstas en Grecia y Portugal, son propiamente instituciones políticas democráticas, cuyos representantes son elegidos por los ciudadanos, mientras que las regiones sanitarias británicas son divisiones e instituciones administrativas creadas por el gobierno central para gestionar territorialmente los servicios sanitarios. Unas y otras, sin embargo, no se diferencian demasiado en cuanto al grado de autonomía política efectiva que tienen formalmente.

(6) La gestión de la mayoría de las tareas incluidas en este paquete competencial se reserva a los municipios, tanto en la Ley General de Sanidad como en la Ley de Bases del Régimen Local.

(7) Las competencias constitucionales de las comunidades de vía lenta en el ámbito sanitario proceden directamente de las iniciativas legislativas de la UCD durante el período pre-constitucional. El Decreto 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establecen las

reglas para la confección del mapa sanitario nacional, es clave en este sentido. Además, los decretos de transferencia de las competencias de sanidad interior y sanidad e higiene a los entes preautonómicos emitidos por la UCD a partir de 1979 incluyen una interpretación amplia del texto constitucional, que favorece a las comunidades de vía lenta. Las iniciativas de los centristas en este campo resultan consistentes con la postura predominante (aunque no única) en la UCD, conocida como «café para todos». La postura del PSOE a este respecto requiere, sin embargo, un breve comentario, dada la importante diferencia de opiniones existente dentro de este partido con respecto a la cuestión autonómica. La adhesión de un sector importante de los socialistas al modelo de Servicio Nacional de Salud, y la influencia importante de los comunistas en el diseño de los primeros programas sanitarios del PSOE, son factores importantes para explicar la postura inicial del Partido Socialista en cuanto a este tema. Sin embargo, los socialistas, como es bien conocido, mantienen durante los años setenta y primeros ochenta una actitud general de apoyo a las tesis del federalismo asimétrico, debido en parte al peso del PSC y el PSE en el interior del partido. Este hecho ayuda a explicar por qué el programa inicial se modifica radicalmente a lo largo del debate parlamentario de la Ley General de Sanidad. Un análisis detallado de las posturas de los partidos de ámbito estatal ante esta cuestión puede encontrarse en Rico (1997a: 86-97, 107-110, 123-6 y 202-210).

(8) Una afirmación ilustrativa del talante de estos anteproyectos, que se conserva en la exposición de motivos del proyecto de Ley General de Sanidad que ingresa en el parlamento en 1985, posteriormente suprimida a instancias de los grupos catalán y vasco, es la siguiente: «El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución, cuenta con poderes suficientes para organizar el sistema sanitario conforme a criterios unitarios y para imponer que estos principios estructurales básicos se perpetúen y sirvan de fundamento a la organización de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas».

(9) Ver, al respecto, el informe encargado en 1987 por el gobierno socialista al jurista Santiago Muñoz Machado, titulado «Dictamen emitido a petición del INSALUD sobre las consecuencias de la reforma del régimen del mismo sobre las competencias de las comunidades autónomas», incluido en un informe interno titulado Ponencia de Asistencia Sanitaria (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 1988). Su autor, principal redactor del texto del proyecto de Ley General de Sanidad, aclara a lo largo del informe, además, que el objetivo explícito de las ambiguas disposiciones de la Ley referidas a las comunidades de vía lenta es bloquear su acceso a las competencias de asistencia sanitaria.

(10) En este sentido, hay que aclarar que son frecuentes las quejas en el parlamento sobre el poder de intervención de los nacionalistas y sobre el carácter extraparlamentario de sus acuerdos con el PSOE. Es especialmente significativa la afirmación del ex-ministro ucedista Núñez: «...después de oír al Sr. Ministro, que dice que entre el Congreso y el Senado, es decir, no en el Congreso o en el Senado, sino en el camino que va

entre ambas Cámaras, pudieran cambiarse determinados aspectos por consenso entre el gobierno y las Comunidades Autónomas, determinados puntos de la ley, yo ya no sé que enmiendas son las que pudiese yo mantener y cuáles podría retirar ya si conociésemos por dónde van los puntos de esta negociación extraparlamentaria» (*Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, DSCD, n.º 216: pág. 10977). Existen además varias alusiones de los representantes socialistas, cuando se dirigen a los nacionalistas vascos y catalanes, que demuestran la existencia de un largo proceso previo de negociación extraparlamentaria con ellos, privilegio que no se extiende a otros grupos parlamentarios. Al respecto, ver por ejemplo DSCD, n.º 215: págs. 9868, 9872 y 9878.

(11) Un ejemplo al respecto es la intervención del representante del Grupo Popular, Álvarez Ruiz de Viñaspre, en el Senado: «La Ley General de Sanidad es una ley de Uds., ley socialista, si bien han compartido algunos mendrugos, u hogazas legislativas con grupos catalanes y vascos. Han sacado su tajada, me parece estupendo, y si es positivo, mejor, porque a todos nos ayudará. Pero al mismo tiempo nos viene a decir que tenemos que reconocer dos clases de autonomía: las autonomías emancipadas y las autonomías domesticadas, que no piden nada» (*Diario de Sesiones del Senado*, DSS, número 250: pág. 7010).

(12) De hecho, como afirma el portavoz de los nacionalistas vascos en el Senado (DSS, n.º 150: pág. 7008): «En primer lugar, queremos dejar claro que esta ley no es nuestra ley en origen, pero, sin embargo, hemos de hacer constar nuestra participación de un modo importante en lo que, a nuestro juicio, ha supuesto una considerable mejora. De hecho, desde el campo autonómico, es nuestro criterio que, tal y como ha quedado tras su paso por la Comisión [del Senado], la ley es más respetuosa con las distribuciones competenciales ya establecidas por la Constitución y los Estatutos...hemos de reconocer que la diferencia entre la suma del haber y el debe nos ha dado un saldo positivo... Por eso nosotros vamos a dar un margen de confianza a las posibilidades de esta ley y para ello vamos a votar en contra de la propuesta de veto» (DSS, n.º 250: pág. 7008). El representante de Minoría Catalana confirma poco más tarde el apoyo de su grupo a la ley: «...nuestro Grupo Cataluña al Senado tenía en principio bastantes enmiendas a esta ley... Ha habido negociaciones con el Grupo Socialista para intentar, según nuestro criterio, mejorar esta ley de cara a Cataluña. Consideramos que ha habido buena fe, buenos criterios y buena disposición por parte de los socialistas y nuestra para llegar a acuerdos puntuales, lo que se ha podido comprobar al retirar el veto a la totalidad. Por nuestra parte esperamos, y es seguro, que no se recurra esta ley en otro sitio que no sea aquí, en el Senado» (DSS, n.º 250: pág. 7012).

(13) Un análisis más amplio de la evidencia empírica que permite llegar a esta conclusión y, en general, de los contenidos de este apartado, puede encontrarse en Rico (1996; 1997a, caps. 6 y 7)

(14) Las conclusiones proceden en este caso del extenso trabajo no publicado de Pablo GONZÁLEZ ÁLVAREZ (1997). Una versión re-

sumida de los argumentos y la evidencia elaborados por este autor puede consultarse en RICO, GONZÁLEZ y FRAILE (1998).

(15) La integración requiere en este caso la colaboración financiera de los entes locales, por razones que no pueden detallarse aquí. Su colaboración depende, a su vez, de los gobiernos autonómicos, puesto que el Estado central apenas tiene competencias para intervenir en el ámbito local. La imposición del control autonómico sobre los gobiernos locales tiene costes políticos altos, lo que unido a los escasos incentivos de las comunidades de vía lenta para promover la aplicación de la reforma (de la que no van a obtener beneficios electorales, dado que es el gobierno central el que gestiona formalmente la sanidad en su territorio), explica el déficit de implantación que afecta a esta medida en el territorio INSALUD.

(16) Una descripción detallada de estas medidas puede encontrarse en RICO (1997a: 302-321). Sobre su introducción por parte del gobierno central y de los gobiernos autonómicos con competencias de asistencia sanitaria existen además numerosos trabajos publicados al respecto. Dos buenos resúmenes pueden encontrarse en MARTÍN MARTÍN (1996) y VILLAR ROJAS (1995). El caso de las comunidades de vía lenta es, sin embargo, menos conocido. Resulta importante mencionar al respecto que varias de las medidas de reforma más importantes introducidas por el ejecutivo catalán se adoptan también en las leyes de creación de los servicios de Salud de Asturias (Ley 1/1992, arts. 4.3, 4.4 y 5.1), Baleares (Ley 4/1992, arts. 5.1, 7.2, 7.3), Castilla y León (Ley 1/1993, arts. 22.6, 38.2, 38.4, 55.8 y disposición adicional 5.ª), Murcia (Ley 4/1994, arts. 21.1 y 24) y Canarias (Ley 11/1994, arts. 45, 50.1, 51.2 y 51.3).

(17) Los datos para el período 1985-1990 están tomados de MARAVALL (1997: gráfico 5.c.), que a su vez los obtiene de los estudios números 1.460, 1.478, 1.504, 1.614, 1.707, 1.725, 1.751, 1.785, 1.789, 1.858 y 1.884-9 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Gracias a la amabilidad del autor, además, he podido tener acceso a datos contenidos en estos estudios que no aparecen reflejados en el gráfico citado. La información correspondiente al período 1993-1996 está tomada de los estudios n.ºs 2.045 (enero 1993), 2.128 (diciembre 1994), 2.205 (enero 1996) y 2.219 (julio 1996) del CIS. Agradezco a Marta Fraile el haberme proporcionado los primeros resultados de su propia explotación de estas encuestas.

(18) En concreto, la suma de los porcentajes de la opinión pública que consideran que la actuación del gobierno en política sanitaria ha sido buena o muy buena supera en más de un 15 por 100 a la suma de los que la consideran mala o muy mala. La valoración de la política sanitaria durante estas fechas es sólo superada por la política educativa (la suma de los satisfechos supera en este caso en un 20 por 100 a la de los insatisfechos). Tanto la educación como la sanidad permanecen a considerable distancia del resto de políticas económicas y sociales, para las que los insatisfechos superan con mucho a los satisfechos durante el mismo período (la diferencia entre los porcentajes citados es de un -30 por 100 para la política salarial, oscila entre el -30 y el -20 por 100 para las

pensiones, y alcanza un mínimo en el caso de las políticas de desempleo, para las que la diferencia oscila entre el -40 y el -60 por 100).

(19) En enero de 1986, el porcentaje de los que consideran la política sanitaria del gobierno buena o muy buena alcanza un máximo del 35 por 100 de la población, que no se recuperará hasta septiembre de 1990, momento en que vuelve a alcanzar el 32 por 100. En marzo de 1987, esta suma alcanza un mínimo del 23 por 100, manteniéndose por debajo del 30 por 100 entre esta fecha y enero de 1989.

(20) Las respuestas a estas preguntas incluyen tres opciones adicionales, además de las señaladas en el texto: «ambos gobiernos por igual», «ninguno de los dos» y «no sabe/no contesta». Los porcentajes que eligen la primera de estas opciones oscilan entre el 15 y el 20 por 100 de la población, según el indicador de que se trate. Por la segunda opción optan entre el 10 y el 15 por 100 de los ciudadanos, y por la tercera, un 15 por 100.

(21) Existen en España varias fuentes publicadas que contienen datos y análisis a este respecto (ALVIRA y GARCÍA LÓPEZ, 1982; GARCÍA LÓPEZ y ALVIRA, 1987; ALVIRA y GARCÍA LÓPEZ, 1988; GONZÁLEZ PÁRAMO, 1988). En este sentido, resulta importante destacar que la sanidad ocupa el primer lugar en la lista de políticas públicas por las que los ciudadanos mantienen «preferencias fuertes» —servicios por cuya mejora los ciudadanos estarían dispuestos a pagar más— (ALVIRA y GARCÍA LÓPEZ, 1988: 75-76).

BIBLIOGRAFÍA

- ALVIRA, F., y GARCÍA LÓPEZ, J. (1982), «La seguridad social y los españoles», *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, 12/13, páginas 32-33.
- (1988), «El gasto público y la sociedad española», *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, 37, págs. 56-77.
- BAREA TEJEIRO, J., et al. (1992), *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad*, Madrid, Instituto de Estudios Fiscales.
- BLANCO, A., y DE BUSTOS, A. (1996), «El gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud», *Hacienda Pública Española*, 138, 3, págs. 3-28.
- BOIX, C., y POSTNER, D. (1996), «Making social capital work», *Working Paper*, 96-4, Center for International Affairs, Harvard University.
- COLL, P. (1991), «Los gastos sanitarios públicos y la demanda de salud en España», *Cuadernos de Actualidad*, 8, págs. 239-248.
- COSTAS LOMBARDÍA, C., y LÓPEZ I CASASNOVAS, G. (1988), «Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario público», *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, 37, páginas 225-239.
- CUESTA, J. (1988), *Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restaura-*

ción, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

- ENTHOVEN, A. (1985), *Reflections on the management of the NHS*, Londres, Nuffield Trust.
- EUROSTAT (1997), *Anuario 1996*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de las Comunidades Europeas.
- FARGION, V. (1996), «Social assistance and the North-South cleavage in Italy», *South European Society and Politics*, 3, páginas 135-154.
- FERRERA, M. (1996), «The »southern model« of welfare in social Europe», *European Journal of Social Policy*, 6/1, págs. 17-37.
- GARCÍA FERRANDO, M.; LÓPEZ ARANGUREN, E., y BELTRÁN, M. (1994), *La conciencia nacional y regional en el Estado de las Autonomías*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- GARCÍA LÓPEZ, J., y ALVIRA, F. (1987), «Los españoles y la fiscalidad: la pérdida de la ilusión financiera», *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, 30/31, págs. 90-107.
- GONZÁLEZ PÁRAMO, J. M. (1988), «Estado del bienestar y opinión pública», *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, 37, págs. 63.
- GRANAGLIA, E. (1996), «Privatization and health care reform in Italy», *South European Society and Politics*, 3, páginas 155-171.
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, P. (1997), *Estado del bienestar y redistribución territorial: el caso de la sanidad*, tesina de licenciatura no publicada, Facultad de Ciencias Políticas, Universidad de Santiago de Compostela.
- GUIBENTIF, P. (1996), «The transformation of the Portuguese Social Security system», *South European Society and Politics*, 3, páginas 219-239.
- GUILLÉN, A. M. (1996), *Políticas de reforma sanitaria en España. De la Restauración a la democracia*, Madrid, Instituto Juan March.
- LAPARRA, M., y AGUILAR, M. (1996), «Social exclusion and minimum income programmes in Spain», en *South European Society and Politics*, 1, 4, págs. 87-114.
- LE GRAND, J. (1996), «Health care reform and the market», trabajo presentado en *la Conference on Modernization of Public Health Care in the World*, Madrid, 23-24 septiembre.
- LEVI, M. (1996), «Social and unsocial capital», *Politics and Society*, 24, 1, páginas 45-56.
- LIJPHART, A. (1984), «Division of power: The federal-unitary and centralized-decentralized contrasts», en *Democracies*, New Haven, Yale University Press.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G. (1993), «Estructura y regulación del sistema sanitario español», *Documento de Trabajo*, 93-10, Madrid, FEDEA.
- MARAVALL, J. M.^a (1997), *Regimes, politics and markets. Democratization and economic change in Southern and Eastern Europe*, Oxford, Oxford University Press.

MARTÍN MARTÍN, J. (1996), «Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia», en *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona, SG editores.

MARTÍN CASTILLA, D. (1986), *La organización sanitaria en el Estado de las autonomías*, tesis doctoral inédita, Facultad de Derecho, Universidad de Granada.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, MSC (1988), *Ponencia sobre asistencia sanitaria*, Madrid, Secretaría General de Asistencia Sanitaria.

— (1994), *Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud: Indicadores Junio 1993*, Madrid, Secretaría General Técnica.

— (1996a), *Estudio territorializado de la evolución del sector salud a partir de 1980*, documento interno, Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales.

— (1996b), *Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud: Datos y cifras. 1995*, Madrid, Dirección General de Aseguramiento y Planificación.

MONTERO, F. (1988), *Orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

MUÑOZ MACHADO, S. (1975), «La reforma de la sanidad local», *Documentación Administrativa*, 163, págs. 43-81.

— (1987), «Dictamen emitido a petición del INSALUD sobre las consecuencias de una reforma del régimen del mismo sobre las competencias de las comunidades autónomas», *Ponencia de Asistencia Sanitaria*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, documento interno.

MURILLO, C.; CALONGE, S., y GONZÁLEZ, Y. (1996), «La financiación privada de los servicios sanitarios», *Working paper* 1996/10, Madrid, FEDEA.

PÉREZ PÉREZ, M.^a Luisa (1998), *La política pública de atención primaria de salud en la Comunidad Autónoma de Andalucía*, tesis doctoral inédita, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada.

PUTNAM, R.; LEONARDI, R., y NANETTI, R. (1993), *Making democracy work*, Princeton, Princeton University Press.

REQUEJO, F. (1996), «Diferencias, nacionalismo y federalismo asimétrico», *Claves de Razón Práctica*, 59, págs. 24-37.

— (1998), «Cultural pluralism, nationalism and federalism. A revision of democratic citizenship in plurinational states», *European Journal of Political Research* (en prensa).

RICO, A. (1990), «Health care policy-making during the Second Republic: merits and limits of an attempt of reform», *CEACS PAPERS*, Madrid, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.

— (1996), «Regional decentralization and health care reform in Spain (1975-1995)», en *Southern European Society and Politics*, 1, 4, págs. 115-134. Incluido también como capítulo en RHODES, M. (ed.) (1997), *Southern European Welfare States: Between crisis and reform*, Londres, Frank Cass Pub.

— (1997a), *Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996)*, *Intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno*, serie tesis doctorales, Madrid, Fundación Juan March.

— (1997b), «¿Es la descentralización sanitaria una reforma deseable?: expectativas teóricas y experiencia comparada», en *Reformas sanitarias y equidad*, Madrid, Fundación Argentaria y Ed. Visor.

RICO, A.; GONZÁLEZ, P., y FRAILE, M. (1998), «El impacto de la descentralización sanitaria sobre la efectividad política y la equidad: el caso de España», en *Las políticas sociales*, Madrid, Fundación Argentaria y Ed. Visor (en prensa).

SALTMAN, R., y VON OTTER, C. (1987), «Re-vitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden», *Health Policy*, 7, págs. 21-40.

SAMANIEGO, M. (1988), *La unificación de los seguros sociales a debate. La II República*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

SCHARPF, F. W. (1988), «The joint-decision trap: lessons from German federalism and European integration», *Public Policy Administration*, 66, págs. 239-278.

SYMEONIDOU, H. (1996), «Social protection in contemporary Greece», *Southern European Society and Politics*, 3, págs. 67-86.

VILLAR ROJAS, F. J. (1995), «La huida al derecho privado en la gestión de los servicios de salud», en *Cambios en la regulación de la sanidad*, Barcelona, SG editores.

Resumen

El artículo analiza los efectos del modelo institucional de descentralización asimétrica sobre el funcionamiento del sistema nacional de salud. Este modelo parece estar generando una mayor capacidad de innovación y de respuesta a las necesidades de la población en las comunidades autónomas con competencias, mientras que contribuye a agravar los problemas de control del gasto, a dificultar la implantación adecuada de las reformas iniciadas en 1986 y a aumentar los costes de coordinación en las comunidades sin competencias. La transferencia de la sanidad a estas comunidades podría ayudar a potenciar las ventajas de la descentralización y a paliar sus inconvenientes principales.

Palabras clave: descentralización sanitaria, reforma sanitaria, instituciones políticas.

Abstract

The article examines the effects of the institutional model of asymmetric decentralization on the national health system. This model seems to be generating a greater capacity for innovation and response to the needs of the population in the autonomous communities with powers in this field, whereas it is helping to exacerbate spending control problems, to hamper the proper implementation of the reforms started in 1986, and to increase the costs of coordination in the autonomous communities without such powers. The transfer of health to these communities could help to heighten the advantages of decentralization and offset its main drawbacks.

Key words: health decentralization, health reform, political institutions.

JEL classification: I18, H51, H73.